

**HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI YÖNETİMİNDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERİ
KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Sema MERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ekim, 2018

**HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI YÖNETİMİNDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERİ
KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Sema MERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: DoÇ. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ekim, 2018

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sema MERT “Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönteminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Belirlenmesi” başlıklı tezi 21/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek “Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği” nin ilgili maddeleri uyarınca, Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi **oy birliğiyle / oy çokluğuyla** olarak kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Seher YURT

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATEŞ



Prof. Dr. Zeliha ÖZER

Enstitü Müdürü

 maltepe üniversitesi	İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	 maltepe üniversitesi
---	--	---

Bu tezin bana ait özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın Maltepe Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığımı beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

03/10/2018

Sema Mert

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi ve becerileriyle katkı gÖsteren, kıymetli vaktini esirgemeyen, sonsuz sabırla beni her zaman çalışmaya teşvik eden ve gÖven veren, tavsiyelerini hayatımda rehber edineceğim değerli hocam Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ'a,

Bu sÖrete bana her zaman yardımcı olan ve annelik sorumluluklarımı hafifleten anneme, destekleri ve sabrı için eŐime ve en bÖyÖk motivasyon kaynağım oğluma

SONSUZ TEŐEKKÖRLER...

Sema MERT

Ekim 2018

ÖZ

HEMŞİRELERİN AMELİYAT SONRASI AĞRI YÖNETİMİNDE NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERİ KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Sema MERT

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018

Bu araştırma hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırma, Kocaeli ilinde kamu ve özel hastanelerde 15.07.2017-15.09.2017 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini ameliyat sonrası dönemdeki hastalara bakım veren hemşireler, örneklemini ise araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 538 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerden sıklıkla pozisyon verme ve sıcak-soğuk uygulama yaptıkları görüldü. Ayrıca hemşirelerin ameliyat sonrası nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenleri arasında en sık “hemşire sayısının yetersiz olması” ve “ağır iş yükü” yanıtlarını verdikleri belirlendi. Çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin çoğunluğunu uygularken, masaj, transkütan elektriksel sinir uyarımı, terapötik dokunma gibi özel eğitim gerektiren yöntemlerin ise uygulanma oranının düşük olduğu sonucu elde edildi. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlere yönelik bilgi ve uygulamaların geliştirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve özel eğitim gerektiren yöntemlere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: *Ameliyat sonrası, nonfarmakolojik yöntemler, ağrı yönetimi, hemşirelik.*

ABSTRACT

DETERMINING THE USE OF NONPHARMACOLOGIC METHODS IN NURSES' POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT

Sema MERT
Master Thesis

Department of Surgical Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ
Maltepe University Institute of Health Sciences, 2018

This study was conducted as a descriptive study to determine the use of nonpharmacologic pain methods by nurses after surgery. The research was carried out in public and private hospitals in Kocaeli between 15.07.2017-15.09.2017. The study's universe consisted of nurses who gave care to the patients in the post-operative period and the sample was 538 nurses meeting the research criteria and agreeing to participate in the research. In the collection of the data, "Nonpharmacological Nursing Initiatives for Pain Painting" which was formed by the researcher in accordance with literature information was used. The SPSS 21.0 package program was used to evaluate the data. It was seen that nurses frequently performed positioning and hot-cold application from nonpharmacologic methods in pain management. In addition, among the troubles nurses encounter while using these methods, most frequently "responded that the number of nurses was insufficient"; "heavy workload". In our study, nurses applied the majority of nonpharmacologic methods in post-operative pain management and the result was that the application rate of methods requiring special education such as massage, transcutaneous electrical nerve stimulation, therapeutic touch was low. In order to develop knowledge and applications for nonpharmacological methods in post-operative pain management, in-service training programs may be proposed and training for specific methods may be recommended.

Keywords: *Postoperative, nonpharmacological methods, pain management, nursing.*

İÇİNDEKİLER

Sayfa

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	iii
İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZ	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER	xii
KISALTMALAR	xiii
ÖZGEÇMİŞ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem	1
1.2. Önem	2
1.3. Amaç	3
1.4. Sorular	3
1.5. Sınırlılıklar	3
1.6. Tanımlar	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ağrının Tanımı.....	5
2.2. Ağrının Algılanması.....	5
2.3. Ağrının Sınıflandırılması	6
2.3.1. Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflaması.....	6
2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması.....	6
2.3.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması	7

2.4. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi	7
2.5. Ameliyat Sonrası Ağrı	8
2.6. Ameliyat Sonrası Ağrısı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	9
2.6.1. Tanılama	9
2.6.2. Planlama	10
2.6.3. Hemşirelik Girişimleri	10
2.6.3.1.Farmakolojik Yöntemler	11
2.6.3.2.Nonfarmakolojik Yöntemler	11
2.6.4. Değerlendirme	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Modeli	18
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	18
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19
3.6. Verilerin Toplanması	19
3.6.1. Veri Toplama Araçları	20
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi	20
4. BULGULAR	21
5. YORUMLAR.....	36
6. SONUÇ	47
EKLER.....	50
Ek-1. Bilgilendirme Formu	
Ek-2. Kişisel Bilgi Formu	

Ek-3. Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu

Ek-4. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Ek-5. Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Kararı

KAYNAKÇA..... 55



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri.....	21
Tablo 4.2. Hemşirelerin Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemler.....	22
Tablo 4.3. Hemşirelerin Yaptıkları Bilgilendirmeler.....	24
Tablo 4.4. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Kullandıkları Fiziksel Nonfarmakolojik Yöntemler	26
Tablo 4.5. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Kullandıkları Bilişsel/Davranışsal Nonfarmakolojik Yöntemler.....	31
Tablo 4.6. Hemşirelerin Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanırken Karşılaştıkları Sıkıntılar.....	36

ŞEKİLLER

Şekil-1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (Salant ve Dillman, 1994).....	18
---	----



KISALTMALAR

ARK.: Arkadaşları

IAPS: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

TENS: Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sema	Soyadı	MERT
Doğum Tarihi	03.04.1991	Doğum Yeri	KOCAELİ
Medeni Hali	Evli	Uyruğu	T.C.
GSM	0544 334 38 37	E-mail	sema.mert91@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Y.Lisans	Maltepe Üniversitesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2018
Lisans	Maltepe Üniversitesi. Hemşirelik	2013
Lise	Mustafa Kemal Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Karma Servis Hemşiresi	Kocaeli VM Medikal Park Hastanesi	2016-2016
Girişimsel Radyoloji Hemşiresi	Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	2014-2016
KVC Servis Hemşiresi	Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	2013-2014

1. GİRİŞ

1.1. Problem

Ağrı bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen karmaşık ve hoş olmayan bir duygu olduğundan, kontrol altına alınması gerekmektedir. Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlaması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve komplikasyonların azalması açısından oldukça önemlidir. Özel ve öznel olan ağrı, kişiden kişiye farklılıklar gösterdiği gibi, ağrılı bir uyarana karşı yanıtta da kişiden kişiye farklılıklar görülür^(39,40,97,122).

Ağrı kavramı son yıllarda hemşireliğin önemli ilgi alanlarından biri haline gelmiştir. Ağrı kavramı insanlık tarihi kadar eski olmasına karşın, ağrı bilimi yeni gelişmekte olan bir bilim dalıdır. İlk çağlardan günümüze ağrı ve ağrı nedenlerine yönelik birçok tanım bilinmektedir. Homer yazıtlarında ağrı ‘tanrılar tarafından oklarla oluşturulan acı’ olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IAPS) ise ağrıyı ‘var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyim’ olarak açıklamıştır. Devam eden ve tedavi edilmeyen ağrı hastanın yaşamının her alanında olumsuz etkiye sahiptir. Ağrı bireyde anksiyeteye sebep olur, iyilik halini etkiler ve ailesel, sosyal ve mesleki rollerin yerine getirilmesini engeller^(11,39,58,99,100).

Ameliyat sonrası hastanın yaşadığı problemlerin başında yer alan ağrı, cerrahi travmayla başlayıp giderek azalan ve doku iyileşmesi ile kaybolan bir ağrı tipidir. Bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilediğinden dolayı kontrol altına alınması gereken önemli bir durumdur. Ameliyat sonrası yaşanan ağrının kontrol altına alınmaması sonucu hastanın ağrı ve konfor durumu olumsuz etkilenmekte ve ağrıya bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ağrı nöroendokrin ve metabolik değişikliklere neden olmakla birlikte kas metabolizması, pulmoner, kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner sistem fonksiyonlarında da bozulmalar oluşabilmektedir. Yaşanan ağrı sonucu öksürük refleksi kısıtlanmakta, anksiyete düzeyi artmakta ve uyku problemleri ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda hareket aktivitesi kısıtlandığından solunum fonksiyonunda bozulma, derin ven trombozu ve ateletazi riski artmakta ve hastaların ameliyat sonrası dönemlerini kötü

geçirmelerine, iyileşme sürelerinin uzamasına, tedavi maliyetlerinin ve mortalite oranının artmasına sebep olabilmektedir^(7,21,94,95,96,121).

Ameliyat sonrası etkin bir ağrı yönetimi birey/hasta merkezli, bütüncül bir yaklaşımla ve multidisipliner ekip anlayışıyla sağlanabilir. Hemşireler, hasta ile birlikte uzun süre vakit geçirdiklerinden ve hastayı sürekli takip ettiklerinden ameliyat sonrası hastaların yaşadıkları ağrının tanılanması, değerlendirilmesi, kontrol altına alınması, ağrı ile başa çıkma yollarının uygulanması ve bunun hastaya öğretilmesinde aktif ve bağımsız bir role sahiptirler⁽¹²⁵⁾.

Ağrı yönetiminde hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmamaları, yeni geliştirilen yöntem ve uygulamaların yaygın olarak kullanılmaması ve multidisipliner bir ekip yaklaşımının benimsenmemesi gibi önemli sorunlar yaşanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin ağrıyı hafifletmede bağımsız olarak uygulayabildikleri nonfarmakolojik yöntemler hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları ve hastalara bu konuda gerekli eğitim vermedikleri de araştırmalarda belirtilmiştir^(36,41,67).

1.2. Önem

Hemşire sağlık ekibi içinde hasta ile sürekli etkileşim halinde olduğundan, ağrı kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, mesleki olarak bağımsız fonksiyonlarını ortaya koyabilmeleri açısından önemlidir. Ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınması uluslararası bir sorun olup, geliştirilmesi konusundaki gereksinim literatürde bildirilmektedir^(53,95). Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınmasına ilişkin girişimlerinde yetersizliklerin bulunduğu bilinmektedir⁽⁷⁾. Özellikle literatürde ameliyat sonrası ağrıya yönelik çalışmalar yapıldığı gözlenmekte olup, daha çok hemşirelerin ağrıyı tanımlaması, ağrının değerlendirilmesi, hemşirelik girişimlerini belirlemeleri, hastaların hemşirelerden beklentilerine ilişkin çalışmalara rastlanmaktadır^(2,53,95). Ancak cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrıya yönelik nonfarmakolojik girişimlerin, bilgilendirmelerin ve bu yöntemleri uygulamama nedenlerinin birlikte değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda ağrının kontrol altına alınması, hastanın konforunun sağlanması, iyileşmenin hızlandırılması, tedaviye

bağlı komplikasyonların azaltılması ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi bakımından hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi önemlidir.

1.3. Amaç

Yapılan araştırmanın amacı hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemektir.

1.4. Sorular

Çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrılı hastaya yönelik uyguladıkları nonfarmakolojik yöntemler ve kullanım sıklıkları nelerdir?
- Hemşirelerin nonfarmakolojik yöntem kullanımını engelleyen sorunlar nelerdir?
- Hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemleri kullanım sıklıkları bireysel özelliklerine göre farklılık gösterir mi?

1.5. Sınırlılıklar

Araştırmanın kapsamına çalışmanın yapıldığı Kocaeli ili Kamu hastaneleri birliğine bağlı eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan ve bu araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle sınırlı olduğundan tüm hemşirelere genellenemez. Araştırmacı tarafından oluşturulan ağrıya yönelik nonfarmakolojik hemşirelik girişimlerini belirleme formunun maddeleri ile sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Ağrı: Yalnızca ağrıyı yaşayan birey tarafından tanımlanabilen, yoğunluğu ve özelliğine göre değişiklik gösteren biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel değişkenlerden etkilenen soyut bir kavram olan ağrı, beden ve zihin için hoş olmayan bir duygu, acı ya da bir sıkıntıdır⁽²¹⁾.

Ameliyat Sonrası Ağrı: Cerrahi travma sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren iyi lokalize olmuş akut bir ağrı şeklidir^(16,43).

Nonfarmakolojik Yöntemler: Ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir^(93,116).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Türkçe bir kelime olan ağrı, Divan ü Lügat-it Türk adlı ilk Türkçe sözlükte (XI.yy) ‘‘ağrımak’’ ve ‘‘ağrıg’’ kelimeleri olarak yer almaktadır. Ağrı evrensel bir deneyimdir ve yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı bir kavramdır. Günümüzde bu kavramın en geçerli açıklamasını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı yapmıştır. Bu tanıma göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına bağlı gelişen, hoşla gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır^(39,58,60,96).

Ağrı, kişinin kültürel durumu, içinde bulunduğu ruh hali ve psikolojik faktörler gibi birçok etkenle değışiklik gösteren subjektif bir durumdur (Lawrentschuk 2003)⁷⁹. Ancak klinik olarak en yararlı ağrı tanımını McCaffery yapmıştır. McCaffery’e göre ağrı ‘‘ hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir.’’ Bu nedenle hasta bir hissi ağrı olarak tanımlıyorsa, bunu ağrı olarak kabul etmek gerekir. İnsanoğlu doğduğu andan başlayarak birçok uyararla karşı karşıya gelir. Dini, dili, cinsiyeti ve kültürü kişinin emosyonel yapısını oluşturur. Objektif uyarıların yanı sıra bu subjektif özellikler ağrı eşıği denilen, kişinin ağrıya karşı yanıtında önemli rol oynar. Bundan dolayı ağrılı bir uyarana karşı verilen yanıt kişiden kişiye farklılık gösterir. Aynı zamanda ağrı, kişiyi profesyonel yardım almaya motive eden koruyucu bir mekanizmadır^(60,65,82,83,109).

2.2. Ağrının Algılanması

Fizyolojik ve duyuşsal bir deneyim olan ağrıyı tedavi edebilmek için önce mekanizmasını bilmek gerekir. Nosisepsiyon denilen ağrı süreci, doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan elektrokimyasal olaylar sürecinin tümüdür^(24,64).

Ağrının algılanması, doğrudan insizyon ya da hasara uğrayan dokudan salgılanan mediyatörlerin nosiseptörleri aktive etmesiyle meydana gelmektedir. Oluşan doku hasarı periferik sinir iletimi yoluyla gerçekleşmektedir. Tüm nosiseptör aracılı uyarılar ağrı oluşturur, ancak tüm ağrılar nosisepsiyondan kaynaklanmaz^(24,54,95).

Ağrının algılanması hızlı gelişen dört basamak sonucunda gerçekleşir;

Ağrının Hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinirlerin duyuşal uçlarında, uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır^(24,95).

Ağrının İletilmesi (Transmisyon): Nosisseptörler tarafından algılanan uyarının merkezi sinir sistemine iletilmesidir^(24,95).

Ağrının Düzenlenmesi (Modülasyon): Ağrı impulşlarının medulla spinaliste nöral etkenlerce değişime uğramasıdır^(24,95).

Ağrının Algılanması (Persepsiyon): Bireyin psikolojisi ve subjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır^(24,95).

2.3. Ağrının Sınıflandırılması

Çok boyutlu bir kavram olan ağrı; başlama süresi, mekanizması ve kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırılabilir^(5,8).

2.3.1 Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflaması

Akut Ağrı; Hastalık veya yaralanma sonucu bir uyarı olarak gelişen ağrı, genelde etkilenen bölge ve zaman ile sınırlıdır. Akut ağrı bir doku hasarı ile ilgilidir ve biyolojik olarak yararlıdır. Vücuda zarar veren bir olayın göstergesi olan, ani doku hasarı ile başlayan, lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın bir ilişki bulunan akut ağrı, dokudaki hastalık ve yaralanma iyileştikçe azalarak geçer. Akut ağrı bir hastalık yada sendrom değil, hastalık yada yaralanmanın bir semptomudur. 3-6 ay süre boyunca geçmediğinde kronik ağrı özelliklerini gösterir^(8,24,50).

Kronik ağrı; Akut ağrının olağan seyrinden veya bir lezyonun iyileşme süresinden daha uzun sürmesi ve aralıklı olarak devam etmesi halidir. Kronik ağrı altı aydan uzun sürer ve ağrıyı yaşayan kişi için ağrı bir belirti olmaktan çok, ağrıya bağlı vücutta gelişen değişikliklerle bir sendrom haline dönüşür. Kronik ağrısı olan hastalarda anksiyete, çaresizlik, ümitsizlik, depresyon, uyum güçlüğü, yorgunluk, endişe, ilgi ve etkinliklerde azalma gibi belirtiler oluşabilir^(22,60).

2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

Somatik Ağrı; Somatik sinir lifleriyle taşınan, ani başlangıçlı, keskin ve iyi lokalize edilebilen ağrıdır. Zonklama, sızlama, batma tarzda, sinirlerin yayılım bölgesinden hissedilir. Yoğun ve acı vericidir, genelde kırık, çıkık ve travma gibi durumlarda görülür^(24,95).

Visseral Ağrı; İç organlardan kaynaklanan, derinden gelen, yavaş başlayan, iyi lokalize edilemeyen, sıkıştırıcı ve künt ağrılardır. Sempatik liflerle taşınır ve yansıyan ağrı şeklinde başka bölgelere doğru yayılır. Örneğin; pankreas ağrısının sağ omuza vurması, kalp krizinde yaşanan göğüs ağrısı gibi yansıma bölgeleri vardır^(24,95).

Sempatik Ağrı; Sempatik sinir sisteminin tutulduğu, yanma tarzında hissedilen ağrılardır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, hatta haftalar yada aylar sonra ortaya çıkar ve giderek şiddetlenir. Deri hassas, soluk ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar ve özellikle gece artış gösterir^(24,95).

2.3.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflaması

Nosiseptif Ağrı; Deri, kas, bağ dokusu ve iç organlarda yaygın olarak bulunan, eşik değeri yüksek duyuusal nöronların (nosiseptörlerin) uyarılmasıyla ortaya çıkar. Zararlı bir uyarının varlığını, yerini, yoğunluğunu ve süresini gösterir. Uyarın kesildiğinde ağrı da kesilmiş olur⁽⁶⁴⁾.

İnflamatuvar Ağrı; Doku hasarı ve inflamasyon sonucu yanıt olarak gelişir. İnflamasyon ağrı duyarlılığına ve alınan inflamatuvar mediyatörlerde inflamasyon gelişen dokudaki nosiseptörlerin eşğinde düşüşe neden olur. İnflamasyon sürdüğü sürece inflamatuvar ağrı da devam eder⁽⁶⁴⁾.

Nöropatik Ağrı; Nöropatik ağrı, spinal kord ve beyindeki duyu iletim sistemi veya periferik sinir sistemindeki hasar sonucu ortaya çıkan ağrıdır. Aralıklı, kısa süreli ve batıcı niteliktedir^(54,64).

2.4. Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Ağrının kontrol altına alınamadığı durumlarda birçok komplikasyon gelişebilir. Ağrıya karşı nöroendokrin yanıt oluşması sonucu kalbin iş yükü ve miyokardın oksijen tüketimi artar. Oksijen tüketimindeki artış sonucu koroner arter hastalığı olanlarda iskemi, akut kalp yetmezliği ve miyokard infarktüsü gelişebilir. Pulmoner fonksiyonların ameliyat sonrası dönemde azalması cerrahi insizyon yerinin diyafragma yakınlığı ile doğru orantılıdır. Bu nedenle özellikle batın ve toraksa yönelik cerrahi girişimlerden sonra ağrı, derin solunum ve öksürüğü kısıtlamakta ve buna bağlı olarak da hipoksi, atelektazi, pnömoni ve diğer akciğer enfeksiyonlarına sebep olabilmektedir. Ağrısı olan hastanın akciğerlerinde vital kapasite azalır^(12,53,58,99).

Ağrıya yanıt olarak sempatik sistemin aktivasyonu sonucu oluşan sfinkter tonusunda artış, üriner retansiyon gelişmesine neden olmaktadır. Ağrı sebebiyle oluşan stres ve sempatik aktivite sonucunda endokrin sistemde glikoz dengesinde bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Şiddetli ağrı hastanın hareket etmesini engelleyerek venöz dolaşımında azalmaya ve tromboembolik komplikasyonlara sebep olmaktadır. Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucunda prolaktin, troid hormonları, beta endorfin ve antidiüretik hormon salgılanmasında artış olur. Antidiüretik hormon böbreklerdeki sıvı atılmasını engelleyerek sıvı retansiyonuna neden olur. Bunun sonucunda da kan basıncında artış görülür. Ağrısı olan hastada anksiyete sonucu kas tonusu artışına bağlı kaslarda oksijen tüketimi ve laktik asit üretimi artar. Laktik asit birikmesine de kaslarda kramp oluşturur. Ameliyat sonrası dönemde ağrılı uyaranlar sonucu bulantı ve kusma görülebilir^(39,55,69).

Cerrahi girişimler hastada ölüm korkusuna sebep olmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde de korkunun yerini endişe ve ağrı korkusu alır. Korku ve anksiyetenin artmasına bağlı olarak ağrı şiddetinde de artış görülür^(104,123).

2.5. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ameliyat sonrası ağrı cerrahi travma sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren iyi lokalize olmuş akut bir ağrı şeklidir^(16,43).

Cerrahi girişim sonrası insizyon bölgesinde bir inflamasyon gelişir. Bu inflamasyon ve doku hasarının tekrarlayan impulslar oluşturması ve insizyon bölgesindeki nosiseptörlerin uyarılması ağrıyı tetikler. Her cerrahi sonrası sinir hasarı gelişir, fakat her sinir harabiyeti nöropatik ağrıya sebep olmaz^(38,49).

Cerrahi travma sonucu insizyon bölgesinde doku kanlanmasının bozulması sonucu ödem, kas spazmı, distansiyon, enfeksiyon gibi durumlar da ağrı seviyesinin artışına sebep olmaktadır^(7,99).

2.6. Ameliyat Sonrası Ağrısı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA; North American Nursing Diagnosis Association)'nin hemşirelik hedefleri arasında yer alan ağrı, Amerikan Ağrı Birliği ve Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi [(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (JCAHO)], tarafından “beşinci yaşamsal bulgu” olarak kabul edilmiştir. JCAHO ağrının; nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı gibi her zaman değerlendirilmesi gerektiğini bildirmiştir. Bu yüzden hemşirelik uygulamaları ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir yere sahiptir^(3,7,19,67).

Hemşirenin hastayı tanımlaması, gereksinimlerini saptaması, hastaya bakım verme sürecinin daha fazla olması, planlanan tedavisini uygulaması, etkinliğini ve sonucunu değerlendirmesi ağrı kontrolünde hemşireyi diğer sağlık ekibi üyelerinden farklı kılan ve önemli yapan unsurdur^(7,15,67,113).

2.6.1.Tanımlama

Ağrının kontrol altına alınması için öncelikle tanınması gerekir. Ağrının tanınması ve ağrıya karşı verilen yanıt kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu yüzden ameliyat sonrası dönemde “ağrı tanınması” yapmak oldukça önemli ve zordur. Bu nedenle hastadan ayrıntılı anamnez almak, hastayı sürekli gözlemlemek, gözlem ve değerlendirme yaparken hastanın yüz ifadesini, davranışlarını, aktivite durumunu, duruşunu izlemek ve sözel ifade ediş şeklini değerlendirmek ağrının tanınmasında hemşireye yardımcı olmasının yanı sıra, sonraki değerlendirmeler için de yol gösterici olacaktır. Doğru bir tanımlama, hemşirenin hastanın ifade ettiği ağrıya inanması, empati kurması ve onu desteklemesiyle olur^(39,40,67,75).

2.6.2. Planlama

Planlama aşamasında hemşire, bireye özgü hedeflerini ve beklenen sonuçları tanımlar ve bunlara ulaşmak için belirlenen girişimleri içeren bir bakım planı geliştirir⁽¹¹⁵⁾.

Ağrılı hastaya yönelik bakım planı oluşturulurken dikkat edilmesi gereken noktalar şöyle özetlenebilir;

- Hasta bütüncül olarak ele alınmalı ve bütüncül bir yaklaşımla bakım verilmeli,
- Hasta ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inançları ve korkuları tanımlanmalı ve gidermek için girişimler planlanmalı,
- Hastanın bilgi eksiklikleri belirlenmeli ve eğitimler planlanmalı,
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalı,
- Ağrıyı artıran durumlar belirlenmeli ve giderilmeli,
- Hastanın daha önce ağrısını gidermede kullandığı deneyimler sorgulanmalı,
- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalı,
- Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı sağlanmalı,
- Hemşire ağrının giderilmesi ve ya en aza indirilmesi için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli ve uygulamalı,
- Hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili hemşire, hastayı hazırlamalı, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisi ve nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapmalıdır^(24,67).

2.6.3. Hemşirelik Girişimleri

Ağrıyı gidermek hem insani, hem mesleki, hem de etik bir sorumluluktur. Ameliyat sonrası ağrı kontrolünde farmakolojik girişimlerin yanı sıra, nonfarmakolojik yöntemlere karar verilmesi ve uygulanması, hastanın ağrı ve anksiyete seviyesinin belirlenmesi, tepkilerinin ve uygulamaların etkinliğinin

değerlendirilmesi de hemşirelik uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Bu uygulamalar, hemşirelerin aktif rol üstlendiği girişimlerdir^(7,73,109).

2.6.3.1. Farmakolojik yöntemler

Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünde endojen algojenik maddelere karşı, bunların sentezini önleyen ya da ağrı duyusunun beyine iletilmesini engelleyen maddelerin kullanılması şeklinde bir yaklaşım söz konusudur. Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay ulaşılabilirliği sebebiyle en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Farmakolojik yöntemlerle ağrı kontrolünde opioid ve nonopioid analjezikler kullanılmaktadır^(6,88).

Farmakolojik yöntemlerle ağrı yönetiminde;

- İlaçlar etkili dozda kullanılmalı,
- Analjezikler lüzum halinde değil saatinde uygulanmalı,
- İlaç dozu, hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli,
- İlacın etkisi değerlendirilmeli,
- Doz, ağrının süresine ya da alışkanlığa göre değil, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı,
- Hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalı,
- Hasta kontrollü analjezi uygulanacaksa; cihaz hastaya tanıtılmalı, alarm ve butonlar konusunda bilgi verilmelidir^(68,93,107,116).

2.6.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Nonfarmakolojik yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlerin gerek tek olarak, gerekse ilaçların etkinliğini artırmak için farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki göstermesi nedeniyle özellikle son yıllarda kullanımı artmıştır. Nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı gidermede amacı; analjeziklerin kullanım oranının azaltılması ve hastanın ağrı sorununu olabildiğince azaltarak yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu yöntemlerin yan etkilerinin analjezikler kadar fazla olmaması, hastanın öz bakımını güçlendirmesinde önemli rol oynaması ve bireye ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır^(36,93,101,116,119).

Bilişsel/Davranışsal Yöntemler

Bilişsel/davranışsal yöntemler ağrıyı gidermede duyuşsal faktörlerle oluşturdukları değişiklik yoluyla etki gösterirler. Ağrının algısal, duyuşsal, davranışsal boyutu olduğu ve kişinin ağrıya verdiği anlamlarla ilişkisinin varsayımından oluşmuştur. Bu yöntemler gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma ve bilgilendirme yapma yöntemleridir^(6,68,74,92).

Gevşeme Teknikleri: İlk olarak Jacobson tarafından tanımlanan bu teknik ile kademeli olarak kasları germe ve gevşetme egzersizleri ile oksijen tüketimi, kas tonusu, kalp ve solunum hızının azalması, kan basıncının düşmesi ve deri direncinin arttırılmasıyla ağrı ve anksiyete kontrol altına alınır. Gevşeme ağrıyı azaltarak bireyin ağrıyla baş etmesini güçlendirir. Kas gerginliği sonucu oluşan ağrının ve anksiyetenin azaltılmasında etkilidir. Gevşeme aynı zamanda hastanın dikkatini ağrıdan uzaklaştırır, endorfin salınımını artırır ve böylece ağrıyı azaltır^(68,78,92).

Gevşeme tekniğini kullanabilmek için bireyin sakin bir çevrede, kas gerginliği olmadan rahat bir pozisyonda olması, aklındaki düşüncelerinden uzaklaşması ve mental bir araç olarak bir kelimeye, ses ya da objeye odaklanması gerekir. Hastalara belirtilen bir kas grubunu germeleri ve yorulana kadar bu pozisyonda kalmaları söylenir. Daha sonra hasta bu kaslarını gevşetir ve farklı bir kas grubunu kasar. Öğrenilmesi ve uygulanması kolay bir tekniktir. Bazı hastalar, gevşeme tekniğini uygularken kontrollerini kaybedeceklerini zanneder ve korkarlar. Bu nedenle hemşire eğitim başında hastaya gözlerini açık tutmasını söyleyebilir. Gevşeme yöntemleri akut ya da kronik ağrısı olan bireylerde uygulanabilir^(1,21,45,68,78,81,115).

Dikkati Başka Yöne Çekme: Bu teknik, bireyin dikkatinin ağrı duyuşundan uzaklaştırılmasına ve ağrı dışında bir duruma odaklanmasına dayanır. Bu yöntemle ağrı tamamen yok edilmez, ağrının farkındalığı ve duyarlılığı azalacağı için ağrıya tolerans artar ve hastanın ağrı eşiği yükselir. Hastanın hoşlandığı şeylere dikkatini vermesi sağlanarak ağrı üzerinde kontrol hissi sağlanır. Oyunlar, konuşmak, komik filmler, müzik dinleme, televizyon izleme, şiir dinleme, kitap okuma, objeleri sayma, resim yaptırma, solunum egzersizi ve düşünme gibi etkinlikler bu yöntemin içinde yer alır. Dikkati başka yöne çekme yöntemleri ilgi

çekici ve birden fazla duyuya hitap eder şekilde olmalıdır (işitme-görme-dokunma vb.). Akut ve kronik ağrılarda kısa süreli olarak kullanılabilen dikkati başka yöne çekme yöntemi yorucu olduğundan iki saatten fazla uygulanmamalıdır (6,47,67,68,74,92,93,98,101,107).

Müzik: Mental ve fiziksel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için kullanılan bu yöntem, bireyin ağrı toleransını yükseltmekte ve endorfin salgılanmasını artırarak bireyin rahatlmasını sağlamaktadır. Müzik dinlemeye başlamadan önce hasta kas gerginliği oluşturmayan, rahat bir pozisyonda olmalı ve derin bir nefes alıp vermeli, sadece müziği dinlemeli ve müziğin kendini hafifletmiş ve rahatlatmış olduğunu hissetmelidir. Bu yöntemde hastanın hoşlandığı ve istediği müziği seçmek önemlidir. Müzik terapisi eğitimi, bireyin ağrısı şiddetlenmeden ya da ağrılı işlemde önce yapılmalıdır. Ağrısı arttığında, müziğin volümü artırılıp, azaldığında ise düşürülmelidir^(68,92,98,118).

Hayal Kurma: Bu yöntemde birey bir hayale yoğunlaşır ve kendisini bu hayalin içinde bir yere yerleştirir. Hayal kurma, ritmik solunum ve gevşeme ile birlikte kullanıldığında daha etkili olur. Gevşemenin hayal kurma ile birlikte kullanılması ile kas gerginliği azalır ve beraberinde anksiyete ve ağrı da azalmış olur. Birey hayal kurmayı hemşire ve bir başkasının rehberliğinde yada kendi kendine yapabilmektedir. Akut ve kronik ağrılarda diğer nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleriyle birlikte de kullanılabilir^(68,74,77).

Bilgi verme: Hastanın ağrısı hakkında konuşmak ve baş etme yöntemlerini desteklemek hastayı kendi ağrı yönetimi sürecine katmaktadır. Hastaya ameliyattan önce; ameliyat sonrasında yaşayacağı ağrı şiddeti, ağrıya neden olan faktörler (göğüs tüpleri, insizyon yeri vb.), ağrıyı arttıran durumlar (mobilizasyon, öksürme vb.), ağrıyı azaltan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler konularında eğitim verilmelidir. Bu eğitim hastaların ağrı kontrolünde ekibin bir parçası olduğunu görmesi ve kendi ağrı kontrolünde aktif rol aldığını bilmesi açısından önemlidir⁽³⁸⁾.

Fiziksel Yöntemler

Masaj: Deri uyarısının ağrı giderme mekanizması 1965 yılında Wall ve Melzack tarafından ortaya atılan ve halen geçerliliğini sürdüren Kapı Kontrol Teorisine dayanmaktadır. Ağrı geçişini sinir sistemindeki kapı kontrol

mekanizmaları kontrol eder. Deri uyarısının ağrı giderme mekanizması, deride büyük çaplı lifleri aktive eder; bu aktivasyonda ağrı mesajını taşıyan küçük çaplı lifleri inhibe eder ve ağrı olarak hissedilen uyarıların geçişine kapıyı kapatır. Bu teoriye göre masajdan gelen dokunsal bilgiler periferdeki nörolojik ağrı kapısı noktalarının yakınından geçebilen geniş myelinli liflerle taşınmakta böylece ağrının algılanışı azaltılmaktadır^(33,43).

Masaj yöntemi; ağrı, bulantı, yorgunluk ve anksiyetenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması, kasların gevşetilmesi, dolaşımın artırılması gibi fiziksel yararlarının yanı sıra mental yararlarının da bulunduğu güvenli ve etkili bir yöntemdir. Bu yöntemde elle veya mekaniksel yöntemlerle vücudun yumuşak dokuları ovularak, vurularak, basınç uygulanarak ya da bu hareketler birlikte kullanılarak ağrının giderilmesi hedeflenir^(42,114).

Pozisyon verme: Hastaya yardımcı olmak ya da hareketlerini desteklemek amacı ile yapılan bu uygulamada yastıklar ve özel yataklar kullanılır. Ağrının gelişmesini önleyen ve akut ağrıları azaltan pozisyon verme yöntemi, kan dolaşımını artırmakta, kasların kasılmasını ve spazmını önlemektedir⁽¹¹⁹⁾.

Hareketi kısıtlama/dinlendirme: Bu yöntem kesin yatak istirahati gereken hastalar için uygulanır. Ağrıyı kontrol etmek için tek başına yeterli değildir. Kırıklarda ve omurga ameliyatlarında kullanılır. Hareketi kısıtlama, aynı zamanda ödem oluşumunu azaltabilir⁽⁸⁷⁾.

Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS): Bir elektro-analjezi yöntemi olan TENS, cilde yerleştirilen elektrotlarla sinir sistemine kontrollü düşük voltajlı elektrik akımı uygulamasıdır. Akut (doğum, cerrahi sonrası kas ağrısı, kırıklar vb.) ve kronik (boyun ve sırt ağrısı, baş ağrısı, migren, herpes sonrası nevralji, siyatik, osteoartrit, romatoid artrit vb.) ağrılarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Analjezik alımını ve ağrı şiddetini azaltma etkisi olan bu yöntem fizyoterapistler ya da özel eğitim almış hemşireler tarafından uygulanabilir^(42,93,97,112,116).

Terapötik Dokunma: 19.yy başlarında hemşire Doleres Krieger tarafından geliştirilen bu yöntem, vücuttaki enerji noktalarına dokunularak uygulanır. Terapötik dokunuş bireyde rahatlama oluşturarak ağrıyı azaltır. Terapötik dokunmayı

uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim alması gereklidir. Bu yöntemde uygulayan kişi parmaklarını kullanarak var olan enerjiyi ortaya çıkarır. Uygulayıcı bireyin enerjisini geri getirmeye çalışır. Terapötik dokunma, kronik ağrısı olan hastalarda kullanılabilir^(97,112).

Sıcak-Soğuk Uygulama: Sıcak uygulama ağrıyı gidermede kullanılan etkili bir yöntemdir. Bedenin herhangi bir bölgesi üzerine yaklaşık 40-45°C'lik sıcaklık veren bir maddenin/aracın uygulanmasıdır. Sıcak uygulamalar kuru sıcak, lokal yaş, genel yaş uygulamalar şeklinde yapılabilir. Sıcak uygulanan bölgede ısı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı inhibe eden refleksler harekete geçer ve damarlarda vazodilatasyon oluşur. Vazodilatasyon kan dolaşımını arttırarak implusların doku beslenmesini arttırır. Ağrı impluslarını uyaran hücre, metabolitlerin eliminasyonunu sağlar ve ısı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı azaltan refleksleri harekete geçirir. Böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrıda azalma olur^(16,42,78,81,93,120).

Soğuk uygulama tedavi amacıyla, antik çağ hekimliğinden beri, bazı hastalık ve rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmıştır. Bu yöntem bedenin herhangi bir bölgesi üzerine yaklaşık 15°C'lik soğukluk veren bir maddenin/aracın uygulanmasıdır. Soğuk uygulamalar kuru soğuk ve yaş soğuk şeklinde uygulanabilirler. Yapılan çalışmalar, soğuk uygulamanın ağrı eşiğini yükselttiğini göstermiştir. Soğuk uygulama sıcak uygulamaya nazaran ağrının giderilmesinde daha uzun süreli bir etkiye sahip olan bu yöntem travmadan sonra 24-48 saat içinde uygulanabilir^(34,42,120,127).

Deriye Mentol Uygulama: Mentha cinsi bitkiden elde edilen mentol, hem ferahlatıcı, hem de ağrıyı hafifletici etkisi olan bir ajandır. Losyon, likit ya da jel şeklinde olabilen mentol, deriye uygulandığında sıcaklık, serinlik gibi bir etki yaratır. Mentol uygulaması bir tür eksternal analjezi sağlayarak; artritlerde, çeşitli kas-eklem ve tendon ağrılarında, bel ve boyun ağrılarında, gerilime bağlı baş ağrılarında, spor yaralanmalarında ve boğaz ağrısında kullanılır^(61,68,91,97).

Vibrasyon: Vibrasyon, bir tür elektrik masajıdır. Özellikle el vibratörleri ile orta şiddette basınç uygulandığında hissizlik, parastezi ve uygulanan bölgede anestezi sağlayarak ağrıyı azaltır ya da giderir. Vibrasyon uygulaması ağrıyı gidermedeki etkisini hemen veya birkaç dakika içinde gösterir. Akut ve kronik kas spazmı ve ağrıları, gerilime bağlı baş ağrıları, nöropatik ağrılar, fantom ağrıları,

romotoid artrit, akut tendonit ve birçok kronik nonmalign ağrı durumlarında uygulanabilir⁽⁶⁸⁾.

2.6.4.Değerlendirme

Hemşire, hastasına verdiği bütüncül bakım sonucu hastada değişmesini hedeflediği, beklenen sonuçları ve uyguladığı ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmelidir. Bunun için hasta ile iletişime geçilerek ağrı tedavisinden önce ve sonra hastanın ağrısı ile ilgili bilgiler kaydedilmelidir. İyi bir anamnez alınmalı, hastanın soruları yanıtlanmalı, anksiyetesi azaltılmalı ve geçmişte ağrı ile ilgili korkuları sorgulanarak hastanın sorunlarına çözüm bulunacağı hissettirilmelidir. Duyusal, davranışsal ve bilişsel yanıtlar tedavi öncesinde ve sonrasında karşılaştırılmalıdır. Eğer tedavi sonucu ağrı azaltılmamış ya da tam olarak giderilmemiş ise veriler tekrar değerlendirilip yeniden planlama yapılmalıdır^(21,30).

Sonuç olarak ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşire, ağrının tanılanması, gerekli farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı yöntemlerinin planlayıp uygulaması, tedavi sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesinde etkin olarak rol almalı ve ağrıyı yaşanabilir sınırlar içinde tutarak gelişebilecek sorunları önleyebilmelidir. Bu basamakları yerine getirebilmesi için de hemşire yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır^(9,30).

Günümüzde ağrı yönetiminde sıklıkla, ağrının ilaçlarla kontrol altına alınmasını içeren farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler hızlı etki etmeleri ve kolay ulaşılabilir olmaları nedeniyle tercih edilirler. Ayrıca ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır. Bu yöntemler farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldıklarında tedavinin etkinliğini artırırken, tek başlarına kullanıldıklarında ise vücudun doğal morfin ve endorfin salınımını sağlayarak ağrı yönetimine etkili olurlar. Hemşire kapsamlı bir ağrı tanılmasının ardından hastanın ağrısının yönetiminde kullanılacak, hastaya özgü uygun nonfarmakolojik yöntemleri seçerek, bu yöntemleri birlikte uygular, hastaya öğretir ve sonuçlarını değerlendirir. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma, bilgilendirme, masaj, pozisyon verme, hareketi kısıtlama, TENS, terapötik dokunma, sıcak-soğuk uygulama, deriye mentol uygulama ve vibrasyon gibi nonfarmakolojik yöntemleri de

uygulamaları önem taşımaktadır^(42,53,78,93,98). Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin ilaç vermeyi daha ön planda tuttuğu, farmakolojik olmayan bu uygulamaları yapmada isteksiz oldukları ve hemşire gözlem formlarında hastaların ağrı yönetimine ilişkin yalnızca verilen analjezik ilacın adı ve dozunu kaydettikleri belirlenmiştir⁽⁵³⁾. Lloyd ve Mc Lauchlan'ın ağrı yönetimine yönelik hemşirelerin tutumlarını incelediği ve 269 hemşire üzerinde yaptığı çalışmanın sonucunda hemşirelerin beklenen ağrılarda hastaların sürekli analjezik almasının gerektiğine inandıkları saptanmıştır⁽⁸⁰⁾. Oysa yine bu konuda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde hastalara masaj yapma, müzik dinletme, empati yapma, terapotik dokunma, dikkatini başka yöne çekme, soğuk uygulama yapma, gevşeme egzersizleri uygulatma ve pozisyon verme gibi uygulamaları yapmasının hastaların ağrı düzeylerini azalttığı ve rahatlamaya neden olduğu bildirilmektedir⁽⁵³⁾.

Bu bağlamda ağrı yönetimi hemşirelik adına nitelikli hasta bakımının bir parçası olup, tüm hastalara en iyi bakımın verilmesi ve analjezikler ile birlikte ve tek başlarına bağımsız olarak uygulanabilen nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasıyla optimal sonuçlara ulaşılması hedeflenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı 2 devlet hastanesi, 1 eğitim ve araştırma hastanesi ve Kocaeli ilinde 3 özel hastanede 15 Haziran 2017 - 15 Eylül 2017 tarihleri arasında cerrahi servisler ve cerrahi yoğun bakımlarda ameliyat sonrası dönemdeki hastalara bakım veren hemşireler (967 kişi), örneklemini ise; araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 538 hemşire oluşturdu. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın (1994) belirlediği formül ile hesaplandı⁽¹⁰³⁾.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır

Şekil 1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (Salant ve Dillman, 1994, s. 55)

Örneklem formülü kullanılarak, homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, ± % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n=967 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,05)^2 (967-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)=275$ olarak hesaplandı. Örneklem hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların evren için

geçerliliğinin arttığı kabul edilir⁽⁵⁶⁾. Araştırmada 538 hemşire ile, hesaplama göre evreni temsil edecek daha fazla örnekleme ulaşıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışmanın yapıldığı devlet hastanelerinin biri 305 yatak kapasiteli olup, 271 hemşire çalışmakta, diğeri ise 52 yatak kapasiteli olup 61 hemşire çalışmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanesi 650 yatak kapasiteli olup 550 hemşire çalışmaktadır. Özel hastaneler ise sırasıyla 60, 113 ve 58 yatak kapasiteli olup 43, 91 ve 58 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler kamu hastaneler birliğine bağlı hastanelerde 08-16 ve 16-08, özel hastaneler ise 08-18 ve 18-08 şifti olmak üzere iki vardiya halinde çalışmaktadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenleri: Ağrıya yönelik nonfarmakolojik hemşirelik girişimlerinin kullanım durumları ve sıklığı.

Bağımsız Değişkenleri: Cinsiyet, yaş, çalışma süresi, eğitim durumu.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
2. Cerrahi servislerde ya da cerrahi girişim geçirmiş hastalara bakım veriyor olmak

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu” kullanıldı. Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 hemşire üzerine ön uygulama yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından 15.06.2017-15.09.2017 tarihleri arasında ilgili hastanelere giderek yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 10 dakika sürede toplandı.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan formda^(6,7,24,38,42,68,104,110), bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma süresi) içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-2) ve ameliyat sonrası dönemde ağrı azaltmak için uygulanan nonfarmakolojik yöntemleri, bu yöntemleri kullanırken karşılaşılan sıkıntıları ve yapılan bilgilendirmeleri içeren “Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu” (Ek-3) yer almaktadır. Anket formunda ağrıyı azaltmak için uygulanan nonfarmakolojik yöntemler ve bilgilendirmeler yapılma sıklığına göre; hiçbir zaman:1, bazen: 2, sık sık: 3, her zaman: 4, şeklinde maddelendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

- Maltepe Üniversitesi Etik Kurulundan 20.04.2017 tarihli 37387824-302.08.01-26 sayılı karar numarası ile onay alındı.
- Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliğinden gerekli yazılı izinler alındı.
- Özel hastanelerden gerekli izinler alındı.
- Gönüllülük ilkesi gereği araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle, onam alınarak araştırma yürütüldü.
- Gizlilik ilkesine bağlı kalarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadı.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Gruplu değişkenler arasındaki farklılıklar ki-kare analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Özellikler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	454	84,4
	Erkek	84	15,6
Yaş	20-31	330	61,3
	32 Ve üzeri	208	38,7
Eğitim Durumu	SML	102	19,0
	Ön Lisans	82	15,2
	Lisans	302	56,1
	Lisansüstü	52	9,7
Çalışma Süresi	2 Yıldan Az	60	11,2
	2-5 Yıl	178	33,1
	6-10 Yıl	144	26,8
	11-20 Yıl	116	21,6
	20 Yıl üzeri	40	7,4

Çalışmada hemşirelerin 454'ü kadın (%84,4), 330'u (%61,3) 20-31yaş aralığında, 302'si (%56,1) lisans mezunu ve 178'i (%33,1) 2-5yıl arası çalışan olarak dağılmaktadır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemler

Nonfarmakolojik Yöntemler	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Fiziksel Yöntemler								
Masaj	104	19,3	248	46,1	104	19,3	82	15,2
Pozisyon Verme	4	0,7	56	10,4	276	51,3	202	37,5
Sıcak-Soğuk Uygulama	18	3,3	86	16,0	234	43,5	200	37,2
Terapötik Dokunma	54	10,0	178	33,1	158	29,4	148	27,5
Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı	410	76,2	86	16,0	28	5,2	14	2,6
Bilişsel/Davranışsal Yöntemler								
Solunum Egzersizleri	14	2,6	124	23,0	178	33,1	222	41,3
Dikkatini Başka Yöne Çekme	20	3,7	176	32,7	172	32,0	170	31,6
Düşleme	2	0,4	48	8,9	252	46,8	236	43,9
Rahatlama	4	0,7	50	9,3	246	45,7	238	44,2
Bilgilendirme	0	0,0	42	7,8	122	22,7	374	69,5

Çalışmada hemşirelerin %19,3'ünün (n=104) hiçbir zaman, %46,1'inin (n=248) bazen, %19,3'ünün (n=104) sık sık, %15,2'sinin (n=82) her zaman "masaj" yöntemini, %0,7'sinin (n=4) hiçbir zaman, %10,4'ünün (n=56) bazen, %51,3'ünün (n=276) sık sık, %37,5'inin (n=202) her zaman "pozisyon verme" yöntemini kullandıkları belirlendi.

Hemşirelerin %3,3'ünün (n=18) hiçbir zaman, %16,0'ının (n=86) bazen, %43,5'inin (n=234) sık sık, %37,2'sinin (n=200) her zaman "sıcak-soğuk uygulama" yöntemini kullandıkları, %10,0'ının (n=54) hiçbir zaman, %33,1'inin (n=178) bazen, %29,4'ünün (n=158) sık sık, %27,5'inin (n=148) her zaman "terapötik dokunma" yöntemini kullandıkları belirlendi.

Hemşirelerin %76,2'sinin (n=410) hiçbir zaman, %16,0'ının (n=86) bazen, %5,2'sinin (n=28) sık sık, %2,6'sının (n=14) her zaman "TENS" yöntemini kullandıkları saptandı.

Hemşirelerin %2,6'sının (n=14) hiçbir zaman, %23,0'ının (n=124) bazen, %33,1'inin (n=178) sık sık, %41,3'ünün (n=222) her zaman "solunum egzersizleri" yöntemini kullandıkları, %3,7'sinin (n=20) hiçbir zaman, %32,7'sinin (n=176) bazen, %32,0'ının (n=172) sık sık, %31,6'sının (n=170) her zaman "dikkatini başka yöne çekme" yöntemini kullandıkları belirlendi.

Hemşirelerin %0,4'ünün (n=2) hiçbir zaman, %8,9'unun (n=48) bazen, %46,8'inin (n=252) sık sık, %43,9'unun (n=236) her zaman "düşleme" yöntemini kullandıkları, %0,7'sinin (n=4) hiçbir zaman, %9,3'ünün (n=50) bazen, %45,7'sinin (n=246) sık sık, %44,2'sinin (n=238) her zaman "rahatlatma" yöntemini kullandıkları belirlendi.

Hemşirelerin %7,8'inin (n=42) bazen, %22,7'sinin (n=122) sık sık, %69,5'inin (n=374) her zaman "bilgilendirme" yaptıkları saptandı.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Yaptıkları Bilgilendirmeler

Bilgilendirme	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	N	%
İşlem	14	2,6	118	21,9	150	27,9	256	47,6
İşlemin Amacı	24	4,5	78	14,5	156	29,0	280	52,0
İşlemin Tipi	12	2,2	96	17,8	174	32,3	256	47,6
İşlemin Yeri	8	1,5	52	9,7	176	32,7	302	56,1
İşlemin Süresi	36	6,7	110	20,4	142	26,4	250	46,5
İşlemi Yapacak Kişi	8	1,5	52	9,7	152	28,3	326	60,6
İşlem Öncesi Hazırlık	8	1,5	50	9,3	128	23,8	352	65,4
Anestezinin Tipi	46	8,6	90	16,7	154	28,6	248	46,1
Ameliyat Sonrası Yatma Pozisyonu	8	1,5	30	5,6	122	22,7	378	70,3
Ameliyat Sonrası Gözlem	0	0,0	34	6,3	154	28,6	350	65,1
Ameliyat Sonrası Sınırlılıkları	2	0,4	42	7,8	132	24,5	362	67,3
Ameliyat Sonrası Ağrı Tedavisi	2	0,4	36	6,7	146	27,1	354	65,8
Nonfarmakolojik Ağrı Azaltma Yöntemleri	14	2,6	180	33,5	176	32,7	168	31,2

Çalışmada hemşirelerin %2,6'sının (n=14) hiçbir zaman, %21,9'unun (n=118) bazen, %27,9'unun (n=150) sık sık, %47,6'sının (n=256) her zaman "işlem" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %4,5'inin (n=24) hiçbir zaman, %14,5'inin (n=78) bazen, %29,0'ının (n=156) sık sık, %52,0'ının (n=280) her zaman "işlemin amacı" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %2,2'sinin (n=12) hiçbir zaman, %17,8'inin (n=96) bazen, %32,3'ünün (n=174) sık sık, %47,6'sının (n=256) her zaman "işlemin tipi" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %1,5'inin (n=8) hiçbir zaman, %9,7'sinin (n=52) bazen, %32,7'sinin (n=176) sık sık, %56,1'inin (n=302) her zaman "işlemin yeri" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %6,7'sinin (n=36) hiçbir zaman, %20,4'ünün (n=110) bazen, %26,4'ünün (n=142) sık sık, %46,5'inin (n=250) her zaman "işlemin süresi" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %1,5'inin (n=8) hiçbir zaman, %9,7'sinin (n=52) bazen, %28,3'ünün (n=152) sık sık, %60,6'sının (n=326) her zaman "işlemi yapacak kişi" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %1,5'inin (n=8) hiçbir zaman, %9,3'ünün (n=50) bazen, %23,8'inin (n=128) sık sık, %65,4'ünün (n=352) her zaman "işlem öncesi hazırlık" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %8,6'sının (n=46) hiçbir zaman, %16,7'sinin (n=90) bazen, %28,6'sının (n=154) sık sık, %46,1'inin (n=248) her zaman "anestezinin tipi" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %1,5'inin (n=8) hiçbir zaman, %5,6'sının (n=30) bazen, %22,7'sinin (n=122) sık sık, %70,3'ünün (n=378) her zaman "ameliyat sonrası yatma pozisyonu" hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %6,3'ünün (n=34) bazen, %28,6'sının (n=154) sık sık, %65,1'inin (n=350) her zaman “ameliyat sonrası gözlem” hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %0,4'ünün (n=2) hiçbir zaman, %7,8'inin (n=42) bazen, %24,5'inin (n=132) sık sık, %67,3'ünün (n=362) her zaman “ameliyat sonrası sınırlılıkları” hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %0,4'ünün (n=2) hiçbir zaman, %6,7'sinin (n=36) bazen, %27,1'inin (n=146) sık sık, %65,8'inin (n=354) her zaman “ameliyat sonrası ağrı tedavisi” hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Hemşirelerin %2,6'sının (n=14) hiçbir zaman, %33,5'inin (n=180) bazen, %32,7'sinin (n=176) sık sık, %31,2'sinin (n=168) her zaman “nonfarmakolojik ağrı azaltma yöntemleri” hakkında bilgilendirme yaptıkları belirlendi.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Kullandıkları Fiziksel Nonfarmakolojik Yöntemler

Bireysel Özellikler	Masaj				Pozisyonverme				Sıcak-Soğuk Uygulama				
	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	
Cinsiyet													
Kadın	N	98	200	78	78	4	54	234	162	18	78	202	156
	%	%21,6	%44,1	%17,2	%17,2	%0,9	%11,9	%51,5	%35,7	%4,0	%17,2	%44,5	%34,4
Erkek	N	6	48	26	4	0	2	42	40	0	8	32	44
	%	%7,1	%57,1	%31,0	%4,8	%0,0	%2,4	%50,0	%47,6	%0,0	%9,5	%38,1	%52,4
P	χ^2	24,411				9,626				12,789			
	P=	0,000				0,022				0,005			
Yaş													
20-31	N	60	140	74	56	4	34	164	128	10	58	138	124
	%	%18,2	%42,4	%22,4	%17,0	%1,2	%10,3	%49,7	%38,8	%3,0	%17,6	%41,8	%37,6
32 ve üzeri	N	44	108	30	26	0	22	112	74	8	28	96	76
	%	%21,2	%51,9	%14,4	%12,5	%0,0	%10,6	%53,8	%35,6	%3,8	%13,5	%46,2	%36,5
P	χ^2	8,978				3,309				2,193			
	P=	0,030				0,346				0,533			
Eğitim durumu													
SML	N	30	50	18	4	4	14	64	20	6	16	62	18
	%	%29,4	%49,0	%17,6	%3,9	%3,9	%13,7	%62,7	%19,6	%5,9	%15,7	%60,8	%17,6
On Lisans	N	28	38	6	10	0	12	38	32	2	16	34	30
	%	%34,1	%46,3	%7,3	%12,2	%0,0	%14,6	%46,3	%39,0	%2,4	%19,5	%41,5	%36,6
Lisans	N	40	138	74	50	0	30	144	128	8	54	110	130
	%	%13,2	%45,7	%24,5	%16,6	%0,0	%9,9	%47,7	%42,4	%2,6	%17,9	%36,4	%43,0
Lisansüstü	N	6	22	6	18	0	0	30	22	2	0	28	22
	%	%11,5	%42,3	%11,5	%34,6	%0,0	%0,0	%57,7	%42,3	%3,8	%0,0	%53,8	%42,3
P	χ^2	56,764				40,229				37,756			
	P=	0,000				0,000				0,000			
Çalışma Süresi													
<2 yıl	N	16	26	2	16	0	8	30	22	0	22	28	10
	%	%26,7	%43,3	%3,3	%26,7	%0,0	%13,3	%50,0	%36,7	%0,0	%36,7	%46,7	%16,7
2-5 yıl	N	14	82	58	24	0	8	98	72	6	12	84	76
	%	%7,9	%46,1	%32,6	%13,5	%0,0	%4,5	%55,1	%40,4	%3,4	%6,7	%47,2	%42,7
6-10 yıl	N	38	68	18	20	4	20	76	44	8	26	66	44
	%	%26,4	%47,2	%12,5	%13,9	%2,8	%13,9	%52,8	%30,6	%5,6	%18,1	%45,8	%30,6
11-20 yıl	N	32	54	16	14	0	14	56	46	2	18	46	50
	%	%27,6	%46,6	%13,8	%12,1	%0,0	%12,1	%48,3	%19,7	%1,7	%15,5	%39,7	%43,1
>20 yıl	N	4	18	10	8	0	6	16	18	2	8	10	20
	%	%10,0	%45,0	%25,0	%20,0	%0,0	%15,0	%40,0	%45,0	%5,0	%20,0	%25,0	%50,0
P	χ^2	60,664				25,001				48,953			
	P=	0,000				0,015				0,000			

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Kullandıkları Fiziksel Nonfarmakolojik Yöntemler(Devam)

Bireysel Özellikler		Terapötik Dokunma				Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı			
		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman
Cinsiyet									
Kadın	N	50	136	140	128	344	68	28	14
	%	%11,0	%30,0	%30,8	%28,2	%75,8	%15,0	%6,2	%3,1
Erkek	N	4	42	18	20	66	18	0	0
	%	%4,8	%50,0	%21,4	%23,8	%78,6	%21,4	%0,0	%0,0
P	χ^2	13,999				9,689			
	P=	0,003				0,021			
Yaş									
20-31	N	38	108	98	86	258	52	16	4
	%	%11,5	%32,7	%29,7	%26,1	%78,2	%15,8	%4,8	%1,2
32 ve üzeri	N	16	70	60	62	152	34	12	10
	%	%7,7	%33,7	%28,8	%29,8	%73,1	%16,3	%5,8	%4,8
P	χ^2	2,573				7,010			
	P=	0,462				0,072			
Eğitim durumu									
SML	N	20	40	30	12	80	16	6	0
	%	%19,6	%39,2	%29,4	%11,8	%78,4	%15,7	%5,9	%0,0
On Lisans	N	10	16	30	26	46	24	4	8
	%	%12,2	%19,5	%36,6	%31,7	%56,1	%29,3	%4,9	%9,8
Lisans	N	24	96	92	90	238	44	14	6
	%	%7,9	%31,8	%30,5	%29,8	%78,8	%14,6	%4,6	%2,0
Lisansüstü	N	0	26	6	20	46	2	4	0
	%	%0,0	%50,0	%11,5	%38,5	%88,5	%3,8	%7,7	%0,0
P	χ^2	46,365				41,426			
	P=	0,000				0,000			
Çalışma Süresi									
<2 yıl	N	16	18	20	6	54	6	0	0
	%	%26,7	%30,0	%33,3	%10,0	%90,0	%10,0	%0,0	%0,0
2-5 yıl	N	8	62	58	50	140	24	10	4
	%	%4,5	%34,8	%32,6	%28,1	%78,7	%13,5	%5,6	%2,2
6-10 yıl	N	10	56	36	42	106	34	4	0
	%	%6,9	%38,9	%25,0	%29,2	%73,6	%23,6	%2,8	%0,0
11-20 yıl	N	12	32	38	34	88	12	10	6
	%	%10,3	%27,6	%32,8	%29,3	%75,9	%10,3	%8,6	%5,2
>20 yıl	N	8	10	6	16	22	10	4	4
	%	%20,0	%25,0	%15,0	%40,0	%55,0	%25,0	%10,0	%10,0
P	χ^2	45,379				41,681			
	P=	0,000				0,000			

Çalışmada hemşirelerin masaj, pozisyon verme, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma ve transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemlerini kullanma durumları ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $\chi^2=24,411$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=9,626$; $P=0,022 <0,05$; $\chi^2= 12,789$; $P=0,005 <0,05$; $\chi^2=13,999$; $P=0,003 <0,05$; $\chi^2=9,689$; $P=0,021 <0,05$). Kadınların %44,1'inin, erkeklerin %57,1'inin masaj yöntemini bazen kullandıkları; pozisyon verme yöntemini kadınların %51,5'inin, erkeklerin %50,0'inin sık sık kullandıkları; sıcak-soğuk uygulama yöntemini kadınların %44,5'inin sık sık, erkeklerin %52,4'ünün her zaman kullandıkları; terapötik dokunma yöntemini kadınların %30,8'inin sık sık, erkeklerin %50,0'sinin bazen kullandıkları; transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini ise kadınların %75,8'inin, erkeklerin %78,6'sının hiçbir zaman kullanmadıkları saptandı.

Hemşirelerin masaj yöntemi kullanma durumları ile yaş değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü ($\chi^2=8,978$; $P=0,030 <0,05$). Masaj yöntemini 20-31 yaş aralığında olanların %42,4'ünün, 32 yaş ve üzeri olanların %51,9'unun bazen yaptıkları saptandı. Çalışmada hemşirelerin pozisyon verme, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma ve transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemlerini kullanma durumları ile yaş değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (sırasıyla; $\chi^2=3,309$; $P=0,346 >0,05$; $\chi^2=2,193$; $P= 0,533 >0,05$; $\chi^2=2,573$; $P=0,462 >0,05$; $\chi^2=7,010$ $P=0,072 >0,05$). 20-31 yaş aralığında olanların %49,7'sinin, 32 yaş ve üzeri olanların %53,8'inin sık sık pozisyon verme yöntemini kullandıkları; 20-31 yaş aralığında olanların %41,8'inin, 32 yaş ve üzeri olanların %46,8'inin sık sık sıcak-soğuk uygulama yöntemini kullandıkları; terapötik dokunma yöntemini 20-31 yaş aralığında olanların %32,7'sinin, 32 yaş ve üzeri olanların %33,7'sinin bazen kullandıkları; transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini ise 20-31 yaş aralığında olanların %78,2'sinin, 32 yaş ve üzeri olanların %73,1'inin hiçbir zaman kullanmadıkları saptandı.

Hemşirelerin masaj, pozisyon, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma, transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemlerini kullanma durumları ile eğitim durumu değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı

farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $x^2=56,764$; $P=0,000 <0,05$; $x^2=40,229$; $P=0,000 <0,05$; $x^2= 37,756$; $P=0,000 <0,05$; $x^2= 46,365$; $P=0,000 <0,05$; $x^2= 41,426$; $P=0,000 <0,05$). Sağlık meslek lisesi mezunlarının %49,0'ının, ön lisans mezunlarının %46,3'ünün, lisans mezunlarının %45,7'sinin, lisansüstü mezunlarının %42,3'ünün masaj yöntemini bazen kullandıkları; pozisyon verme yöntemini Sağlık meslek lisesi mezunlarının %62,7'sinin, ön lisans mezunlarının %46,3'ünün, lisans mezunlarının %47,7'sinin, lisansüstü mezunlarının %57,7'sinin sık sık kullandıkları; sıcak soğuk uygulama yöntemini sağlık meslek lisesi mezunlarının %60,8'inin, ön lisans mezunlarının %41,5'inin, lisansüstü mezunlarının %53,8'inin sık sık, lisans mezunlarının %43,0'ının her zaman kullandıkları; terapötik dokunmayı sağlık meslek lisesi mezunlarının %39,2'sinin, lisans mezunlarının %31,8'inin, lisansüstü mezunlarının %50,0'ının bazen, ön lisans mezunlarının %36,6'sının sık sık kullandıkları; transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini ise sağlık meslek lisesi mezunlarının %78,4'ünün, ön lisans mezunlarının %56,1'inin, lisans mezunlarının %78,8'inin, lisansüstü mezunlarının %88,5'inin hiçbir zaman kullanmadıkları saptandı.

Hemşirelerin masaj, pozisyon, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma ve transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemlerini kullanma durumları ile çalışma süresi değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $x^2=60,664$; $P=0,000 <0,05$; $x^2=25,001$; $P=0,015 <0,05$; $x^2= 48,953$; $P=0,000 <0,05$; $x^2=45,379$; $P=0,000 <0,05$; $x^2=41,681$; $P=0,000 <0,05$). 2 yıldan az çalışanların %43,3'ünün, 2-5yıl arası çalışanların %46,1'inin, 6-10 yıl arası çalışanların %47,2'sinin, 11-20 yıl arası çalışanların %46,6'sinin, 20 yıldan fazla çalışanların %45,0'ının masaj yöntemini bazen kullandıkları; pozisyon verme yöntemini 2 yıldan az çalışanların %50,0'ının, 2-5 yıl arası çalışanların %55,1'ünün ve 6-10 yıl arası çalışanların %52,8'inin, 11-20 yıl arası çalışanların %48,3'ünün sık sık, 20 yıldan fazla çalışanların %45,0'ının her zaman kullandıkları; sıcak-soğuk uygulama yöntemini 2 yıldan az çalışanların %46,7'sinin, 2-5 yıl arası çalışanların %47,2'sinin, 6-10 yıl arası çalışanların %45,8'inin, 11-20 yıl arası çalışanların %39,7'sinin sık sık, 20 yıl ve üzeri çalışanların %50,0'ının her zaman kullandıkları; terapötik dokunma yöntemini 2 yıldan az çalışanların %33,3'ünün, 11-20 yıl arası çalışanların %32,8'inin sık sık, 2-5yıl arası çalışanların %34,8'inin, 6-10yıl arası

Çalışanların %38,9'unun bazen kullandıkları; transkütan elektriksel sinir uyarımı yöntemini 2 yıldan az çalışanların %90,0'ının, 2-5 yıl arası çalışanların %78,7'sinin, 6-10 yıl arası çalışanların %73,6'sının, 11-20 yıl arası çalışanların %75,9'unun, 20 yıl ve üzeri çalışanların %55,0'ının hiçbir zaman kullanmadıkları saptandı.



Tablo 4.5. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Kullandıkları Bilişsel/Davranışsal Nonfarmakolojik Yöntemler

Bireysel Özellikler	Solunum Egzersizleri				Dikkatini Başka Yöne Çekme				Rahatlatma				
	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	
Cinsiyet													
Kadın	N	14	110	154	176	18	140	138	158	4	46	204	200
	%	%3,1	%24,2	%33,9	%38,8	%4,0	%30,8	%30,4	%34,8	%0,9	%10,1	%44,9	%44,1
Erkek	N	0	14	24	46	2	36	34	12	0	4	42	38
	%	%0,0	%16,7	%28,6	%54,8	%2,4	%42,9	%40,5	%14,3	%0,0	%4,8	%50,0	%45,2
P	$\chi^2=$	9,357				15,304				3,360			
	P=	0,025				0,002				0,339			
Yaş													
20-31	N	6	82	90	152	10	94	116	110	2	40	140	148
	%	%1,8	%24,8	%17,3	%46,1	%3,0	%28,5	%35,2	%33,3	%0,6	%12,1	%42,4	%44,8
32 ve üzeri	N	8	42	88	70	10	82	56	60	2	10	106	90
	%	%3,8	%20,2	%42,3	%33,7	%4,8	%39,4	%26,9	%28,8	%1,0	%4,8	%51,0	%43,3
P	$\chi^2=$	16,693				9,265				9,665			
	P=	0,001				0,026				0,022			
Eğitim durumu													
SML	N	4	46	40	12	6	46	32	18	2	12	60	28
	%	%3,9	%45,1	%39,2	%11,8	%5,9	%45,1	%31,4	%17,6	%2,0	%11,8	%58,8	%27,5
On Lisans	N	6	20	34	22	10	28	18	26	2	6	32	42
	%	%7,3	%24,4	%41,5	%26,8	%12,2	%34,1	%22,0	%31,7	%2,4	%7,3	%39,0	%51,2
Lisans	N	4	52	100	146	4	90	108	100	0	30	136	136
	%	%1,3	%17,2	%33,1	%48,3	%1,3	%29,8	%35,8	%33,1	%0,0	%9,9	%45,0	%45,0
Lisansüstü	N	0	6	4	42	2	12	14	26	0	2	18	32
	%	%0,0	%11,5	%7,7	%80,8	%0,0	%23,1	%26,9	%50,0	%0,0	%3,8	%34,6	%61,5
P	$\chi^2=$	101,977				47,250				27,674			
	P=	0,000				0,000				0,001			
Çalışma Süresi													
<2 yıl	N	0	20	14	26	2	30	6	22	0	12	36	12
	%	%0,0	%33,3	%23,3	%43,3	%3,3	%50,0	%10,0	%36,7	%0,0	%20,0	%60,0	%20,0
2-5 yıl	N	2	36	42	98	4	44	72	58	2	8	78	90
	%	%1,1	%20,2	%23,6	%55,1	%2,2	%24,7	%40,4	%32,6	%1,1	%4,5	%43,8	%50,6
6-10 yıl	N	6	28	60	50	2	50	52	40	0	18	62	64
	%	%4,2	%19,4	%41,7	%34,7	%1,4	%34,7	%36,1	%27,8	%0,0	%12,5	%43,1	%44,4
11-20 yıl	N	2	32	46	36	8	38	32	38	0	4	60	52
	%	%1,7	%27,6	%39,7	%31,0	%6,9	%32,8	%27,6	%32,8	%0,0	%3,4	%51,7	%44,8
>20 yıl	N	4	8	16	12	4	14	10	12	2	8	10	20
	%	%10,0	%20,0	%40,0	%30,0	%10,0	%35,0	%25,0	%30,0	%5,0	%20,0	%25,0	%50,0
P	$\chi^2=$	44,345				36,189				52,673			
	P=	0,000				0,000				0,000			

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Kullandıkları Bilişsel/Davranışsal Nonfarmakolojik Yöntemler(Devam)

Bireysel Özellikler		Düşleme				Bilgilendirme			
		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her Zaman
Cinsiyet									
Kadın	N	2	44	210	198	0	38	114	302
	%	%0,4	%9,7	%46,3	%43,6	%0	%8,4	%25,1	%66,5
Erkek	N	0	4	42	38	0	4	8	72
	%	%0,0	%4,8	%50,0	%45,2	%0	%4,8	%9,5	%85,7
P	$\chi^2=$	2,556				12,533			
	P=	0,465				0,002			
Yaş									
20-31	N	2	24	156	148	0	20	74	236
	%	%0,6	%7,3	%47,3	%44,8	%0	%6,1	%22,4	%71,5
32 ve üzeri	N	0	24	96	88	0	22	48	138
	%	%0,0	%11,5	%46,2	%42,3	%0	%10,6	%23,1	%66,3
P	$\chi^2=$	4,085				3,848			
	P=	0,252				0,146			
Eğitim durumu									
SML	N	2	8	62	30	0	4	32	66
	%	%2,0	%7,8	%60,8	%29,4	%0	%3,9	%31,4	%64,7
On Lisans	N	0	6	32	44	0	8	22	52
	%	%0,0	%7,3	%39,0	%53,7	%0	%9,8	%26,8	%63,4
Lisans	N	0	32	130	140	0	28	64	210
	%	%0,0	%10,6	%43,0	%46,4	%0	%9,3	%21,2	%69,5
Lisansüstü	N	0	2	28	22	0	2	4	46
	%	%0,0	%3,8	%53,8	%42,3	%0	%3,8	%7,7	%88,5
P	$\chi^2=$	25,252				17,177			
	P=	0,003				0,009			
Çalışma Süresi									
<2 yıl	N	0	10	26	24	0	4	8	48
	%	%0,0	%16,7	%43,3	%40,0	%0	%6,7	%13,3	%80,0
2-5 yıl	N	2	6	92	78	0	12	38	128
	%	%1,1	%34,4	%51,7	%43,8	%0	%6,7	%21,3	%71,9
6-10 yıl	N	0	20	60	64	0	4	42	98
	%	%0,0	%13,9	%41,7	%44,4	%0	%2,8	%29,2	%68,1
11-20 yıl	N	0	4	64	48	0	12	26	78
	%	%0,0	%3,4	%55,2	%41,4	%0	%10,3	%22,4	%67,2
>20yıl	N	0	8	10	22	0	10	8	22
	%	%0,0	%20,0	%25,0	%55,0	%0	%25,0	%20,0	%55,0
P	N	36,781				28,819			
	%	0,000				0,000			

Çalışmada hemşirelerin solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme ve bilgilendirme yöntemlerini kullanma durumları ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $\chi^2=9,357$; $P=0,025 <0,05$; $\chi^2=15,304$; $P=0,002 <0,05$; $\chi^2=12,533$; $P=0,002 <0,05$). Solunum egzersizleri yöntemini kadınların %38,8'inin, erkeklerin %54,8'inin her zaman kullandıkları; dikkati başka yöne çekme yöntemini kadınların %34,8'inin her zaman, erkeklerin %42,9'unun ise bazen kullandıkları; kadınların %66,5'inin, erkeklerin %85,7'sinin her zaman bilgilendirme yaptıkları saptandı. Hemşirelerin rahatlatma ve düşünme yöntemlerini kullanma durumları ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan değerlendirmede ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görüldü (sırasıyla; $\chi^2=3,360$; $P=0,339 >0,05$; $\chi^2=2,556$; $P=0,465 >0,05$). Rahatlatma yöntemini kadınların %44,9'inin, erkeklerin %50,0'inin sık sık kullandıkları; düşünme yöntemini ise kadınların %46,3'ünün, erkeklerin %50,0'inin sık sık uyguladıkları; düşünme yöntemini ise kadınların %46,3'ünün, erkeklerin %50,0'inin sık sık kullandıkları saptandı.

Hemşirelerin solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme ve rahatlatma yöntemlerini kullanma durumları ile yaş değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $\chi^2=16,693$; $P=0,001 <0,05$; $\chi^2=9,265$; $P=0,026 <0,05$; $\chi^2=9,665$; $P=0,022 <0,05$). Solunum egzersizlerini 20-31 yaş aralığında olanların %46,1'inin her zaman, 32 yaş ve üzeri olanların %42,3'ünün ise sık sık kullandıkları; dikkati başka yöne çekme yöntemini 20-31 yaş aralığında olanların %35,2'sinin sık sık, 32 yaş ve üzeri olanların %39,4'ünün bazen kullandıkları; rahatlatma yöntemini ise 20-31 yaş aralığında olanların %44,8'inin her zaman, 32 yaş ve üzeri olanların %51,0'ünün sık sık kullandıkları saptandı. Hemşirelerin düşünme ve bilgilendirme yöntemlerini kullanma durumları ile yaş değişkeni arasında yapılan değerlendirmede ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (sırasıyla; $\chi^2=4,085$; $P=0,252 >0,05$; $\chi^2=3,848$; $P=0,146 >0,05$). 20-31 yaş aralığında olanların %47,3'ünün, 32 yaş ve üzeri olanların %46,2'sinin ise sık sık düşünme yöntemini kullandıkları; 20-31 yaş aralığında olanların %71,5'inin, 32 yaş ve üzeri olanların ise %66,3'ünün her zaman bilgilendirme yaptıkları saptandı.

Hemşirelerin solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme, rahatlatma, düşünme ve bilgilendirme yöntemlerini kullanma durumları ile eğitim durumu değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $\chi^2=101,977$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=47,250$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=27,674$; $P=0,001 <0,05$; $\chi^2=25,252$; $P=0,003 <0,05$; $\chi^2=17,177$; $P=0,009 <0,05$). Solunum egzersizlerini ise sağlık meslek lisesi mezunlarının %45,1'inin bazen, ön lisans mezunlarının %41,5'inin sık sık, lisans mezunlarının %48,3'ünün, lisansüstü mezunlarının %80,8'inin her zaman kullandıkları; dikkati başka yöne çekme yöntemini sağlık meslek lisesi mezunlarının %45,1'inin ve ön lisans mezunlarının %34,1'inin bazen, lisans mezunlarının %35,8'inin sık sık, lisansüstü mezunlarının %50,0'mın her zaman kullandıkları; rahatlatma yöntemini sağlık meslek lisesi mezunlarının %58,8'inin, lisans mezunlarının %45,0'mın sık sık, ön lisans mezunlarının %51,2'sinin, lisans mezunlarının %45,0'mın, lisansüstü mezunlarının %61,5'inin her zaman kullandıkları; düşünme yöntemini sağlık meslek lisesi mezunlarının %60,8'inin, lisansüstü mezunlarının %53,8'inin sık sık, ön lisans mezunlarının %53,7'sinin, lisans mezunlarının %46,4'ünün her zaman kullandıkları; sağlık meslek lisesi mezunlarının %64,7'sinin, ön lisans mezunlarının %63,4'ünün, lisans mezunlarının %69,5'inin, lisansüstü mezunlarının %88,5'inin her zaman bilgilendirme yaptıkları saptandı.

Hemşirelerin solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme, rahatlatma, düşünme ve bilgilendirme yöntemlerini kullanma durumları ile çalışma süresi değişkeni arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görüldü (sırasıyla; $\chi^2=44,345$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=36,189$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=52,673$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=36,781$; $P=0,000 <0,05$; $\chi^2=28,819$; $P=0,000 <0,05$). Solunum egzersizlerini 2 yıldan az çalışanların %43,3'ünün ve 2-5 yıl arası çalışanların %55,1'inin her zaman kullandıkları; 6-10 yıl arası çalışanların %41,7'sinin, 11-20 yıl arası çalışanların %39,7'sinin ve 20 yıl ve üzeri çalışanların %40,0'mın sık sık kullandıkları; dikkati başka yöne çekme yöntemini 2 yıldan az çalışanların %50,0'mın, 11-20 yıl arası çalışanların %32,8'inin ve 20 yıl ve üzeri çalışanların %35,0'mın bazen, 2-5yıl arası çalışanların %40,4'ünün ve 6-10 yıl arası çalışanların %36,1'inin sık sık, 11-20 yıl arası çalışanların %32,8'inin her zaman kullandıkları; rahatlatma yöntemini 2 yıldan az çalışanların %60,0'mın, 11-20 yıl arası çalışanların

%51,7'sinin sık sık, 2-5 yıl arası çalışanların %50,6'sının,6-10 yıl arası çalışanların %44,4'ünün, 20 yıl ve üzeri çalışanların %50,0'minin her zaman kullandıkları; düşleme yöntemini 2 yıldan az çalışanların %43,3'ünün, 2-5 yıl arası çalışanların %51,7'sinin, 11-20 yıl arası çalışanların %55,2'sinin sık sık, 20 yıl ve üzeri çalışanların %55,0'minin her zaman kullandıkları; 2 yıldan az çalışanların %80,0'minin, 2-5yıl arası çalışanların %71,9'unun 6-10yıl arası çalışanların %68,1'inin, 11-20 yıl arası çalışanların %67,2'sinin, 20 yıldan fazla çalışanların %55,0'minin her zaman bilgilendirme yaptıkları saptandı.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Nonfarmakolojik Yöntemleri Uygulamama Nedenleri

Uygulamama nedenleri *	n	%
Ağır iş yükü	348	64,7
Hemşire sayısının yetersiz olması	366	68,0
Ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması	128	23,8
Ağrıyı geçireceğine inanmıyor olması	188	34,9
Nonfarmakolojik yöntemleri kullanmanın ameliyat sonrası uygulanacak hemşirelik bakımının bir parçası olarak görmemesi	68	12,6

* Birden fazla seçilen sorular

Çalışmada, ameliyat sonrası dönemde nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenlerine hemşirelerin 366'sı (%68,0) "hemşire sayısının yetersiz olması", 348'i (%64,7) "ağır iş yükü", 188'i (%34,9) "ağrıyı geçireceğine inanmıyor olması", 128'i (%23,8) "ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması", 68'i (%12,6) "nonfarmakolojik yöntemleri kullanmanın ameliyat sonrası uygulanacak hemşirelik bakımının bir parçası olarak görmemesi" yanıtını verdikleri saptandı.

5.YORUMLAR

Ameliyat sonrası erken dönemde görülen en yaygın sorunlardan biri olan ağrı, giderek artan ve sıklıkla ilaçlarla tedavi edilen bir sağlık problemidir. Ağrının farmakolojik yöntemlerle tedavisinin hızlı etki etmesi, kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir olması kullanımını artırmaktadır. İlaçların bilinçsizce kullanımı ve buna bağlı olarak gelişen yan etkiler ile birlikte ülke ekonomisine getirdiği yük gibi olumsuz sonuçlar, nonfarmakolojik yöntemlerinin kullanımını desteklemektedir^(57,111).

Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın verileri ilgili literatür ile tartışıldı.

5.1. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Ait Bulguların Yorumlanması

Çalışmada hemşirelerin 454'ünün(%84,4) kadın, 330'unun (%61,3) 20-31 yaş aralığında, 302'sinin(%56,1) lisans mezunu olduğu ve 178'inin (%33,1) 2-5 yıl arası süreyle çalıştığı belirlendi (Tablo 4.1). Ay'ın⁽⁷⁾ (2010) postoperatif dönemde yetişkin hastalara bakım verilen kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı problemi için hangi uygulamayı yaptıklarını belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada %41.6'sının 23-27 yaş aralığında yoğunlaştığı, yaş ortalamalarının 28.61±6.66 olduğu, %30.5'inin lisans mezunu olduğu, %30.8'inin 1-5 yıl arasında mesleki deneyiminin olduğu bildirmiştir. Tercan'ın⁽¹¹¹⁾ (2015) hemşirelerin ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin %83,4'ünün kadın olduğu, yaş ortalamasının 28.01±6.48 (18-55yaş arası) olduğu ve %42,5'inin lisans mezunu olduğu, Özer ve ark.⁽⁹⁵⁾ (2001) tarafından hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelendiği çalışmada ise hemşirelerin %64,7'sinin 21-30 yaş arası ve %63,0'mının lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelik çok uzun yıllardan yakın geçmişe kadar bir kadın mesleği olarak gerçekleştirildiğinden, çalışmaya katılan hemşirelerinin çoğunluğunun kadın olması beklenen bir sonuçtur. Gelecek yıllarda yapılacak çalışmalarda erkek hemşirelerin katılma oranının artacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda lisans mezunu hemşire oranının yüksek olması eğitim düzeyi açısından olumlu kabul

edilebilir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda hemşirelerin yaş ortalamalarının düşük olmasının okullardan mezun olan hemşirelerin genellikle ilk yıllarda servislerde çalışmalarından ve ileri yaştakilerin polikliniklere geçmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere Ait Bulguların Yorumlanması

5.2.1. Fiziksel Nonfarmakolojik Yöntemlere Ait Bulguların Yorumlanması

Çalışmamızda ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşirelerin %46,1'inin "bazen", %15,2'sinin ise her zaman masaj yöntemini uyguladığı belirlendi (Tablo 4.2). Karadağ ve ark.⁽⁵⁹⁾ (2017) yaptıkları çalışmada cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin %13,1'inin ağrıyı azaltmak için masaj uyguladıkları saptanmıştır. Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin hastaların ağrısını gidermek için %46,422'ünün bazen, %5,4'ünün her zaman masaj uyguladığı belirtilmiştir. Ay ve Alpar'ın⁽⁷⁾ (2010) yaptığı bir başka çalışmada ise hemşirelerin %67,2'sinin ağrıyı azaltmak için masaj uyguladıkları belirlenmiştir. Çalışmalardaki oranlar arasındaki farklılıkların kurum ve protokollere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Hemşirelerin bu yöntemi seçmelerinin nedeni; kişilerin evde de sık sık bu yöntemi kullanmaları ve kısa sürede rahatlama sağlamaları olabilir.

Çalışmada hemşirelerin %51,3'ünün sık sık, %37,5'inin her zaman ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetiminde pozisyon verme yöntemini kullandıkları belirlendi (Tablo 4.2). Yılmaz'ın⁽¹²⁵⁾ (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin %96,8'inin ağrıyı azaltmak için hastaya uygun pozisyon verdiği, Ayhan'ın⁽¹⁰⁾ (2015) yaptığı çalışmada hemşirelerin; hastaların %78,64'ünün ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon almalarına yardımcı oldukları belirlenmiştir. Akdemir ve ark.⁽⁴⁾ (2008) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin ağrı tedavisinde kullandıkları nonfarmakolojik ve farmakolojik girişimlerin öncelikleri incelenmiş ve hastanın dinlenmesinin sağlanması, farmakolojik girişimler ve hastaya uygun pozisyon vermenin ilk kullanılan girişimler olduğu saptanmıştır. Hastalara uygun pozisyon verilmesinin yüksek oranlarda

kullanılması hastaların ağrılarının azalması ve rahat bir uyku uyuyarak dinlenmelerinin sağlanması bakımından olumlu bir sonuçtur.

Çalışmamızda hemşirelerin %43,5'inin sık sık, %37,2'sinin her zaman ameliyat sonrası ağrı yönetiminde sıcak-soğuk uygulama yöntemini kullandıkları belirlendi (Tablo 4.2). Sıcak- soğuk uygulama yöntemi ağrı yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Kol ve ark.⁽⁷¹⁾ (2013) yapmış olduğu çalışmada göğüs tüplerinin giriş yerine yapılan soğuk uygulamanın mobilizasyon ve öksürme anındaki ağrıyı ve analjezik tüketim miktarını azalttığı belirtilmiştir. Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) çalışmasında hemşirelerin hastaların ağrısını gidermek için %61,3'ünün bazen, %7.1'inin her zaman sıcak uygulama, %62.5'inin bazen, %21.4'ünün her zaman soğuk uygulama yaptığı saptanmıştır. Tuba Yılmaz'ın⁽¹²⁵⁾ (2011) çalışmasında ise hemşirelerin %74,6'sının ağrıya yönelik sıcak-soğuk uygulama yaptığı saptanmıştır. Bu bağlamda sıcak-soğuk uygulama yönteminin özel bir eğitim gerektirmeyen ve kolay uygulanabilen nonfarmakolojik bir yöntem olması sebebiyle tercih edildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %33,1'inin bazen terapötik dokunma yöntemini uyguladığı belirlendi (Tablo 4.2). Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) çalışmasında ise hemşirelerin hastaların ağrısını azaltmak için %42.3'ünün bazen dokunma yöntemini kullandığı belirtilmiştir. Dokunma güçlü bir terapötik bir uygulama olduğundan solunum, nabız ve kan basıncında değişimlere neden olmakta; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltmakta; hasta hemşire etkileşimini artırmakta ve ameliyat öncesi dönemde hastaların sedatiflere olan gereksinimini azaltmaktadır. Çalışmalar ağrı deneyimleyen hastalarda, terapötik dokunmanın etkili olduğunu göstermiştir^(48,86).

Toronto'da birçok hastanede düzenli olarak terapötik dokunma yapılmaktadır. Hemşireler St.Luke hastanesinde düzenli bir şekilde hemşirelik girişimi olarak terapötik dokunmayı uygulamaktadır. Bristol Hastanesinde sağlık çalışanlarının %25'i terapötik dokunma ile ilgili 15 saatlik eğitim almaktadır⁽¹¹²⁾. Gagne D.⁽⁴⁵⁾ (1994) tarafından terapötik dokunmanın yanı sıra hastalarda etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada terapötik dokunmanın anksiyeteyi azaltmada yardımcı olarak analjezik etkisinin artmasında etkili olduğunu göstermiştir. Keller ve Bzdek⁽⁶⁶⁾

(1986) gerilim tipi baş ağrısında terapötik dokunmanın etkilerini araştırmış ve terapötik dokunma deneyimleyen hastaların plasebo uygulanan diğer hastalara göre baş ağrısında ciddi bir azalma ve rahatlama olduğu görülmüştür. Meehan⁽⁸⁴⁾ (1985) terapötik dokunmanın ameliyat sonrası ağrının azalmasında etkili olabileceğini ve analjezik gereksiniminin azalabileceğini belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda terapötik dokunmanın hastanın konfor düzeyini arttırdığı, hastanede yatan hastaların anksiyete düzeyini, açık kalp ameliyatı olan hastaların baş ağrısını ve ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı, immün sistemi güçlendirdiği, ameliyat yarasının iyileşmesini hızlandırdığı, dinlemeye teşvik ettiği ve hissedilen stresi azalttığı görülmüştür^(25,45,47,90).

Ayrıca literatürde, terapötik dokunmanın yoğun bakım ünitelerindeki hastalarda anksiyete ve ağrı düzeyini azalttığı, kan şekeri, kan basıncı ve kalp ritmini düzenlediği, gevşemeyi hızlandırdığı, immün sistemi harekete geçirdiği ayrıca sedatif ilaç gereksinimini azalttığı belirtilmektedir⁽⁸⁶⁾. Buna karşın çalışmamızda hemşirelerin terapötik dokunma yöntemini bazen uyguladıkları görüldü. Bu sonucun hemşirelerin çalışma saatlerinin ve bakım verdikleri hasta sayısının fazla olmasından dolayı hastalar ile etkili iletişim sağlayacak yeterli zaman bulamamalarından ve hizmet içi eğitimlerle bu konunun yeterince pekiştirilmediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %76,2'sinin hiçbir zaman TENS yöntemini kullanmadığı belirlendi (Tablo 4.2). Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) çalışmasında ise hemşirelerin hastaların ağrısını azaltmak için %92.3'ünün TENS yöntemini hiç kullanmadığı belirtilmiştir. Fiorelli ve ark.⁽⁵⁰⁾ (2012) tarafından TENS'in etkinliğinin araştırıldığı çalışmada ise bu yöntemin torakotomi sonrası ilk 48 saatte morfin tüketimini anlamlı düzeyde azalttığı, 48 saatten sonra ise hastaların ek morfine ihtiyaç duymadıkları saptanmıştır. Akbaş'ın⁽²⁾ (2003) yapmış olduğu çalışmasında ise ağrısı olan hastalara hemşirelerin %3,6'sının hemen hemen her zaman TENS uyguladığı belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalar ameliyat sonrası ağrı düzeyini ve dolayısıyla analjezik kullanımını azaltmada TENS'in farmakolojik yöntemlere eklenmesi, güvenle kullanılabilir bir yöntem olduğu yönündedir. Ancak ameliyat sonrası ağrı

kontrolünde sıklıkla farmakolojik yöntemlerin kullanıldığı, TENS'in uygulanmadığı görülmektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi sahibi olmanın yöntemi kullanma durumunu etkilediğinden, bu yöntemin özel eğitim gerektirmesi, hastane uygulama protokolünde olmaması, işlemin zaman alması, hemşire iş yükü ve analjezinin hızlı ve etkin kullanımı sebebiyle hemşireler tarafından ameliyat sonrası ağrı yönetiminde uygulanmadığı düşünülmektedir^(37,63,126).

Hemşirelerin kullandıkları nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı yönetiminde etkinliğinin araştırıldığı çalışmalarda, ameliyat sonrası dönemde hemşirelerin uyguladıkları fiziksel nonfarmakolojik girişimlerin hastaların ağrı düzeylerini ve dolayısı ile analjezi kullanımını azaltarak rahatlama sağladığı belirtilmektedir^(23,102,105,117). Çalışmamızda ise ağrı yönetiminde fiziksel nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımının oranının düşük olduğu görülmektedir. Hemşirelerin bu yöntemleri kullanmamalarının bilgi, zaman ve hemşire yetersizliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.2.2. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Kullanılan Bilişsel/Davranışsal Nonfarmakolojik Yöntemlere Ait Bulguların Yorumlanması

Bilişsel/davranışsal yöntemler ağrı yönetiminde multimodal yaklaşımın önemli bir parçası olup, ağrıyı azaltmakla birlikte hastanın ağrıyla baş etmesine ve benlik saygısının gelişmesine de katkı sağlamaktadır^(97,123). Yapılan çalışmalar hemşirelerin bu uygulamalarının hastanın ağrısını ve aynı zamanda analjezik tüketim miktarını da azalttığını göstermektedir^(20,70,72).

Çalışmada hemşirelerin %41,3'ünün hastalara her zaman solunum egzersizleri yöntemini uyguladıkları saptandı (Tablo 4.2). Derin solunum egzersizleri gevşeme için yapılan uygulamalar arasında yer almaktadır. Gevşeme tekniklerinin uygulanması, algısal ağrının azaltılmasında etkilidir⁽³⁵⁾. Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin hastaların ağrısını azaltmak için %9,5'inin her zaman gevşeme egzersizlerini kullandıkları saptanmıştır. Ay ve ark.⁽⁷⁾ (2010) yaptıkları çalışmada hemşirelerin sadece %8,5'inin gevşeme tekniklerini öğrettikleri belirlenmiştir. Kutlu ve Çetinkaya⁽⁹⁰⁾ (2004) tarafından yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin %90,7'sinin servislerinde hastalara ameliyat öncesinde derin solunum

ve öksürük egzersizlerinin öğretilmediği belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız Midilli ve ark., Ay ve ark. ve Kutlu ve Çetinkaya'nın çalışmalarının bulguları ile benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %32'si sık sık, %31,6'sı her zaman dikkatini başka yöne çekme yöntemini kullandıkları saptandı (Tablo 4.2). Akbaş'ın⁽²⁾ (2003) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ağrısı olan hastaların bakımına ilişkin bilgileri ve hemşirelik girişimlerinin incelendiği çalışmasında hemşirelerin %56,4'ünün hemen hemen her zaman dikkati başka yöne çekme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Beytut ve ark.⁽¹⁷⁾ (2009) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ağrı tedavisinde; dinlenmesini sağlamanın, farmakolojik girişimler ve hastaya uygun pozisyon vermenin ilk kullanılan girişimler olduğunu, ikinci sırada ise hastanın dikkatini başka yöne çekme ve önerilen egzersizleri düzenli olarak yapmasını sağlamanın yer aldığı bildirmişlerdir. Hemşirelerin bu yöntemi bakım verdikleri kişilerde rahatsızlığa sebep olmayacak, fiziksel bir girişim gerektirmeyen ve kolaylıkla uygulayabildiklerinden dolayı seçtikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %46,8'inin sık sık %43,9'unun her zaman düşünme, %45,7'sinin sık sık, %44,2'sinin her zaman rahatlama yöntemlerini kullandıkları belirlendi (Tablo 4.2). Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin sadece %1,2'sinin ağrı yönetiminde her zaman düşünme yöntemini kullandıkları belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar hemşirelerin bilgi düzeylerinin nonfarmakolojik yöntemleri kullanmalarını etkilediğini göstermektedir^(41,85). Bu durum, çalışmamızdaki hemşirelerin Midilli'nin çalışmasındaki hemşirelere göre nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %33,1'inin sık sık, %41,3'ünün her zaman hastalara bilgilendirme yaptıkları belirlendi (Tablo 4.2). Dolgun ve Dönmez⁽³⁵⁾ (2010) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %11,6'sının ameliyat hakkında hastalara bilgi verdikleri belirlenmiştir. Günaydın ve ark.⁽⁵¹⁾ (1996) tarafından yapılan bir başka çalışmada bireylerin %70'inin işlem öncesinde hemşirelerden bilgi aldıklarını belirtmiştir. Bayraktar ve Bulut'un⁽¹⁴⁾ (2000) yaptıkları çalışmaya göre,

hastaların çoğunluğunun ne klinikte (%72.0) ne de ameliyathanede (%86.0) ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgi almadığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız Günaydın ve ark. çalışma bulguları ile benzerlik gösterirken, Dolgun ve Dönmez'in ve Bayraktar ve ark. çalışmalarının bulguları ile benzerlik göstermemektedir.

5.3. Hemşirelerin Yaptıkları Bilgilendirmeler ile İlgili Bulguların Yorumlanması

Çalışmamızda hemşirelerin %69,5'inin işlem, %47,6'sının işlemin tipi, %56,1'inin işlemin yeri, %60,6'sının işlemini yapacak kişi, %52,0'nin işlemin amacı, %46,5'inin işlemin süresi, %65,4'ünün işlem öncesi hazırlık, %46,1'inin anestezi tipi, %70,3'ünün ameliyat sonrası yatma pozisyonu, %65,1'inin ameliyat sonrası gözlem, %67,3'ünün ameliyat sonrası sınırlılıkları, %65,8'inin ameliyat sonrası ağrı tedavisi hakkında her zaman, nonfarmakolojik ağrıyı azaltma yöntemleri ile ilgili ise %33,5'inin bazen bilgilendirme yaptığı belirlendi (Tablo 4.3). Ayhan'ın⁽¹⁰⁾ (2015) yapmış olduğu araştırmasında hemşirelerin cerrahi girişim öncesinde, hastalara cerrahi girişim sonrası bazı aktiviteler sırasında ağrı yaşayabilecekleri konusunda bilgi verme oranları %87,38, bu aktiviteler sırasında ne yapabilecekleri hakkında bilgi verme oranı ise %90,29 olarak bulunmuştur. Ayhan'ın araştırmasının aksine Yılmaz ve Gürler'in⁽¹²⁴⁾ (2011) yılında yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin, cerrahi girişim öncesinde hastalara bazı aktiviteler sırasında ağrı yaşayabilecekleri konusunda bilgi verme oranı %5,8 gibi düşük bir oranda olduğu bulunmuştur. Ayhan'ın⁽¹⁰⁾ 2015 yılında yapılan çalışmasında hemşirelerin cerrahi girişim öncesinde cerrahi girişim sonrası ağrının nasıl giderileceği hakkında hastaların %77'sine bilgi verdiği saptanmıştır. Yılmaz'ın⁽¹²⁵⁾ 2011 yılında yaptığı çalışmasında ise hemşirelerin %95,2'sinin ameliyat öncesi dönemde hastaya ameliyattan sonra ağrının nasıl kontrol altına alınacağı konusunda bilgi verdiği belirlenmiştir. Kol ve ark.⁽⁷²⁾ (2014) yapmış olduğu çalışmada, torakotomi ameliyatı öncesi verilen ağrı yönetimi eğitiminin hastaların ameliyat sonrası ilk 48 saatteki ağrı düzeyini ve analjezik tüketim miktarını azalttığı saptanmıştır. Literatürde; hastalara cerrahi girişim öncesinde, cerrahi girişim sonrası yaşayacağı ağrı ve yönetimi konusunda bilgi vermenin, ağrı şiddetini azalttığı bildirilmektedir^(29,46,108). Bu bilgiler

ışığında cerrahi girişim öncesi ağrı tedavisi hakkında hastalara yeterli bilgilendirme yapılmamasının, hastaların ağrı yönetimini olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir.

5.4. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri İle Kullanılan Fiziksel ve Bilişsel/Davranışsal Nonfarmakolojik Yöntemler Arasındaki İlişkinin Yorumlanması

Çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; fiziksel yöntemler (masaj, pozisyon, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma, TENS) (Tablo 4.4) ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$), bilişsel/davranışsal yöntemlerden solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme ve bilgilendirme (Tablo 4.5) ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptandı ($p<0,05$). Çelik ve ark.'nın⁽²⁸⁾ (2018) hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi adlı çalışmasında hemşirelerin cinsiyetleri ile ağrı bilgi ve davranış puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir. Midilli ve ark.'nın⁽⁸⁵⁾ (2018) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler adlı çalışmasında kadınların %69.9'unun, erkeklerin ise %50'sinin nonfarmakolojik ağrı yönetimi konusunda orta düzeyde bilgiye sahip oldukları belirtilmektedir. Tercan'ın⁽¹¹¹⁾ (2015) hemşirelerin ameliyat sonrası ilaç dışı yöntemleri bilme ve uygulama durumları adlı çalışmasında ise hayal kurma yöntemini uygulama durumu ile cinsiyet arasında ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlılığın olduğu bildirilmiştir. Tercan'ın ve Çelik ve ark.'nın çalışma bulguları araştırma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde; fiziksel yöntemlerden masaj (Tablo 4.4), bilişsel/davranışsal yöntemlerden ise solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme ve rahatlatma (Tablo 4.5) ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptandı

($p<0.05$). Çalkan'ın⁽²⁶⁾ (2010) hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmada ilaç dışı ağrı yönetimi konusunda 30 yaş ve altı hemşirelerin 31 yaş ve üzeri hemşirelerden daha bilgili olduğu belirlenmiştir. Demir ve ark.⁽³¹⁾ (2012) tarafından hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada ise 21-30 yaş arası hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış puanları 31 yaş ve üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Niekers ve Martin'in⁽⁸⁹⁾ (2001) hemşirelerin ağrı yönetiminde bilgileri adlı çalışmada ise yaşın ağrı yönetim bilgisini etkilediği ve 20-29 yaş grubunda olan hemşirelerin 40 yaş ve üstü olanlara göre daha bilgili oldukları saptanmıştır. Yaş ile birlikte mesleki tecrübenin artmasına bağlı olarak 30 yaş ve üzeri olan hemşirelerin 20-31 yaş aralığında olanlardan daha fazla nonfarmakolojik yöntem kullanması beklenirken, sonuçlar değerlendirildiğinde aksi durum olduğu görüldü. Bu sonuç, araştırmaya katılan 30 yaş ve üzeri hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili değişim ve gelişmeleri takip etmemelerinin bir sonucu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri (fiziksel yöntemler (Tablo 4.4), bilişsel/davranışsal yöntemler (Tablo 4.5)) kullanma durumları eğitim durumu değişkeni açısından değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu bulundu. ($p<0.05$) Tercan'ın⁽¹¹¹⁾ (2015) çalışmasında masaj ve manipülasyon ve sıcak-soğuk uygulama yöntemini uygulama durumu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlılığın olduğu bildirilmiştir ($p<0.05$). Çalkan'ın⁽²⁶⁾ (2010) hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmada ilaç dışı ağrı yönetimi konusunda lisans mezunu hemşirelerin SML mezunu olanlardan daha bilgili olduğu bildirilmiştir. Çelik ve ark.⁽²⁸⁾ (2018) hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi adlı çalışmada ise hemşirelerin eğitim durumu ile ağrı bilgi ve davranış puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş ($p<0,05$), ve lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin okulda ağrı ile ilgili dersleri alma durumları değerlendirildiğinde Akbaş'ın⁽²⁾ (2003) çalışmasında hemşirelerin %70,7'sinin ve benzer şekilde Özer ve Bölükbaşı'nın⁽⁹⁵⁾ (2001) çalışmasında da %94.33'ünün okulda ağrı eğitimi aldıkları belirtilmiştir. Karadeniz ve Atalay'ın⁽⁶²⁾ (1990) yaptığı

çalışmada ise hemşirelerin %57,1'inin okulda ağrı eğitimi aldığı görülmüştür. Okullarda ağrı eğitimine verilen önemin son yıllarda artış gösteriyor olması, hemşirelik ve ağrı biliminin gelişmesi, ağrı kavramının ve ağrılı hastaya verilen hemşirelik bakımının önemin vurgulanması açısından olumlu bir durumdur. Hemşirelerin ağrı ile ilgili okul dışı eğitim alma durumlarına bakıldığında Akbaş'ın⁽²⁾ (2003) çalışmasında hemşirelerin %11,6'sının okul dışı eğitimlere katıldığı belirtilmiştir. Hemşirelerin okul dışı eğitim alma oranlarının düşük olması ağrı biliminin ve ağrı eğitiminin sürekliliğinin öneminin tam vurgulanmadığını düşündürmektedir. Ağrı ile ilgili literatür de bu bilgileri desteklemektedir⁽⁶⁸⁾. Çalışmamızda elde edilen sonuçların, eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak teorik bilginin artması, ağrı ile ilgili lisans düzeyinde verilen eğitimin sağlık meslek liselerinde verilen eğitimden içerik yönünden daha kapsamlı olması, ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin daha ağırlıklı olarak yer alması, literatür taramaları yapmaları, çalışmalarını daha yakından takip etmeleri ve eğitimleri sürecinde seminer ve sempozyumlara daha sık katılmaları ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmada hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri (fiziksel yöntemler (Tablo 4.4), bilişsel/davranışsal yöntemler (Tablo 4.5)) kullanma durumları çalışma süresi değişkeni açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulundu ($p < 0.05$). Midilli ve ark.⁽⁸⁵⁾ (2018) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler adlı çalışmasında 10 yıl ve altı çalışan hemşirelerin 11 yıl ve üzeri çalışanlardan nonfarmakolojik ağrı yönetimi konusunda daha bilgili olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Çalkan'ın⁽²⁶⁾ (2010) hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada ilaç dışı ağrı yönetimi konusunda 10 yıl ve altı çalışan hemşirelerin 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerden daha bilgili olduğu bildirilmiştir. Literatür, sağlık ile ilgili bilginin ve mesleki yeteneğin yarılanma süresinin 5-7 yıl arasında değiştiğini bildirmektedir. Ayrıca çalışmalarda tükenmişliğin hemşirelik açısından bakımın kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir⁽²⁷⁾. Bu sebeple mesleğin ilerleyen yıllarında yorgunluğa bağlı yaşanan tükenmişliğin hemşirelik bakımını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir.

5.5. Hemşirelerin Nonfarmakolojik Yöntemleri Uygulamama Nedenlerinin Yorumlanması

Çalışmamızda ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenlerine %68,0'ının hemşire sayısının yetersiz olması yanıtını verdikleri görüldü (Tablo 4.6). Yılmaz'ın⁽¹²⁵⁾ (2011) çalışmasında; hemşirelerin ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerini uygularken karşılaştıkları engellere bakıldığında; hemşirelerin %28,6'sının hemşire sayısının yetersiz olması yanıtını verdikleri ifade edilmiştir. Sonuçlar arasındaki farklılığın çalışmaların yapıldığı kurumlardaki hemşire oranı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sommons'un⁽¹⁰⁴⁾ (2009) yapmış olduğu çalışmada hemşire sayısının yetersizliğinin hastane ve toplum üstünde olumsuz etkileri olduğu ve işten ayrılmalara neden olduğu belirtilmiştir. Şen Bezirci'nin⁽¹¹⁰⁾ (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin %48,8'nin meslekte yüksek ayrılma niyeti olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin kurum içinde düzensiz istihdamı, uzun süreli ve zor şartlarda nöbet tutulması, hemşirelik dışı işler yaptırılması ve yardımcı personel yetersizliği gibi sorunlar hemşirelerin meslekte ayrılma niyetini etkileyebilir. Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelere düşen hasta sayısının ve iş yükünün fazla olduğu, hasta-hemşire oranlarının dengesiz olduğu, hastaların dengeli dağıtılmadığı, hemşire sayısının yetersiz olduğu, riskli ortamlarda çok yoğun çalıştığı ve bu nedenlere bağlı stres yaşadığı belirtilmiştir^(13,18,32,99).

6. SONUÇ

Özet

Bu araştırma hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma, araştırmacı tarafından oluşturulan Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu'nun maddeleri ve Kocaeli ili Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan ve bu araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle sınırlıdır.

Çalışmada hemşirelerin 454'ü kadın (%84,4), 330'u (%61,3) 20-31yaş aralığında, 302'si (%56,1) lisans mezunu ve 144'ü (%26,8) 6-10yıl arası çalışan olarak saptandı. Hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerden sıklıkla pozisyon verme ve sıcak-soğuk uygulama yaptıkları görüldü. Ayrıca hemşireler bu yöntemleri uygulamama nedeni olarak 366'sı (%68,0) "hemşire sayısının yetersiz olması", 348'i (%64,7) ise "ağır iş yükü" yanıtını verdikleri belirlendi. Çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin çoğunluğunu uygularken, masaj, transkütan elektriksel sinir uyarımı, terapötik dokunma gibi özel eğitim gerektiren yöntemlerin ise uygulanma oranının düşük olduğu sonucu elde edildi.

Yargı

Ağrı, ameliyat sonrası yaşanan problemlerin başında yer alan, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkileyen bir durumdur. Hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma konusunda gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları, mesleki olarak bağımsız fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri açısından önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmanın tüm verileri ve istatistiksel değerlendirmesi ayrıntılı şekilde ele alındığında, aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- ❖ Araştırma kapsamına alınan 538 hemşirenin 454'ünün(%84,4) kadın, 330'unun(%61,3) 20-31 yaş aralığında, 302'sinin(%56,1) lisans mezunu, 178'inin(%33,1) 2-5 yıl arası çalışan olduğu,
- ❖ Kadınların fiziksel yöntemlerden masaj, terapötik dokunma ve TENS'i erkeklerden daha fazla, bilişsel/davranışsal yöntemlerden solunum egzersizleri, rahatlatma, düşünme ve bilgilendirmeyi ise erkeklerin kadınlardan daha fazla uyguladıkları,
- ❖ 20-31 yaş aralığında olanların bilişsel davranışsal yöntemleri ve fiziksel yöntemlerden masaj, pozisyon verme ve sıcak-soğuk uygulamayı 32 yaş ve üzeri olanlardan daha fazla uyguladıkları,
- ❖ Lisans mezunu olanların fiziksel yöntemlerden pozisyon verme ve sıcak-soğuk uygulamayı SML, Ön Lisans ve Lisansüstü mezunlarından daha fazla, bilişsel davranışsal yöntemlerden ise solunum egzersizleri, dikkati başka yöne çekme, rahatlatma ve bilgilendirmeyi Lisansüstü olanların SML, Önlisans ve Lisans mezunu olanlardan daha fazla uyguladıkları,
- ❖ 20 yıldan fazla çalışanların fiziksel yöntemlerden pozisyon verme, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma ve TENS'i 20 yıldan az çalışanlardan daha fazla, 2-5 yıl arası çalışanların ise bilişsel davranışsal yöntemlerden solunum egzersizleri ve rahatlatmayı diğer çalışanlardan daha fazla uyguladıkları,
- ❖ Hemşirelerin %48,1'inin "bazen", %15,2'sinin ise her zaman masaj, %51,3'ünün sık sık, %37,5'inin ise her zaman pozisyon verme, %43,5'inin sık sık, %37,2'sinin ise her zaman sıcak-soğuk uygulama, %33,1'inin bazen, %29,4'ünün ise sık sık terapötik dokunma, %41,3'ünün her zaman solunum egzersizleri, %32'sinin sık sık, %31,6'sının ise her zaman dikkatini başka yöne çekme, %46,8'inin sık sık %43,9'unun ise her zaman düşünme, %45,7'sinin sık sık, %44,2'sinin ise her zaman rahatlatma yöntemini kullandıkları, %76,2'sinin hiçbir zaman TENS yöntemini kullanmadıkları, %69,5'inin ise her zaman hastalara bilgilendirme yaptıkları,
- ❖ Hemşirelerin %47,6'sının işlem, %52,0'ının işlemin amacı, %47,6'sının işlemin tipi, %56,1'inin işlemin yeri, %46,5'inin işlemin süresi, %60,6'sının işlemi yapacak kişi, %65,4'ünün işlem öncesi hazırlık, %46,1'inin anestezi

tipi, %70,3'ünün ameliyat sonrası yatma pozisyonu, %65,1'inin ameliyat sonrası gözlem, %67,3'ünün ameliyat sonrası sınırlılıkları, %65,8'inin ameliyat sonrası ağrı tedavisi hakkında her zaman, nonfarmakolojik ağrıyı azaltma yöntemleri ile ilgili ise %33,5'inin bazen bilgilendirme yaptıkları,

- ❖ Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenleri arasında ağırlıklı olarak "hemşire sayısının yetersiz olması" ve "ağır iş yükü" cevapları verildiği görüldü.

Araştırmamızda elde edilen bulgulara dayanarak;

- Hemşirelerin hastanelerde nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili güncel bilgilere sahip olmaları için düzenli olarak hizmet içi eğitimler planlanması ve uygulanması, özel eğitim gerektiren nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin kurs ve seminerler gerçekleştirilerek hemşirelerin bu konularda yeterli bilgi edinmeleri,
- Hemşirelerin ağrı kontrolünde karşılaştıkları engeller ile ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından gerekli düzenlemeler yapılarak bu engellerin kaldırılması,
- Hemşirelerin nonfarmakolojik ağrı yönetimi konusunda güncel yayınların takibi ve önemi konusunda teşvik edilmesi,
- Hemşirelerin iş yükünün azaltılması için hemşire sayısının artırılması, kurum içi uygun görevlendirmelerin yapılması ve kontrolü sağlamak için gerekli yasal düzenleme ya da güvence sağlanması,
- Bu konuda gözlemsel çalışmaların yapılması önerilebilir.

EK'LER

Ek-1. Bilgilendirme Formu

Katılımcılar için bilgilendirme

“Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi”

Bu araştırma çalışmasında yer almak için davet ediliyorsunuz. Katılmadan önce bu araştırmanın neden yapıldığını ve ne içerdiğini anlamanız önemlidir. Bu bilgilendirme formu araştırma hakkında size bilgi vermektedir. Lütfen aşağıdaki bilgilendirmeyi dikkatlice okuyun ve anlamadıklarınızı danışın. Eğer size yeterince açık gelmeyen kısımlar varsa ya da daha fazla açıklama isterseniz lütfen bize sorun.

Çalışmanın amacı nedir?

Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı formun başında yer almaktadır. Bu araştırma hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılımınız tamamıyla gönüllülüktedir. Katılma ya da katılmama kararı sizindir. İstedığınız an sebep belirtmeden ayrılabilirsiniz.

Gizlilik

Araştırma sürecinde toplanan tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bilgilere ulaşım sadece araştırmacılarla sınırlı olacaktır.

Bu bilgilendirmeyi okuduğunuz ve çalışmada yer almayı değerlendirdiğiniz için teşekkürler.

Saygılarımızla,

Sema Mert

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

Tarih:/...../.....

BİREYSEL ÖZELLİKLER

Cinsiyetiniz Bayan Erkek

Yaşınız 20-31
 32 ve üzeri

Eğitim Durumunuz Sağlık Meslek Lisesi
 Ön Lisans
 Lisans
 Lisansüstü

Çalışma Süreniz <2
 2-5
 6-10
 11-20
 >20

Ek-3. Ağrıya Yönelik Nonfarmakolojik Hemşirelik Girişimlerini Belirleme Formu

<u>Ameliyat sonrası kullandığınız nonfarmakolojik yöntemleri işaretleyiniz.</u>	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
Fiziksel Yöntemler				
Masaj				
Pozisyon				
Sıcak-Soğuk uygulama				
Terapötik dokunma				
TENS (Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı)				
Bilişsel/Davranışsal Yöntemler				
Solunum Egzersizleri				
Dikkatini Başka Yöne Çekme				
Düşleme				
Rahatlama				
Bilgilendirme				
<u>Hastalara yaptığınız bilgilendirmeleri işaretleyiniz.</u>				
İşlem				
İşlemin amacı				
İşlemin tipi				
İşlemin yeri				
İşlemin süresi				
İşlemi yapacak kişi				
İşlem öncesi hazırlık				
Anestezinin tipi				
Ameliyat sonrası yatma pozisyonu				
Ameliyat sonrası gözlem				
Ameliyat sonrası sınırlılıkları				
Ameliyat sonrası ağrı tedavisi				
Nonfarmakolojik ağrı azaltma yöntemleri				

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri uygulamama nedenlerinizi işaretleyiniz (Birden fazla cevap verilebilir)

- Ağır iş yükü
- Hemşire sayısının yetersiz olması
- Ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması
- Ağrıyı geçireceğine inanmıyor olması
- Nonfarmakolojik yöntemleri kullanmanın ameliyat sonrası uygulanacak hemşirelik bakımının bir parçası olarak görmeme

Ek-4. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Sayı: EKK/2017/28
Konu: Sema MERT: YL tez çalışması

08 Mayıs 2017

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 37387824-302.08.01-26 sayılı 20.04.2017 tarihli yazınız.

İlgi yazınız ekinde sunulan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Sema MERT tarafından gönderilen "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Nonfarmakolojik Ağrı Yöntemleri Kullanma Durumları" konulu tez önerisi ve ölçekleri 05.05.2017 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; "**bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk**" gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye

Prof. Dr. Hacer KARAMISOĞLU
Üye

Prof. Dr. Nermin CELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Ahmet Zafer ÖZTEK
Üye

EK-5. Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Kararı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KOCAELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KOCAELİ İLİ KHİBİS EĞİTİM,
ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME BÖLÜMÜ
01.06.2017 11:47:12 (SÜRESİ: 10 SÜRE 13)



00050165188

Sayı : 21920196-799
Konu : Yüksek Lisans Tezi (Sema MERT)

DAĞITIM YERLERİNE

Maltepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Sema MERT'in 20.06.2017 tarih ve 2840 sayılı başvurusuna istinaden "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Non-Farmakolojik Ağrı Yöntemlerini Kullanma" konulu Yüksek Lisans Tez çalışmasını hastanenizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.M. Coşkun GÜLER
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Dağıtım:

Kocaeli Körfez Devlet Hastanesi
Kocaeli İzmit Seka Devlet Hastanesi
Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ

Bilgi için:Kader BOZKUŞ

Faks No:

Unvan:MEMUR

e-Posta:kader.bozkus@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.kocaelikhb.gov.tr

Telefon No:02623192014

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2a76ad08-6643-4beb-a1ac-3220a04fbec4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KAYNAKÇA

1. Adams N, Field L. (2001). Pain Management: The Use of Psychological Approaches to Pain. *British Journal of Nursing*,10(15):971-974.
2. Akbaş M. (2003). *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ağrısı Olan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi*. Yüksek lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
3. Akça Ay, F. (2011). (Ed). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 658-660.
4. Akdemir, N., Akyar, İ., Görgülü, Ü. (2008). Hemşirelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde Yatan Ya Da Polikliniğe Başvuran Hastaların Ağrı Sorununa Yönelik Yaklaşımları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabitasyon Dergisi*, 54:157-163.
5. Arslan, S. (2007). Bütüncül Hemşirelik Yaklaşımında Aromaterapi, Hastane Yaşamı, 27:75-79.
6. Arslan, S., Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. *10. Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi*, 1-7.
7. Ay, F., Alpar, ŞE. (2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. *Ağrı*, 22(1):21-29.
8. Aydın, ON. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3: 37-48.
9. Aygin, D., Var, G. (2012). Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2: 61-70.
10. Ayhan, F. (2015). *Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri*. Yüksek Lisans Tezi, Konya.
11. Bacaksız, BD. (2007). *Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

12. Barış, S., Sarıhasan, B., Tür, A. (1999). Preemptif Analjezi: Postoperatif Ağrı Tedavisindeki Yeri. *Sendrom*,11:110-113.
13. Baykal, Ü., Seren, S., Sökmen, S. (2009). A Description of Oncology Nurses' Working Conditions İn Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, (13)5: 368-375.
14. Bayraktar, N., Bulut, HD. (2000). Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(6):34-38.
15. Berry, PH., Dahl, JL. (2000). The New JCAHO Pain Standards: İmpications For Pain Management Nurses. *Pain Management Nursing*, 1:3-12.
16. Beyazova, M., Kutsal, YG. (2000). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi.
17. Beytut, D., Muslu, GK., Başbakkal, Z., Yılmaz, HB. (2009). Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):17.
18. Bilazer, FN., Konca, GE., Uğur, S., Uçak, H. (2008). *Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları*. Ankara: Odak Ofset Matbaacılık. 40-45.
19. Birol, L. (2011). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.
20. Bond, M.R., Simpson, K.H., Melzack, R. (2006). *Basic Mechanisms of Pain. In: Parkinson M (ed.). Pain: Its Nature and Treatment*. London: Churchill Livingstone, 265-280.
21. Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 84-92.
22. Cabioğlu, MT. (2008). Akupunktur İle Ağrı Kontrolü ve Nörotransmitterler. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2):93-98.
23. Carr, E., Thomas, V. (1997). Anticipating and Experiencing Postoperative Pain: The Patients' Perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 6:191-201.

24. Cesur, S. (2015). *Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
25. Cox, C., Hayes, J. Reducing Anxiety The Employment of Therapeutic Touch As A Nursing Intervention. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 3:163-67.
26. Çalkan, S. (2010). *Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
27. Çelen, Ö., Karaalp, T., Kaya, S. (2007). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Hemşirelerin Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileri ve Bu Programlar İle İlgili Düşünceleri. *Gulhane Med*, 49:25-31.
28. Çelik, S., Baş, BK., Korkmaz, ZN., Karşahin, H., Yıldırım, S. (2018). Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkında bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14:17-23.
29. Çetinkaya, F. Karabulut, N. (2010). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:2.
30. Çöçekli, LP., Bacaksız, BR., Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14:53-58.
31. Demir, YD., Yıldırım, YU., İnce, Y., Türken, KG. (2012). Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış Ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3):162-172.
32. Deveci, F. (2008). *Stres ve İş Doyumu, Sinop İlindeki Hastanelerde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Stres Sonrası Tutum ve Davranışları*. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. Sağlık İdarecileri Derneği, Ankara, 400-409.
33. Dinçer, Ş., Yurtçu, M., Günel, E. (2011). Yenidoğanlarda Ağrı ve Nonfarmakolojik Tedavi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(1):46-51.
34. Diniz, F., Ketenci, A. (2000). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri.

35. Dolgun, E., Dönmez, YC. (2010). Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(3).
36. Doody, SB., Smith, C., Webb, J. (1991). Nonpharmacologic Interventions For Pain Management. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 3:1.
37. Erden, S., Çelik, SŞ. (2015). Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Transkütan Elektriksel Sınır Stimülasyonu ve Hemşirenin Rollerini. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 50-60.
38. Erden, S., Çelik, SŞ. (2013). Torakotomi Sonrası Ağrı ve Analjezi Yöntemlerinin Kullanılmasında Hemşirenin Rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1-2-3):11-24.
39. Erdine, S. (2007). *Ağrı Mekanizmaları ve Ağrıya Genel Yaklaşım*. Ağrı. İstanbul: Nobel Kitapevi, 37-48.
40. Eti Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):9-16.
41. Eti Aslan, F., Badır, A. (2005). Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı*, 17: 44- 51.
42. Eti Aslan, F. (2006). (Ed). *Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Ağrı: Doğası ve Kontrolü*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Mart Matbaacılık Sanatları, 135-147.
43. Eti Aslan, F. (2006). Ağrı Epidemiyolojisi. Ağrı Doğası ve Kontrolü, 4:159-190.
44. Fiorelli, A., Morgillo, F., Milione, R., Pace, M.C., Passavanti, M.B., Laperuta, P., Aurilio, C., Santini, M. (2012). Control of PostThoracotomy Pain by Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: Effect on Serum Cytokine Levels, Visual Analogue Scale, Pulmonary Function and Medication. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 40:861-868.
45. Gagne, D., Toye, R. (1994). The Effects of Therapeutic Touch And Relaxation Therapy In Reducing Anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8:184-89.

46. Goldsmith, DM., Safran, C. (1999). Using The Web To Reduce Postoperative Pain Following Ambulatory Surgery. *Proc AMIA Symp*, 161:780-4.
47. Good, M., Stanton, HM., Grass, JA., Anderson, GC., Lai, HL., Roykulcharoen, V., Adler, PA. (2001). Relaxation And Music To Reduce Postsurgical Pain. *J Adv Nurs*, 33:2.
48. Green, CA. (1998). Reflection of A Therapeutic Touch Experience: Case Study 2. *Complementary Therapies In Nursing and Midwifery*, 4:17-21.
49. Grinstein-Cohen, O., Sarid, O., Attar, D., Pilpel, D., Elhayany, A. (2006). Improvements and difficulties in postoperative pain management. *Orthop Nurs*, 28(5):232-239.
50. GldođuŐ, F. (2005). Ağrı Algılama ve İletimi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 22:15-18.
51. Günaydın, N., Oflaz, F. (1996). Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Ameliyat ncesi Anksiyetelerinin İncelenmesi. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı. İzmir, 223-229.
52. Grkk, S., Dakak, M., zuslu, BA., Genç, O., Gözübüyük, A., Görür, R. Ve diğerleri. (2000). Pektus Deformitesi Düzeltilmesi Sobrası Epidural Katater Bolus, Epidural Katater Devamlı İnfüzyon ve Parenteral Sistemik Analjezi Etkinliğinin KarŐılaŐtırılması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 8:701-702.
53. Gürler, H. (2007). *Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İle İlgili Görüşleri ve Memnuniyet Durumları*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
54. Helms, JE., Barone, CP. (2008). Physiology and treatment of pain. *CCN*, 28(6):38-49.
55. İnan, N., Takmaz, S., zcan, A., Dikmen, B. (2004). Yansıyan Omuz Ağrısı. *Ağrı*, 16:44-46.
56. İslamoğlu, AH. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, İstanbul: Beta Basım.

57. İzveren, AÖ., Dal, Ü. (2001). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18:36-46.
58. Karaçay, P., Aslan, FE., Selimen, D. (2006). Acil Travma Ünitelerinde Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Ağrı*, 8:44-51.
59. Karadağ Arlı, Ş. (2017). Cerrahi Bakımda Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Girişimleri. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3).
60. Karadakovar, A. Aslan, FE. (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi.
61. Karadeniz, G. (1997). *Hastanızın Ağrısını İlaç Kullanmadan Nasıl Azaltabilirsiniz Hemşireler ve Öğrenci Hemşireler İçin Rehber Kitapçık*. Manisa: Emek Matbaacılık.
62. Karadeniz, G. Atalay, M. (1990). *Hemşirelerin Ağrıya ve Ağrısı Olan Hastalara Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması*, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, İzmir.
63. Karakoç, S. (2009). *Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Klasik Metodlarla Ağrı Kontrolünün, Alternatif (Tens) Yöntemle Karşılaştırılarak, Hemşire Takip ve Kontrolüne Katkısının Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
64. Kehlet, H., Jensen, TS., Woolf, CJ. (2006). Persistent Postsurgical Pain: Risk Factors And Prevention. *Lancet*, 367(9522):1618-1625.
65. Kelle, İ. (2006). Ağrı Tedavisinde Alternatif İlaçlar, *Dicle Tıp Dergisi*, 33(3): 192-200.
66. Keller, E., Bzdek, VM. (1986). Effects of Therapeutic Touch on Tension Headache Pain. *Nursing Research*, 35:101-6.
67. Kılıç, M., Öztunç, G. (2012). Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7:35-51.

68. Kocaman, G. (1994). *Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları*. İzmir: Saray medikal yayınları.
69. Kocaman ,G. (1998). *Ağrı*. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
70. Kol, E., Erdoğan, A., Karanlı, B. (2012). Nature And Intensity of The Pain Following Thoracotomy. *International Journal of Nursing Practice*, 18:84-90.
71. Kol, E., Erdogan, A., Karanlı, B., Erbil, N. (2013). Evaluation of The Outcomes Of Ice Application For The Control of Pain Associated With Chest Tube Irritation. *Pain Management Nursing*, 14 (1): 29-35.
72. Kol, E., Alpar Ecevit, ř., Erdoğan A. (2014). Preoperative Education and Use of Analgesic Before Onset of Pain Routinely for Postthoracotomy Pain Control Can Reduce Pain Effect and Total Amount of Analgesics Administered Postoperatively. *Pain Manag Nurs*, 15(1):331-9.
73. Koneti, KK., Jones, M. (2013). Management of acute pain. *Surgery*, 31(2):77-83.
74. Koziar, B., Berman, A., Snyder, S., Erb, G. (2008). *Fundamentals Of Nursing Concepts, Process And Practice*. 8nd Edition. New Jersey: Prentice Hall.
75. Kurt, E. (2008). Postoperatif Ağrı. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Erişim:14 Aralık 2012.
76. Kutlu, AK., Çetinkaya, AÇ. (2004). Cerrahi Servislerinde Görev Yapan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakıma Ait Uygulamaları: Manisa örneği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2): 68-77.
77. Kwekkeboom, KL., Kneip, J., Pearson, L. (2003). A Pilot Study To Predict Success With Guided İmagery For Cancer Paitent, *Pain Management Nursing*, 4(3):112-123.
78. Kwekkeboom, KL., Gretarsdottir, E. (2006). Systematic Review Of Relaxation Interventions For Pain. *Journal Of Nursing Scholarship*, 38(2):69-277.
79. Lawrentschuk, N., Pritchard, M., Hewitt, P., Campbel, C. (2003). Dressing Size and Pain: A Prospective Trial. *ANZ Surg.*,73:217-219.

80. Lloyd, G., Mc Lauchlan, A. (1994). Nurses Attitudes Towards Management of Pain. *Nursing Times*, 90(43):40-43.
81. Loeser, JD.(2001). *Bonica's Management Of Pain*. 3rd Edition USA: Lippincot Williams.
82. Manias, E. (2003). Pain and Anxiety Management in Postoperative Gastro-Surgical Setting, *Journal of Advanced Nursing*, 41(6): 585-594.
83. McCaffery, and at all. (1992). Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement. *The Hospice Journal*, 8:1-2.
84. Meehan, M. (1985). *The Effects of Therapeutic Touch on The Experience of Acute Pain In Post Operative Patients*. Doctoral dissertation. New York University: Dissertation Abstracts International.
85. Midilli, TS., Eşer, İ., Yücel, Ş. (2018). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, <https://doi.org/10.31067/0.2018.72>
86. Mollaoğlu, M. (2001). Yoğun bakım ünitelerinde dokunmanın önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1):34-40.
87. Musclow, SL.,Sawhney, M., Watt-Watson, J. (1998). The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. *Clinical Nurse Specialist* 16 ,2002 7- Seers K., Carroll D. Relaxation techniques for acute pain management : a sistematic review. *JAdv Nurs*, 27:3.
88. Nester, TM., Hale, LS. (2002). Effectiveness of pharmacist acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health Syst Pharm*, 59:2221-2225.
89. Niekerk, LMV., Martin, F. (2001). Tasmanian nurses knowledge of pain management. *International Journal of Nursing Studies*, 38:141-52.
90. Olson, M., Sneed, N. (1995). Anxiety and therapeutic touch. *Issues in Mental Health Nursing*,16:97-108.

91. Osteoarthritis; Menthol in Topical Creams Provides Pain Relief. *Drug Week*. (2004);14: 387. URL: <http://gateway.proquest.com>. July 29.
92. Owens, MK., Ehrenreich, D. (1991). Literature review of nonpharmacologic methods for the treatment of chronic pain. *Holistic Nurse Practice*, 6(1):24-31.
93. Özbayır, T. (2003). *Ağrı Yönetimi Ve Hemşirelik Bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
94. Özbek, H. (2004). *Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri*. Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
95. Özer, N., Bölükbaş, N. (2001). Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrılı Tanımlamaları Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1):7-17.
96. Özlü, ZK., İnce, S., Avşar, G. (2016). Müzikterapinin Kolesistektomi Olan Hastaların Ağrısı Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19:12.
97. Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Derleme. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
98. Özveren, H., Uçar, H. (2009). Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-72.
99. Öztürk, H. (2002). Cerrahi Ağrı Nedeni, Etkileri ve Cerrahi Ağrı Neden Geçirilmeli. 1. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, Bursa, 117-125.
100. Pain Terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979 Jun;6(3):249-52
101. Petry, JJ. (2002). Surgery and complementary therapies; a review. *Alternative Therapies*, 11:6.

102. Piotrowski, MM., Patercon, C., Mitchinson, A., Kim, HM., Kirsh, M., Hinshaw, DB. (2003). Massage as Adjuvant Therapy in Management of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study in Men. *J Am Coll Sug*,197:1037-1046.
103. Priscilla, S., Don, AD. (1994). How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 55.
104. Rawal, N. (2000). *Postoperatif Ağrı Tedavisi*. Ağrı. İstanbul: Alemdar Ofset, 121-141.
105. Roykulcharoen, V., Good, M. (2004). Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2):140-148.
106. Sammons, G.L. (2009). *A Comparison of Factors Affecting Job Satisfaction of Nurses in Oklahoma Public Hospitals with Hospitals' Recruitment and Retention Priorities*. Oklahoma State University. USA.
107. Sileen, A.,Heston, RN. Clock Watchers.Healthcare Professional Version. <http://adult.pain.nursing.uiowa.edu>
108. Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., Asplund, K. (2003). The Impact Of Preoperative Information on State Anxiety, Postoperative Pain And Satisfaction With Pain Management. *Patient Educ Couns*, 51:169-76.
109. Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., Shir, Y. (2005). Nurses' Assessment Of Pain İn Surgical Patients. *J Adv Nurs*, 52(2):125-132.
110. Şen Bezirci, S. (2012). *Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin Meslekten ve İşten Ayrılma Niyetleri İle İş Doyumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
111. Tercan, B. (2015). *Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme ve Uygulama Durumları*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
112. Turan, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3).
113. Twycross, A. (2002). Educating Nurses About Pain Management. The Way Forward. *Journal Of Clinical Nursing*,11:705-714.

114. Uçan, Ö., Ovayolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2:123-133.
115. Uçan, Ö., Ovayolu, N., (2006). Müzik ve Tıpta Kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,1(3):14-22.
116. Uyar, M. (2002). *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı*. Antalya:15-19 Mayıs.
117. Wang, H., Keck, J. (2004). Foot and Hand Massage as an Intervention for Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 5(2):59-65.
118. White, JM. (2001). Music As İntervention. *Nursing Clinics of North America*, 36(1):83-92.
119. Va/DoD Clinical Practice Guideline For The Management Of Post-Operative pain. www.moving-lines.com
120. Yağız On, A.(2006). Ağrı Tedavisinde Soğuk Uygulamalar. *Ağrı*, 18:5-14.
121. Yeğın, A., Erdoğan, A., Hadımioğlu, N. (2005). Toraks cerrahisinde ameliyat sonrası analjezi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*,13(4):418-425.
122. Yentür, EA. (2007). Ağrı ve yaşam kalitesi. 2. Sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, İzmir.
123. Yıldırım, KY. (2006). *Kanser Ağrısının Nonfarmakolojik Yöntemlerle Kontrolü, Kanser ve Palyatif Bakım* (Ed: Uyar M, Uslu R, Yıldırım KY). İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 97-126.
124. Yılmaz, G., Gürler, H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. *Ağrı*, 23(2):71-79.
125. Yılmaz, T. (2011). *Ameliyat Sonrası Hastaların Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelerden Beklentileri ve Hemşirelerin Ağrılı Hastaya Yönelik Girişimleri*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.

126. Yüceer, S. (2013). *Torakotomi Sonrası Uygulanan Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Ağrı Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

127. Yücel, A., Özyalçın, NS. (2002). *Çocukluk Çağında Ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri.

