

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AĞRIYA YÖNELİK BİLGİ
VE TUTUMLARINA
AĞRI EĞİTİMİNİN ETKİSİ**

SİBEL ERGÜL BOSTANCI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AĞRIYA YÖNELİK BİLGİ VE
TUTUMLARINA

AĞRI EĞİTİMİNİN ETKİSİ

SİBEL ERGÜL BOSTANCI

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik

Anabilim Dalı'nın Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI




PROF.DR. AYLAYAVA

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Sibel ERGÜL BOSTANCI tarafından hazırlanan “**Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi**” başlıklı tez, 09.01.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı/ Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Ayla YAVA Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Meral ÖZKAN İnönü Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖR

Tez çalıőmam sırasında bilimsel desteğini, sabrını özverisini ve daima teővikte bulunan saygı değer hocam ve tez danıőmanım sayın Prof. Dr. Ayla YAVA'a,

Yüksek lisans eğitimim sırasında destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Yard. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR'a,

Araőtırmamda yardımlarını esirgemeyen Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi hemşirelerine,

Maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili eőim Halil BOSTANCI'ya,

Çok teşekkür ederim...

ÖZET

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AĞRIYA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARINA AĞRI EĞİTİMİNİN ETKİSİ

**Sibel ERGÜL BOSTANCI, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017**

Bu çalışmanın amacı cerrahi hemşirelerine verilen ağrı yönetimi ve değerlendirilmesi eğitiminin, hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarına etkisinin belirlenmesidir. Yarı deneysel tasarımda yapılan çalışmaya Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Cerrahi bölümlerinde çalışan 71 hemşire katılmıştır. Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak oluşturulan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu, Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutumları (NKASRP) Ölçeği kullanılmıştır. Veriler 1 Haziran-30 Kasım 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kapsamında iki oturumdan oluşan üç saatlik ağrı ile ilgili eğitim programı düzenlenmiştir. Hemşirelere eğitim öncesi ön-test ve NKASRP ölçeği doldurtulup eğitim verildikten bir hafta sonra da son-test ve NKASRP ölçeği tekrar uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra ki-kare testi, Wilcoxon Signed Ranks Test, Paired Samples *t* Test ve Kruskal Wallis Testleri kullanılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalamaları 31.42 ± 5.62 yıl; çoğunluğu kadın (%76.1), evli (%66.2) ve lisans mezunudur (%84.5). Hemşirelerin NKASRP ölçeğinde doğru yanıtlanan madde sayısı ortalamaları eğitim öncesi 18.73 ± 5.85 madde iken eğitimden bir hafta sonrası artarak 26.64 ± 5.31 olduğu görülmüştür ($p < 0.005$). Eğitim öncesi NKASRP ölçeğinde eğitim durumuna göre cevaplanma oranı etkili olurken, eğitim sonrası ise hemşirenin görev durumuna göre farklılıklar göstermesi etkinliğini ortaya koymuştur. Sonuç olarak ağrı eğitim programının cerrahi hemşirelerinin ağrıya yönelik bilgilerinin artması ve mesleki deneyimin etkili olması kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, bilgi, eğitim, NKASRP, tutum, hemşire

ABSTRACT

Effectiveness of Pain Education on Surgical Nurses' Pain Knowledge and Attitudes

Aim of this study was to determine the effectiveness of pain education on pain management and assessment toward surgical nurses' pain knowledge and attitudes. This research has been conducted at Gaziantep University Sahinbey Medical Faculty Education and Research Hospital and consisted of nurses working at surgical wards. Total of 71 nurses participated to this quasiexperimental study. In data collection, questionnaires based on the literature including nurses' demographics (pre-test), Nurses Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKASRP) scale and post-test were used. Data were collected between 1st of June and November 2017. In the context of the research 3 hours pain education program organised and educational content were presented in two session over two days. Nurses were asked to fill pre-test and NKASRP scale prior to education; after one week post-test and NKASRP scale applied. Data were analysed via using SPSS 21 program and chi-square test, Wilcoxon Signed Ranks Test, Paired Samples *t* Test ve Kruskal Wallis tests were used besides descriptive analyses. Avarage age of nurses was 31.42 ± 5.62 years; the majority of nurses were female (76.1%), married (66.2%) and has bachelor education (84.5%) in nursing. Nurses mean scores of correct answers from NKASRP scale was 18.73 ± 5.85 before education and increased to 26.64 ± 5.31 following one week after education ($p < 0.005$). While in the scale of NKASRP, pre-training response rate by educational status effective, after the training according to the status of nurse's duty revealed the activityof showing differences. As a result reached the conclusion that the poin training program is effective for the increase of the pain oriented informatia and professional experiences surgical nurses.

Key words: Pain, education, knowledge, NKASRP, attitude, nurse

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR.....	1
ÖZET.....	11
ABSTRACT.....	111
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	VI
ŞEKİL DİZİNİ.....	VII
TABLO DİZİNİ.....	VIII
SEMBOLLER VE KISALTMALAR.....	IX
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ağrının Tanımı.....	3
2.2. Ağrının Tarihçesi.....	3
2.3. Ağrının Fizyolojisi ve Algılanması.....	4
2.3.1. Transdüksiyon.....	4
2.3.2. Transmisyon.....	5
2.3.3. Modülasyon.....	5
2.3.4. Persepsiyon (Algılama).....	5
2.4. Ağrı Teorileri.....	6
2.4.1. Endorfin Teorileri.....	6
2.4.2. Kapı Kontrol Teorileri (KKT).....	6
2.5. Ağrının Sınıflandırılması.....	7
2.5.1. Ağrının Süreye Göre Sınıflandırılması.....	7
2.5.2. Ağrının Etiyolojisine Göre Sınıflandırılması.....	7
2.5.3. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması.....	7
2.5.4. Ağrının Mekanizmasına Göre Sınıflandırılması.....	8
2.6. Ağrının Değerlendirilmesi ve Kullanılan Ölçekler.....	9
2.6.1. Tek Boyutlu Ölçekler.....	9
2.6.2. Sayısal Ölçekler (Sayısal değerlendirme Skalaları).....	10
2.6.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği.....	11
2.6.4. Budford Ağrı Termometresi.....	11
2.6.5. Çok Boyutlu Ölçekler.....	11
2.6.6. Ağrı Giderilmesinin Ölçülmesi.....	12
2.7. Ağrının Kontrolü.....	12
2.7.1. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü.....	12
2.7.2. Ağrının Nonfarmakolojik Yöntemlerle Kontrolü.....	15
2.8. Cerrahi Hemşirelerinin Ağrı Tedavisini Etkileyen Faktörler ve Hemşirel Uygulamaları.....	18
2.8.1. Cerrahi Hemşirelerinin Ağrı Tedavisini Etkileyen Faktörler.....	18
2.8.2. Etkili Ağrı Tedavisi için Yapılması Gerekenler.....	19
2.9. Cerrahi Hemşirelerinin Uygulamalarında Hastanın Ağrısına Yönelik Hemşirel Sürecinin Kullanılması.....	19

2.9.1 Cerrahi Hemşirelerinin Uygulama Hedefleri.....	19
2.9.2. Veri Toplama.....	20
2.9.3. Tanılama-Hemşirelik Tanısı.....	20
2.9.4. Planlaması.....	20
2.9.5. Uygulama.....	20
2.9.6. Değerlendirme.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	22
3.2. Araştırmanın Etik Boyutu.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Veri Toplama Gereçleri.....	22
3.4.1. Tanıtıcı Toplama Formu.....	22
3.5. Araştırmanın Yer ve Özellikleri.....	23
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	24
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkeni.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ ve ÖNERİ.....	44
6.1. Sonuçlar.....	44
6.2. Öneriler.....	45
6.3. Araştırmanın Sınırlılığı.....	45
7. KAYNAKLAR.....	46
8. EKLER.....	53
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
EK 2. Etik Kurul Onay Formu	
EK 3. Etik Kurul Kararı	
EK 4. Üniversite Kurum İzni	
EK 5. Ön-Test Veri Toplama Formu	
EK 6. Son-Test Veri Toplama Formu	
EK 7. NKASRP Ölçeği	
EK 8. Ağrı Yönetimi Seminer İzin Formu	
EK 9. Ağrı Yönetimi Eğitimi	
EK 10. İntihal Formu	
EK 11. Özgeçmiş	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi " Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi" başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.


09.12.2017

Sibel ERGÜL BOSTANCI

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller		Sayfa No
Şekil 1	Ağrı Oluşum Süreçleri	5
Şekil 2	Sözel Kategori Ölçeği	10
Şekil 3	Yüz İfadeleri Ölçeği	10
Şekil 4	Sayısal Ölçekler	10
Şekil 5	Görsel Kıyaslama Ölçeği	11
Şekil 6	Araştırmanın Uygulanması Akış Şeması	24

TABLO DİZİNİ

Tablolar		Sayfa No
Tablo 4.1	Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	26
Tablo 4.2	Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Tanıtıcı Özellikleri ve Uygulamaları	28
Tablo 4.3	Hemşirelere Göre Hastaların Ağrı Deneyimledikleri Bölgeler ve Ağrı Nedenleri	30
Tablo 4.4	Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Yanıtlanan NKASRP Madde Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5	Hemşirelerin NKASRP Ölçeği Maddelerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Cevaplanma Oranları	32
Tablo 4.6	Hemşirelerin NKASRP Ölçeği'nin Vaka Sorularının Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Cevaplanma Oranları	36
Tablo 4.7	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Yanıtlanan NKASRP Madde Sayısı Ortalamaları ile Karşılaştırılması	37

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

ARK	Arkadaşlar
EÖ	Eğitim öncesi
ES	Eğitim sonrası
GKÖ	Görsel Kıyaslama Ölçeği
HKA	Hasta Kontrollü Analjezi (PCA)
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
KKT	Kapı Kontrol Teorisi
NKASRP	Hemşirelerin Ağrıya İlişkin Bilgi ve Tutumları Ölçeği
NRS	Sayısal Değerlendirme Skalaları
SBOAK	Amerikan Ağrı Birliği ve Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi (JCAHO)
SPSS	Statistical Package for Social Science for Windows
TENS	Transkutaz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

1.GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Ağrı, subjektif bir algı, aynı zamanda kompleks ve kişisel bir semptomdur. Ağrıyla ilgili çeşitli tanımlar olmasına rağmen Uluslararası Ağrı Organizasyonu Taksonomi Komitesi'nin Dünyada kabul gören tanımı: “Ağrı bedeninin belli bölgesinden kaynaklanan, şiddetli doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın daha önceden edindiği, subjektif, primitif deneyimleri ile ilgili, duyuşal hoş olmayan emosyonel bir duyum algı ve davranış şeklidir” (1, 2).

Ağrı, gerek dünyada gerekse ülkemizde, giderek artan ve tedavisi olan bir sağlık problemidir (3,4). Ağrı, farklı şiddette ortaya çıkabildiği gibi bireyden bireye değişen subjektif bir deneyimdir. Bireylerin ağrıyı algılamaları yaşamları boyunca edindikleri deneyimlere bağlıdır. (5). Ağrı bireyleri sosyal, fiziki ve ruhsal yönden etkilediği için ağrının kontrol altında olması oldukça önemlidir. Ağrı bireyin; sosyal yaşantısında, aile yaşamında, uyku düzeninde, iş ortamındaki verimliliğinde ve günlük yaşam aktivitelerinin devamını sağlayamamasına neden olduğundan yaşam kalitesini etkilemektedir. Ağrının kontrol altına alınması, hastanede kalma süresini kısaltması ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmesinde, oluşabilecek komplikasyonlarının azalmasında oldukça önemlidir (6).

Amerikan Ağrı Birliği ve Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi (SBOAK) vücut ısısı, nabız, solunum ve kan basıncı ile birlikte ağrının da “beşinci yaşamsal bulgu” olarak değerlendirilmesi gerektiğini önermektedir (7).

Hemşirelerin ağrı yönetiminde neler bildiğini ve nelere inandığını bilmek hemşirelerin davranışlarını değiştirmede atılan ilk adımdır (8). Hastaların ağrı kontrolü hemşirelerin takibindedir. Hemşirelerin ağrı yönetimi ve değerlendirilmesi için yeteri kadar bilgi, tutum ve beceri kazanmaları gerekmektedir (9,10). Hemşirelerin ağrı yönetiminde etkili olabilmesi için, ağrının iyi tanımlanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu da klinik karar verme yeteneğinin geliştirilmesine bağlıdır (11,12). Klinik karar verme, hastanın rahatının ve konforunun sağlanması için hemşirelik uygulamaları içinde önemli bir yerde bulunmaktadır (13).

Cerrahi girişimler ağrı için önemli bir nedendir. Bu sebeple ağrı, hastaların postoperatif dönemde yaşadığı en önemli problemlerden biridir (14). Cerrahi müdahale

sonrası ağrıyı en alt seviyeye indirmek veya ortadan kaldırmak için analjezik uygulanması ile birlikte hastanın anksiyete durumunun belirlenmesi, nonfarmakolojik uygulamalarının yapılması hastanın tepkilerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Hemşireler bu uygulamalarda aktif rol oynamaktadır (15).

Cerrahi hemşireliğinde önemli yeri olan ameliyat sonrası ağrı cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren, göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile de doğrudan ilgili akut bir ağrı şeklidir (16).

Ağrıya yönelik yapılan araştırmalar son yıllarda artmış ve buna bağlı olarak hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi olmayı hak kazanmıştır. Farmakoloji, davranış bilimleri, tıp, hemşirelik ve teknolojik gelişmelerin artmasına rağmen; hala ameliyat sonrası hastalarda ağrı şiddeti ve görülme sıklığı şikayetleri artmıştır. Yapılan tedavi uygulamalarına rağmen yeterli düzeyde analjeziklerin yapılamadığı ifadesi yer almaktadır. Bu yetersizliğin en önemli sebeplerinin arasında ağrı merkezinin ve ağrı biliminin yeni gelişmekte olmasına bağlı olarak, hemşire ve hekimlerin ağrı tanılama hususunda yeterli deneyim ve bilgiye sahip olmaması, hastaların ağrıların önemsinmemesi ve ekip çalışmasının yeterli düzeyde olmaması olduğu belirtilmiştir (1).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı cerrahi hemşirelerine verilen ağrı yönetimi ve değerlendirilmesi eğitiminin, hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumları üzerine etkisinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı değişik dillerde benzer şekillerde tanımlanmıştır. Dilimizde ise ağrı kelimesine ilk sözlüğümüz olan “Divan-ü Lügat-it Türk” de “ağrımak” ve “ağrığ” olarak geçmektedir. Yine latince’de ceza, işkence ve intikam anlamına gelen “poena” kökünden gelen “pain” (ağrı) “aşırı hissedilen güçlük” demektir. Latince de kullanılan pain kelimesi Fransızca ve İngilizce’de de aynı şekilde kullanılmıştır. Eski Yunanca’da da ağrı “poine” olarak kullanılmıştır. Sosyolojik olarak bakıldığında ise ağrının inançlar, toplumsal yapı ve sosyal değerler açısından önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (17,18).

Ağrı yalnızca hisseden kişi tarafında ifade edilebilen zihin ve bedeni yoran, acı sıkıntı veren soyut bir kavramdır. Ağrı fizyolojik ve sosyokültürel düzeye göre değişiklik gösterebilir. Ağrının yoğunluğu ve özelliği bu değişkenleri etkiler (19). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ağrıyı “var olan ve olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyim” olarak tanımlamaktadır. IASP ağrıyı çok boyutlu bir deneyim olarak tanımlamakla beraber, sınıflandırılması ve tedavisi oldukça zor bir durum olarak nitelendirmiştir (20,21).

Ağrı sürekliliği olan bir olgudur. Hastanede kesintisiz olarak hizmet vererek hasta ile sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin ağrı yönetimi konusu önemli görev ve sorumluluklarındandır. Hemşirelerin hastalar için hemşirelik sürecini daha kaliteli değerlendirip uygulayabilmesi için ağrı yönetimi konusunda bilgi beceri ve deneyime sahip olması gerekir (22).

2.2. Ağrının Tarihçesi

Ağrı, insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen her dönemde karşımıza tedavisi ve nedeninin tam olarak yanıtlanmadığını, insanların ağrı ile baş etmek durumunda kaldığını söyleyebiliriz. Ağrı ile baş etmek için çeşitli düşünce ve tutumlarla karşılaşılıp, bu durumun büyü ve batıl inanç gibi birçok bilimsel olmayan yöntemlerle tedavisine çalışılmıştır. Eski çağlarda diş ağrısı için soğuk uygulamanın kullanılması, vücudun ağrılı bölgeleri için ise taşları güneşte ısıtıp ağrılı bölgeye uygulamak gibi yöntemlerin kullanılmaya çalışılmasıdır (20,21). Hipokrat ve öğrencileri ise ağrı sorununa önem vererek, kişilerin acı çekmesini

önleyici; afyon, baldıran, adamotu gibi birçok madde kullanarak, sakinleştirici ve fizik tedavi yöntemleri uygulamışlardır (23,24).

Ağrı konusu ile ilgili yapılan araştırmalar 2. Dünya savaşı sonrası önem kazanarak çeşitli gelişmeler göstermiştir. Savaş sırasında acı çeken hastalara yardım eden sağlık personelinin edindiği tecrübeler, bugün Algoloji biliminin doğmasına neden olmuştur (25). Zararlı uyarının doğrudan sensoryal nöronu uyararak ağrı oluşumuna neden olduğu yönündeki özel bir sistemin varlığı ilk defa 1664 yılında Descartes tarafından tanımlanmış ve bu görüş doğrultusundaki araştırmalar sürdürülmüş ve 1965’de Melzack ve Wall’un Kapı Kontrol Teorisi ve sonraki çalışmalarla ağrının fizyolojik boyutu yanında sensoryal ve emosyonel boyutunun da ele alınarak daha bütüncül bir yaklaşımla değerlendirildiği görülmektedir (23,26,27).

2.3. Ağrının Fizyolojisi ve Algılanması

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar ve ağrıyı algılayan reseptörlere “nosiseptör” adı verilir. Nosiseptörler ağrı reseptörleri vücut içinde, deride, kan damarlarında, derialtı dokusunda, kaslarda, fasiyada, periostta, vissera ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler mekanik, termal ve kimyasal uyarılara yanıt veririler (28,29).

Aktif doku hasarının yeri ve ağrının algılanışı sırasında oluşan bir seri karmaşık bir dizi elektro-kimyasal olaya nosisepsiyon denmektedir. Nosisepsiyon, vücudun herhangi bir yerinde oluşan yıkımın ağrı reseptörleri yolu ile santral sinir sistemine iletilerek algılanması ve bu duruma karşı önlemlerin harekete geçirilme durumudur (30). Ağrılı uyarın dört aşamada üst merkezlere doğru bir yol izlemektedir. Bunlar; trasdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyondur (31).

2.3.1. Transdüksiyon

Bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir. Duyusal sinir uçlarında kimyasal, termal ve mekanik uyarınların elektriksel aktiviteye dönüştürülmesi olayıdır. Periferde gerçekleşen bu olay nosiseptörlerin aktive olduğu zamandır. Nosiseptörler normal bir ısıya duyarlı kalırken ısının artışı ile duyarlı hale geçerler. Duyarlı bir hale gelebilmesi için belirli bir ısının üstünde olması gerekmektedir (29, 31, 33).

2.3.2. Transmisyon

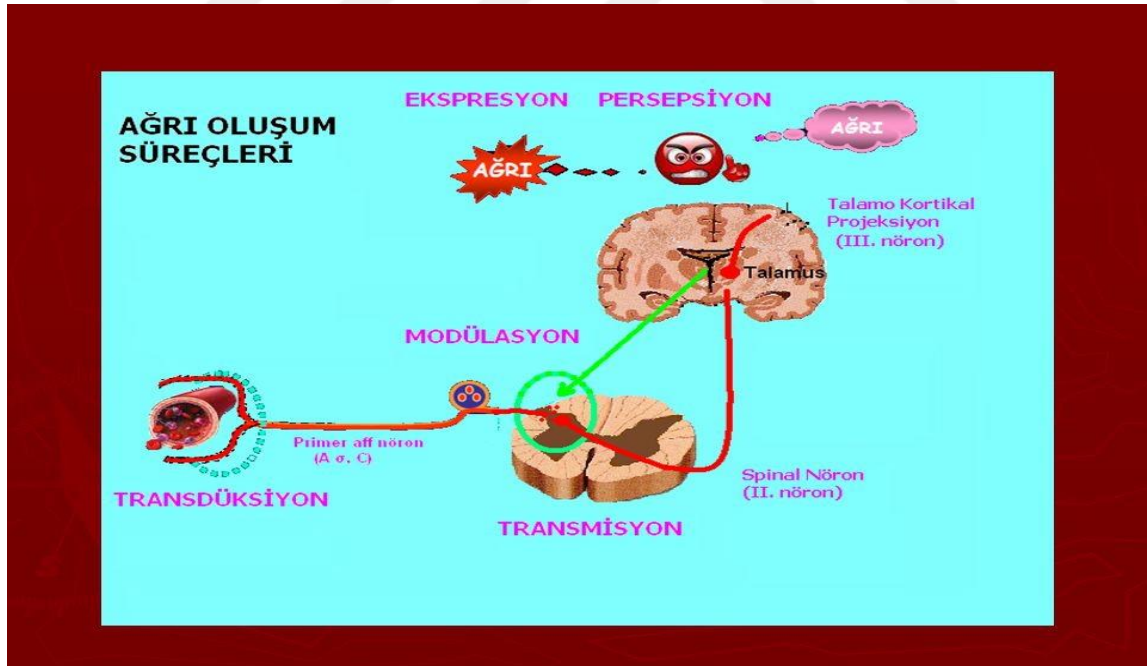
Nosiseptörler tarafından algılanan ağrının daha üst merkezlere iletilmesidir yani implusların santral sinir sistemine iletilmesidir. Bu iletim sırasında hızlı iletilen miyelinli A delta lifleri ve yavaş iletilen miyelinsiz C lifleri rol almaktadır. Bu iletim olay periferde gerçekleşmektedir (31,33).

2.3.3. Modülasyon

Omurilik seviyesinde gerçekleşen bir olaydır. Ağrılı uyarının transmisyon sonucu oluştuktan sonra spinal kord düzeyinde bir değişime uğradıktan sonra daha üst merkezlere iletilmesi olayıdır. Bu olay spinal korda gerçekleşmektedir (29,31).

2.3.4. Persepsiyon (Algılama)

Spinal korttan geçen uyarının çeşitli yollarla üst merkezlere doğru iletilmesi sonucu ağrı gerçekleşir (31).



Şekil 1. Ağrı oluşum süreçleri (34)

2.4.Ağrı Teorileri

Ağrı teorileri ağrısı olan hastaya hemşirelik sürecini uygulamaya yönelik, ağrı konusunda yapacağı araştırmalar için ise hemşirelere bilgi verir. Ağrı konusunda birçok teori ileri sürülmüştür. Bunlar; Duyusal Teori, Yoğunluk Teorisi, Pattern Teorisi, Duyusal Etkileşim Teorisi, Psikolojik ve Davranışsal Teorisi, Kapı Kontrol Teorisi ve Endorfin Teorisi'dir. Geçerliliğini koruyan teoriler KKT ve Endorfin Teorisi'dir (28,35).

2.4.1.Endorfin Teorileri

1970'li yıllarda, vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddelerin varlığı tanımlanmış ve bunlara endorfin adı verilmiştir. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır ve içinde morfin olan demektir. Santral sinir sistemi tarafından üretilen endorfinler, morfin gibi hareket ederek beyindeki opioid reseptör alanlarına bağlanıp, ağrı uyarısının geçişini bloken eden maddelerdir (25). Endorfin azaltan durumlar; uzun süreli devam eden ağrı, tekrarlayan stres, alkol ya da morfinin uzun süre kullanımınıdır. Endorfini arttıran durumlar ise, hafif ağrı, az miktarda stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, akupunkturun bazı tipleri ve cinsel aktivite olduğu belirtilmiştir (25,36).

2.4.2.Kapı Kontrol Teorisi(KKT)

1965 yılında Wall ve Melzak tarafından, ağrı algılanmasının sinir sistemi tarafından değiştirilebilen kompleks algılayıcı bir deneyim olduğunu ileri süren ve 1980'lerde yeniden genişletilen ve geçerliliğini halen koruyan bu teori periferden gelen yoğun afferent nosiseptif impluslarla eksitan ara nöronlar aktive olmakta ve bu inhibitör ara nöronu inhibe ederek ve projeksiyon nöronunu eksite ederek, ağrılı implusların santral sinir sistemine geçmesine yol açar. Ancak bu arada A ve B grubu geniş miyelinli liflerin aktivasyonu ile inhibitör ara nöronları aktive ederek projeksiyon nöronlarını inhibe etmekte ve ağrılı sinyallerin geçişini engellenmektedir. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır, sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder, eğer kapı açık ise ağrılı uyarılar bilinç düzeyine ulaşır kapalı ise ulaşamaz ve ağrı hissi olmamaktadır (24, 37).

KKT'nin çalıştırılmasına ve bu yolla ağrının azaltılmasına örnek olarak, ağrının olduğu bölgeye masaj yapılması, sıcak- soğuk uygulama, tedavi edici dokunma gibi özel deri uyarıları verilebilir (38).

2.5.Ağrının Sınıflandırılması

2.5.1.Ağrının Süreye Göre Sınıflandırılması

Akut Ağrı

Akut ağrı bireydeki bir saniyeden daha uzun altı aydan daha kısa süren, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren durumdur. Akut ağrı aniden başlayıp zaman geçtikçe daha da şiddetlenebilmektedir. Ağrı, bir iğne batmasından bir travma sonrası oluşan ekstremitte kaybın oluşmasına kadar birçok sebepten kaynaklanabilmektedir. Akut ağrının nedenleri arasında enfeksiyon, travma gibi birçok neden sayılabilir. Cerrahi sonrası oluşan ağrı en iyi örneğidir. Akut ağrının üzerinden 3–6 ay kadar bir süre geçmesine rağmen ağrı halen devam ediyorsa artık kronik ağrı özelliklerini taşımaktadır (39, 40).

Kronik Ağrı

Akut bir hastalıkta normal iyileşme sürecinden daha uzun süre devam eden aylar ya da yıllar içerisinde tekrarlayan ağrılara denir. Kronik ağrıda trombüs ve emboli gelişme riski oldukça fazla olmasının sebebi ağrıdan dolayı hastaların çoğunun ekstremitelerini daha az hareket ettirmesinden kaynaklanmaktadır. Stres hormonlarının artmasından dolayı vücudumuzda su ve sodyum tutulumunun oluşmasına neden olmaktadır. Ağrıdan kaynaklı bireylerde uykusuzluk, anksiyete gibi komplikasyonları en aza indirmek için ağrıyı en az seviyeye düşürmemiz gerekir (41,42).

2.5.2 Ağrının Etiyolojisine Göre Sınıflandırılması

Ağrının sebebine göre yapılan sınıflamadır. Kanser ağrısı, Postherpetik nevralji, Orak hücreli anemiye bağlı ağrı, Artrit ağrısı etiyolojik ağrılara örnektir.

2.5.3. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırma

Somatik Ağrı

Keskin ve iyi lokalize edilebilen ani olarak başlayan somatik ağrı, somatik sinir lifleriyle taşınan ağrı anlamına gelmektedir. Batma, zonklama ve sızlama tarzında görülmektedir. Travma ve kırıklarda görünen ağrıya en iyi örnektir (43).

Visseral Ağrı

Yavaş başlayıp, kolik veya kramp tarzında künt ve sızlayıcı bir ağrıdır. Organlardan kaynaklanan ve vücudun başka bölgelerine yansıyan bir ağrı şeklidir (44).

Sempatik Ağrı

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile yanma şeklinde olup, ağrının olduğu bölgede solukluk ve üşüme vardır. Hasta bireyler distrofik değişikliklerden yakınıdır. Damar kökenli ağrılar sempatik ağrıya örnek verebilir (39).

2.5.4. Ağrının Mekanizmasına Göre Sınıflandırma

Nosiseptif Ağrı

Fizyopatolojik olayların, ağrı algılayıcıları olan nosiseptörleri uyarmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Somatik ağrı ve visseral ağrıyı bu ağrıya örnek verebiliriz. Bu ağrı, dokunma gibi uyarılarla bile tetiklenebilir (16).

Somatik Ağrı

Periost, plevra, periton ve fasia ağrılarıdır. Batıcı, yanıcı özellikte olup lokalize edilmeleri diğer ağrılara göre daha zordur. Visseral ağrı sempatik liflerle, somatik ağrı ise duysal liflerle taşınır. Somatik ağrı acı verici, visseral ağrı ise yaygın ve zor tarif edilebilen bir ağrı olduğu için değerlendirilmesinde oldukça güçtür (16).

Nöropatik Ağrı

Periferik veya santral sinir sisteminin disfonksiyonu veya primer lezyonu sonucu oluşan ağrılar olarak tanımlanmaktadır. Nevralji, üremik ve diyabetik ile ilişkili periferik nöropatiler nöropatik ağrıya örnek olarak verilebilir (45).

Psikojenik Ağrı

Ağrı fiziksel olduğu kadar ruhsal bir deneyimdir. Ağrının kişisel ve öznel bir deneyim olduğu söylenebilir. Acı sözcüğü hem fiziksel hem de ruhsal bir anlam taşır. Ayrıca anksiyetenin varlığı ağrı şiddetini artırmasına karşın şiddetli bir kavga, savaş gibi uyarıların çok fazla oldu durumlarda ağrı duyarlılığı oldukça azalır (44).

Visseral Ağrı

Kolik ya da kramp şeklinde ifade edilen visseral ağrı lokalize edilemediğinden yansıyan ağrı olarak hissedilmektedir. İç organlardan kaynaklanan ağrı göğüs, karın veya pelvik dokulardan köken alır. Derin, yaygın, sızlama şeklinde, lokalizasyonu zor ve yansıyan özelliktedir. Birçok hastalığın ilk belirtisi olan visseral kaynaklı ağrının değerlendirilmesi oldukça önemli olduğuna önemlidir (46).

2.6. Ağrının Değerlendirilmesi ve Kullanılan Ölçekler

Ağrılı hastanın tanı ve tedavisinin doğru değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Hastaların ağrı tedavisinde olumlu sonuç alabilmek için, ağrının değerlendirilmesi, yönetimi, hemşirelerin bilgisi, deneyimi ve hastalar arasındaki iletişime bağlıdır. Ağrılı hastanın ilk değerlendirilmesi gözlem yoluyla olmaktadır. Hastanın kullandığı ilaçları, beden dili, sürekli aynı pozisyonda kalmama gibi durumlara bakılmalıdır.

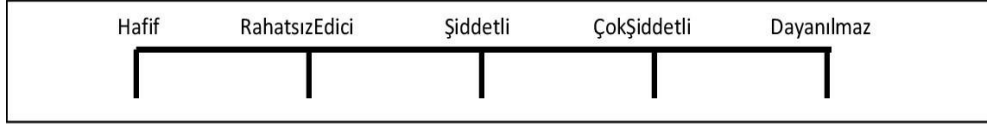
Ağrılı hastanın öyküsü alındığında ağrının süresi, sıklığı, yeri, yayılımı, niteliği, şiddeti, etkileyen faktörler, daha önceki deneyimleri ve uygulanan tedavi yöntemleri sorulmalıdır. Genel vücut muayenesi yapılarak ağrıya olan yanıtları gözlemlenir. Ağrının fizyolojik belirtileri (nabız, solunum ve kan basıncındaki değişiklikleri) değerlendirilir (47,48). Ağrının değerlendirilmesinin güvenilirliği için bazı ölçekler kullanılmaktadır. Bunlar tek boyutlu ve çok boyutlu ölçeklerdir (35,49).

2.6.1. Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye ve akut ağrının değerlendirilmesine yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır (50).

Sözel kategori ölçeği

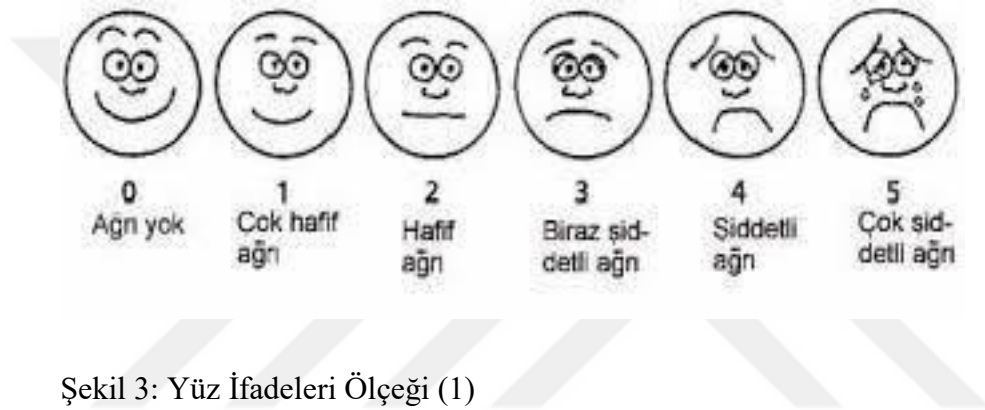
Bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesini sağlar. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır ve hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (Şekil 2) (50).



Şekil 2: Sözel Kategori Ölçeği (Melzack ve Katz 1992)

Yüz İfadeleri Ölçeği

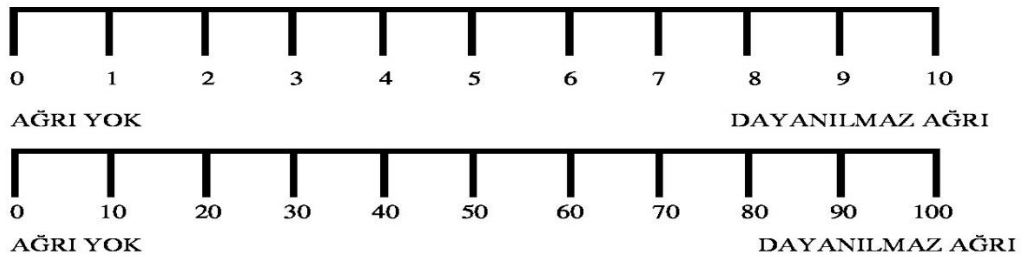
Bu görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) ve beş tanımlı ölçeğin aktif kullanılmadığı durumlarda, özellikle çocuklarda, dil ve mental kapasite yetersizlikleri olan hastalarda kullanılır (Şekil 3).



Şekil 3: Yüz İfadeleri Ölçeği (1)

2.6.2. Sayısal Ölçekler (Sayısal Değerlendirme Ölçekleri)

Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar (51,52) (Şekil 4).



Şekil 4: Sayısal Ölçekler (Black ve Matassarın 1993, Tulunay ve Tulunay 2000)

2.6.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Bir ucunda ‘Ağrı yok’, diğer ucunda ‘Dayanılmaz ağrı’ yazan 10 cm’lik cetvel şeklinde bir ölçektir. Hızlı sonuç vermesi ve sayılarla hastanın yönlendirilmemesi sebebiyle tek boyutlu ölçekler içinde en sık kullanılanlardır (53,54).



Şekil 5: Görsel Kıyaslama Ölçeği (54)

2.6.4. Burford Ağrı Termometresi

Burford ağrı termometresinin ülkemizde kullanımı yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda; 0-1 ağrının olmaması, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır (55).

2.6.5. Çok Boyutlu Ölçekler

Ağrının şiddetinin yanı sıra, yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler gibi ağrının diğer boyutlarını da değerlendirmektedir. Hastalar buradaki sorulara cevap vererek değerlendirme yapılırlar (42).

McGill Melzack Ağrı Soru Formu

Bu soru formunda ağrının yeri, ağrının özelliği, ağrının zamanla ilişkisi ağrının şiddetidir gibi kriterler öne çıkmaktadır (16).

Dartmouth Ağrı Soru Formu

McGill ağrı soru formunu tamamlayan bir skala olup, bazı kriterlerin McGill ağrı soru formuna eklenmesiyle oluşturulmuştur. Bunlar genel duygusal ölçü, ağrının sıklığı ve ağrının neden olduğu davranışlar (24).

West Haven- Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi

McGill ağrı soru formuna kısa ve klasik bir alternatif olarak psikometrik yaklaşımla hazırlanmıştır (24).

Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı

Görsel analog Ölçeğinin biraz daha detaylı halidir. Hatırlatıcı ağrı değerlendirme kartı ağrı, ağrının giderilmesi, ruh hali ve ağrının şiddetinin hızla değerlendirilmesinde etkilidir (16).

Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi

Özellikle kanser ve artrit hastalarında uygulamak üzere 5-15 dakikada kolay doldurulabilen Daut ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir çizelgedir (16).

Ağrı Algılama Profili

Bu uygulama McGill Melzack Ağrı Soru Formuna göre daha az psikosomatik ölçüm gereksinimi ile tamamlanan, daha kısa bir yöntemdir (56).

2.6.6. Ağrı Giderilmesinin Ölçülmesi

Ağrı azalmasının değerlendirilmesi hastanın daha önceki deneyimleri ile gerçekleşir ve bu durum için bazen bireyin geçmişindeki ağrısını hatırlaması gerekebilir. Ağrı azalması, ağrı şiddetindeki değişiklikleri ifade etmek amacı ile kullanılmamalıdır. Ağrı algısının azalması herhangi bir ölçekle değerlendirilebilir (16).

2.7. Ağrının Kontrolü

2.7.1. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Ağrının farmakolojik yöntemlerle tedavisinde sağlık çalışanlarının tümü sorumludur. Doktor hastaya ilaç isteminde; hemşire ise verilen istemi uygulama, değerlendirme hakkında çalıştığı ekibe bilgi vermek durumundadır. Hemşireler ağrının farmakolojik yöntemlerle uygulamalarını yapabilmesi için gerekli olan bilgi, beceri, deneyime sahip olması gerekir ve bunu da diğer ekip üyeleri ile paylaşması gerekmektedir. Narkotik olmayan analjezikler, Narkotik analjezikler, Adjuvan analjezikler olmak üzere üç gruba ayrılır (57).

Narkotik Olmayan Analjezikler

Narkotik olmayan analjezikler reçeteye ihtiyaç duyulmadığı için elde edilmesi de oldukça kolaydır. Ağrının tedavisinde etkili olmasına rağmen yan etkileri azdır. Bu durumdan dolayı oldukça sık ve fazla kullanılmaktadırlar. İlaçlar farmakolojik olarak nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ya da antiinflamatuvar analjezikler olarak adlandırılmaktadır. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar; antipiretik, antiinflamatuvar ve analjezik etkiye sahiptirler. Narkotik olmayan analjezikler siklooksijenazı inhibe ederek araşidonik asitin yıkımını ve prostoglandin yapımını önleyerek ağrıyı giderirler. Asetilsalisilik asit (aspirin), asetaminofen (parasetamol) gibi analjezikler ajanlar bu gruba örnektir (48).

Narkotik Analjezikler

Bu gruptaki ilaçlar haşhaş bitkisinden üretilen morfin ve morfinin sentetik, yarı-sentetik ilaçlardır. Bunlar Opioidler olarak da adlandırılmaktadır. Bu ilaçların antipiretik ve antiinflamatuvar etkisi bulunmamaktadır. Ağrıyı önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak için kullanılan opioidlerin, veriliş yolu, sıklığı ve dozu belirlenmeli, ağrının özelliği, hastanın genel durumu ve ağrı bildirimini göz önünde bulundurulmalıdır. Solunum depresyonu, öksürük refleksinde baskılanma, kas sertleşmesi, bulantı, kusma, kasılma, terleme, kaşıntı, mide- barsak sistemindeki hareket azlığına bağlı kabızlık, idrar retansiyonu ve bağışıklığın baskılanması gibi yan etkiler görülmektedir. Opioidlerin, tolerans gelişimi ve bağımlılık riski bulunmaktadır. Hemşirelerin opioid kullanımı ve etkileri yönünden yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (48).

Kodein, proksifen (doloksen) zayıf narkotik ilaçlar iken; morfin ve meperidin güçlü ilaç olarak bilinirler. Opioidler; oral, intramüsküler ve rektal gibi değişik vücuda veriliş yolları vardır. Bireyde ki ağrıyı gidermek için kullanılan narkotik analjezik ilaçlar merkezi sinir sistemini etkilerler. Endojen opioidlerde olduğu gibi merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal kanala dağılmış olan opioid reseptörlerine bağlanırlar. Morfin bireyde ağrı eşliğini yükselterek, bireyin algılamasını kaldırıp kendisini iyi hissetmesini sağlar. Ağrı, korku, endişe gibi huzursuzluğu ortadan kaldırmak için çok etkilidir (48,58).

Adjuvan Analjezikler

Tek başına analjezik olarak kullanılmadığı için etkinliğini arttırmak amacıyla diğer analjeziklerle birlikte kullanılan ilaçlardır. Farmakolojide analjezik değildirler, ağrı narkotiklere yanıt vermediğinde kullanılırlar. Adjuvanlar ağrı ile ilgili depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve huzursuzluk gibi durumlar olduğunda da kullanılırlar. Adjuvan ilaçların etkilerinin uzun süre devam edip yan etkilerin olması nedeniyle dezavantajdır Adjuvan analjeziklere antidepresan gibi ilaçlar örnektir (1,48,58).

Lokal Anestezi

Bölgesel anestezi vücudun bir parçasının duyu ve his kaybına bağlı olarak motor aktivitelerde geçici süre ile yavaşlama olabileceğinden, hastanın yapacağı aktivitelerini sürdürmesi zorlaşabilmektedir. Hasta kullanılan ilaçlara karşı yaşanacak yan etkiler açısından değerlendirilmelidir. Hemşirenin girişim için yapacağı tanılama ağrı yönetimindeki etkisini, hastanın duysal ve motor işlevlerini sürekli takip ederek kayıtlı etmelidir (1,48,59).

Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)

Ağrı yönetiminde, yaygın kullanılan yöntemlerden birisidir. Hasta kontrollü analjezi (HKA) de birey programlanabilir bir pompa aracılığıyla daha önceden belirlenmiş olan dozu istediği an kendisine sağlayabilmektedir (48). Kullanılan bu yöntem ile hasta da ağrının neden olduğu anksiyete azalır. HKA yöntemi opioid kullanımı 12 saatten uzun sürecek hastalarda önerilmektedir. Bu yöntem de önemli olan diğer bir hususta hastanın cihazı nasıl ve ne zaman kullanacağını bilmesidir. Hemşirede bu konuda bilgili, duyarlı olmalı ve hastayı rahat olduğu bir zamanda onu bilgilendirmelidir. HKA intravenöz, intramüsküler, subkütan, oral, intraspinal, rektal, nazal olmak üzere pek çok yöntem uygulanabilir. Postoperatif analjezide ise sıklıkla intravenöz ve epidural HKA uygulanmaktadır (1,48,59).

Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Analjezik Kullanma İlkeleri

İlaçlar etki ettiği dozda, saatinde, hastanın ihtiyacına göre ilaç dozu bireyselleştirilerek verilmelidir. Analjezikleri uygulandıktan sonra etkisi değerlendirilmelidir. Analjezik ilaç dozu, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı ağrının süresine ya da ağrı alışkanlığına göre ayarlanmamalıdır.

Bu ilaçlar ağrı başladıktan sonra değil, ağrı başlamadan önce verilmelidir. Başlangıç dozu olarak mutlaka oral yol tercih edilmeli, oral yolla cevap alınamadığı durumda parenteral yol ilaçlar tercih edilmelidir (1,48,59).

2.7.2.Ağrının Nonfarmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Farmakolojik olmayan yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki gösterdiğinden özellikle son yıllarda kullanımı genişlemiştir. Farmakolojik olmayan yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesi, analjeziklerin kullanım oranının azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu yöntemlerin birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, analjezikler gibi yan etkilerinin olmaması ve ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır. Yapılan birçok çalışma farmakolojik olmayan yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanmasının ağrının giderilmesinde ya da şiddetinin azaltılmasında etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemler, Periferik Teknikler, Bilişsel-Davranışsal Teknikler ve bu iki yöntemin dışında kalan diğer teknikler (plasebo ve cerrahi uygulama gibi) olarak sınıflanabilir (60,61). Postoperatif dönemde hastaların ameliyat yarası hareket kısıtlılığı, anestezinin etkisi gibi faktörler göz önüne alındığında uygulanacak nonfarmakolojik yöntemlerin dikkatli seçilmesi gerekmektedir (1,12).

Bilişsel Teknikler

Ağrının bilişsel yöntemlerle, duyuşsal ve algısal olarak azaltılması planlandığında, öncelikle bireyin ağrıya özgü düşünceleri belirlenir ve bu düşünceler olumsuz ise hastayı pozitif etkileyecek daha olumlu düşüncelerle değiştirilmeye çalışılır (16).

Dikkati başka yöne çekme

Dikkati ağrı algısından uzaklaştırarak ağrının daha az hissedilmesi amaçlanır. Bu teknik ile hedeflenen, ağrıya toleransı artırmak ve ağrıya duyarlılığı azaltmaktır. Televizyon izleme, müzik dinleme, kitap okuma, bu yöntemlere örnek verilebilir. Postoperatif birinci günden sonra kullanılacak yararlı bir yöntemdir (35).

Gevşeme

Yavaş ve derin bir soluk alma ile kasları kasma ve soluğun verilmesi ile tüm kasların gevşetilmesinden oluşur. Bu egzersiz ameliyat öncesi verilmesi daha uygundur. Ayrıca gevşeme tekniği ile hastanın dikkatinin ağrıdan uzaklaşacağı ve bunda endorfin salınımını etkileyeceği için ağrının azalmasına sebep olacağı bilinmektedir (1,33).

Hipnoz

Ağrının kontrolünde en sık kullanılan yöntemlerden biri olan hipnoz on dokuzuncu yüzyılda yapılan operasyonlarda analjezi sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Dikkatin belirli bir noktaya odaklaşmasını sağlayarak değişen duygu, düşünce, psikolojik durum ve minimale inmiş motor fonksiyonları ile karakterize bir yöntemdir. Hipnozun baş, boyun bölgesi, kanser ağrısı ve fantom ağrısında olumlu etkili olduğu bilinmektedir (12,62).

Bilişsel Stratejiler

Bu teknik ile kişinin ağrıya dayanmasını sağlamak, ağrı algısını en alt seviyeye indirmek için bilişsel eğitim yapılır. Yapılan bu eğitim ile tedaviye uyumu negatif etkileyen düşünce, davranış ve inanışların azaltılması planlanır (48).

Fiziksel Teknikler

Masaj

Masaj vücudun iyileşmesi için kullanılan evrensel yöntemlerden biridir ve çeşitli masaj teknikleri bulunmaktadır. Bunlar; efloraj, petrisaj, friksiyon ve tapotman gibi tekniklerdir. Bu teknikler kullanılarak, ağrı impulslarının bloke edilmesi, kas spazmının giderilmesi, gerginliğinin azaltılması ve rahat uykunun sağlanması gibi terapötik amaçlarla yumuşak dokuların elle veya mekanik olarak uyarılma durumudur. Masajın kaslarda meydana getirdiği hoşnutluk verici gevşeme, aynı zamanda zihinsel rahatlamaya yol açmaktadır (1,48).

TENS

Bir elektro-analjezi tekniği olup cilt yüzeyine yakın sinirlerin elektriksel sinyallerle uyarılması ile gerçekleşir. Yapay olarak oluşturulan bu elektrik uyarısı ile lifler uyarılarak, ağrı iletimi durdurulmaya veya azaltılmaya çalışılır (48).

Sıcak-Soğuk Uygulamalar

Hastanın ısıtılması özellikle postoperatif dönemdeki hastanın ağrısını azaltmada etkilidir. Ameliyat bölgesi ya da travma geçiren bir bölgeye lokal sıcak uygulama kanama riskini artırır. Hastanın ısıtılması için üzeri battaniye ile örtülebilir. Ekstremiteler ameliyatlardan sonra lokal soğuk uygulanması, ödemi ve kas gerginliğini azaltacağından uygulanabilir. Ancak uygulama sırasında buz paketleri mutlaka bir örtü ile sarılmalıdır. Aynı şekilde sıcak uygulamada da bu paketler örtü ile sarılmalıdır. Ameliyat yaralarının üzerine bu paketlerin konulmamasına dikkat edilmelidir. Bu uygulama en fazla 15 dakika uygulanmalıdır. Aksi takdirde ters etki alabiliriz (1,48).

Egzersiz

Aktif pasif hareketleri, yatak hareketlerini ve ambulasyonu içerir. Egzersiz hareketi ve buna bağlı olarak da kan akımını artırır, kas spazmı ve kontraktürleri engelleyerek ağrının hafiflemesini sağlar (1,12).

Pozisyon Verme

Sonradan ağrının önlenmesini ve akut ağrıların azalmasını sağlar. Yastık ve özel gereçlerle yapılabilen bu uygulama kas kasılmasını ve spazmını önleyerek kan dolaşımını hızlandırır (1,48).

Hareketi Kısıtlama/ Dinlendirme

Kesin yatak istirahati gereken ve traksiyon uygulanan hastalarda kullanılır. Ödem oluşumunu da engellediği için ağrının azalmasını sağlar (1).

Diğer Teknikler

Akupunktur

Ağrılı durumlarla yaşanan ağrıyı azaltmak için iğnelerle özel periferik sinirlere piercing uygulanması yapılır. Akupunktur uygulamasında ilaçların gösterdiği yan etkiler yoktur. Basit ve ekonomik bir tedavi yöntemi olduğu için son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanılmıştır (12,63,64).

Aromaterapi

Bitkisel kaynakların (yapraklar, çiçekler, ağaç kabukları, meyveler, kökler) kimyasal yapısı ve enerjilerinden faydalanarak masaj, teneffüs (buğu), kompres, banyo ve diğer yollarla uygulanmasını içeren sağlık ve güzelliği destekleyen doğal bir tedavi yöntemidir. Aromaterapide odak nokta tedaviden çok semptomatik kontroldür. Kokunun iyileştirici gücü ile uygulanan aromaterapi batı tıbbına alternatif olarak değil tamamlayıcı olup kas, kemik, eklemler, bel ve sırt ağrılarının ve spor yaralanmalarının tedavisinde kullanılır (12,64,65).

Müzik Terapisi

Müzik, bireyin kalp hızının, kan basıncının, solunum sayısının düşmesini sağlamakta ve hastanın dikkatini başka yöne çekerek ağrı algısının azalmasını ve kronik ağrılarda yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (12,48).

Meditasyon

Meditasyon rahat bir şekilde oturup, kendi kendine odaklanma ile karakterizedir. Beyin üzerinde hâkimiyet kurma esasına dayanır. Herhangi bir ekipmana gerek yoktur. Meditasyon ile ağrı kontrolünde, savunma sistemi güçlendirilerek, melatonin salgısının artması sağlanır (12,16).

2.8.Cerrahi Hemşirelerinin Ağrı Tedavisini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Uygulamaları

Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim, trafik kazası, yüksekten düşme, çeşitli kronik hastalıklara bağlı olarak ağrı yakınmaları ile hastanelere başvurmaktadır. Ağrı giderilmediği zaman bireyin yaşam kalitesini azaltmakta, hastanede kalış süresini uzatmakta, mortalite oranını arttırmaktadır (14).

2.8.1.Cerrahi Hemşirelerinin Ağrı Tedavisini Etkileyen Faktörler

Son yıllarda ağrı tedavisinde yeni yöntem ve ilaçların bulunmasına karşın tedavideki yetersizlik devam etmektedir. Bu yetersizliğin en önemli nedenleri:

- Doktor tarafından etkili ve uygun aralıklı doz isteminin yapılmaması,

- ‘Gerektiğinde’ ve lüzum hali yazılmış doktor istemlerinin verilmesi, hemşirenin ağrıyı doğru tanımlayamaması nedeniyle hastanın ihtiyacı olduğu halde uygun dozda, doğru zamanda ilacın uygulanmaması,
- Sağlık personelinin ve hastanın narkotik ilaç kullanımında kaçınması,
- Hastaların ağrı konusundaki ifadeleri dikkate alınmaması,
- İlaçların yanlış veriliş yollarından dolayı kanda konsantrasyonlarında dalgalanma yaşanması,
- Hastaların ağrısının ameliyatın doğal bir sonucu olmasına inanan hastaların bu ağrıyı çekmesi,
- HKA uygulamalarında ameliyat öncesi hastayı bilgilendirmemek ve hemşirelerin bu cihaz hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları (1).

2.8.2.Etkili Ağrı Tedavisi için Yapılması Gerekenler

Hastanın ağrısı konusundaki ifadeleri dikkate alınıp, yeterli bilgi ve eğitim verilmelidir. Ağrı algısına karşı inkâr, öfke gibi duygusal tepkiler için baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi gerekir. İlaçlar etkili şiddette ve kişisel olmalıdır, Analjezikler saatinde yapılmalıdır. Hasta için en etkili veriliş yolu uygulanmalıdır, narkotik korkusundan vazgeçilmelidir. Hastanın gereksiz hareketlerde kaçınması, hasta yakınların da bakım ve uygulamalara katılması sağlanmalıdır. Hastalara uygulama yapılırken hastayla birlikte iş birliği yapılması sağlanmalıdır. İlaç dışı yöntemlerin de uygulanması sağlanmalıdır. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin her hasta için bireysel ağrı değerlendirme planı oluşturmalıdır (1,48).

Ağrı yönetiminde hemşire, ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi, izlenmesi, tedaviye etkin olarak katılması, tedavi sonucunu izlemesi, ilaç dışı ağrı yöntemlerini kullanıp ağrıyı yaşanabilir sınırlar içinde tutarak gelişebilecek sorunları önleyebilmelidir. Tüm bunları yapabilmesi için hemşirenin doğru bilgi ve yeteneğe sahip olması gerekmektedir (64).

2.9.Cerrahi Hemşirelerin Uygulamalarında Hastanın Ağrısına Yönelik Hemşirelik Sürecinin Kullanılması

2.9.1.Cerrahi Hemşirelerinin Uygulama Hedefleri

Hemşireler, bilimsel yöntemlerden fayda sağlayarak problemlere çözüm getirmeyi amaçlar. Bilimsel problem çözme süreci ile hemşirelikte problemi çözme süreci paralellik

göstermektedir. Hemşirelik sürecine bakıldığında hastaya ve aileye odaklanan, problem çözme odaklı olup bilimselliği temel alan, sistematik bir süreç olduğu görülmektedir (66). Hastanın ameliyata bağlı ağrısını en aza düşürmek, ağrıya ve ağrının tedavisine bağlı komplikasyonların gelişimini önleyip hasta memnuniyetini arttırmak cerrahi hemşireliğinin ana hedeflerindedir (1).

2.9.2. Veri Toplama

Ağrının varlığı ve şiddeti Hemşire tarafından belirli aralıklarla düzenli bir şekilde değerlendirilir. Ağrı şiddeti belirlenirken Hastanın verdiği bilgi doğru olarak kabul edilir. Hastanın verdiği bilgi, hemşirenin gözlemleri ve değerlendirmesi verileri oluşturur. Veri toplama aşaması sürekli olmalıdır ve hasta ile ilgili oluşan yeni durumlar, hemşirelik girişimleri ile ilişkili bilgiler veri toplama aşamasının dinamikliğini korur (67-68).

2.9.3. Tanılama-Hemşirelik Tanısı

Bu aşama hemşirenin eleştirel düşünme becerisini kullanarak topladığı verileri analiz edip bireye özgü bakımın sunumunda bir ya da daha fazla hemşirelik tanısı belirlemekle sonuçlanır. Hemşirelik tanısı ile bireyin sağlık sorunu ve bu soruna neden olan faktörler belirlenir (69). Ağrının yeri, şiddeti, niteliği, hastanın ağrıyı ifade etme şekli, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler hemşire tarafından tek tek değerlendirildikten sonra hemşirelik tanıları belirlenir (bulantı- kusma, anksiyete, uyku bozukluğu gibi) (68).

2.9.4. Planlaması

Hastanın ağrı şiddeti ve komplikasyonlarına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlandığı aşamadır. Hemşire hastanın gereksinimlerine göre yapılacak işlemleri sıraya koyar (1,68).

2.9.5. Uygulama

Hemşirelik sürecinin uygulama aşamasına başlamadan önce hemşire bireyi ve bakım planını yeniden gözden geçirir, öncelikleri belirler, araç gereci, çevreyi düzenler, bireyi hazırlar, komplikasyonları önceden tahmin eder, gerekli önlemleri alarak hemşirelik girişimlerini uygulamaya başlar. Hemşirelik uygulamalarının merkezinde eleştirel düşünme, deneyim ve bilgiyi kullanma, olumlu kişiler arası iletişim, iyi gözlem yapma, teknik ve psikomotor beceri, problem çözme ve karar verme süreçleri yer almaktadır.

Hemşirelik uygulamalarındaki amaç; probleme neden olan etiyolojilerin azaltılması ya da çözümlenmesidir. Örneğin; Ameliyat sonrası immobilité nedeniyle "Solunum Örüntüsünün Bozulması" probleminde, hemşirelik uygulamaları ameliyat sonrası immobilitenin olumsuz etkilerini azaltmaya yöneliktir. Uygulama esnasında ortaya çıkan yeni durumlar için her zaman bakım planında değişiklik yapmak mümkündür (70,71).

2.9.6.Değerlendirme

Uygulama aşamasından sonra yapılan Hemşirelik yönetiminin etkinliği değerlendirilmelidir. Değerlendirme aşaması hemşirelik sürecinde hem bir sonuç hem de bir başlangıçtır. Bunun için ağrı tedavisi öncesi ve sonrası ağrı şiddetinin durumu konusunda hasta sorgulanmalıdır. Eğer tedavi ağrıya cevap vermediyse bütün bilgiler en baştan gözden geçirilmeli ve yeni bir hemşirelik süreci oluşturulmalıdır (1,68,69,70).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Araştırma 1 Haziran – 30 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Cerrahi servislerinde çalışan hemşireler araştırmaya dâhil edilmiştir. Cerrahi hemşirelerine verilecek ağrı yönetimi ve değerlendirilmesi eğitiminin, hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumları üzerine etkisini belirlenmek amacıyla yürütülen yarı deneysel araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra (EK-1, EK-2, EK-3), onay formu Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğine gönderilmiştir. Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılmış ve gerekli onay alınmıştır (EK-4).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 1 Haziran – 30 Kasım 2017 tarihleri arasında yapıldı. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Cerrahi servislerinde çalışan ve örneklem ölçütlerini sağlayan hemşireler dâhil edildi. Örneklem ölçütleri; cerrahi kliniğinde çalışan ve çalışmaya gönüllü olan hemşireler olarak belirlendi. Çalışmanın yapıldığı hastanenin cerrahi kliniklerinde bu ölçütleri sağlayan 95 hemşire görev yapmakta idi. Bu çalışma için örneklem seçimine gidilmemiş olup tüm evrene (95 hemşire) ulaşılması hedeflendi. Hemşirelere araştırmanın amacı ve yöntemi belirtilerek araştırmaya davet edilmiş olup toplam 71 (%75 katılım oranı) hemşirenin gönüllü katılımı ile araştırma tamamlandı.

3.4. Veri Toplama Gereçleri

Araştırma iki aşamada gerçekleştirildi. Birinci aşamada Ön-Test ve NKASRP veri formları kullanılmıştır. İkinci aşamada ise araştırmacı tarafından hemşirelere “Ağrı Yönetimi” eğitimi verilmiş ve eğitimi takip eden bir hafta sonra Son-Test ve NKASRP veri formları uygulanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Toplama Formları

Bu aşamada araştırmacı tarafından geliştirilen ve araştırmaya katılan hemşirelerin Sosyo-Demografik ve mesleki özelliklerini içeren toplam 26 sorudan oluşan Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-5) ve Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Bilgi ve

Tutumları Ölçeği (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain -NKASRP) kullanılmıştır. Ön-Test aşamasında kullanılan sorular hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen, mesleki özelliklerini kapsayan ve çalışma şekillerinin nasıl olduğunu öğrenmek üzere hazırlanan formdur (EK-5). Son-Test hemşirelere Ön-Testte sorulan 26 sorudan 6 sorunun Son-Testte bulunan 6 soruyla aynı olması eğitim sonrasında da hemşirelerin cevaplarında mesleki özelliklerinin değişip değişmediği konusunda yapılan formdur (EK-6). NKARP Ölçeği (EK-7) hemşirelerin ağrıya yönelik bilgilerini, tutumlarını, hemşirelerin hastalar için inançlarının ağrıya etkilerini nasıl olduğunu düşündüğü, ilaçların vücuda nasıl etki ettiği, ilaçların veriliş yolları, ilaçların ne kadar verileceği, ilaçların hastalar üzerindeki toleranslarını anlamak için hazırlanmış bir ölçektir.

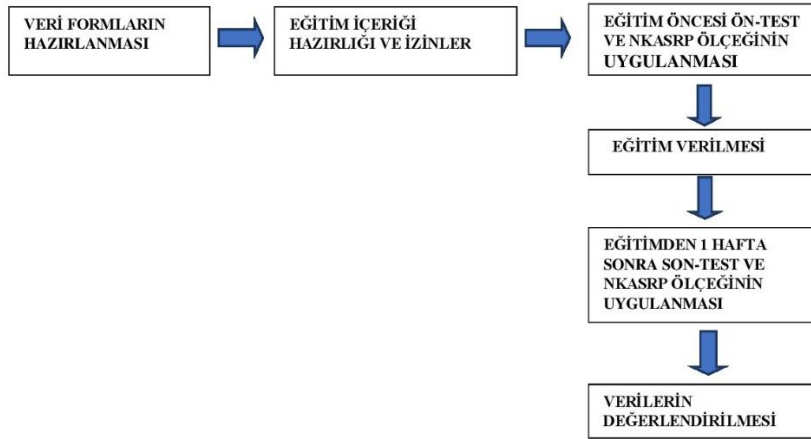
NKASRP (EK-7)

Bu Ölçek hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik Ferrell ve McCaffery tarafından geliştirilmiş ve kullanılma izni City of Hope web adresinden alınmıştır ("Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014). NKASRP 22 doğru / yanlış, 13 çoktan seçmeli ve iki (2) vaka çalışmasında yer alan dört soru ile birlikte toplam 39 sorudan oluşmakta olup eğitim öncesi ve eğitim sonrası kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan NKASRP Ölçeği'nin Türkçe versiyonu daha önce bu Ölçeği kullanarak yayımlayan Yıldırım ve ark (72)'dan izin alınarak kullanılmıştır. Yıldırım ve ark'nın çalışmasında Cronbach Alpha (r) değeri 0.74 olarak hesaplanmıştır. Bu tez çalışmasında kullanılan NKASRP Ölçeğinin eğitim öncesi Cronbach Alpha (r) değeri 0.77, eğitim sonrası 0.78 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Cerrahi Servislerinde çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinin yıllık ortalama hasta sayısı il içerisinde bulunan diğer hastanelere oranla daha fazladır ve 580 yatak kapasitesiyle hastalarına hizmet sunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde cerrahi kliniklerde aktif olarak 95 hemşire görev yapmaktadı. Hastanenin şehir merkezindeki konumu ve cerrahi servislerde çalışan hemşire sayısının yeterli olması değerlendirilerek bu tez çalışması için uygun görülmüştür.

3.6. Araştırmanın Uygulanması



Şekil 6. Araştırmanın Uygulanması Akış Şeması

Ağrı Yönetimi eğitimi için uzman görüşü, güncel literatür ve tez araştırmacısının bu tez çalışmasına hazırlık olması amacıyla seminer dersi kapsamında yaptığı “Gaziantep’te Bir Üniversitesi Hastanesinde Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” çalışmasının sonuçlarından yararlanılarak ön-test, son-test ve eğitim programı hazırlandı. Eğitimin yapılabilmesi için Gaziantep Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri ve Başhekimliğinden eğitimin yapılacağı yer ve saat için önce sözel olmak üzere daha sonrada yazılı olarak izin alındı (EK-8). Cerrahi kliniklerine eğitim saati ve günü için duyuru yapıldı. Eğitime katılan hemşirelere ön-test ve NKASRP ölçeği daha önce belirlenen rumuz yazılarak doldurtuldu. Ağrı Yönetimi eğitimi (EK-9) iki (2) günde toplam üç (3) saatlik eğitim toplantılarında yapıldı. Eğitim verildikten sonra eğitime katılan hemşirelere rumuzların unutulmamasının ve bir (1) hafta sonra son-test ve NKASRP ölçeği için gerekli olacağı bilgisi verildi. Eğitimden bir (1) hafta sonra son-test ve NKASRP ölçeği rumuzlarını tekrar yazarak doldurtuldu (Şekil 5).

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 21 paket programına aktarılarak istatistiksel hesaplamalar yapılmıştır. Tanımlayıcı verilerin gösteriminde kesikli değişkenlerde (kategorik veriler) sayı, yüzde (%), sürekli değişkenlerde ortalama±standart sapma (ss) hesaplanmıştır. Karşılaştırmalı istatistiklerde kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımlı gruplarda Ki-Kare (Mc Nemar) Test kullanılmıştır. Sürekli verilerin iki ortalamanın karşılaştırılmasında Bağımlı gruplarda *t* testi (Paired Samples *t* test)

üç ve üzeri grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis test kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkeni

Bağımlı Değişkenler: Hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin sosyo-demografik, mesleki ve ağrıya yönelik tanıtıcı özellikleri çalışmanın bağımsız değişkenleridir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=71)

Özellikler	ortalama±ss*
Yaş (en az:22, en çok:45) yıl	31.42±5.62
Mezuniyet sonrası geçen süre (en az: 1, en çok:23) yıl	7.40±1.23
Meslekte çalışma süresi (en az:117 en çok:264) ay	104.70±66.74
	Sayı (%)
Yaş Grupları	
22-31 yaş	38 (53.5)
32-45 yaş	33 (46.5)
Mezuniyetten İtibaren Geçen Süre Grupları	
1-5 yıl	35 (49.3)
6-23 yıl	36 (50.7)
Meslekte Çalışma Süresi Grupları	
17-56 ay	22 (31.0)
57-116 ay	21 (29.6)
117-264 ay	28 (39.4)
Cinsiyet	
Kadın	54 (76.1)
Erkek	17 (23.9)
Medeni Durumu	
Evli	47 (66.2)
Bekar	24 (33.8)
Çocuk Durumu	
Evet	41 (57.7)
Hayır	30 (42.3)
Eğitim Durumu	
SML	4 (5.6)
Ön lisans	4 (5.6)
Lisans	60 (84.5)
Lisansüstü	3 (4.2)
Hemşirelikte Öğrenim Şekli	
Örgün Eğitim	63 (88.7)
Uzaktan Eğitim	8 (11.3)
Hemşirelik Dışında Başka Okul Mezuniyeti	
Evet	5 (7.0)
Hayır	66 (93.0)
Hemşirelik Görevi	
Sorumlu Hemşire	11 (15.5)
Servis Hemşiresi	53 (74.6)
Yoğun Bakım Hemşiresi	7 (9.9)
Çalıştığı Bölüm	
Acil Servis	12 (16.9)
Ortopedi	8 (11.3)
Plastik Cerrahi	6 (8.5)
Genel Cerrahi	6 (8.5)
Göz	6 (8.5)
Üroloji	7 (9.9)
Kadın Doğum	3 (4.2)
Cerrahi Yoğun Bakım	7 (9.9)
KBB	4 (5.6)
Organ Nakli	3 (4.2)
Beyin Cerrahi	6 (8.5)
Kalp Damar Cerrahi	3 (4.2)
Mesaide Çalışma Şekli	
Sadece gündüz mesaisi (08.00-16.00)	21 (29.6)
Karışık Vardiya	50 (%93.0)

*ss: standart sapma

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 4.1’de gösterilmektedir. Tablo’ya göre hemşirelerin yaş ortalaması 31.42 ± 5.62 yıl, meslekte çalışma süreleri ortalama 104.70 ± 66.74 ay (8.7 yıl), mezuniyet sonrası geçen süre ortalama 7.40 ± 1.23 yıldır. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%53.5) 22-31 yaş; %46.5’inin 32-45 yaş arasında oldukları, %50.7’sinin meslekte 6-23 yıl çalıştığı ve %39.4’ünün de 117-264 ay (9.75-22 yıl) arasında çalıştıkları görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %76.1’inin kadın, %66.2’sinin evli olduğu saptandı. Hemşirelerin çoğunun (%84.5) lisans mezunu ve örgün eğitim sisteminde (%88.7) hemşirelik eğitimini tamamladığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %74.6’ü servis hemşirelerinden oluşmakta olup; çoğunun (%93.0) karışık vardiya sisteminde çalışmakta olduğu saptanmıştır.



Tablo 4 2. Hemşirelerin Ağrıya Yönelik Tanıtıcı Özellikleri ve Uygulamaları (N=71)

Tanıtıcı Özellikleri ve Uygulamalar	Sayı (%)
Ağrı Ölçeği Kullanma Durumu	
Evet	60 (84.5)
Hayır	11 (15.5)
Ağrı Ölçeği Kullanma Sıklığı (n=60) *	
Nadiren	4 (6.7)
Sık sık	17 (28.3)
Her zaman	39 (65.0)
Kullanılan Ağrı Ölçeği (n=60) *	
Görsel Kıyaslama Ölçeği	29 (40.8)
Sayısal Ağrı Ölçeği	17 (23.9)
Sözel Ağrı Ölçeği	8 (11.3)
Ağrıyı Kayıt Etme	
Her Zaman	51 (71.8)
Bazen	13 (18.3)
Hiçbir Zaman	7 (9.9)
Hastanın Ağrısı Nereye Kayıt Ediliyor**	
Hemşire Gözlem Formu	33 (46.5)
Yoğun Bakım Hasta Takip Formu	2 (2.8)
Doktor İzlem Formu	6 (8.5)
Diğer	29 (40.8)
Ağrının şiddetini tanımlamada kullanılan yöntemler***	
Hastanın yüz ifadesine bakarak	54 (76.1)
Hastanın kendi ifadelerine göre	51 (71.8)
Hastanın ANT değerlerine göre	29 (40.8)
Ağrı tedavisinde kullandığınız nonfarmakolojik yöntemler**	
Masaj Uygulama	11 (15.5)
Sıcak-Soğuk	41 (57.7)
Gevşeme Egzersizleri	22 (31.0)
Pozisyon Değiştirme	49 (69.0)
Dikkatini başka yöne çekme	37 (52.1)
Ağrı tedavisinde hemşireler ne derece etkili	
Etkisiz	3 (4.2)
Az etkili	6 (8.5)
Etkili	25 (35.2)
Çok etkili	37 (52.1)
Ağrı ile ilgili Eğitime Katılım Durumu	
Evet	18 (25.4)
Hayır	53 (74.6)
Herhangi bir yayın takip etme durumu	
Evet	4 (5.6)
Hayır	67 (94.4)
Takip edilen yayın	
Kitap	2 (2.8)
Bilimsel dergi	2 (2.8)

*Sorgulanmadı: Hemşirelere eğitim verildikten bir hafta sonra ölçek yeniden uygulandığından sorulmadı.

** Ağrı ölçeği kullanan 60 hemşireye göre sayı ve yüzde değerleri hesaplanmıştır.

*** n katlanmıştır. Yüzdeler 71 kişiye göre hesaplanmıştır.

Tablo 4.2’de hemşirelerin ağrıya yönelik tanıtıcı özellikleri ve uygulamalarına ait bulgular gösterilmektedir. Hemşirelerin % 84.5’inin çalıştıkları birimlerde ağrı ölçeği kullandıkları ve bu hemşirelerin yarısından fazlasının (%65.0) ağrı ölçeğini her zaman kullandıkları belirlenmiştir. Ağrı değerlendirmede ölçek kullanan hemşirelerin %40.8’nin görsel kıyaslama ölçeğini kullandıkları, %71.8’inin hastaların ağrı derecesini her zaman kayıt ettikleri saptanmıştır. Hastaların ağrısını hemşire gözlem formuna kayıt eden hemşire oranı %46.5 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin %76.1’i hastanın ağrı şiddetini tanımlamada hastanın yüz ifadesine bakarak karar verdiklerini, %69.0’ı ağrı tedavisinde non-farmakolojik yöntem olarak pozisyon değiştirmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin ağrı tedavisinde ne derece etkili olduğu sorusuna çok etkili cevabını veren hemşire oranı %52.1 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %74.6’sının ağrı ile ilgili bir eğitime katılmadığı ve tamamına yakının da (%94.4) herhangi bir yayın takip etmedikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan hemşirelere ön-test sonrası araştırmacı tarafından hazırlanan “ağrı eğitimi” verilmiş ve eğitimden bir hafta sonra son test uygulanmıştır. Ön-testte sorgulanan ve Tablo 1-2’de yer alan veriler iki ölçüm arasındaki sürenin çok az olması nedeniyle ölçülen değişkenler açısından bu sürede herhangi bir değişiklik olması beklenmediğinden son testte tekrar sorulmamıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelere göre Hastaların Ağrı Deneyimledikleri Bölgeler ve Ağrı Nedenleri (N=71)

Hastaların Ağrı Deneyimledikleri Bölgeler	Eğitim öncesi Sayı (%)	Eğitim sonrası Sayı (%)
Ameliyat bölgesi		
%0-30	13 (18.3)	12 (16.9)
%31-60	9 (12.7)	8 (11.3)
%61-100	49 (69.0)	51 (71.8)
Baş ve Boyun Bölgesi		
%0-30	54 (76.1)	56 (78.9)
%31-60	13 (18.3)	11 (15.5)
%61-100	4 (5.6)	4 (5.6)
Eklem Bölgesi		
%0-30	62 (87.3)	62 (87.3)
%31-60	8 (11.3)	8 (11.3)
%61-100	1 (1.4)	1 (1.4)
Bel ve Sırt Bölgesi		
%0-30	57 (80.3)	56 (78.9)
%31-60	10 (14.1)	11 (15.5)
%61-100	4 (5.6)	4 (5.6)
Abdominal Bölge		
%0-30	59 (83.1)	59 (83.1)
%31-60	7 (9.9)	7 (9.9)
%61-100	5 (7.0)	5 (7.0)
İdrar Kateterine Bağlı Ağrı		
%0-30	56 (78.9)	56 (78.9)
%31-60	6 (8.5)	6 (8.5)
%61-100	9 (12.7)	9 (12.7)
Dren ve İntravenöz Katetere Bağlı Ağrı		
%0-30	56 (78.9)	54 (76.1)
%31-60	6 (8.5)	13 (18.3)
%61-100	9 (12.7)	4 (5.6)

Tablo 4.3’de hemşirelere göre hastaların ağrı deneyimledikleri bölgeler ve ağrı nedenlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin eğitim öncesi %69.0’u, eğitim sonrası %71.8’i hastaların büyük bir kısmının (%61-100) ameliyat bölgesinde ağrı hissettiğini belirtmiştir. Hastaların %0-30’unun baş boyun bölgesinde ağrısı olduğunu belirten hemşirelerin oranı eğitim öncesi %76.1 iken eğitim sonrası bu oran %78.9 olmuştur. Hastaların eklem bölgesinde ve abdominal bölgesinde ağrısı olduğunu düşünen hemşire oranı eğitim öncesi ve sonrasında değişmemiştir. Drenler ve kateter bölgelerinde ağrı deneyimleyen hasta oranı eğitim öncesi ve sonrasında benzerdir.

Hemşirelerin hastaların ağrı yaşadıkları bölgeler ve ağrı nedenlerine ilişkin Tablo 3’te yer alan değişkenler arasındaki oranlar eğitim öncesi ve sonrası dönemde bazı

farklılıklar göstermekle beraber bu oranlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından ($p < 0.05$) test (Ki-kare Mc Nemar) ve p değerleri Tablo 4.3’de gösterilmemiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Yanıtlanan NKASRP Madde Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=71)

EĞİTİM	Doğru Cevaplanan NKASRP Madde Sayısı Ortalama \pm ss	Test*	P
Eğitim öncesi	18.73 \pm 5.85 (en az=9, en çok=37)	-14.023	0.000
Eğitim sonrası	26.64 \pm 5.31 (en az=15, en çok =38)		

*Test: Paired Samples *t* Test

Çalışmaya katılan 71 hemşirenin kendilerine verilen ağrı eğitimi öncesi ve sonrasında cevaplamaları istenen NKASRP Ölçeğinde doğru yanıtlanan madde sayısı ortalamaları Tablo 4.4’te gösterilmiştir. Eğitim öncesi dönemde hemşireler ortalama 18.73 \pm 5.85 maddeyi doğru yanıtlarken, eğitim sonrası dönemde bu sayı artarak 26.64 \pm 5.31 olarak gerçekleşmiştir. Doğru yanıtlanan madde sayısı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($t = -14,023$, $p = 0.000$)

Tablo 4.5. Hemşirelerin NKASRP Ölçeği Maddelerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Cevaplanma Oranları (N=71)

Sıra no	NKASRP **Ölçek Maddeleri	Eğitim öncesi Sayı (%)	Eğitim sonrası Sayı (%)	test*	p
1	Travma veya postoperatif ağrı gibi ani başlangıcı olan şiddetli ağrılarda opioid analjeziklerin ...yolu ile verilmesi önerilmektedir. (İntravenöz)	65 (91.5)	70 (98.6)	1.890	0.059
2	2 yaş altındaki çocukların nörolojik sistemleri tam gelişmediği için; ağrıya hassasiyetleri azalmıştır ve ağrı deneyimlerinin hatırlanması sınırlanmıştır. (Yanlış)	43 (60.6)	66 (93.0)	4.796	0.000
3	Farklı bireylerdeki benzer uyarılar, aynı ağrı yoğunluğu oluşturur. (Yanlış)	47 (66.2)	66 (93.0)	3.962	0.000
4	Hastanın ağrısının şiddetini en iyi olarak kim ifade eder? (Hastanın kendisi)	53 (74.6)	66 (93.0)	3.606	0.000
5	Post-operatif ağrı için verilen analjezikler başlangıçta ... verilmelidir. (Bir program dahilinde saatli olarak)	45 (63.4)	64 (90.1)	4.359	0.000
6	Hastanın ağrısının şiddetli olduğunu doğrulamak için, vital bulgularındaki gözlemlenebilir değişikliklere güvenilmelidir. (Yanlış)	35 (49.3)	63 (88.7)	5.292	0.000
7	11 yaş altındaki çocuklar ağrıyı doğru bir şekilde ifade edemezler, bu nedenle hemşire ağrı yoğunluğunu tanılamak için çocuğun ailesine güvenilmelidir. (Yanlış)	50 (70.4)	63 (88.7)	2.982	0.003
8	Yaşlı hastalar, ağrıyı dindirmek için kullanılan opioidleri tolere edemezler. (Yanlış)	40 (56.3)	61 (85.9)	4.041	0.000
9	Aşağıdaki maddelerden hangisi ağrılı hastanın bakımında kültürel etkenleri en iyi ifade etmektedir? (Hastalar kültürün ağrı üzerindeki etkilerini değerlendirmek için bireysel olarak tanımlamalıdır.)	40 (56.3)	61 (85.9)	4.379	0.000
10	Hastalara plasebo amacıyla serum fizyolojik vermek ağrının gerçek olup olmadığını belirlemede sıklıkla faydalıdır. (Yanlış)	20 (28.2)	60 (84.5)	6.030	0.000
11	Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) basamak tedavisinde; analjezik ajanları tek başına kullanmaktan ziyade ilaçların birlikte (ör: opioid ve NSAİİ birlikte) kullanılmasını önermektedir. (Yanlış)	24 (33.8)	59 (83.1)	5.754	0.000
12	Kronik kanser ağrısı için analjezi... verilmelidir. (Bir program dahilinde saatli olarak)	30 (42.3)	59 (83.1)	5.385	0.000
13	Madde istismarı öyküsü olan hastalarda, ağrı için opioid ilaçlar verilmemelidir çünkü bağımlılığın tekrarlanması riski yüksektir. (Yanlış)	40 (56.3)	58 (81.7)	2.920	0.004
14	Uzun (bir aydan uzun) süre opioid alan hastalarda solunum depresyonu nadiren görülmektedir. (Doğru)	45 (63.4)	58 (81.7)	2.335	0.020
15	Aspirin ve diğer NSAİİ metastaz nedeniyle oluşan kemik ağrıları için etkili değildir. (Yanlış)	33 (46.5)	57 (80.3)	4.899	0.000
16	Eğer hastanın dikkati ağrıdan başka yöne çekilebiliyorsa, bu genellikle hastanın ağrısının çok şiddetli olmadığı anlamına gelir. (Yanlış)	36 (50.8)	57 (80.3)	4.379	0.000
17	Hasta dini inançlarına bağlı olarak; ağrı ve ağrı çekmenin gerekli olduğunu düşünebilir. (Doğru)	45 (63.4)	54 (77.5)	2.183	0.029
18	Opioid analjeziklerin önerilen başlangıç dozlarından sonra, ilave dozlar hastanın bireysel yanıtına göre ayarlanır. (Doğru)	57 (80.3)	55 (77.5)	0.535	0.593
19	Hastanın kullandığı ağrı ilaçlarının dozlarının artırılmasını istemesinin en olası nedeni... (hastanın ağrısının artması)	34 (47.9)	54 (76.1)	4.082	0.000
20	Hastalar ağrıların şiddetli olmasına karşın uyuyabilirler. (Doğru)	38 (53.5)	53 (74.6)	3.273	0.001

*test: Mc Nemar Test

**NKASRP: Nurses Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain

Tablo 4.5. Hemşirelerin NKASRP Ölçeği Maddelerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Cevaplanma Oranları (N=71)-Devam

Sıra no	NKASRP **Ölçek Maddeleri	Eğitim öncesi Sayı (%)	Eğitim sonrası Sayı (%)	test*	p
21	Ağrısı olan hastalar bir ağrı hafifletme yöntemine başvurmadan önce ağrıya mümkün olduğunca dayanmaya teşvik edilmelidir. (Yanlış)	34 (47.9)	52 (73.2)	3.402	0.001
22	Morfinin ağrı takibine göre dozlarını arttırmak ağrıyı dindirmez. (Yanlış)	58 (81.7)	52 (73.2)	1.134	0.257
23	Aşağıdaki ilaçlardan hangisi; kanser ağrısının tedavisinde yararlıdır? (Hepsi)	42 (59.2)	49 (69.0)	1.400	0.000
24	Hastalara, ilaç-dışı tekniklerin tek başına kullanılmasından ziyade ağrı kesici ilaçlarla birlikte kullanılması önerilmelidir. (Yanlış)	34 (47.9)	49 (69.0)	3.273	0.001
25	Oral alınan 650 mg Aspirin; oral 50 mg Meperidine (Demerol)'un analjezik etkisine hemen hemen eşittir. (Doğru)	36 (50.7)	47 (66.2)	2.524	0.012
26	Uzamış kanser ağrısı olan hastalarda opioid analjeziklerin yolu ile verilmesi önerilmektedir. (Oral)	22 (31.0)	42 (59.2)	4.082	0.000
27	Daha etkili olması için; sıcak ve soğuk uygulamalar sadece ağrılı bölgeye uygulanmalıdır. (Yanlış)	22 (31.0)	39 (54.9)	3.710	0.000
28	İntramüsküler (IM) meperidine (Demerol)'un etki süresi genellikle 4-5 saattir. (Yanlış)	31 (43.7)	39 (54.9)	2.000	0.046
29	Aşağıda 4 saatte bir uygulanan IV morfin dozları verilmiştir. Bu dozlardan hangisi 4 saatte bir verilen 30 mg oral morfin dozuna eşittir? (10 mg intravenöz)	32 (45.1)	37 (52.1)	0.640	0.522
30	Araştırmalar promethazine (phenergan) güvenilir bir opioid analjezik olduğunu göstermektedir. (Yanlış)	44 (62.0)	37 (52.1)	1.698	0.090
31	Sıcak, soğuk uygulama, müzik dinleme, hayal kurma gibi ilaç dışı girişimler hafif ve orta düzeyde ağrılar için çok etkilidir; fakat daha şiddetli ağrılar için nadiren yararlıdır. (Yanlış)	13 (18.3)	35 (49.3)	4.158	0.000
32	Kronik kanser ağrısı olan bir hasta; 2 aydır her gün düzenli olarak opioid analjezikleri almaktadır. Bu zaman periyodu boyunca opioid dozu arttırılmıştır. Dün; hasta 200 mg/saat IV morfin almıştır. Bugün 3 saattir 250 mg/saat IV morfin almaktadır. Bu hastada solunum depresyonu gelişme olasılığı ... (%1'den daha az)	10 (14.1)	28 (39.4)	4.243	0.000
33	Opioid/narkotik ilaçları ağrı tedavisi dışındaki etkileri dışında kullanmak (öfarik/disforik etki) bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlı kullanılarak, opioid ilaç kullanılan hastalarda opioid bağımlılık oranının ne kadar olduğunu tahmin ediyorsunuz? (<%1-5)	15 (21.1)	23 (32.4)	2.530	0.011
34	Aşağıdaki analjezik ilaçlardan hangisi; uzamış orta – şiddetli ağrısı olan kanser hastalarının tedavisi için seçilecek bir ilaç olarak düşünülmektedir? (Morfin)	23 (32.4)	27 (38.0)	1.265	0.206
35	Ağrısı olan hastaların; ne kadarının ağrısını bildirdiklerini düşünüyorsunuz? Doğru yanıtı işaretleyiniz. (%0-10)	2 (2.8)	6 (8.5)	1.414	0.157

*test: Mc Nemar Test

**NKASRP: Nurses Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain

Çalışmaya katılan 71 hemşireye ağrı yönetimi konusunda araştırmacı tarafından eğitim verilmiştir. Verilen eğitimin etkinliğini değerlendirebilmek için Eğitim Öncesi (EÖ) ve Sonrasında (ES) (eğitimden bir hafta sonra) NKASRP Ölçeği uygulanmıştır. Hemşirelerin NKASRP Ölçeği'nin maddeleri (Tablo 4.6'da yer alan iki vaka sorusu hariç) ES en yüksek cevaplanma oranına sahip olan maddelerden başlayarak Tablo 4.5'te sıralanmıştır.

Tablo 4.5'e göre EÖ ve ES en yüksek doğru cevaplanma oranı "*Travma veya postoperatif ağrı gibi ani başlangıçlı olan şiddetli ağrılarda opioid analjeziklerin ...yolu ile verilmesi önerilmektedir*" maddesinde gerçekleşmiştir (sırasıyla %91.5, %98.6). EÖ hemşirelerin %60.6'sı tarafından doğru yanıtlanan "*2 yaş altındaki çocukların nörolojik sistemleri tam gelişmediği için; ağrıya hassasiyetleri azalmıştır ve ağrı deneyimlerinin hatırlanması sınırlanmıştır*" ve %66.2'si tarafından doğru yanıtlanan "*Farklı bireylerdeki benzer uyarılar, aynı ağrı yoğunluğu oluşturur*" maddesi ile %74.6'sı tarafından doğru yanıtlanan "*Hastanın ağrısının şiddetini en iyi olarak kim ifade eder?*" maddelerinin ES doğru yanıtlanma oranları önemli ölçüde artarak %93.0 olmuştur. "*Post-operatif ağrı için verilen analjezikler başlangıçta ... verilmelidir*" (EÖ: %63.4, ES: %90.1) maddesi de ES hemşirelerin %90'ından fazlası tarafından doğru yanıtlanmıştır.

Eğitim öncesi dönemde hemşirelerin %80'den fazlasının doğru yanıtladığı NKASRP madde sayısı toplam üç (1., 18. ve 22. Maddeler) olurken, eğitim sonrası bu sayı 16'ya (Tablo 4.5'teki ilk 16 madde) yükselmiştir. Eğitim sonrasında doğru yanıtlanma oranı %80 üzerinde olan maddeler sırasıyla, "*Hastanın ağrısının şiddetli olduğunu doğrulamak için, vital bulgularındaki gözlenebilir değişikliklere güvenilmelidir*" (EÖ: %49.3, ES: %88.7), "*11 yaş altındaki çocuklar ağrıyı doğru bir şekilde ifade edemezler, bu nedenle hemşire ağrı yoğunluğunu tanılamak için çocuğun ailesine güvenilmelidir*" (EÖ: %70.4, ES: %88.7), "*Yaşlı hastalar, ağrıyı dindirmek için kullanılan opioidleri tolere edemezler*" (EÖ: %56.3, ES: %85.9), "*Aşağıdaki maddelerden hangisi ağrılı hastanın bakımında kültürel etkenleri en iyi ifade etmektedir?*" (EÖ: %56.3, ES: %85.9), "*Hastalara plasebo amacıyla serum fizyolojik vermek ağrının gerçek olup olmadığını belirlemede sıklıkla faydalıdır*" (EÖ: %28.2, ES: %84.5), "*Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) basamak tedavisinde; analjezik ajanları tek başına kullanmaktan ziyade ilaçların birlikte (ör: opioid ve NSAİİ birlikte) kullanılmasını önermektedir*" (EÖ: %33.8, ES: %83.1), "*Kronik kanser ağrısı için analjezi... verilmelidir*" (EÖ: 42.3, ES: %83.1), "*Madde istismarı öyküsü olan hastalarda, ağrı için opioid ilaçlar verilmemelidir çünkü bağımlılığın tekrarlanması riski yüksektir*" (EÖ: %56.3, ES: %81.7),

“Uzun (bir aydan uzun) süre opioid alan hastalarda solunum depresyonu nadiren görülmektedir” (EÖ: %63.4, ES: %81.7), “Aspirin ve diğer NSAİİ metastaz nedeniyle oluşan kemik ağrıları için etkili değildir” (EÖ: %46.5, ES: %80.3) ve “Eğer hastanın dikkati ağrıdan başka yöne çekilebiliyorsa, bu genellikle hastanın ağrısının çok şiddetli olmadığı anlamına gelir” (EÖ: %50.8, ES: %80.3) şeklinde sıralanmıştır. Eğitim sonrasında %80 ve üzerinde doğru yanıtlanan maddelerin EÖ ve ES doğru yanıtlanma oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.5).

Eğitim sonrası doğru yanıtlanma oranı en düşük olan (%40’ın altında) dört Ölçek maddesi sırasıyla “Ağrısı olan hastaların; ne kadarının ağrısını bildirdiklerini düşünüyorsunuz? Doğru yanıtı işaretleyiniz” (EÖ: %2.8, ES: %8.5), “Aşağıdaki analjezik ilaçlardan hangisi; uzamış orta –şiddetli ağrısı olan kanser hastalarının tedavisi için seçilecek bir ilaç olarak düşünülmektedir?” EÖ: %32.4, ES: %38.0), “Opioid/narkotik ilaçları ağrı tedavisi dışındaki etkileri dışında kullanmak (öforik/disforik etki) bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımı kullanarak, opioid ilaç kullanan hastalarda opioid bağımlılık oranının ne kadar olduğunu tahmin ediyorsunuz?” (EÖ: %21.1, ES: %32.4) ve “Kronik kanser ağrısı olan bir hasta; 2 aydır her gün düzenli olarak opioid analjezikleri almaktadır. Bu zaman periyodu boyunca opioid dozu arttırılmıştır. Dün; hasta 200 mg/saat IV morfin almıştır. Bugün 3 saattir 250 mg/saat IV morfin almaktadır. Bu hastada solunum depresyonu gelişme olasılığı” (EÖ: %14.1, ES: %39.4) olarak gerçekleşmiştir.

NKASRP Ölçeğinde bulunan üç madde (18,22 ve 30 numaralı maddeler) hariç tüm maddelerde eğitim öncesine göre eğitim sonrası doğru yanıtlanma oranları artmıştır.

Tablo 4.6. Hemşirelerin NKASRP Ölçeği'nin Vaka Sorularının Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Cevaplanma Oranları (N=71)

Sıra no	Vaka Soruları	Eğitim öncesi Sayı (%)	Eğitim sonrası Sayı (%)	test*	P
36	Ali Bey 25 yaşındadır ve Vaka1-Bugün batın ameliyatının ilk günüdür. İçeriye girdiğinizde, Ali Bey size gülümsüyor ve vizitte sizinle sürekli konuşuyor ve şakalaşiyor. Hastanın KB:120/80 mm/Hg Nabız:80 vuruş/dak; solunum hızı: 18/dak ve 0-10 numaralı ağrı ölçeğinde (0:ağrı yok; 10: en şiddetli ağrı) ağrı şiddeti: 8 olarak belirlenmiştir. Ali Bey 'in ifade ettiği ağrı şiddetini aşağıdaki ölçeğe işaretleyiniz. (8)	32 (45.1)	36 (50.7)	1.069	0.285
37	Vaka 1 Tedavisi -Hastaya 2 mg IV morfin uygulandıktan 2 saat sonra yapılmıştır. Enjeksiyonu takiben yarım saat sonra ağrısı 6-8 arasındadır ve hastada solunum depresyonu, sedasyon veya diğer yan etkiler görülmemiştir. Ağrı azalma düzeyini 2 olarak tanımlamıştır. Doktor analjezi için 'saatte bir 1-3 mg IV morfin 'yapılmasını reçete etti. Bu durumda siz ne yaparsınız? İşaretleyiniz (Hemen 3 mg morfin uygulayın)	9 (12.7)	14 (19.7)	2.236	0.025
38	Yusuf Bey 25 yaşındadır ve bugün karın ameliyatının ilk günüdür. İçeriye girdiğinizde Yusuf Bey yatağında sessizce yatıyor ve yatağında suratını buruşturarak dönüp duruyor. Hastanın KB: 120/80 mm/Hg; Nabız: 80 vuruş/dak; solunum hızı: 18/dak ve 0-10 numaralı ağrı ölçeğinde (0: ağrı yok; 10: en şiddetli ağrı) ağrı şiddeti: 8 olarak belirlenmiştir. Yusuf Bey'in ifade ettiği ağrı şiddetini aşağıdaki ölçeğe işaretleyiniz. (8)	35 (49.3)	40 (56.3)	1.091	0.275
39	Vaka 2 tedavisi- hastaya 2 mg IV morfin uygulandıktan 2 saat sonra yapılmıştır. Enjeksiyonu takiben yarım saat sonra ağrısı 6-8 arasındadır ve hastada solunum depresyonu, sedasyon veya diğer yan etkiler görülmemiştir. Ağrı azalma düzeyini 2 olarak tanımlamıştır. Doktor analjezi için 'saatte bir 1-3 mg IV morfin' yapılmasını reçete etmiştir. Bu durumda siz ne yaparsınız? İşaretleyiniz. (Hemen 3 mg morfin uygulayın)	16 (22.5)	36 (50.7)	4.264	0.000
TOPLAM NKASRP ÖLÇEK MADDELERİNİN (39 MADDE) DOĞRU CEVAPLANMA YÜZDESİ ORTALAMASI		%43.2	%73.5	5.145	0.000

*test: Mc Nemar Test

NKASRP Ölçeğinde yer alan iki vaka sorusu ve bu vakalara ilişkin toplam dört soru maddesinin eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıtlanma oranlarının dağılımları ve istatistiksel karşılaştırılmaları Tablo 4.6'da verilmiştir. Her iki vakaya ilişkin soruların doğru yanıtlanma oranı eğitim sonrası dönemde artmıştır. Ancak özellikle her iki vakada da hemşirelerden hastanın ifade ettiği ağrı şiddetini belirlemeleri istenen soruların (madde no 36 ve 38) doğru yanıtlanma oranı eğitim öncesine göre yükselmekle birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Vaka sorularında hemşirelerden uygulamaları istenen tedavi-ilaç

dozu seçeneğine ilişkin verilen doğru cevap oranı eğitim sonrasında belirgin şekilde yükselmiş ve eğitim öncesi ve sonrası doğru yanıt oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

NKASRP Ölçeğinin tüm maddelerinin doğru cevaplanma oranı ortalaması eğitim öncesi %43.2, eğitim sonrası %73.5 olarak hesaplanmış olup iki oran ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Doğru Yanıtlanan NKASRP Madde Sayısı Ortalamaları ile Karşılaştırılması (N=71)

Tanıtıcı Özellikler	Eğitim Öncesi Ortalama \pm ss (en az-en çok)	Eğitim Sonrası Ortalama \pm ss (en az-en çok)
Hemşirelikte Eğitim Durumu		
SML (n=4)	24.75 \pm 5.73 (18-32)	30.00 \pm 5.41 (22-34)
Ön lisans (n=4)	12.75 \pm 1.50 (12-15)	26.50 \pm 7.54 (17-35)
Lisans (n=60)	18.66 \pm 5.48 (9-37)	26.43 \pm 5.27 (15-38)
Lisansüstü (n=3)	20.00 \pm 10.58 (12-32)	26.66 \pm 3.78 (24-31)
Test*	11,602	1.469
p	0.009	0.689
Hemşirelik Görevi		
Sorumlu Hemşire (n=11)	23.00 \pm 9.64 (12-37)	31.18 \pm 4.81 (22-38)
Servis Hemşiresi (n=53)	18.22 \pm 4.58 (12-32)	25.98 \pm 5.03 (15-37)
Yoğun bakım Hemşiresi (n=7)	15.85 \pm 4.18 (9-23)	24.57 \pm 4.99 (19-34)
Test*	1.430	8.003
p	0.232	0.005

*Test: Kruskal Wallis Test

Hemşirelerin eğitim durumuna göre NKASRP Ölçeğinde doğru yanıtladıkları madde sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim öncesi dönemde en fazla doğru yanıt sayısı Sağlık Meslek Lisesi grubu (24.75 \pm 5.73), en az doğru yanıt sayısı ise Ön lisans grubunda (12.75 \pm 1.50) gerçekleşmiştir. Eğitim öncesi NKASRP Ölçeği doğru yanıtlanan madde sayıları hemşirelerin eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrası NKASRP Ölçeği maddelerinin doğru yanıtlanma oranları tüm gruplarda artmış olmakla birlikte yine en fazla doğru yanıtlanan madde sayısı Sağlık Meslek Lisesi grubunda yer almıştır. Ancak hemşirelerin eğitim durumuna göre eğitim sonrası NKASRP Ölçeği doğru madde sayısı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Hemşirelerin görevine göre NKASRP Ölçeğinde doğru cevapladıkları madde sayısı ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim öncesi dönemdeki en fazla doğru cevap sayısını sorumlu hemşireler (23.00 ± 9.64), en az doğru cevap sayısını da yoğun bakım hemşireleri (15.85 ± 4.18) vermiştir. Eğitim öncesi NKASRP Ölçeği doğru cevaplanan madde sayılarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Eğitim sonrası NKASRP Ölçeği maddelerinin doğru cevaplanması oranları tüm gruplarda artmış olduğu Tablo 4.7’de görülmektedir. En fazla cevaplanan doğru oranı eğitim öncesinde olduğu gibi eğitim sonrasında da sorumlu hemşire grubunda olmuştur. Eğitim sonrası hemşirelik görevi grubunda NKASRP Ölçeği doğru cevaplanma madde sayılarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Diğer sosyo-demografik ve ağrıya ilişkin değişkenler NKASRP Ölçeğinde doğru yanıtlanan madde sayısını ortalamaları açısından istatistiksel olarak karşılaştırılmış; gruplardaki doğru madde sayısı ortalamalarının dağılımları istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p > 0.05$).

5.TARTIŞMA

Cerrahi hemşirelerine verilen ağrı yönetimi ve değerlendirilmesi eğitiminin, hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin Tablo 4.1’de yer alan tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yaş, mezuniyet sonrası geçen süre ve mesleki deneyim süresi ortalamalarına göre genç ve orta seviyede deneyime sahip bir hemşire grubu ile çalışma yapıldığı görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunu kadın hemşireler oluşturmaktadır. Bu durum erkek öğrencilerin hemşirelik lisans programlarına 2007 yılından sonra kabul edilmesine bağlı olabilir. Hemşirelerin büyük bölümü lisans mezunu olup örgün eğitim ile hemşirelik eğitimini tamamlamıştır. Hemşirelerin çoğunun servis hemşiresi olması, karışık vardiyada çalışması ve çoğunun benzer bir hemşirelik eğitimi almaları açılarından örneklem grubunun homojen bir özellikte olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin ağrıya yönelik tanıtıcı özellikleri ve uygulamaları incelendiğinde; çoğunun (%84.5) ağrı ölçeği kullandığını, bu hemşirelerin %65.0’inin ağrı ölçeğini her zaman kullandığını ifade ettiği görülmektedir. Çalışmaya katılan 71 hemşirenin %71.8’i de ağrıyı her zaman kayıt ettiğini (Tablo 4.2) belirtti. Akdağ (24)’ın çalışmasında cerrahi servislerdeki hemşirelerin %94.1’inin ağrı ölçeği kullandığı belirlenmiştir. İdmanlı (48)’nın yaptığı çalışmada ağrı ölçeği kullanan hemşire oranı %71.9 (12), Dikmen’in çalışmasında %88.9 olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmamız hemşirelerin ağrı ölçeği kullanması oranları açısından literatür ile benzerlik göstermektedir. Ağrı yönetiminin etkinliğinde ağrı ölçeği kullanılması ve beşinci vital bulgu olarak kayıt edilmesi önerilmiş olmasına rağmen bu bulgu bu önerinin klinik uygulamada tam olarak yerleşmediğini düşündürmüştür.

Ağrının değerlendirilmesinde ağrı şiddetini tanımlamak zordur. Bu nedenle hastaların tüm verilerini görmek ve incelemek önemlidir. Klopper ve ark. (73)’ü, Kuzey Afrikalı hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında, hastanın görünüşünün, ifade ettiklerinin, konuşma tarzının ağrının şiddetini tanımlamada önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada hemşireler hastanın ağrı şiddetini tanımlamada hastanın kendi ifadelerini, yüz ifadesini daha fazla oranda dikkate aldıklarını, daha az oranda yaşam bulgularını değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer olarak, Çalkan (68)’in çalışmasında ağrı şiddetine karar verecek olan hastanın kendisidir” yanıtını veren

hemşirelerin oranı %79.4 belirlenmiştir. Çalkanın yaptığı çalışma ile yaptığımız çalışmanın sonuçları benzerlik göstermiş olup, hastanın kendi ifadelerine göre karar vermenin hem hasta için hem de hemşirelik uygulamalarının doğru bir şekilde yapılabilmesi için gerekli olduğu görülmektedir.

Gatlin ve ark. (74)'ünün ağrının tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri belirledikleri çalışmada hemşirelerin ağrıyı gidermede pozisyon değiştirme, sıcak-soğuk uygulama gibi non-farmakolojik yöntemleri kullandıklarını belirlemişlerdir. Bacaksız ve ark. (75)'ünün çalışmasında ağrı tedavisinde hemşirelerin %37.2'sinin pozisyon değiştirme, %96'sının sıcak-soğuk uygulama, %85.9'unun da dolaşımı rahatlatmak için masaj uyguladıkları saptanmıştır. Bir başka çalışmada da hemşirelerin ameliyat sonrası bireylerin el ve ayaklarındaki ağrıyı azaltmak için masaj uygulaması yaptıkları ifade edilmiştir (76). Bu çalışmalar doğrultusunda hemşirelerin, hastaların ihtiyaçları ve post-op dönemde hastaların yaşadıkları ağrı için nonfarmakolojik yöntemleri tercih ettiklerini söyleyebiliriz. Ağrıyı gidermede en fazla kullanılan yöntemler arasında pozisyon değiştirme, masaj, sıcak-soğuk uygulama olduğu dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalarda bütün yöntemlerin tercih edilmesi hastaların ağrı kontrolünde farmakolojik yöntemler dışında nonfarmakolojik yöntemlerin de tercih edildiğini göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çoğunun herhangi bir bilimsel yayın takip etmediği ve ağrı hakkında eğitime katılmadığı görülmektedir (Tablo 2). Türkiye'de yapılan benzer çalışmalarda da hemşirelerin yayın takip etmedikleri ve eğitim almadıkları belirtilmektedir (64,68). Ağrı yönetimi ile ilgili yeni uygulamaları ve çalışmalarını süreli yayınlar vasıtasıyla takip etmeyen hemşirelerin gelişen rolleri ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olması ve ağrı yönetiminde de etkin rol alması beklenemez. Çalışmamızda hemşirelerin yarısından biraz fazlasının hemşirelerin ağrı tedavisinde çok etkili olduğunu düşünmesi bu değerlendirmemizi desteklemektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğu hastaların ameliyat bölgesinde ağrı algıladıklarını belirtmiş olup bu durum araştırmanın cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler ile yapılmasından kaynaklanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin az bir bölümü cerrahi sonrası hastaların diğer bölgelerinde de ağrı deneyimlediklerini ifade etmişlerdir.

Bu tez çalışmasında cerrahi hemşirelerine yönelik araştırmacı tarafından verilen ağrı eğitiminin hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumları üzerindeki etkisi NKASRP

Ölçeği'nde doğru yanıtlanan madde sayısı ortalaması ve maddelerin doğru yanıtlanma oranlarına göre değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi 39 maddelik NKASRP Ölçeğinin yaklaşık olarak ortalama 19'u, eğitim sonrası 27'si doğru yanıtlanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca doğru yanıtlanan madde oranı ortalaması eğitim öncesi %43.2, eğitim sonrası %73.5 olmuştur. Beklendiği üzere verilen eğitim hemşirelerin ağrıya yönelik bilgilerinin artmasında etkili olmuştur. Zhang ve ark. (77)'i tarafından Çin'de hemşireler için ağrı eğitim programının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada deney grubundaki hemşirelere altı saatlik eğitim programı verilerek sonrasında ağrı değerlendirme ölçeği kullanımları ve kayıtları incelenmiştir. Ayrıca hemşirelerin eğitim öncesi, eğitimden sonra birinci ve üçüncü ayda ağrı bilgi ve tutum anketi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki ölçek puanlarında önemli bir değişim gözlenmezken deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu görülmüştür. Ağrı eğitim programının hemşirelerin ağrı bilgi, tutum ve değerlendirmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Abdalrahim ve ark. (78)'i tarafından Ürdün'de bir üniversite hastanesinde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere postoperatif ağrı yönetimine ilişkin uygulanan eğitim programı sonrasında hemşirelerin doğru cevap oranlarında artış olduğu, aynı zamanda hasta bakım kayıtlarında istatistiksel olarak anlamlı ilerleme elde edildiği belirlenmiştir. Lin ve ark. (79)'nın Tayvan'da cerrahi hemşireleri için eğitim programının etkinliğini incelediği çalışmada deney grubundaki hemşirelere 7 oturumdan oluşan toplam 15 saatlik eğitim verilmiş; deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin ağrı bilgi ve tutum puanları ile relaksasyon terapisi kullanımı oranında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrasında ağrı bilgi puanlarında önemli artış olurken, tutumları ve uygulamalarında artış olmakla beraber yeterli görülmediği de belirlenmiştir.

Bu çalışmada eğitim öncesi dönemde hemşirelerin ağrı bilgisinin oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Yıldırım ve ark. (72)'nin onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmada, NKASRP ölçeğine ortalama doğru yanıt veren hemşire oranı %35.41, doğru yanıtlanan madde ortalaması ise 14 olarak bulunmuş, hemşirelerin kanser ağrı yönetiminde bilgi ve tutumlarının yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Nega ve ark. (80)'nin Etiyopya'da yaptığı kesitsel çalışmada hemşirelerin NKASRP ölçeği maddelerine doğru yanıt verme oranı %37.1 olarak saptanmıştır. Nega ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada hemşirelerin kanser ağrısı yönetimiyle yetersiz bilgiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Yava ve ark. (81)'nin yaptığı çalışmada NKASRP ölçeğindeki maddelerin hemşireler tarafından doğru yanıtlanma ortalaması 16 olarak belirlenmiştir.

Çalışmalar hemşirelere ağrıya yönelik verilen eğitimin hemşirelerin bilgisini artırırken bu bilgiyi tutumlarına yeterince yansıtamadıklarını düşündürmüştür. Bizim çalışmamızda da NKASRP Ölçeğinde ağrıya yönelik tutum belirlemek için sorulan iki vaka sorusunun da doğru yanıtlanma oranının oldukça düşük olması bu değerlendirmemizi desteklemektedir.

Eğitim sonrası NKASRP Ölçeğindeki tüm maddelerin doğru yanıt oranında artış beklenirken; “*araştırmalar promethazine (phenergan) güvenilir bir opioid analjezik olduğunu göstermektedir*” ve “*morfinin ağrı takibine göre dozlarını arttırmak ağrıyı dindirmez*” maddelerinin eğitim sonrası doğru yanıtlanma oranları azalmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası NKASRP Ölçeği puanları incelendiğinde her iki testte de en düşük doğru cevaplanma oranlarının ilaç bilgisi içeren sorularda yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 4.5). Hemşirelerin ilaç bilgisi konusunda kafa karışıklığı yaşadığı, farmakolojik tedavi konusunda daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğu kanısına varılmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumuna göre NKASRP ölçeğini EÖ en fazla doğru yanıtlama oranının sağlık meslek lisesi mezunlarında olduğu görülmektedir. Ancak örnekte yer alan sağlık meslek lisesi mezunu sayısının az olması (n= 4) ve bu hemşirelerin çalışma süresinin sekiz yıldan fazla olması nedeniyle eğitim seviyesinden ziyade deneyimli olmalarının sonucu etkilediği düşünülmüştür. Yine bu çalışmada hemşirelerin görev dağılımının ES ağrıya yönelik bilgi ve tutum puanlarını etkilediği saptanmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, hemşirelikte öğrenim şekli, çalıştığı bölüm ve mesaide çalışma şekli, EÖ ve ES uygulanan ölçek puanları ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Benzer bir çalışmada ise hemşirelerin yaş, deneyim süresi, eğitim durumu, görevi gibi pek çok tanıtıcı özelliğinin ağrı bilgisinde önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir (81). Kiekkas ve ark. (82)’ı tarafından Yunanistan da cerrahi kliniklerde çalışan lisanslı ve yardımcı hemşirelerin post-operatif ağrı konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, postoperatif ağrıya ilişkin kişisel deneyimin olması ve lisanslı hemşirelerin ölçek puanlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Amerika’da farklı ortamlarda çalışan hemşirelerin mesleki ve kişisel özelliklerinin ağrı bilgi ve tutumlarına etkisinin incelendiği çalışmada akut bakım, ayaktan tedavi ve uzun dönem bakım ortamlarında çalışan 217 hemşire yer almıştır. Hemşirelikte beş yıl ve üzerinde deneyimi olan, sertifikalı ve son bir yıl içerisinde ağrı eğitimi alan hemşirelerin bilgi ve tutum

ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu gösterilmiştir (84). Bizim çalışmamız ile bu çalışmaların sonuçları bu açıdan benzer değildir. Bu durum örneklem sayısı, çalışma grupları ve araştırma tasarımı farklılığından kaynaklanmış olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hemşirelerin yarıdan fazlasının 22-31 yaş arasında olduğu, büyük bir kısmını kadınların oluşturduğu ve %66.2'sinin de evli olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %84.5'inin lisans ve %88.7'sinin örgün eğitimi sisteminden mezun olduğu, %74.6'sının servis hemşireliği görevi yaptığı ve %93.0'ünün karışık vardiya çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo.4.1).
- Hemşirelerin %84.5'inin ağrı ölçeği kullandığı, %65.0'inin ağrı ölçeğini her zaman kullandığı ve %71.8'inin her zaman ağrıyı kayıt ettikleri saptanmıştır (Tablo.4.2).
- Hemşireler %76.1'i hastanın ağrı şiddetini tanımlamada en fazla hastanın yüz ifadesine bakarak karar verdikleri belirlenmiştir (Tablo.4.2).
- Çalışmada ağrı tedavisinde nonfarmakolojik yöntemlerden pozisyon değiştirme %69.0 oranında hemşirenin tercih ettiği yöntemdir (Tablo.4.2).
- Hemşirelerin %52.1'i hemşirenin hastaların ağrı tedavisinde çok etkili olduklarını belirtmişlerdir (Tablo.4.2).
- Hemşirelerin %74.6'sının ağrıyla ilgili bir eğitime katılmadıkları, tamamına yakını (%94.4) yayın takip etmedikleri belirlenmiştir (Tablo.4.2).
- Hastaların %61-100'inin ameliyat bölgesinde ağrı yaşadığını belirten hemşire oranı EÖ %69.0, ES %71.8 olarak hesaplanmıştır (Tablo.4.3).
- Çalışmaya katılan hemşirelerin NKASRP ölçeğinde doğru yanıtladıkları madde sayısı eğitim öncesine göre eğitim sonrasında artış göstermiştir (sırasıyla EÖ: 18.73 ± 5.85, ES: 26.64 ± 5.31, p<0.05, Tablo 4.4). Paralel olarak Ölçek maddelerinin ortalama doğru yanıt oranı da eğitim öncesine göre eğitim sonrasında yükselmiştir (sırasıyla EÖ: %43.2, ES: %73.5, p<0.05, Tablo 4.6). Bu sonuçlar araştırmacı tarafından verilen ağrı eğitiminin hemşirelerin ağrıya yönelik bilgilerinin artmasında etkili olduğunu göstermiştir.
- Tablo.4.5 ve Tablo.4.6'da yer alan NKASRP Ölçek maddelerinin büyük bir kısmında eğitim öncesine göre eğitim sonrasında doğru cevaplama oranı artmıştır. Hemşirelerin bilgi ölçen maddeleri doğru yanıt oranları daha yüksek iken tutum ölçen vaka sorularında doğru cevap oranı hem EÖ hem de ES bilgi sorularına göre daha düşük bulunmuştur.

- Hemşirelerde, eğitim durumuna göre NKASRP ölçeğini en fazla doğru cevaplama oranı EÖ Sağlık Meslek Lisesi mezunlarında olup ($p<0.05$), ES eğitim durumuna göre istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). ES sorumlu hemşirelerin doğru cevap oranı diğer görevlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Sonuç olarak; bu çalışmada hemşirelerin EÖ ağrıya yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, araştırmacı tarafından yapılan ağrı eğitimin hemşirelerin ES ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarını geliştirdiği kanısına varılmıştır.

6.2. Öneriler

Yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ağrı tedavisinde önemli sorumlulukları ve görevleri bulunan hemşirelere yönelik güncel bilgilerden oluşan sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Cerrahi kliniklerinde ağrı ölçeği kullanımının standart bir uygulama haline getirilmesi,
- Hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki sorumlulukları ve önemini anlatan güncel yayınları takip etmesi konusunda bilinçlendirilmesi,
- Hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumlarının ölçek çalışmaları yanında gözlemsel çalışmalarla incelenmesi önerilmiştir.

6.3. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma sadece Gaziantep Üniversitesi bünyesindeki cerrahi kliniklerde çalışan hemşireleri kapsadığından sonuçlar örneklem dışına genellemez. Araştırmada cerrahi kliniklerde çalışan tüm hemşirelere (95 hemşire) ulaşılması hedeflenmesine rağmen, iş yoğunluğu, gönüllü olmama gibi nedenlerle eğitim programını tamamlayan 71 hemşire olmuştur. Hemşirelerin ağrıya yönelik bilgi ve tutumları ölçeği eğitim verildikten bir hafta sonra son-test olarak uygulanmış ve bilgi puanlarında yükselme olmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasında hemşirelerin Ölçek sorularını hatırlıyor olmalarının etkisi göz ardı edilmemelidir. Bu çalışmada hemşirelerin bilgi ve tutumları ölçek yolu ile toplanmış olup objektif bir gözlem yapılmamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Yava A. (2004). *Postoperatif ağrı tedavisinde hemşirelik uygulamalarının etkinliği*. Doktora Tezi, Gata, Ankara,
2. Güzeldemir M.E. (Aralık, 2000). Ağrı ve tedavisi, *GATA Basımevi (1.Baskı)*: 61-80.
3. Valerie P, Pharm D. (2011). Pain Management in patients with substance-use disorders. *PSAP-VII*: 171-88.
4. Afşar F, Pınar R. (2003). Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (6): 19-28.
5. Yılmaz G, Akyol A.D. (2009). Yoğun bakım hastalarında ağrı ve kontrolünde hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 6 (1): 27-33.
6. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. (2003). Postoperatif ağrı tedavisi. *Sendrom*, 15(8):83-92.
7. Birol L. (2000). *Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti (Genişletilmiş 6. Baskı).
8. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. (2006). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*, 18(4): 36-43.
9. Twycross A. (2002). Educating nurses about pain management. *The Way Forward.Journal of Clinical Nursing*, (11): 705–714.
10. Pirbudak Çöçeli L., Bacaksız B.D., Ovayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, (14): 53–58.
11. Van Niekerk L. M., Martin F. (2004). Tasmanian Nurses' Knowledge of Pain Management. *International Journal of Nursing Studies*, (38): 141–152.
12. İdmanlı A. (2016). *Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi uygulama ve karar verme durumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
13. Banning M. A. (2008). Review of clinical decision making: Models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, (17): 187–195.
14. Eti Aslan F., Badır A, (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17 (2): 44-51.

15. Hubbert A.O. (2007). ‘‘Expemences of expert nurses in caring for patientes with postoperative pain’’ Pain Monog Nurse. *Richards J. 8(1): 17-24.*
16. Eti-Aslan F. (2006). *Ağrı doğası ve kontrolü.* İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 61-67.
17. Kılıç M, Öztunç G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi (7): 35-51.*
18. Düzel V. (2008). *Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerin karşılaştırılması.* Yüksek Lisans tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.
19. Büyükyılmaz F, Aştı T. (2009). Ameliyat sonrasında hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (12): 84-93.*
20. Yeğül İ. (1993). *Postoperatif ağrı tedavisi, ağrı ve tedavisi.* İzmir: İzmir Yapım Matbaacılık. 1-18.
21. Potter P.A, Perry A.G. (2001). *Fundamentals of nursing.* (5th ed). United States of America Mosby. 1282-1322.
22. Tsai FC, Chien CC, Lin CC. (2007). Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. *16(11):2008-95.*
23. Aslan EF. (2006). *Ağrı doğası ve kontrolü,* 1. Baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 3-68.
24. Akdağ GR. (2008). *Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
25. Yavuz, A. (2000). *Postoperatif ağrı yönetiminde nonfarmakolojik girişimler ve hastanın kendi ağrısını değerlendirmesine göre analjezik uygulaması yöntemi ve rutin analjezi yönteminin karşılaştırılması.* Yüksek Lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.
26. Aydınlı I. (2005). Ağrının fizyopatolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi, (51): 8-13.*
27. Topçu YS. (2008). *Üst abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda hemşireler tarafından öğretilen gevşeme tekniklerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi.* Yüksek Lisans tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.

28. Akyol Ö. (2008). *Diz protezi uygulanan hastalarda ağrı prevalansı, özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminden memnuniyetin incelenmesi*. Yüksek Lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İzmir.
29. Sü S. (2007). *Postoperatif ağrı yönetiminde, lüzum halinde (LH) analjezik istemine ilişkin hemşirelerin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Afyon.
30. Dallı D. (1998). *Postoperatif ağrı yönetiminde intravenöz hasta kontrollü analjezi ve aralıklı intramüsküler analjezi yöntemlerinin karşılaştırılması*. Doktora tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.
31. Erdine S. (2007). Ağrı mekanizmaları. *Klinik Gelişim*, (20): 7-17.
32. Yıldırım, A. (2013). *Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanınması ve ağrı yönetimi*. Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.
33. Artan, A. (2012). *Kocaeli ilinde çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumları*. Yüksek Lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
34. Aydın, I. (2005). Ağrının fizyopatolojisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, (51): 8-13.
35. Özbek H. (2004). *Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara.
36. Tel H. (2010). *Ağrı, ağrıya yönelik uygulamalar ve hasta bakımı klinik beceriler: sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakımı ve takibi*. Sabuncu N., Ay F.A. (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi. 651-674.
37. Yücel A. (2006). Ağrı mekanizmaları içinde. Aslan FA. (Ed.). *Ağrının Doğası ve Kontrolü*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık. 39-45.
38. Nielsen LA, Yücel A, (2000). Induction and assessment of experimental pain from human skin. *Ağrı*, 12(1): 10-18.
39. Aydın O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3 (2): 37 – 48.

40. Aslan E. F. (2005). Akut ağrı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, (2): 24-31.
41. Erdine S. (2000). *Ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap evi. 82-90.
42. Aydın NO. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, (3): 37-48.
43. Erdine S. (2005). *Rejyonel Anestezi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 13-23.
44. Mete H.E, Noyan A. Sertöz Ö.Ö. (2006). Ağrının psikososyal yönü. *Ağrı Dergisi*, (18): 1-21.
45. Melek İ, Serarslan Y, Duman T. (2005). Nöropatik ağrı mekanizmaları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 27 (2): 10-97.
46. Erdine S, (2007). *Ağrılı hastanın fizik muayenesi 3.baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 37-49.
47. Çöçelli P.L, Bacaksız D.B, Ovayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, (14): 53-8.
48. Dikmen Y.D. (2013). *Ağrı ve Yönetimi: Hemşirelik Esasları 2*. Aştı T.A., Karadağ A. (Ed.), İstanbul: Akademi Basın Yayıncılık. 633-664.
49. Aygin D., Var G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal* (2): 61-70.
50. Eti Aslan F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 9-16.
51. Black JM, Matasarrin-Jacobs E (1993). *Medical-Surgical nursing*, 4th Ed, London: WB Saunders Co.313-358.
52. Tulunay M, Tulunay FC (2000). Ağrı değerlendirilmesi ve ağrı ölçümleri, Erdine S.(Ed.), *Ağrı*, İstanbul: Alemdar Ofset. 91-107.
53. McCaffery M. (1992). Pain control. *Cancer Supplement*, 70(5): 1438–1449.
54. Cline ME., Herman J., Show F., Marton RD. (1992). Standardization of the Visual Analogue Scale. *Nurs Res*, 41(6): 378-379.
55. Waterhouse M (1996) Why pain assessment must start with believing the patient. *Nursing Times*, 92(38):42-43.

56. Şahin U. (2006). *Postoperatif ağrı tedavisi*. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. 5–6.
57. Savoia G, (2010). Postoperative pain treatment recommendations. *Minerva Anestegologica*, 76(8): 657-675
58. Çalışkan S. (2016). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
59. Arslan S., Çelebioğlu A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1 (1): 1–7.
60. Nadler DO, Scott F. (2004). Nonpharmacologic management of pain. *JAOA*, 104 (11): 6-12.
61. Anderson KO, Cohen MZ, Mendoza TR, Guo, H, Harle MT, Cleeland CS. (2006). Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. *Cancer*, 107 (1): 207-214.
62. Kılıç M, Öztunç G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012*, (7): 35-51.
63. Sayın S. (2010). *İstanbul ili üniversite ve devlet hastaneleri genel cerrahi kliniklerinde çalışan servis hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
64. Tercan B. (2015). *Hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumları*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.
65. Set T. (2011). Ağrı ile baş etmede tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, (2): 79-82.
66. Taşcı S. (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 73-78*.
67. Birol L. (2004). *Hemşirelik süreci: hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. İzmir. 3.Baskı Etki Matbaacılık, 66-74.
68. Çalkan S. (2010). Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Manisa.

69. Şendir M., Büyükyılmaz F. (2013). Hemşirelik tanısı. Aştı Atabek T., Karadağ A. (Ed.), *Hemşirelik Esasları Kitabı*. İstanbul. Esen Ofset. 184-212.
70. Akça Ay F. (2008). *Hemşirelik süreci içinde: Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd Şti., 2.Baskı. 61-73.
71. Erdine S. (2007). *Ağrı ve analjezikler*. Ankara: Türk Eczacılar Birliği Yayınları (2.Baskı). 35-40.
72. Yıldırım YK., Çiçek Ç., Uyar M. (2008). Türk onkoloji hemşirelerinin kanser ağrısı yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumları. *Ağrı Manag-Hemşireleri* (9): 17-25.
73. Klopper H, Andersson H, Minkken M, Ohlsson C, Sjöström B. (2006). Strategies in assessing postoperative pain-A South African Study. *Intensive Crit Care Nurse*, (22):12-22.
74. Gatlin CG, Schulmeister L. (2007). When medication is not enough: nonpharmacologic management of pain, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, (11): 699-704.
75. Bacaksız DB, Çöçeli PL, Ovayolu N, Özgür S. (2008). Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. *Ağrı*, (20): 26-36.
76. Değirmen N. (2006). *Sezeryan ameliyatı sonrası ağrı kontrolünde el ve ayak masajının etkinliği*. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Eskişehir.
77. Zhang CH, Hsu L, Zou BR, Li JF, Wang HY, Huang J. (2008 Dec). Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China. *J Pain Symptom Manage*, 36(6):616-27.
78. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. (2011 Jul). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Educ Pract*, 11(4):250-5.
79. Lin PC, Chiang HW, Chiang TT, Chen CS. (2008 Aug). Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. *J Clin Nurs*, 17(15):2032-41.
80. Nega R., Tachbele E., Kassa GM. (2013). Kanser ağrısı ve yönetimi: Addis ababada kanser tedavisi sunan seçilmiş sağlık kuruluşlarında hemşire bilgisi, Etiyopya. *J. Ağrı Rölyef* (3): 137.

81. Yava A, Çiçek H, Özcan C, Yıldız D, Dizer B. (2013). Knowledge and attitudes of nurses about pain management in turkey. *Int J. Caring Sci*, 6 (3): 494-505.
82. Kiekkas P, Gardeli P, Bakalis N, Stefanopoulos N, Adamopoulou K, Avdulla C, Tzourala G, Konstantinou E. (2015 Feb). Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. *Pain Manag Nurs.*;16(1):2-10.
83. Brant JM, Mohr C, Coombs NC, Finn S, Wilmarth E. (2017 Aug). Nurses' Knowledge and Attitudes about Pain: Personal and Professional Characteristics and Patient Reported Pain Satisfaction. *Pain Manag Nurs.*;18(4):214-223.



8-EKLER

EK-1

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/009


Karar tarihi : 21.03.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 21.03.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

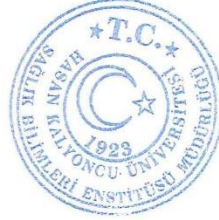
ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101002 Sibel ERGÜL BOSTANCI	Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi
154101090 Şevket CENGİZHAN	Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Bilgilendirilmesinin Anksiyete ve Ölüm Korkusu Üzerine Etkisi
154101082 Aslıhan KORKMAZ	Trakeostomili Hastaların Sosyal İzolasyon Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi
154101067 Semra YILDIRIM	Gaziantep ili Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerde Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımının İncelenmesi
154101056 Fatma YILDIRIM	Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
154101064 Abdurrahman OKUTAN	Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Bireysel Dayanıklılığın İncelenmesi
154101064 Mustafa GÖKSULAR	Hemşirelerin Çocuk Hakları Konusunda Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi
164101004 İnci ARPACI	Diyabet Okulunun Diyabetli Bireylerin Öz Etkililik Algısına Etkisi
164101009 Mutlu Erdi BİLECEN	Kolesistektomi Ameliyatı Olan Hastalara Saptanan Gereksinimleri Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi
164101043 Nadide Seda KARAATA	Gebelikte Yapılan Uyku Eğitiminin Doğum Sonu Uyku Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi

Oy birliği ile karar verilmiştir.

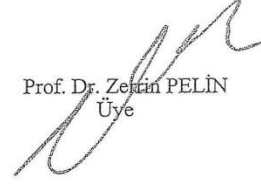

Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)



Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)



Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye



Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Aylin FİLİZ
Hasaniye Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

Doç. Dr. Tülay ÖRTABAĞ
Üye



ASLI GİBİDİR

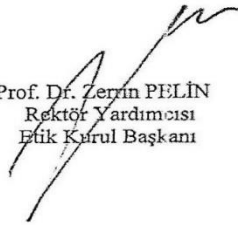
T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

04.04.2017

Sayın Sibel ERGÜL BOSTANCI

"Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi"
konulu çalışmanız 04.04.2017 tarih ve 2017-03 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2017/03
Karar Tarihi : 04.04.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Sibel ERGÜL BOSTANCI'nın "*...Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi ...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Şevket CENGİZHAN'ın "*...Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Bilgilendirilmesinin Anksiyete ve Ölüm Korkusu Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Aslıhan KORKMAZ'ın "*...Trakeostomili Hastaların Sosyal İzolasyon Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Semra YILDIRIM'ın "*...Gaziantep İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerde Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımının İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fatma YILDIRIM'ın "*...Nefroloji Kliniğinde Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdurrahman OKUTAN'ın "*...Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa GÖKSULAR'ın "*...Hemşirelerin Çocuk Hakları Konusunda Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Asiya UZUN'un "*...Serebral Palsili Çocuklarda Fizyolojik Lordozu Destekleyen Alt Gövde Desteğinin Gözde Stabilizasyonu ve Üst Ekstremité Fonksiyonelliği Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sedat YİĞİT'in "*...Kronik Venöz Yetmezlik Tanılı Hastalarda Egzersiz Eğitiminin Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Aslan DOĞAN'ın "*...KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hastalığın Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Güzide ŞENDAĞ'ın "*...Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Akdeniz Diyet Kalite İndeksi ile Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İsmail ÖZTAŞ'ın "*...Acil Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Gâçlüklerin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kadir SEVİN'in "*...Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastalarda Perioperatif Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

2017/03 Sayı ve 04.04.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 3. Sayfasıdır.
(Sibel ERGÜL BOSTANCI)

Prof. Dr. Zeyrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

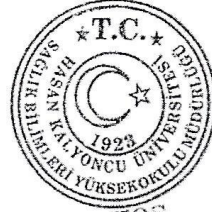
Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Ayta YAVA
Üye

ASLINDIR



Göven HOŞ
T.C. Sıhhiye Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı Tıbbi Mikrobiyoloji Sekreteri

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/05/2017-E.8981



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/663.08/E. 8981 05/05/2017
Konu :Sibel ERGÜL BOSTANCI'nın Araştırma ve Tez çalışması yapmak istediği.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi :02/05/2017 tarihli, 59 sayılı ve "Sibel ERGÜL BOSTANCI'nın Araştırma ve Tez çalışması yapmak istediği." konulu yazı

İlgi yazıda belirtilen, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Sibel ERGÜL BOSTANCI'nın Prof.Dr. Ayla YAVA danışmanlığında ve Tez Araştırması kapsamında "Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi" başlıklı bilimsel araştırmasının anket çalışması; 01.06.2017- 30.11.2017 tarihleri arasında Hastanemiz cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelere yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr.Murat Taner GÜLŞEN
Başhekim

ÖN-TEST

ARAŞTIRMANIN ADI

Ağrı Eğitiminin Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı bilgiler gizli tutulacaktır. İçtenlikle vereceğiniz cevaplarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

1) Doğum yılınız

.....

2)Cinsiyetiniz?

1-Kadın 2-Erke

3) Yaşadığınız yer?

1- İl 2- İlçe 3- Köy

4) Medeni durumunuz nedir?

1- Evli 2- Bekar

5) Çocuğunuz var mı?

1- Evet 2- Hayır

(Varsa) sayısı?.....

6)Hemşirelik mesleği ile ilgili eğitim durumunuz nedir?

1-Sağlık meslek lisesi 2-Önlisans 3-Lisans 4-Yüksek Lisans ve üzeri

7) Hemşirelik eğitimi aldığınız son mezuniyet derecenizi aldığınız okulun öğrenim şekli hangisidir?

1. Örgün eğitim 2. Uzaktan eğitim

8) Hemşirelik eğitimi aldığınız son (örgün ya da uzaktan eğitim) okuldan kaç yılında mezun oldunuz? Yazınız:

9) Hemşirelik mesleğinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....yıl.....ay

10) Hemşirelik dışında başka bir bölümden önlisans ve lisans eğitimi tamamladınız mı?

1-Evet(yazınız) 2-Hayır

11) Şuan hangi bölümde çalışıyorsunuz?

1-Acil Servis 2-Ortopedi 3 Plastik Cerrahisi - 4-Genel Cerrahi
5-Göz 6-Üroloji 7-Kadın-Doğum 8- Cerrahi Yoğun Bakım
9- KBB 10-Organ Nakli 11-Beyin Cerrahi 12-Kalp-Damar Cerrahisi

12) Bulduğunuz serviste göreviniz nedir?

1-Sorumlu hemşire 4-Poliklinik hemşiresi
2-Servis hemşiresi 5-Amelithane hemşiresi
3-Eğitim hemşiresi 6-Yoğun bakım hemşiresi

13) Son 6 (altı) aydaki çalışma şekliniz nasıl?

1-Gündüz mesaisi(08-16)
2-Sadece gece mesaisi(16-08)
3-Gece ve gündüz mesaisi(08-16 ,16-08)
4-Vardiya(08-16, 16-24 ,16-08)
5 Diğer (belirtiniz).....

14) Mezuniyet sonrası ağırlı hasta bakımı veya ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitime katıldınız mı?

1-Evet 2-Hayır

- 15) Cevabınız evet ise nasıl bir eğitim aldınız?
1-Kurum hizmet içi eğitimi (yılı:) 2-Kurs (yılı:.....) 3-Seminer (yılı:.....)
- 16) Çalıştığınız serviste ağrı ölçeği kullanıyor musunuz?
1-Evet 2- Hayır
- 17) Kullanıyorsanız ağrı ölçeğini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?
1-Nadiren kullanımım 2-Sık sık kullanımım 3-Her zaman kullanımım
- 18) Ağrı Ölçeği kullanıyorsanız hastaların ağrısını değerlendirmede kullandığımız ağrı ölçeği hangisidir?
1-Ölçek yok sadece hastanın ağrısı olduğunu belirten not yazıyorum.
2-VAS (Görsel Ağrı ölçeği)
3-Sayısal Ağrı Ölçeği
4-Sözel Ağrı Ölçeği
5-Diğer.....(lütfen açıklayınız)
- 19) Hastanın ağrısı ile ilgili tanılama ve değerlendirmelerinizi kayıt ediyor musunuz?
1-Evet her zaman 2. Bazen 3-Hayır
- 20) Kayıt ediyorsanız nereye kayıt ediyorsunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
1-Hemşire gözlem formu
2-Yoğun bakım hasta takip formu
3-Hastanın dosyasında doktorların kullandığı diğer formlar
4-Diğer.....(lütfen açıklayınız)
- 21) Hastanın ağrı şiddetini tanımlarken aşağıdaki göstergelerden en çok hangilerini dikkate alıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
1-Hastanın yüz ifadesi
2-Hastanın kendi ifadeleri
3-Hastanın fizyolojik göstergeleri (ANT)
4-Diğer.....(lütfen açıklayınız)
- 22) Çalıştığınız birimde hastaların en sık ifade ettikleri ağrı yeri/nedenleri ve yüzdelerini belirtiniz.

Ağrı yeri/Nedeni	Hasta Oranı (gözleminize göre yaklaşık olarak hastaların ne kadarı bu ağrıdan yakınmaktadır?) %.(Yüzde olarak)
Ameliyat bölgesi	
Baş ağrısı	
Eklem ağrıları	
Bel ağrısı	
Abdominal ağrı	
İdrar kateterine bağlı ağrı	
Dren ve kateter bölgesine bağlı ağrı	

- 23) Çalıştığınız birimde hastaların ağrısını geçirmek için ilaç dışında (nonfarmakolojik) uyguladığınız yöntemler nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
1-Masaj
2-Sıcak-soğuk uygulama
3-Gevşeme egzersizler
4-Pozisyon değiştirme
5-Dikkatini başka yöne çekme
6-TENS

- 7-Diğer.....(lütfen açıklayınız)
- 24) Ağrı tedavisinde hemşirelerin ne derece etkili olduğunu düşünüyorsunuz?
1-Etkisiz 2-Az etkili 3-Etkili 4-Çok etkili
- 25) Ağrı yönetimine dair bir yayın takip ediyor musunuz?
1-Evet 2- Hayır
- 26) Evet ise ne tür bir yayın takip ediyorsunuz?
1-Kitap 2- Bilimsel dergi 3-Gazete 4-Radyo-televizyon 5-Diğer

TEŞEKKÜRLER



SON-TEST

ARAŞTIRMANIN ADI

Ağrı Eğitiminin Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Etkisinin Belirlenmesi

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı bilgiler gizli tutulacaktır. İçtenlikle vereceğiniz cevaplarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

1) Ağrı Ölçeği kullanıyorsanız hastaların ağrısını değerlendirmede kullandığınız ağrı ölçeği hangisidir?

1-Ölçek yok sadece hastanın ağrısı olduğunu belirten not yazıyorum.

2-VAS (Görsel Ağrı ölçeği)

3-Sayısal Ağrı Ölçeği

4-Sözel Ağrı Ölçeği

5-Diğer.....(lütfen

açıklayınız)

2) Hastanın ağrısı ile ilgili tanılama ve değerlendirmelerinizi nereye kayıt ediyor musunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1-Hemşire gözlem formu

2-Yoğun bakım hasta takip formu

3-Hastanın dosyasında doktorların kullandığı diğer formlar

4-Diğer.....(lütfen açıklayınız)

3) Hastanın ağrı şiddetini tanımlarken aşağıdaki göstergelerden en çok hangilerini dikkate alıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1-Hastanın yüz ifadesi

2-Hastanın kendi ifadeleri

3-Hastanın fizyolojik göstergeleri (ANT)

4-Diğer.....(lütfen açıklayınız)

4) Çalıştığınız birimde hastaların en sık ifade ettikleri ağrı yeri/nedenleri ve yüzdelerini belirtiniz.

Ağrı yeri/Nedeni	Hasta Oranı (gözlemimize göre yaklaşık olarak hastaların ne kadarı bu ağrıdan yakınmaktadır?) %.(Yüzde olarak)
Ameliyat bölgesi	
Baş ağrısı	
Eklem ağrıları	
Bel ağrısı	
Abdominal ağrı	
İdrar kateterine bağlı ağrı	
Dren ve kateter bölgesine bağlı ağrı	

5) Çalıştığınız birimde hastaların ağrısını geçirmek için ilaç dışında (nonfarmakolojik) uyguladığınız yöntemler nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1-Masaj

2-Sıcak-soğuk uygulama

3-Gevşeme egzersizler

4-Pozisyon değiştirme

5-Dikkatini başka yöne çekme

6-TENS

7-Diğer.....(lütfen açıklayınız)

6) Ağrı tedavisinde hemşirelerin ne derece etkili olduğunu düşünüyorsunuz?

1-Etkisiz 2-Az etkili 3-Etkili 4-Çok etkili

TEŞEKKÜRLER



Aşağıda ağrı ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyup **doğru, yanlış** şeklinde değerlendiriniz.

HEMŞİRELERİN AĞRI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI	DOĞRU	YANLIŞ
1. Hastanın ağrısının şiddetli olduğunu doğrulamak için, vital bulgularındaki gözlenebilir değişikliklere güvenilmelidir.		
2. 2 yaş altındaki çocukların nörolojik sistemleri tam gelişmediği için; ağrıya hassasiyetleri azalmıştır ve ağrı deneyimlerinin hatırlanması sınırlanmıştır.		
3. Eğer hastanın dikkati ağrıdan başka yöne çekilebiliyorsa, bu hastanın ağrısının çok şiddetli olmadığını göstermez.		
4. Hastalar ağrılarının şiddetli olmasına karşın uyuyabilirler.		
5. Farklı bireylerdeki benzer uyarılar, aynı ağrı yoğunluğu oluşturur.		
6. Aspirin ve diğer nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAII) metastaz nedeniyle oluşan kemik ağrıları için etkili değildir.		
7. Sıcak, soğuk uygulama, müzik dinleme, hayal kurma gibi ilaç dışı girişimler hafif ve orta düzeyde ağrılar için çok etkilidir; fakat daha şiddetli ağrılar için nadiren yararlıdır.		
8. Uzun (bir aydan uzun) süre opioid alan hastalarda solunum depresyonu nadiren görülmektedir.		
9. Oral alınan 650 mg Aspirin; oral 50 mg Meperidine (Demerol)'un analjezik etkisine hemen hemen eşittir.		

10.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) basamak tedavisinde; analjezik ajanları tek başına kullanmaktan ziyade ilaçların birlikte (ör: opioid ve NSAİI birlikte) kullanılmasını önermektedir.		
11.intramüsküler (İM) meperidine (Demerol)'un etki süresi genellikle 4-5 saattir.		
12. Araştırmalar promethazine (phenergan) güvenilir bir opioid analjezik olduğunu göstermektedir.		
13. Madde istismarı öyküsü olan hastalarda, ağrı için opioid ilaçlar verilmemelidir çünkü bağımlılığın tekrarlanması riski yüksektir.		
14. Morfinin ağrı takibine göre dozlarını arttırmak ağrıyı dindirmez.		
15. Yaşlı hastalar, ağrıyı dindirmek için kullanılan opioidleri tolere edemezler.		
16. Ağrısı olan hastalar bir ağrı hafifletme yöntemine başvurmadan önce ağrıya mümkün olduğunca dayanmaya teşvik edilmelidir.		
17. 11 yaş altındaki çocuklar ağrıyı doğru bir şekilde ifade edemezler, bu nedenle hemşire ağrı yoğunluğunu tanılamak için çocuğun ailesine güvenmelidir.		
18. Hasta dini inançlarına bağlı olarak; ağrı ve ağrı çekmenin gerekli olduğunu düşünebilir.		
19. Opioid analjeziklerin önerilen başlangıç dozlarından sonra, ilave dozlar hastanın bireysel yanıtına göre ayarlanır.		
20. Hastalara, ilaç-dışı tekniklerin tek başına kullanılmasından ziyade ağrı kesici ilaçlarla birlikte kullanılması önerilmelidir.		
21. Hastalara plasebo amacıyla serum fizyolojik vermek ağrının gerçek olup olmadığını belirlemede sıklıkla faydalıdır.		
22. Daha etkili olması için; sıcak ve soğuk uygulamalar sadece ağrılı bölgeye uygulanmalıdır.		

Çoktan seçmeli sorular

Yönerge: Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve doğru olan cevabı işaretleyiniz.

23.Uzamış kanser ağrısı olan hastalarda opioid analjeziklerin yolu ile verilmesi önerilmektedir.

- a. İntravenöz
- b. İntramüsküler
- c. Subkutan
- d. Oral
- e. Rektal
- f. Bilmiyorum

24. Travma veya postoperatif ağrı gibi ani başlangıçlı olan şiddetli ağrılarda opioid analjeziklerin yolu ile verilmesi önerilmektedir.

- a. İntravenöz
- b. İntramüsküler
- c. Subkutan
- d. Oral
- e. Rektal
- f. Bilmiyorum

25. Aşağıdaki analjezik ilaçlardan hangisi; uzamış orta –şiddetli ağrısı olan kanser hastalarının tedavisi için seçilecek bir ilaç olarak düşünülmektedir?

- a. Brompton's kokteyli
- b. Kodein
- c. Morfin
- d. Meperidine (Demerol)
- e. Methadone
- f. Bilmiyorum

26. Aşağıda 4 saatte bir uygulanan IV morfin dozları verilmiştir. Bu dozlardan hangisi 4 saatte bir verilen 30 mg oral morfin dozuna eşittir?

- a. Morfin 5 mg IV
- b. Morfin 10 mg IV
- c. Morfin 30 mg IV
- d. Morfin 60 mg IV

27. Post-operatif ağrı için verilen analjezikler başlangıçta verilmelidir.

- a. Bir program dahilinde saatli olarak
- b. Sadece hasta analjezik istediği zaman
- c. Sadece hemşire hastanın ağrı ve rahatsızlığını hissettiği zaman

28. Kronik kanser ağrısı olan bir hasta; 2 aydır her gün düzenli olarak opioid analjezikleri almaktadır. Bu zaman periyodu boyunca opioid dozu arttırılmıştır. Dün; hasta 200 mg/saat IV morfin almıştır. Bugün 3 saattir 250 mg/saat IV morfin almaktadır. Bu hastada solunum depresyonu gelişme olasılığı

- a. % 1'den daha az
- b. % 1-10
- c. % 11-20

___d. % 21-40

___e. > % 41

29. Kronik kanser ağrısı için analjeziverilmelidir.

___a. Bir program dahilinde saatli olarak

___b. Sadece hasta analjezik istediği zaman

___c. Sadece hemşire hastanın ağrı ve rahatsızlığını hissettiği zaman

30. Hastanın; kullandığı ağrı ilaçlarının dozlarının arttırılmasını istemesinin en olası nedeni.....

___a. Hastanın ağrısının artması

___b. Hastanın anksiyete ve depresyonunun artması

___c. Hastanın daha çok ilgi istemesi

___d. Hastanın bağımlı olması

31. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi; kanser ağrısının tedavisinde yararlıdır.

___a. Ibufren (Motrin)

___b. Hidromorfin (Dilaudid)

___c. Amitriptilin (Elavil)

___d. Hepsi

32. Hastanın ağrısının şiddetini en iyi olarak kim ifade eder?

___a. Tedavi eden doktor

___b. Hastanın primer hemşiresi

___c. Hastanın kendisi

___d. Eczacı

___e. Hastanın eşi veya ailesi

33. Aşağıdaki maddelerden hangisi ağrılı hastanın bakımında kültürel etkenleri en iyi ifade etmektedir?

___a. Amerika'da karışık kültürler olduğu için; uzun zamandır, kültürün ağrı deneyimi üzerinde etkileri yoktur.

___b. Hemşireler kültür üzerinde ağrının etkilerini açıkça tanımlama bilgisini kullanmalıdır.(ör: Asya'lı hastalar genellikle sabırlıdır, İtalyanlar ağrılarını ifade ederler ve abartırlar vb.)

___c. Hastalar kültürün ağrı üzerindeki etkilerini değerlendirmek için bireysel olarak tanımlamalıdır.

34. Ağrısı olan hastaların; ağrısının ne kadarını bildirdiklerini düşünüyorsunuz? Doğru yanıtı işaretleyiniz.

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

35. Opioid/narkotik ilaçları ağrı tedavisi dışındaki etkileri dışında kullanmak (öfarik/disforik etki) bağımlılık olarak tanımlanmaktadır.

Bu tanımı kullanarak, opioid ilaç kullanan hastalarda opioid bağımlılık oranının ne kadar olduğunu tahmin ediyorsunuz?

>%1-5	% 25	% 50	% 75	% 100
-------	------	------	------	----------

Vaka çalışmaları

Aşağıda vaka çalışması olarak iki hasta verilmiştir. Her hasta için, **ağrı ve ağrı tedavisi** hakkında karar vermeniz istenmektedir.

Yönerge: Lütfen, her soruyu okuyun ve doğru yanıtı işaretleyiniz.

36. Hasta A: Ali Bey 25 yaşındadır ve bugün batin ameliyatının ilk günüdür. İçeriye girdiğinizde, Ali Bey size gülümsüyor ve vizitte sizinle sürekli konuşuyor ve şakalaşiyor. Hastanın KB:120/80 mm/Hg Nabız:80 vuruş/dak; solunum hızı: 18/dak ve 0-10 numaralı ağrı skalasında (0:ağrı yok; 10: en şiddetli ağrı) ağrı şiddeti: 8 olarak belirlenmiştir.

Ali Bey 'in ifade ettiği ağrı şiddetini aşağıdaki skalaya işaretleyiniz.

Ağrı yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok şiddetli ağrı**

Sizin yukarıdaki tanılamamız; hastaya 2 mg IV morfin uygulandıktan 2 saat sonra yapılmıştır. Enjeksiyonu takiben yarım saat sonra ağrısı 6-8 arasındadır ve hastada solunum depresyonu, sedasyon veya diğer yan etkiler görülmemiştir. Ağrı azalma düzeyini 2 olarak tanımlamıştır. Doktor analjezi için 'saatte bir 1-3 mg IV morfin 'yapılmasını reçete etti. Bu durumda siz ne yaparsınız? **İşaretleyiniz**

- ___1 Morfin uygulamam
___2. Hemen 1 mg Morfin uygularım
___3. Hemen 2 mg Morfin uygularım
___4. Hemen 3 mg Morfin uygularım

37. Hasta B: Yusuf Bey 25 yaşındadır ve bugün karın ameliyatının ilk günüdür. İçeriye girdiğinizde Yusuf Bey yatağında sessizce yatıyor ve yatağında suratını buruşturarak dönüp

duruyor. Hastanın KB: 120/80 mm/Hg; Nabız: 80 vuruş/dak; solunum hızı: 18/dak ve 0-10 numaralı ağrı skalasında (0: ağrı yok; 10: en şiddetli ağrı) ağrı şiddeti: 8 olarak belirlenmiştir.

Yusuf Bey'in ifade ettiği ağrı şiddetini aşağıdaki skalaya işaretleyiniz.

Ağrı yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok şiddetli ağrı

Sizin yukarıdaki tanılamamız; hastaya 2 mg IV morfin uygulandıktan 2 saat sonra yapılmıştır.

Enjeksiyonu takiben yarım saat sonra ağrısı 6-8 arasındadır ve hastada solunum depresyonu, sedasyon veya diğer yan etkiler görülmemiştir. Ağrı azalma düzeyini 2 olarak tanımlamıştır.

Doktor analjezi için "saatte bir 1-3 mg IV morfin "yapılmasını reçete etmiştir. Bu durumda siz ne yaparsınız? İşaretleyiniz.

- _____1. Morfin uygulamam.
- _____2. Hemen 1 mg morfin uygularım.
- _____3. Hemen 2 mg morfin uygularım.
- _____4. Hemen 3 mg morfin uygularım.

TEŞEKKÜRLER



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği



Sayı :91786782/020/46515
Konu :Olurlar, Onaylar

07/09/2017

Sayın Sibel ERGÜL BOSTANCI

İlgi :05/09/2017 tarihli, 45696 sayılı ve "Olurlar, Onaylar" konulu yazı

İlgi yazı gereği, 06-07 Ekim 2017 tarihinde 14.00-16.00 saatleri arasında yapılması planlanan "Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi" konulu seminer için, 2-B seminer salonumuz, uygun mütalaa edilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Suat ZENGİN
Başhekim

AĞRI YÖNETİMİ EĞİTİMİ

AĞRI

SİBEL ERGÜL BOSTANCI

FİZYOPATOLOJİ

- Ağrı algılanması, periferdeki ağrı reseptörlerinin korpuslarının (**NOSİSEPTÖR**) uyarılması ile başlar.
- Nosiseptörler, fiziksel, kimyasal ya da termal nedenlerle uyarılabilirler. Bu uyarılar A ve C fiberleri ile spinal korda ve santral sinir sistemine iletilirler.



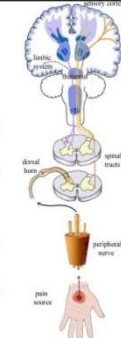
AĞRI TANIMI

- Fizik ya da mental olarak iyi olmama, lokal ya da genel olarak ıstırap çekme, rahatsız olma veya mental olarak zedelenmeyle ortaya çıkan ve bireyin ağrıyı oluşturan nedenden kaçma, kurtulma isteği ile tepki verdiği durumdur”.
- Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi ağrıyı; **“Vücudun belli bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şekli” olarak tanımlamıştır.**

FİZYOPATOLOJİ

AĞRILI UYARANI İLETEN LİFLER

- A-beta lifleri : myelinli kalın hızlı iletimli lifler. Normal olarak zararlı olmayan uyarıyı iletilirler.
- A delta lifleri : ince myelinli, orta kalınlıkta ve ileti hızındadır (20 m/s) hem zararlı hem de zararlı olmayan uyarıyı iletir. Mekanik uyarının yanında ısıya karşı da hassastır.
- C lifleri : myelinsiz, ince, yavaş iletimli liflerdir. Zararlı uyarıyı iletilirler, mekanik, ısı ve kimyasal uyarıya hassastır.
- Reseptörlerin görevi, mekanik, termal ve kimyasal enerjiyi transduser olarak elektriksel sinyallere dönüştürmektir.**



Mc Caffery'e göre ağrı:

- Ağrı; ağırlı uyarana karşı hastanın/bireyin ifade ettiği duygu-durum ve algıdır.
- Yani hastanın söylediği şeydir.



Bu tanımın öğeleri?

Sübjektif

Mc Caffery M., Robinson E. S.: (2002) Pain, Hem' s how you respond, Nursing, 32(10): 37-4.

Patofizyolojik Ağrı Sınıflaması

<p>Nosiseptif Ağrı: Somatik / Visseral Doku hasarı sonucu oluşan, sinir uçlarının sağlam olduğu durumlar.</p>	<p>Nöropatik Ağrı: Sinir sistemindeki primer lezyondan veya fonksiyon bozukluğundan kaynaklanan ağrı.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Uyarılma Aşamaları

- **Transdüksiyon:** Bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir.
- **Transmisyon:** Nosiseptörler tarafından algılanan duyumun daha üst merkezlere iletilmesidir.
- **Modülasyon:** Sp. Medullariste meydana gelir. Uyarının omurilikte değişime uğrayarak kortekse iletilmesi
- **Persepsiyon:** Kortekste ağrının iletilmesi

Ağrı Sırasında Fizyolojik Değişiklikler;

- Kan basıncının yükselmesi (sempatik etki) ya da düşmesi (parasempatik etki),
- Göz bebeklerinin büyümesi ve yaşarması
- Kalp atışlarının hızlanması ya da yavaşlaması,
- Hızlı solunum, terleme,
- Bulantı ve kusma,
- Halsizlik, baygınlık,
- Vücutta kızarmalar,
- Bilinç kaybı.

MEKANİZMASI:

- Ağrı algılanması, periferdeki ağrı reseptörlerinin korpuslarının uyarılması ile başlar. Bu reseptörlere nosiseptör denir.
- Nosiseptörler, fiziksel, kimyasal ya da termal nedenlerle uyarılabilirler. Bu uyarılar A ve C fiberleri ile spinal korda iletilirler.
- A fiberleri miyelinelidir ve ağrı impulslarını hızla iletirler. A fiberleri ile iletilen impulslar keskin ve lokal ağrılar olarak algılanırlar.
- C fiberleri ise miyelinsizdirler ve ağrı impulslarını daha yavaş iletirler. C fiberleri tarafından iletilen ağrı impulsları dağınık, sürekli, donuk veya sızı şeklinde ağrı olarak algılanırlar.

Psikolojik Değişiklikler

- Ağrısı olduğunu ifade etme,
- Anksiyete,
- Huzursuzluk,
- Sıkıntı,
- Korku, öfke,
- Depresyon,
- İçe dönüklük

- Ağrı bireyleri, fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkileyen kompleks bir olgudur .Hastanın ağrı şiddetini en iyi hasta kendisi belirtir
- Bu nedenle ağrılı bireyler çeşitli tepkiler verirler .Farklı bireylerdeki benzer uyarılar aynı ağrı yoğunluğu oluşturmazlar.



Sosyal olarak;

- Çevreden soyutlanma,
- Ailede huzursuzluk,
- Yalnızlık ya da fazla ilgi gibi sosyal değişiklikler yaşanabilir.



GENEL İNANIŞLAR	GERÇEKLER
<ul style="list-style-type: none"> Ağrılı hasta ilgili kişilere mutlaka haber verir Hastane şartlarında ağrı genellikle kontrol altındadır Uyuyan hastanın ağrısı yoktur 	<ul style="list-style-type: none"> Ağrılı hastaların %50'sinden ilgililerin haberi yoktur. %58 'i postoperatif herhangi bir zaman içinde.%7'si visit sırasında ağrı çekmektedir. Orta ve şiddetli ağrısı olan hastaların bir kısmı uyur.

AĞRI TEORİLERİ

- KAPI-KONTROL TEORİSİ:**
 - Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.
 - Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder.
 - Kapı açık ise ağrı hissedilir.

*Deri uyarısı ağrıyı giderebilir.
*Duygusal etkenler ağrıyı giderebilir.
*Bilgi verilmesi ağrıyı azaltabilir.

BAĞIMLILIK -GERÇEKLER

Kanser tedavisi alan hastalarda opioidlerin uzun süre kullanılması durumunda bile;

- Psikişik bağımlılık
- İlaç özlemi-arama davranışı
- Tıbben gerekmeyen durumlarda ilaç alma kompülsiyonu

NADİR GÖZLENMİŞTİR(<0.001%)

AĞRI TEORİLERİ

- ENDORFİN TEORİLERİ:**
 - Endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlere tutunur.

Masaj uygulama

Bazı yiyecekler (çikolata, çilek, muz, ananas,üzüm, portakal, dondurma, makarna, ekmeK, fıstık, susam, şarap, **ACI BİBER**) endorfin salınmasını artıran faktörlerdir.

Ağrı Algılanmasını Etkileyen Faktörler

- Korku, huzursuzluk, depresyon, mental izolasyon, bilinmeyene karşı hissedilen korku ve içe dönüklük gibi psikolojik faktörler ile, uykusuzluk, yorgunluk, açlık ya da fazla yeme, bitkinlik gibi bedensel faktörler ağrının daha şiddetli olarak algılanmasını sağlarlar.
- Dinlenmek, uyku, anlayış ve ilgi, bireyi dinleme, açıklama yapma ve bilgi verme, dışa dönüklük ve onurlandırma gibi davranışlar ise ağrı algısını azaltarak bireyin daha az ağrı çekmesinde etkili olabilirler.
- Gürültü, parlak ışık soğuk ya da fazla sıcak çevre de ağrının algılanmasını artıran fiziksel etkenlerdir

AĞRI SINIFLAMASI

1. Akut Ağrı: 0-6 ay arasında devam eden ağrılar *Akut Ağrı* olarak adlandırılır.

Başlangıcı genellikle ani ve şiddetlidir. İyileşme ile birlikte ağrı da yavaş yavaş kaybolur. Akut ağrı hafiften çok şiddetliye kadar çeşitli derecelerde hissedilebilir.

Postoperatif ağrı akut ağrıya iyi bir örnektir.

AĞRI SINIFLAMASI

2. Kronik Ağrı: Süre olarak 6 aydan fazla süren ağrılar "kronik ağrı" olarak adlandırılır. Farklı kronik ağrı tipleri şunlardır:

- Yaşam boyunca ya da uzun süreli olarak yinelenen akut ağrılar: Migren ve sickle cell krizleri gibi ağrılar.
- Aylarca ve hatta yıllarca devam etme potansiyeli olan kronik akut ağrı: Kanser ve yanık ağrıları örnek verilebilir.
- Kronik non malign ağrı: Romatoid artrit, periferik nöropati, fantom ağrısı, reynaud, ankilozan spondilit ve çeşitli nedenlerle görülen bel ağrıları örnek verilebilir.

Postop Analjezinin Amacı

- ◆ Temel insan hakkıdır.
- ◆ Subjektif konfor sağlamak
- ◆ Travmanın başlattığı ağrılı uyaranları inhibe ederek ağrıya otonomik ve somatik yanıtları köreltmek
- ◆ Hastanın öksürme, nefes alma ve kolay hareket etme gibi işlevlerine olanak sağlayarak restorasyonu hızlandırmak
- ◆ Gerek postop gerekse kronik kanser tedavisinde yapılan analjeziler bir program dahilinde yapılarak ,lüzum hali geçilmemelidir.

POSTOPERATİF AĞRI

- Postoperatif ağrı, iyatrojenik ve akut, göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile doğrudan ilgili olan ağrıdır.
- Hastaların büyük bir kısmının (%30-75) postoperatif dönemde, ortadan-şiddetliye kadar çeşitli derecelerde ağrı deneyimledikleri ve yetersiz ağrı tedavisi uygulandığı belirtilmektedir.
- Hastalara verilen plasebo genel anlamda ağrı sorgulamada faydalı değildir.
- Hastalara ağrılarını dayanabildiğiniz noktaya kadar teşvik edilmemelidir.

Ağrının Değerlendirilmesi

- Hastanın ağrısını ifade etme biçimi (panik, sakin, huzursuz, anksiyeteli, depresif, sızlanma şeklinde)
- Ağrının yeri ve lokalizasyonu (önceden hazırlanmış vücut resimleri ya da şekiller kullanılabilir)
- Ağrının şekli (yanma, batma, karıncalanma, gerginlik, spazm, delici, batıcı, künt, sızlama, kramp gibi tanımlamalar ağrının karakteri hakkında bilgi verirler)
- Ağrının süresi (başlangıcı, ne kadar zamandır var, tekrarlama şekli, ağrısızlık periyotları)

Postoperatif Ağrının Etkileri

- Solunum sistemi- azalmış oksürük, atelektazi, balgam retansiyonu ve hipoksi
- KVS- myokardial O₂ tüketiminde artış ve iskemi, DVT riski artışı
- GIS- gastrik boşalma gecikmesi, barsak hareketlerinde azalma ve konstipasyon
- GÜS- idrar retansiyonu
- Nöroendokrin- hiperglisemi, protein katabolizması ve sodyum retansiyonu
- Kas-iskelet sis- hareket azalması, baskı ağrıları
- Psikolojik- anksiyete ve güçsüzlük

Ağrının Değerlendirilmesi

- Ağrının etkileri (birlikte olan semptomlar. Örneğin; bulantı, kusma, terleme, nabız ve solunum artışı, pupillerde dilatasyon, ağlama, agresif davranma, iştahsızlık, dikkatini toplayamama, iletişim güçlüğü)
- Ağrıyı artıran ya da azaltan etkenler (gürültü, sıcak, soğuk, yürüme, solunum egzersizleri, yemek yeme, distansiyon, fizik aktivite, parlak ışık gibi çevresel etkenler)

Veriler mümkünse hastanın kendisinden alınmalı ve kaydedilmelidir.

Hastanın ağrısının şiddetli olup olmadığını vital bulgulardan gözlemek yanlış olur.

Ağrının yerini ve diğer özelliklerini en iyi hastanın kendisi tanımlayabilir ve ağrısı çok olan hasta uykuya dalabilir.

AĞRISI OLAN HASTANIN AĞRISI ÖLÇÜLMELİDİR.

Analjezi Gereksinimini Etkileyen Faktörler

- Yaş,
- Cinsiyet, (kadınlarda daha fazla)
- Kültürel ve kişilik özellikleri,
- Preoperatif hasta eğitimi,
- Operasyon bölgesi ve büyüklüğü,
- Bakım verenlerin tutumu,
- Hastanın ağrıya karşı bireysel yanıtı,
- Eşlik eden diğer hastalıklar bireyin ağrı algılamasını ve analjezik gereksinimini etkileyen faktörlerdir.

Ağrı ölçme skalaları

1. Ağrı yok
2. Hafif ağrı
3. Orta ağrı
4. Şiddetli ağrı
5. Çok şiddetli ağrı
6. Dayanılmaz ağrı

SÖZEL KATEGORİ SKALASI

0-5

0-10

0-100

SAYISAL SKALALAR

İlk Basamak

- ◆ Geleneksel olarak ölçülen ve kaydedilen 4 vital bulguya (ateş, nabız, tansiyon ve solunum sayısı) ek olarak ağrı da 5. vital bulgu olarak kabul edilmeli, ölçülmeli ve kaydedilmelidir.

AĞRI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Pos-top Analjezi Uygulama Yolları

- ◆ İntramusküler
 - ◆ Subkutan
 - ◆ İntravenöz (Bolus, İnfüzyon)
 - ◆ Oral
 - ◆ Rektal
- ◆ Transdermal
 - ◆ H. K. A. (PCA)
 - ◆ Epidural
 - ◆ Spinal
 - ◆ Lokal (İnfiltrasyon, interkostal, pleksus blokajı, v.b.)

• NONSTERÖİD ANTİENFLAMATUAR ANALJEZİKLER

- Ağrı tedavisinde en fazla kullanılan analjezik ilaçlardır.
- Basamak tedavisinde ilk sırada yer alırlar.
- Reçete gerektirmediklerinden elde edilmeleri de kolaydır



En fazla Kullanılan Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar

Etken madde	Müstahzar Adı
Asetil salisilat	Aspirin, Dispril, Ecoprin
Diklofenak sodyum	Voltaren, Miyadren
Asetaminofen	Minoset, Parol, Panadol
İbuprofen	Artril, Brufen, İbufen, Dolven
Dipiron	Novalgin, Neolidon
Naproksen	Apranax, Naprosyn, Aproz
İndometazin	Endol, Endosetin, Romatol
Teknosikam	Tilcotil
Fenilbutazon	Butazolidin
Oksifenobutazon	Tanderil, Miyadril
Nabumeton	Relifex

NONSTERÖİD ANTİENFLAMATUAR ANALJEZİKLER

- Doku hasarı olduğunda hücrelerden potasyum ve histamin içeren kimyasal maddeler salınır. Burada aynı zamanda histamin ve bradikinin de mevcuttur.
- Bütün bu kimyasallar enflamasyona neden olur ve ağrı meydana gelir. Araşidonik asit, siklooksijenaz enzimi tarafından yıkıldığında oluşan **prostaglandinler** sinir uçlarını duyarlı hale getirir ve ağrı oluşur.
- Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar siklooksijenazı inhibe ederek araşidonik asit ve prostaglandin yapımı önlenir.

Yan Etkileri

- Gastrointestinal toksisite,
- Kanama zamanının uzaması (ilaç kesildikten 10 gün sonra normale döner),
- Astımı olan hastalarda bronkospazm
- Dispepsi,
- Bulantı-kusma,
- Allerjik etkiler,
- Kulak çınlaması,
- Renal toksisite

NONSTERÖİD ANTİENFLAMATUAR ANALJEZİKLER

- Bu gruptaki ilaçlar enflamasyonlu ağrıların giderilmesinde etkili olurlar.
- Bağımlılık yapmazlar.
- Kas iskelet hastalıkları, dismenore, baş ağrıları gibi ağrılara da etki ederler. Metastaz nedeniyle oluşan kemik ağrılarındaki etkilidir.
- Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar aynı zamanda ateş düşürücü etkiye de sahip olduklarından ateşli olgularda sıklıkla tercih edilirler.

Etkili Kullanım

- Postoperatif dönemde hasta ağızdan alıncaya kadar öncelikle IM ve IV olarak ilaç kullanılmaya başlanır.
- Ani başlangıçlı şiddetli ağrılarda IV olarak verilmelidir.
- İlacın etkili olup olmadığını değerlendirmek için ağrı skalaları kullanılarak ilaç öncesi ve ilaçtan yarım saat sonraki ağrı durumu belirlenmelidir.
- İlacın yetersiz ya da etkisiz olduğu durumlarda doktora haber verilerek ilacın dozajının artırılması ya da ilacın değiştirilmesi sağlanabilir.

NARKOTİK ANALJEZİKLER (OPİOİDLER)

- Narkotik analjezikler ağrıyı gidermek için merkezi sinir sistemini (MSS) etkilerler. Endojen opioidlerde olduğu gibi MSS'ne ve Gastrointestinal kanala dağılmış olan opiat reseptörlerine bağlanırlar. MSS'ne bağlandığı zaman bu reseptörler ağrı geçişini durdururlar.
- Orta ve şiddetli postoperatif ağrının tedavisinde kullanılırlar.

Narkotik analjeziklerin kullanımları sırasında dikkat edilmesi gerekenler

- İlk dozdan sonra etkisi ve yan etkilerinin değerlendirilmesi gereklidir.
- Bazı hastalarda görülen uzun süreli sedasyon, bulantı ve kusma ajanın değiştirilmesini gerekli kılabilir. Sedasyon, solunum depresyonunun en önemli belirtisidir.
- Etkili bir kullanım için kullanıcıların (doktor ve hemşireler) yeterli bilgi ve pratiğe sahip olmaları, hasta ve ailesinin de bilgilendirilmeleri şarttır.

NARKOTİK ANALJEZİKLER (OPİOİDLER)

- Narkotik analjezikler uygun ve kontrollü şekilde kullanıldığında postoperatif ağrılı hastaların %85-90'nın ağrısını giderebilir.
- Postoperatif ağrının giderilmesinde amaç hastanın ağrı seviyesini yan etkiler meydana gelmeden minimuma ya da en azından hastanın tolere edebileceği , maksimum konfor sağlayan düzeye getirebilmektir. Yaşlı hastaların ağrılarını da dindirmek için de kullanılabilir.

Opioid Seçimi

- ◆ Doktorun tercihi
- ◆ Hasta hikayesi
- ◆ MORFİN
- ◆ Meperidin
- ◆ Fentanil
- ◆ Alfentanil
- ◆ Sufentanil
- ◆ Remifentanil

OPİOD DOZU

- Bir çok faktöre bağlı olarak her hasta için farklı opioid kullanılmalıdır.
- Her hasta için ayrı titre edilmelidir.
- Orta ve şiddetli ağrılarda farmakolojik uygulamanın köşe taşıdır.
- SSS üzerinde yaygın depresif etki yaparlar.
- Fakat uzun süre opioid tedavisi alan kişilerde solunum depresyonu nadiren görülür.
- Opioid hastaların başlangıç dozlarından sonra ilave dozlar hastanın bireysel yanıtına göre ayarlanmalıdır.

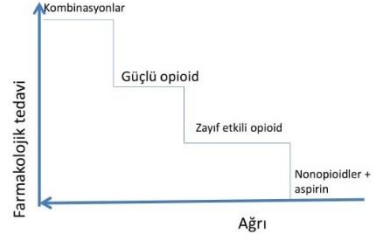
Opioid Seçimi

- ◆ 50 mg meperidin(demerol)(po)=650 mg aspirin (po)
- ◆ Sık değerlendirme
 - Etkinlik
 - Yan etkiler

Opioid Etki

- ◆ Bireyler arası değişkenlik
- ◆ Sık değerlendirme
 - Etkinlik
 - Yan etkiler

Kanser ağrısında basamaklı tedavi



Narkotik Analjeziklerin Yan Etkileri (sistemlere göre)

- Merkezi Sinir Sistemi: Sedasyon, öfori, miyozis, bulantı-kusma
- Solunum Sistemi: Apne-Solunum depresyonu
- Gastrointestinal Sistem: Mide boşalmasının gecikmesi, kabızlık
- Kardiyovasküler Sistem: Bradikardi, Myokard depresyonu
- Genitoüriner Sistem: İdrar retansiyonu
- Genel: Kaşınıtı

Etkili ve Güvenli Kullanımda Hemşirenin Sorumlulukları

- İlacın farmakolojik özellikleri: ilacın etki mekanizması, ilaç etkileşimleri, etki süresi, yan etkileri
- Her yaş da hastaların ağrılarının olabileceğini unutmamalıdır.
- İlaç istemi yapıldığı şekilde (IV, IM, dozaj) verilmeli
- Varsa saatlik idrar çıkışı takibi yapılması
- İlaç öncesi ve sonrası 15-30 dakika sonra ağrı durumunun değerlendirilmesi
- İlacın yetersiz ya da etkisiz olduğu durumlarda doktora haber verilmelidir.

En fazla kullanılan narkotikler

- Morfin
- Meperidin (Dolantin, Aldolan)
- Dekstropoksifen (Doloksan)
- Naloksan HCL (Naloksan)

Solunum depresyonu belirtileri nelerdir?

- Solunum sayısı ve derinliğinde azalma
- Hastada ajitasyon
- Oksijen saturasyonunda düşme (%95 altına)
- Bilinç değişiklikleri
- İlerleyici sedasyon

Solumun depresyonunda ne yapılmalı?

- 1. Opioid infüzyonunu durdur.
- Hastaya nazal/kanülle oksijen ver (başlangıçta %100, 4-6 lt/dakika)
- Ekibe haber ver
- Asla hastanın yanından ayrılmı
- Hava yolunu açık tut.
- Hastayı hızlı entübasyon için hazırla (malzemeler)
- İlerleyici solumun depresyonunda :
 - Protokolde varsa hastaya IV olarak Naloksan HCL ver.

ANALJEZİ YÖNTEMLERİ

! Travma veya postoperatif ağrı gibi **ani başlangıçlı olan şiddetli ağrılarda** opioid analjezikler IV yol ile verilir.

! Uzun süredir kanser ağrısı olan hastalarda opioid analjezikler ORAL yol ile verilmelidir.

! Uzamış orta-şiddetli ağrısı olan kanser hastalarının ağrı tedavisi için MORFIN kullanımı önerilir.

! IV olarak verilen Morfinin doruk (maksimum) etkisi 15 dakika sonra görülür

! ORAL olarak verilen Morfinin doruk etkisi 1-2 saat sonra görülür

NARKOTİK BAĞIMLILIĞI

Opioidlerin birdenbire kesilmesi durumunda ortaya çıkabilecek fiziksel bağımlılığın belirtileri:

Terleme, esneme, diyare ve ilacın ani kesilmesine bağlı ajitasyondur.

Uygulamalar:

- "Gerektiğinde" verilecek analjezi isteminde bunu hastanın ağrısı şiddetlenmeden uygula
- Önerilen Narkotikleri uygula: Yan etkilerini gözle (solumun depresyonu, astım, KOAH öyküsü bulunan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır)
- IV ve HKA narkotik uygulamalarında solumun depresyonuna karşı yanında **Naloksan** bulundur
- Narkotik korkusundan vazgeç. En iyi yöntem hastayı ilk dozdan sonra dikkatle gözlemektir
- Aralıklı analjezik uygulamalarında analjezikleri ağırlı işlemden önce verecek şekilde planla

ADJUVAN ANALJEZİKLER

Adjuvan ilaçlar hastada ağrı ile beraber uykusuzluk, depresyon, ajitasyon gibi ağrı algılamasını artıran durumlarda ya da ağrı durumu narkotiklere yanıt vermediği durumlarda analjeziklerle beraber kullanılırlar.

Antidepresanlar,
Antikonvülsanlar,
Kortikosteroidler

Uygulamalar:

- Adjuvan ilaçları zamanında ver. Ancak bunlar ağrı kesici özelliğe sahip değildir.
- Oral ilaç vermeye başlamadan önce gastrointestinal fonksiyonların başlamış olduğundan emin ol
- İlacın etkisini artırmak ve hastanın ağrı algısını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemleri uygula
- Hastanın pozisyonunu kontrol et
- Hareket ederken ameliyat bölgesini destekle
- Ağrı tedavisine yönelik her uygulama öncesi ve sonrası hastanın ağrı seviyesini kontrol et ve kaydet.

HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ

- Hastaya önerilen dozlar ve yöntemler dahilinde analjeziği kullanarak ağrısını kontrol etmesine olanak sağlayan bir sistemdir.
- Bu sistem, hastanın uygulama yoluna bağlı (IV, Epidural, SC, v.s.) bir infüzyon pompasını kullanmasını sağlayan bir mikroişlemciden oluşur.

HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ

- **Dozaj parametreleri:**
 - **İsteğe bağlı dozaj (Bolus):** Hasta cihaza bağlı bir düğmeye basarak pompayı çalıştırır. 10-30 saniyede önceden programlanan sabit dozda analjezik verilir.
 - **Kilitleme süresi:** Hastanın her düğmeye basışından sonra süre bekleme süresi vardır. Bu süre geçmeden hasta düğmeye basarsa da ikinci doz verilmez.
 - **Sabit infüzyon:** Bazal doz da denir. Sabit bir hızda ve dozda ilaç hastaya sürekli olarak gider. İstenirse bolus doz da eklenebilir.
 - **Yükleme dozu:** HKA başlamadan önce hastaya verilen dozdur.

HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ

- HKA cihazları;
 - Hastaya daha önceden ayarlanmış olan analjezik miktarını verebilmeyi sağlayan bir programlama sistemi,
 - İlacın hastaya ulaşması için özel bir serum seti,
 - Hasta tarafından ağrısı olduğunda basması için bir buton ve
 - Elektrik adaptörü gibi parçalardan oluşmaktadır.



HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ

- HKA'da en sık kullanılan opioidler; Morfin, Fentanil, Tramadol, Petidin, Metadon, Hidromorfin ve Nalbutin'dir.
- HKA'da kullanılan opioidlerin yan etkileri de daha önce narkotiklerin yan etkileri bölümünde anlatıldığı gibidir.
- Ancak Epidural HKA uygulamasında narkotiklerin sistemik kullanılmasından kaynaklanan yan etkiler daha az görülürler.

HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ

- **HKA Uygulama Yolları :**
 - IV, IM, SC, Oral, Epidural, İntraspinal, Rektal, Nazal, Sublingual olmak üzere pek çok yöntem ile uygulanabilir.
 - Postoperatif analjezide ise sıklıkla IV ve Epidural HKA uygulanmaktadır.
 - HKA'da opioid ilaçlar kullanılır.



HKA

AVANTAJLARI

- Analjezi kalitesi yüksek,
- Hızlı etki,
- IM enjeksiyon yok,
- Daha az ilaç tüketimi,
- Daha fazla hasta memnuniyeti

DEZAVANTAJLARI

- Yanlış program olasılığı,
- İzleme sorunları,
- Eğitimli hemşire gereksinimi,
- Cihaza bağlı sorunlar,
- Pahalı ekipman gereksinimi

HKA'da Hemşirenin Sorumlulukları

- Hastaya HKA konusunda bilgi ve eğitim vermek,
- Uygulama sırasında hastanın durumunu sürekli kontrol ederek ilaca bağlı yan etki gelişimini önceden belirlemek,
- Uygulama modlarını bilmek ve ilaç-serum setini sürekli kontrol etmek, kullanılan ilacı ve yan etkilerini bilmek,
- Uygulamadan kaynaklanan aksaklıkların önlenmesi için HKA cihazının çalışma prensiplerini bilmek,
- Hastanın ağrı değerlendirmelerini yapmak, ölçmek ve bütün uygulamaları kaydetmek.

ETKİN AĞRI TEDAVİSİNİ ENGELLEYEN FAKTÖRLER

- Genellikle IM narkotik uygulamasının tercih edilmesi,
- Hastaların ağrı konusundaki sözlerinin dikkate alınmaması,
- Analjezik ilaçların kan konsantrasyonlarındaki dalgalanmalar,
- İlaçların gereksinim duyulan zamandan sonra reçete edilmesi ve bu arada geçen süre,
- Hastaların ağrısının ameliyatın doğal bir sonucu olduğu ve çekmesi gerektiğine inanması,
- Ağrı değerlendirmelerinin yapılmaması,
- Nonfarmakolojik yöntemlerin etkin olarak kullanılmaması.

HKA kullanımı sırasında izlenmesi gereken parametreler

- Ağrı düzeyinin takibi,
- Sedasyon düzeyi,
- Solunum durumu,
- İdrar çıkışı,
- Diğer hayati bulguları,
- Mümkünse oksijen saturasyonu (solunum depresyonu konusunda uyarıcı olacağından özellikle şüpheli hastalarda takip edilmelidir).

ETKİLİ AĞRI YÖNETİMİNDE

- Hastanın ağrısı konusundaki sözleri dikkate alınmalıdır.
- Hastaya bilgi ve eğitim verilmelidir.
- İlaçlar etkili dozlarda kullanılmalıdır.
- Analjezikler "gerektiğinde" değil "saatinde" uygulanmalıdır.
- İlaç dozu hastanın gereksinimlerine göre bireyselleştirilmelidir.
- İlaç etkili değilse plan tekrar değerlendirilmelidir.
- Doz ağrının şiddetine göre ayarlanmalıdır.
- Hasta için en uygun verilmiş yolu kullanılmalıdır.
- Narkotik korkusundan vazgeçilmelidir.
- Hasta ile işbirliği yapılmalıdır.

İlaç uygulamalarında uyulması gereken 8 ilke:



NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

- Bu yöntemler iyi bir hasta değerlendirmesi ile hemşireler tarafından kullanılabilen uygulamalardır.
- Çeşitli araştırmalarda bu uygulamaların etkinliği ispatlanmıştır.
- Hangi uygulamanın yapılacağı hemşire tarafından belirlenir ve hastanın ağrı durumu değerlendirilir.

Hastanın İlgisini Başka Yöne Çekme

- Bu yöntem hastanın düşüncelerini ağrıdan uzaklaştırarak, ağrıya toleransın artırılmasını amaçlar.
- Hasta ile konuşma, müzik dinletme, televizyon izletme, kitap okuma-okutma gibi uygulamalar akut ağrıdan kronik ağrılı durumlara kadar pek çok ağrı tipinde kullanılmıştır.
- Postoperatif ikinci ya da üçüncü günlerde ağrısı devam eden hastalar için kullanılabilecek yararlı bir yöntemdir.



Sıcak-Soğuk Uygulamalar

- Sıcak yada soğuk uygulama lokal olarak yapıldığında uzun süre kullanılmamalıdır. Cilde zarar vermemeye dikkat edilmelidir. Ameliyat bölgesi ya da travma geçiren bir bölgeye lokal sıcak uygulama kanama riskini artırır.
- Hastanın sadece battaniye ile üzeri örtülerek ısıtılmasının sağlanması yeterlidir.

Gevşeme Yöntemleri

- Yavaş ve derin bir soluk alma ile kasları kasma ve soluğun verilmesi ile tüm kasların gevşetilmesinden oluşur.
- Bu uygulamanın hastaya ameliyat öncesinde öğretilmesi gereklidir.
- Soluk alma sırasında göğüs ve abdominal bölgenin fazla gerilmemesine dikkat edilmelidir.
- Hastaya bu işlemi yaparken güzel şeyler hayal etmesi söylenmelidir.

Pozisyon Değiştirme

- Uzun süre aynı pozisyonda kalma, abdominal distansiyon ya da özellikle ekstremitelerin ödem gibi durumlarındaki ağrılarda pozisyon değişikliği ile ağrılı bölgeye olan basınç azalır ve daha az ağrı hissedilebilir.
- Pozisyon değişikliklerinin hastanın gerekli bölümlerinin desteklenerek yapılması gerekmektedir



Sıcak-Soğuk Uygulamalar

- Daha çok kronik ağrılı olgularda ya da kas krampları gibi ağrı durumlarında kullanımları uygundur. Soğuk uygulama en fazla kronik ağrılı olgularda kullanılır. Hastanın ısıtılması özellikle postoperatif dönemdeki hastanın ağrısını azaltmada etkilidir.



Masaj Uygulama

- Masaj; derinin el ile uyarılarak devamlı kas kontraksiyonlarının başlattığı ve tekrarlı refleks kontraksiyonlarının neden olduğu derin ağrıyı, sirkülasyonu sağlama yoluyla ortadan kaldırır.
- Masajın vücuttan endorfin denilen endojen morfin salınımını artırarak ağrı algısını azalttığı belirtilmektedir.

Masaj Uygulama

- Postoperatif erken dönemde masaj kullanımı uygun değildir. Genellikle uzun süreli ya da kronik ağrılı olgularda kullanılması tavsiye edilmektedir.
- Ancak özellikle ekstremitelerde ameliyatlarında diğer tarafına masaj uygulamasının yararlı olduğu belirtilmektedir.
- Masajda:
 - Efloraj,
 - Petrisaj,
 - Friksiyon,
 - Taputman işlemleri uygulanır.

Bilgilendirme

- Hastaya yapılan tedavi, neden ağrısı olduğu ve ilaçların ne kadar sürede etkili olacağı açıklanarak anksiyetesi azaltılabilir.
- Hastanın ağrısı ile ilgili ifadeleri dikkate alınmalı ve sorularına açık yanıtlar verilmelidir.
- Hasta kendisi ile ilgilenmediği ve ağrısının önemsenmediğini düşündüğünde daha fazla öfke duyabilir. Bu durum da hastanın ağrı algısını artırarak analjezik gereksinimini artırabilir.
- Hastaya sevecen bir tavırla yaklaşmak onu rahatlatır ve gevşemesini sağlar.

Kaynaklar

1. Kohlman C V, Linsdey M A, West C M, Pathophysiological Phenomena in Nursing, 2003, Cilt 3
2. Ganong W. Tıbbi Fizyoloji, 1996, Cilt 1, Barış Kitabevi, 17. Baskı
3. Vander A, Sherman J, Luciano S D, İnsan Fizyolojisi, 1997, 6. Baskı
4. Guyton & Hall, Tıbbi Fizyoloji, 11. Basım, 2007, Nobel Tıp Kitabevi
5. Eti Aslan F, Olgun N. Fizyopatoloji, 2017, Akademisyen Kitabevi.

İNTİHAL RAPORU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 11/12/2017

Tez Başlığı / Konusu: Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 45 sayfalık kısmına ilişkin, 11/12/2017 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 16 'dır. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Sibel ERGÜL BOSTANCI
Öğrenci No: 154101002
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK
Programı: TEZLİ YÜKSEK LİSANS
Statüsü: Y.Lisans Doktora

Tarih ve İmza

11.12.2017

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Ayla YAVA

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

ÖZGEÇMİŞ

Adı, Soyadı: Sibel ERGÜL BOSTANCI

Adres: Cevat Paşa nMahallesi Pirireis Caddesi Çağdaşkent SitesiA3 Blok Kat:5 No:22
Çanakkale

Telefon: 05306861251

Görevi: Hemşire

Çalıştığı Kurum: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi,
Gaziantep

Yıl	Kurum
2003-2012	Gaziantep SEV Amerikan Hastanesi Acil Sorumlu Hemşiresi, Endoskopi Hemşireliği, Dahili ve Cerrahi Servis Sorumlu Hemşiresi
2012-2016	Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Servis Hemşiresi.
2016-Halen	Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Üroloji Servis Hemşiresi

Öğrenim

Yıl	Üniversite	Alan	Derece
1999-2003	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü/Gaziantep	Hemşirelik	Lisans
2016-2017	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü/Gaziantep	Cerrahi hastalıkları Hemşireliği	Yüksek Lisans

