

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sacide YILDIZELİ TOPÇU

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AĞRI KONTROLÜNE
YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDEN
MEMNUNİYETLERİNE ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Çisem OCAK

Referans no: 10214528

EDİRNE-2020

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sacide YILDIZELİ TOPÇU

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN AĞRI KONTROLÜNE
YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDEN
MEMNUNİYETLERİNE ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Çisem OCAK

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2020



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince yardım ve desteği için değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sacide YILDIZELİ TOPÇU'ya Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Öğretim Üye ve elemanlarına, Trakya Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'ndeki mesai arkadaşlarıma, her zaman destekçim olan eşim Erdem OCAK ve maddi, manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan annem, babam ve biricik kardeşime en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
AĞRININ TANIMI	3
AĞRI FİZYOLOJİSİ	3
AĞRI SINIFLAMASI	5
AĞRI TEORİLERİ	7
AMELİYAT SONRASI AĞRI	8
AMELİYAT SONRASI AĞRI EPİDEMİYOLOJİSİ	8
AMELİYAT SONRASI AĞRI ETYOLOJİSİ	9
AMELİYAT SONRASI AĞRININ ETKİLERİ	9
AĞRININ SİSTEMLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	10
AMELİYAT SONRASI AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ	11
AMELİYAT SONRASI AĞRI DEĞERLENDİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ	11
AMELİYAT SONRASI AĞRININ KONTROLÜ	13
AMELİYAT SONRASI AĞRININ KONTROLÜNDE KULLANILAN YÖNTEMLER	14
AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE HEMŞİRENİN ROLÜ	18
AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ	20

AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDEN MEMNUNİYET İLE HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDA İLİŞKİ	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
BULGULAR.....	27
TARTIŞMA	41
SONUÇLAR.....	54
ÖZET	57
SUMMARY	59
KAYNAKLAR.....	61
ŞEKİLLER LİSTESİ	72
ÖZGEÇMİŞ	74
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
Ark.	: Arkadaşları
ASA	: American Society of Anesthesiologists
AYKİ	: Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GH	: Growth Hormon
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
IASP	: International Association for the Stud of Pain
KDC	: Kalp ve Damar Cerrahisi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NCCAM	: National Center for Complementary and Alternative Medicine
NIH	: National Institutes of Health
HABTÖ	: Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin her yaşta ve cinsiyette karşılaşılabileceği bir deneyim olan ağrı, birçok nedenle ortaya çıkabileceği gibi kişileri tedavi ve bakım arayışına da yönlendirmektedir. Kişiye özgü yaşanan bir durum ve deneyim olan ağrı, bireysel özelliklerden etkilendiği için anlaşılması ve tanımlanması oldukça güçtür (1). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği ağrıyı “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum” olarak tanımlamaktadır (2).

Cerrahi travma ile başlayıp, doku iyileşmesi ile giderek iyileşen ve sona eren, cerrahi travmanın derecesi kadar inzisyon tipi ve genişliği ile de ilgili olarak ortaya çıkan ameliyat sonrası ağrı cerrahi girişim geçiren hastaların yaklaşık %80’ini etkilemektedir (3,4). Etkin şekilde yönetilemeyen ameliyat sonrası ağrı, kardiyovasküler, gastrointestinal, renal sistemler üzerinde negatif etkiler oluşturmakta, kardiyak iskemi, ileus, derin ven trombozu, pulmoner emboli ve pnömoni gibi komplikasyonlara yol açmaktadır (5,6,7). Tüm bu olumsuz durumların bir sonucu olarak, hastaların iyileşme süreleri uzamakta, tedavi maliyetleri yükselmekte, morbidite ve mortalite oranları artmaktadır (8).

Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları arasında farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (9,10). Hemşirelerin geliştirilmiş bakım girişimleri ile ağrı giderme yöntemlerini doğru değerlendirmeleri ağrı yönetiminin kalitesi açısından önemlidir (11). Ameliyat sonrası yeterli yönetilemeyen ağrının bir sonucu olarak, hastaların konfor düzeyi bozulmakta ve bu durum da hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyeti olumsuz etkilemektedir (6,12).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde önemli bir unsur olan hasta memnuniyetinin göz önüne alınarak, hastaların bakımı sağlanmalı ve sunulan bakıma ilişkin sonuçlar

değerlendirilmelidir. Hasta ve hemşireler arasında kurulan iyi bir iletişim ile etkin tedavi ve bakım ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetin sağlanmasında önemli bir adımdır. Bu süreçte, hemşirenin ağrı kontrolüne yönelik sahip olduğu doğru ve yeterli bilgiler ile ağrının yönetimine ilişkin etkili tutumları hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden yaşadıkları memnuniyeti arttıracaktır (13,14). Ameliyat sonrası ağrı yönetim sonuçlarının bilinmesi, etkili hemşirelik uygulamaları geliştirilmesine katkı sağlaması açısından önemlidir (15,16).

Ülkemizde ağrı yönetimi kalite göstergelerinden biri olan ağrı yönetimine yönelik hasta memnuniyetinin incelendiği çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bunun yanı sıra çalışmalara temel oluşturacak ağrı ile ilgili veriler de yetersizdir (16). Bu araştırmanın amacı da, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

GENEL BİLGİLER

AĞRININ TANIMI

Fiziksel bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan ve bireylerin yaşamında duygusal ve sosyal sorunlara neden olabilen ağrı her yaş ve cinsiyette karşılaşılabilen önemli bir yaşantıdır (1). Bireyin günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve giderilemediğinde, bireyin aile ilişkilerinde rol kaybı yaşamasına, iç hayatında üretkenlik ve zgven kaybına, uyku bozukluklarına, tükenmeye, sosyal izolasyona ve bireyin benlik saygısının olumsuz yönde etkilenmesine neden olan ağrı önemli emosyonel değişiklikleri de beraberinde getirmektedir (17). Doku hasarının varolduğu durumlarda, bilinçsiz olarak farkedilen bir durum olan ağrı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain=IASP) tarafından “Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili veya bu hasara ilişkin olarak tarif edilen hoş olmayan bir duygusal ve duygusal deneyim” şeklinde tanımlanmaktadır (2,18,19,20).

AğRI FİZYOLOJİSİ

Ağrı, nosiseptör adı verilen spesifik reseptörler/sinir uçları tarafından algılanmaktadır (21). Nosiseptörler, zararlı uyarınları elektriksel aktiviteye dönüştürebilen ve kodlayabilen duyu reseptörleridir (22). Deri, deri altı, kalp kası, iskelet kasları, kemikler, eklemler, periton, üreterler gibi birçok doku ve organda bulunan nsiseptrler kimyasal, mekanik ve termal uyarılar ile aktive olurlar (23). Nosiseptrlerin aktivasyonu uyarının şiddeti, süresi ve sıklığı ile orantılıdır (24).

Ağrı yolunun ilk nöronları dorsal kök ganglionunda yerleşmiş olan nosiseptörlerin hücre gvdeleridir. Ağrı yolunun ikinci sıradaki nöronları ise spinal kordun dorsal boynuzunda

yerleşmiştir ve bu nöronların akson uzantıları spinotalamik traktusu oluşturmaktadır. Üçüncü sıra nöronlar da talamusta yer almaktadır (25).

Periferik sinirler A (alt grupları ; α, β, γ) B ve C olarak sınıflanmıştır. Bunlardan A ve B lifleri miyelinli, C lifleri ise miyelinsizdir. Nosiseptörler A- γ , ve C liflerinin uçlarıdır ve nosiseptif bilgiyi spinal korda taşırlar. Miyelinli ince A- γ , liflerinin uçları genellikle uyarıldıkları tipe göre mekanik veya termal nosiseptör adını alır ve keskin, iğneleyici, iyi lokalize edilen karakterlerde ağrı oluşur. Miyelinsiz C liflerinin uçları olan polimodal nosiseptörler ise mekanik, kimyasal ve termal uyarılarla aktive olur, yavaş ileti hızı ile künt, yaygın bir ağrı ve hiperestezi oluştururlar (24).

Alarm fonksiyonunun bir gereği olarak nosiseptif sistem nöronlarının uyarılma eşiği diğer duyu sistemlerinden daha yüksektir. Uyarılma eşiği dokunmaya ve basınca karşı olan cevap eşiğinden yüksek, ama doku hasarı için gereken düzeyden düşüktür. Nosiseptif sistemi diğer duyu sistemlerinden ayıran bir diğer özelliği de, yeterli güçteki tekrarlayan uyarıların nosiseptif nöronların hassasiyetini artırarak hassaslaşmalarını sağlamasıdır (21)

Ağrı ileti sisteminin tümünü anlatan nosisepsiyon dört fizyolojik olayı içerir. Bunlar;

Transdüksiyon

Sensoryal sinir uçlarında zararlı uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir (24).

Transmisyon

İlgili yapılardaki bilginin santral sinir sistemine iletilmesidir. Transmisyonlarda nöral yolaklar üç bileşenden oluşur.

1. Spinal korda ulaşan primer sensoryal afferent nöronları,
2. Spinal korddan beyin sapı ve talamusa uzanan, çıkan kontrol sistemi nöronları
3. Talakortikal projeksiyon nöronları (24).

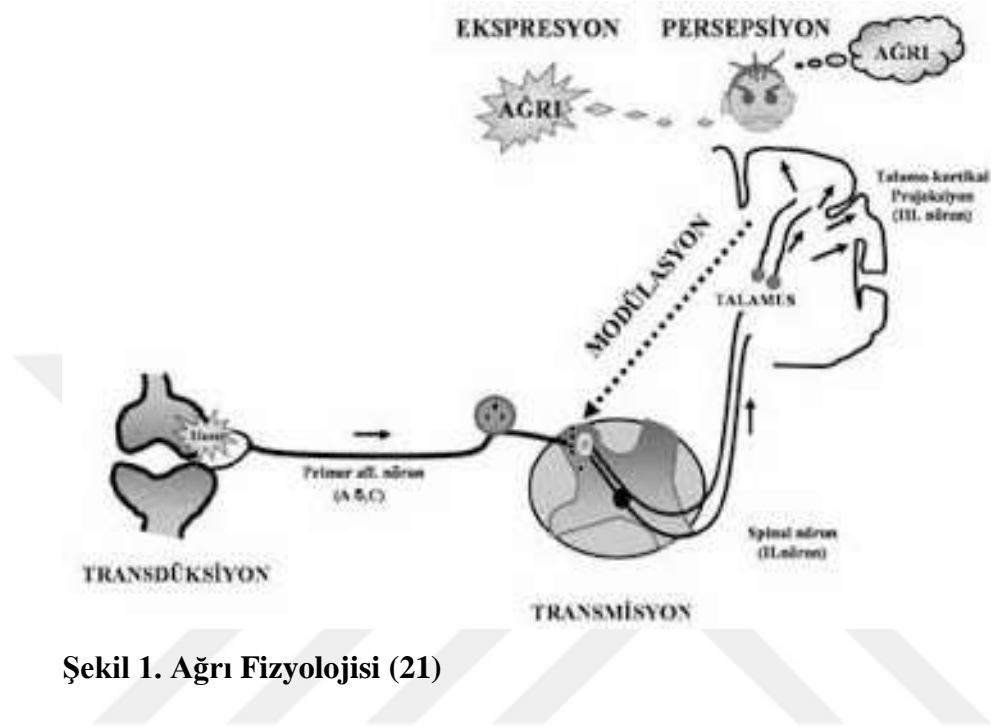
Modülasyon

Transmisyon iletisinin inen nöral yolaklar ile azaltılmasıdır (24).

Persepsiyon

Transdüksiyon, transmisyon ve persepsiyon birlikte sübjektif, emosyonel ve kişisel psikolojik özellikler ile etkileşerek ağrının algılanmasının sağlandığı son aşamadır.

Bu olaylardan transdüksiyon anatomik olarak periferde, transmisyon periferde, spinal kordda ve talamokortikal dağılımda, modülasyon spinal kordda ve persepsiyon üst merkezlerde gerçekleşmektedir (24) (Şekil 1).



Şekil 1. Ağrı Fizyolojisi (21)

AĞRI SINIFLAMASI

Ağrıyı değişik parametrelere göre sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflaması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir (26).

Kaynaklandığı Dokuya Göre Ağrı

Somatik ağrı: Somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır (26). Somatik ağrı tipik olarak iyi lokalize olur ve genellikle deri, kas-iskelet sistemi yapıları ve eklemlerin yaralanma veya hastalığından kaynaklanır (27,28).

Viseral ağrı: İç organlardan kaynaklanan, boş organ distansiyonuyla oluşan ve yavaş başlayan ağrılardır. İyi lokalize edilemez, başka bölgelere yayılır (26,28).

Sempatik ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkar, primer hastalık geçtikten haftalar, aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Genellikle geceleri artar ve yanma tarzında olup, ağrıyan bölgede solukluk, üşüme gibi belirtiler verir (26).

Periferal ağrı: Kaslar, tendonlar veya bizzat periferik sinirlerin kendinden köken alan ağrılarıdır (19).

Mekanizmalarına Göre Ağrı

Nosiseptif ağrı: Sinir sistemi dışı organlardaki özel ağrı reseptörleri (nosiseptör) tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletdikten sonra hissedilen ağrıdır. Nosiseptif ağrı, bir çeşit vücut savunma mekanizmasıdır (29) ve genellikle deri, kas, tendon, bağlar, kemik ve eklemler gibi somatik yapıları etkileyen bir yaralanma veya hastalıktan kaynaklanır (27).

Nöropatik ağrı: Periferik sinirlerden kaynaklanan travma veya metabolik hastalık sonucu nosiseptörlerin doğrudan etkilenmesiyle ortaya çıkan; uyuşukluk, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme hissi şeklinde algılanan ağrıdır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı olan ağrılarıdır (23,26).

Deafferantasyon ağrısı: Somatosensoryal uyarı iletiminin yaralanma sonucu merkezi sinir sistemine akışının kesilmesi ile ortaya çıkar. Fantom ağrıda ampute edilen ekstremitedeki ağrı buna örnektir. Yanıcı özellikte ve duysal kaybın olduğu bölgededir (26,30).

Reaktif ağrı: Vücudun çeşitli olaylara karşı reaksiyonu olarak motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla karşı reaksiyon olarak ortaya çıkan ve sürekli, künt, derin, sızlayıcı nitelikte olan ağrılarıdır (26).

Psikosomatik ağrı: Temelde psikolojik sorunların oluşturduğu, kişinin toplumun ilgisini ve dikkatini kendi üzerinde toplamak amacıyla ifade ettiği, önemsizde olsa dokulardaki sorunun temelinde yer alıp, artan nörofizyolojik duyarlılıkla abartılı olarak algılanan ağrıdır (26).

Başlama Süresine Göre Ağrı

Akut ağrı: Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösteren ağrıdır. Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki vardır. Travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve enflamasyon nedeniyle oluşur. Ameliyat sonrası akut ağrı en iyi örnektir. Akut ağrı, üzerinden 3-6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir (19).

Kronik ağrı: Kronik ağrı uzun süreli (3-6 ay) olan, rutin ağrı kontrol metodlarına yanıt vermeyen ve başlı başına bir hastalık olarak ele alınabildiği gibi sendrom olarak da değerlendirilebilen ağrı çeşididir (23,29). Ağrıların büyük çoğunluğu kronik ağrıdır (29).

Tekrarlayan ağrı: Tekrarlayan ağrı belirli bir süre devam eder, fakat kronik yada subakut ağrıdan farklı olarak normale dönen akut nöbetler halinde seyreden ağrıdır. Genellikle patolojinin çözülmemesine bağlı akut alevlenmeler gösterir. Gastrointestinal sistem motilite hastalıkları dejeneratif disk ve eklem hastalıkları, kollajen damar hastalıkları ve orak hücreli anemide bu tip ağrı görülür. Migren, küme başağrısı ve diğer tekrarlayan primer başağrıları nöral fonksiyon bozukluğuna bağlı olduklarından istisna sayılan tekrarlayan ağrılardır. Bunlar epizodik kronik ağrı olarak da değerlendirilir (26).

AĞRI TEORİLERİ

Ağrının geçiş mekanizmasını ve algılanmasını açıklayabilmek için farklı teoriler geliştirilmiştir (31). Bunlar; Duyusal Teori, Yoğunluk Teorisi, Pattern Teorisi, Duyusal Etkileşim Teorisi, Psikolojik ve Davranışsal Teorisi, Kapı Kontrol Teorisi ve Endorfin Teorisi'dir (31). Bu teoriler arasında, halen geçerliliğini koruyan teoriler Kapı Kontrol Teorisi ve Endorfin Teorisi'dir (32).

Kapı Kontrol Teorisi

Wall ve Melzack tarafından 1965 yılında ortaya atılan ve 1980'lerde yeniden düzenlenen teori, ağrılı uyarının spinal kordda kontrolü ve buradan üst merkezlere geçişi konusunda bugün de geçerliliğini sürdüren bir teoridir. Buna göre kısaca periferden gelen yoğun afferent nosiseptif uyarılar santral sinir sistemine geçmektedir. Bu süreçte A ve B grubu geniş miyelinli liflerin ve inhibitör ara nöronların aktivasyonu ağrının iletiminde kapı olarak kabul edilen projeksiyon nöronlarını inhibe etmekte ve ağrılı sinyallerin geçişini durdurmaktadır. Kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşmakta, kapı kapalı ise, uyarılar bilince ulaşmayarak ağrı hissedilmemektedir (24). Bu mekanizma TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ve spinal kord stimülasyonu gibi geniş çaplı lifleri uyaran yöntemler için temel olmuştur (19).

Endorfin Teorisi

Vücudun salgıladığı, narkotiklere benzer maddeler tanımlanmakta ve bunlara endorfin denilmektedir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgılattığı bilinmektedir. Endorfinler; ağrı

uyaranının geçmesini bloke etmek ve uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını engellemek için, spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulmaktadır (33). Masaj, Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu gibi deri stimülasyonları endorfin yapımını uyararak ağrı kontrolüne yardımcı olmaktadır (34).

AMELİYAT SONRASI AĞRI

Cerrahi insizyonlar ve yaralar sinir sonlanmalarını uyararak beyinde ağrılı bir his üretirken, cerrahi stres ve ağrı da nöroendokrin hormonların ve sitokinlerin salınımını içeren metabolik bir yanıt ortaya çıkarır (22). Bu etkiler nedeniyle cerrahi girişimler önemli bir ağrı nedenidir (35). Bu yönüyle ele alındığında, ameliyat sonrası ağrı, “Cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut bir ağrı” şeklinde tanımlanmaktadır (36,37).

Cerrahi girişimin etkisiyle ortaya çıkan doku hasarı sonucu hücre zarı geçirgenliğinin bozulmasıyla açığa çıkan bradikinin ve trombositlerden salınan serotoninin hücre membranlarındaki fosfolipidlere etkisi ile lökotrienler ve prostoglandinler serbestleşir ve nosiseptörlerin duyarlılığını artırırlar. Bu maddelerin etkisi ile ortaya çıkan vazodilatasyon da ortamda daha fazla algonejik madde birikimine neden olurken, nosiseptör uçlarından ortamı daha duyarlı hale getiren substans-P, substans-K ve kalsitonin salınımı doku hasarının bulunduğu bölgede primer, etrafında ise sekonder ağrı artışına sebep olur. Doku hasarıyla birlikte nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşan bu tablo aynı zamanda nörojenik inflamasyon olarak da adlandırılmaktadır (24).

AMELİYAT SONRASI AĞRI EPİDEMİYOLOJİSİ

Günümüzde etkin ağrı kontrolü, ameliyat sonrası bakımın önemli bir parçası olmasına karşın hastaların yaklaşık %30-88'i cerrahi sonrası orta ya da şiddetli derecede ağrıdan yakınmaktadır (37,38,39). Ürdün'de yaptıkları çalışmada, Shoqirat ve ark. (39) ameliyat sonrası ilk 24 saatte ağrı prevalansının %87 olduğunu, Eshete ve ark. (38) da Etiyopya'da hastaların %88,2'sinin orta ya da şiddetli ameliyat sonrası ağrı yaşadıklarını ve bu hastaların %58,4'ünde ağrının yeterli kontrol edilemediğini bildirmektedirler. Ameliyat sonrası ağrı özellikle torakotomi, üst batın cerrahisi ve radikal kanser cerrahileri gibi majör cerrahi girişimlerden sonra kontrolü zor bir durum olarak ortaya çıkmakta, organ ve sistemler üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle de hasta konforunu bozan, morbidite, hatta mortaliteyi arttıran ciddi bir sorun haline gelmektedir (40). Mwaka ve ark. (41) gününbirlik ameliyat sonrası ağrı prevalansının cerrahi girişim sonrası 30 dakika içinde %58, 24 saat sonra %55,3 ve ameliyattan 48 saat sonra %34,7 olduğunu, ameliyat sonrası yaşanan orta-şiddetli düzeydeki ağrı prevalansının ise

%11,7-13 olduğunu bildirmektedir. Bir başka çalışmada da, ameliyat olan hastaların %80'inin ameliyat sonrası ağrı bildirdiği ve bu hastaların % 88'inin orta veya daha fazla şiddette ağrı yaşadığı rapor edilmektedir (42).

AMELİYAT SONRASI AĞRININ ETYOLOJİSİ

Ameliyat sonrası ağrının süresi ve şiddetini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; hastanın fizyolojik ve psikolojik yapısı, ameliyat öncesi dönem hazırlığı, anestezi uygulamaları, ameliyat sonrası dönemde hastanın psikolojik ve farmakolojik hazırlığı, cerrahinin tipi, yeri, süresi, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde uygulanan anestezi teknikler, ameliyat sonrası dönemin niteliği ve kalitesini içermektedir (5,43). Ameliyat öncesi dönemde var olan ve ameliyat sonrası ağrı kontrolünün başarısını etkileyen faktörler ise genç yaş, kadın cinsiyet, sigara kullanımının yanında, depresyon ve anksiyete öyküsü, uyku bozuklukları ve beden kitle indeksinin (BKİ) fazla olmasıdır. Hastaların ameliyat öncesi dönemde de ağrı yaşamaları ve ilişkili olarak analjezik kullanımının ameliyat sonrası ağrı yönetiminde olumsuz etkiler oluşturduğu da bildirilmektedir (44).

AMELİYAT SONRASI AĞRININ ETKİLERİ

Ameliyat sonrası ağrıya karşı bedenin oluşturduğu yanıt sempatik sinir sistemi, nöro-endokrin sistem ve bağışıklık sistemi aracılığıyla ortaya çıkarken, aynı zamanda ağrı nedeniyle ortaya çıkan duygular ile de birbirine bağlı fizyolojik süreçler oluşmaktadır (45). Sempatik sinir sistemi vücudun ağrı gibi durumlara müdahalesinde “dövüş ya da kaç” tepkisi ile rol oynamaktadır (45).

Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) kortizol üretimini uyararak, mevcut enerjiyi arttırmak üzere kanda glikozun yükselmesine neden olmaktadır. Ön hipofizin uyarımı sonucu salgılanan büyüme hormonu (GH), hücresel aktivite ve protein, karbonhidrat ve yağ metabolizması üzerine doğrudan etki ederek kan glukoz seviyelerinin ve dokularda insülin direncinin artmasına katkıda bulunmaktadır (45).

Ağrının korteks, amiglada, hipotalamus ve bazı beyin sapı yapılarını uyarması da bedende duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına, anksiyete ve depresyon gelişmesine yol açmaktadır. Anksiyete ve depresyonun hem akut, hem de kronik ağrıyı yönetmeyi zorlaştırması nedeniyle hastaların ruh hallerinin değerlendirilmesi, bütünsel ağrı değerlendirmesinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (45).

Ağrının Sistemler Üzerindeki Etkileri

Cerrahi sonrası ağrı kontrol altına alınmazsa sistemler üzerine etki ederek, istenmeyen komplikasyonlara neden olmaktadır (46).

Kardiyovasküler sistem: Şiddetli ağrı, artmış katekolamin yanıtına yol açarak plazma katekolamin düzeylerinin normalin birkaç kat üzerine çıkmasına neden olur. Buna bağlı olarak, taşikardi, hipertansiyon, aritmi, miyokard iskemisi ve infarktüsü ortaya çıkabilirken, ağrının mobilizasyonu engellediği durumlarda tromboembolitik komplikasyonlara da neden olabilmektedir (45-47),

Solunum sistemi: Ağrıya bağlı refleks kas spazmı ile birlikte istemsiz olarak karın, toraks ve diyafragmanın kas hareketlerinin kısıtlanması, interkostal kasların tonusunun artmasına neden olarak, akciğerlerde hem fonksiyonel residüel kapasiteyi, hem de vital kapasiteyi düşürmektedir. Derin solunum ve öksürüğü engellediğinde atelektazi, pnömoni, hipoksi ve diğer solunum yoluna ilişkin komplikasyonlara yol açmaktadır (45-47)

Üriner sistem: Ağrı nedeniyle üretra ve mesane motilitesinin azalması hastalarda üriner retansiyon gelişmesine neden olabilmektedir (45,47).

Gastrointestinal sistem: Ağrı nedeniyle sempatik sinir sistemi aktivitesinin artması gastrik sekresyonların artmasına, intestinal tonüsün azalmasına ve bu durumda gastrik boşalmanın yavaşlamasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda, gastrik staz ve paralitık ileus gibi durumlarla birlikte bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, abdominal distansiyon ve konstipasyon görülebilmektedir (45-47).

Endokrin sistem: Cerrahi girişim sonrası ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artarken, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler; sodyum ve su retansiyonuna, kan şekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktik asit düzeyinde artmaya neden olur. Ağrı nedeniyle bu olayların uzun süre devam etmesi bedende negatif nitrojen dengesi oluşmasına, hiperglisemi ve glukoz intoleransı gelişmesine sebep olabilmektedir (45-47)

Kas-iskelet sistemi: Ameliyat sonrası erken dönemde, mobilizasyonu engelleyen şiddetli ağrı; hareketliliğin azalmasına yol açarak, tromboembolik komplikasyon riskini

artırmaktadır. Artmış sempatik sinir sistemi aktivasyonu da, alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına neden olarak, derin ven trombozu riskinin artmasına neden olmaktadır (47).

Ayrıca, ameliyat sonrası dönemde etkin şekilde yönetilemeyen ağrı bilinç bulanıklığına, yara iyileşmesinde gecikmeye, hastanın yaşam kalitesinde azalmaya, günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine yol açarak, morbidite ve mortalite oranlarında artışın yanısıra hastaların iyileşme sürelerinin uzamasına, hastanede kalış sürelerinin ve ilişkili olarak sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (46).

AMELİYAT SONRASI AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağrıyı algılama, tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterdiği için, hastadan çok detaylı bir hemşirelik öyküsü almak, hastayı devamlı gözlemlemek, uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak, hastanın başlangıçtaki değerlendirmesi için yardımcı olacağı gibi sonraki değerlendirmeler için de yol gösterici bir kaynaktır (43,48).

Ameliyat öncesi dönemde, cerrahi girişim türü ve beklenen ağrı şiddetine göre belirtilen aralıklarla düzenli olarak; ameliyat sonrası dönemde, her yeni ağrı bildiriminde, parenteral analjezik uygulamasından 30 dk. ve oral uygulamalardan 1 saat sonra ve ağrıya yönelik farmakolojik olmayan tüm girişimlerden sonra ağrının değerlendirilmesi yapılmalıdır (43,48,49).

Ağrı Değerlendirilmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Ağrı ile ilgili ölçümün amacı belirlenmelidir.

Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakılmamalıdır.

Farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalıdır.

Hastaya ağrı ve değerlendirmeye ilişkin güvenilir bilgi verilmelidir.

Ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır (49).

AMELİYAT SONRASI AĞRI DEĞERLENDİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Ağrı değerlendirmede ölçek kullanımı, hastanın sayılarla ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (49). Ağrı şiddetinin ölçümünde kullanılacak yöntemler belirlenirken, ölçüm yöntemi hasta ve

hemşireye minimal yük getirmeli, hastanın kolayca anlayabileceği şekilde basit olmalı, puanlama yapılabilir, uygun güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olmalı ve kurumun standartları ile örtüşmelidir. Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır (49).

Tek Boyutlu Ölçekler

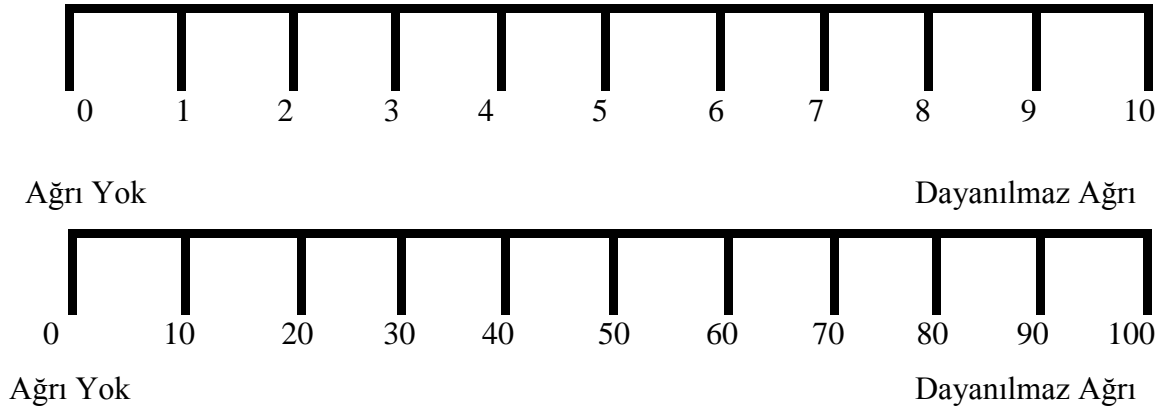
Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (50,51).

Sözel kategori ölçeği: Bu ölçek hastanın ağrı şiddetini tanımlayan en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrının şiddetini tanımlamak için hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz kelimeleri kullanılmaktadır. Hastadan bu kategoriden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (Şekil 2.) (51).



Şekil 2. Sözel Kategori Ölçeği (32)

Sayısal ölçekler: Bu yöntem hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçekler ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10/100) düzeyine kadar ulaşır (Şekil 3.) (51).



Şekil 3. Sayısal Ölçekler (32)

Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ): Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (49,51).

Burford ağrı termometresi: Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Numaralardan 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır (49,51).

Çok Boyutlu Ölçekler

Çok boyutlu ölçekler, ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla kullanılır. Ağrının şiddetinin yanı sıra, yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler gibi ağrının diğer boyutlarını da değerlendirmektedir. Bu ölçekler, McGill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili, Davranış Modellerini içermektedir (49,50). Ağrıyı değerlendirmede kullanılan çok boyutlu ölçeklerin hasta kooperasyonu gerektirmesi nedeniyle iletişime geçilemeyen hastalar, sedatize edilmiş hastalar ve çok genç hastalarda bu ölçeklerin kullanımı oldukça zordur (28).

AMELİYAT SONRASI AĞRININ KONTROLÜ

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirmek ya da ortadan kaldırmak, hastayı oluşabilecek yan etkilerden korumak, hastanede kalış süresini azaltmak ve ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmasını önlemek (36) olmasına rağmen, literatürde ağrı kontrolünün yetersiz kaldığı belirtilmektedir (10). Ameliyat sonrası ağrının yeterince kontrol edilememesiyle ilgili birçok faktör bildirilmektedir (43,52).

Yetersiz Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünün Nedenleri

- Ağrı kontrolü konusunda sağlık bakım ekibinin yeterince bilgi sahibi olmaması
- Narkotik ilaçların solunum depresyonu yapma, tolerans gelişimi, hastada alışkanlık ve bağımlılık yapma kaygısı ile hiç kullanılmaması veya yetersiz kullanılması
- Yeni teknikler konusunda bilgi ve beceri eksikliği
- Ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi

- Hastaların ameliyat sonrası ağrıyı cerrahi girişimin doğal sonucu olarak kabul etmesi ve bu nedenle sağlık ekibine iletmemesi
- Ameliyat sonrası erken dönemde analjeziklerin intramüsküler kullanılması
- Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması
- Yaşlı hastaların ağrıyı yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak kabul etmeleri ya da “iyi hasta” olma düşüncesi nedeniyle ağrı bildiriminde bulunmamaları
- Ağrı değerlendirilmesinde ideal denebilecek bir ölçüm aracının olmayışı
- Ağrıya ilişkin sonuçların hemşire gözlem formuna ya da hasta dosyasına kayıt edilmemesi (43,52).

AMELİYAT SONRASI AĞRININ KONTROLÜNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Günümüzde ağrının kontrolünde yaygın olarak farmakolojik yöntemler kullanılmasına rağmen ameliyat sonrası ağrı kontrolünde hemşireler farmakolojik ve non-farmakolojik birçok yöntemi kullanarak etkin ağrı kontrolünü sağlayabilmektedirler (54).

Farmakolojik Yöntemler

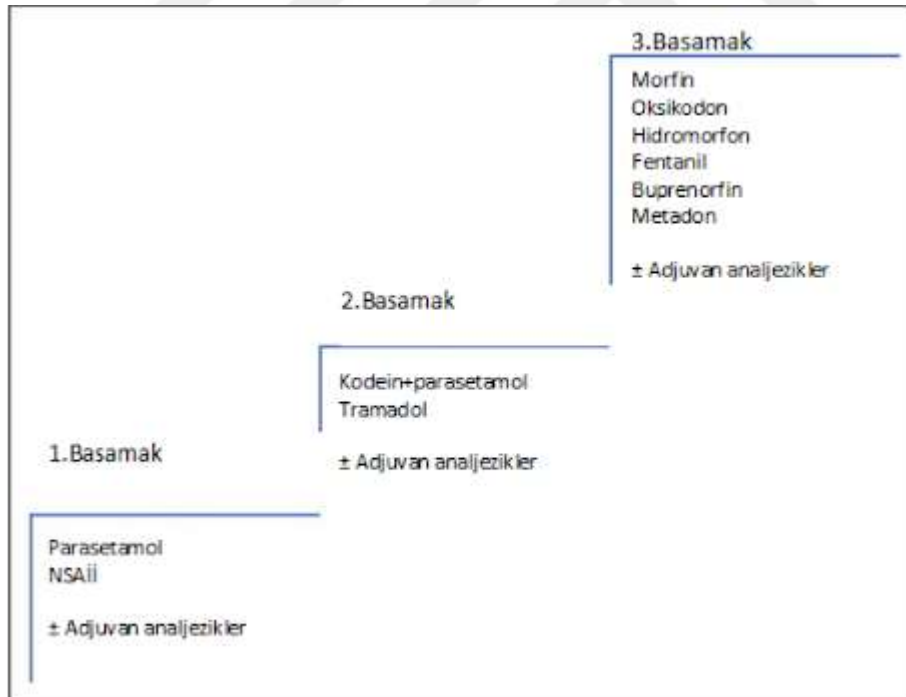
Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen yöntemdir. Midilli ve ark. (53) da, hemşirelerin %92,9'unun hastaların ağrılarını gidermede öncelikli olarak farmakolojik yöntemleri tercih ettiğini belirtmiştir (53). Ancak, analjeziklerin yoğun bir şekilde kullanılmasının birey ve ülke ekonomisine getirdiği yükün yanısıra bazı fizyolojik fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkileri ve özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda ortaya çıkabilen yan etkiler önemli dezavantajlara neden olmaktadır (54).

Narkotik olmayan analjezikler: Parasetamol, salisilik asit, metamizol ve nonsteroid antiinflamatuvar (indometazin, diklofenak, tenoksikamin, ibuprofen vb.) ilaçlar hafif veya orta dereceli ağrı tedavisinde, tek başına veya narkotik analjezikler ile beraber kullanılmaktadır. Ayrıca, bu ilaçlar epidural, periferik sinir bloğu gibi tekniklerle birlikte de yaygın bir biçimde uygulanmaktadır (50).

Narkotik olan analjezikler: Orta veya şiddetli ağrının tedavisinde kullanılan narkotik analjezikler etkilerini, beyin, omurilik ve vücudun diğer bölgelerindeki özgün opioid

reseptörlerine bağlanarak göstermektedirler. Petidin, metadon, morfin, eroin, kodein, hidromorfon, buprenorfin, nalbufin, butorfanol en çok kullanılan narkotik analjeziklere örnek olarak verilmektedir (50). Narkotik analjeziklerin en önemli yan etkileri solunum depresyonu, sedasyon, gastrointestinal motilitenin azalması, bulantı, kusma, kaşıntı, hipotansiyon ve bağımlılık yapma riskidir (28).

Adjuvan analjezikler: Adjuvan analjezikler ağrı tedavisi dışında kullanılmasına rağmen, bazı ağrılı durumlarda analjezik etki gösteren ilaçlar olarak tanımlanabilmektedir. Farklı etki mekanizmalarına sahip olan bu ilaçlar analjezik dozunu azaltmak ve daha az yan etki ile etkin ağrı kontrolü sağlamak amacıyla kullanılabilir (55). Adjuvan analjezikler antikonvülzan, antidepresan, lokal anestezi, nöroleptik, kortikosteroid, bifosfonat ve kas gevşeticiler gibi pek çok farmakolojik ilaç grubunu içermektedirler. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği analjezik merdiveninin her basamağında adjuvan analjeziklere yer verilmektedir (Şekil 4.) (56).



Şekil 4. DSÖ Analjezik Merdiveni- Basamak Tedavisi (56)

Non- Farmakolojik Yöntemler

Ağrı kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemler invaziv girişim gerektirmeyen, ilaç dışı ya da tamamlayıcı ve alternatif yöntemler olarak çeşitli şekillerde ifade edilmektedir (32,54). Midilli ve ark. (53) hemşirelerin ağrı kontrolü amacıyla çoğunlukla soğuk uygulama

(%21,4), danışmanlık (%14,9), gevşeme egzersizleri (%9,5), sıcak uygulama (%7,1) ve dokunmayı içeren non-farmakolojik yöntemleri kullandıklarını bildirmektedir. Aynı çalışmada, ağrı kontrolünde önerilmesine rağmen hemşirelerin akupressür (%95,8), TENS (%92,3), meditasyon (%91,1), aromaterapi (%89,9) ve biyolojik geri bildirim neredeyse hiç kullanmadıkları da dikkati çekmektedir (%85,7) (53). Baş ve ark. (57) da yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %62,6'si ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemler uyguladıklarını, en çok başvurulan non-farmakolojik yöntemlerin sırasıyla pozisyon vermek (%32,9), hastanın dikkatini başka yöne çekmek (%31,7) ve sıcak/soğuk uygulama yapmak (%20,2) olduğunu belirtmektedir (57).

Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsünde (National Institutes of Health / NIH) bulunan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine / NCCAM) hastalar tarafından kullanılmakta olan tamamlayıcı ve alternatif yöntemleri etki mekanizmalarını baz alarak beş grup altında incelemektedir (32):

1. Bilişsel-Davranışsal Yaklaşımlar
2. Manipulatif Yaklaşımlar
3. Enerji Yaklaşımları
4. Alternatif Tıbbi Sistemler
5. Biyolojik Yaklaşımlar

Bilişsel- Davranışsal Yaklaşımlar

Meditasyon: İnsanlık tarihi kadar eski bir yöntem olan meditasyon; zihnin odaklanmış, dingin ve huzurlu olma halidir. Ağrı kontrolünde meditasyonun; savunma sistemini güçlendirmesi, melatonin salgısını artırması gibi etkileri nedeniyle yardımcı bir yöntem olarak kullanılmasının yararlı olabileceği belirtilmektedir (32,58).

Hayal kurma: Hayal kurma, bireyde kontrol duygusu ve gevşeme sağlayan dikkati başka yöne çekme yöntemidir. Birey bir düşe yoğunlaşır ve kendisini bu düşe yerleştirir. Ritmik solunum ve gevşeme ile birlikte daha etkili olan hayal kurma yöntemi kişinin ağrısı yokken ya da çok az ağrısı varken öğretilmelidir (32,54,58).

Hipnoz: Eski Yunanca'da uyumak anlamına gelen hipnozda ağrıyı azaltmak amacıyla kas gevşemesi, algısal değişim ve bilişsel dikkatin değişimi olmak üzere üç mekanizma kullanılmaktadır. Hipnozun baş, boyun bölgesi, kanser ağrısı ve fantom ağrısında olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (32).

Müzik terapisi: En eski tedavi yöntemlerinden biri olan müziğin kan dolaşımına ve kan basıncına etki ederek fizyolojik cevapları etkilediği düşünülmektedir. Müzik beynin sağ hemisferini etkileyip, limbik sistem üzerinden psikofizyolojik yanıtlara neden olarak, enkefalin ve endorfin salınımıyla ağrı şiddetinin azalmasına yardımcı olmaktadır (59).

Manipulatif Yaklaşımlar

Masaj: Stres ile birlikte kasların gergin durması ve kasılması ağrıya neden olmaktadır. Masaj yapmak hastanın stresini azaltır ve A-beta liflerini harekete geçirerek ağrıyı ileten sinir liflerinin bloke olmasını sağlar. Ayrıca, kan dolaşımını artırarak, kontraktürleri ve kas spazmını önleyerek ve hipoksiyi gidererek ağrıyı hafifletir. Masaj ağrı algısını azaltan ve ağrı eşiğini yükselten endorfinin salınımını da sağlamaktadır (28).

Sıcak-soğuk uygulama: Soğuk uygulama ağrının azalmasında, dolaylı ya da doğrudan olmak üzere iki yolla etkili olmaktadır. Birincisi, inflamasyon ya da travmadan ileri gelen ödem, şişlik ve kas spazmının ortadan kalkmasıyla dolaylı olarak ağrının azalması, ikincisi ise periferik sinirlerin iletim özelliklerini değiştirerek doğrudan etkili olmasıdır. Soğuğa duyarlı liflerin aşırı olmamak koşuluyla uyarılmaları segmental düzeyde kapı kontrol mekanizması, suprasegmental düzeyde ise endorfinlerin açığa çıkması ile analjezik etki yapmaktadır (32,54,60).

Dokunma reseptörlerini uyararak, kapı kontrol mekanizmasını harekete geçiren sıcak uygulama endorfin salınımını arttırmasının yanısıra vazodilatasyon ile iskemiye gidererek ve dokudaki metabolik artıkları uzaklaştırarak, kas spazmını gidermesi sonucu sinir uçlarındaki baskı, gerilme ve hipoksi gibi etkileri azaltarak, hastada rahatlama oluşturmada ve ağrıyı gidermeye yardımcı olmaktadır (32,54).

Transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS): TENS, cilde yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla, cilt yoluyla sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemidir (61). TENS'in ağrı giderici etkisi iki şekilde açıklanmaktadır. Birincisi, TENS duyuşal A liflerini yüksek frekans stimülasyon ile uyarır. Bu stimülasyonun impulsları beyne taşıyan yolu kaplar ve kapıyı ağrının geçişine kapatır. İkincisi ise vücuttaki doğal opioidlerin salınımını başlatır böylece ağrının algılanmasını etkiler (54,61). Ameliyat sonrası ağrı ve kırıklar gibi akut ağrılarda ve diğer ağrılı durumlarda kullanılmaktadır (58).

Enerji Yaklaşımları

Biyoenjerji ve reiki gibi enerji yaklaşımları evrende var olan enerji akımının özel teknikler ile yoğunlaştırılarak bireyin bedenine aktarılması yada bireyin enerji merkezindeki dengesizliğin giderilmesi esasına dayanmaktadır. Yan etkisi olmayan enerji yaklaşımlarının ağrıyı hafiflettiği, özellikle ameliyat sonrası ağrı ve kanser ağrısında etkili olduğu, anksiyete ve depresyonu azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı, yorgunluğu azalttığı ve kan basıncını ve nabzı düzenlediği literatürde bildirilmektedir (32,62).

Alternatif Tıbbi Sistemler

Akupunktur: Akupunktur iğnesinin vücuda batırılmasıyla nosiseptörlerden başlayan uyarılar merkezi sinir sistemi ve plazmada endorfin, enkefalin, serotonin ve norepinefrin düzeylerini yükselterek, bedende analjezik sistemin aktive olmasını sağlar (63). Basit ve ekonomik bir tedavi yöntemi olduğu için son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanılmıştır (32).

Şiropaksi: Bu yaklaşımda, ağrıyı gidermek üzere omurga ve eklemlere yapılan uygulamaların nosiseptif lifleri uyarması ile nörofizyolojik değişiklikler oluşturduğu, eklem hareketlerinin rahatlamasına ve kas spazmlarının azaltılmasına yardım ettiği düşünülmektedir (64).

Biyolojik Yaklaşımlar

Aromaterapi: Esansiyel yağların kullanıldığı aromaterapinin kan ve lenf dolaşımını hızlandırıcı, kas spazmını hafifletici, sakinleştirici etkilerinin olduğu, bu etkilerin beyin sapındaki dopamin, endorfin, noradrenalin ve serotonin gibi maddelerin salınmasını etkilediği ve bunun sonucu oluşan analjezik özelliklerinin ortaya çıktığı bilinmektedir (65).

Bitki tedavisi (Fitoterapi): Modern tıpta kullanılan çoğu ilaç bitkilerden elde edilmektedir. Ağrı tedavisinde bitkisel kaynaklı ürünler daha çok çay ve inhalasyon şeklinde kullanılmaktadır (32).

AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Cerrahi hemşireliğinin amacı hastayı cerrahi girişimin ortaya çıkardığı stresle baş edebilecek en iyi duruma getirmektir. Bu bağlamda, cerrahi hemşiresinden beklenen, hastanın stresle baş edebilecek en iyi duruma getirilmesi için psikolojik ve fizyolojik hazırlık yapması,

cerrahi girişim ile neredeyse özdeşleşmiş olan cerrahi ağrının kontrol altına alınmasında, tedaviye etkin olarak katılması, sonuçları izlemesi, ilaç dışı ağrı geçirme yöntemlerini kullanabilmesi ile ağrıyı ve ağrıyla ilişkili olası komplikasyonları önleyebilmesidir (48).

Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hasta ile uzun süre birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşımı hemşirenin ağrı kontrolündeki vazgeçilmez rolünü ortaya koymaktadır (66). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA; North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik hedefleri arasında da yer alan ağrının giderilmesi, hemşirenin bu konuda bilgili ve duyarlı olmasının yanısıra iyi iletişim kurabilme ve empati oluşturabilme özelliğine sahip olmasını gerekli kılmaktadır. Ağrı kontrolünde hemşirelerin vazgeçilmezliği bilinmesine karşın, diğer sağlık profesyonelleri gibi hemşirelerin de ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları literatürde belirtilmektedir (67,68).

Başarılı ağrı kontrolünde en önemli üç kişi hekim, hemşire, hastadır. Ağrıya yaklaşımda, hasta ve hemşirenin bireysel özellikleri hasta ve hemşire etkileşimi açısından önem taşımaktadır. Ameliyat sonrası ağrının giderilmesi dikkatli bir tanılamayı gerektirir. Hemşire hastanın yüz ifadesini, davranışlarını, aktivite durumunu gözlemlemeli, ağrı ile ilgili sözel ifadesini değerlendirmeli ve fizyolojik belirtilerini dikkate alarak ağrı tanılmasını yapmalıdır. Hastanın önceki ağrı deneyimleri ve ağrı hafifletmekteki yöntemleri de sorgulanmalıdır. Ağrı tanılmasında yazılı kayıtların olması hastalar, hemşireler ve hekimler arasında iletişimi kolaylaştırarak başarılı bir ağrı kontrolüne katkı sağlarken (48), hemşirenin ağrıyı doğru bir şekilde değerlendirmesi ağrının azaltılmasında doğru yöntemin seçimi açısından büyük önem taşımaktadır (69).

Öte yandan hemşire, analjezik tedavisini uygulama, hastanın tedaviye verdiği yanıtları değerlendirme, ağrıya ilişkin hastayı bilgilendirme ve farmakolojik olmayan yöntemlerle ağrının hafifletilmesine yardımcı olma gibi birçok bakım yaklaşımını sergilemektedir. Hastaya uygulanan ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğine karar verebilmek için hastanın ağrı önlemlerinden önce ve sonra gösterdiği motor, otonomik, duyuşsal ve bilişsel yanıtları kıyaslanmalı, hastanın ağrısı etkin bir şekilde değerlendirilerek tedavi planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır (48).

AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Önemli bir hasta hakkı ve hemşirelik bakımı için önemli bir etik yaklaşım olan etkin ağrı yönetiminin sağlanmasında, hemşirelerin yeterli ve doğru bilgiler ile yeterli tutum ve inançlara sahip olmaları bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti için gerekli unsurlardır (9). Ancak, günümüzde ağrı yönetiminden memnuniyet kurumsal kalitenin bir ölçüsü olarak kullanılsa da, hasta memnuniyeti bulgularının yorumlanmasının zor olması nedeniyle ağrı kontrolü için bir kalite göstergesi olarak kabul edilmemektedir (12). Literatürde de, orta yada şiddetli ağrı yaşanmasına rağmen ağrı yönetiminden oldukça yüksek düzeyde memnun olduğunu bildiren hasta sonuçlarına değinilmektedir (70). İyileşmeyi yavaşlatarak yaşam kalitesi ve sağlık bakımıyla ilişkili genel memnuniyeti azaltması nedeniyle, ağrı yönetimi ile ilgili hasta görüşlerinin alınması önemli bir gereklilik olarak görülmektedir (10). Öte yandan, rehberler ağrıya ilişkin uygulamaların izlenmesini, iyileştirme alanlarının belirlenmesini ve kalite geliştirme planlarının takip edilmesini ve bu amaçla disiplinlerarası bir ekibin kullanılmasını önermektedir (12,71).

AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜNDEN MEMNUNİYET İLE HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Etkili ağrı yönetimi, bakım kalitesi ile yakından ilişkilidir. Ağrı şiddetinin kayıt altına alınması ve ağrının farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle azaltılmaya çalışılmasının yanısıra hastaların ağrı yönetimi konusunda bilgilendirilmeleri ile günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştıracak ve yaşam kalitesini iyileştirecek düzeyde ağrı kontrolünün sağlanması ağrı yönetiminde kalite göstergesi olarak görülmektedir (14). Amerikan Anesteziyoloji Topluluğu (American Society of Anesthesiologists / ASA) ameliyat sonrası etkili ve güvenli ağrı yönetiminin; sağlık çalışanlarının eğitilmesi, tüm ameliyat öncesi dönemde ağrı yönetiminin iyi planlanması, ilaç ve ilaç dışı yöntemlerin kullanılması, ağrı yönetimine ilişkin klinik politika ve süreçlerin organize edilmesi ve ayakta tedaviye geçiş sürecinin hızlandırılması ile mümkün olacağını belirtmektedir (72).

Ameliyat sonrası ağrı kontrolüne yönelik hasta sonuçlarının bilinmesi, etkili ağrı yönetimi için uygun hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkı sağlaması açısından önemlidir (16). Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, ağrıya yönelik hasta sonuçları değerlendirilirken, hasta memnuniyeti de göz önüne alınmalı ve hemşirelerin de ağrı kontrolüne yönelik doğru ve yeterli bilgiler ile ağrının yönetimine ilişkin etkili tutum sahibi olmaları sağlanmalıdır (13,14). Bu araştırmanın amacı da, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin

ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.



GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki bu araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

ARAŞTIRMANIN YERİ

Bu araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Üroloji Kliniklerinde yürütüldü.

EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Cerrahi Klinikleri'nde ameliyat olan hastalar ve bu kliniklerde çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise Eylül 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Kalp ve Damar Cerrahisi (KDC), Ortopedi ve Üroloji Kliniklerinde ameliyat olan, araştırmaya katılmaya gönüllü ve örneklem seçim kriterlerini karşılayan hastalar ile aynı kliniklerde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden oluştu.

Örnekleme alınacak hasta sayısının belirlenmesinde, Dirimeşe ve arkadaşlarının (16) “Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nitelik Değişimi: İki Periyodun Karşılaştırılması” başlıklı çalışmasından faydalanılarak elde edilen sonuçlar kullanıldı. Yapılan örneklem hesaplaması sonucunda, %95 güven düzeyi ve %90 güç ile 18,7'lik bir farkı anlamlı bulmak

için örnekleme 134 kişinin alınması gerektiği belirlendi. Ancak, olası kayıplar göz önünde bulunduruldu ve örnekleme yaklaşık %15 oranında artırılarak, 151 hasta araştırmaya dahil edildi.

Araştırmanın yapılacağı kliniklere göre, örnekleme alınacak hasta sayılarının belirlenmesi için tabakalı örnekleme yöntemine gidilerek, kliniklere ait 2017 yılı ameliyat sayıları göz önünde bulunduruldu. Yapılan hesaplama doğrultusunda, Genel Cerrahi Kliniği'nden 43, Göğüs Cerrahi Kliniği'nden 15, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği'nden 15, Ortopedi Kliniği'nden 42 ve Üroloji Kliniği'nden 36 hasta örnekleme alındı.

Örnekleme alınacak hemşire sayısının belirlenmesi amacıyla herhangi bir örnekleme hesaplama yöntemi kullanılmadı. Araştırmanın yürütülmesi planlanan kliniklerde çalışan hemşire sayılarının az olması nedeni ile bu servislerde çalışan toplam 51 hemşirenin tamamına ulaşılarak, araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 43 hemşire örnekleme dahil edildi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Planlı olarak cerrahi operasyon geçirmiş,
- Ameliyat sonrası 2 - 5. Gününde bulunan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- Türkçe okuma, yazma ve konuşmayı bilen,
- Ağrıya sebep olabilecek kronik hastalığı bulunmayan hastalar ile
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler örnekleme dahil edildi.

HİPOTEZ/HİPOTEZLER

H₀: Cerrahi hemşirelerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumları ile hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasında ilişki yoktur.

H₁: Cerrahi hemşirelerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumları ile hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasında ilişki vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Hasta Bilgi Formu” ve “Hemşire Bilgi Formu”, Dirimeşe ve ark. (16) tarafından oluşturulan “Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi (AYKİ)” ile Ferrel ve McCaffery (73) tarafından geliştirilen ve Yava ve ark. (74) tarafından da Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği (NKASRP)” kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu

Araştırmada hastalar için kullanılan “Hasta Bilgi Formu” araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda geliştirildi. Form, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, daha önce cerrahi girişim geçirme ve kronik hastalık varlığı durumlarını inceleyen 5 soru ile hastaya uygulanan cerrahi girişim ile ilişkili vücudunda tüp/dren varlığı, ameliyat sonrası günü ve ameliyat sonrası ağrı düzeyini inceleyen 3 soru olmak üzere toplam 8 sorudan oluştu (Ek 1).

Hemşire Bilgi Formu

Araştırmada hemşireler için kullanılan “Hemşire Bilgi Formu” araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda geliştirildi. Form, hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı birimdeki görev süresi, ağrı ile ilgili yayınları takip etme ve mezuniyet sonrası ağrı ile ilgili eğitim alma durumları ile hastanın ağrısını değerlendirmede ölçek kullanma ve ağrı kontrolü amacıyla non-farmakolojik bakım girişimleri uygulama durumlarını inceleyen toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi (AYKİ)

Cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetimine yönelik memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla Dirimeşe ve ark. (16) tarafından geliştirilmiştir. Anket, “Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi Kalite Kriterleri Ölçeği”, “Wisconsin Kısa Ağrı Envanteri” ve Amerika’da kalite gelişim izleminde kullanılan “Amerikan Ağrı Topluluğu Hasta Sonuçları Anketi”nden yararlanılarak oluşturulmuştur (16).

İki bölümden oluşan anketin birinci bölümünde, ameliyat sonrası ağrı yönetiminin kalitesine yönelik yer alan 12 soru, ikinci bölümünde ise, hastaların ağrı şiddeti ve hasta memnuniyetine yönelik 4 soru yer almaktadır. Anketin birinci bölümü 1-5 arasında; (1=hiç katılmıyorum, 5=tamamen katılıyorum), ikinci bölüm ise 0-10 arasında (ağrıya yönelik sorularda, 0=ağrı yok, 10=dayanılmaz ağrı; memnuniyete yönelik sorularda ise 0=hiç memnun değil, 10=çok memnun) değerlendirilmektedir. Ankette yer alan sorular iletişim, girişim, dürüstlük ve çevre ile ilişkili memnuniyet düzeylerini gösteren başlıklar altında gruplandırılmaktadır. İletişim bölümü, hastalar ile sağlık personelinin ağrı yönetimi konusundaki iletişimini; girişim bölümü, hastanın ağrısının tanınması ve yönetimi konusunda yapılan uygulamaları; dürüstlük bölümü, sağlık ekibinin ağrı yönetimi konusundaki yeterliliğini hastaya hissettirmesini ve çevre bölümü de, beklenen ve yaşanan ağrı ile ağrı yönetimine yönelik uygun ortamı ve ilişkili memnuniyet düzeylerini ele almaktadır (16).

Anketten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar; iletişim alt grubunda 4 soruda 4-20 puan, girişim alt grubunda 2 sorudan 2-10 puan, dürüstlük alt grubunda 4 sorudan 4-20 puan, çevre alt grubunda 6 sorudan 1-50 puan şeklindedir. Puan arttıkça hastaların memnuniyet düzeyi artmaktadır (Ek 3).

Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği (HABTÖ)

Hastanelerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetimine dair bilgi düzeyini ve becerilerini değerlendirmek amacıyla Ferrel ve McCaffery (73) tarafından geliştirilen anketin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yava ve ark. (74) tarafından yapılmıştır. Ankette, 22 adet doğru/yanlış sorusu, 14 çoktan seçmeli soru ve 2 adet vaka sorusundan oluşan 38 soru bulunmaktadır. Anketin değerlendirilmesinde, her doğru ve yanlış cevap yüzde olarak hesaplanır. İşaretlenen her doğru maddenin puanı 1, yanlış ya da cevapsız maddenin puanı 0 olarak skorlanarak toplanır ve 0-40 arasında puan elde edilir. Doğru cevap sayısının maddelerin toplam sayısına bölünmesiyle de doğru cevap oranı hesaplanır. Ankete göre başarılı sayılmak için en az %70 almak yeterlidir (74). Yava ve ark. (74) anketin Cronbach alpha değerini 0.87 olarak bildirmişlerdir (Ek 4).

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerinin toplanması sürecinde, hastalara ilişkin veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin verileri ise hemşirelerin kendileri tarafından doldurulan anket formu yoluyla toplandı.

Hastalar

Araştırmaya başlamadan önce, çalışmanın yürütüldüğü kliniklerin yönetici hemşireleri ve klinik hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildi. Ameliyat sonrası 2.-5. gününde bulunan hastaların belirlenmesi için klinik hemşireleri ile görüşülerek bilgi alındı. Ardından, hastalar odalarında ziyaret edilerek, hastalara araştırmanın amacı ve içeriği ile ilgili bilgi verildi ve araştırmaya katılım konusundaki gönüllülükleri sorgulandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara “Hasta Bilgi Formu” ve “Ağrı Yönetimi Kalite İzleme Anketi”ndeki sorular araştırmacı tarafından yöneltildi ve hastaların cevapları kayıt edildi. Hastaların anketleri cevaplaması ve araştırmacının verileri kayıt etmesi yaklaşık 20 dakika sürdü.

Hemşireler

Araştırmaya başlamadan önce, çalışmanın yürütüldüğü kliniklerin yönetici hemşireleri ve klinik hemşirelerine araştırmanın amacı ve içeriği ile ilgili bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden anketi doldurmak için uygun oldukları bir zaman aralığı için randevu alındı. Hemşireler belirttikleri gün ve saatte, hemşire odasında ziyaret edildi ve kendilerinden “Hemşire Bilgi Formu” ve “Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği”ni doldurmaları istendi. Hemşirelerin yaklaşık 30 dakika süren anketleri doldurma işleminin ardından, anketler araştırmacı tarafından hemşirelerden alındı ve kayıt edildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 07.08.2018 tarih ve TÜTF-BAEK2018/275 protokol numarası ile etik kurul onayı (Ek 5), Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü’nden de 15.10.2018 tarih ve 79056779-600 sayı ile kurum izni (Ek 6) alındı.

Dirimeşe ve ark. (16) tarafından oluşturulan ‘Ağrı Yönetimi Kalite İzleme Anketi’ nin çalışmada kullanılabilmesi amacıyla sorumlu yazar olan Dirimeşe’den (Ek 7), Yava ve ark. (74) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ‘Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği’ nin kullanımı için de sorumlu yazar olan Yava’dan (Ek 8) izin alındı.

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşirelerine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapıldı. Hastaların ve hemşirelerin verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı, kişisel bilgilerin korunacağı ve herhangi bir yerde paylaşılmayacağı söylenerek, araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22,0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, ortanca, sayı, yüzde) kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılığın test edilmesinde, bağımsız örneklem t testi ve varyans analizinden yararlanıldı. İki değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson korelasyon testi ile bakıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirildi.

BULGULAR

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan edilen veriler normal dağılıma uygunluk durumları değerlendirilerek uygun istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar şeklinde sunuldu. Araştırmadan elde edilen bulgular 3 bölümde ele alındı:

Birinci bölümde;

Hastaların kişisel özellikleri, cerrahi deneyimleri ve kronik hastalığa sahip olma durumları, ameliyat sonrası dren varlığı, ağrı düzeyleri, tedavi gördükleri servisler ve yatış süreleri ile hastaların AYKİ puanlarına ilişkin bulguların yanısıra bu değişkenler ile AYKİ puanları arasındaki ilişkileri inceleyen bulgular yer almaktadır (Tablo 1-11).

İkinci bölümde;

Hemşirelerin kişisel özellikleri, HABTÖ doğru cevap oranları ve puanları ile bu değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır (Tablo 12-14).

Üçüncü bölümde;

Hastaların AYKİ puanlarına ilişkin bulgular ile hemşirelerin HABTÖ puanları arasındaki ilişkiler ve hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetimine yönelik memnuniyet düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 15,16).

I. BÖLÜM

Hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların yaş ortalamalarının $55,63 \pm 15,09$, %40,4'ünün (n=61) kadın, %59,6'sının (n=90) erkek olduğu; %67,6'sının (n=102) ilköğretim ve altı, %22,5'inin (n=34) ortaöğretim, %9,9'unun (n=15) üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu; %49,7'sinin (n=75) daha önce cerrahi bir işlem geçirdiği %50,3'ünün cerrahi işlem geçirmediği, %31,8'inin (n=48) kronik bir hastalığının bulunduğu ve %68,2'sinin (n=103) herhangi bir kronik hastalığının bulunmadığı belirlendi (Tablo 1).

Hastaların %48,3'ünün (n=73) vücudunda dren bulunduğu; %54,3'ünün (n=82) ameliyat sonrası 2. gününde, %15,9'unun (n=24) ameliyat sonrası 3. gününde, %10,6'sının (n=16) ameliyat sonrası 4. gününde ve %19,2'sinin (n=29) ameliyat sonrası 5. gününde olduğu, hastaların hissettikleri genel ağrı düzeyinin ortalama $4,11 \pm 2,34$ puan (1-10 puan aralığında) olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı (n=151)

Özellikler	Kategori	n	%	Ort±Ss
Yaş	Tüm hastalar	151	100,0	$55,63 \pm 15,09$
Cinsiyet	Kadın	61	40,4	
	Erkek	90	59,6	
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	102	67,6	
	Ortaöğretim	34	22,5	
	Üniversite	15	9,9	
Cerrahi deneyim	Evet	75	49,7	
	Hayır	76	50,3	
Kronik bir hastalık	Var	48	31,8	
	Yok	103	68,2	
Vücutta tüp/Dren	Var	73	48,3	
	Yok	78	51,7	
Ameliyat sonrası yatış günü	2.Gün	82	54,3	
	3.Gün	24	15,9	
	4.Gün	16	10,6	
	5.Gün	29	19,2	
Hastanın ağrı puanı	Tüm hastalar	151	100,0	$4,11 \pm 2,34$

Hastaların AYKİ anket puanları incelendiğinde, iletişim anketi puan ortalamasının 17,58±3,13; girişim anketi puan ortalamasının 7,15±2,32; dürüstlük anketi puan ortalamasının 18,34±2,51 ve çevre anketi puan ortalamasının 26,88±6,40 olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların ağrı yönetimi kalite izlemi anketi puan ortalamaları

AYKİ	Ort	Ss	Min	Max
İletişim	17,58	3,13	8	20
Girişim	7,15	2,32	1	10
Dürüstlük	18,34	2,51	8	20
Çevre	26,88	6,40	12	43

Hastaların kişisel özellikleri ile hastaların AYKİ anketi puan ortalamaları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; hastaların yaş ortalamaları ile AYKİ anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (İletişim: $r=0,025$, $p=0,760$; girişim: $r=0,078$, $p=0,342$; dürüstlük: $r=0,091$, $p=0,265$; çevre: $r=-0,123$, $p=0,132$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların yaşları ile AYKİ puanları arasındaki ilişki

AYKİ	Yaş (Hasta)	
	R	p
İletişim	0,025	0,760
Girişim	0,078	0,342
Dürüstlük	0,091	0,265
Çevre	-0,123	0,132

$p>0,05$; r: Pearson korelasyon testi

Hastaların cinsiyetleri ile AYKİ anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (İletişim: $t=0,240$, $p=0,810$; girişim: $t=0,021$, $p=0,984$; dürüstlük: $t=0,263$, $p=0,793$; çevre: $t=1,624$, $p=0,107$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların cinsiyetleri ile AYKİ puanları arasındaki ilişki

AYKİ	Cinsiyet	n	Ort	Ss	t	p
İletişim	Kadın	61	17,51	3,11	0,240	0,810
	Erkek	90	17,63	3,16		
Girişim	Kadın	61	7,15	2,32	0,021	0,984
	Erkek	90	7,16	2,37		
Dürüstlük	Kadın	61	18,41	2,37	0,263	0,793
	Erkek	90	18,30	2,61		
Çevre	Kadın	61	27,90	6,11	1,624	0,107
	Erkek	90	26,19	6,52		

p>0,05; t:Bağımsız örneklem t test

Hastaların eğitim durumları ile AYKİ iletişim anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu (F=6,144, p=0,003), farklılığın üniversite mezunu hastalardan kaynaklandığı ve üniversite mezunu hastaların iletişim anketi puanlarının diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre düşük olduğu bulundu (Tablo 5).

Hastaların eğitim durumları ile AYKİ girişim anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu (F=4,987, p=0,008), farklılığın üniversite mezunu hastalardan kaynaklandığı ve üniversite mezunu hastaların girişim anketi puanlarının diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre düşük olduğu belirlendi (Tablo 5).

Hastaların eğitim durumları ile AYKİ dürüstlük anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu (F=9,009, p<0,001), farklılığın üniversite mezunu hastalardan kaynaklandığı ve üniversite mezunu hastaların dürüstlük anketi puanlarının diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre düşük olduğu saptandı (Tablo 5).

Hastaların eğitim durumları ile AYKİ çevre anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. (F=3,035, p=0,051) (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların eğitim düzeyine göre AYKİ anketi puan ortalamaları

AYKİ	Eğitim Düzeyi	n	Ort	Ss	F	p
İletişim	İlköğretim ve altı ^a	102	17,80	2,98	6,144	0,003*
	Ortaöğretim ^b	34	18,06	2,57	Fark:c-a,b	
	Üniversite ^c	15	15,00	4,17		
Girişim	İlköğretim ve altı ^a	102	7,43	2,16	4,987	0,008*
	Ortaöğretim ^b	34	7,06	2,44	Fark:c-a	
	Üniversite ^c	15	5,47	2,72		
Dürüstlük	İlköğretim ve altı ^a	102	18,62	2,15	9,009	<0,001*
	Ortaöğretim ^b	34	18,62	2,27	Fark:c-a,b	
	Üniversite ^c	15	15,87	3,81		
Çevre	İlköğretim ve altı ^a	102	27,09	6,30	3,035	0,051
	Ortaöğretim ^b	34	27,88	6,48		
	Üniversite ^c	15	23,20	5,98		

*:p<0,05; F: ANOVA(Varyans) analizi

Hastaların varolan sağlık durumları ve geçirilen cerrahi girişime özgü özellikleri ile AYKİ anketi puan ortalamaları arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

Cerrahi girişim deneyimi olmayan hastaların AYKİ iletişim anketi puanlarının ortalamasının (18,25±2,43), cerrahi deneyimi olan hastaların puan ortalamasından (16,91±3,60) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (t=2,683, p=0,008) (Tablo 6).

Hastaların cerrahi deneyimi bulunması ile diğer AYKİ anketleri (Girişim, Dürüstlük, Çevre) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirlendi (Sırasıyla; t=0,526, p=0,600; t=1,551, p=0,123; t=0,611, p=0,542) (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların cerrahi deneyim geçirme durumuna göre AYKİ anketi puan ortalamaları

AYKİ	Cerrahi Deneyim	n	Ort	Ss	t	p
İletişim	Evet	75	16,91	3,60	2,683	0,008*
	Hayır	76	18,25	2,43		
Girişim	Evet	75	7,25	2,50	0,526	0,600
	Hayır	76	7,05	2,18		
Dürüstlük	Evet	75	18,03	2,95	1,551	0,123
	Hayır	76	18,66	1,95		
Çevre	Evet	75	26,56	6,68	0,611	0,542
	Hayır	76	27,20	6,13		

*:p<0,05; t:Bağımsız örneklem t testi

Hastaların kronik hastalık varlıkları ile AYKİ iletişim anketine (t=0,503, p=0,616), AYKİ girişim anketine (t=0,947, p=0,345), AYKİ dürüstlük anketine (t=0,380, p=0,704) ve AYKİ çevre anketi (t=0,307, p=0,759) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların kronik bir hastalık varlığına göre AYKİ anketi puan ortalamaları

AYKİ	Kronik Bir Hastalık	n	Ort	Ss	t	p
İletişim	Var	48	17,77	3,16	0,503	0,616
	Yok	103	17,50	3,13		
Girişim	Var	48	7,42	2,12	0,947	0,345
	Yok	103	7,03	2,44		
Dürüstlük	Var	48	18,46	2,39	0,380	0,704
	Yok	103	18,29	2,57		
Çevre	Var	48	26,65	6,67	0,307	0,759
	Yok	103	26,99	6,29		

p>0,05; t:Bağımsız örneklem t testi

Hastaların vücudunda tüp/dren bulunma durumuna göre AYKİ anket puanları incelendiğinde, vücudunda tüp/dren bulunan hastaların AYKİ çevre anketi puan ortalamasının

(28,23±6,54) vücudunda tüp/dren bulunmayan hastaların puan ortalamasından (25,62±6,03) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (t=2,559, p=0,011) belirlenirken; hastaların vücudunda tüp/dren bulunma durumuna göre AYKİ İletişim (t=0,283, p=0,778); girişim (t=0,691, p=0,491) ve dürüstlük (t=1,624, p=0,106) anketleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı (Tablo 9).

Tablo 8. Hastaların vücudunda tüp/dren olma durumuna göre AYKİ anketi puan ortalamaları

AYKİ	Vücutta Tüp/Dren	n	Ort	Ss	t	p
İletişim	Var	73	17,66	2,95	0,283	0,778
	Yok	78	17,51	3,31		
Girişim	Var	73	7,29	2,10	0,691	0,491
	Yok	78	7,03	2,55		
Dürüstlük	Var	73	18,68	2,03	1,624	0,106
	Yok	78	18,03	2,86		
Çevre	Var	73	28,23	6,54	2,559	0,011*
	Yok	78	25,62	6,03		

*:p<0,05; t:Bağımsız örneklem t testi

Hastaların ameliyat sonrası buldukları günlere göre AYKİ anketleri puanlar incelendiğinde, çevre anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunduğu (F=3,084, p=0,029), mevcut farklılığın ameliyat sonrası 2. gününde bulunan hastalar ile 5. gününde bulunan hastalar arasında olduğu ve ameliyat sonrası 5. gününde bulunan hastaların AYKİ çevre anketine 2. gününde bulunan hastalara göre daha yüksek puanlar verdiği bulundu (Tablo 9).

Hastaların ameliyat sonrası buldukları günlere göre AYKİ iletişim (F=1,504, p=0,216), girişim (F=0,183, p=0,908) ve dürüstlük (F=0,708, p=0,549) anketleri puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların ameliyat sonrası günlerine göre AYKİ anketi puan ortalamaları

AYKİ	Ameliyat Sonrası Günü	n	Ort	Ss	F	p
İletişim	2.Gün	82	17,48	3,12	1,504	0,216
	3.Gün	24	17,25	3,60		
	4.Gün	16	19,13	1,45		
	5.Gün	29	17,31	3,31		
Girişim	2.Gün	82	7,09	2,34	0,183	0,908
	3.Gün	24	7,00	2,36		
	4.Gün	16	7,25	2,59		
	5.Gün	29	7,41	2,28		
Dürüstlük	2.Gün	82	18,51	2,32	0,708	0,549
	3.Gün	24	17,83	3,06		
	4.Gün	16	18,75	1,95		
	5.Gün	29	18,07	2,81		
Çevre	2.Gün ^a	82	28,05	6,60	3,084	0,029*
	3.Gün ^b	24	26,92	6,53	Fark:d-a	
	4.Gün ^c	16	26,06	4,60		
	5.Gün ^d	29	24,00	5,81		

*:p<0,05; F: ANOVA(Varyans) analizi

Hastaların ağrı düzeyleri ile AYKİ anketleri puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların ağrı düzeyleri ile AYKİ iletişim anketi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu ($r=0,179$, $p=0,028$), hastaların ağrı düzeyi arttıkça sağlık personeli ile ağrı yönetimi konusundaki iletişimlerinden memnuniyetin de arttığı belirlendi (Tablo 10).

Hastaların ağrı düzeyleri ile AYKİ çevre anketi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu ($r=0,215$, $p<0,001$), hastaların ağrı düzeyleri arttıkça buldukları ortamın ağrı yönetimi için uygun olduğu algılarının ve ağrı yönetiminden memnuniyetlerinin arttığı saptandı (Tablo 10).

Hastaların ağrı düzeyleri ile AYKİ girişim ($r=0,075$, $p=0,361$) ve dürüstlük ($r=0,102$, $p=0,215$) anketleri puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların hissettikleri genel ağrı düzeyi (1-10 puan) ile AYKİ anketi puan arasındaki ilişki düzeyi

AYKİ	Hastanın Ağrı Puanı	
	r	p
İletişim	0,179	0,028*
Girişim	0,075	0,361
Dürüstlük	0,102	0,215
Çevre	0,693	<0,001*

*:p<0,05; r: Pearson korelasyon testi

Hastaların yattıkları servislere göre AYKİ iletişim (F=1,589, p=0,180), girişim (F=2,124, p=0,081), dürüstlük (F=0,373, p=0,828) ve çevre (F=1,587, p=0,181) anketleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların tedavi gördükleri servise göre AYKİ anketi puan ortalamaları

AYKİ	Servis	n	Ort	Ss	F	p
İletişim	KDC	15	16,73	3,95	1,589	0,180
	Genel Cerrahi	43	17,40	2,96		
	Ortopedi	42	18,12	2,88		
	Üroloji	36	17,00	3,14		
	Göğüs Cerrahisi	15	18,87	3,14		
Girişim	KDC	15	7,00	2,10	2,124	0,081
	Genel Cerrahi	43	6,93	1,98		
	Ortopedi	42	7,40	2,42		
	Üroloji	36	6,61	2,60		
	Göğüs Cerrahisi	15	8,53	2,03		
Dürüstlük	KDC	15	18,07	2,37	0,373	0,828
	Genel Cerrahi	43	18,28	2,27		
	Ortopedi	42	18,50	2,44		
	Üroloji	36	18,11	2,81		
	Göğüs Cerrahisi	15	18,93	2,89		
Çevre	KDC	15	23,67	6,10	1,587	0,181
	Genel Cerrahi	43	27,44	5,93		
	Ortopedi	42	27,95	6,86		
	Üroloji	36	25,97	6,15		
	Göğüs Cerrahisi	15	27,67	6,68		

p>0,05; F: ANOVA(Varyans) analizi

II. BÖLÜM

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamalarının $29,09 \pm 6,04$, %81,4'ünün (n=35) kadın, %18,6'sının (n=8) erkek olduğu saptandı. Hemşirelerin %11,6'sının (n=5) lise, %16,3'ünün (n=7) ön lisans, %58,1'inin (n=25) lisans ve %14'ünün (n=6) lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu, ortalama çalışma deneyiminin $7,14 \pm 5,83$ yıl ve aynı birimde görev yapma süresinin $4,53 \pm 5,15$ yıl olduğu belirlendi (Tablo 12).

Hemşirelerin, sadece %4,7'sinin (n=2) ağrı ile ilgili bir bilimsel yayın takip ettiği belirlenirken, son bir yıl içinde %32,6'sının (n=14) ağrı ile ilgili bir eğitim aldığı, %41,9'unun (n=18) ağrı değerlendirmesinde ağrı ölçeğini her zaman, %37,2'sinin (n=16) sıklıkla kullandığı ve %20,9'unun (n=9) ise ağrı değerlendirmesi için bir ağrı ölçeği kullanmadığı bulundu. Hemşirelerin %14'ünün (n=6) ağrı kontrolünde non-farmakolojik bakım girişimlerini her zaman, %41,9'unun (n=18) sıklıkla, %39,5'inin (n=17) nadiren uyguladığı ve %4,6'sının (n=2) ise ağrı kontrolünde non-farmakolojik herhangi girişim uygulamadığı saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Hemşirelerin kişisel özellikleri (n=43)

Özellikler	Kategori	n	%	Ort±Ss
Yaş	Tüm hemşireler	43	100,0	$29,09 \pm 6,04$
Cinsiyet	Kadın	35	81,4	
	Erkek	8	18,6	
Eğitim düzeyi	Lise	5	11,6	
	Ön lisans	7	16,3	
	Lisans	25	58,1	
	Lisansüstü	6	14,0	
Çalışma yılı	Tüm hemşireler	43	100,0	$7,14 \pm 5,83$
Birimdeki görev süresi(yıl)	Tüm hemşireler	43	100,0	$4,53 \pm 5,15$
Ağrı ile ilgili yayınları takip etme	Evet	2	4,7	
	Hayır	41	95,3	
Ağrı ile ilgili herhangi bir eğitim alma	Aldı	14	32,6	
	Almadı	29	67,4	
Ağrı ölçeği kullanma	Hayır	9	20,9	
	Nadiren	0	0,0	
	Sıklıkla	16	37,2	
	Her zaman	18	41,9	
Ağrı kontrolünde non- farmakolojik girişimleri belirleyip uygulama	Hayır	2	4,6	
	Nadiren	17	39,5	
	Sıklıkla	18	41,9	
	Her zaman	6	14,0	

Hemşirelerin NKASRP puan ortalamalarının $13,00 \pm 3,61$ ve doğru cevap oranının (%) olarak $34,21 \pm 9,42$ olduğu saptandı. Hemşirelerin %23,2'sinin (n=10) NKASRP doğru cevap oranı %30'un altında, %55,8'inin (n=24) doğru cevap oranı %31-%40 arasında, %14'ünün (n=6) doğru cevap oranı %41-%50 arasında ve sadece %7'sinin (n=3) doğru cevap oranının %50'nin üzerinde olduğu belirlendi (Tablo 13).

Tablo 13. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutum düzeyleri

HABTÖ	n	%	Ort±Ss	Aralık
Toplam Puan	43	100,0	13,00±3,61	7-26
Doğruluk Oranı (%)	43	100,0	34,21±9,42	18,42-68,42
≤30	10	23,2		
31-40	24	55,8		
41-50	6	14,0		
>50	3	7,0		

Hemşirelerin kişisel özellikleri ile HABTÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ağrı ile ilgili eğitim alma, ağrı ölçeği kullanma ile HABTÖ puanları arasında ilişki olmadığı belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 14). Hemşirelerin görev yaptığı birimde çalışma süreleri ile HABTÖ doğru cevap oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu ($r=0,304$, $p=0,047$; $p < 0,05$), hemşirelerin birimdeki çalışma süreleri arttıkça HABTÖ doğru cevap oranlarının arttığı saptandı (Tablo14).

Hemşirelerin ağrı kontrolünde non-farmakolojik bakım girişimleri belirleyip uygulama durumuna göre HABTÖ anketi puan ortalamaları ($F=3,445$, $p=0,042$), ve doğru cevap oranları ($F=3,428$, $p=0,043$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, ağrı kontrolünde non-farmakolojik bakım girişimlerini nadiren uygulayan hemşirelerin HABTÖ puan ortalamalarının ve doğru cevap oranların da düşük olduğu saptandı (Tablo14).

Tablo 14. Hemşirelerin kişisel özellikleri ile HABTÖ puan ve doğru cevap oranları arasındaki ilişki

Özellikler	Kategori	HABTÖ Puanı			p	Doğruluk Oranı			
		Ort	Ss	r/t/F		Ort(%)	Ss	r/t/F	p
Yaş	Tüm hemşireler			0,163	0,297			0,180	0,249
Cinsiyet	Kadın	13,94	3,83	0,750	0,457	36,46	9,98	0,693	0,492
	Erkek	12,88	2,47			33,88	6,51		
Eğitim Düzeyi	Lise	13,40	1,14	0,070	0,976	35,26	3,00	0,164	0,920
	Ön Lisans	13,29	2,93			33,83	6,52		
	Lisans	13,88	4,35			36,51	11,46		
	Lisansüstü	14,00	2,61			36,84	6,86		
Çalışma Yılı	Tüm hemşireler			0,159	0,309			0,169	0,279
Birimdeki Görev Süresi	Tüm hemşireler			0,247	0,111			0,304	0,047*
Ağrı İle İlgili herhangi bir eğitim alma	Aldı	14,64	4,63	1,137	0,262	38,53	12,20	1,245	0,220
	Almadı	13,31	3,00			34,74	7,69		
Ağrı Ölçeği Kullanma	Hayır	12,11	3,26	1,303	0,283	30,98	7,40	1,792	0,180
	Sıklıkla	14,50	4,63			38,16	12,19		
	Her zaman	13,89	2,52			36,53	6,66		
Ağrı kontrolünde non-farmakolojik girişimleri belirleyip uygulama	Nadiren	12,06	2,22	3,445	0,042*	31,73	5,85	3,428	0,043*
	Sıklıkla	14,67	4,54			38,58	11,96		
	Her zaman	15,50	2,17			40,79	5,71		

*:p<0,05; t:Bağımsız örneklem t testi; F: ANOVA(Varyans) analizi; r: Pearson korelasyon test.

III. BÖLÜM

Hemşirelerin HABTÖ puanları ile hastaların son 24 saat içerisinde yaşadıkları ağrı düzeyleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde,

Hastaların son 24 saat içerisinde yaşadıkları en şiddetli ağrı puan ortalamasının $5,60 \pm 2,60$ ve en hafif ağrı puan ortalamasının $2,71 \pm 2,04$ olduğu, hastaların son 24 saat içerisindeki ağrı yönetimine ilişkin duydukları memnuniyet puan ortalamasının da $8,90 \pm 1,87$ olduğu saptandı (Tablo 15).

Hastaların son 24 saatteki en şiddetli ($r=-0,177$, $p=0,029$) ve en hafif ($r=-0,175$, $p=0,032$) ağrı düzeyleri ile hemşirelerin HABTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu, hemşirelerin HABTÖ puanı arttıkça hastaların yaşadıkları en şiddetli ve en hafif ağrı düzeylerinin azaldığı belirlendi (Tablo 15).

Hastaların görüşme esnasındaki mevcut ağrı düzeyleri ile hemşirelerin HABTÖ puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu ($r=-0,269$, $p=0,001$), hemşirelerin HABTÖ puanı arttıkça hastaların mevcut ağrı düzeylerinin azaldığı saptandı (Tablo 15).

Hastaların son 24 saat içerisindeki ağrı yönetimine ilişkin memnuniyet düzeyleri ile hemşirelerin HABTÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($r=0,070$, $p=0,396$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların ağrı düzeyleri ile hemşirelerin HABTÖ puanı arasındaki ilişki

	Ağrı Düzeyi		HABTÖ	
	Ort±Ss	Aralık	r	p
Son 24 saatteki en kötü ağrı	5,60±2,60	0-10	-0,177	0,029*
Son 24 saatteki en hafif ağrı	2,71±2,04	0-8	-0,175	0,032*
Şu andaki ağrı	3,68±2,38	0-9	-0,269	0,001*

*: $p<0,05$; r: Pearson korelasyon testi

Hastaların AYKİ puanları ile hemşirelerin HABTÖ puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde,

Hastaların AYKİ iletişim, girişim ve dürüstlük alt anketleri puanları ile hemşirelerin HABTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, AYKİ çevre anketi puanları ile hemşirelerin HABTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu ($r=-0,825$, $p<0,001$) belirlendi (Tablo 16).

Tablo 16. AYKİ ile HABTÖ arasındaki ilişki düzeyi

AYKİ	HABTÖ	
	r	p
İletişim	-0,024	0,880
Girişim	-0,291	0,058
Dürüstlük	-0,048	0,761
Çevre	-0,825	<0,001*

*:p<0,05; r: Pearson korelasyon testi

TARTIŞMA

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilen bölümler halinde tartışılmıştır.

- Hastaların kişisel özellikleri ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkiler
- Hemşirelerin kişisel özellikleri ile ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları arasındaki ilişkiler
- Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiler.

Hastaların Kişisel Özellikleri ile Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişkileri

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra hastaların ağrıya ilişkin bakış açılarındaki değişim ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıyı ve ağrıya yönelik tepkilerini etkilemektedir. Literatürde, yaşlı hastaların ameliyat sonrası dönemde bildirdikleri ağrı şiddetinin genç hastalara göre daha fazla olduğu görülmektedir (75). Ancak, Gramke ve ark. (76) ile Liu ve ark. (77) yaptıkları çalışmalarda, genç yaşın ameliyat sonrası ağrı riskini artırdığı belirtilirken, İzveren ve Dal (78) ile Couceiro ve ark. (79) yaptıkları çalışmada ağrı düzeylerinin yaşa bağlı olarak değişmediğini bildirmektedirler. Couceiro ve ark. (79) cerrahi girişim geçiren ve ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların yaş ortalamasının $45,83 \pm 16,17$ olduğunu bildirirken, Öztürk ve ark. (20) ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların yaş ortalamasını $49,1 \pm 16,31$ olduğunu ve bu hastaların %33,6'sının (n=36) 40- 60 yaş aralığında

bulduğunu belirtmektedir. Aldemir ve ark. (13) ise yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların ortalama $51,9 \pm 17,2$ yaşında olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların da $55,63 \pm 15,09$ olarak bulunan yaş ortalamaları literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 1). Toplumdaki yaşlı nüfusun artışına paralel olarak, cerrahi girişim geçiren yaşlı hasta sayılarının da giderek artması sonucu ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların yaş ortalamalarının da yükseldiği görülmektedir.

Son yıllarda, ağrının cinsiyet ile ilişkisinin daha fazla incelendiği ve bu çalışmalarda erkeklerin ve kadınların ağrı yanıtlarının farklı olduğu görülmektedir (80). Yaptıkları çalışmalarda, Çelik (49) ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların %61,1'inin, Kuzu ve Ulus (81) da %59,4'ünün erkek olduğunu bildirirken, Yılmaz ve Gürler (10)'in yaptığı çalışmada hastaların %61,4'ünün, Kuzu ve Ulus (81)'un çalışmasında da, hastaların %40,6'sının kadın olduğu belirtilmektedir. Ameliyat sonrası ağrı yaşayan hastaların %40,4'ünün (n=61) kadın ve %59,6'sının (n=90) erkek olarak bulunduğu, bu araştırmaya ait sonuçların literatürle benzerlikler gösterdiği kadar, farklılıklar da içerdiği görülmektedir (Tablo 1). Çalışmalar arasındaki farklılıkların hastaların geçirdikleri cerrahi girişim türü ile ilişkili olabileceği, özellikle cinsiyetle ilişkili spesifik hastalıklar için uygulanan cerrahi girişimlerin varlığında, cinsiyete ilişkin oranların etkilenebileceği düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası hastaların eğitim seviyelerine bağlı olarak memnuniyet düzeyleri değişmektedir. Dirimeşe ve ark. (16) hastaların ameliyat sonrası %46,6'sının eğitim düzeyinin ilköğretim düzeyinde olduğunu ve Akyol ve ark. (82) da %73'ünün lise mezunu olduğunu bildirmektedirler. Eti Aslan ve ark. (83)'nin çalışmasında, hastaların %71'i ilköğretim mezunu olduğu belirtilirken, Yılmaz ve Gürler (10)'in yaptığı çalışmada, hastaların %88'inin eğitim düzeyi düşük olarak bildirilmektedir. Literatürdeki çalışmalar ile benzer bir şekilde, bu çalışmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunun (%67,5) ilköğretim ve daha alt düzeyde eğitime sahip olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Yılmaz ve Gürler (10)'in yaptıkları çalışmada hastaların %60,4'ünün, Acar (28)'in yaptığı çalışmada %38,0'ının hastaların ameliyat deneyiminin olmadığı belirlendi. Tüfekçi (47)'nin çalışmasında, hastaların %54'ünün, Öztürk ve ark.(20)'nin çalışmasında hastaların %57'sinin, Çelik (84) yaptığı çalışmada da, hastaların %56,7'sinin daha önce cerrahi girişim geçirdiği belirtilmiştir. Literatürden farklı olarak, bu çalışmada hastaların %49,7'sinin daha önce cerrahi bir işlem geçirdiği görülmektedir (Tablo 1). Çalışmalar arasındaki farklılığın hastaların sağlık hizmetine ulaşma olanaklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik hastalıklara eşlik eden fonksiyonel bozukluklar ve yetersizlikler cerrahi girişimi beraberinde getirebilmektedir (81). Karabulut ve ark. (85) da yaptıkları çalışmada, hastaların

%73'ünün kronik bir hastalığı olduğunu bildirmektedirler. Temiz ve Özer (86) ise ameliyat sonrası ağrı şiddetini inceledikleri çalışmada, hastaların % 72,5'inin kronik hastalığı bulunmadığını belirtmektedirler. Bu çalışmadaki hastaların da %68,2'sinin kronik hastalığının bulunmadığı belirlenirken (Tablo 1), bu sonucun literatürle hem benzerlikler hem de farklılıklar içerdiği ve çalışma sonuçları arasındaki bu farklılıkların çalışmanın yürütüldüğü grubun yaş ortalamaları ile, sağlık imkanlarına ulaşım ve kültürel özellikleri gibi etmenlerden etkilendiği düşünülmektedir.

Cerrahi girişime ilişkin yerleştirilen tüp ve drenler cilt ve kaslarda irritasyona neden olarak ameliyat sonrası dönemde beklenen bir ağrı nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Topçu (87)'nin yaptığı çalışmada hastaların tamamında cerrahi girişim sonrası tüp ve drenler bulunmaktadır. Aygün ve ark. (88) da cerrahi girişim uygulanan çocuk hastaların %54,3'ünde cerrahi drenaj uygulandığını bildirmektedirler. Çetin ve Doğan (89) ise apendektomi uygulanan hastalarda cerrahi dren kullanımının %15 olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmada da, cerrahi girişim geçiren hastaların %48,3'ünün vücudunda tüp/dren bulunduğu görülmektedir (Tablo 1). Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların uygulanan cerrahi girişim türü ve uygulama prosedürlerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde, tedavi süresinin uzamasıyla ameliyat sonrası ağrının daha yoğun yaşanarak, istenmeyen komplikasyonları da beraberinde getirebileceğine değinilmektedir (87). Öztürk ve ark. (20) yaptıkları çalışmada, hastaların %54,2'sinin ameliyat sonrası 1-3. gününde olduğunu belirtmektedirler. Topçu (87) da, araştırmaya dahil ettiği hastaların %58,3'ünün ameliyat sonrası 1. gününde, %21,7'sinin ameliyat sonrası 2. gününde, %15'inin ameliyat sonrası 3. gününde ve %5'inin ameliyat sonrası 4. gününde olduğunu bildirmektedir. Ayhan (50) yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası 2. gününde olan hastaların %73,8, ameliyat sonrası 3. gününde bulunan hastaların %19,44 ve ameliyat sonrası 4. gün ve üzerinde bulunan hastaların ise çalışmada %6,75 orana sahip olduğu bildirilmektedir. Literatürle örtüşür biçimde, bu çalışmada da hastaların %54,3'ünün ameliyat sonrası 2. gününde, %15,9'unun ameliyat sonrası 3. gününde, %10,6'sının ameliyat sonrası 4. gününde ve %19,2'sinin ameliyat sonrası 5. gününde olduğu görülmektedir (Tablo 1). Benzerlik içeren bu sonuçlar cerrahi hastalarının büyük çoğunluğunun ameliyat sonrası 3. Günden itibaren iyileşmeye başladığını ve bu nedenle taburcu edildiğini düşündürmektedir.

Dünya'da yapılan çalışmalar cerrahi sonrası ağrı görülme sıklığının yıllardır yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (38,39,40,41,42). Literatürde, cerrahi hastalarının %30-88'inin ameliyat sonrası ağrı yaşadığı belirtilirken (37,38,39), özellikle torakotomi, üst batın cerrahisi ve radikal kanser cerrahisi gibi girişimlerden sonra kontrolü zor bir durum olarak ortaya çıktığı

vurgulanmaktadır (40). Cerrahi ile ilişkili ağrı insidansını %77,3 olarak bildiren Acar ve ark. (75), ameliyat sonrası dönemde hastaların %29,3'ünün hafif, %39,7'sinin ise rahatsız edici ağrı yaşadıklarını belirtmektedirler. Tüfekçi (47)'nin yaptığı çalışmada ise hastaların yaşadıkları en kötü ağrı skorunun ameliyat sonrası 1. günde ve 6,69 olduğu, en hafif ağrı skorunun ise 1,47 olduğu bildirilmektedir. Acar (28)'ın yaptığı bir başka çalışmada, cerrahi girişim geçiren hastaların 29,3'ünün hafif ve %38,7'sinin de rahatsız edici ağrı yaşadığı, Ayhan (50)'ın çalışmasında da, hastaların %34,95'inin orta düzeyde ağrı deneyimlediği belirtilmektedir. Bu çalışmada, cerrahi girişim geçiren hastalar tarafından $4,11 \pm 2,34$ olarak bildirilen ameliyat sonrası ağrı şiddeti literatür bulgularını destekler niteliktedir (Tablo 1).

Literatürde, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini inceleyen birçok çalışma bulunmasına rağmen (81,90,91,92,93,94), hastaların ağrı yönetiminden memnuniyetlerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır (16). Özer ve ark. (95) hastaların hemşirelik bakımından yüksek düzeyde memnun olduklarını, Alhusban ve Abualrub (96) ise orta düzeyde memnun olduklarını bildirirken, cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarını inceleyen Yıldız ve ark. (92) hastaların memnuniyet puanlarının ortalamasının oldukça üzerinde olduğunu vurgulamaktadırlar. Yıldız ve ark. (92) cerrahi hastalarının tedavi gördükleri servislere göre memnuniyet düzeylerinin değişmediğine de değinirken, Geçkil ve ark. (91) hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımından orta düzeyde memnun olduklarını, özellikle cerrahi kliniklerde yatan hastaların daha yüksek düzeyde memnuniyet duyduklarını bildirmektedirler. Kuzu ve Ulus (81)'un yaptıkları çalışmada da, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin çok iyi olduğu ve hastaların tedavi gördükleri kliniklere göre değişmediği görülmektedir. Gerçekleştirilen cerrahi girişimlere göre hastaların yattıkları cerrahi klinikler farklılık gösterse de, hastaların ağrı gibi problemlerine yönelik somut sonuçların elde edilmesini sağlayan tedavi ve bakım yaklaşımlarının daha fazla uygulanması nedeniyle, cerrahi hastalarının memnuniyet düzeylerinin diğer bölümlere göre daha yüksek olduğu literatürde de vurgulanmaktadır (90). Bu çalışmada da, hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşireler ile kurduğu iletişim, ağrının tanınması ve yönetimine yönelik hemşireler tarafından yapılan uygulamalar, hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki yeterliliğini hissetme algı ve memnuniyetlerinin iyi düzeyde olduğu görülürken, yaşanan ağrı ile ortamın ağrı yönetimine uygunluğuna yönelik algı ve memnuniyetin ise ortalamanın nispeten üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 2). Tüm çalışmaların sonuçlarının birbirini destekler nitelikte olduğu ve hemşirelik bakımıyla ilişkili konu ne olursa olsun hastaların hemşirelik bakımından orta ve iyi düzeyde memnuniyete sahip oldukları dikkati çekmektedir.

Afzal ve ark. (97) sağlık bakımından en fazla memnuniyet duyan hastaların 55 yaş ve üzerinde olduklarını belirtmektedirler. Ibraheem ve ark. (98) da 40 yaş altındaki hastaların bakımdan memnun olma oranının 70 yaş üzerindeki hastalara göre 16 kat daha az olduğunu belirtmektedirler. Eti Aslan ve ark. (83) ise özellikle 58-65 yaş aralığındaki hastaların 18-27 yaş arası hastalara göre bakımdan daha memnun olduğunu bildirirken, ağrı ile ilgili bakımdan memnuniyet düzeyinin hastaların yaşından etkilendiğini belirtmektedirler. Ancak, literatürde, hastaların yaşının aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini etkilemediği de belirtilmektedir (99). Bu çalışmada da, hastaların yaşları ile ağrı yönetiminden duydukları memnuniyet düzeyleri arasında ilişki bulunmaması literatürle hem örtüşen, hem de farklılaşan bir sonucu ortaya koymaktadır (Tablo 3). Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların çalışmaların yürütüldüğü hastaların tanı, yattıkları klinik, varolan sağlık sorunları ve bunlarla ilişkili bakım gereksinimleri gibi birçok faktörden etkilendiği düşünülebilir.

Cinsiyetin ameliyat sonrası ağrıyı etkileyip etkilemediğini göstermek için yapılmış olan bir çalışmada, kadınların ağrı eşiklerinin ve ağrıya toleranslarının daha düşük olduğundan ve ameliyat sonrası ağrının cinsiyete göre değişiklik gösterdiğinden bahsedilmektedir (100). Schnabel ve ark. (101) ağrı yönetimine yönelik girişimler sonucu kadınlarda ağrının giderilme düzeyi düşük olmasına rağmen, bakımdan memnuniyet düzeylerinin erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmektedirler. Eti Aslan ve ark. (83) ise yaptıkları çalışmada erkek hastaların sağlık bakımından memnuniyet düzeylerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Afzal ve ark. (97) da yaptıkları çalışmada, hastaların cinsiyetleri ile sağlık bakımından memnuniyetleri arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildirmektedir. Bu çalışmada da, Afzal ve ark. (97)'nin çalışma sonuçlarına benzer şekilde hastaların cinsiyetleri ile memnuniyet düzeyleri arasında ilişki olmadığı bulundu (Tablo 4). Literatürde görülen farklılıkların çalışmaların örneklemlerinde yer alan hastaların sağlıkla ilişkili özelliklerinin yanısıra kültürel faktörlerinden de etkilenebileceği düşünölmektedir.

Arslan ve ark. (93) yaptıkları çalışmada, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olan hastaların memnuniyetlerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Geçkil ve ark. (91) da yaptıkları çalışmada, üniversite mezunu hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin önemli ölçüde düşük olduğunu belirtmektedirler. Cerit (94) de hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiğini ve eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelik bakımından memnuniyetin azaldığını vurgulamaktadır. Bu çalışmada da hastaların eğitim durumlarına göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunduğu, farklılığın üniversite mezunu hastalardan kaynaklandığı ve üniversite mezunu

hastaların diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu bulundu (Tablo 5). Yapılmış olan çalışmaların sonuçları (91,93,94) eğitim seviyesi arttıkça, hastaların tedavi ve bakımlarına yönelik bilgi düzeylerinin de arttığını, bu durumla ilişkili olarak varolan sorunlarına yönelik sağlık bakımından beklentilerinin daha fazla olduğunu ve bu beklentiler karşılanmadığında da memnuniyet düzeylerinin azaldığını düşündürmektedir.

Literatürde, bireyin daha önceden geçirdiği cerrahide iyi ağrı kontrolü sağlanırsa ilerideki cerrahi ağrıya karşı toleransın yüksek olacağını bildirmektedir (87). Cerrahi girişim geçirmiş ve ağrı deneyimi yaşamış bireylerin yaşamayanlara göre ağrıyı daha rahat ifade edebilecekleri belirtilmekte ve bilinmeyen korkusunun tetikleyeceği anksiyete daha az olacağı için ağrı ile anksiyete arasındaki kısır döngünün kırılarak, hastaların ağrı şiddetlerini daha düşük değerlendirebilecekleri vurgulanmaktadır (5). Gagliese ve ark. (102) cerrahi deneyimi olan hastaların ağrı yönetimiyle ilgili daha fazla şikayet bildirdiğini belirtirlerken, bu çalışmada, hastaların cerrahi deneyimi bulunmasının ağrı yönetiminden memnuniyeti etkilemediği görülmektedir (Tablo 6). Literatür ile farklılaşan sonuçların hastaların önceki cerrahi deneyimlerindeki ağrı yönetimine ilişkin özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlara yol açmasının yanısıra anksiyetenin artması da memnuniyetsizliği beraberinde getirmektedir (103). Kronik hastalığı nedeniyle sık ve uzun süreli hastaneye yatan hastaların hemşirelerin bakım verici rollerini daha etkin gözlemlene imkanı olduğu ve hemşirelerin bireysel bakım sunma, bilgilendirme ve ağrı yönetimi gibi girişimlerinden farkında olarak memnuniyet duydukları da belirtilmektedir (104). Ancak, bu çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık varlıkları ile ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenirken (Tablo 7), bu durumun hastaların yaşadıklarını bildirdikleri en yüksek ağrının rahatsız edici düzeyde, genel olarak ise hafif düzeyde olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bireyselleştirilmiş hasta bakımının hemşirelik bakımından memnuniyet için önemli faktör olduğu vurgulanmasına rağmen (105,106), cerrahi kliniklerdeki hemşire sayısının yetersizliğine bağlı olarak, hemşirelerin hasta konforunu sağlamak için yeterli zaman ayıramamaları memnuniyeti olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Fındık ve ark. (107) yaptıkları çalışmada, hastaların vücudunda yer alan tüp ve drenlerin ağrı düzeyini arttırdığı ve ağrıya bağlı olarak da konfor düzeyini düşürdüğü bildirilmektedir. Fındık ve ark. (107)'nin çalışmasını destekler biçimde, bu çalışmada, ağrı ve ağrı yönetimine ilişkin uygulamalar ile ağrı yönetiminden memnuniyeti içeren AYKİ çevre anketi puanlarının vücudunda tüp/dren bulunan hastalarda daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8). Bu sonuçlar doğrultusunda, hastaların

kaygılarını arttıran önemli iki faktör olan ağrı ve rahatsızlığın giderilerek, konforun sağlanmasının hastaların ağrıya yönelik sunulan bakımdan memnun olmalarını da beraberinde getirdiği düşünülmektedir.

Hasta memnuniyeti ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da, Sayin ve ark. (109) tarafından Türkiye’de cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin incelendiği çalışmada, hastanede sekiz günden, Molla ve arkadaşları (110) tarafından Etiyopya’da yapılan çalışmada, 10 günden daha uzun süre yatan hastaların bakımdan memnuniyetlerinin azaldığı bildirilmiştir. Hindistan’da Koirala ve Koirala (111) tarafından yapılan çalışmada da, hastanede kalış süresi ile hasta memnuniyeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, daha uzun süre hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımından daha az memnun olma eğiliminde oldukları bildirilmiştir. Bu çalışma bulgusu, önceki çalışma sonuçlarını doğrulamakta olup, bu durum hastalık sürecinin uzamasına bağlı olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerinin bozulması (112,113) dolayısıyla hasta gereksinimlerinin artmasının (110) bir sonucu olarak açıklanabilmektedir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyeti inceleyen çalışmalarda ise Akyol ve ark. (82) hastaların ameliyattan 3 gün sonra ağrı yönetimi ile ilgili memnuniyet düzeylerinin $8,88 \pm 1,33$ olduğunu bildirirken, Zarzycka ve ark. (108) hasta memnuniyetinin yatış süresinden bağımsız olduğunu belirtmektedirler. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası buldukları günlere göre ağrı yönetimi uygulamalarından memnuniyette anlamlı derecede fark bulunduğu, ameliyat sonrası 5. gününde bulunan hastaların 2. gününde bulunan hastalara göre ağrı yönetiminden daha memnun olduğu bulundu (Tablo 9). Birbirini destekleyen çalışma sonuçları doğrultusunda, ameliyat sonrası günler ilerledikçe, iyileşme ile birlikte ağrının azalması ve buna bağlı olarak yönetiminin de kolaylaşmasının hasta memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir.

Ağrı ile hasta memnuniyetinin bağlantılı olduğu, ağrı azaldıkça, verilen hizmete yönelik kalite algısının ve ilişkili olarak hasta memnuniyetinin arttığı literatürde vurgulanmaktadır (114). Gerbershagen ve ark. (115) hastaların ağrı ortalamaları yükseldikçe, memnuniyet düzeylerinin azaldığına değinmektedir. Apfelbaum ve ark. (116) ise hastaların çoğunun (%82) ağrıdan şikayet etmesine rağmen, %93’ünün ağrı ile ilgili yapılan tedaviden memnun olduğunu bildirmektedirler. Benzer şekilde, Lorentzen ve ark. (117)’nin çalışmasında da, hastaların %45,5’inde ağrı kontrolünün yeterli olmadığına görülmesine rağmen, hastaların %88,4’ünün ağrı tedavisinden memnun oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada da, hastaların ağrı düzeyleri ile ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülürken (Tablo 10), hastaların ağrı düzeyleri arttıkça ağrı yönetimi için buldukları ortamın uygunluğuna yönelik algılarının ve sağlık personeli ile ağrı yönetimi konusundaki iletişimlerine yönelik

memnuniyetlerinin ve genel olarak ağrı yönetiminden memnuniyet düzeylerinin de yükseldiği saptandı. Apfelbaum ve ark. (116) ile Lorentzen ve ark. (117) 'nın çalışma sonuçları ile paralellik gösteren bu çalışma sonuçları, yüksek düzeydeki ağrı yaşantısının giderilmesi ve hastaların konforunun artırılması ile hastaların ağrı yönetimine ilişkin kalite algılarının ve memnuniyetlerinin olumlu yönde değiştiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin Kişisel Özellikleri İle Ağrı Yönetimine İlişkin Tutum Ve Uygulamaları Arasındaki İlişkiler

Hemşireler ile yapılan çalışmalarda, Erdağı ve Özer (118) hemşirelerin %52,6'sının 26-33, Akyüz (119) %52,4'ünün 29 yaş ve altında olduğunu bildirirken, Özveren ve ark. (120) hemşirelerin %52,8'inin 21-23 yaş aralığında olduğunu belirtmektedirler. Mousazadeh ve ark. (121) ise yaptıkları çalışmada, katılımcıların %33,9'unun 26-30 yaşları arasında olduğunu belirtirken, Gül ve Dinç (122) hemşirelerin yaş ortalamasının $32,18 \pm 6,70$ olduğunu, Bostancı (123) da $31,42 \pm 5,62$ olduğunu bildirmektedirler. Bu çalışmada da, $29,09 \pm 6,04$ olarak bulunan hemşirelerin yaş ortalamalarının literatür ile benzerlik gösterdiği dikkati çekmektedir (Tablo 12).

Tarihsel süreçte, yaralıların ve hastaların bakımının yanısıra onlara şefkat gösterilmesi gibi uygulamaları nedeniyle daha çok annelik rolü ile ilişkilendirilmesi nedeniyle, hemşirelik uzun yıllar kadınlara özgü bir meslek olarak algılanmıştır (124). Hemşireler ile yürütülen çalışmalarda da, Akyüz (119) hemşirelerin % 89'unun, Görüş ve ark. (125) %85,8'inin, Çelik ve ark. (126) da %93,3'ünün, Nowacka ve ark.(127) %97,5'inin ve Sadati ve ark. (128) %81,1'inin kadın olduğunu belirtmektedirler. Literatürle örtüşür biçimdeki bu çalışmada da, hemşirelerin %81,4'ünün kadın olduğu görülmektedir (Tablo 12). Çalışmaların sonuçları hemşireliğin bir kadın mesleği algısının kısmen değişim gösterdiğine işaret etse de, çoğunlukla kadınlar tarafından yapılan bir meslek olmaya devam ettiğini de ortaya koymaktadır.

Özveren ve ark. (120)'nın yaptıkları çalışmada hemşirelerin %40,9'unun önlisans, mezunu, Ay ve Alpar (35)'in yaptıkları çalışmada, %36,2'sinin ön lisans mezunu, Karabulut ve Çetinkaya (129)'nın çalışmasında ise %37,8'nin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirtilirken, Görüş ve ark. (125) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %56,7'sinin ve Sadati ve ark. (128) da % 85,3'ünün lisans mezunu olduklarını bildirmektedirler. Bu çalışmada, lisans mezunu hemşire oranının %58,1 olarak bulunması literatürle benzerlikler göstermesine rağmen, çalışmaların bazıları ile farklılıklar da içermektedir (Tablo 12). Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılıkların araştırmaların yürütüldüğü hastanelerin bulunduğu bölgeler ve bölgedeki eğitim olanaklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre bakım konusunda tecrübe kazanmalarında önemli rol oynamaktadır. Yapılmış çalışmalarda, Özveren ve ark. (120) hemşirelerin %88,6'sının 4 yıl ve üzerinde, Yahya (130) % 72,8'nin 5-15 yıl, Karabulut ve Çetinkaya (129) %40,5'nin 6 yıl ve üzerinde ve Bilen ve Alparslan (131) da %55,7'sinin 1-10 yıllık mesleki tecrübeye sahip olduklarını belirtilmektedirler. Pehlivan ve ark. (132)'nin çalışmasına katılan hemşirelerin meslekteki çalışma yılı $4,11 \pm 2,08$ yıl olarak bildirilirken, bu çalışmada hemşirelerin ortalama çalışma süresinin $7,14 \pm 5,83$ yıl olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Çalışmalara katılan hemşirelerin çoğunun önemli düzeyde mesleki tecrübeye sahip olduğu göze çarparken, sonuçlar arasındaki farklılıkların çalışmaların yürütüldüğü kliniklerin yanısıra bölgenin nüfus özellikleri ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir.

Aynı birimde uzun süre çalışmak hemşirelerin kliniğe özgü hasta bakımında uzmanlaşmalarını sağlayabilmektedir (128,133). Ay ve Alpar (35)'in yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %57,6'sının 1-5 yıldır, Bolat (134)'in yaptığı çalışmada, %41,2'sinin 1-3 yıldır aynı birimde çalıştıkları bildirilmektedir. Pehlivan ve ark. (132) ise hemşirelerin aynı birimde çalışma sürelerinin $1,26 \pm 0,53$ yıl olduğunu belirtmektedirler. Bu çalışmada ise aynı birimde görev yapma süresinin $4,53 \pm 5,15$ yıl olarak bulunması (Tablo 12), çalışmaya dahil edilen hemşirelerin çalıştıkları birimlerde tecrübe sahibi olduklarını düşündürmektedir. Öte yandan, çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların çalışmalarda yer alan hemşirelerin mesleki tecrübe sürelerinin yanısıra hastanelerin ve buldukları bölgenin nüfus özellikleri ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Cerrahi hastalarının ağrısını gidererek, ağrı ile ilişkili gelişebilecek komplikasyonları azaltmada ve ağrıyla ilişkili tedavi maliyetlerini düşürmede, hemşirelere ağrı yönetimine ilişkin eğitim verilmesini önemli role sahiptir (135). Bilen ve Alparslan (131)'nin yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %60,7'si ağrı hakkında eğitim aldıklarını bildirirken, Tercan (32)'nin yaptığı çalışmada, hemşirelerin %58'i ağrı yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitime katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bolat (135) ise hemşirelerin %50'sinin ağrı yönetimi konusunda eğitim aldığını ve bu eğitimin hemşirelerin %76,5'inde hizmet içi eğitim olduğunu bildirmektedir. Çelik ve ark. (17) hemşirelerle ilgili yaptıkları çalışmada hemşirelerin ağrı ile ilgili %43,8'nin hizmet içi eğitim aldığını bildirmektedir. Yapılmış çalışma sonuçlarına benzer biçimde, bu çalışmada, hemşirelerin son bir yıl içinde %32,6'sının ağrı ile ilgili bir eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 12). Çalışma sonuçları, hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda mesleki gelişimlerine yeteri kadar önem vermediklerini göstermektedir.

Hemşirelerin bilimsel yayınları takip etmesi ve güncel bilgileri ve uygulamaları hastalarına sundukları bakıma yansıtmaları, hastaların ameliyat sonrası süreci daha konforlu

geçirmelerinin yanısıra hemşirelik bakımından daha fazla memnun olmalarını sağlamaktadır (136). Hemşirelerin ağrıya yönelik yayınları takip etme durumlarını inceleyen çalışmalarda, Bilen ve Alparıslan (131) hemşirelerin %94,3'ünün, Çelik ve ark. (17) %76.6'sının, Bolat (134) yaptığı çalışmada hemşirelerin %76,47'sinin, Tercan (32) %87,3'ünün ağrı yönetimine ilişkin herhangi bir yayını takip etmediğini bildirmektedirler. Literatüre benzer şekilde, bu çalışmada da hemşirelerin %95,3'ünün ağrı ile ilgili yayınları takip etmediği görülmektedir (Tablo 12). Bu sonuçlar, özellikle cerrahi hastalarında bakımın önemli parçası olan ağrı yönetiminin hemşireler tarafından yeteri kadar önemsenmediğini düşündürürken, cerrahi hastalarının da ağrı yönetimiyle ilişkili başarıyı etkileyebilecek bu durumdan olumsuz etkilenebileceğini akla getirmektedir.

Ağrı değerlendirmesinde ağrı ölçeklerinin kullanılması hastanın ağrı ifadesini, sayısal değerlere çevirmekte ve hasta ile sağlık profesyonelinin ağrı algısı arasında ortak bir dil oluşturarak, ağrı yönetiminin etkinliğini artırmaktadır (1). Ay ve Alpar (35)'in yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %67,7'sinin, Arlı (9)'nın çalışmasında, %59,4'ünün ve Bolat (134)'ın çalışmasında da %67,65'inin ağrıyı değerlendirmede herhangi bir ölçek kullanmadıkları belirtilmektedir. Bilen ve Alparıslan (131)'nin yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %41,8'inin, Çelik ve ark. (17) yaptıkları çalışmada da, hemşirelerin %35,2'sinin ağrı değerlendirmesinde sıklıkla ağrı ölçeği kullandıkları bildirilmektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin %41,9'unun ağrı ölçeğini her zaman, %37,2'sinin de sıklıkla kullandığını bildirmesi (Tablo 12) Bilen ve Alparıslan (131) ile Çelik ve ark. (17)'nin çalışmalarıyla benzerlik içermesine rağmen, sonuçların tamamı incelendiğinde, hemşirelerin çoğunun ağrıyı değerlendirirken ölçek kullanmadığı göze çarpmaktadır.

Farklı kliniklerde, farklı hasta popülasyonu ve ilişkili olarak yaşanan ağrı deneyimlerinin farklılığına bağlı olarak, ağrı yönetiminde hemşirelerin çoğunlukla farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri, non-farmakolojik yöntemleri çoğunlukla uygulamadıkları belirtilmektedir (53). Özveren ve ark. (120) da hemşirelerin %69,9'unun ağrı yönetimi amacıyla non-farmakolojik yöntemleri uygulamadıklarını belirtirlerken, Bilen ve Alparıslan (131) hemşirelerin %12,3'ünün sadece farmakolojik yöntem kullandığını bildirmektedirler. Bilen ve Alparıslan (131) hemşirelerin %87,7'sinin ise farmakolojik yöntemlerin yanında non-farmakolojik yöntem kullandığını belirtmektedirler. Tercan (32) da benzer şekilde, hemşirelerin %62,4'ünün ağrı yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri birlikte kullandıklarını vurgulamaktadır. Bu çalışmada ise hemşirelerin %41,9'u non-farmakolojik bakım girişimlerini sıklıkla uyguladıklarını, %39,5'i de nadiren

uyguladıklarını bildirirken (Tablo 12), sonuçlar hemşirelerin ağrı yönetimindeki bağımsız rollerini yeteri kadar uygulamadıklarını ortaya koymaktadır.

Ağrı yönetiminin kalitesi ağrı tedavisini yürüten sağlık ekibi üyelerinin bilgi, davranış ve karar verme yeteneklerine bağlıdır ve hemşireler bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır (137). Dikmen ve ark. (11) hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının orta düzeyde olduğunu bildirirken, hemşirelerin özellikle ağrı fizyolojisi ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda bilgi eksikliklerinin bulunduğunu vurgulamaktadır. Kahsay ve Pitkääjärvi (138) de hemşirelerin ağrı yönetimi bilgi ve tutum ölçeğinde doğru cevap oranını %49,5 olduğunu bildirmektedir. Hemşirelerin ağrı yönetimiyle ilgili bilgi düzeylerini inceleyen Manwere ve ark. (139) da hemşirelerin %64,5'inde bilgi skorunun yetersiz düzeyde olduğunu belirtmektedir. Benzer sonuçların elde edildiği bu çalışmada da, hemşirelerin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumlarına ilişkin doğru cevap oranlarının (%34,21±9,42) ve puanlarının düşük olduğu (13,00±3,61), çoğunun (%55,8) doğru cevap oranının %31-%40 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 13). Çalışmaların sonuçları birbirini desteklerken, hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda bilgi ve tutumlarının yetersiz olduğunu da ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumları ile kişisel ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkileri ele alan çalışmalarda, Bostancı (123) yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışılan bölümün hemşirelerin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumlarını etkilemediğini belirtirken, Yava ve ark. (74) yaş, mesleki deneyim ve eğitim düzeyi ile hemşirelerin ağrıyla ilgili bilgileri arasında ilişki olduğunu bildirmektedirler. Manwere ve ark. (139) ile Ho ve ark. (140) yaşın, Samarkandi (141) cinsiyetin, Kahsay ve Pitkääjärvi (138) ile Çelik ve ark. (17) eğitim düzeyinin, Kiekkas ve ark. (142) ameliyat sonrası ağrıya ilişkin kişisel deneyimin, Lui ve ark.(143), Ekim ve Ocakcı (144) ile Brant ve ark.(145) da mesleki deneyimin, Brant ve ark. (145) ağrıya yönelik eğitim almanın hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumlarını etkilediğini bildirmektedirler. Literatürle benzerlik gösteren çalışma sonuçlarında da, hemşirelerin görev yaptığı birimdeki çalışma süreleri ile ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları arasında ilişki olduğu dikkati çekmektedir. Birimde çalışma süresi uzun olan hemşirelerin bilgi ve tutumlarının daha iyi düzeyde olması literatürü destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerin yoğun ağrı yaşayan hastalara bakım vermesi ve bu hastalar ile uzun süre çalışması ağrı yönetimine ilişkin tecrübesini arttıran bir faktör olarak düşünülmelidir (Tablo 14).

Nonfarmakolojik yöntemlerin hemşireler tarafından uygulanması, hastalara verilen bakımın kalitesini ve verimliliğini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (135). Mert (66) yaptığı çalışmada, hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntem kullanım oranlarının

düşük olmasını, hemşirelerin bilgi, zaman ve hemşire yetersizliği ile ilişkilendirmektedir. Midilli (53) de çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeylerine göre nonfarmakolojik ağrı yönetimi konusundaki bilgi düzeyleri arasında fark olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmada, hemşirelerin ağrı kontrolünde non-farmakolojik bakım girişimleri belirleyip uygulama durumları ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu, ağrı kontrolünde non-farmakolojik bakım girişimlerini nadiren uygulayan hemşirelerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptandı (Tablo 14). Çalışma sonuçları, hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerinin ameliyat sonrası ağrıya yönelik bakımda bağımsız rollerini daha etkin şekilde uygulamalarında etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Ve Tutumları İle Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Ağrı yönetimindeki bütüncül yaklaşımın hedefi hastanın ameliyat sonrasındaki rahatsızlığını en aza indirmektir (146). Ameliyattan 24 saat sonra hastaların yaşadıkları en şiddetli ağrı puanının 5,16 olduğu bildirilmektedir (147). Sloman ve ark. (148) cerrahi hastalarının %75'inin şiddetli ve orta düzeyde ağrı hissettiklerini, Özer ve ark. (6) da %93,7'sinin şiddetli ağrı yaşadıklarını belirtmektedirler. Cerrahi hastaların bakımında, ameliyat sonrası ağrının tanılanması ve yönetiminin hemşirelerin önemli sorumlulukları arasında yer aldığı ve hemşirelerin ağrı ve yönetimi konusundaki bilgi düzeylerinin ameliyat sonrası bakımda rol oynadığı vurgulanmaktadır (47). Sağlık çalışanlarının ameliyat sonrası ağrı yönetimi konusundaki bilgi düzeylerini attırmayı da içeren kalite yönetimi sisteminin ameliyat sonrası hastaların ağrı yönetimiyle ilgili sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmada, Usichenco ve ark. (149) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları en şiddetli ve en düşük ağrının yanısıra hareket ve dinlenme sırasında yaşanan ağrının da önemli düzeyde azaldığını bildirmektedir. Schroeder ve ark. (150) ise hemşirelere ağrının tanılanması/değerlendirilmesi ile ilgili eğitim verdikleri çalışmada, hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları en şiddetli ve en düşük ağrıda önemli bir değişim olmadığını bildirmektedir. Ağrının tanılama, yönetim ve izlemine yönelik hemşirelerin bilgi ve tutumlarının ele alındığı bu çalışmada da, hemşirelerin bilgi düzeyleri arttıkça, hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları en kötü, en hafif ve görüşme sırasındaki ağrı düzeylerinin azaldığı dikkati çekmektedir (Tablo 15). Literatürü de destekleyen bu sonuçlar ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgi ve tutum sahibi hemşirelerin cerrahi hastalarının bakımında, etkin ağrı kontrol yöntemlerini başarılı şekilde kullandıklarını göstermektedir.

Ameliyat sonrası ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi cerrahi hemşirelik girişimlerinin önemli bir parçasıdır. Hasta hakkı olan etkin ağrı yönetiminin sağlanmasında, zaman yönetimi, hasta ve hemşirelerin tutum ve inançlarından kaynaklanan engeller nedeniyle hastaların ağrılarının yeterli değerlendirilemediği ve yönetilemediği bildirilmektedir (9). Hemşirelerin ağrının tanılanması ve yönetimine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığı, özellikle analjezik dozları ile tolerans ve bağımlılığı ayırt etmede bilgi eksiklikleri bulunduğu belirtilmektedir (17,151). Literatürde, hemşirelerin hastalara ameliyat sonrası yaşayacakları ağrı ve ağrı yönetimine yönelik bilgi vermedikleri, ameliyat sonrası ağrının hafifletilmesi için daha çok analjezik uygulamasına yöneldikleri ve ilaç dışı ağrı geçirme yöntemlerinin hemşireler tarafından etkili olarak kullanılmadığı görülürken, hastaların da ameliyat sonrası ağrı yönetimiyle ilgili hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun ağrı yönetimini analjezik uygulaması ile bağdaştıran hastaların ağrı yönetimine ilişkin farkındalıklarının zayıf olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (10,85,134). Bu çalışmada da, hemşirelerin bilgi ve tutumları düşük düzeyde olmasına rağmen, ortamın ağrı yönetimine uygunluğuna yönelik algı ve memnuniyet düzeylerinin yüksek olması literatürü destekleyen bir sonucu ortaya koymaktadır (Tablo 16). Karabulut ve ark. (85), hastaların analjezik uygulamasını bekleme süresinin ağrı yönetiminden memnuniyet için önemli bir bileşen olduğunu vurgulamaktadır. Beck (152) de kanser hastaları ile yürüttüğü çalışmada benzer noktalara değinerek, hastalar için hemşirelerin ve doktorların kendilerine nasıl davrandıklarının ve ağrı bildirimlerine ne kadar çabuk tepki verdiklerinin memnuniyet için önemli kriterler olduğunu vurgulamaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar araştırma hipotezini desteklemekte ve cerrahi hemşirelerinin ağrı yönetimine yönelik bilgi ve tutumları ile hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Gerek bu çalışma, gerekse literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları doğrultusunda, hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerindeki artışın, ağrı yönetimine yönelik hemşirelik uygulamalarında nonfarmakolojik girişimlere daha fazla yer vermelerini sağlayan bir tutum sergilemeleriyle etkin ağrı yönetimi sağladıklarını ortaya koyarken, ağrı yönetiminde farmakolojik uygulamalara yönelik beklenti içinde olan hastalar için hemşirelerin bu tutumunun analjezik bekleme süresinde artışa yol açarak hastaların ağrı yönetiminden memnuniyetini azalttığı düşünülmektedir.

SONUÇLAR

Cerrahi hemşirelerinin ağrı kontrolüne yönelik bilgi ve tutumlarının hastaların ameliyat sonrası ağrı kontrolünden memnuniyetlerine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen bulgulara dayanılarak;

- Hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşireler ile kurdukları iletişimden ve hemşireler tarafından ameliyat sonrası ağrıya yönelik uygulanan bakımdan memnuniyet düzeylerinin eğitim düzeyinden etkilendiği, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu [(p < 0,05), (Tablo 5)],
- Cerrahi girişim deneyimine sahip olan hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşireler ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu [(p < 0,05), (Tablo 6)],
- Ameliyat sonrası vücudunda tüp/dren bulunan hastaların ameliyat sonrası ortamın ağrı yönetimine uygun olduğu algıları ve memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu [(p < 0,05), (Tablo 9)],
- Hastaların erken ameliyat sonrası günlerde ortamın ağrı yönetimine uygun olduğu algıları ve memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu [(p < 0,05), (Tablo 9)],
- Hastaların ameliyat sonrası deneyimledikleri ağrı düzeyleri arttıkça, ağrı yönetimiyle ilgili hemşirelerle kurdukları iletişim ile ortamın ağrı yönetimine uygun olduğu algıları ve memnuniyet düzeylerinin arttığı [(p < 0,05), (Tablo 10)],
- Ağrı ile ilgili bilgi ve tutum düzeyleri düşük olan hemşirelerin ağrı kontrolünde non-farmakolojik bakım girişimlerini nadiren kullandıkları [(p < 0,05), (Tablo 14)],

- Hemşirelerin cerrahi birimde çalışma süreleri arttıkça, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutum düzeylerinin de arttığı [(p < 0,05), (Tablo 14)],
- Hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri arttıkça hastaların ameliyat sonrası son 24 saatte yaşadıkları en şiddetli ve en hafif ağrı düzeyi ile görüşme esnasındaki mevcut ağrı düzeylerinin azaldığı [(p < 0,05), (Tablo 15)],
- Hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri arttıkça hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeylerinin azaldığı [(p < 0,001), (Tablo 16)] saptandı.

Elde edilen bu sonuçlar araştırmanın hipotezini desteklemekte ve hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve tutumları ile hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak negatif yönlü olan bu ilişkide, hastaların ağrı yönetimine ilişkin algı ve beklentilerinin yanısıra eğitim düzeylerinin ve cerrahi girişim deneyimi gibi faktörlerin etkili olabileceği söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ağrı yönetimine ilişkin hastalar ile etkin iletişim kurması,
- Hemşirelerin ağrı yönetiminde kullanılabilecek non-farmakolojik yöntemleri hastalara öğretmek ve etkilerini açıklayarak, hastaların kendi bakımlarına katılmalarının ve ağrılarını yönetmede rol almalarının sağlanması,
- Ameliyat sonrası vücudunda tüp/dren bulunan hastalar ile erken ameliyat sonrası günlerde hastaların ağrı yönetiminin etkili şekilde sağlanması ve sürdürülmesi,
- Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimi konusunda bilgi ve tutumlarını geliştirmelerine yardımcı olacak eğitim programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin bu eğitim programlarına katılmalarının sağlanması,
- Hemşirelerin ağrı yönetiminde, medikal tedavinin yanında non-farmakolojik yöntemlere de yer vererek hastalar için etkin ağrı yönetimini sağlamaya çalışmaları,
- Sağlık kurumlarının özellikle cerrahi klinikler gibi hastaların yoğun ağrı deneyimledikleri birimlerde tedavi gören hastaların ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyleri ile memnuniyetle ilişkili faktörleri değerlendirmesi ve ağrı yönetiminden memnuniyeti geliştirmeyi amaçlayan yaklaşımlar geliştirmesi,

- Ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin ve hastaların bakış açılarını karşılaştıran ve bunların ağrı yönetiminden memnuniyet üzerindeki etkisini inceleyen yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.



ÖZET

Cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetlerinde hemşirelerin ağrı kontrolüne yönelik bilgi ve tutumları önemli rol oynamaktadır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki bu araştırmanın amacı da, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları ile cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyetleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırma, Eylül 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde cerrahi girişim geçiren, araştırmaya katılmaya gönüllü 151 hasta ile aynı kliniklerde çalışan, gönüllü 43 hemşire ile yürütüldü. Verilerin toplanmasında, "Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi" ile "Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Anketi" kullanıldı. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel metotlar, t testi, varyans ve korelasyon analizleri kullanıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmada, hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve tutum düzeyleri arttıkça, hastaların ameliyat sonrası son 24 saatte yaşadıkları en şiddetli ağrı ile görüşme esnasındaki mevcut ağrı düzeyleri azaldığı bulunmasına rağmen ağrı yönetiminden memnuniyetlerinin de azaldığı; hastaların ağrı yönetimi için hemşireler ile kurdukları iletişimden memnuniyetlerinde eğitim düzeyi, cerrahi deneyim varlığı ve hastaların ağrı düzeyinin, ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyette ise ameliyata bağlı tüp/dren varlığı, ameliyat sonrası gün ve yaşanan ağrı düzeyinin etkili olduğu bulundu. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutum düzeylerinin ise cerrahi birimde çalışma süresinden etkilendiği ve hemşirelerin non-farmakolojik yaklaşımları kullanmalarını etkilediği belirlendi.

Hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve tutumlarının iyi düzeyde olması hastaların yaşadıkları ağrının azaltılmasında olumlu bir etkiye sahipken, hastaların ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimi konusunda bilgi ve tutumlarını geliştirmelerinin yanısıra hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimi ilke ve uygulamalarına yönelik hemşireler tarafından bilgilendirilmeleri, cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların ağrı yönetiminden memnuniyetlerini geliştirmeyi amaçlayan kurumsal yaklaşımların geliştirilmesi ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin ve hastaların bakış açıları ile bunların ağrı yönetiminden memnuniyet üzerindeki etkisini inceleyen alışmaların yapılması nerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Ağrı yönetimi, ameliyat sonrası dönem, bilgi, hemşirelik bakımı, memnuniyet, tutum.

THE EFFECT OF SURGICAL NURSES' KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS PAIN CONTROL ON PATIENTS' SATISFACTION WITH POST-OPERATIVE PAIN CONTROL

SUMMARY

The knowledge and attitudes of nurses towards pain control play an important role in the satisfaction of postoperative pain management of patients who undergo surgery. The purpose of this descriptive and relationship-seeking study is to determine the relationship between the knowledge and attitudes of nurses working in surgical clinics regarding pain management and the satisfaction of surgical patients with postoperative pain management.

The study was conducted with 43 volunteer nurses working in the same clinics with 151 patients who had undergone surgery in Trakya University Health Research and Application Center between September 2018 and June 2019. "Pain Management Quality Monitoring Questionnaire" and "Knowledge and Attitude Questionnaire about Nurses" were used to collect the data. Descriptive statistical methods, t test, variance and correlation analysis were used in the analysis of the data. Results; Significance in the 95% confidence interval was evaluated at the level of $p < 0.05$.

In the research, as the nurses' knowledge and attitude levels related to pain management increased, although the patients experienced the most severe pain they experienced in the last 24 hours after surgery and their current pain levels decreased during their interview, their satisfaction with pain management also decreased; It was found that the level of education, the presence of surgical experience and the pain level of the patients, and the presence of tube /

drain due to the operation, the postoperative day and the level of pain experienced were effective in the satisfaction of the patients' communication with the nurses for pain management. It was determined that the knowledge and attitude levels of the nurses about pain were affected by the working time in the surgical unit and that the nurses used the non-pharmacological approaches.

Good knowledge and attitudes of nurses on pain management have a positive effect on reducing the pain experienced by patients, while negatively affecting patients' level of satisfaction with post-operative pain management. In addition to improving the knowledge and attitudes of the nurses on postoperative pain management, the nurses are informed by the nurses regarding the principles and practices of pain management in the postoperative period, the development of institutional approaches aiming to improve the satisfaction of the patients treated in the surgical clinics and the views of nurses and patients regarding postoperative pain management. Studies that examine their impact on pain management are recommended.

Key words: Attitude, knowledge, nursing care, pain management, postoperative period, satisfaction.

KAYNAKLAR

1. Özveren H , Faydalı S , Gülnar E , Dokuz HF. Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Tutum ve Uygulamaları. J Contemp Med 2018;8(1):60-66.
2. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content #pain>. Erişim tarihi:25.06.2019.
3. Aslan FE. Postoperatif Ağrı. Ağrı Doğası Ve Kontrolü 1. Basım. İstanbul; Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd.Şti. 2006. s.159-160.
4. Çevik K, Zaybak A. Açık Kalp Ameliyatı Sonrasında Yapılan Egzersizlerin Ağrıya Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4): 54-59.
5. Düzel V. Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması(tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
6. Özer N, Bölükbaşı N. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;4:7-17.
7. Yılmaz T. Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelerden Beklentileri ve Hemşirelerin Ağrılı Hastaya Yönelik Girişimleri(Tez). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2011.
8. Çevik K. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Yapılan Postoperatif Egzersizlerin Ağrıya Etkisi(tez). İzmir: Ege Üniversitesi; 2009.
9. Arlı ŞK. Cerrahi Bakımda Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Girişimleri. Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017: 4(3):1013-1021.
10. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. Ağrı 2011;23(2):71- 79.
11. Dikmen YD, Usta YY, İnce Y, Gel KT, Kaya MA. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(3):162-172.

12. Wells N, Pasero C, McCaffery M. Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. In; Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. ABD, Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information 2008. p.1-37.
13. Aldemir K, Gürkan A, Yılmaz FT, Karabey G. Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyetinin İncelenmesi. Journal of Health and Nursing Management 2018;5(3):155-163.
14. Aslan FE, Şahin SK, Seçginli S, Bülbüloğlu S. Hastaların, Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri: Bir Sistemik Derleme. Ağrı 2018;30(3):105–115.
15. Subramanian P, Ramasamy S, Ng KH, Chinna K, Rosli R. Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. Int J Nurs Pract 2016; 22: 232–238.
16. Dirimeşe E, Yavuz M, Altınbaş Y. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nitelik Değişimi: İki Periyodun Karşılaştırılması. Kafkas J Med Sci 2014; 4(2): 62–68.
17. Çelik S , Baş BK , Korkmaz ZN , Karaşahin H , Yıldırım S. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi; 2018;14:17-23.
18. Dikmen Y. Ağrı ve Yönetimi. Karadağ A. Aştı TA. (Editör) Hemşirelik Esasları2. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013. s.634.
19. Aydın ON. Ağrı VE Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 3(2):37–48.
20. Öztürk G, Barış S, Özşaker E. Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Yaklaşımlarına İlişkin Hastaların Görüşlerinin İncelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2014;1(2):12-23.
21. Aydın I. Ağrının Fiziopatolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51(Özel Ek B):8-13.
22. Visser EJ, Davies S. What is Pain? I: Terms, Definitions, Classification and Basic Concepts. Australian Anaesthesia 2009; p.29-33.
23. Çatal T. Unilateral İnguinal Herni Cerrahisinde Postoperatif Ağrı Tedavisi İçin Parasetamol, Lornoksikam Ve Tramadol Etkinliğinin Karşılaştırılması(Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2009.
24. Yücel A. Ağrı Mekanizmaları. Aslan FE.(Editör) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. s.37-44.
25. Yağcı Ü, Saygın M. Ağrı Fiziopatolojisi. Sdü Tıp Fak Derg 2019;26(2):209-220.
26. Aslan FE, Uslu Y. Ağrının Sınıflandırılması. Aslan FE.(Editör) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. s.57-66.
27. Şentürk İA. Ağrı Değerlendirilmesi: Tipleri Ve Mekanizmaları. Med Res Rep 2018;1(3):78-81.

28. Acar K. Kou Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Cerrahi Ağrı İnsidansı Ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi (tez). İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2013.
29. Öngel K. Ağrı Tanımı Ve Sınıflaması. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2017;(9)1:12-14.
30. Hancı A. Total Abdominal Histerektomi Olgularında Preemptif Lornoksikam Ve Rofekoksib'in Çift Kör Yolla Postoperatif Morfin Tüketimine Etkisinin Karşılaştırılması(Uzmanlık Tezi). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi;2005.
31. Akyol Ö. Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ağrı Prevelansı, Özellikleri, Etkileyen Etmenler ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyetin İncelenmesi(tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
32. Tercan B. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumları(tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
33. Alptekin D. Pansuman İşlemi Sırasında Ebeveynin Çocuğun Yanında Bulunma Durumunun Ağrı Şiddetine Etkisi(tez). İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
34. Aslan FE. Ağrıya İlişkin Kavramlar. Aslan FE.(Editör) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. s.45-49.
35. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif Ağrı Ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı 2010;22(1):21-29.
36. Arslan S. Çelebioğlu A. Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. İnsan Bilimleri Dergisi 2006;1(1).
37. Çilingir D , Şahin CU. Cerrahi Hastasında Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 56-69.
38. Eshete MT, Baeumler PI, Siebeck M, Tesfaye M, Haileamlak A, Michael GG, et al. Quality Of Postoperative Pain Management İn Ethiopia: A Prospective Longitudinal Study. Plos One 2019; 14(5).
39. Shoqirat N, Mahasneh D, Al-Khawaldeh O, Singh C. Postoperative Patients in Jordan: Pain Prevalence, Characteristics, Beliefs, and Satisfaction. Pain Manag Nurs 2019;20(3):239-244.
40. Ceyhan D, Güleç MS. Postoperatif Ağrı Sadece Nosiseptif Ağrı Mıdır. Ağrı 2010;22(2):47-52.
41. Mwaka G, Thikra S, Mung'ayi V. The Prevalence Of Postoperative Pain İn The First 48 Hours. Following Day Surgery At A Tertiary Hospital İn Nairobi. Afr Health Sci 2013; 13(3):768-776.
42. Gan TJ. Poorly Controlled Postoperative Pain: Prevalence, Consequences, And Prevention. J Pain Res 2017;10:2287–2298.

43. Aslan FE. Ağrı. Aslan FE. Karadakovan A.(Editörler).Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. s.127-148.
44. Yang MMH, Hartley RL, Leung AA,et al. Preoperative Predictors Of Poor Acute Postoperative Pain Control: A Systematic Review And Meta-Analysis. BMJ Open 2019;9:e025091.
45. Swift A. Understanding Pain And The Human Body's Response To It. Nursing Times 2018;114(3):22-26.
46. Şenyüz KY, Koçaşlı S. Cerrahi Sonrası Ağrıda Multimodal Analjezi Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2017;4(2):90-95.
47. Tüfekçi H. By-Pass Ameliyatı Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Ağrı Şiddetinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi(tez). Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
48. Aslan FE .Çavdar İ. Cerrahi Ağrı. Aslan FE.(Editör) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. s.185-212.
49. Çelik Z. Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Dört Farklı Ağrı Ölçeği İle Karşılaştırılması Ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
50. Ayhan F. Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri Ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
51. Aslan FE. Öntürk ZK. Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Aslan FE.(Editör) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. s.82-85.
52. Aslan FE. Akut Ağrı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2005;2(1):24-31.
53. Midilli TS, Eşer İ, Yücel Ş. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. ACU Sağlık Bil Derg 2019; 10(1):60-66.
54. Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;83-92.
55. Önal SA. Analjezik Adjuvanlar. Ağrı 2006;18(4):10-23.
56. Aksoy T. Aksoy AP.Ağrı Tedavisinde Kullanılan Farmakolojik Ajanlar. Aslan FE.(Editör) Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. s.117-138.
57. Baş NG, Karatay G, Bozoğlu Ö, Akay M, Kunduracı E, Aybek H. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;3(2):40-49.
58. Soyer D. Ortopedik Cerrahi Girişim Sırasındaki Pozisyon Desteğinin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerine Etkisi(tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

59. Uyar M, Korhan EA. Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı Ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Ağrı 2011;23(4):139-146.
60. Kazan EE. Soğuk Uygulamalar ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;73-82.
61. Erden S, Çelik SŞ. Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Transkütan Elektriksel Sınır Stimülasyonu ve Hemşirenin Roller. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;50-60.
62. Erdoğan Z, Çınar S. Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı – Modern Hemşirelik Uygulaması. Kafkas J Med Sci 2011;1(2):86-91.
63. Özdağ NH, Mollahaliloğlu S, Öztaş D, Güzeldemirci GB. Ağrı Tedavisinde Akupunkturun Yeri. Ankara Med J 2015;15(4):249-253.
64. Yaraşır E, Pirinççi E , Deveci SE. Bel Ağrısında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi. Archives Medical Review Journal 2018;27(1):93-108.
65. Gül A, Aslan FE. Ağrı Kontrolüne Kanıt Temelli Yaklaşım; Masaj ve Aromaterapi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2012;4(1):30-36.
66. Mert S. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi(tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
67. Omran S, Qadire MA, Ali NA, Hayek MFA. Knowledge And Attitudes About Pain Management: A Comparison Of Oncology And Non-Oncology Jordanian Nurses. Nursing And Health 2014;2(4):73-80.
68. Arumugam V, MacDermid JC, Walton D, Grewal R. Attitudes, Knowledge And Behaviors Related To Evidence-Based Practice In Health Professionals Involved In Pain Management. Int J Evid Based Healthc 2018;16(2):107-118.
69. Aygin D, Var G. Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. Sakaryamj 2012;2(2):61-70.
70. Gordon DB, Pellino T, Miaskowski C, et. al. Ağrı Yönetiminde Kalite İyileştirme İzlemesinin 10 Yıllık Bir İncelemesi: Standartlaştırılmış Sonuç Ölçümleri İçin Öneriler. Pain Manag Nurs. 2002;3(4):116-130.
71. Gordon DB, Dahl J, Miaskowski C, et al. American Pain Society Recommendations For Improving The Quality Of Acute And Cancer Pain Management. Arch Intern Med. 2005;165:1574-1580.
72. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology 2012;116(2):248-273.
73. Ferrell B & McCaffery M (2008). Knowledge and attitudes survey regarding pain. City of Hope <http://prc.coh.org>. Erişim tarihi:21.07.2019.

74. Yava A, Çiçek H, Tosun N, Özcan C, Yıldız D, Dizer B. Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2013;6(3):494-505.
75. Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE. Hastaların Cerrahi Sonrası Uygulanan Ağrı Tedavisinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(2):86-91.
76. Gramke HF, Rijke J, Kleef M, et al. Predictive Factors of Postoperative Pain After Day-case Surgery. *Clin J Pain* 2009;25(6):455-460.
77. Liu SS, Buvanendran A, Rathmell JP et al. Predictors For Moderate To Severe Acute Postoperative Pain After Total Hip And Knee Replacement. *Int Orthop* 2012;36:2261–2267.
78. İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları Ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;36-46.
79. Couceiro TC , Valença MM , Lima LC , Menezes TC , Raposo MC. Prevalence And Influence Of Gender, Age, And Type Of Surgery On Postoperative Pain. *Rev Bras Anesthesiol* 2009;59(3):314-320.
80. Bartley EJ , Fillingim RB. Sex Differences İn Pain: A Brief Review Of Clinical And Experimental Findings. *Br J Anaesth* 2013;111(1):52–8.
81. Kuzu C, Ulus B. Cerrahi Kliniklerde Tedavi Gören Hastaların Aldıkları Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2014;5(2):129-134.
82. Akyol O, Karayurt O, Salmond S. Experiences Of Pain And Satisfaction With Pain Management İn Patients Undergoing Total Knee Replacement. *Orthop Nurs* 2009;28(2):79–85.
83. Aslan FE, Aygin D, Sarıyıldız D. The Satisfaction Level Of Patients With Trauma On Pain Management. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27:687–94.
84. Çelik S. Batın Ameliyatından 24-48 Saat Sonra Hastaların Ağrı Düzeyleri Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(3):325-330.
85. Karabulut N, Aktaş YY, Gürçayır D, Yılmaz D, Gökmen V. Patient Satisfaction With Their Pain Management And Comfort Level After Open Heart Surgery. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 2011;32(3):16-25.
86. Temiz Z, Özer N. Ameliyat Sonrası Ağrı Şiddetinin Dört Farklı Ağrı Ölçeği İle Karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(4):245-251.
87. Topçu SY. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi (tez). EDİRNE: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2008.

88. Aygün D, Akçakaya N, Çokuğraş H, Camcıoğlu Y. Çocuklarda Perianal Apse Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *J Pediatr Inf* 2019;13(1):20-26.
89. Çetin MF, Doğan S. Apendektomi Olgularımızın Patoloji Sonuçları Açısından İrdelenmesi. *Düzce Tıp Fakültes Dergisi* 2016;18(3):81-82.
90. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg* 2014;22(2):105-113.
91. Geçkil E, Dünder Ö, Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008;41-51.
92. Yıldız T, Önler E, Başkan B, ve ark. Cerrahi Birimlerde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi. *Int J Basic Clin Med* 2014;2(3):123-30.
93. Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2012;11(6):717-724.
94. Cerit B. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016;27-36.
95. Özer N, Köçkar Ç, Yurttaş A. Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(3):12-19.
96. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient Satisfaction With Nursing Care İn Jordan. *J Nurs Manag* 2009 ;17(6):749-58.
97. Afzal M, Rizvi F, Azad AH, Rajput, AM, Khan A, Tariq N. Effect Of Demographic Characteristics On Patient's Satisfaction With Health Care Facility. *J Postgrad Med Inst* 2014;28(2):154-160.
98. Ibraheem W, Ibraheem A, Bekibele C. Socio -Demographic Predictors Of Patients' Satisfaction. *Afr J Med Health Sci* 2013;12(2):87-90.
99. Zarzycka D, Bartoń E, Mazur A, Turowski K. Socio-Demographic And Medical Factors Associated With Patients' Satisfaction With Nursing Care And Their Perception Of Pain. *Ann Agric Environ Med* 2019; 26(2):298-303.
100. Aubrun F, Salvi N, Coriat P, Riou B. Sex- and Age-related Differences in Morphine Requirements for Postoperative Pain Relief. *Anesthesiology* 2005;103(1):156-160.
101. Schnabel A, Poepping DM, Gerss J, Zahn PK, Pogatzki-Zahn EM. Sex-Related Differences Of Patient-Controlled Epidural Analgesia For Postoperative Pain. *Pain* 2012;153(1):238-44.
102. Gagliese L, Gauthier LR, Macpherson AK, Jovellanos M, Chan VW. Correlates Of Postoperative Pain And Intravenous Patient-Controlled Analgesia Use İn Younger And Older Surgical Patients. *Pain Med* 2008;9(3):299-314.

103. Buldan Ö, Kurban NK. Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018;11(4):274-282.
104. Kol E, Geçkil E, Arıkan C. Ve ark. Türkiye’de Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2017;(3):163-172.
105. Özsoy SA, Özgür G, Akyol AD. Patient Expectation And Satisfaction With Nursing Care In Turkey: A Literature Review. International Nursing Review 2007;54(3):249-255.
106. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):67-73.
107. Fındık ÜY, Topçu SY, Vatansever Ö. Effects of Drains on Pain, Comfort and Anxiety in Patients Undergone Surgery. International Journal of Caring Sciences 2013;6(3):412-419.
108. Zarzycka D, Bartoń E, Mazur A, Turowski K. Socio-Demographic And Medical Factors Associated With Patients' Satisfaction With Nursing Care And Their Perception Of Pain. Ann Agric Çevre Med 2019;26(2):298-303.
109. Sayın Y, Cengiz OH, Ayoglu T. Nursing Care Satisfaction Of Surgery Patients. SOJ Nur Health Care 2016;2(2):1-8.
110. Molla M, Berhe H, Shumye A, Adama Y. Assessment Of Adult Patients’ Satisfaction And Associated Factors With Nursing Care In Black Lion Hospital, Ethiopia; Institutional Based Cross Sectional Study, 2012. Int. J. Nurs. Midwifery 2014;6(4):49-57.
111. Koirala M, Koirala ML. Contributing Factors For Perceived Satisfaction With Nur-Sing Care Among In Patients In General Wards. J. Lumbini. Med. Coll. 2015;3(2):34-37.
112. Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi: Jinekoloji Servisi Örneği. Erciyes Medical Journal 2008;30(4):242-249.
113. Demir Y, Arslan GG, Eser I, Khorshid L. Bir Eğitim Hastanesinde Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;9(2):68-76.
114. Çınar VA , Kaya FN, Yavaşcaoğlu B. İntravenöz Parasetamolün Torakoskopik Cerrahi Sonrası Postoperatif Analjezi Üzerine Etkinliği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;36(2):43-48.
115. Gerbershag HJ, Rothaug J, Kalkman CJ, Meissner W. Determination Of Moderate-To-Severe Postoperative Pain On The Numeric Rating Scale: A Cut-Off Point Analysis Applying Four Different Methods. British Journal of Anaesthesia 2011;107(4):619-26.
116. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. Anesth Analg 2003;97(2):534-540.

117. Lorentzen V, Hermansen I.L, Botti M. A Prospective Analysis Of Pain Experience, Beliefs And Attitudes, And Pain Management Of A Cohort Of Danish Surgical Patients. *Eur J Pain* 2012;16(2):278-88.
118. Erdağı S, Özer N. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18(2):94-106.
119. Akyüz İ. Hemşirelerin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları Ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *İşletme Ve İktisat Çalışmaları Dergisi* 2015;3(1):21-34.
120. Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin Ağrının Farmakolojik Olmayan Yöntemlerle Kontrolüne İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory* 2016;7(4):99-105.
121. Mousazadeh S, Yektatalab S, Momennasab M, Parvizy S. Job Satisfaction And Related Factors Among Iranian İntensive Care Unit Nurses. *BMC Res Notes* 2018;11:823.
122. Gül Ş, Dinç L. Hastaların Ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. *Huhemfad-Johufon* 2018;5(3):192-208.
123. Bostancı SE. Cerrahi Hemşirelerinin Ağrıya Yönelik Bilgi Ve Tutumlarına Ağrı Eğitiminin Etkisi (Tez). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2018.
124. Turan N, Öztürk A, Kaya H, Aştı TA. Toplumsal Cinsiyet Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 2011;4(1):167-173.
125. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ve Etkileyen Faktörler. *Journal Of Psychiatric Nursing* 2014;5(3):137-142.
126. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *İÜFN Hem Derg* 2012;20(3):193-9.
127. Nowacka A, Piskorz A, Wolak RW, Piatek J, Gniadek A. Selected Socio-Demographic And Occupational Factors Of Burnout Syndrome İn Nurses Employed İn Medical Facilities İn Małopolska—Preliminary Results. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018;15;(10):2083.
128. Sadati AK, Hemmati S, Rahnavard F, Lankarani KB, Heydari ST. The Impact of Demographic Features and Environmental Conditions on Rates of Nursing Burnout. *Shiraz E-Med J.* 2016;17(3):e37882.
129. Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler Ve Motivasyon Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(1):14-23.
130. Yahya OA, Ismaile S, Allari RS, Hammoudi BM. Correlates Of Nurses' Motivation And Their Demographic Characteristics. *Nurs Forum* 2019;54:7-15.

131. Bilen E, Alparlan GB. Hemşirelerin Ağrılı Hastada Kullandıkları Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri İle Tükenmişlik Düzeyleri. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2020;42(3):324-318.
132. Pehlivan S, Lafçı D, Demiray G, Yaman M. Cerrahi Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Örgüt Kültürünü Algılamaları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2015;2(1):12-24.
133. Çam MO, Engin E. Hemşirelerde Tükenmişlik. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017;10(51):501-507.
134. Bolat HN. Cerrahi Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelerin Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi(tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
135. Çöçelli L, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008;14:53-58.
136. Aydın Y, Adıgüzel A, Topal EA. Ebe Ve Hemşirelerin Bilimsel Çalışmalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *J Hum Rhythm* 2015;1(4):168-175.
137. Özer S, Akyürek B, Baflbakkal Z. Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış Ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. *Ağrı* 2006;18(4):36-43.
138. Kahsay DT, Pitkjärvi M. Emergency Nurses' Knowledge, Attitude And Perceived Barriers Regarding Pain Management In Resource-Limited Settings: Cross-Sectional Study. *BMC Nurs* 2019;18(56).
139. Manwere A ,Chipfuwa T, Mukwamba MM, Chironda G. Knowledge and Attitudes of Registered Nurses towards Pain Management of Adult Medical Patients: A Case of Bindura Hospital. *Health Science Journal* 2015;9(4):3.
140. Ho SE, Ho CC, Yuen HP, Lexshimi R, Choy YC, Jaafar MZ et al. A Study Of Knowledge And Attitudes Of Registered Nurses Towards Pain Management In An Urban Hospital. *Clin Ter* 2013;164(3):215-9.
141. Samarkandi OA. Knowledge And Attitudes Of Nurses Toward Pain Management. *Saudi J Anaesth* 2018;12(2):220–226.
142. Kiekkas P, Gardeli P, Bakalis N, Stefanopoulos N, Adamopoulou K, Avdulla C et al. Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece. *Pain Manag Nurs* 2015;16(1):2–10.
143. Lui LY, So WK, Fong DY. Knowledge And Attitudes Regarding Pain Management Among Nurses In Hong Kong Medical Units. *J Clin Nurs* 2008; 17(15):2014-21.
144. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge And Attitudes Regarding Pain Management Of Pediatric Nurses In Turkey. *Pain Manag Nurs* 2013;14(4):262-267.
145. Brant JM ,Mohr C ,Coombs NC ,Finn S ,Wilmarth E. Nurses' Knowledge And Attitudes About Pain: Personal And Professional Characteristics And Patient Reported Pain Satisfaction. *Pain Manag Nurs* 2017;18(4):214-223.
146. Yüceer S. Nursing approaches in the postoperative pain management. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2011;2:474–8.

147. Rothaug J, Zaslansky R, Schwenkglenks M. et al. Patients' perception of postoperative pain management: Validation of the international pain outcomes (IPO) Questionnaire. *J Pain* 2013;14:1361–70.
148. Sloman R, Rosen G, Rom M, et al. Nurses' assesment of pain in surgical patients. *J Adv Nurs* 2005;52:125–32.
149. Usichenko TI, Röttenbacher I, Kohlmann T, et al. Implementation Of The Quality Management System Improves Postoperative Pain Treatment: A Prospective Pre-/Postinterventional Questionnaire Study. *Br J Anaesth* 2013;110(1):87–95.
150. Schroeder DL. Hoffman LA. Fioravanti M. Medley DP. Zullo TG. Tuite PK. Enhancing Nurses' Pain Assessment to Improve Patient Satisfaction. *Orthop Nurs* 2016;35(2):108-117.
151. Hennessee P. Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Pain Management (tez). Gardner-Webb University School of Nursing.2012.
152. Beck SL. Berry PH. Field RB. Core Aspects of Satisfaction with Pain Management: Cancer Patients' Perspectives. *J Pain Symptom Manage* 2010;39(1):100-115.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1: Ağrı oluşum süreçleri	5
Şekil 2: Sözel Kategori Ölçeği.....	12
Şekil 3: Sayısal Ölçekler	12
Şekil 4: DSÖ Analjezik Merdiveni- Basamak Tedavisi	12

TABLolar

Tablo 1: Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı	28
Tablo 2: Hastaların ağrı yönetimi kalite izlemi anketi puan ortalamaları	29
Tablo 3: Hastaların yaşları ile AYKİ puanları arasındaki ilişki	29
Tablo 4: Hastaların cinsiyetleri ile AYKİ puanları arasındaki ilişki	30
Tablo 5: Hastaların eğitim düzeyine göre AYKİ anketi puan ortalamaları.....	31
Tablo 6: Hastaların cerrahi deneyim geçirme durumuna göre AYKİ anketi puan ortalamaları.....	32
Tablo 7: Hastaların kronik bir hastalık varlığına göre AYKİ anketi puan ortalamaları.....	32
Tablo 8: Hastaların vücudunda tüp/dren olma durumuna göre AYKİ anketi puan ortalamaları.....	33
Tablo 9: Hastaların ameliyat sonrası günlerine göre AYKİ anketi puan ortalamaları	34
Tablo 10: Hastaların hissettikleri genel ağrı düzeyi (1-10 puan) ile AYKİ anketi puan arasındaki ilişki düzeyi	35
Tablo 11: Hastaların tedavi gördükleri servise göre AYKİ anketi puan ortalamaları.....	35
Tablo 12: Hemşirelerin kişisel özellikleri.....	35

Tablo 13: Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutum düzeyleri.....	37
Tablo 14: Hemşirelerin kişisel özellikleri ile HABTÖ puan ve doğru cevap oranları arasındaki ilişki.....	38
Tablo 15: Hastaların ağrı düzeyleri ile hemşirelerin HABTÖ puanı arasındaki ilişki	39
Tablo 16: AYKİ ile HABTÖ arasındaki ilişki düzeyi.....	40



ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Edirne’de doğan Çisem OCAK lise eğitimini Edirne’de tamamlamıştır. 2016 yılında Kırklareli Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda eğitimini tamamlayarak hemşire ünvanı almıştır. 2017 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2017 yılında Özel Trakya Hastanesi’nde göreve başlamıştır. 2017 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne atanmış olup halen bu görevine devam etmektedir.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Hemşire Bilgi Formu

Ek 3. Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi

Ek 4. Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği

Ek 5. Etik Kurul İzni

Ek 6. Kurum İzni

Ek 7. Elif Dirimeşe Ölçek Kullanım İzni

Ek 8. Ayla Yava Ölçek Kullanım İzni

Ek 1

Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

1. Yaş:
2. Cinsiyet: 1 () Bayan 2 () Bay
3. Eğitim Durumu:
1 () İlköğretim ve altı 2 () Ortaöğretim 3 () Üniversite
4. Daha Önce Cerrahi Bir Deneyiminiz Oldu Mu?
1 () Evet Ameliyat: Zamanı:
2 () Hayır
5. Başka Bir Kronik Hastalığınız Var Mı?
1 () Evet Hastalık/Hastalıklar: 2 () Hayır
6. Hastanın Vücudunda Tüp/Dren Var Mı?
1 () Evet Sayısı: Yeri: 2 () Hayır
7. Hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günü?
1 () 2. gün 2 () 3. gün 3 () 4. gün 4 () 5. gün
8. Hastanın ağrı puanı kaçtır? (1-10)

Hemşire Bilgi Formu

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: 1() Bayan 2() Bay
3. Eğitim Durumunuz:
4. 1() Lise 2() Ön Lisans 3() Lisans 4() Lisansüstü
5. Çalışma Yılıınız:.....
6. Çalıştığı Birimdeki Görev Süresiniz:.....
7. Ağrı İle İlgili Yayınları takip eder misiniz?
1() Evet ederim. **En son okudunuz yayının konusu:**
- 2() Hayır etmem.
8. Mezuniyet Sonrası Ağrı İle İlgili herhangi bir eğitim aldınız mı?:
1() Evet aldım. **Nerede:**, **Ne zaman:**
- 2() Hayır almadım
9. Hastanızın ağrısını değerlendirirken ölçek kullanır mısınız?
1() Hayır, hiçbir zaman kullanmam. 2() Nadiren de olsa, kullanırım.
3() Sıklıkla kullanırım. 4() Her zaman kullanırım
10. Hastanızın ağrı kontrolüne yönelik uyguladığınız hemşirelik bakımında, medikal tedavi dışında bakım girişimleri belirleyip uygular mısınız?
1() Hayır, hiçbir zaman belirlemem ve uygulamam.
2() Nadiren de olsa, belirlemeye ve uygulamaya çalışırım.
3() Sıklıkla belirlerim ve uygulamak için elimden geleni yaparım.
4() Her zaman belirlerim ve mutlaka uygularım.

Ek 3

Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi

AĞRI YÖNETİMİ KALİTE İZLEMİ

Ağrı tedavinize yönelik aşağıda bazı durumlar yer almaktadır. Lütfen 1 ile 5 arasında sizi en iyi tanımlayan puanı işaretleyiniz.

	Hiç			Tamamen	
	Katılmıyorum			Katılıyorum	
1- Ameliyattan önce, ameliyat sonrası nasıl bir ağrı tedavisi alacağım bana söylendi.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Ameliyattan sonra ihtiyaç duyduğum ağrı tedavim hakkında hemşire ile konuştum.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Ağrıdan kaçınmak için yatakta uygun pozisyonu bulma konusunda yardım ve destek aldım.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Sürekli olarak ben sormasam bile, ağrı tedavisi aldım.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Ağrı seviyemi belirlemek için, çalışanlardan biri en azından her sabah, her öğlen ya da her akşam 0 ile 10 arasında bir sayı ile değerlendirmemi istedi.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Ağrımın geçmesi ile birlikte ben memnun oluncaya kadar hemşire ağrı tedavisi uyguladı.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Ağrımı dindirme konusunda her an görevli hemşire bulabildim.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Hemşireler görevli olarak geldiklerinde, tedavim ve ne kadar ağrım olduğu hakkında her şeyi bilirler.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9- Hemşireler ağrımı nasıl geçirecekleri konusunda bilgililer.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Hemşireler, ağrımdan bahsettiğimde bana inanıyorlar.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Hemşireler ve doktorlar ağrı tedavim sırasında birlikte çalıştılar.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ameliyatınızdan sonra ağrınıza yönelik aşağıda bazı sorular yer almaktadır. Lütfen 1 ile 10 arasında sizi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.

12- Son 24 saatteki en kötü ağrınızı işaretleyiniz. Ağrı yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En kötü ağrı
13- Son 24 saatteki en hafif ağrınızı işaretleyiniz. Ağrı yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En kötü ağrı
14- Şu andaki ağrınızı işaretleyiniz. Ağrı yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 En kötü ağrı
15- Ameliyattan sonraki ağrınız beklediğinizden daha mı fazlaydı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
16- Ameliyattan sonra ağrı tedavinize yönelik memnuniyet düzeyinizi işaretleyiniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç memnun değilim Çok memnunum

Ek 4

Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutum Ölçeği

AĞRI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLAR

Aşağıda ağrı ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyup **Doğru (D)**, **Yanlış (Y)** ve **Bilmiyorum (B)** sütunlarından birini işaretleyiniz

		D	Y
1	Vital bulgulardaki değişiklikler (kan basıncı ve nabız), hastanın ağrı şiddetinin daima güvenilir bir göstergesidir.		
2	2 yaş altındaki çocukların nörolojik sistemleri tam gelişmediği için; ağrıya hassasiyetleri azalmıştır ve ağrılı deneyimlerinin hatırlanması sınırlıdır.		
3	Eğer hastanın dikkati ağrıdan başka yöne çekilebiliyorsa, bu genellikle hastanın ağrısının çok şiddetli olmadığı anlamına gelir.		
4	Hastalar şiddetli ağrıya rağmen uyuyabilirler.		
5	Aspirin ve diğer nonsteroid-antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ) metastaz nedeniyle oluşan kemik ağrıları için etkili değildir .		
6	Bir aydan uzun süre stabil (sabit) dozda opioid alan hastalarda, solunum depresyonu nadiren görülür.		
7	Farklı etki mekanizmaları olan analjeziklerin (örn. Opioid-narkotik ile NSAİ) kombine şekilde kullanılması, bunların tek başına kullanılmasına nazaran daha az yan etki ve daha iyi bir ağrı kontrolü sağlar.		
8	1-2 mg IV Morfinin genel olarak analjezik etki süresi 4-5 saattir.		
9	Araştırmalar, promethazine (Phenergan) ve hydroxyzinin (Vistaril) opioid analjeziklerin etkilerini artırmada güvenilir ilaçlar olduğunu göstermiştir.		
10	Madde istismarı öyküsü olan hastalarda, opioid analjezikler verilmemelidir.		

11	Hastanın ağrı seviyesine göre Morfinin dozlarının artırılması, daha iyi bir ağrı tedavisi sağlamaz.		
12	Yaşlı hastalar, ağrıyı dindirmek için kullanılan opioidleri-narkotikleri tolere edemezler.		
13	Hastalar, bir ağrıyı azaltma yöntemlerine başvurmadan önce ağrıya mümkün olduğunca dayanmaya teşvik edilmelidir.		
14	11 yaş altındaki çocuklar ağrıyı doğru bir şekilde ifade edemezler, bu nedenle hemşire ağrı yoğunluğunu tanılamak için çocuğun ailesine güvenmelidir.		
15	Hastalar dini inançları gereği; ağrı ve acı çekmenin gerekli olduğunu düşünebilir.		
16	Opioid-narkotik analjeziklerin başlangıç dozlarından sonra, ilave dozlar hastanın bireysel yanıtına göre ayarlanır.		
17	Hastalara plasebo amacıyla serum fizyolojik vermek, ağrının gerçek olup olmadığını belirlemede yararlı bir yöntemdir.		
18	Oral Vicodin (hydrocodone 5 mg+acetaminophen 500 mg) yaklaşık olarak 5-10 mg oral morfin dozuna eşittir.		
19	Eğer hastanın ağrısının kaynağı (nedeni) bilinmiyorsa, ağrı nedeninin doğru olarak belirlenmesini maskeleyebileceğinden ağrının değerlendirilmesi aşamasında opioid-narkotik analjezikler kullanılmamalıdır .		
20	Gababentin (neurontin) gibi antikonvülsan ilaçlar tek bir dozdan sonra optimal (en yüksek) ağrı tedavisi sağlar.		
21	Kas spazmına bağlı olmayan ağrılarda, benzodiazepinler etkili değildir .		
22	Uyuşturucu/opiooid bağımlılığı ; ilacın giderek artan oranda kullanımı ve kullanımının kontrol edilememesi, kompulsif (zoraki-mecburi) kullanımı, zararlı etkilerinin varlığına rağmen kullanılmaya devam edilmesi ve kullanmaya yönelik güçlü bir istek duyulması şeklindeki davranış tarzlarından bir veya birkaçı ile karakterize kronik bir nörobiyolojik hastalık olarak tanımlanır.		

Çoktan Seçmeli Sorular: Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve doğru olan cevabı işaretleyiniz.

23. Uzamış kanser ağrısı olan hastalarda opioid analjeziklerinyolu ile verilmesi önerilmektedir.

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

24. Travma veya postoperatif ağrı gibi ani başlangıcı olan şiddetli ağrılarda opioid (narkotik) analjeziklerin yolu ile verilmesi önerilmektedir.

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

25. Aşağıdaki analjezik ilaçlardan hangisi **uzun süredir orta-şiddetli ağrısı** olan kanser hastalarının tedavisi için seçilebilecek bir ilaç olarak düşünülür?

- a. Kodein
- b. Morfin
- c. Meperidine
- d. Tramadol (contramal)

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

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

27. Postoperatif ağrı için verilen analjezikler öncelikle 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 azdır
- b. % 1-10 arasındadır
- c. % 11-20 arasındadır
- d. % 21-40 arasındadır
- e. % 41'den fazladır

29. Hastanın kullandığı ağrı ilaçlarının dozlarının arttırılmasını istemesinin en olası nedeni.....dır.

- a. Hastanın ağrısının artması
- b. Hastanın anksiyete ve depresyonunun artması
- c. Hastanın daha çok ilgi istemesi
- d. Hastanın bağımlı olması

30. Aşağıdakilerden hangisi kanser ağrısının tedavisinde yararlıdır?

- a. Ibuprofen (Motrin)
- b. Hydramorphine (Dilaudid)
- c. Gabapentin (Neurontin)
- d. Yukarıdakilerin hepsi

31. Hastanın ağrısının şiddetini en iyi kim tanımlayabilir?

- a. Tedavi eden doktoru
- b. Hastanın primer hemşiresi
- c. Hastanın kendisi
- d. Eczacı
- e. Hastanın eşi veya ailesi

32. Aşağıdakilerden hangisi, ağrılı hastanın bakımında kültürel faktörler açısından en iyi yaklaşımı tanımlamaktadır?

- a. Karışık kültürel yapıya sahip toplumlarda, kültürün ağrı deneyimi üzerinde etkisi yoktur.
- b. Hemşireler kültürün ağrı üzerindeki etkilerine yönelik bilgi ve deneyimlerini kullanmalıdırlar (örneğin; kadın hastalar ve doğulu hastalar daha fazla ağrılarını ifade ederler, İç Anadolulular genellikle sabırlıdırlar gibi)
- c. Ağrı konusunda kültürel etkileri tanılamak için hastalar bireysel olarak değerlendirilmelidir.

33. Alkol ve/veya ilaç madde bağımlılığı hastaların ne kadarında bağımlılığa bağlı ağrı gelişme oranı nedir?

- <%1
- %5-15
- %25-50
- %75-100

34. IV olarak verilen Morfinin doruk etkisi sonra görülür.

- a. 15dakika
- b. 45 dakika
- c. 1 saat
- d. 2 saat

35. ORAL olarak verilen Morfinin doruk (maksimum) etkisi sonra görülür.

- a. 5 dakika
- b. 30 dakika
- c. 1-2 saat
- d. 3 saat

36. Aşağıdakilerden hangisi opioidlerin birdenbire kesilmesi durumunda ortaya çıkabilecek fiziksel bağımlılığın belirtileridir?

- a. Terleme, esneme, diyare ve ilacın ani kesilmesine bağlı ajitasyon
- b. Fazla ilaç kullanılmasının önlenememesi, kompulsif (zoraki, mecburi) ilaç kullanımı ve sürekli ilaç isteme
- c. aynı etkiyi sağlamak için hastanın daha fazla dozda ilaç istemesi
- d. a ve b

Vaka Çalışmaları

Aşağıda vaka çalışması olarak iki hasta verilmiştir. Her hasta için **ağrı ve ağrı tedavisi** hakkında karar vermeniz istenmektedir. **Yönerge:** lütfen her soruyu dikkatle okuyun ve doğru yanıtı işaretleyiniz

37. Hasta A: Ali Bey 25 yaşındadır ve bugün batın ameliyatının ilk günüdür. İçeriye girdiğinizde, Ali Bey size gülümsüyor, vizitte sizinle sürekli konuşuyor ve şakalaşiyor. Hastanın Kan Basıncı: 120/80 mmHg; Nabız: 80 vuru/dak; Solunum: 18/dak. Ali Bey 0-10 numaralı ağrı ölçeğinde (0: ağrı yok; 10: en şiddetli ağrı) ağrı şiddetini 8 olarak belirlemiştir. **Size göre** Ali Bey'in ağrı şiddetini nedir. Lütfen aşağıdaki ölçeğe işaretleyiniz.

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

Sizin yukarıdaki tanılamanız; hastaya 2mg IV morfin uygulandıktan 2 saat sonra yapılmıştır. Enjeksiyonu takiben yarım saat sonra ölçeğe göre ağrısı 6–8 arasındadır ve hastada solunum depresyonu, sedasyon veya diğer yan etkiler görülmemiştir. Hasta ölçeğe göre 2 puanlık bir ağrı seviyesini kabul edilebilir ağrı seviyesi olarak tanımlamıştır. Hastanın doktoru ağrı tedavisi için “**Lüzumu Halinde**” **saatte bir 1–3 mg morfin** yapılması isteminde bulundu. Bu durumda siz ne yaparsınız? İşaretleyiniz.

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

38. Hasta B: Yusuf Bey 25 yaşındadır ve bugün batın ameliyatının ilk günüdür. Hastanın odasına girdiğinizde, Yusuf Bey yatağında sessizce yatıyor, acı çeken bir yüz ifadesi ile yatağında dönüp duruyor. Hastanın Kan Basıncı: 120/80mmHg; Nabız:80 vuru/dak; Solunum: 18/dak. Yusuf Bey 0–10 numaralı ağrı ölçeğinde (0: ağrı yok; 10:en şiddetli ağrı) ağrısının şiddetini 8 olarak belirlemiştir. **Size göre** Yusuf Bey’in ağrı şiddetini nedir? Lütfen aşağıdaki ölçeğe işaretleyiniz.

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

Sizin yukarıdaki tanılamanız; hastaya 2mg 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. Hasta ölçeğe göre 2 puanlık bir ağrı seviyesini kabul edilebilir ağrı seviyesi olarak tanımlamıştır. Hastanın doktoru ağrı tedavisi için “**Lüzumu Halinde**” **saatte bir 1–3 mg morfin** yapılması isteminde bulundu. Bu durumda siz ne yaparsınız? İşaretleyiniz.

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

Ek 5

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARASTIRMA BAŞVURUSU ONAYIRIŞVURUSU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2018/275	
	PROTOKOL ADI	Cerrahi Hemşirelerinin Ağrı Kontrolüne Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünden Memnuniyetlerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Sacide YILDEZELİ TOPÇU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13/20		Tarih: 07.08.2018
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Sacide YILDEZELİ TOPÇU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Çisem OCAK'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Ruğul KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÇMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOÇAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet PEZEL
Dekan ve
Değerli Üye

Ek 6



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 79056779-600
Konu : Çalışma hk.

-E.269157

15/10/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 08/10/2018 tarihli ve 267371 sayılı yazı,

İlgi yazınız incelenmiş olup, Çisem OCAK'ın tez çalışmasını Hastanemiz ilgili kliniklerinde yapma isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü V.



Adres: Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon: (0284) 235 27 31 Faks: (0284) 235 27 30
E-Posta: basbekim@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: <http://tah.trakya.edu.tr/>

Bilgi için: Neriman ÜNAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek 7

Elif Dirimeşe Ölçek Kullanım İzni



Çisem Paşalı <cisempasali@gmail.com>

Alın: elifin67

27 Nis



Sayın Hocam,

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Tez konumu belirleme sürecinde "Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nitelik Değişimi İki Periyodun Karşılaştırılması" başlıklı makalenizi okudum ve çalışmanızda kullandığınız "Ağrı Yönetimi Kalite İzlemi Anketi"ni, "Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminden Memnuniyeti ile Hemşirelerin Ağrı Kontrolüne Yönelik Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı tezimde kullanmak istiyorum.

Anketinizi kullanabilmem yönünde izninizi ve anketin değerlendirilmesi ile ilgili dokümanı göndermenizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Çisem OCAK
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Kalp Damar Cerrahi Servisi
Tel: 05333861351



elif dirimeşe <elifin67@yahoo.com>

Alın: bana

30 Nis



Sevgili Çisem,

Anketi tez çalışmada kullanabilirsin. Ekte anketi gönderiyorum. Anketin nasıl değerlendirildiği ilgili makalede yer alıyor.

Anlaşılmayan bir durum olduğunda benimle rahatlıkla iletişime geçebilirsin.

Çalışmada kolaylıklar dilerim.

Sevgiler



Ek 8

Ayla Yava Ölçek Kullanım İzni



Çisem Paşli <cisempasli@gmail.com>

26 Haz (3 gün önce) ✨ ↩️ ▾

Alın: ayla.yava

Sayın Hocam,
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Tez konumu belirleme sürecinde " Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey " başlıklı makalenizi okudum ve çalışmanızda kullandığınız " Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi Ve Davranış Anketi (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain / NKASRP) ni, " Cerrahi Hemşirelerinin Ağrı Kontrolüne Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünden Memnuniyetlerine Etkisi" başlıklı tezimde kullanmak istiyorum.

Anketinizi kullanabilmem yönünde izniniz ve anketin değerlendirilmesi ile ilgili dokümanı göndermenizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Çisem OCAK
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Kalp Damar Cerrahi Servisi
Tel: 05333861351



Ayla YAVA

26 Haz (3 gün önce) ✨ ↩️ ▾

Alın: isana

Merhaba Çisem hanım NKASRP Ölçeğinin bizim çalışmamızda kullandığımız Türkçe versiyonunu çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin Türkçesi ve hesaplanması ekte. Ayrıca makalenin yayınından doğru cevapları bulabilirsiniz. İyi çalışmalar

Prof. Dr. Ayla YAVA
HKU, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Havalimanı Yolu 8. Km,
Şahinbey/GAZİANTEP
Tel: (0342) 211 80 80

