

2017

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neslihan ÜNALMAZ OKATAN



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN POSTOPERATİF AĞRI
YÖNETİMİNDE LÜZUM HALİNDE ANALJEZİK İSTEMİNE
YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMADA KLİNİK KARAR
VERME DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neslihan ÜNALMAZ OKATAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN POSTOPERATİF AĞRI
YÖNETİMİNDE LÜZUM HALİNDE ANALJEZİK
İSTEMİNE YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMADA
KLİNİK KARAR VERME DURUMUNUN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neslihan ÜNALMAZ OKATAN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY

Cerrahi Hemşirelerinin Postoperatif Ağrı Yönetiminde Lüzum Halinde Analjezik İstemine Yönelik Bilgi ve Uygulamada Klinik Karar Verme Durumunun Belirlenmesi

Neslihan ÜNALMAZ OKATAN

Yüksek Lisans Tezi

09.01.2017

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI

Jüri Üyelerinin Adları

Doç.Dr. Azize KARAHAN

Yrd.Doç.Dr.Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER

Yrd. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

09/01/2017

Neslihan ÜNALMAZ OKATAN



TEŞEKKÜR

Çalıőmamın konusunun belirlenmesi, çalışmanın planlanması, sürdürölmesi ve yazımı esnasında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, gösterdiği ilgi ve anlayışı için danışman hocam *Yrd. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI*'ya

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma,

Eğitim sürem ve tez çalışmam boyunca desteğini aldığım annem *Nevruz ÜNALMAZ*'a, babam *Hilmi ÜNALMAZ*'a, kardeşim *Hatice ÜNALMAZ*'a, eşim *Özkan OKATAN*'a ve henüz doğmadan benimle birlikte yüksek lisans yapan oğlum *Yunus Armağın*'a

SONSUZ TEŐEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

ÖZET	İV
ASBTRACT	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLULAR DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AĞRI	4
2.1.1. Ağrının Sınıflaması	4
2.1.1.1. Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflandırması.....	5
2.1.1.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırması	5
2.1.1.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırması.....	6
2.1.2. Ağrı Teorileri.....	7
2.1.2.1. Kapı Kontrol Teorisi.....	7
2.1.2.2. Endorfin Teorisi.....	8
2.2.Postoperatif Ağrı	9
2.2.1. Postoperatif Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi	10
2.2.2. Postoperatif Ağrının Değerlendirilmesi	12
2.2.2.1. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	13
2.3.Postoperatif Ağrı Tedavisi	13
2.3.1.Postoperatif Ağrı Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler	13
2.3.2. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler	15

2.3.2.1. Analjezik Kullanım İlkeleri	17
2.4. Postoperatif Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü.....	18
2.5. LH Analjezik Uygulama ve Hemşirenin Rolü	22
2.6. Hemşirelik ve Klinik Karar Verme	23
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Araştırmanın Evreni	25
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.4. Örneklem Seçim Kriterleri	26
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	26
3.6. Veri Toplama Aracı.....	26
3.7. Veri Toplama Aracının Uygulanması	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR.....	29
5-TARTIŞMA.....	49
5.1. Hemşirelerin LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşlerine Ait Bulgular	49
5.2. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER.....	79
EK-1. Etik Kurul Onayı	79
EK-2. Kurum Onayı	80
EK-3. Veri Toplama Formu	81
EK-4. Hemşirelerin Eğitim Düzeyi ve Mesleki Deneyimi İle LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye Ait Tablolar	86
EK-A. Hemşirelerin Eğitim Düzeyi İle LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye Ait Tablolar	86
EK-B. Hemşirelerin Mesleki Deneyimi İle LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye Ait Tablolar	91
EK-5. Özgeçmiş Formu.....	96

ÖZET

Cerrahi Hemşirelerinin Postoperatif Ağrı Yönetiminde Lüzum Halinde Analjezik İstemine Yönelik Bilgi ve Uygulamada Klinik Karar Verme Durumunun Belirlenmesi

Çalışma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin postoperatif ağrı yönetiminde lüzum halinde analjezik (LHA) istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumunun incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Mardin ilinde bulunan dört hastanede 146 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 22 programına aktarılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans (n,%) verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise Ki-Kare analizi kullanılmıştır.

Çalışmamızda yer alan hemşirelerin %61'i lisans mezunu olup, %52.1'i 0-5 yıllık mesleki deneyime sahiptir. Hemşirelerin, %69.2'sinin LHA istemi hakkında eğitim almadığı saptanmıştır. Hemşirelerin (%61.0) LHA'yı ağrı oldukça uyguladığı, LHA uygulama amacını daha çok hastanın ağrısının artmasını önlemek (%59.6) ve mümkün olduğunca az ilaç uygulamak (%45.2) olarak düşündüğü ve yeterli ağrı yönetimi sağladığı (%52.4) görüşünde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda "LHA uygulama" hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda hemşirelik lisans eğitimi sırasında ve hizmet içi eğitimlerde postoperatif ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalara geniş yer verilmeli ve LHA uygulamasında standartların oluşması için yazılı ya da sözlü protokoller geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Lüzum Halinde Analjezik, Postoperatif Ağrı.

ASBTRACT

Determining the State of Clinical Decision of the Surgical Nurses in the Information and Implementation Related to the pro re nata Analgesic Demand In Terms of Postoperative Pain Management

The study was carried out with the aim of analysing the state of clinical decision of the surgical nurses related to the PRN analgesic demand in terms of postoperative pain management.

The research was carried out in four hospital located in the province of Mardin with the participation of 146 nurses. The study data was collected through the question form prepared in the light of the literature. The data, obtained from the study, was analysed by transferring into the IBM SPSS Statistics 22 programme. The frequency for the categorical variables was provided as (n,%). Chi-Square analysis was applied in order to analyse the correlation among the categorical variables.

The educational level of the nurses participating in our study is generally undergraduate (61.0 %) and 52,1 % of them have a professional experience of 0-5 years. The fact was detected that 69,2 % of the nurses had not received training related to the PRN analgesic demand. It was detected that the nurses (61.0 %) implemented the PRN analgesic demand when there was pain, that they considered the aim of the implementation form as prevention of increasing the patient's pain (59,6 %) and applying as little medicine as possible (45,2 %) and that they thought that the implementation provided sufficient pain management (52,4 %).

In consequence of the research the fact was detected that the nurses did not have enough knowledge related to the "PRN analgesic implementation form". To this term, knowledge and implementation related to the postoperative pain management should be provided wide space during the undergraduate nursing training and written and oral protocols should be developed for the formation of standards in PRN analgesic implementation form in necessity.

Keywords: Nursing, PRN Analgesic, Postoperative Pain.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

n	: Sayı
p	: Anlamlılık seviyesi
%	: Yüzde
SS	: Standart Sapma
APS	: American Pain Society (Amerikan Ağrı Derneği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HKA	: Hasta Kontrollü Analjezi
IASP	:International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı)
IV	: İntravenöz
IM	: İntramusküler
LH	: Lüzum Halinde
LHA	:Lüzum Halinde Analjezik
NANDA	:North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanımları Birliği)
NSAİ	: Nonsteroid Antienfalmatuar
PRN	: Pro-Renata (Lüzum Halinde)
JCAHO	:Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi)
SG	: Substantia Gelatinosa
TENS	: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
THücreleri	: Trigger Hücreleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Hemşirelerin LHA istemini uygulamanın kendi görev vesorumlulukları arasında olup olmadığı ile ilgili görüşleri.....	30
Şekil 4.2. Lüzum halinde analjezik istemini uygulama ile ilgili kliniklerde geliştirilmiş protokol olma durumunun dağılımı.....	31
Şekil 4.3. Hemşirelerin LHA uygulaması ile ilgili eğitim alma durumu.....	38



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Ağrı Ölçekleri	13
Tablo 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelere Ait Bilgiler	25
Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	29
Tablo 4.2. Hemşirelerin LHA İstemi Hakkında Görüşlerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Hemşirelerin LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin Dağılımı	34
Tablo 4.4. Hemşirelerin Postoperatif Ağrıyla Gidermek İçin Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumlarının Dağılımı.....	35
Tablo 4.5. Lüzum halinde analjezik İsteminde Sık Kullanılan İlaçların Dağılımı... 36	
Tablo 4.6. Hemşirelerin LHA İsteminde Sık Kullanılan İlaçların Özelliklerine İlişkin Bilgi Dağılımları	36
Tablo 4.7. Lüzum Halinde Analjezik İsteminde Doz ve Doz Aralığının Belirtilme Durumu	37
Tablo 4.8. Hemşirelerin LHA İle İlgili Eğitim Alma Durumu İle LHA İstemi Hakkında Görüşleri Arasındaki İlişki Dağılımı	39
Tablo 4.9. Hemşirelerin LHA İle İlgili Eğitim Alma Durumu İle LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişki Dağılımı	43
Tablo 4.10. Hemşirelerin LHA Uygulama Eğitimi Alma Durumu İle Postoperatif Ağrıyla Gidermek İçin Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları Arasındaki İlişki Dağılımı.....	46
Tablo 4.11. Hemşirelerin LHA İle İlgili Eğitimi Alma Durumu İle LHA İsteminde Kullanılan İlaç Grubu Özelliklerine Ait Bilgi Durumları Arasındaki İlişki Dağılımı	47

1. GİRİŞ

Ağrı bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenen, bireyden bireye değişen, subjektif ve tanılaması zor olan karmaşık bir algıdır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP)'nın yaptığı tanıma göre ‐ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Postoperatif ağrı, gelişen teknoloji ile birlikte hastalıkların tedavisinde bir tedavi seçeneği olarak sıklıkla uygulanan cerrahi girişimler sonucu, nosiseptörlerin uyarılması ile başlayan, genellikle birkaç gün içinde azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut patolojik bir ağrıdır. Ayrıca göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile de doğrudan ilgilidir(3, 4, 5, 6, 7).

Ağrının fizyopatolojisi hakkında ayrıntılı bilgilerin varlığı, yeni ilaçların ve uygulama yöntemlerinin gelişmesi ve ağrı yönetimi konusundaki teknolojik kaynakların artmasına karşın, hala hastaların çoğu ameliyat sonrası yetersiz ağrı tedavisi görmekte ve pek çok hasta orta veya şiddetli derecede ağrı deneyimlemektedir. Literatürde, çok sayıda araştırmacı ameliyat sonrasında hastaların yaklaşık %50-70'inin yetersiz ağrı tedavisi gördüğünü, orta veya şiddetli derecede ağrıdan yakındıklarını bildirmektedir (8, 9, 10, 11, 12).

Postoperatif ağrının, solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, renal, santral sinir sistemi ve koagülasyon üzerine olumsuz etkileri vardır (8). Ayrıca vücudun travmaya verdiği stres yanıtın şiddetini arttırarak, çeşitli komplikasyonlara neden olabilir. Vücudun pek çok organını etkileyen bu komplikasyonlar postoperatif dönemde en üst seviyeye ulaşır bununla birlikte bu olumsuz fizyolojik etkilerin çoğu, ağrının etkin bir şekilde yönetimi ile önlenabilir (10). Etkili bir ağrı yönetiminin

amacı; sadece fiziksel rahatsızlığı azaltmak değil, aynı zamanda erken ayağa kalkma ve işe dönme, klinikte kalma süresini kısaltma ve sağlık bakım giderlerini en aza indirmeyi sağlamaktır (13). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası ağrı yönetiminin yetersiz olması durumunda iyileşmenin geciktiği, hastanede kalma süresinin uzadığı ve maliyetin arttığı vurgulanmaktadır (14, 15).

Ağrıyı anlamak hemşirenin etik görevleri arasındadır. Amerikan Ağrı Derneği (APS), ağrının hastanın sorumluluğunda olmadığını, hastanın ağrısını ifade ettiği durumda, ağrı yönetiminin hemşirenin sorumluluğunda olduğunu bildirmektedir (16, 17, 18, 25). Hemşirelerin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşımı ağrı yönetimindeki sorumluluklarındandır (2, 6, 12, 19).

Bütün ağrılarda en etkili tedavi yönetimi farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin birleşimi ile olur. Ancak ağrı tedavisinde ilk tercih edilen yöntem analjeziklerdir (20). Ağrının farmakolojik kontrolünde gün boyu düzenli ilaç verilmesi ve lüzum halinde (LH) ilaç verilmesi şeklindeki yaklaşımların her ikisi de günümüzde kullanılmaktadır. Ancak önemli olan gün boyunca kesintisiz analjezi sağlanmasıdır. Belirlenen düzenli zaman aralığı, ilacın belirli farmakolojik süresine uymalıdır (21,22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan analjeziklerin kullanım ilkeleri doğrultusunda, analjezik tedavisinde ağrı önleyici yaklaşım benimsenmelidir. Bu yaklaşımın anlamı, analjeziğin ağrı başlamadan ya da şiddetlenmeden verilmesidir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı, DSÖ ve literatürdeki yayınlara göre, LHA verme yaklaşımının; kan analjezik düzeyinde dalgalanmalar meydana getirdiği için etkili bir yöntem olmadığı belirtilmektedir (22, 23, 24, 25). Buna rağmen LHA istemi, ekip üyeleri tarafından tam olarak ortaya konulmamış ilkeler doğrultusunda, geleneksel olarak kullanılmaktadır (26). Hastanelerde belirli bir standart olmaması nedeniyle, hemşirelerin bazıları LH şeklindeki ilacı uygulamada daha rahat davranırken, bazılarının da bundan kaçındığı belirtilmektedir. Hemşire; LHA isteminin doğruluğunu kontrol etme, ağrıyı tanılama

ilacı verip vermemeye karar verme, ilacı uygulama, ilacın etkinliğini ve yan etkilerini değerlendirmeden sorumludur (20).

Literatürde postoperatif ağrı yönetiminde kullanılan lüzum halinde analjeziklerle ilgili az sayıda çalışma yer almakta olup, bu çalışma ağrı yönetimi kapsamında LHA isteminin hemşireler tarafından daha bilinçli uygulanması ve LHA istemleri ile ilgili standart bir uygulama geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Soruları

- Hemşirelerin LHA istemi hakkında görüşleri nedir?
- Hemşirelerin LHA istemini uygulamaya yönelik yaklaşımları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

Yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı kavramının çok farklı tanımları yapılmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'nın yaptığı ağrı tanımı, tüm dünya tarafından kabul edilmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na göre ağrı “Vücudun herhangi bir bölgesinde hissedilen, var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyuşal, emosyonel ve hoşla gitmeyen bir duygu deneyimi” dir (1, 23, 27, 29, 30, 31).

Hemşire Mc Caffery; “ ağrı bireyin söylediği şeydir, birey söylüyorsa ağrı vardır” diye belirtmiştir. Bu tanım yaşadığı ağrıyı belirtmede en yetkili kişinin bireyin kendisi olduğunu ve dolayısıyla ağrı kontrolünde çok önemli bir unsur olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (32, 33, 34, 35).

Bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip, sübjektif bir deneyim olan ağrının öznel olması tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Aynı şiddetteki ağrılı bir uyaran, kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi, aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşturabilmektedir. Aynı zamanda ağrı biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik gibi değişkenlerden etkilenmektedir (17, 36, 37).

2.1.1 Ağrının Sınıflaması

Ağrı; başlama süresi, mekanizması ve kaynaklandığı bölge dikkate alınarak üç ana başlık altında sınıflandırılmıştır.

2.1.1.1. Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflandırması

Akut Ağrı: Ani doku hasarı ile başlayan, hafif veya şiddetli, uygun iyileşme sürecinde giderek azalan ve iyileşme ile kaybolan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişki bulunan akut ağrı vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterdiğinden biyolojik olarak yararlıdır. Ameliyat sonrası ağrı akut ağrıya en iyi örnektir (38).

Akut ağrı beklenen ve beklenmeyen ağrı olarak ikiye ayrılmaktadır. Beklenen ağrı, ameliyat ağrıları gibi önceden tahmin edilen ve koruyucu tedbir alınabilen, beklenmeyen ağrı ise çeşitli kırık, yanık ve travmalar gibi ağrılardır (3, 37, 38, 39).

Kronik Ağrı:3-6 aydan daha fazla süren ve uzun süreli tedavi gerektiren ağrıdır. Kronik ağrı çoğu kez nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yöneltten, duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren ağrı olarak tanımlanmaktadır. Akut ağrıdaki kadar otonomik cevaplar olmamakla birlikte sempatik tonus artışı, nöroendokrin fonksiyonda artış belirgindir (40, 41, 42).

2.1.1.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırması

Somatik Ağrı: Keskin iyi lokalize edilebilen somatik sinirlerden kaynaklanan ve tanısı kolay konabilen ağrıdır. Sinir köklerinin yayılım yerlerinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir. Kutanoz ve derin somatik olarak iki grupta toplanabilir. Kutanoz somatik ağrı; cerrahi insizyonun neden olduğu yüzeysel doku hasarından kaynaklanır. Ani, keskin, batıcı, zonklayıcı özellikte olup doku hasarının olduğu bölge ile sınırlıdır. Derin somatik ağrı; kas, ligament, kemik ve fasiadan kaynaklanır. Künt ve zonklayıcı ağrıdır (42, 44).

Visseral Ağrı: İç organlardan kaynaklanan, kolay lokalize edilemeyen, genellikle şiddetli olmayan, yavaş yavaş artan, künt şeklinde ve kramp tarzında,

başka bölgelere doğru yayılım gösteren ağrılardır. Bir travma veya hastalığa bağlı olabilmektedir. Apandisit ağrısının göbeğe yayılması, miyokarddan kaynaklanan ağrıların sol kola yayılması gibi yansıma bölgeleri vardır. Kan basıncı ve nabız sayısında değişme, kas rijiditesi ve hiperestezi ile birlikte (42, 43, 44).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan vasküler kökenli ağrılardır. Sempatik ağrıların en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Hasta, karda uzun süre çıplak kaldığındaki gibi yanma ile üşüme arasında bir his tanımlar (42, 44)

2.1.1.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırması

Nosiseptif Ağrı: Doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan ve ağrılı uyarıya verilen uygun fizyolojik cevap olarak tanımlanan nosisepsiyon, hoş olmayan bir algılama olarak görülse de, ilgili savunma mekanizmalarını ortaya çıkararak organizmayı zararlı bir saldırıdan korumayı amaçlar. Nosiseptif ağrı, somatik ve viseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır. Bu ikisi arasındaki temel farklılık somatik ağrının duyuşal liflerle, viseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. Günlük yaşamımızdaki travmalar, yaralanmalar ve ameliyat sonrası dönem ağrıları nosiseptif ağrıya örnek olarak verilebilir (8, 40, 42, 45).

Nöropatik Ağrı: Periferik veya santral sinir sisteminde travma ya da metabolik bir hastalık sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Hastalar, nöropatik ağrıyı zonklayıcı, batıcı, künt, gerilme, oyulma, yanıcı, sızlayan, kemirici, elektriksel ve uyuşma gibi tanımlarla ifade ederler. Diyabetik nöropati sırasında ortaya çıkan ağrılar nöropatik ağrıya örnek olarak verilebilir (18, 42, 46).

Deafferantasyon Ağrısı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda somatosensoryal uyarın iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkar. Cerrahi veya travmatik amputasyon sonrası gelişen fantom ağrısı örnek olarak verilebilir (40, 42, 45, 47).

Reaktif Ağrı: Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla oluşan miyofasyal ağrılardır. Halk arasında kulunç olarak bilinen bu ağrı sürekli, künt, derin, sızlayıcı niteliktedir (45, 47, 48).

Psikosomatik Ağrı (Psikojenik Ağrı): Anksiyete ve depresyon gibi psikojenik unsurların etkin olduğu durumlarda doku hasarı varmış gibi algılama olmasıdır (40, 42, 45, 47).

2.1.2. Ağrı Teorileri

Ağrının algılanması ve mekanizması ile ilgili teorilerin 1880’li yıllarda geliştirilmeye başlandığı bilinmektedir. Ağrı konusunda günümüze kadar nörofizyolojik, psikolojik ve sosyal araştırmaların katkısıyla primitif teori, spesifite teorisi, pattern teorisi, endorfin teorisi ve kapı kontrol teorisi gibi çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Bu teorilerden en fazla bilinen ve günümüzde en fazla kabul görenler ‘‘Kapı Kontrol Teorisi’’ ve ‘‘Endorfin Teorisi’’ dir (33, 49).

2.1.2.1. Kapı Kontrol Teorisi

1965 yılında Melzack ve Wall’ın kapı kontrol teorisini ileri sürmeleri ile birlikte ağrı nörofizyolojisinde önemli bir devrim gerçekleşmiş, bu teori ile birlikte ağrı sürecinde merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmıştır (33, 42, 50, 51, 130).

Kapı kontrol teorisine göre; spinal kord içerisinde bir kapı mekanizması meydana gelir. Ağrı uyarıları vücudun periferinden A delta ve C lifleri adındaki sinir lifleri ile taşınır. Bu lifler uyarıları medulla spinalisin arka boynuzunda yer alan Substantia Gelatinosa’ya (SG) getirirler. Substantia Gelatinosa hücreleri afferent uyarının Trigger hücrelerine (T hücreleri) geçişini; A-delta ve C lifi aksonlarında impulsu bloke ederek veya kimyasal transmitter salınımını inhibe ederek ve gelen eksitator impulsların algılanma seviyesini değiştirerek etkiler. Substantia Gelatinosa

hücreleri ağrı uyarılarının T hücrelerine iletimini yasaklayabilir ya da kolaylaştırabilir. Trigger hücrelerinin aktivitesi inhibe edildiğinde, kapı kapanır ve uyarıların beyne iletilme olasılığı azalır. Kapı açıldığında ağrı uyarıları beyne iletilir. Ancak korteksin bu sinyalleri gönderip kapıyı kapattırabilmesi için bireyin daha önceki ağrı deneyimleriyle baş etmiş olması gerekir. Bireyin daha önceki ağrı deneyimine yönelik anıları olumsuz ise kortekste ki SG girişi kapatıcı sinyaller göndermez. Ağrı uyarısını kapıdan geçerek üst merkezlere doğru ilerlemeye başlar. Bu uyarılar kortekse kadar ulaşırsa ağrı şeklinde algılanır (37, 52).

2.1.2.2.Endorfin Teorisi

1970'li yılların ortalarında, vücudun salgıladığı narkotiklere benzer maddeler olarak tanımlanan endorfinler, santral sinir sistemi tarafından üretilen, morfin gibi hareket ederek beyindeki opioid reseptör alanlarına bağlanan maddelerdir (33, 50).

Endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kordaki narkotik reseptörlere tutunurlar. Endorfin teorisi, ağrı algılaması ve analjezi gereksiniminin, kişiden kişiye değiştiğinin anlaşılmasına yol açmıştır. Ağrı algısının kişiden kişiye değişmesi, insanlarda endorfin miktarının değişkenliği ve olası diğer faktörlerle birlikte endorfin düzeyinde artma ya da azalma ile açıklamaktadır (33, 39, 50, 53).

Farmakolojik olmayan yöntemlerden masaj, müzik dinletme, düşleme gibi bazı ağrı giderme yöntemlerinin bu teori üzerine kurulu olduğu belirtilmektedir. Deri uyarımlarında, vücudun doğal morfini olan endorfinlerin salınımı artar. Böylece ağrı azalır ya da giderilir. Kubsch ve arkadaşları tarafından, acil servise gelen hastalarda deri uyarımının ağrının azaltılması ve hastaların kan basıncı ve kalp hızı üzerine etkisinin araştırıldığı 50 hasta üzerinde yapılan çalışma sonucunda, deri uyarımı uygulanan hastaların ağrısının önemli derecede azaldığı, kalp hızında ve kan basıncında düşme olduğu saptanmıştır (53, 54).

2.2. Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı, cerrahi travma sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle sona eren cerrahi travmanın derecesi kadar, insizyonun tipi ve genişliği ile de doğrudan ilgili akut bir ağrı şeklindedir. Dünyada her yıl milyonlarca insan ameliyat olmakta ve değişik derecelerde postoperatif ağrı deneyimlemektedir(6, 37, 55, 56, 57, 58).

Hastalıkların tanısı, tedavisi, deformiteler ve defektlerin düzeltilmesi ve semptomların azaltılmasında kullanılan cerrahi girişimler, günümüzde sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazanılmasında, yaşam süresinin uzatılması ve bakım kalitesinin yükseltilmesinde, organ fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılmasında, ağrının giderilmesinde etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Ancak cerrahi girişimler ile bir taraftan ağrı kontrol altına alınmaya çalışılırken, bir yandan bu girişimlerin kendileri de karmaşık ve hoş olmayan bir duygu olan ağrıya neden olmaktadır. Bu nedenle ağrı, postoperatif dönemde hastaların en sık yaşadığı problemlerden biridir (19, 59, 60).

Birçok araştırmacı, önemli teknolojik gelişmeler ve etkili ağrı yönetimi stratejilerinin varlığına rağmen postoperatif ağrının, hala genel bir sorun olmaya devam ettiğini bildirmişlerdir (16, 61, 62). Modern cihazların, analjezik ilaçların mevcut olmasına rağmen ameliyat sonrası yaşanan ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların yaklaşık %50-80 oranında orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (6, 11, 58, 63, 64, 65, 66, 67).

Chung ve Lui (2003) ile Huang ve ark.nın (2001) yaptığı çalışmalarda çeşitli postoperatif ağrı değerlendirme ve yönetimi yapılmasına rağmen hastaların %50-75'inin yeterli düzeyde rahatlayamadığı belirtilmektedir (61, 63). Yılmaz ve Gürler'in (2011) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ve hasta görüşlerini incelediği araştırmasında ameliyat sonrası dönemde hastaların %96.4'ünün öksürürken, %81.9'unun yataktan kalkarken ağrı yaşadıkları, ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı nedeniyle %96.4'ünün öksürme, %78.3'ünün hareket etme ve %46.7'sinin soluk alma sırasında zorlandıkları bildirilmektedir(6).

Postoperatif ağrı yönetiminin yetersiz olması iyileşme sürecinin uzamasının, taburculuğun gecikmesinin ve yüksek sağlık masraflarının ortak nedenidir (11, 14, 15, 63, 68). Oysa postoperatif ağrı tedavisinin amacı, ağrıyı ortadan kaldırarak yaşam kalitesini arttırmak, morbiditeyi azaltmak ve hastanede kalış süresini kısaltmaktır (57).

Postoperatif ağrı değerlendirme ve yönetimi sağlık profesyonellerinin karşı karşıya kaldığı başlıca klinik zorluklardan biri olmaya devam etmektedir (65). Çünkü tüm cerrahi girişim uygulanan hastalarda ortaya çıkan ağrının süresini ve düzeyini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar;

- Hastanın fizyolojik ve psikolojik yapısı,
- Hastanın preoperatif hazırlığı,
- Postoperatif dönemde hastanın psikolojik ve farmakolojik hazırlığı,
- Cerrahi girişimin tipi, yeri ve süresi,
- Cerrahi insizyonun uzunluğu,
- Cerrahi travmanın derecesi,
- İntraoperatif dönemde hastanın pozisyonu,
- Cerrahi girişim ile ilgili ciddi komplikasyonlar,
- Postoperatif komplikasyonlar,
- Kullanılan anestezi yöntemi,
- Postoperatif dönemde bakımın niteliği ve kalitesi,
- Hastane korkusu, ağrı korkusu,
- Preoperatif dönemde hastada anestezi ve ölüm korkusunun olmasıdır (18, 56, 57).

2.2.1. Postoperatif Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Kontrol edilemeyen postoperatif ağrının, birçok sistemde olumsuz değişimlere neden olmakta ve bu değişimler de çeşitli komplikasyonlara yol açmaktadır (63, 69, 70, 71).

Solunum Sistemi: Postoperatif dönemde görülen pulmoner fonksiyonlardaki gerileme, insizyon bölgesinin diyafragma yakın olması ile doğru orantılıdır. Özellikle batin ve toraksa uygulanan cerrahi girişimlerden sonra ağrı, derin soluk alma ve öksürüğü kısıtlamaktadır. Bu durum akciğer vital kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Buna bağlı olarak hipoksi, atelektazi, pnömöni gibi komplikasyonlar gelişmektedir (61, 63, 72, 73).

Kardiyovasküler Sistem: Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu vasküler direnç ve kalbin iş yükü artarak, miyokardın oksijen tüketiminde artış meydana gelmektedir. Bu durum özellikle kalp yetmezliği bulunan ve koroner arter hastalığı olan hastalarda aritmi ve miyokard infarktüsü riskini artırabilmektedir (53, 73, 77).

Endokrin Sistem: Nöroendokrin ve sempatik sinir sisteminin, cerrahi strese yanıtı başlatan, düzenleyen ve sürdüren mekanizmada önemli rolü vardır. Postoperatif ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artmakta, anabolik hormonlar azalmaktadır. Bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu, kan şekeri, serbest yağ asitleri, keton cisimleri ve laktatta artma olmaktadır. Bu durum devam ederse katabolik bir durum ve negatif nitrojen dengesi meydana gelmektedir (18, 52).

Gastrointestinal Sistem: Ağrı sonucunda sempatik sistem aktivitesinin artması gastrointestinal motilite ve splanik dolaşımında azalmaya yol açarak abdominal distansiyon, bulantı ve kusma gibi sorunların gelişmesine neden olur (52).

Üriner Sistem: Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar yapmayı güçleştirmektedir (5, 73).

Koagülasyon Sistemi: Şiddetli ağrı nedeniyle sempatik aktivitenin artması, alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozu ve tromboemboli riskinin artmasına neden olmaktadır (69,74).

İmmün Sistem: Stres reaksiyonu ve genel anesteziğin etkisiyle, hücrel ve hümoral bağışıklık inhibe olmaktadır. İmmün fonksiyonun bozulmasıyla, enfeksiyon riski artmaktadır (74).

2.2.2. Postoperatif Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının fiziksel, duygusal ve algısal boyutlarının olması hastayı tüm yönleri ile etkilediğinden doğru tanılanması oldukça önem kazanmaktadır (74, 76). Postoperatif ağrının tanılanmasında ağrı sürecinin, doğasının, bireyin ağrıya yanıtını etkileyen faktörlerin, ağrı tanılama ve azaltma yöntemlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir (37, 56).

Ağrı, APS ve Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komitesi (JCAHO) tarafından beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilmektedir (25, 75, 76). Subjektif bir deneyim olan ağrının varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilmektedir. Bu nedenle ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi önem taşımaktadır. Yani ağrı ölçekleri kullanılarak, subjektif olan bu ifadeyi objektif hale getirmek, ölçülebilir değerlere çevirmek, uygulanan ağrı geçirme yaklaşımlarının etkinliğini belirlemek gerekmektedir (18, 56, 77, 78).

Ağrının öznel bir deneyim olması sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik hipotezlerinde hatalı yaklaşımlara neden olabilir. Ağrı değerlendirmesinde hemşire; ölçümün amacını belirlemeli, hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakmamalı, farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı, hastaya ağrı ve değerlendirmeye ilişkin güvenilir bilgi vermeli, multidisipliner ekip yaklaşımı içinde benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır (77). Ancak literatürde hemşirelerin ağrı ölçeklerini yeterince kullanmadıkları bildirilmiştir (6, 79).

2.2.2.1. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (6, 56, 77).

Tablo 2.1. Ağrı Ölçekleri (Çelebioğlu'ndan, 1)

AĞRI ÖLÇEKLERİ	
Tek Boyutlu Ölçekler	Çok Boyutlu Ölçekler
<ul style="list-style-type: none">- Sözel Kategori Ölçeği- Sayısal Kategori Ölçeği- Görsel Kıyaslama Ölçeği- Burford Ağrı Termometresi- Yüz İfadesi Skalası	<ul style="list-style-type: none">- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu,- Dartmouth Ağrı Soru Formu,- West Haven-Yale Formu- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi- Ağrı Algılama Profili- Davranış Modelleri

2.3. Postoperatif Ağrı Tedavisi

Ağrı tedavisi farmakolojik ve Farmakolojik olmayan yöntemlerden oluşmaktadır.

2.3.1. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Farmakolojik olmayan yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Analjeziklerle birlikte kullanıldığında ilaçların etkinliğini artırırken analjezikler kullanılmadan vücudumuzun doğal morfini olan endorfin salınımını sağlayarak ağrının ortadan kaldırılmasını sağlarlar. Farmakolojik olmayan yöntemlerin ağrı gidermede kullanım amacı analjeziklerin kullanım oranının

azaltılması, hastanın ağrı sorununun olabildiğince giderilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu yöntemlerin birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, analjezikler gibi yan etkilerinin olmaması ve bireye ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır (56, 59, 80, 81).

Bazı çalışmalar farmakolojik yöntemlerin farmakolojik olmayan yöntemlere göre daha fazla tercih edildiğini göstermiştir. Fielding ve Irwin (2006) hemşirelik ve tıp son sınıf öğrencilerinin akut ağrı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine yönelik bilgi ve uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmalarında, öğrencilerin farmakolojik olmayan yöntemleri daha az kullandıklarını bildirmektedirler (82).

Farmakolojik olmayan yöntemler, Periferal Teknikler, Kognitif (Bilişsel)-Davranışsal Teknikler ve bu iki yöntemin dışında kalan diğer teknikler (plasebo uygulaması, cerrahi tedavi gibi) olarak sınıflandırılabilir (59, 83).

Periferal Teknikler: Ağrıyı azaltmada kullanılan deri uyarım girişimlerini içerir. Deri uyarımının ağrıyı gidermedeki etkisi kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisi ile açıklanmaktadır. Periferal teknikler; sıcak uygulama, soğuk uygulama, egzersiz, masaj, pozisyon verme, hareketi kısıtlama, akupunktur, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), hidroterapi gibi uygulamaları içermektedir (53, 80).

Bilişsel-Davranışsal Teknikler: Ağrının algısal, duygusal, davranışsal boyutu olduğu varsayımından hareketle öncelikle bilişsel yöntemlerle ağrıya özgü olumlu düşünceler geliştirilmeye çalışılırken, davranışsal yöntemlerle de hastanın ağrı yaşantısını arttırdığı düşünülen davranışlar değiştirilmeye çalışılır, Amaç hastanın işlev düzeyini arttırmak, olumsuz davranışlarını azaltmak ve analjezik ilaç kullanımını önce azaltıp sonra tümüyle kesmektir. Bilişsel-davranışsal yöntemler; gevşeme, dikkati başka yöne çekme ve bilişsel stratejiler gibi uygulamaları içermektedir (43, 56).

2.3.2. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler

Ağrı tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem farmakolojik tedavi yöntemidir. Merkezi veya periferik etkili olan analjezikler vücutta oluşan ağrı duyusunu bilinç kaybı olmadan giderirler. Ancak ilaç seçimi ve tedavinin düzenlenmesinde ağrı tipinin belirlenmesi, hastanın özellikleri ve ilacın klinik farmakolojisinin iyi bilinmesi gerekmektedir (56, 84).

Uygulama yolları; Sistemik (İntravenöz, intramüsküler, subkütan, oral, rektal, transmukozal, transdermal) ve Rejyonal (İnfiltrasyon, pleksus blokajları, interkostal blok, interplevral blok, epidural blokaj, subaraknoid blokaj) olarak iki şekildedir.

Uygulama Yöntemleri; Lüzum halinde uygulama, belirli aralıklarla (İntermitan) uygulama, sürekli infüzyon, hasta kontrollü analjezi (HKA)'dir.

Ameliyat sonrası ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünde, endojen algojenik maddelerin sentezini inhibe eden ya da ağrı duyusunun beyine iletilmesini bloke eden maddelerin kullanımı söz konusudur (56). Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde üç ilaç grubu kullanılmaktadır. Bunlar opioidler, nonopioid analjezikler ve bölgesel tekniklerle uygulanan lokal anesteziplerdir (69, 85).

Nonopioid Analjezikler: Prostaglandinlerin rol oynadığı düşünülen ameliyat sonrası kas iskelet sistemi ağrıları, travma sonrası ağrılar ve inflamatuvar ağrılarda tercih edilen nonopioid analjezikler tek başına, diğer analjeziklerle veya epidural, periferik sinir bloğu gibi tekniklerle birlikte kullanılmaktadır. Nonopioid ilaçlara nonsteroid antiinflamatuvar (NSAI) ilaçlar (diclofenac, ibuprofen, naproxen) ve antiinflamatuvar etkileri olmayan parasetamol, metamizol örnek verilebilir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar analjezik, antipiretik, antiinflamatuvar özelliklerinden ve opioid ihtiyacını azaltıcı etkilerinden dolayı ameliyat sonrası akut ve inflamasyon kaynaklı ağrılarda en çok tercih edilenlerdir. Bunun yanında NSAI'lerin birçok yan etkisi vardır. Bunlar böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, peptik ülser ve cerrahi sonrası uzayan kanamalardır (33, 57, 69, 84, 86).

Opioid Analjezikler:Orta veya şiddetli ağrının tedavisinde kullanılan en önemli ilaçlar olan opioidlerin hedefleri, santral sinir sistemi ve gastrointestinal sistemdir. Etkilerini beyin, omurilik ve vücudun diğer bölgelerindeki özgün opioid reseptörlerine bağlanarak gösterirler. Antipiretik ve antienflamatuar etkileri yoktur (57, 69, 84, 87).

Opioidlerin sedasyon, solunum depresyonu, bulantı, kusma, hipotansiyon ve konstipasyon gibi vücudun birçok sistemi üzerine istenmeyen yan etkisi vardır (84, 87).

Bölgesel Anestezipler: Sinirsel iletiyi bloke ederek vücudun belirli bir bölgesinde sensoryal, motor ve otonomik fonksiyonların geçici kaybına yol açan kimyasal ajanlardır. Özellikle periferik sinirlerde olmak üzere, tüm uyarılabilir dokularda depolarizasyon blokajı yaparak membran stabilizasyonunu sağlamaktadırlar (69, 86).

Analjezik seçimi ağrı düzeyine göre basamak prensibi doğrultusunda yapılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün basamak tedavisine göre, birinci basamakta NSAİ ve parasetamol yer alır. Bununla hastanın ağrısı geçmiyorsa tedaviye ikinci basamak zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol) eklenir. Birinci ve ikinci basamaktaki ilaçlarla ağrı azalmıyorsa üçüncü basamak tedaviler (güçlü opioidler-fentanil, morfin) başlanır. Her basamakta tedaviye destek olacak, kendisi analjezik olmayan ancak kronik ve kompleks ağrılı durumlarda diğer analjeziklere yardımcı olarak kullanılan adjuvan ilaçlar da eklenebilir. Basamak değişimi için en az 24 saat geçmelidir. Analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalıdır. Analjezik kullanımında öncelikle oral yol tercih edilmelidir. Analjezik dozu kişiye özgü olarak belirlenmelidir. Analjezikler düzenli zaman aralıkları ile ağrı başlamadan alınmalıdır. Yan etki profilaksisi ve tedavisi yapılmalıdır (88, 89).

Analjeziklerin uygulamasında HKA, devamlı IV infüzyon ve narkotik analjeziklerin ya da lokal anesteziplerin intraspinal uygulaması gibi yeni yöntemlerin kullanılması ağrının daha iyi giderilmesine ve IM narkotik uygulamasına bağlı sorunlardan kaçınılmasına fırsat sağlamaktadır (85).

Sayın'ın (2011) genel cerrahi kliniklerinde çalışan servis hemşirelerinin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmada, hemşirelerin %98.8'inin DSÖ'nün basamak tedavi sistemini bilmediği tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %94.1 gibi tamamına yakın yüksek bir oranı analjezik uygulama yöntemlerinden biri olan IV uygulamayı sıklıkla bilmekte ve kullanmakta, sadece %22.9'u gibi çok az bir oranı tüm analjezik uygulama yollarını bilmekte ve kullanmaktadır (90). Işıklı'nın (2006) "hemşirelerin farmakoloji bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" konulu çalışmada hemşirelerin ilaç uygulama sürecinde kendi rollerini %79.5 oranında uygulayıcı olarak nitelendirdikleri saptanmıştır (91). Bu bağlamda hemşire, ağrıyı gidermek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla kullanılan analjeziklerin, veriliş yolu, dozu ve sıklığı belirlenirken, ağrının özelliğini, hastanın genel durumunu, analjeziklere yanıtını ve ağrı bildirimini göz önünde bulundurmalıdır (92).

2.3.2.1. Analjezik Kullanım İlkeleri

İlaçlar bilinçli ve kaliteli kullanıldığında sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için vazgeçilmez etkilere sahipken, kurallara uygun kullanılmadığında çok ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Tüm ilaçlarda olduğu gibi analjeziklerin de kurallara uygun kullanılmaması hastanın ilaçtan istenen faydayı sağlayamamasına ve ters ilaç olaylarının görülmesine neden olmaktadır. Runciman ve ark.nın (2003) ilaçların kullanımı ile ilgili problemlerin tanımlanması ve çözümlenmesi için istenmeyen ilaç olaylarını raporladıkları çalışmanın sonunda bir yıl içerisinde saptanan 145 istenmeyen ilaç olayından 31'inin analjezik uygulaması ile ilgili olduğu saptanmıştır. Belirlenen 16 olayda ise ameliyat sonrası ağrının giderilemediği görülmüştür (93, 94).

Analjeziklerin doğru kullanımını amaçlayan çalışmalar, DSÖ tarafından 80'li yıllarda başlatılmış, 1996 yılında yeni ilaveler yapılmıştır. Ağrı kontrolü için kullanılan analjeziklerden istenen yararı elde edebilmek için DSÖ tarafından belirlenen analjeziklerin kaliteli kullanımı ilkelerine dikkat edilmelidir. Analjezik seçimi ağrının şiddetine göre basamak prensibi doğrultusunda yapılmalıdır.

- Analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalıdır.

- Analjezik kullanımında önce oral yol tercih edilmelidir.
- Analjezik dozu her hasta için ayrı değerlendirilmelidir.
- Analjezikler belli zaman aralıkları ile ağrı başlamadan verilmelidir.
- Yan etki profilaksisi ve tedavisi yapılmalıdır.
- Hasta ve yakınlarının gereksiz korkuları giderilmelidir.
- Adjuvan ilaçlar kullanılmalıdır (21, 22, 95).

2.4. Postoperatif Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren ağrı kontrolünde ekibin üç değişmez önemli üyesi hasta, hemşire ve hekimdir. Bu ekip üyeleri arasında ağrıyı deneyimleyen sadece hastadır ve ondan kurtulmak için çaba harcamaktadır. Ağrı konusunda hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; hemşirenin hasta ile 24 saat birlikte olması, empatik yaklaşımı ile hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi, gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, hastaya rehberlik yapması, planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını gözlemlemesidir (17, 19, 79).

Postoperatif dönemde hastayı sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli sağlık sorunlarından biri ağrıdır. Ancak ağrının giderilmesinde yetersiz kalınan durumlar da olabilmektedir. Sağlık disiplinlerinde hastanın ağrısını kontrol edememe hem ihmal hem de etik bir sorundur. Çünkü ağrı hastayı bunaltan, davranışsal tepkilere ve otonomik değişikliklere yol açarak yaşam kalitesini düşüren, günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal etkileşimlerini bozan, iyileşme sürecini geciktiren, hastanede kalış süresini uzatan, bakım maliyetini yükselten ve mortalite oranını artıran bir durumdur (38, 69, 79).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA)'nin hemşirelik tanıları arasında yer alan ve JCAHO tarafından “beşinci yaşam bulgusu” olarak kabul edilen ağrı; kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı gibi her zaman değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir (17, 96).

Ağrılı hastaya bakım verirken dikkat edilmesi gereken noktalar şöyle özetlenebilir;

- Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmelidir,
- Nedeni ne olursa olsun ağrını bir “yardım arayışı” olduğu unutulmamalıdır,
- Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inançları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır,
- Hastanın bilgi eksiklikleri saptanmalı ve eğitim planlanmalıdır,
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır,
- Ağrının artmasına neden olan durumlar giderilmelidir,
- Hastanın daha önce ağrısını gidermede kullandığı yöntemler sorgulanmalıdır,
- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır,
- Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır,
- Hemşire hastanın ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli ve uygulamalıdır.
- Hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan yöntemlerle ilgili hemşirenin, hastayı hazırlaması, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisini ve nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapması gerekir (96).

Etkili ağrı yönetimi doğru bilgi, tutum ve değerlendirme becerisi gerektirir. Ameliyat sonrası ağrısı olan bireye, etkin, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bakım, bilimsel bir yaklaşım olan hemşirelik süreci sistematikinde verilmelidir. Ameliyat sonrası ağrının bireye uygun şekilde tanınması, planlanması, uygun tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanması ve bu uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesi hemşirelerin önemli sorumluluklarından biridir (97, 98, 99, 100).

Tanımlama /Veri Toplama

Evrensel, karmaşık ve subjektif bir deneyim olan ağrının, doğru ve amacına uygun bir şekilde yönetilebilmesi, hemşirelerin ağrıyı doğru tanımlaması ve hastanın bildirdiği ağrıya inanarak onu desteklemesi ile mümkündür (56,89).

Ameliyat sonrası dönemde ağrı tanınması yapmak oldukça güç ve önemlidir. Ağrı tanınmasının ilk aşaması olan veri toplama aşamasında veriler kanıta dayalı yöntemlerle toplanmalıdır. Bu veriler doğru hemşirelik tanısının konulmasını sağlayarak, planlanan bakım ve uygulanan hemşirelik girişimlerinde beklenen hasta sonuçlarına ulaşılması ve değerlendirme aşamasını da içine alan bütüncül hasta bakımının gerçekleştirilmesini sağlayacaktır(37, 101).

Postoperatif ağrının ideal değerlendirmesinde; Hasta değerlendirmeye aktif olarak katılmalı, hastanın ağrısı düzenli olarak sorgulanmalı, hastanın ağrısı hem dinlenme hem de hareket halinde değerlendirilmeli, ağrı şiddetinde beklenmedik bir artış yeni bir ağrı nedeni veya postoperatif bir komplikasyon olarak düşünülerek dikkatli anamnez alınmalı, kötü ya da yüksek ağrı skorlarında ağrı tedavisi tekrar gözden geçirilmelidir (72, 102).

Hemşirenin hastaya uygun ağrı ölçeğini kullanması kanıta dayalı bir tanılama yapmasına olanak sağlayarak, tanılama basamağının güvenilirliğini artıracaktır. Hastanın kendi seçtiği ağrı ölçeği en uygun yöntem olsa da, ağrı ifadesi bireyden bireye değişiklik göstermekte, geçerliliği kanıtlanmış bir ölçek kullanımı gerekmektedir (103, 104, 105). Bu ölçekler ağrının boyutu, yeri, şiddeti ya da sedatize hastalar için davranışsal skorlamaları gösterir ve aynı zamanda hastanın kelimelerle ya da sayılarla ifade ettiği ağrının şiddeti ve niteliğini objektif hale getirerek, hasta tedavisini ve bakımını birlikte yürüten hekim ve hemşire arasındaki farklı yorumları da ortadan kaldırmış olur (72, 106).

Hemşirelik Tanısı

Cerrahi girişim geçiren bireyler ameliyat sonrası erken dönemde, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersiz olduklarından birçok hemşirelik tanısı konulabilmektedir. Ancak, ameliyat sonrası dönemde sıklıkla karşılaşılan NANDA hemşirelik tanısı “akut ağrı”dır (37, 100).

Akut ağrı deneyimleyen bireyde, hareket kısıtlılığı, anksiyete, kronik ağrı, kabızlık, düşünce sürecinde değişiklik, yorgunluk, korku ve umutsuzluk, etkisiz başa

çıkma, etkisiz rol performansı, uykusuzluk, aile ilişkilerinde kesinti, güçsüzlük ve sosyal izolasyon gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (97).

Planlama

Planlama aşamasında hemşire, bireye özgü hedeflerini ve beklenen sonuçları tanımlar ve bunlara ulaşmak için belirlenen girişimleri içeren bir bakım planı geliştirir (4, 37).

Beklenen hasta sonuçları; hastanın, ağrısını kabul etmesi ve giderilmesine ilişkin yardım alması, girişimler tanımlandıktan sonra ağrısının durumunu doğru şekilde bildirmesi, ağrısının geçtiğini sözlü-sözsüz şekilde ifade etmesi, ağrı hissetmeksizin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, yeterince dinlendiğini, ağrısının kontrol altına alındığını bildirmesi, ağrı ve konfor seviyesinin, hareket etmesine izin verecek ölçüde olması, taburcu olmaya hazır olması, ailesi ve yakınları ile olan ilişkilerinin artırılması şeklinde olmalıdır (37, 76, 100).

Uygulama

Ameliyat sonrası ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılması için farmakolojik yöntemlerin yanı sıra hastanın ağrı ve anksiyete seviyesinin belirlenmesi, farmakolojik olmayan girişimlere karar verilmesi ve uygulanması, hastanın tepkilerinin ve uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi de önemli bir yere sahiptir ve bu uygulamalar hemşirelerin aktif rol üstlendiği girişimlerdir (16, 17).

Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilerek, ağrı gidermek için uygulanan yöntemlerin etkinliği değerlendirilir. Değerlendirme tekrar ağrı tanınmasının başlangıcı olacağından eğer hasta ağrı tedavisine beklenen cevabı vermediyse hastadan alınan veriler tekrar gözden geçirilmeli ve yeniden planlama yapılmalıdır (4, 72, 84, 100).

2.5. Lüzum Halinde Analjezik Uygulama ve Hemşirenin Rolü

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen Analjezik kullanım ilkelerinden biri olan “analjezikler belli zaman aralıkları ile ağrı başlamadan verilmelidir” ilkesi ile analjezik tedavisinde ağrı önleyici yaklaşım benimsenmelidir. Bu yaklaşımın anlamı, analjeziğin ağrı başlamadan ya da şiddetlenmeden verilmesidir. Postoperatif dönemde en sık görülen sorunlardan biri olan ağrının farmakolojik kontrolü geleneksel olarak reaktif yani “lüzum halinde ilaç uygulaması” veya proaktif yani “analjeziklerin gün boyu düzenli infüzyonu” ile yapılmaktadır (20, 107).

Analjezikler diğer ilaçlar gibi kanda belirli yarılanma ömrü olan ilaçlardır. Bu nedenle kişiye özgü doz ve etki süresi belirlendikten sonra analjeziğin etkisinin başlayacağı süre de dikkate alınarak belirli zaman aralıkları ile verilmeli ve kesintisiz analjezi sağlanmalıdır. Gün boyu düzenli analjezik uygulama yönteminde analjezik dozları ağrı başlamadan uygulandığından serum analjezi düzeyi sabit kalır. Böylelikle ağrının artması ve ağrı düzeyinde iniş çıkışlar önlenmiş olur. “Lüzum halinde” uygulama şeklinde ise hastaya ağrısı başladıktan sonra analjezik verilmekte ve her seferinde tedaviye sıfırdan başlanmaktadır. Bu durum ise ağrı dalgalanmalarına yol açmakta ve hastanın ağrı yaşaması neredeyse kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle postoperatif ağrının farmakolojik yönetiminde “lüzum halinde” uygulama şeklinin hala cerrahi kliniklerde uygulanıyor olması tedavide yapılan en büyük yanıltır. Önemli olan gün boyunca kesintisiz analjezi sağlanmasıdır. Belirlenen düzenli zaman aralığı, ilacın belirli farmakolojik süresine uymalıdır. Ağrı başlamadan verilen doz, analjezinin sürekliliğini sağlayacaktır (20, 21, 94).

Aslan ve Badır’ın 2005 yılında hemşirelerin ağrının doğası değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları ile ilgili yaptığı çalışmada hemşirelerin %75.7’sinin ağrı başlamadan analjezik verilmesini doğru bulmadıkları belirlenmiştir. Böyle bir yanılgı hastanın gereksiz ağrı çekmesine, ağrının geç kontrol altına alınmasına ve dolayısıyla ağrıya bağlı komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir (19).

Ağrının farmakolojik yönetiminde hemşireye ilacı uygulamaktan daha fazla sorumluluk düşmektedir. Özellikle cerrahi alanlarda hala baskın şekilde yazılan LHA istemlerinde bu sorumluluk daha fazladır(20, 26, 108). Analjezikler, hekim tarafından reçete edilse de hemşire ilaçların uygulanmasından, uygulanan ilaçların etkinliğinin değerlendirilmesinden ve uygulamaların kayıt altına alınmasından sorumludur. Hemşireler ilacı hazırlarken uygularken ve ilacın bireydeki etkilerini gözlemlerken “sekiz doğru” standardı uygulayarak ilaç hatalarının oluşmasını önlemelidir. Sekiz doğru standart ise doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru yanıt, doğru kayıttır (8, 13,53, 94).Ayrıca uygulanacak doz, en az yan etkiyle, en düşük dozda ve en uzun aralıkta ağrıyı giderecek şekilde ayarlanmalıdır.

Gün boyu düzenli ilaç isteminde doktor ilacın türünü, dozunu ve doz aralığını belirtirken, LHA isteminde verilecek ilacın, dozu, doz aralığı, ilacın veriliş yolu her zaman belirtilmemektedir. LHA uygulamasında hemşireler hastanın ağrı şiddeti ve analjeziğe olan ihtiyacı konusunda karar vermek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle etkili bir postoperatif ağrı yönetimi, aynı zamanda klinik karar verme yeteneğinin geliştirilmesine bağlıdır (20, 36, 79, 109, 110).

2.6. Hemşirelik ve Klinik Karar Verme

Klinik karar verme, bilgiyi sentez ederek ayırabilme ve seçeneklerin içinden en iyiyi seçerek uygulamaya koymaktır. Teknolojik ve bilimsel gelişmeler hemşireliğin rol ve işlevlerini güçlendirmiş, karar verme bilimsel bir yapı kazanmıştır (111, 112)

Birden çok etkileşimi içeren, hemşireliğin temel ve güncel bilgisini uygulamada kullanılabilme becerisi olan klinik karar verme hemşirenin hastanın durumunu gözlemesini, gözlemleri sonucu elde ettiği verileri değerlendirmesini, nedenleri sorgulamasını ve alternatif hipotezleri belirlemesini sağlar. Bunların içinden en olası hipotezi seçmesi ve seçtiği hipoteze yönelik en doğru kararı vermesi ise hemşirenin bilgisine dayanır (113, 114).

Hemşirelik sürecinin her aşamasında karar verme yer almaktadır. Bucknall Avustralya’da 18 hemşire ile gözleme dayalı yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin her 30 saniyede bir üç çeşit ana alanda karar verdiklerini belirtmiştir. Bunlar; hastanın durumunu iyileştirmeye yönelik müdahale kararları, bilgi vermek-almak amacıyla alınan iletişimsel kararlar ve hastanın bilgilerini tekrar gözden geçirme, değerlendirme ve hastanın o anki durumunu belirleyebilmeyi amaçlayan değerlendirme kararlarıdır (115).

Doğru ve zamanında karar verme, hemşirelik bakım niteliğini artırmada önemli role sahiptir. Bu nedenle multidisipliner yaklaşımın önemli olduğu tedavi ve bakım sürecinde ekibin bir üyesi olan hemşirelerden; klinik ve psikososyal becerilerini geliştirmeleri, bilgilerini sürekli güncelleştirmeleri, çalışma sonuçlarından yararlanmaları, hemşirelik bakımını sürekli değerlendirmeleri, kritik düşünme ve problem çözme becerilerini geliştirmeleri ve sürekli öğrenme davranışı sergilemeleri beklenmektedir (111).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, postoperatif ağrı yönetimi kapsamında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Mardin İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kızıltepe Devlet Hastanesi ve Midyat Devlet Hastanesi'nde **Temmuz-Ağustos 2015** tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın yapıldığı hastanelere ait bilgiler

Hastane Adı	Hastane Rolü	Yatak Kapasitesi	Yıllık Ortalama Ameliyat Sayısı (Günübirlik hariç)	Çalışan Toplam Hemşire Sayısı	Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşire Sayısı
Mardin Devlet Hastanesi	A2	300	11200	181	59
KDÇH Hastanesi	A2 Dal	109	5000	109	19
Kızıltepe Devlet Hastanesi	A2	254	16500	177	57
Midyat Devlet Hastanesi	B	150	6000	86	25

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mardin İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kızıltepe Devlet Hastanesi ve Midyat Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan 160 hemşire oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Mardin İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Mardin Devlet Hastanesi (genel cerrahi, üroloji, ortopedi, göğüs cerrahi, beyin cerrahi, kalp damar cerrahi, göz, kulak burun boğaz ve plastik cerrahi servisleri); Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (kadın doğum servisi); Kızıltepe Devlet Hastanesi (genel cerrahi, üroloji, göz, kulak burun boğaz, beyin cerrahi, plastik cerrahi, ortopedi ve kadın doğum servisleri) ve Midyat Devlet Hastanesi (genel cerrahi, üroloji, göz, kulak burun boğaz ve kadın doğum servisleri) cerrahi kliniklerinde çalışan 160 hemşireden (%5 kabul edilebilir hata ile en az 114 hemşire) çalışmaya katılmayı kabul eden, yıllık izin-doğum izni ve raporlu olmayan 146 hemşire oluşturmuştur.

3.4. Örneklem Seçim Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar,
- Cerrahi servislerde çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; hemşirelerin LHA istemi hakkında görüşleri, LHA istemini uygulamada klinik karar verme durumları.

Bağımsız değişkenler; hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleki deneyimi).

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplanması için konu ile ilgili literatür taraması (12, 20, 26, 100, 79) ve araştırmacının gözlemlerine dayanarak oluşturulan, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, çalışma özellikleri ve LHA istemine ilişkin bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumlarını belirleyen, toplam 27 sorudan oluşan

tanımlayıcı soru formu (Ek-3) kullanılmıştır. Soru formunun ön çalışması, Mardin Devlet Hastanesi kalp damar cerrahi ve plastik cerrahi servisinde çalışan 10 hemşire üzerinde 20-30 Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön çalışmadan sonra soru formu yeniden düzenlenmiştir. Elde edilen veriler analize dahil edilmemiştir.

3.7. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Soru formu, araştırma kriterlerine uygun olarak belirlenen 146 hemşireye araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri toplama süresi, araştırmaya katılmayı kabul eden her hemşire için yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 22 programına aktararak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans (n,%) verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise Ki-Kare analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yürütülebilmesi için Yıldırım Beyazıt Üniversitesinden etik kurul onayı (Ek-1) ve araştırma yapılacak hastanelerin bağlı bulunduğu Mardin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı onay alınmıştır (Ek-2). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere soru formunu doldurmadan önce araştırmanın amacı, soru formu için harcayacağı zaman konusunda açıklama yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma Mardin İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi, Kızıltepe Devlet Hastanesi ve Midyat Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerle ve bu hemşirelerin bireysel beyanları ile sınırlıdır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular 3 gruba ayrılarak incelenmiştir.

Birinci bölümde; hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı kurum, meslekte çalışma yılı vb.),

İkinci bölümde; hemşirelerin LHA istemi hakkında ve istemi uygulamada klinik karar verme durumlarına yönelik görüşlerine ait bulgular,

Üçüncü bölümde; hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri ile LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Birinci Bölüm: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

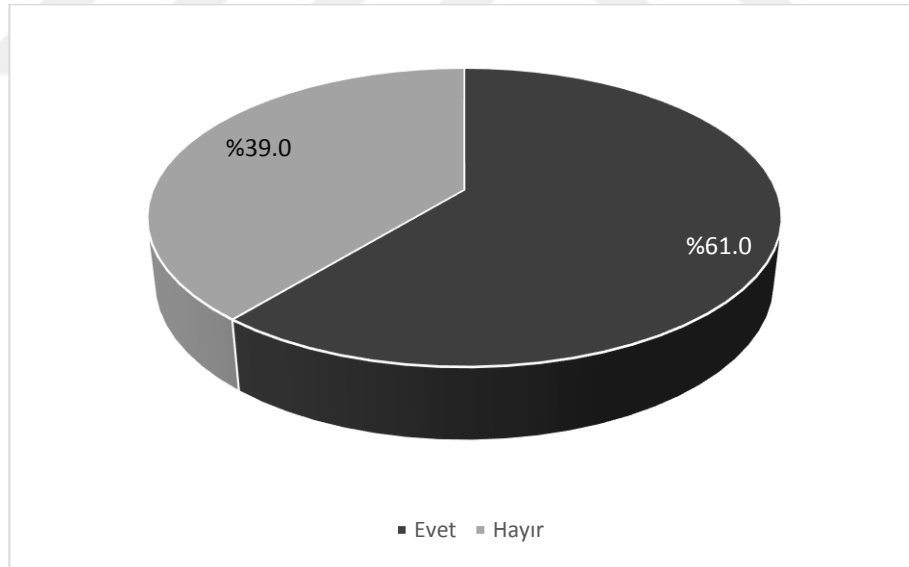
Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları (n:146)

Özellikler	n	%	
Yaş	< 30 yaş	94	64,3
	30-39 Yaş	46	31,5
	≥ 40 yaş	6	4,1
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	26	17,8
	Ön Lisans	25	17,1
	Lisans	89	61,0
	Yüksek Lisans	6	4,1
Çalışılan Hastane	Mardin Devlet Hastanesi	49	33,6
	Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	15	10,2
	Kızıltepe Devlet Hastanesi	46	31,5
	Midyat Devlet Hastanesi	36	24,7
Bulunulan Klinikte Çalışılan Yıl	1 Yıl ve Daha Az	51	34,9
	1-3 Yıl	67	45,9
	3 Yılden Fazla	28	19,2
Mesleki Deneyim	0-5 Yıl	76	52,1
	6-10 Yıl	50	34,2
	11-15 Yıl	7	4,8
	15 Yılden fazla	13	8,9
Çalışma Şekli	Gündüz ve gece	115	78,8
	Diğer (sürekli gece veya gündüz)	31	21,2

Tablo 4.1’de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir.

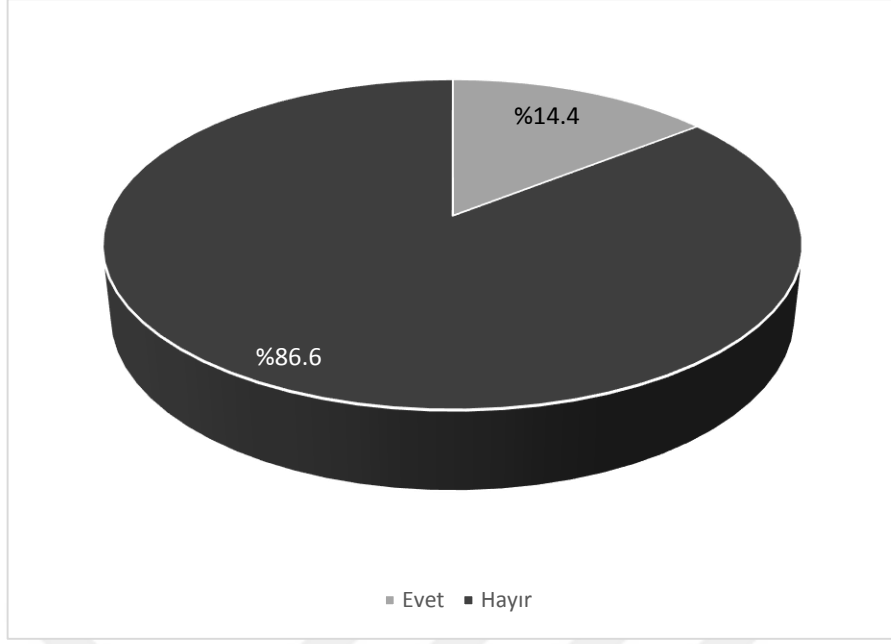
Araştırmaya katılan hemşirelerin %64.3’ü (n=94) 30 yaşın altında iken, %31.5’inin (n=46) 30-39 yaş aralığında olduğu yaş ortalamalarının ise 29.9 ± 5.7 olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %61’inin (n=89) lisans mezunu olduğu, %33’ünün Mardin Devlet Hastanesi’nde, %31.5’inin Kızıltepe Devlet Hastanesi’nde, %24.7’sinin Midyat Devlet Hastanesi’nde ve %10,3’ünün Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde çalıştığı, %45,9’unun (n=67) buldukları kliniklerde 1-3 yıldır çalışmakta olduğu, %78.8’inin (n=115) çalışma şeklinin gündüz ve gece olduğu, %52.1’inin (n=76) 0-5 yıllık mesleki deneyime sahip olduğu, mesleki deneyim ortalamalarının $6,8 \pm 5.5$ olduğu tespit edilmiştir.

İkinci Bölüm: hemşirelerin LHA istemi hakkında ve istemi uygulamaya yönelik görüşlerine ait bulgular



Şekil 4.1. Hemşirelerin LHA istemini uygulamanın kendi görev ve sorumlulukları arasında olup olmadığı ile ilgili görüşleri

Şekil 4.1. incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin %61.0’ı (n=89) LHA istemini uygulamanın kendi görev ve sorumlulukları arasında olduğunu düşünmektedir.



Şekil 4.2. Lüzum halinde analjezik istemini uygulama ile ilgili kliniklerde geliştirilmiş protokol olma durumunun dağılımı (n:146)

Şekil4.2. incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin %85,6'sı (n=125) LHA istemi ile ilgili olarak servislerinde geliştirilmiş yazılı bir protokol olmadığını ifade etmektedir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin LHA istemi hakkında görüşlerinin dağılımı (n:146)

		Katılıyorum		Katılmıyorum	
		n	%	n	%
LHA İsteminin Gün Boyu Düzenli Analjezik İstem Biçimlerinden Farkı* (n:146)	Hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir.	64	43,8	82	56,2
	İstemi uygulama kararı hemşireye aittir.	35	24,0	111	76,0
	İstem gerektiğinde (ağrı oldukça) uygulanır.	89	61,0	57	39,0
	Doz ve doz aralığı hastanın ağrı şiddetine göre hemşire tarafından belirlenir.	33	22,6	113	77,4
LHA İsteminin Amacı* (n:146)	Hastanın ağrısının artmasını önlemektir.	87	59,6	59	40,4
	Hastanın ağrısının başlamasını önlemektir.	12	8,2	134	91,8
	Yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır.	47	32,2	99	67,8
	İyileşmeyi hızlandırmaktır.	16	11,0	130	89,0
	Hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır.	66	45,2	80	54,8
LHA'nın Uygun Kullanımı* (n:145)	Gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılmalıdır.	51	35,2	94	64,8
	Tek basına kullanılması ağrıyı giderir.	16	11,0	129	89,0
	Gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılmalıdır.	49	33,8	96	66,2
	Ağrının rastgele aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır.	62	42,8	83	57,2
LHA İsteminin Yararları* (n:145)	Yeterli ağrı yönetimi sağlar.	76	52,4	69	47,6
	Hemşireler daha az klinik karara ihtiyaç duyar.	15	10,3	130	89,7
	Dozdaki esneklik sayesinde her hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılanabilir.	50	34,5	95	65,5
	Uygulamada hemşire ve hekimin aktif işbirliği sağlanır.	67	46,2	78	53,8
	Hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır.	88	60,7	57	39,3
LHA İsteminin Olumsuzlukları* (n:145)	Hastanın güvenliğinde önemli ölçüde risk yaratır.	26	17,9	119	82,1
	Yetersiz ağrı yönetimi sağlar.	38	26,2	107	73,8
	Hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur.	127	87,6	18	12,4
	Genel klinik uygulamalarda yaygın olarak kabul görmez.	23	15,9	122	84,1

*:Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2'de hemşirelerin LHA istemi hakkında görüşlerinin dağılımı incelenmiştir.

Lüzum halinde analjezik isteminin gün boyu düzenli analjezik isteminden farkı nedir” sorusunda hemşireler istem gerektiğinde uygulanır (%61,0 n=89), hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir (%43,8 n=64) ifadelerine daha çok katılmıştır.

“Lüzum halinde analjezik isteminin amacı nedir” sorusunda hemşireler hastanın ağrısının artmasını önlemektir (%59,6 n=87), hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır (%45,2 n=66), yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır (%32,2 n=47) ifadelerine daha çok katılmıştır.

“Lüzum halinde analjezik en uygun nasıl kullanılmalıdır” sorusunda hemşireler ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır (%42.8 n=62), gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılmalıdır (%35.2 n=51) ifadelerine daha çok katılmıştır.

“Lüzum halinde analjezik isteminin yararları nelerdir” sorusunda hemşireler hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır (%60.7 (n=88), yeterli ağrı yönetimi sağlar (%52.4 n=76) ifadelerine daha çok katılmıştır.

“Lüzum halinde analjezik isteminin olumsuzlukları nelerdir” sorusunda hemşireler hekim isteminin açık ve net olarak yazmaması hemşire için problem doğurur (%87.6 n=127) yetersiz ağrı yönetimi sağlar (%26.2 n=38) ifadelerine daha çok katılmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin LHA istemini uygulamaya yönelik görüşlerinin dağılımı

		Katılıyorum		Katılmıyorum	
		n	%	n	%
LHA'yı uygulamadan önce, cerrahi girişime özgü değerlendirilen veriler* (n:146)	Cerrahi girişime özgü veri toplamaya gerek yok	11	7,5	135	92,5
	Hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu	82	56,2	64	43,8
	Cerrahi girişimin tipi	103	70,5	43	29,5
	Cerrahi kesinin uzunluğu	40	27,4	106	72,6
	Hastanın tanısı	79	54,1	67	45,9
LHA isteminde ilacı uygulamadan önce dikkat edilenler* (n:146)	İlacın dozu	103	70,5	43	29,5
	İlacın en son verilme saati	127	87,0	19	13,0
	İlacın verilmiş yolu	94	64,4	52	35,6
	İlacın etki zamanı	75	51,4	71	48,6
	Ağrının tekrar ne zaman başladığı	77	52,7	69	47,3
Hastanın yaşam bulguları	81	55,5	65	44,5	
LHA istemini uygulamaya karar verme zamanı* (n:146)	Hasta ağrısı olduğunu ifade ettiğinde uygularım	95	65,1	51	34,9
	Hastanın sözsüz ifadesini değerlendirerek uygularım	15	10,3	131	89,7
	Sadece tedavi saatinde uygularım	6	4,1	140	95,9
	Sadece hekim tarafından hatırlatıldığında uygularım	13	8,9	133	91,1
	Ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığında uygularım	76	52,1	70	47,9
LHA istemini uyguladıktan sonra yeterli olup olmadığını değerlendiririm		125	85,6	21	14,4
LHA istemini uyguladıktan sonra, yeterli olup olmadığının değerlendirilme şekli* (n:125)	Hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm	84	67,2	41	32,8
	Hastanın sözsüz ifadesine göre değerlendiririm	29	23,2	96	76,8
	Hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarım	91	72,8	34	27,2
	Ağrı ölçeğine göre değerlendiririm	69	55,2	56	44,8

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.3'de hemşirelerin LHA istemini uygulamaya yönelik görüşlerinin dağılımı incelenmiştir.

“Lüzum halinde analjezik istemindeki ilacı uygulamadan önce, cerrahi girişime özgü hangi verileri değerlendirirsiniz” sorusunda hemşireler cerrahi girişimin tipi (%70.5 n=103), hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu (%56.2 n=82) ifadelerine daha çok katılmıştır.

“Lüzum halinde analjezik isteminde ilacı uygulamadan önce nelere dikkat edersiniz” sorusunda hemşireler ilacın en son verilme saatine (%87.0 n=127), ilacın dozuna (%70.5 n=103) ifadelerine daha çok katılmıştır.

“Lüzum halinde analjezik istemini uygulamaya ne zaman karar verirsiniz” sorusunda hemşireler hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uygularım

%65.1n=95), ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığımda uygulamam (%52.1 n=76) ifadelerine daha çok katılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %85.6'sı (n=125) LHA istemini uyguladıktan sonra yapılan analjeziğin yeterli olup olmadığını değerlendirdiğini, %14.4'ü (n=21) ise değerlendirmedini ifade etmektedir. Lüzum halinde analjezik istemini uyguladıktan sonra, yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını nasıl değerlendirirsiniz” sorusunda ise hemşireler hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarım (%72.8 n=91), hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm (%67.2 n=84) ifadelerine daha çok katılmıştır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin postoperatif ağrıyı gidermek için nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının dağılımı

		Katılıyorum		Katılmıyorum	
		n	%	n	%
Hastaya LHA İstemini Uygulama Dışında Başka Bir Girişimde Bulunurum		96	65,8	50	34,2
Ağrıyı Gidermek İçin LHA Uygulama Dışında Yapılan Girişimler* (n:96)	Mobilizasyon	76	79,2	20	20,8
	Masaj	37	38,5	59	61,5
	Dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme	63	65,6	33	34,4
	Pansuman kontrolü	62	64,6	34	35,4
	Gevşeme	22	22,9	74	77,1
	Derin soluma	34	35,4	62	64,6
	Dikkati başka yöne çekme	58	60,4	38	39,6
	Diğer	2	2,1	94	97,9

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.4’de hemşirelerin postoperatif ağrıyı gidermek için nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının dağılımı incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %65.8’i (n=96) postoperatif ağrıyı gidermek için hastaya ilaç uygulama dışında başka bir girişimde bulunduğunu ifade etmektedir. Hemşirelerin postoperatif ağrıyı gidermek için hastaya ilaç uygulama dışında %79.2’si (n=76) mobilizasyon, %65.6’sı (n=63) dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme, %64.6’sı (n=62) pansuman kontrolü ve %60.4’ü (n=58) dikkati başka yöne çekme gibi girişimlerde bulunduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.5. Lüzum halinde analjezik isteminde sık kullanılan ilaçların dağılımları (n:145)

		n	%
LHA isteminde sık kullanılan ilaç grubu	Narkotik Analjezikler (Dolantin,morfinv.b.)	26	17,9
	Narkotik Olmayan Analjezikler (Aspirin,parol v.b.)	47	32,4
	Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar (diclofenac,Novalgın v.b.)	71	49,0
	Adjuvanlar (Diazem, largaktıl v.b.)	1	0,7

Tablo 4.5’de hemşirelerin LHA isteminde sık kullanılan ilaçların dağılımları incelenmiştir. Postoperatif ağrı kontrolünde LHA isteminde sık kullanılan ilaç grubu %49 (n=71) NSAİ ilaçlardır.

Tablo 4.6. Hemşirelerin LHA isteminde sık kullanılan ilaçların özelliklerine ilişkin bilgi dağılımları

		Katılıyorum		Katılmıyorum	
		n	%	n	%
LHA isteminde kullanılan ilaçlar hakkında bilgi durumları*	İlacın kullanılma amacını biliyorum	110	75,9	35	24,1
	İlacın veriliş yolunu biliyorum	82	56,6	63	43,4
	Uygulama dozunu biliyorum	100	69,0	45	31,0
	Etki süresini biliyorum	82	56,6	63	43,4
	Yan etkisini biliyorum	68	46,9	77	53,1

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.6’da hemşirelerin LHA isteminde sık kullanılan ilaçların özelliklerine ilişkin bilgi dağılımları incelenmiştir.

Hemşireler LHA isteminde en sık kullanılan ilaçların özellikleri ile ilgili kullanılma amacını (%75.9 n=110) ve uygulama dozunu (%69 n=100) biliyorum ifadelerine daha çok katılmıştır.

Tablo 4.7. Lüzum halinde analjezik isteminde doz ve doz aralığının belirtilme durumu(n:145)

		Evet		Hayır	
		n	%	n	%
LHA istemlerinde analjeziğin doz ve doz aralığının belirtilme durumu (n:146).		82	56,2	64	43,8
		Katılıyorum		Katılmıyorum	
		n	%	n	%
Doz ve doz aralığı belirtilmeyen	Hastanın ağrı durumuna göre belirlerim	21	32,8	43	67,2
LHA'nın doz ve doz aralığının belirlenme şekli*	Düzenli Uygulanan analjeziğin son yapıldığı zamana göre belirlerim	33	51,6	31	48,4
	Doktora sorarım	41	64,1	23	35,9
	Rutin olarak uygulanan doz ve doz aralığında uygulırım	12	18,8	52	81,3

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

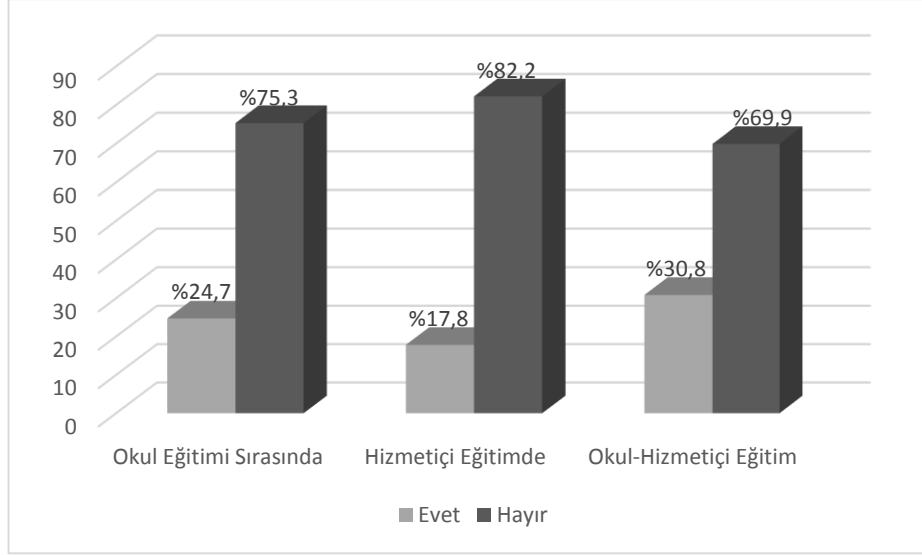
Tablo 4.7'de Lüzum halinde analjezik isteminde doz ve doz aralığının belirtilme durumu incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %56.2'si (n=82) LHA istemlerinde analjeziğin adı belirtilirken doz ve doz aralığının da her zaman belirtildiğini, %43.8'i (n=64) ise belirtilmediğini ifade etmektedir.

Hemşireler doz ve doz aralığı belirtilmeyen LHA'nın doz ve doz aralığını belirlemede doktora sorarım (%64.1 n=41), düzenli uygulanan analjeziğin son yapıldığı zamana göre belirlerim (%51.6 n=33) ifadelerine daha çok katılmıştır.

Üçüncü Bölüm: Hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri ile LHA istemi hakkında ve LHA istemini uygulamaya yönelik görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Eğitim düzeyi ve mesleki deneyim ile LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir (EK-A, EK-B)



Şekil 4.3. Hemşirelerin LHA uygulaması ile ilgili eğitim alma durumu

Şekil 4.3. incelendiğinde; hemşirelerin %75.3'ü (n=110) okul, %82.2'si (n=120) hizmetiçi eğitim programlarında, %69.9'u (n=101) ise hem okul hem de hizmetiçi eğitim programlarında LHA istemine yönelik eğitim almadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin LHA ile ilgili eğitim alma durumu ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			LH Analjezik Uygulama Eğitimi						Ki Kare	P
			Eğitim Alan		Eğitim Almayan		Toplam			
			n (45)	%	n (101)	%	n (146)	%		
LHA İsteminin Gün Boyu Düzenli Analjezik İsteminden Farkı*	Hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir	Katılıyorum	23	51,1	41	40,6	64	43,8	1,399	0,237
		Katılmıyorum	22	48,9	60	59,4	82	56,2		
	İstemi uygulama kararı hemşireye aittir	Katılıyorum	8	17,8	27	26,7	35	24,0	1,370	0,242
		Katılmıyorum	37	82,2	74	73,3	111	76,0		
	İstem gerektiğinde (ağrı oldukça) uygulanır	Katılıyorum	26	57,8	63	62,4	89	61,0	0,277	0,599
		Katılmıyorum	19	42,2	38	37,6	57	39,0		
	Doz ve doz aralığı hastanın ağrı şiddetine göre hemşire tarafından belirlenir	Katılıyorum	12	26,7	21	20,8	33	22,6	0,614	0,433
		Katılmıyorum	33	73,3	80	79,2	113	77,4		
			n (45)	%	n (101)	%	n (146)	%	%	
LHA İsteminin Amacı*	Hastanın ağrısının artmasını önlemektir	Katılıyorum	19	42,2	68	67,3	87	59,6	8,147	0,004
		Katılmıyorum	26	57,8	33	32,7	59	40,4		
	Hastanın ağrısının başlamasını önlemektir	Katılıyorum	3	6,7	9	8,9	12	8,2	0,208	0,648
		Katılmıyorum	42	93,3	92	91,1	134	91,8		
	Yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır	Katılıyorum	6	13,3	41	40,6	47	32,2	10,598	0,001
		Katılmıyorum	39	86,7	60	59,4	99	67,8		
	İyileşmeyi hızlandırmaktır	Katılıyorum	2	4,4	14	13,9	16	11,0	2,829	0,149
		Katılmıyorum	43	95,6	87	86,1	130	89,0		
	Hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır	Katılıyorum	24	53,3	42	41,6	66	45,2	1,735	0,188
		Katılmıyorum	21	46,7	59	58,4	80	54,8		
			n (45)	%	n (100)	%	n (145)	%		
En Uygun LHA Kullanma Şekli*	Gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılmalıdır.	Katılıyorum	11	24,4	40	40,0	51	35,2	3,293	0,070
		Katılmıyorum	34	75,6	60	60,0	94	64,8		
	Tek basına kullanılması ağrıyı giderir.	Katılıyorum	5	11,1	11	11,0	16	11,0	0,000	1,000
		Katılmıyorum	40	88,9	89	89,0	129	89,0		
	Gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılmalıdır.	Katılıyorum	17	37,8	32	32,0	49	33,8	0,463	0,496
		Katılmıyorum	28	62,2	68	68,0	96	66,2		
	Ağrının rastgele aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır.	Katılıyorum	27	60,0	35	35,0	62	42,8	7,925	0,005
		Katılmıyorum	18	40,0	65	65,0	83	57,2		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.8 (devam). Hemşirelerin LHA ile ilgili eğitimi alma durumu ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			LH Analjezik Uygulama Eğitimi						Ki Kare	P
			Eğitim Alan		Eğitim Almayan		Toplam			
			n (46)	%	n (100)	%	n (146)	%		
LHA İsteminin Yararları*	Yeterli ağrı yönetimi sağlar.	Katılıyorum	11	24,4	65	65,0	76	52,4	20,465	0,000
		Katılmıyorum	34	75,6	35	35,0	69	47,6		
	Hemşireler daha az klinik karara ihtiyaç duyar.	Katılıyorum	6	13,3	9	9,0	15	10,3	0,628	0,556
		Katılmıyorum	39	86,7	91	91,0	130	89,7		
	Dozdaki esneklik sayesinde her hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılanabilir.	Katılıyorum	16	35,6	34	34,0	50	34,5	0,033	0,855
		Katılmıyorum	29	64,4	66	66,0	95	65,5		
	Uygulamada hemşire ve hekimin aktif işbirliği sağlanır.	Katılıyorum	26	57,8	41	41,0	67	46,2	3,515	0,061
		Katılmıyorum	19	42,2	59	59,0	78	53,8		
	Hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır.	Katılıyorum	31	68,9	57	57,0	88	60,7	1,839	0,175
		Katılmıyorum	14	31,1	43	43,0	57	39,3		
			n (44)	%	n (101)	%	n (145)	%		
LHA İsteminin Olumsuzlukları*	Hastanın güvenliğinde önemli ölçüde risk yaratır.	Katılıyorum	9	20,5	17	16,8	26	17,9	0,273	0,601
		Katılmıyorum	35	79,5	84	83,2	119	82,1		
	Yetersiz ağrı yönetimi sağlar.	Katılıyorum	31	70,5	7	6,9	38	26,2	63,951	0,000
		Katılmıyorum	13	29,5	94	93,1	107	73,8		
	Hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur.	Katılıyorum	36	81,8	91	90,1	127	87,6	1,933	0,164
		Katılmıyorum	8	18,2	10	9,9	18	12,4		
	Genel klinik uygulamalarda yaygın olarak kabul görmez.	Katılıyorum	12	27,3	11	10,9	23	15,9	6,163	0,013
		Katılmıyorum	32	72,7	90	89,1	122	84,1		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.8’de hemşirelerin LHA ile ilgili eğitimi alma durumu ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı.

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA isteminin gün boyu düzenli analjezik isteminden farkı incelendiğinde uygulanan ki-kare analizi sonucunda, LHA uygulama eğitimi alma durumu ile hemşire istemin uygulanmasına hekim ile beraber karar verir, istemi uygulama kararı hemşireye aittir, istem gerektiğinde uygulanır, doz ve doz aralığı hastanın ağrı şiddetine göre hemşire tarafından belirlenir ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA isteminin amacı incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerden LHA uygulama eğitimi alan hemşirelerin %57.8'inin hastanın ağrısının artmasını önlemektir ifadesine katılmadığı, eğitim almayanların ise %67.3'ünün katıldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre LHA uygulama eğitimi alanların yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır ifadesine katılmaması almayanların katılmamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile hastanın ağrısının başlamasını önlemektir, iyileşmeyi hızlandırmaktır ve hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA isteminin en uygun kullanım şekli incelendiğinde, LHA uygulama eğitimi alan hemşirelerin %60.0'nin ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır ifadesine katıldığı, eğitim almayanların ise %65.0'nin katılmadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile gün boyu düzenli analjeziğe ek olarak kullanılmalıdır, tek başına kullanılması ağrıyı giderir, gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılmalıdır ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA isteminin yararı incelendiğinde, LHA uygulama eğitimi alan hemşirelerin %75.6'sının yeterli ağrı yönetimi sağlar ifadesine katıldığı, eğitim almayanların ise %65.0'nin katılmadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Uygulanan ki-kare analizi sonucunda, LHA uygulama eğitimi ile hemşireler daha az klinik karara ihtiyaç duyar, dozdaki esneklik sayesinde her hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılanabilir, hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA isteminin olumsuzlukları incelendiğinde LHA uygulama eğitim alan hemşirelerin %70.5'inin yetersiz ağrı yönetimi sağlar ifadesine katıldığı, eğitim almayanların ise %93.1'inin katılmadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alanların genel klinik uygulamalarda yaygın olarak kabul görmez ifadesine katılmamaları eğitim almayanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma ile hastanın güvenliğinde önemli ölçüde risk yaratır, hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Hemşirelerin LHA ile ilgili eğitim alma durumu ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

		LH Analjezik Uygulama Eğitimi						Ki Kare	P	
		Eğitim Alan		Eğitim Almayan		Toplam				
		n (45)	%	n (101)	%	n (146)	%			
LHA ilacı uygulamadan Önce Cerrahi Girişime Özgü Değerlendirilen Veriler*	Cerrahi girişime özgü veri toplamaya gerek yoktur	Katılıyorum	1	2,2	10	9,9	11	7,5	2,635	0,173
	Katılmıyorum	44	97,8	91	90,1	135	92,5			
	Hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu	Katılıyorum	25	55,6	57	56,4	82	56,2	0,010	0,921
		Katılmıyorum	20	44,4	44	43,6	64	43,8		
	Cerrahi girişimin tipi	Katılıyorum	30	66,7	73	72,3	103	70,5	0,472	0,492
		Katılmıyorum	15	33,3	28	27,7	43	29,5		
Cerrahi kesinin uzunluğu	Katılıyorum	9	20,0	31	30,7	40	27,4	1,789	0,181	
	Katılmıyorum	36	80,0	70	69,3	106	72,6			
Hastanın tanısı	Katılıyorum	29	64,4	50	49,5	79	54,1	2,798	0,094	
	Katılmıyorum	16	35,6	51	50,5	67	45,9			
LHA isteminde ilacı uygulamadan Önce Dikkat Edilenler*	İlacın dozu	Katılıyorum	36	80,0	67	66,3	103	70,5	2,797	0,094
		Katılmıyorum	9	20,0	34	33,7	43	29,5		
	İlacın en son verilme saati	Katılıyorum	41	91,1	86	85,1	127	87,0	0,978	0,323
		Katılmıyorum	4	8,9	15	14,9	19	13,0		
	İlacın verilme yolu	Katılıyorum	33	73,3	61	60,4	94	64,4	2,272	0,132
		Katılmıyorum	12	26,7	40	39,6	52	35,6		
	İlacın etki zamanı	Katılıyorum	28	62,2	47	46,5	75	51,4	3,067	0,080
		Katılmıyorum	17	37,8	54	53,5	71	48,6		
	Ağrının tekrar ne zaman başladığı	Katılıyorum	26	57,8	51	50,5	77	52,7	0,662	0,416
		Katılmıyorum	19	42,2	50	49,5	69	47,3		
	Hastanın yaşam bulguları	Katılıyorum	31	68,9	50	49,5	81	55,5	4,736	0,030
		Katılmıyorum	14	31,1	51	50,5	65	44,5		
LHA istemini Uygulamaya Karar Verme Zamanı*	Hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uygularım	Katılıyorum	27	60,0	68	67,3	95	65,1	0,735	0,391
		Katılmıyorum	18	40,0	33	32,7	51	34,9		
	Hastanın sözsüz ifadesini değerlendirerek uygularım	Katılıyorum	4	8,9	11	10,9	15	10,3	0,135	1,000
		Katılmıyorum	41	91,1	90	89,1	131	89,7		
	Sadece tedavi saatinde uygularım	Katılıyorum	1	2,2	5	5,0	6	4,1	0,588	0,667
Katılmıyorum		44	97,8	96	95,0	140	95,9			
Sadece hekim tarafından hatırlatıldığında uygularım	Katılıyorum	5	11,1	8	7,9	13	8,9	0,391	0,540	
	Katılmıyorum	40	88,9	93	92,1	133	91,1			
Ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığımda uygularım	Katılıyorum	31	68,9	45	44,6	76	52,1	7,386	0,007	
	Katılmıyorum	14	31,1	56	55,4	70	47,9			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.9 (devam). Hemşirelerin LHA ile ilgili eğitim alma durumu ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			LH Analjezik Uygulama Eğitimi						Ki Kare	P
			Eğitim Alan		Eğitim Almayan		Toplam			
			n (40)	%	n (85)	%	n** (125)	%		
LHA İstemini Yeterli Olup Olmadığını Değerlendirme Şekli*	Hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm	Katılıyorum	27	67,5	57	67,1	84	67,2	0,002	0,961
		Katılmıyorum	13	32,5	28	32,9	41	32,8		
	Hastanın sözsüz ifadesine göre değerlendiririm	Katılıyorum	9	22,5	20	23,5	29	23,2	0,016	0,899
		Katılmıyorum	31	77,5	65	76,5	96	76,8		
	Hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarım	Katılıyorum	33	82,5	58	68,2	91	72,8	2,795	0,095
		Katılmıyorum	7	17,5	27	31,8	34	27,2		
	Ağrı ölçeğine göre değerlendiririm	Katılıyorum	24	60,0	45	52,9	69	55,2	0,548	0,459
		Katılmıyorum	16	40,0	40	47,1	56	44,8		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **:Yeterli olup olmadığını değerlendirenler cevaplamıştır.

Tablo 4.9'da hemşirelerin LHA ile ilgili eğitim alma durumu ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı incelenmiştir.

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA istemindeki ilacı uygulamadan önce, cerrahi girişime özgü değerlendirilen veriler incelendiğinde; hemşireler cerrahi girişime özgü veri topladığını (%97.8 n=44) ancak cerrahi kesinin uzunluğuna dikkat etmediğini (%80 n=36), hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu (%55.6 n=25), cerrahi girişimin tipi (%66.7 n=30) ve hastanın tanısına (%64.4 n=29) dikkat ettiğini ifade etmiştir. Uygulanan ki-kare analizi sonucunda, LHA uygulama eğitimi alma durumu ile LHA ilacı uygulamadan önce cerrahi girişime özgü değerlendirilen veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA isteminde ilacı uygulamadan önce dikkat edilen hususlar incelendiğinde; Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alan hemşireler ilacın dozuna (%80 n=36), ilacın en son verilme saatine (%91.1 n=41), ilacın etki zamanına (%62.2 n=28), ağrının tekrar ne zaman başladığına (%57.8 n=26) ve hastanın yaşam bulgularına (%68.9 n=31) dikkat ederim ifadesine daha çok katılmışlardır. Uygulanan ki-kare analizi sonucunda, LHA uygulama eğitimi alma durumu ile hastanın yaşam bulgularına dikkat ederim ifadesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre LHA uygulama eğitimi alanların hastanın yaşam bulgularına bakırım ifadesine katılması almayanların katılmasına göre anlamlı derece daha yüksektir.

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA istemini uygulamaya karar verme zamanı incelendiğinde; LHA uygulama eğitimi alanların ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığımda uygularım ifadesine daha çok katıldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile hastanın sözsüz ifadesini değerlendirerek uygularım, hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uygularım, sadece tedavi saatinde uygularım ve sadece hekim tarafından hatırlatıldığında uygularım ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

-Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile LHA istemini uyguladıktan sonra, yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını nasıl değerlendirildiği incelendiğinde; LHA uygulama eğitimi alma durumu ile LHA istemini uyguladıktan sonra yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını değerlendirme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin LHA uygulama eğitimi alma durumu ile postoperatif ağrıyı gidermek için nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları arasındaki ilişki dağılımı

		LH Analjezik Uygulama Eğitimi						Ki Kare	P	
		Eğitim Alan		Eğitim Almayan		Toplam				
		n (45)	%	n (101)	%	n (146)	%			
Hastaya LHA İstemini Uygulama Dışında Başka Bir Girişimde Bulunurum	Katılıyorum	32	71,1	64	63,4	96	65,8	0,829	0,363	
	Katılmıyorum	13	28,9	37	36,6	50	34,2			
		n (32)	%	n (64)	%	n (96)	%			
Ağrıyı Gidermek İçin LHA Uygulama Dışında Yapılan Girişimler*	Mobilizasyon	Katılıyorum	23	71,9	53	82,8	76	79,2	1,547	0,214
		Katılmıyorum	9	28,1	11	17,2	20	20,8		
	Masaj	Katılıyorum	14	43,8	23	35,9	37	38,5	0,550	0,458
		Katılmıyorum	18	56,3	41	64,1	59	61,5		
	Dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme	Katılıyorum	20	62,5	43	67,2	63	65,6	0,208	0,649
		Katılmıyorum	12	37,5	21	32,8	33	34,4		
	Pansuman kontrolü	Katılıyorum	23	71,9	39	60,9	62	64,6	1,116	0,291
		Katılmıyorum	9	28,1	25	39,1	34	35,4		
	Gevşeme	Katılıyorum	9	28,1	13	20,3	22	22,9	0,737	0,391
		Katılmıyorum	23	71,9	51	79,7	74	77,1		
	Derin solunum	Katılıyorum	14	43,8	20	31,3	34	35,4	1,457	0,227
		Katılmıyorum	18	56,3	44	68,8	62	64,6		
	Dikkati başka yöne çekme	Katılıyorum	22	68,8	36	56,3	58	60,4	1,394	0,238
		Katılmıyorum	10	31,3	28	43,8	38	39,6		
	Diğer	Katılıyorum	0	0,0	2	3,1	2	2,1	1,021	0,551
		Katılmıyorum	32	100,0	62	96,9	94	97,9		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.10'da LHA uygulama eğitimi alma durumu ile postoperatif ağrıyı gidermek için nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumu arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hemşirelerin bütün LHA uygulama eğitimi alma/almama durumunda çoğunlukla (%65.8) postoperatif ağrıyı gidermek için ilaç uygulama dışında başka bir girişimde bulunduğunu ifade ettiği ve arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alma durumu ile ilaç uygulama dışında bulunan girişimler incelendiğinde; hemşireler bütün LHA uygulama eğitimi alma/almama durumunda, postoperatif ağrıyı gidermek için ilaç uygulama dışında

çoğunlukla mobilizasyon, dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme, pansuman kontrolü ve dikkati başka yöne çekme girişimlerinde bulunduğunu ifade etmektedir. Uygulanan ki-kare analizi sonucunda, LHA uygulama eğitimi alma durumu ile mobilizasyon, dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme, pansuman kontrolü, dikkati başka yöne çekme, masaj ve derin soluma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Hemşirelerin LHA ile ilgili eğitimi alma durumu ile LHA isteminde kullanılan ilaç grubu özelliklerine ait bilgi durumları arasındaki ilişki dağılımı

		LH Analjezik Uygulama Eğitimi						Ki Kare	P	
		Eğitim Alan		Eğitim Almayan		Toplam				
		n (45)	%	n (100)	%	n (145)	%			
LHA İsteminde En Sık Kullanılan İlaç Grubu Özelliklerine Ait Bilgiler*	İlacın kullanılma amacını biliyorum	Katılıyorum	35	77,8	75	75,0	110	75,9	0,131	0,718
		Katılmıyorum	10	22,2	25	25,0	35	24,1		
	İlacın veriliş yolunu biliyorum	Katılıyorum	30	66,7	52	52,0	82	56,6	2,717	0,099
		Katılmıyorum	15	33,3	48	48,0	63	43,4		
	Uygulama dozunu biliyorum	Katılıyorum	37	82,2	63	63,0	100	69,0	5,358	0,021
		Katılmıyorum	8	17,8	37	37,0	45	31,0		
	Etki süresini biliyorum	Katılıyorum	31	68,9	51	51,0	82	56,6	4,042	0,044
		Katılmıyorum	14	31,1	49	49,0	63	43,4		
	Yan etkisini biliyorum	Katılıyorum	28	62,2	40	40,0	68	46,9	6,154	0,013
		Katılmıyorum	17	37,8	60	60,0	77	53,1		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.11’de hemşirelerin LHA ile ilgili eğitimi alma durumu ile LHA isteminde kullanılan ilaç grubu özelliklerine ait bilgi durumları arasındaki ilişki dağılımı incelenmiştir.

Lüzum halinde analjezik uygulama eğitimi alan ve almayan grupların her ikisi de, LHA isteminde en sık kullanılan ilaç gruplarının çoğunlukla kullanılma amacını, veriliş yolunu, uygulama dozunu, etki süresi ve yan etkisini biliyorum ifadelerine katılmaktadır. Uygulanan ki-kare analizi sonucunda, LHA uygulama eğitimi alma durumu ile ilacın kullanılma amacı ve veriliş yolu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak LHA uygulama eğitimi alanların uygulama dozu, etki süresi ve yan etkisini biliyorum ifadelerine katılmaları, eğitim almayanlara göre anlamlı derece daha yüksektir ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Araştırma, cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin postoperatif ağrı yönetimi kapsamında LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumunu belirlemek amacı ile yürütülmüştür. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşlerine Ait Bulgular

Ağrı vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir (2, 3, 4, 5). Postoperatif ağrı ise cerrahi travma sonucu nöroseptörlerin uyarılması ile başlayan, genellikle birkaç gün içinde azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut patolojik bir ağrıdır. Hastanın yaşadığı bu ağrının yönetiminde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlerin başında analjezik uygulaması gelmekte olup, takip eden dönemlerde LHA uygulamasına geçilmektedir. Bu uygulamanın ağrı başladıktan veya şiddetlendikten sonra yapıyor olması ilacın kandaki seviyesinde dalgalanmalara neden olmakta ve ağrı kontrolü sağlanamamaktadır. Bu bağlamda, hemşirenin hastanın analjeziğe olan gereksinimini belirleme, ağrısını değerlendirme ve ilacı uygulama sorumluluğu bulunmaktadır (3, 6, 7, 109, 116).

Lüzum halinde analjezik istemlerini, gün boyu düzenli olarak kullanılan analjeziklerden farklı kılan gerektiğinde uyguluyor olmasıdır. Hançer ve ark. nın (2015) hemşirelerin LHA istemini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada %51.1'i LHA isteminin gerektiğinde uygulandığını belirtmiştir (117). Akbaş'ın (2006) postoperatif ağrı yönetiminde, LHA istemine ilişkin hemşirelerin bilgi ve tutumlarını belirlemek için yaptığı çalışmada %67.2'sinin istem gerektiğinde uygulanır görüşüne katıldıkları, Keçialan'ın (2000) çalışmasında ise hemşirelerin %60'ının istem gerekliliğine göre verilir görüşüne sahip oldukları saptanmıştır (20, 26). Çalışmamızda da hemşireler (%61) LHA, gerektiğinde yani

ağrı oldukça uygulanır görüşüne daha çok katılmışlardır (Tablo 4.2). Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Analjezikler diğer ilaçlar gibi kanda belirli yarılanma ömrü olan ilaçlardır. Ağrının artmaması ve ağrı düzeyinde iniş çıkışları önlemek için belirli zaman aralıkları ile verilerek kesintisiz analjezi sağlanmalıdır. "Lüzum halinde" uygulama şeklinde ise, hastaya ağrısı başladıktan sonra analjezik verilmekte ve her seferinde tedaviye sıfırdan başlanmaktadır. Bu durum ise ağrı dalgalanmalarına yol açmakta ve hastanın ağrı yaşamasını neredeyse kaçınılmaz kılmaktadır (94, 20, 21). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin analjeziği ağrı başladıktan sonra uyguladıkları belirtilmiştir (8, 12, 79). Özer'in (1998) çalışmasında LHA'yı hemşirelerin %49'unun ağrı şiddetlendiğinde, %33'ünün de ağrı başladığında uyguladıkları saptanmıştır (118). Aslan ve Badır'ın (2005) hemşirelerin ağrının doğasının değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları ile ilgili yaptığı çalışmada %76'sının ağrı başlamadan analjezik verilmesini doğru bulmadıkları belirlenmiştir (19). Çalışmamızda hemşirelerin %45.2 si LHA uygulamanın amacının hastanın ağrısının artmasını önlemek olduğu görüşüne daha çok katılmışlardır (Tablo 4.2). Bu durum hemşirenin LHA'yı ağrı başladıktan sonra yaptığını göstermekte olup bulgumuz literatürle paraleldir. Lüzum halinde analjezikler ağrının aniden ve beklenmeyen zamanlarında, postoperatif dönemde ise ancak ağrıya neden olacak durumlarda (pansuman, mobilizasyon vb.) ağrı başlamadan uygulanmalıdır (3, 20, 119). Bu nedenle cerrahi hastalarında beklenen bir sorun olan ağrı yönetiminde LHA'yı uygulamadan önce hastanın ağrı hissetmesini beklemek analjezik kullanım ilkesinin göz ardı edildiğini ve hemşirelerin konuyla ilgili yeterli bilgisinin olmadığını düşündürmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin LHA'ları hastalara daha az uyguladıkları ve bunun yetersiz ağrı yönetimine neden olduğu belirtilmiştir (120, 121, 122). Yıldırım'ın (2013) çalışmasında hemşirelerin %66.7'sinin, Özer ve ark.nın (2006) çalışmasında hemşirelerin % 41.7'sinin, Dikmen ve ark.nın (2012) çalışmasında ise hemşirelerin %46'sının ağrıyı hafifletmek için bir yöntem başvurmadan önce, mümkün olduğunca hastayı ağrıya dayanmaya teşvik ettiği belirtilmiştir (8, 12, 79). Akdağ'ın (2008) hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve klinik karar verme durumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada

hemşirelerin %10.1'inin gerekirse şeklinde istem edilen ilaçları istem edildiğinden daha az sıklıkta verdiği tespit edilmiştir (123).Akbaş'ın (2006) çalışmasında ise üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %66'sının, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin %63.1'inin LHA isteminin amacını, mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olarak düşündükleri belirtilmiştir (20).Hançer ve ark.nın (2015) yaptıkları benzer çalışmada hemşireler LHA isteminin amacının mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olduğunu belirtmiştir (117). Çalışmamızda da hemşirelerin % 45.2'sinin LHA'nın amacının hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olduğu görüşüne katıldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Bulgumuz literatürle paralel olmakla birlikte yeterli analjezi sağlamanın az ya da çok ilaç uygulama ile değil, devamlı ve düzenli ilaç uygulama ile olacağı gerçeğinin hemşirelerin farkında olmadığını düşündürmektedir.

Akbaş'ın (2006) çalışmasında hemşireler LHA isteminin yararını, hekimin klinikte olmadığında kendilerine ilacı uygulama olanağı sağlaması olarak belirtmiştir (20). Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%60.7) LHA isteminin hekimin klinikte olmadığı zamanlarda kendilerine ilacı uygulama olanağı tanıdığı görüşündedir (Tablo 4.2). Bu durum hemşirelerin sözel ilaç istemlerine karşın LHA isteminin yazılı olmasının kendilerini yasal olarak daha güvende hissetmelerini sağladığı şeklinde değerlendirilebilir. Bu bağlamda Aslan ve Ünal'ın (2005) çalışmasında hekimlerin sözel istemlerinin %78 oranında yazılı hale getirmediği tespit edilmiştir (124). Ölümle sonuçlanan ilaç hatalarının çoğunda yanlış doz (%41), yanlış ilaç (%16) ve yanlış veriliş yolu (%10) yer almaktadır. Bu hataların en önemli nedeni sözel iletişim bozukluğu olarak belirtilmiştir (125).Birbirini destekleyen ve literatürle paralel olan bulgularımızda hemşirelerin, LHA uygulanmasında karar verici rol oynarken yasal olarak kendilerini güvende hissettiklerini, sözel istemlerin yazılı hale getirilmemesinin ise hemşirelerin bu rollerini yerine getirmede ikilem yaşayacaklarını düşündürmektedir.

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), DSÖ ve literatürdeki yayınlara göre, LHA uygulama yaklaşımının, kan analjezik düzeyinde dalgalanmalar meydana getirdiği, ağrı başladıktan sonra verilmesi nedeniyle de hastanın gereksiz ağrı çekmesine, ağrının geç kontrol altına alınmasına ve dolayısıyla ağrıya bağlı komplikasyonların oluşmasına neden olabildiği belirtilmektedir (19, 24, 25). Orgill

ve ark.nın (2002) yaptığı çalışmada LHA uygulamanın, hastaların sadece %35’inde ağrı kontrolü sağlandığı tespit edilmiştir (126). Aslan ve ark.nın (2008) yetişkin travma hastalarında ağrı şiddeti ve analjezi yaklaşımlarını inceledikleri çalışmada NSAİ ilaçların 3x1, 2x1, LH gibi zaman dilimine yayıldığı ve hekim ya da hemşirenin ağrı var/yok takdirine bırakıldığı ve hastaların %63’ünün bu analjezi yaklaşımı ile ağrısının geçmediği tespit edilmiştir (127). Çalışmamızda ise hemşirelerin %52.4’ü LH uygulama şeklinin yeterli ağrı yönetimi sağladığını düşündükleri görülmüştür (Tablo 4.2). Bu durum hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını dolayısıyla bakıma olumsuz etkisinin olacağını düşündürmektedir.

Hastaya LH uygulanmak üzere hekim tarafından istem edilen ilacın bilimsel esaslara göre alınması, ilaçların temini, hazırlanması ve hastaya uygulanmasında hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Bu bağlamda, birçok ilaç uygulama hatasında, öncelikle hemşireler zor durumda kalmaktadır. Küçükakça’nın (2013) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yüksek riskli ilaç uygulamaları konusundaki bilgi durumlarını, ilaç hatalarıyla ilgili tutum ve davranışlarını incelediği çalışmasında hemşirelerin %88’inin, hekim istemi okunaksız olduğunda ilaç hatası meydana gelir” ifadesine kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtlarını verdikleri saptanmıştır (128). Toruner ve Uysal (2012) pediatri kliniklerinde hemşirelerin ilaç hata nedenlerine yönelik görüşlerini incelediği çalışmalarında, hemşirelerin %38.7’si hekim istemlerinin yanlış yazılmasına yönelik ilaç hatası meydana gelebileceğini belirtmiştir (129). Literatürle paralel olan çalışmamızda hemşirelerin % 87.6’sı LHA uygulama hekimin istemi açık ve net olarak yazmaması durumunda hemşire için problem doğurur görüşündedir (Tablo 4.2). Bununla birlikte hemşirelerin %43.8’inin LHA istemlerinde analjeziğin adı belirtilirken doz ve doz aralığının her zaman belirtilmediğini ifade etmesi (Tablo 4.7) bu bulguyu desteklediğini düşündürmektedir. Bu bulgular hemşirelerin doğru ilaç verme ilkelerine dikkat ederek ilaç uygulamalarının ve ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çünkü hemşirenin yeterli farmakoloji bilgisine sahip olması, ilaç uygulaması sırasında kendisine ve kendisi dışındaki diğer sebeplere bağlı hataları fark edip gerekli tedbirler almasına olanak sağlayacaktır.

Ameliyat sonrası ağrının şiddetini, niteliğini ve süresini cerrahi girişime özgü faktörler etkilemektedir. Bunlar; ameliyat bölgesi, ameliyat süresi ve özelliği, insizyon tipi, ameliyat sırasındaki travmanın derecesi, ameliyat sırasında verilen pozisyon şeklinde sıralanabilir (96,130). Yapılan çalışmalarda, ameliyat sonrası ağrı şiddetinin ameliyat türü ile ilişkili olduğu, en fazla ağrının vertebra, üst abdominal, ortopedik ameliyatlarda görüldüğü bildirilmektedir (37, 63, 131). Temiz ve Özer'in (2015) ameliyat sonrası ağrı şiddetini dört farklı ağrı ölçeği ile karşılaştırdığı çalışmada ameliyat türünün hastaların ağrı şiddetini etkilediği belirlenmiştir (132). Özütemiz (2015) çalışmasında KBB kliniğine başvuran olguların ağrı düzeylerinin, genel cerrahi, nöroşirurji, ortopedi, plastik cerrahi ve üroloji kliniğine başvuran olgulardan daha düşük olduğunu; plastik cerrahi kliniğine başvuran olguların ağrı düzeylerinin, nöroşirurji ve ortopedi kliniğine başvuran olgulardan daha düşük olduğunu; genel cerrahi kliniğine başvuran olguların ağrı düzeylerinin de nöroşirurji ve ortopedi kliniğine başvuran olgulardan daha düşük olduğunu saptamıştır (133). Çalışmamızda da hemşirelerin büyük çoğunluğu (%70.5) LHA'yı uygulamadan önce, en çok cerrahi girişimin tipini değerlendirdiklerini ifade etmektedir (Tablo 4.3). Literatürle paralellik gösteren bulgumuz hemşirelerin ağrı yönetimi ve LHA'yı uygulamaya ilişkin, hastanın ameliyat türünü dikkate alarak gereksinimlerini belirlediğini ve hasta sonuçlarını değerlendirerek bir bakım planladığını göstermektedir.

Analjeziklerin içeriği ve kullanımı ile ilgili bilgi eksikliği, solunum depresyonu, tolerans gelişimi veya bağımlılık gibi yan etkilere ilişkin kaygılar, analjezik kullanımından kaçınılmasına/etkisiz kullanılmasına neden olmaktadır (34, 56, 90, 100). Yıldırım'ın (2013) çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğu (%88.9) analjezik ilaçların hastada kolayca bağımlılık yapabileceği için ameliyat sonrası dönemde kontrollü olarak verilmesi gerektiğini ifade etmiştir (8). Karakaya (2007) çalışmasında sağlık personelinin %55.5'inin opioid kullanımından kaçındıklarını ve opioid kullanmaktan kaçınma nedeni olarak (%49.1) bağımlılık korkusu olduğunu belirtmiştir (134). Antall ve Kresevic'in (2004) çalışmasında etkisiz ağrı yönetiminin nedeni olarak hemşirelerin analjeziklerin sedasyon ve konfüzyon yapabileceği konusunda korkuya sahip olmaları gösterilmiştir (135). Ayrıca hemşirelerin en fazla ilaç verme ve bağımlılık konularında mesleki/etik ikilemler yaşadığı belirtilmektedir (79). Literatürü destekleyen çalışmamızda, hemşireler LHA istemindeki ilacı

uygulamadan önce en fazla (%87) ilacın son verilme saatine dikkat ettiklerini ifade etmiştir (Tablo 4.3). Hemşirelerin yarıya yakınının (%43.4) sık kullanılan LHA'ların etki süresini bilmiyor olması (Tablo 4.6) nedeniyle, ilacın son verilme saatine dikkat etmelerinin çoğunluğun (%45.2) LHA uygulama amacının “mümkün olduğunca az ilaç uygulamak” görüşüne katılmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Subjektif bir deneyim olan ağrının varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilmektedir. Ancak subjektif olan bu deneyimi objektif hale getirmek, ölçülebilir değerlere çevirmek, uygulanan yaklaşımların etkinliğini belirlemek için ağrı ölçekleri kullanmak gerekmektedir (18, 24, 56, 78). Akbaş'ın (2006) çalışmasında hemşirelerin %83.2'sinin LHA istemindeki ilacı uygulamaya, hasta ağrısını sözel olarak ifade ettiği zaman karar verdiğini ve yaklaşık yarısının (%48.9) ağrı ölçeği kullanmadığını saptamıştır (20). Dikmen ve ark. nın (2012) çalışmasında hemşirelerin %74.6'sı ağrı şiddetinin hasta tarafından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (79). Yıldırım'ın (2013) çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%63.9) postoperatif ağrının değerlendirilmesinde hastanın sözel ve sözsüz ifadesini dikkate aldığı belirlenirken, yalnızca %33.3'ünün ağrı ölçekleriyle beraber hastanın sözel ve sözsüz ifadesine göre ağrıyı değerlendirdiği saptanmıştır (8). Özer ve ark. nın (2006) çalışmasında hemşirelerin % 47.4'ünün herhangi bir ölçek kullanmak yerine hastanın ağrı davranışlarını gözlemledikleri saptanmıştır (12). Aslan ve Badır'ın (2005) çalışmasında da, hemşirelerin %79.7' si hastanın ağrı ifadesine inandıklarını belirtmiştir (19). Çalışmamızda da hemşirelerin % 65'i LHA'yı hasta ağrısı olduğunu ifade ettiğinde, % 52.1'i ise ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığında uyguladığını ifade etmektedir (Tablo 4.3). Ağrı ölçeğinin hemşireler tarafından kullanılıyor olması ağrının şiddeti ve niteliği konusunda farklı yorumlara engel olunması açısından önemli olmakla beraber hemşirelerin yarıya yakını (%47.9) hastanın ağrısını tanılamada ağrı ölçeklerini kullanmamaktadır. Bu durum hemşirelerin ağrı yönetimine olan önemi verdiğini, hastayı etkin olarak bakımın içine dahil ettiğini göstermekle birlikte objektif veri kullanımında eksikleri olduğunu, bağlantılı olarak da ilaç uygulama dozu ve zamanında hataların yapılabileceğini düşündürmektedir.

Hastaya uygulanan LHA ilacın etkinliğine karar verebilmek için uygulamalardan önce ve sonra hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir.

Değerlendirme, yeniden ağrı tanılmasının başlangıcı olabileceğinden, ileri hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından büyük önem arz etmektedir (6, 136). Yılmaz ve Gürler'in (2011) çalışmasında hemşirelerin %99.4'ünün ağrı kesici verdikten sonra hastanın ağrısının azalıp azalmadığını kontrol ettiği belirlenmiştir (6). Öztürk ve ark. nın (2014) ameliyat sonrası ağrı ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşlerini incelediği çalışmalarında %79.4'ünün hemşirelerin analjezik ilaç uygulamasından sonra ağrısının azalıp azalmadığını kontrol ettiklerini ifade etmiştir (137). Çalışmamızda hemşirelerin %85.6'sı LHA istemini uyguladıktan sonra yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını kontrol ettiklerini ifade etmiştir (Tablo 4.3). Bu bulgu hemşirelerin LHA'yı uyguladıktan sonra ilacın etkinliğini kontrol etme gerekliliğinin farkında olduklarını düşündürmektedir.

Ameliyat sonrası ağrı yönetimde kullanımları son derece yaygın olan NSAİ ilaçların hemşireler tarafından farmakolojik etkilerinin iyi bilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (99). Vural ve ark.nın (2014) sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları ve ilaç güvenliği ile ilgili yaptığı çalışmada hemşirelerin uygulanan ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında orta derecede bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir (138). Ndosi ve Newel (2009) hemşirelerin genellikle tedavide kullandıkları ilaçlara ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtmektedir (139). Boston'da yapılan bir ilaç hata çalışmasının kök neden analizinde, 334 ilaç hatasında ilk sırada (%22) ilaç hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması yer almıştır (140). Işıklı'nın (2006) hemşirelerin farmakoloji bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada katılımcılara ilaç uygulama hata nedenleri sorulduğunda, ilaç hakkında yetersiz bilginin (%46.6) ikinci sırada geldiği tespit edilmiştir (91). Çalışmamızda ise LHA isteminde en sık kullanılan ilaçlar hakkında hemşirelerin %75.9'u ilacın kullanılma amacını, %69,0'u uygulama dozunu, %56.6'sı veriliş yolu ve etki süresini bildiğini, %53.1'i ise yan etkilerini bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.6) Çalışmamızda hemşireler sık kullanılan LHA'lar hakkında bilgili görünse de yarıya yakınının veriliş yolu (%43.4) etki süresini (%43.4) ve yan etkisini (%53.1) bilmediğini ifade ettiği dikkat çekmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin LHA'yı mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olarak görmesi (%45.2), hastanın ağrısı başladığında uygulaması (%59.6) ve ağrıyı tanılamada ağrı ölçeklerini yeterince kullanmıyor (%47.9) olması farmakoloji bilgilerinin göreceli olarak yüksek çıktığını

düşündürmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin uygulamış oldukları LHA analjezik ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir. Bu da güvenli ilaç uygulamalarını tehdit etmekte ve eğitimin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Analjeziklerin etkili ve güvenli uygulanabilmesi, sağlık profesyonellerini ilaç hatalarından koruyabilmesi ve etik ikilemlere yol açmaması için hastane yönetimleri uygun politikalar oluşturmalıdır (141). Yıldırım'ın (2013) çalışmasında hemşirelerin %55.6'sının çalıştığı klinikte LHA istemiyle ilgili olarak geliştirilmiş yazılı ya da sözlü protokol olduğunu belirtmiştir (8). Akbaş'ın (2006) çalışmasında hemşirelerin tamamına yakını LHA istemi ile ilgili geliştirilmiş bir protokolün olmadığını ifade etmiştir (20). Hançer ve ark. nın (2015) çalışmasında yine hemşirelerin tamamı çalıştığı kurumda geliştirilmiş bir protokolün olmadığını belirtmiştir (117). Literatürle uyumlu olan çalışmamızda ise hemşirelerin %85.6'sı çalıştığı klinikte LHA istemiyle ilgili geliştirilmiş bir protokol olmadığını belirtmiştir (Şekil 4.2) Bu durum postoperatif dönemdeki en büyük sorun olan ağrının yönetiminde başarı sağlanabilmesinde, LHA uygulamasına ilişkin bir standart oluşturulmasının, etkili protokollerin geliştirilmesinin önemini göstermektedir.

Hemşirenin sorumlulukları arasında ilaç uygulamaları çok önemli bir yere sahiptir. Hemşirelik yönetmeliğinde; hemşire lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri yerine getirir. Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, ilgili hekim ile durumu görüşüp, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular şeklinde açıkça belirtilmiştir. Akbaş'ın (2006) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu LHA istemini uygulamanın hemşirenin sorumluluğu olduğunu düşünmektedir (20). Çalışmamızda da hemşirelerin %61'i LHA istemini uygulamanın hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmiştir (Şekil 4.1). Hemşirelerin çoğunluğu LHA istemini uygulama konusunda sorumlu olduğu bilincindedir. Ancak hemşirenin postoperatif ağrı yönetimindeki rolü ilacı uygulamanın ötesinde verilen ilaç konusunda yeterli bilgiye sahip olma, ilaçları güvenli bir şekilde verme, uygulanan ilacı kaydetme ve ilaca karşı bireyin yanıtını gözlemlemeyi de kapsamaktadır.

Yapılan çalışmalarda hemşirelik programlarında ağrı yönetimi ile ilgili yeterli eğitim alınmıyor olması etkisiz ağrı yönetiminin temel nedenlerinden biri olarak belirtilmektedir (12, 142, 143, 144). Akdağ'ın (2008) çalışmasında hemşirelerin %81.5'i ağrı ile ilgili eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Akbaş'ın (2006) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik eğitimi sırasında okulda ve çalıştıkları kurumda LHA istemi ile ilgili eğitim almadıkları tespit edilmiştir (20, 123). Düzel' in (2008) hasta ve hemşirelerin ağrı tanılmasına yönelik çalışmasında, hemşirelerin %55.3'ünün lisans dönemi süresince ağrı eğitimi aldığı bildirilmektedir (18). Yıldırım'ın (2013) çalışmasında hemşirelerin %36.1'inin temel hemşirelik eğitimleri sırasında ağrı konusunda bilgi aldığı fakat bu bilginin yetersiz olduğu saptanmıştır (8). Çalışmamızda da hemşirelerin %69.9'u hemşirelik eğitimi sırasında ve hizmetiçi eğitimlerde LHA istemi ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiştir (Şekil 4.3). Bulgumuz Akdağ ve Akbaş'ın çalışması ile benzerlik gösterirken Düzel ve Yıldırım'ın çalışmasından farklıdır. Cerrahi hastalarının en çok deneyimlediği bulgu ağrıdır. Bu nedenle ağrı, doğası ve bakımının hemşireler tarafından bilinmesi, yapılan hataların düzeltilmesi, eksik bilgilerin tamamlanabilmesi için hem okul müfredatında hem de hizmet içi eğitimlerde postoperatif ağrı, LHA uygulama ilkeleri, ağrı yönetimi ve hemşirelik bakımı konusuna önemle yer verilmelidir. Aynı zamanda hemşirelerin bu konuda sorumluluklarının farkında olup yaşam boyu öğrenme davranışı sergilemeleri beklenmektedir.

5.2. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Dikmen ve ark.nın (2012) ağrı yönetimi ile ilgili yaptığı çalışmasında hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranışlarının bazı sosyodemografik özelliklerinden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır (79). Özer ve ark.nın (2006) çalışmasında, hemşirelerin yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre ağrı bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (12). Çalışmamızda hemşirelerin eğitim düzeyi ve mesleki deneyimlerinin LHA istemine yönelik görüşlerini etkilemediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir (EK-A, EK-B). Literatür ile paralellik gösteren bulgumuz

bilginin hızla değişmesi ve eskimesi ile hemşirenin bilgiye ulaşma ve takip etme sürecinde değişime uyum sağlayamadığını düşündürmektedir.

Hasta bakım sürecinde hekim ve hemşire işbirliği önemli bir yer tutmaktadır. Özkaraca'nın (2009) hekim ve hemşirelerin işbirliğine ilişkin tutumları ve birbirlerini profesyonellik açısından değerlendirmelerini incelediği çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça hekim hemşire işbirliğinin arttığı tespit edilmiştir (145). Ward ve ark. nın (2008) çalışmasında da hemşirelerin eğitim düzeyinin artmasıyla hekim hemşire işbirliğinin arttığı görülmüştür (146). Benzer şekilde Savič ve Pagon (2008), hekim ve hemşirelerin eğitim seviyesinde farklılıkların olmasının hekim ve hemşire işbirliğini sağlamada önemli olduğunu belirtmiştir (147). Çalışmamızda da lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin %53.7'si LHA uygulama şekli ile hemşire ve hekimin aktif işbirliği sağlandığı ifadesine diğer ön lisans (%33.3) ve sağlık meslek lisesi (%30.8) mezunlarına göre daha yüksek bir oranda katılmaktadır ($p<0,01$) (Tablo A1). Düzenli ilaç uygulamalarında analjeziğin zamanı geldiğinde ilacı uygulayan hemşire LHA'yı uygulamanın gerekliliğine karar vermede aktif rol aldığından kendisini daha çok hekim ile işbirliği içinde görmekte olup, bu durumu ise hekim hemşire işbirliğinin hasta yararında öneminin farkında olan eğitim seviyesi yüksek hemşirelerin, daha çok önemsendiği düşünülmektedir.

Cerrahi hastalarında ağrı önceden tahmin edilebileceğinden, önlenebilir bir sorun olmakla birlikte ağrının başlamasını beklemek ve daha sonra müdahale etmek yeterli ağrı yönetimi sağlamamaktadır (25, 77,120, 121, 122). Analjeziklerin kullanım ilkelerinde de, analjeziğin ağrı başlamadan ya da şiddetlenmeden verilmesi ve ilacın kanda belirli bir düzeyde tutulması gerektiği belirtilmektedir (133, 148, 149, 150). Bu nedenle LHA'ların en uygun verilme zamanı, ağrının aniden ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmasıdır. Postoperatif dönemde ise ağrıya neden olacak durumlarda (pansuman, mobilizasyon vb.) ağrı başlamadan kullanılması önerilmektedir (3, 20,119). Orgill ve ark.nın (2002) yaptıkları çalışmalarda LHA verme yöntemi uygulanan hastalarda tedavideki yanlış tutumlar nedeniyle yeterli ağrı kontrolü sağlanamadığı tespit edilmiştir (126). Çalışmamızda LHA istemine yönelik eğitim alan hemşireler eğitim almayan hemşirelere göre "LHA uygulama amacının hastanın ağrısının artmasını önlemek" olduğu ifadesine daha az; "LHA'lar en uygun ağrının rastgele aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır" ve

“LHA uygulamanın yeterli ağrı yönetimi sağlamadığı” ifadesine de daha çok katılmaktadır ($p<0,01$) (Tablo 4.8). Bulgularımız postoperatif dönemde hasta ağrısını gidermede en çok kullanılan yöntemlerden biri olan LHA'nın, doğru ve ilkelerine uygun olarak uygulanması konusunda hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin önemi vurgulamaktadır.

Ağrı yaşam bulgularında değişikliklere neden olmakta ve yaşam bulguları ağrı şiddeti hakkında bilgi vermektedir (60, 151). Yapılan çalışmalarda postoperatif dönemde yaşam bulguları takibinin çok sık yapılan hemşirelik girişimlerinden biri olduğu aynı zamanda ağrı varlığında da uygulandığı tespit edilmiştir (17, 152, 153, 154). Ay ve Alpar'ın (2010) çalışmasında, hemşirelerin %49.8'i ağrı varlığında yaşam bulguları takibi yapmadıkları, ancak ağrı probleminde lisansüstü eğitim seviyesinde olan hemşirelerin lise, önlisans ve lisans eğitim düzeyindeki hemşirelere göre daha sık yaşam bulgusu takibi yaptıkları tespit edilmiştir (17). Sayın'ın (2011) çalışmasında ise hemşirelerin %95,3'ü ameliyat sonrası ağrı tanılmasında yaşam bulgularındaki değişiklikleri dikkate aldıklarını belirtmiştir (100). Aslan ve Badır'ın (2005) çalışmasında da hemşirelerin %81,1'inin ağrısı olan hastanın fizyolojik ve davranışsal değişikliklerini izledikleri belirtilmiştir (19). Çalışmamızda LHA istemine yönelik eğitim alan hemşirelerin (%68.9) eğitim almayan hemşirelere (%49.5) göre LHA'yı uygulamadan önce yaşam bulgularına daha çok dikkat ettikleri görülmektedir ($p<0,01$) (Tablo 4.9). Literatürle uyumlu olan bulgumuz, ağrı varlığında yaşam bulguları takibi ile subjektif ağrı ifadesini objektif hale getirmede eğitimin önemini vurgulamakta olup, hemşirelik lisans eğitiminin yanı sıra lisansüstü ve hizmet içi eğitimlerle de farkındalığın daha fazla olacağını göstermektedir.

Etkili ağrı tedavisi için geçerliliği kanıtlanmış bir ölçek kullanımı gerekmektedir. Ağrı ölçekleri hemşirenin kanıta dayalı bir tanılama yapmasını sağlamaktadır (18, 24, 56, 78, 155). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı ölçeklerini yeterli kullanmadıkları belirtilmiştir (8, 79, 118). Sayın'ın (2010) çalışmasında ağrı yönetimi eğitimi alan hemşirelerin tamamı (%100) ağrının yerini, ağrı eğitimi almayan hemşirelere (%83.3) göre daha yüksek bir oranda tanılamakta ve %86.8' i ise ağrıyı azaltan ve arttıran faktörleri, ağrı yönetimi eğitimi almayan hemşirelere (%58.3) oranla daha yüksek bir oranda belirlemektedir (100). Çalışmamızda LHA istemine yönelik eğitim alan hemşirelerin (%68.9) eğitim

almayan hemşirelere (%44.6) göre LHA'yı uygulamaya daha çok ağrı ölçeklerini kullanarak karar verdikleri görülmektedir ($p<0,01$) (Tablo 4.9). Literatürle uyumlu olan bulgumuzda eğitim alan hemşirelerin ağrı tanılmasında ağrı ölçeklerini daha fazla kullanması ağrının kanıta dayalı yöntemlerle tanılmasında eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Hemşirelerin ağrı hakkında eğitim almaları uygulamada ağrı kontrolünde olumlu sonuçlara neden olmaktadır. Patiraki-Kourbani'nin (2004) çalışmasında ağrı yönetimi eğitimi alan hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puanları diğer hemşirelerden yüksek bulunmuştur (156). Linkewich ve ark. (2007), hemşirelerin ağrı konusundaki eğitimlerinin olmasının, ağrı yönetimine ilişkin uygulamaları daha iyi bir düzeye taşıdığını bildirmektedir (157). Aynı zamanda Zhang ve ark. (2008), ağrı yönetimi eğitiminin, hemşirelerin ağrı tutumu, bilgi ve uygulamalarına olumlu etkisinin olduğunu vurgulamaktadır (158). Abdalrahim ve ark. nın (2011) yaptığı çalışmada hemşirelere verilen eğitim sonrası ağrı yönetimi bakım sonuçlarının %85 oranında anlamlı olarak geliştiğini tespit etmiştir (67). Çalışmamızda da LHA istemine yönelik eğitim alan hemşirelerin LHA uygulama şekli hakkında bilgi düzeyinin eğitim almayan hemşirelere göre daha iyi olduğu görülmüştür. Bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Lüzum halinde analjezik uygulama şekli cerrahi kliniklerde yetersiz ağrı yönetimine neden olsa da, kanıta dayalı çalışmaların kliniklere yansıtılması ve en yeni bilgilerin yer aldığı literatürle desteklenmiş eğitim programlarının uygulanması ile bu göreceli sorun ortadan kalkmış olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postoperatif ağrı yönetimi kapsamında cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumunu belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada; Mardin Devlet Hastanesi, Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesi, Midyat Devlet Hastanesi ve Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi cerrahi servislerinde çalışan 146 hemşireden elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Çalışmamızda yer alan hemşirelerin;

- Çoğunluğunun (%61.0) eğitim düzeyinin lisans olduğu,
- Mesleki deneyimlerinin %52,1'inin 0-5 yıllık, %34,2'sinin 6-10 yıllık şeklinde dağıldığı ve mesleki deneyim ortalamalarının 6.8 ± 5.5 olduğu,
- Çoğunlukla (%69.2) ne okul eğitimi sırasında ne de hizmet içi programlarda LHA istemine yönelik eğitim almadığı,
- Çoğunlukla (%61.0) LHA'yı hastanın ağrısı oldukça uyguladığı,
- Lüzum halinde analjezik uygulama şeklinin amacını daha çok hastanın ağrısının artmasını önlemek %59.6 (n=87) ve mümkün olduğunca az ilaç uygulamak %45.2 (n=66) olarak düşündüğü,
- Lüzum halinde uygulama şeklinin hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanıdığı %60.7 ve yeterli ağrı yönetimi sağladığı (%52.4) görüşünde olduğu,
- Lüzum halinde analjeziklerin en uygun ağrının rastgele aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılması gerektiğini (%42.8) düşündüğü,
- Lüzum halinde analjezik uygulama şeklinin en olumsuz yanını hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur (%87.6) olarak belirttiği,
- Lüzum halinde analjeziği uygulamadan önce cerrahi girişimin tipini (%70.5) değerlendirdiği,
- Lüzum halinde analjezik isteminde ilacı uygulamadan önce çoğunlukla (%87) ilacın en son verilme saatine dikkat ettiği,
- Lüzum halinde analjezik istemini çoğunlukla (%65.1) hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uyguladığı,

- Lüzum halinde analjezik İstemini uyguladıktan sonra, yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını çoğunlukla (%67.2) hastanın sözel ifadesine göre değerlendirdiği,
- Çalıştıkları kliniklerde LHA uygulama şekline yönelik herhangi bir protokol olmadığı (%85.6),
- Uygulanan LHA'ların farmakolojik özelliklerine ilişkin bilgi düzeylerinin göreceli olarak yüksek olduğu ve çoğunlukla ilacın yan etkisi konusunda daha az bilgi sahibi (%46.9) olduğu,
- Eğitim düzeyi ve meslek tecrübesi ile LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$),
- Lüzum halinde analjezik istemi ile ilgili eğitim alma durumu ile LHA istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik lisans eğitimi sırasında ve hizmet içi eğitimlerde postoperatif ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaların gözden geçirilmesi,
- Hemşirelik lisans müfredat programlarında ağrı ve ağrının farmakolojik kontrolüne yer verilirken ilaçların farmakolojik özellikleri üzerinde daha fazla durulması ve hizmet içi eğitimlerle güncellenmesi,
- Postoperatif ağrı yönetiminde kullanılan LHA uygulama şekline yönelik hizmet içi eğitim programlarının güncellenmesi,
- DSÖ tarafından yayınlanan analjezik kullanım ilkelerine ilişkin bilimsel bilgi içeriğine hizmet içi eğitim programlarında ayrıntılı şekilde yer verilmesi,
- Ağrı ölçeklerinin kullanımında engellerin tanınması ve kurumların ölçeklerin kullanımının yaygınlaştırılmasına yönelik düzenlemeler yapması, farkındalığın artırılması,
- Lüzum halinde analjezik uygulamasında standartların oluşması için etkili protokollerin geliştirilmesi,
- Hemşirelerin hekimlerin sözel analjezik istemlerini (acil haller dışında) uyguladıklarında ve ilaç uygulama hatası olduğu durumlarda karşılaştıkları yasal düzenlemelere ilişkin bilgi gereksinimlerinin, hizmet içi eğitim programları ile karşılanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. International Association for the Study of Pain. Pain Terms. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>. 18.01.2017
2. Yılmaz G, Akyol AS. Yoğun bakım hastasında ağrı ve ağrının kontrolünde hemşirenin rolü, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2009, 6 (1): 27-33.
3. Aslan FE. Postoperatif Ağrı. İçinde: Aslan FE (editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 159-190.
4. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing*, 7th ed. St. Louis, Mosby, 2009: 1052-1070.
5. Karaçay P, Eti Aslan F, Şelimen D. Acil travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi, *Ağrı*, 2006, 18(1): 45.
6. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri, *Ağrı*, 2011, 23(2):71-79.
7. Yücel A. Postoperatif ağrılı hastanın değerlendirilmesi ve ölçülmesi. İçinde: Yücel A (editör). *Postoperatif Analjezi*. 1. baskı. İstanbul, Mavimer Yayıncılık, 2004: 27-34.
8. Yıldırım A. Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
9. Ashburn MA, Caplan RA, Carr DB. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting, *Anesthesiology*, 2004, 100(15): 73-81.
10. Gillaspie M. Better pain management after total joint replacement surgery, *Orthop Nurs*, 2010, 29(1): 20-25.

11. MacLellan K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences,*J Adv Nurs*, 2004,46(2): 179–85.
12. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi, *Ağrı*, 2006, 18(4): 37-42.
13. Potter PA, Perry AG. *Clinical Nursing Skills & Techniques*.6th ed. USA, Elsevier Mosby, 2006:146-167.
14. Pöpping DM, Zahn PK, Van Aken HK, Dasch B, Boche R, Pogatzki-Zahn EM. Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18 925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data,*Br J Anaesth* 2008, 101(6): 832-40.
15. Wang HL, Keck JF. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain, *Pain Manag Nurs*, 2004, 5(2): 59-65.
16. Richards J, Hubbert A. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain, *Pain Manag Nurs*, 2007, 8(1): 17–24.
17. Ay P, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları, *Ağrı*, 2010, 22(1): 21-29.
18. Düzel V. Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.
19. Aslan FE, Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları, *Ağrı*, 2005, 17: 44-51.
20. Akbaş S. Postoperatif Ağrı Yönetiminde, Lüzum Halinde (LH) Analjezik İstemine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Kocatepe Üniversitesi, 2006.

21. Tuncer S. Analjezik Kullanım İlkeleri, *Klinik*, 2007, (3): 49, 141-216.
22. WHO, (1996). World Health Organization Cancer Pain Relief. Geneva.
<http://www.who.int/en/> 28.12.2016
23. Aydın I. Analjezik kullanım ilkeleri. İçinde: Erdine S (editör). *Ağrı*, 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002, 479-484.
24. Aslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6: 9-16.
25. American pain society (APS), Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 5 th ed.
<http://americanpainsociety.org/education/principles-of-analgesic-use>
(12.12.2015).
26. Keçialan R. Lüzum Halinde Analjezik İsteminin Doktor ve Hemşireler Tarafından Kullanımının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2000.
27. Karadakovan A, Aslan FE. Ağrı. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitap Evi, 2010: 137-160.
28. Aslan FE. Tarihsel Süreçte Ağrı. İçinde: Aslan FE (editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 3-9.
29. Rajagopal MR. Pain - Basic considerations, *Indian Journal of Anaesthesia*, 2006, 5(50): 331-334.
30. Eşer İ, Khorshid L. Gürol Arslan G. Hemşire ve hekimlerin ağrılı hastaya yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşmelerinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 24(1): 1-14.
31. Berker E, Dinçer N. Chronic pain and rehabilitation, *Ağrı*, 2005, 17(2): 10-6.

32. Bacaksız, BD. Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2007.
33. Yava A (2004) Postoperatif Ağrı Tedavisinde Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2004.
34. Büyükyılmaz F, Aştı T. The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Manag Nurs*, 2013, 14(3): 143-197.
35. McCaffery M. Pain management. Nurses lead the way to new priorities, *Am J Nurs*, 1990, 90(10): 45-50.
36. Manias E. Medication trends and documentation of pain management following surgery, *Nurs Health Sci*, 2003, 5: 85-94.
37. Büyükyılmaz, F. Aştı, T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(2): 84-92.
38. Aslan FE. Akut ağrı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2005, 2(1): 24-31.
39. Savaş E. Ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.
40. Göldoğan F. Ağrı algılama ve iletimi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2005, 22: 15-18.
41. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon, *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38 (2): 257-262.

42. Aydın, ON. Ağrı Ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 3(2): 37-48.
43. Eti Aslan F. Ağrının Sınıflandırılması. İçinde: Eti Aslan F (editör). *Ağrı Doğası Ve Kontrolü*. 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 61-67.
44. Pekel AF. Viseral ağrı, *Klinik Gelişim*, 2007, 69(140): 111-114.
45. Kanner R. *Pain Management secrets*. Çeviri: Özyalçın S, Dinçer S. *Ağrının Sırları*, 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 1-15.
46. Uludağ B. Nöropatik ağrı nedenleri, *Klinik Gelişim*, 2007, 1(68): 18-19.
47. Melek İM, Serarslan Y, Duman T. Nöropatik ağrı mekanizmaları, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2005, 27: 97-105.
48. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi.
<http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/7.pdf>. 11.11.2015.
49. Summers S. Evidence-Based practice. Pain definitions, pathophysiologic mechanisms and theories, *J Perianesthe Nurs*, 2000, 15(5): 357-365.
50. Demir Y. Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Sırasında Yapılan Soğuk Uygulamanın Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.
51. Öztürk H. Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
52. Akyol Ö. Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ağrı Prevelansı, Özellikleri, Etkileyen Etmenler Ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyetin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

53. Kozier B, Berman A, Snyder S, Erb G. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process And Practice*, 8nd ed. New Jersey, Prentice Hall, 2008: 168
54. Kubsch SM, Neveau T, Vandertie K. Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in emergency department patients. *accident and emergency, Nursing*, 2001, 9: 143-151.
55. Şahin Ş. Ağrı ve cinsiyet, *Ağrı*, 2004, 16(2): 17-25.
56. Arslan, S. Çelebioğlu, Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1: 2-6.
57. Bilen A. Postoperatif ağrı tedavisi, *Klinik Gelişim*, 2007, 1(68): 37-44.
58. Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK, Brennan TJ. Postoperative Pain Clinical Implications of Basic Research, *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2007, 21(3): 3-13.
59. Özveren H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 83-92.
60. Karayurt Ö, Akyol Ö. Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11(4): 96-104.
61. Chung J, Lui J Postoperative pain management: study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain, *Nurs Health Sci*, 2003, 5(1): 13-21.
62. Kim S, Schwartz-Barcott D, Tracy S, Fortin J, Sjöström B. Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units, *Pain Manag Nurs*, 2005, 6(1): 3-9.
63. Huang N, Cunningham F, Laurito C, Chen C. Can we do better with postoperative pain management, *The American Journal of Surgery*, 2001, 182: 440-448.

64. Borgdorff P. Pain is a common concern for patients about to undergo surgery, *Continuing Medical Education*, 2008, 26(3): 134-136.
65. Bell L. ve Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing, *British Journal of Nursing*, 2009,18(3): 153-156.
66. Ceyhan D. Güleç MS. Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı mıdır?,*Ağrı*, 2010, 22(2): 47-52.
67. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain, *Nurse Education in Practice*, 2011,11: 250–255.
68. Klopper H, Andersson H, Minkkinen M, Ohlsson C, Sjöström B. Strategies in assessing postoperative pain – a South African study,*Intensive Crit Care Nurs*, 2006, 22(1): 12–21.
69. Rawal N. Postoperatif ağrı tedavisi. İçinde: Erdine S (editör). *Ağrı*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000: 124-141.
70. Sturgeon JA, Tieu MM, Macgey SC, McCue R. Nonlinear Effects of Noxious Thermal Stimulation and Working Memory Demands on Subjective Pain Perception, *Pain Med*, 2015, 25(2): 10-11.
71. Bozkurt M, Yılmazlar A, Bilgen ÖF. Total diz artroplastisi sonrası intravenöz ve epidural hasta kontrollü analjezi tekniklerinin ameliyat sonrası ağrı ve diz rehabilitasyonu üzerine etkilerinin karşılaştırılması, *Eklemler Hastalıkları ve Cerrahisi*, 2009, 20(2): 64-70.
72. Çöçelli LP, Bacaksız DB, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 14: 53-58.
73. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. Postoperatif ağrı tedavisi, *Sendrom*, 2003, 15(8): 83-92.

74. Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative painrelief and chronic persistent postoperative pain, *Anesthesiology Clinics of North America*, 2005, 23: 21-36.
75. Gülbin G, Akyol AD. Yoğun bakım hastasında ağrı ve ağrının kontrolünde hemşirenin rolü, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2009, 6 (1): 27-33.
76. Smith JD. Nursing management post operative care. In: Lewis MS, Heitkemper MM, Dirksen RS (Eds). *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems*, 8th ed. St. Louis, Mosby, 2006, 376-396.
77. Aslan FE. Ağrıya ilişkin yanlışlar ve gerçekler, *Sendrom*, 2002, 14(4):4-8.
78. Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' strategies for managing pain inthe postoperative setting,*Pain Manag Nurs*, 2005, 6 (1): 18-29.
79. Dikmen DY, Yıldırım YU, İnce Y, Türken Gel K. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2012, 2(3): 162-172.
80. Yavuz M. Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde: Aslan FE. (editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006:135-147.
81. Nadler DO, Scott F. Nonpharmacologic management of pain, *JAOA*, 2004, 104 (11): 6-12.
82. Fielding R, Irwin MG. The knowledge and perceptions of nurses and internsregarding acute pain and postoperative pain control, *Hong Kong Medical Journal* , 2006, 12: 31-34.
83. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(4): 123-133.

84. Taylor C, Lillis C, Mone LP, Lynn P. *Fundamentals of Nursing The Art And Science of Nursing Care*, 7th ed. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2011: 1110-1137.
85. Topçu Yıldızeli S. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
86. Kocamanoğlu İS. (2005). Akut ağrıda kullanılan analjezikler ve adjuvanlar, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2005, 22: 1-14.
87. Demir Y. Ağrı ve Yönetimi. İçinde Aştı TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları-Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012, 634-648.
88. Aygün D, Var G. Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları, *Sakarya Medikal Journal*, 2012, 2(2): 61-70.
89. McGuire L. Pain: The fifth vital sign. In: Ignatavicius DD, Workman ML (eds). *Medical Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Care*, 5th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2006: 63-90.
90. Sayın S. İstanbul İli Üniversite Ve Devlet Hastaneleri Genel Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Servis Hemşirelerinin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
91. Işıklı D. Hemşirelerin Farmakoloji Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakoloji Ve Toksikoloji (Vet) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2006.
92. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Pain management. Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11nd ed. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2008: 258-299.

93. Runciman WB, Roughead EE, Semple SJ, Adams RJ. Adverse drug events and medication errors in Australia, *International Journal for Quality in Health Care*, 2003; 15(1):49-59.
94. Faydalı S. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 83–91.
95. Mao J. Chen LL. Gabapentin in pain management, *Anesth Analg*, 2000, 91: 680-687.
96. Kılıç M. Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012, 7(21): 36-48.
97. Ersek M. Irving GA. Pain, In: Lewis MS, Heitkemper MM. Dirksen RS, Brien P, Bucher L (eds). *Medical Surgical Nursing-Assesment and Management of Clinical Problems*, 7th ed. Canada, Mosby, 2007: 125-150.
98. Kaya N. Yasam Modeli. İçinde: Babadağ K, Aştı TA (editör). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2008: 1-7.
99. Krenzischek DA, Wilson L, Newhouse R, Mamaril M, Kane HL. Clinical Evaluation of the ASPAN Pain and Comfort Clinical Guideline. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2004, 19: 150-159.
100. Taylor A, Stanbury L. A review of postoperative pain management and the challenges, *Current Anaesthesia & Critical Care*, 2009, 20(4): 188-194.
101. Gregory J. Pain management and orthopaedic care. In: Kneale J, Davis P (eds). *Orthopaedic and Trauma Nursing*, 2nd ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2005: 140-164.
102. Uyar M. Akut ağrılı hastanın değerlendirilmesi ve ölçümü. İçinde: Özyalçın NS (editör). *Akut Ağrı*, 1. Baskı, Ankara, Güneş Kitap Evi, 2005: 37-58.
103. Mackintosh C. Assesment and management of patients with post-operative pain, *Nurs Stand*, 2007, 22: 49-55

104. Sayın Y. The effect of analgesic education on pain in patients undergoing breast surgery: within 24 hours after the operation, *J Clin Nurs*, 2012, 21: 9-10.
105. Possion-Salomon AS, De Chambine S, Lory L. Patient-related factors and professional practices associated with postoperative pain, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2005, 53: 47-56.
106. Karakaş S. Erişkin Türk Hasta Populasyonunda Ağrı Tedavisinde Sık Tercih Edilen dört Farklı Ağrı Ölçeğinin Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi, Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2010.
107. Tür H. Koroner Arter Cerrahisi Sonrası Farklı Fentanil Uygulamalarının Ağrı Kontrolündeki Etkinliğinin Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2007.
108. Yılmaz T. Ameliyat sonrası hastaların ağrı kontrolüne yönelik hemşirelerden beklentileri ve hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik girişimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2011.
109. Schafheutle EI, Cantrill JA, Noyce PR. Why is pain management suboptimal on surgical wards? *J Adv Nurs*, 2001, 33(6): 728-37.
110. Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, Ekman SL, Kim HS, Käppeli S, MacLeod M. An exploratory study of clinical decision-making in five countries, *J Nurs Scholarsh*, 2001, 33(1): 83-90.
111. Tosun N. Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü. İçinde: Koçar İH, Erikçi S, Baykal Y (editörler). İç hastalıklarında karar verme, 1. Baskı, Ankara, Gata Basımevi, 2002: 117- 139
112. Taşçı S. Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 14:73-81.

113. Azak, A. Taşçı, S. Klinik karar verme ve hemşirelik, *J Med Ethics*, 2009, 17(3):176-83.
114. Sucu G, Dicle A, Saka O. Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9 (1): 52-60.
115. Bucknall TK. Critical care nurses' decisionmaking activities in the natural clinical setting. *J Clin Nursing* 2000;9(1): 25-35
116. Van Niekerk LM, Martin F. Tasmanian nurses' knowledge of pain management, *Int J Nur Stud*, 2001; 38: 141–152.
117. Hançer F, Hançer Ö, Akın H, Ulusoy HB, Ulusoy S. Hemşirelerin lüzum halinde analjezik istemini kullanma durumlarının belirlenmesi, Türk Toraks Derneği 19. Yıllık Kongresi, Antalya, *Program ve Bildiri Kitabı*, 2016, 405.
118. Özer N. Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanımlamaları Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 1998.
119. Kocaman G. *Ağrı-hemşirelik yaklaşımları*. 1. Baskı, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık, 1994.
120. Gillies ML, Smith LN, Parry-Jones WL. Postoperative pain assessment and management in adolescents, *Pain*, 1999, 79(2-3): 207-222.
121. Puntillo K, Weiss S. Pain: Its mediators and associated morbidity III cardiovascular surgical patients, *Nursing Research*, 1994, 43(1): 31-38.
122. Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience, *Journal of Pain and Symptom Management*, 1996, 11(4): 242-51.

123. Akdağ RG. Hemşirelerin ağrı yönetim ile ilgili bulgu, tutum ve klinik karar verme durumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2008.
124. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47: 175-178.
125. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer, J. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors, *Am J Health Syst Pharm*, 2001, 58(19): 1835-41.
126. Orgill R, Krempf GA, Medina JE. Acute pain management following laryngectomy, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2002, 128: 829-32.
127. Aslan FE, Sarıyıldız D, Gürkan A, Aygün D. Yetişkin travma hastalarında ağrı şiddeti ve analjezi yaklaşımları, *Ağrı*, 2008, 20(1):13-18.
128. Küçükakça G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının Ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
129. Toruner EK, Uysal G. Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2012, 29: 28- 35.
130. Doherty GM. Postoperative Care. Current Diagnosis & Treatment Surgery, *Mc Graw Hill North America*, 2007,13: 24-33.
131. Katz J, Melzack R. Measurement of pain, *Surg Clin North Am*, 1999, 79(2): 41-8.

132. Temiz Z, Özer N. Ameliyat sonrası ağrı şiddetinin dört farklı ağrı ölçeği ile karşılaştırılması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;18:22.
133. Özütemiz M. Postoperatif Ağrı Yönetiminin Kalitesinin Değerlendirilmesinde Quips Anketi Yönteminin Kullanımı, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2015.
134. Karakaya A. Sağlık Personelinin Opioid Kullanımına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2007.
135. Antall, GF, Kresevic D. The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population, *Orthopaedic Nursing*, 2004, 23(5): 335-340.
136. Prowse, M. Postoperative Pain in Older People: A Review of the Literature, *J Clin Nurs*, 2007, 16: 84-97.
137. Öztürk G, Barış S, Özşaker E. Ameliyat sonrası ağrı ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşlerinin incelenmesi. *UHD*, 2014, 1(2): 12-23.
138. Vural F, Çiftçi S, Vural B. Sık Karşılaşılan İlaç Uygulama Hataları ve İlaç Güvenliği, *ACU Sağlık Bil Derg*, 2014, 4(4): 271-275.
139. Ndosi ME, Newell, R. Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer, *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18:570-580.
140. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J. System analysis of adverse drug events. *JAMA*, 1995; 274(1): 35-43.
141. Gordon DB, Morgan B, Swensen H, Manworren R. The use of 'as-needed' range orders for opioid analgesics in the management of acute pain: a consensus statement of the American Society for Pain Management Nursing and the American Pain Society. *Home Healthcare Nurse*, 2014, 15(2): 551-554.

142. McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J, Tabler RE. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer, *Oncology Nursing Forum*, 2000, 27(9): 1415-23.
143. Plaisance L, Logan C. Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain, *Pain Manag Nurs*, 2006, 7(4): 167-75.
144. Keefe G, Wharrad HJ. Using e-learning to enhance nursing students' pain management education, *Nurse Educ Today*, 2012, 32(8): 66-72.
145. Özkaraca R. Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009.
146. Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen M, Erdmann J, Hojat M. The jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration: A study with undergraduate nursing students, *J Interprof Care*, 2008, 22(4):375-86.
147. Savič BS, Pagon M. Relationship between Nurses and physicians in terms of organizational culture: Who is responsible for subordination of Nurses?, *Croat Med J*, 2008, 49(3): 334-343.
148. Payas İA. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Opioid Seçimi Ve Kullanımı Konusunda Doktor Eğitimi Ve Eğitim Öncesi İle Sonrasında Doktorların Postoperatif Ağrı Konusunda Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2013.
149. Kruger M, McRae K. Pain management in cardiothoracic practice, *Surg Clin North Am*, 1999, 79: 387-400.
150. Melzack R. The tragedy of needless pain, *Science America*, 1990, 262: 27-33.
151. Kozal RA, Voytovich, A. Misinterpretation of the fifth vital sign, *Archives of Surgery*, 2007, 142: 417-419.

152. Zeitz K, McCutcheon H. Policies that drive the nursing practice of postoperative observations, *Int J Nurs Stud*, 2002, 39(8): 831-9.
153. Karadağ S, Taşçı S. Kayseri Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler, *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005, 14: 13-21.
154. Demir R. Hemşirelerin, hasta bakım uygulamalarını kaydetme durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Türk Hemşireler Dergisi*, 2004, 56: 22-30.
155. Yıldırım YK, Uyar M. Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler, *Ağrı*, 2006, 18:12-21.
156. Patiraki-Kourbani E, Tafas CA, McDonald DD, Papatthanassoglou EDE, Katsaragakis S, Lemonidou C: Personal and Professional pain experiences and pain management knowledge among Greek nurses, *Internal Journal of Nursing Studies*, 2004, 41: 345-354.
157. Linkewich B, Sevean P, Habjan S, Poling M, Bailey S, Kortess-Miller K. Educating for tomorrow: enhancing nurses' pain management knowledge, *The Canadian Nurse*, 2007, (103): 24-28.
158. Zhang C, Hsu L, Zou BR, Li JF, Wang HY, Huang J Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in china, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008, 36: 616-627.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencilerinden Neslihan ÜNALMAZ OKATAN'ın "Postoperatif ağrı yönetimi kapsamında cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin LH (lüzum halinde) analjezik istemine yönelik bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumunun belirlenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Doç. Dr. Cenksu ÜÇER	Üye	
Doç. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Musa Kazım ARICAN	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	02/14
Karar Tarihi	26.05.2014
Karar No.	75

EK-2. Kurum Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Mardin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 58867195/
Konu : Çalışma Anketi

MARDİN İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

13.07.2015 - 10223

Sayın: Neslihan ÜNALMAZ OKATAN

22/06/2015 tarihli dilekçenize istinaden; Postoperatif Ağrı Yönetimi kapsamında Cerrahi birimlerde çalışan Hemşirelerin LH (Lüzum halinde) analjezik istemine yönelik bilgi ve uygulamalarda klinik karar verme durumunun belirlenmesi” konulu tez çalışma anketinizi 04/06/2015-15/08/2015 tarihleri arasında Birliğimize bağlı Mardin Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kızıltepe Devlet Hastanesi ve Midyat Devlet Hastanesi’nde yapmanız Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Murat SİNANOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

SORU FORMU

Değerli Katılımcı;

Postoperatif ağrı yönetimi kapsamında uygulanan LH (lüzum halinde) analjezik istemlerine yönelik sizlerin bilgi ve uygulamada klinik karar verme durumunuzu belirlemek amacıyla yapılacak olan çalışmada, bizlere yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından özenle yanıtlanması büyük önem taşımaktadır.

Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Tarih.....// 2015

1) Doğum tarihiniz?

2) Mesleğinizle ilgili eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

1. Sağlık Meslek Lisesi

2. Ön Lisans

3. Lisans

4. Yüksek Lisans

5. Doktora

6. Diğer (Açıklayınız)

3) Hangi hastanede çalışıyorsunuz?

1. Mardin Devlet Hastanesi

2. Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

3. Kızıltepe Devlet Hastanesi

4. Midyat Devlet Hastanesi

4) Çalıştığınız ünitenin adı :

5) Bu üniteye kaç yıldır çalışıyorsunuz?

6) Mesleğinizde kaçınıcı yılınız?

7) Çalışma şekliniz nedir?

1. Sürekli gündüz

2. Sürekli Gece

3. Gündüz ve gece

4. Diğer (Açıklayınız)

8) Eğitiminiz sırasında Lüzum Halinde (LH) analjezik uygulaması ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

9) Lüzum Halinde (LH) analjezik uygulaması ile ilgili daha önce hizmet içi eğitim aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

10) Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminin gün boyu düzenli analjezik istem biçimlerinden farkı nedir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir.
2. İstemi uygulama kararı hemşireye aittir.
3. İstem gerektiğinde (ağrı oldukça) uygulanır.
4. Doz ve doz aralığı hastanın ağrı şiddetine göre hemşire tarafından belirlenir.
5. Diğer **(Açıklayınız)**

11) Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminin amacı nedir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Hastanın ağrısının artmasını önlemektir.
2. Hastanın ağrısının başlamasını önlemektir.
3. Yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır.
4. İyileşmeyi hızlandırmaktır.
5. Hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır.
6. Diğer **(Açıklayınız)**

12) Lüzum Halinde (LH) analjezik en uygun nasıl kullanılmalıdır? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılmalıdır.
2. Tek basına kullanılması ağrıyı giderir.
3. Gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılmalıdır.
4. Ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır.
5. Diğer **(Açıklayınız)**

13) Lüzum Halinde (LH) analjezik istemindeki ilacı uygulamadan önce, cerrahi girişime özgü hangi verileri değerlendirirsiniz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Cerrahi girişime özgü veri toplamama gerek yoktur
2. Hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu
3. Cerrahi girişimin tipi
4. Cerrahi kesinin uzunluğu
5. Hastanın tanısı
6. Diğer **(Açıklayınız)**

14) Postoperatif ağrıyı gidermek için, hastaya ilaç uygulama dışında başka bir girişimde bulunuyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır (16. soruya geçiniz.)

15) Lüzum Halinde (LH) analjezik istemi doğrultusunda, postoperatif ağrıyı gidermek için hastaya ilaçuygulama dışında hangi girişimlerde bulunursunuz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Mobilizasyon
2. Masaj
3. Dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme
4. Pansuman kontrolü
5. Gevşeme
6. Derin soluma
7. Dikkati başka yöne çekme
8. Diğer.....

16) Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminde ilacı uygulamadan önce nelere dikkat edersiniz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. İlacın dozuna
2. İlacın en son verilme saatine
3. İlacın veriliş yoluna
4. İlacın etki zamanına
5. Ağrının tekrar ne zaman başladığına
6. Hastanın yaşam bulgularına
7. Diğer **(Açıklayınız)**

17) Lüzum Halinde (LH) analjezik istemini uygulamaya ne zaman karar verirsiniz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uygularım.
2. Hastanın sözsüz ifadesini değerlendirerek uygularım.
3. Sadece tedavi saatinde uygularım.
4. Sadece hekim tarafından hatırlatıldığında uygularım.
5. Ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığımda uygularım.
6. Diğer **(Açıklayınız)**

18) Postoperatif ağrı kontrolünde Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminde en sık kullandığımız ilaç grubu hangisidir? **(Lütfen tek seçenek işaretleyiniz.)**

1. Narkotik analjezikler (Dolantin, morfin vb.)
2. Narkotik olmayan analjezikler (Aspirin, parol vb.)
3. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (Diclofenac, Novalgin vb.)
4. Adjuvanlar (Diazem, Largaktıl vb.)

19) Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminde en sık kullandığımız ilaçların özelliklerine ilişkin hangilerini biliyorsunuz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. İlacın kullanılma amacı
2. İlacın veriliş yolu
3. Uygulama dozunu
4. Etki süresi
5. Yan etkisi

5. Hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır.
6. Diğer (**Açıklayınız**)

27) Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminin olumsuzlukları nelerdir? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Hastanın güvenliğinde önemli ölçüde risk yaratır.
2. Yetersiz ağrı yönetimi sağlar.
3. Hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur.
4. Genel klinik uygulamalarda yaygın olarak kabul görmez.
5. Diğer (**Açıklayınız**)

Sorular Bitti Teşekkür Ederim.



EK-4. Hemşirelerin Eğitim Düzeyi ve Mesleki Deneyimi İle LHA İstemi Hakkında ve LHA İstemini Uygulamaya Yönelik Görüşleri Arasındaki İlişkiye Ait Tablolar

EK-A. Hemşirelerin Eğitim Düzeyi ile LHA istemi hakkında ve LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişkiye ait tablolar

Tablo A1. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Eğitim Düzeyi						Toplam	Ki Kare	P		
			Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans-Yüksek Lisans						
			n (26)	%	n (25)	%	n (95)	%				n (146)	%
LHA İsteminin Gün Boyu Düzenli Analjezik İsteminden Farklı*	Hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir	Katılıyorum	10	38,5	8	32,0	46	48,4	64	43,8	2,539	0,281	
		Katılmıyorum	16	61,5	17	68,0	49	51,6	82	56,2			
	İstemi uygulama kararı hemşireye aittir	Katılıyorum	4	15,4	5	20,0	26	27,4	35	24,0	1,870	0,393	
		Katılmıyorum	22	84,6	20	80,0	69	72,6	111	76,0			
	İstem gerektiğinde (ağrı oldukça) uygulanır	Katılıyorum	16	61,5	17	68,0	56	58,9	89	61,0	0,686	0,710	
		Katılmıyorum	10	38,5	8	32,0	39	41,1	57	39,0			
	Doz ve doz aralığı hastanın ağrı şiddetine göre hemşire tarafından belirlenir	Katılıyorum	4	15,4	8	32,0	21	22,1	33	22,6	2,050	0,359	
		Katılmıyorum	22	84,6	17	68,0	74	77,9	113	77,4			
				n (25)	%	n (25)	%	n (95)	%	n (146)	%		
	LHA İsteminin Amaçı*	Hastanın ağrısının artmasını önlemektir	Katılıyorum	17	65,4	15	60,0	55	57,9	87	59,6	0,478	0,788
Katılmıyorum			9	34,6	10	40,0	40	42,1	59	40,4			
Hastanın ağrısının başlamasını önlemektir		Katılıyorum	2	7,7	1	4,0	9	9,5	12	8,2	0,798	0,671	
		Katılmıyorum	24	92,3	24	96,0	86	90,5	134	91,8			
Yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır		Katılıyorum	10	38,5	10	40,0	27	28,4	47	32,2	1,785	0,410	
		Katılmıyorum	16	61,5	15	60,0	68	71,6	99	67,8			
İyileşmeyi hızlandırmaktır		Katılıyorum	4	15,4	1	4,0	11	11,6	16	11,0	1,800	0,407	
		Katılmıyorum	22	84,6	24	96,0	84	88,4	130	89,0			
Hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır		Katılıyorum	8	30,8	14	56,0	44	46,3	66	45,2	3,411	0,182	
		Katılmıyorum	18	69,2	11	44,0	51	53,7	80	54,8			
			n (25)	%	n (25)	%	n (95)	%	n (146)	%			
LHA İsteminin En Uygun Kullanımı*	Gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılmalıdır.	Katılıyorum	12	48,0	6	24,0	33	34,7	51	35,2	3,181	0,204	
		Katılmıyorum	13	52,0	19	76,0	62	65,3	94	64,8			
	Ağrıyı gidermede tek basına kullanılmalıdır	Katılıyorum	2	8,0	5	20,0	9	9,5	16	11,0	2,517	0,284	
		Katılmıyorum	23	92,0	20	80,0	86	90,5	129	89,0			
	Gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılmalıdır.	Katılıyorum	8	32,0	8	32,0	33	34,7	49	33,8	0,110	0,947	
		Katılmıyorum	17	68,0	17	68,0	62	65,3	96	66,2			
	Ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır.	Katılıyorum	10	40,0	9	36,0	43	45,3	62	42,8	0,788	0,674	
		Katılmıyorum	15	60,0	16	64,0	52	54,7	83	57,2			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo A1 (devam). Hemşirelerin eğitim düzeyi ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Eğitim Düzeyi								Ki Kare	P
			Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans-Yüksek Lisans		Toplam			
			n (26)	%	n (24)	%	n (95)	%	n (145)	%		
LHA İsteminin Yararları*	Yeterli ağrı yönetimi sağlar.	Katılıyorum	15	57,7	15	62,5	46	48,4	76	52,4	1,877	0,391
		Katılmıyorum	11	42,3	9	37,5	49	51,6	69	47,6		
	Hemşireler daha az klinik karara ihtiyaç duyar.	Katılıyorum	2	7,7	3	12,5	10	10,5	15	10,3	0,321	0,852
		Katılmıyorum	24	92,3	21	87,5	85	89,5	130	89,7		
	Dozdaki esneklik sayesinde her hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılanabilir.	Katılıyorum	10	38,5	9	37,5	31	32,6	50	34,5	0,423	0,809
		Katılmıyorum	16	61,5	15	62,5	64	67,4	95	65,5		
	Uygulamada hemşire ve hekimin aktif işbirliği sağlanır.	Katılıyorum	8	30,8	8	33,3	51	53,7	67	46,2	6,230	0,044
		Katılmıyorum	18	69,2	16	66,7	44	46,3	78	53,8		
	Hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır.	Katılıyorum	14	53,8	13	54,2	61	64,2	88	60,7	1,432	0,489
		Katılmıyorum	12	46,2	11	45,8	34	35,8	57	39,3		
			n (26)	%	n (25)	%	n (94)	%	n (145)	%		
LHA İsteminin Olumsuzlukları*	Hastanın güvenliğinde önemli ölçüde risk yaratır.	Katılıyorum	4	15,4	3	12,0	19	20,2	26	17,9	-	-
		Katılmıyorum	22	84,6	22	88,0	75	79,8	119	82,1		
	Yetersiz ağrı yönetimi sağlar.	Katılıyorum	5	19,2	4	16,0	29	30,9	38	26,2	3,049	0,218
		Katılmıyorum	21	80,8	21	84,0	65	69,1	107	73,8		
	Hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur.	Katılıyorum	23	88,5	23	92,0	81	86,2	127	87,6	-	-
		Katılmıyorum	3	11,5	2	8,0	13	13,8	18	12,4		
Genel klinik uygulamalarda yaygın olarak kabul görmez.	Katılıyorum	4	15,4	2	8,0	17	18,1	23	15,9	-	-	
	Katılmıyorum	22	84,6	23	92,0	77	81,9	122	84,1			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo A2. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Eğitim Düzeyi						Toplam	Ki Kare	P	
			Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans- Yüksek Lisans					
			n (26)	%	n (25)	%	n (95)	%				n (146)
LHA İlacı Uygulamadan Önce Cerrahi Girişime Özgü Değerlendirilen Veriler*	Cerrahi girişime özgü veri toplamaya gerek yoktur	Katılıyorum	3	11,5	2	8,0	6	6,3	11	7,5	0,809	0,667
		Katılmıyorum	23	88,5	23	92,0	89	93,7	135	92,5		
	Hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu	Katılıyorum	16	61,5	11	44,0	55	57,9	82	56,2	1,923	0,382
		Katılmıyorum	10	38,5	14	56,0	40	42,1	64	43,8		
	Cerrahi girişimin tipi	Katılıyorum	14	53,8	18	72,0	71	74,7	103	70,5	4,318	0,115
		Katılmıyorum	12	46,2	7	28,0	24	25,3	43	29,5		
	Cerrahi kesinin uzunluğu	Katılıyorum	6	23,1	7	28,0	27	28,4	40	27,4	0,299	0,861
		Katılmıyorum	20	76,9	18	72,0	68	71,6	106	72,6		
	Hastanın tanısı	Katılıyorum	18	69,2	15	60,0	46	48,4	79	54,1	3,981	0,137
		Katılmıyorum	8	30,8	10	40,0	49	51,6	67	45,9		
LHA İstemini Uygulamadan Önce Dikkat Edilenler*	İlacın dozu	Katılıyorum	21	80,8	16	64,0	66	69,5	103	70,5	1,876	0,391
		Katılmıyorum	5	19,2	9	36,0	29	30,5	43	29,5		
	İlacın en son verilme saati	Katılıyorum	22	84,6	23	92,0	82	86,3	127	87,0	0,722	0,697
		Katılmıyorum	4	15,4	2	8,0	13	13,7	19	13,0		
	İlacın verilme yolu	Katılıyorum	17	65,4	12	48,0	65	68,4	94	64,4	3,613	0,164
		Katılmıyorum	9	34,6	13	52,0	30	31,6	52	35,6		
	İlacın etki zamanı	Katılıyorum	15	57,7	12	48,0	48	50,5	75	51,4	0,557	0,757
		Katılmıyorum	11	42,3	13	52,0	47	49,5	71	48,6		
	Ağrının tekrar ne zaman başladığı	Katılıyorum	9	34,6	15	60,0	53	55,8	77	52,7	4,310	0,116
		Katılmıyorum	17	65,4	10	40,0	42	44,2	69	47,3		
Hastanın yaşam bulguları	Katılıyorum	12	46,2	13	52,0	56	58,9	81	55,5	1,501	0,472	
	Katılmıyorum	14	53,8	12	48,0	39	41,1	65	44,5			
LHA İstemini Uygulamaya Karar Verme*	Hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uygulama	Katılıyorum	18	69,2	17	68,0	60	63,2	95	65,1	0,445	0,800
		Katılmıyorum	8	30,8	8	32,0	35	36,8	51	34,9		
	Hastanın sözsüz ifadesini değerlendirerek uygulama	Katılıyorum	1	3,8	1	4,0	13	13,7	15	10,3	-	-
		Katılmıyorum	25	96,2	24	96,0	82	86,3	131	89,7		
	Sadece tedavi saatinde uygulama	Katılıyorum	2	7,7	2	8,0	2	2,1	6	4,1	-	-
		Katılmıyorum	24	92,3	23	92,0	93	97,9	140	95,9		
Sadece hekim tarafından hatırlatıldığında uygulama	Katılıyorum	4	15,4	1	4,0	8	8,4	13	8,9	-	-	
	Katılmıyorum	22	84,6	24	96,0	87	91,6	133	91,1			
Ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığında uygulama	Katılıyorum	11	42,3	13	52,0	52	54,7	76	52,1	1,264	0,532	
	Katılmıyorum	15	57,7	12	48,0	43	45,3	70	47,9			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo A2 (devam). Hemşirelerin eğitim düzeyi ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Eğitim Düzeyi								Ki Kare	P
			Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans-Yüksek Lisans		Toplam			
			n (22)	%	n (24)	%	n (79)	%	n** (125)	%		
LHA İstemini Uyguladıktan Sonra Yapılan Analjezik Uygulamasının Yeterli Olup Olmadığını Değerlendirme Şekli*	Hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm	Katılıyorum	12	54,5	15	62,5	57	72,2	84	67,2	2,718	0,257
		Katılmıyorum	10	45,5	9	37,5	22	27,8	41	32,8		
	Hastanın sözsüz ifadesine göre değerlendiririm	Katılıyorum	2	9,1	4	16,7	23	29,1	29	23,2	4,584	0,101
		Katılmıyorum	20	90,9	20	83,3	56	70,9	96	76,8		
	Hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarım	Katılıyorum	15	68,2	21	87,5	55	69,6	91	72,8	3,259	0,196
		Katılmıyorum	7	31,8	3	12,5	24	30,4	34	27,2		
Ağrı ölçeğine göre değerlendiririm	Katılıyorum	11	50,0	12	50,0	46	58,2	69	55,2	0,796	0,672	
	Katılmıyorum	11	50,0	12	50,0	33	41,8	56	44,8			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **:Yeterli olup olmadığını değerlendirenler cevaplamıştır.

Tablo A3. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları arasındaki ilişkinin dağılımı

			Eğitim Düzeyi								Ki Kare	P
			Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans-Yüksek Lisans		Toplam			
			n (26)	%	n (25)	%	n (95)	%	n (146)	%		
Hastaya LHA İstemini Uygulama Dışında Başka Bir Girişimde Bulunurum	Katılıyorum	16	61,5	16	64,0	64	67,4	96	65,8	0,349	0,840	
	Katılmıyorum	10	38,5	9	36,0	31	32,6	50	34,2			
Ağrıyı Gidermek İçin LHA Uygulama Dışında Yapılan Girişimler*	Mobilizasyon	Katılıyorum	11	68,8	16	100,0	49	76,6	76	79,2	5,526	0,063
		Katılmıyorum	5	31,3	0	0,0	15	23,4	20	20,8		
	Masaj	Katılıyorum	7	43,8	4	25,0	26	40,6	37	38,5	1,539	0,463
		Katılmıyorum	9	56,3	12	75,0	38	59,4	59	61,5		
	Dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme	Katılıyorum	13	81,3	11	68,8	39	60,9	63	65,6	2,424	0,298
		Katılmıyorum	3	18,8	5	31,3	25	39,1	33	34,4		
	Pansuman kontrolü	Katılıyorum	11	68,8	12	75,0	39	60,9	62	64,6	1,252	0,535
		Katılmıyorum	5	31,3	4	25,0	25	39,1	34	35,4		
	Gevşeme	Katılıyorum	3	18,8	3	18,8	16	25,0	22	22,9	0,472	0,790
		Katılmıyorum	13	81,3	13	81,3	48	75,0	74	77,1		
Derin solunum	Katılıyorum	4	25,0	3	18,8	27	42,2	34	35,4	3,985	0,136	
	Katılmıyorum	12	75,0	13	81,3	37	57,8	62	64,6			
Dikkati başka yöne çekme	Katılıyorum	10	62,5	12	75,0	36	56,3	58	60,4	1,917	0,384	
	Katılmıyorum	6	37,5	4	25,0	28	43,8	38	39,6			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo A4. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile LHA isteminde en sık kullanılan ilaç grubu özelliklerine ait bilgiler arasındaki ilişkinin dağılımı

		Eğitim Düzeyi								Ki Kare	P	
		Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans- Yüksek Lisans		Toplam				
		n (26)	%	n (25)	%	n (94)	%	n (145)	%			
LHA İsteminde En Sık Kullanılan İlaç Grubu Özelliklerine Ait Bilgiler*	İlacın kullanılma amacı biliyorum	Katılıyorum	19	73,1	19	76,0	72	76,6	110	75,9	0,138	0,933
		Katılmıyorum	7	26,9	6	24,0	22	23,4	35	24,1		
	İlacın veriliş yolunu biliyorum	Katılıyorum	16	61,5	12	48,0	54	57,4	82	56,6	1,038	0,595
		Katılmıyorum	10	38,5	13	52,0	40	42,6	63	43,4		
	Uygulama dozunu biliyorum	Katılıyorum	16	61,5	20	80,0	64	68,1	100	69,0	2,126	0,345
		Katılmıyorum	10	38,5	5	20,0	30	31,9	45	31,0		
	Etki süresini biliyorum	Katılıyorum	16	61,5	13	52,0	53	56,4	82	56,6	0,475	0,789
		Katılmıyorum	10	38,5	12	48,0	41	43,6	63	43,4		
	Yan etkisini biliyorum	Katılıyorum	10	38,5	14	56,0	44	46,8	68	46,9	1,575	0,455
		Katılmıyorum	16	61,5	11	44,0	50	53,2	77	53,1		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

EK-B. Hemşirelerin mesleki deneyimi ile LHA istemi hakkında ve LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişkiye ait tablolar

Tablo B1. Hemşirelerin mesleki deneyimi ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Mesleki Deneyim								Ki Kare	P
			0-5 Yıl		5-10 Yıl		10 Yıldan Fazla		Toplam			
			n (76)	%	n (50)	%	n (20)	%	n (146)	%		
LHA İsteminin Gün Boyu Düzenli Analjezik İstem B biçimlerinden Farkı*	Hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir	Katılıyorum	35	46,1	23	46,0	6	30,0	64	43,8	1,802	0,406
		Katılmıyorum	41	53,9	27	54,0	14	70,0	82	56,2		
	İstemi uygulama kararı hemşireye aittir	Katılıyorum	21	27,6	9	18,0	5	25,0	35	24,0	1,548	0,461
		Katılmıyorum	55	72,4	41	82,0	15	75,0	111	76,0		
	İstem gerektiğinde (ağrı oldukça) uygulanır	Katılıyorum	47	61,8	31	62,0	11	55,0	89	61,0	0,346	0,841
		Katılmıyorum	29	38,2	19	38,0	9	45,0	57	39,0		
	Doz ve doz aralığı hastanın ağrı şiddetine göre hemşire tarafından belirlenir	Katılıyorum	18	23,7	8	16,0	7	35,0	33	22,6	3,054	0,217
		Katılmıyorum	58	76,3	42	84,0	13	65,0	113	77,4		
			n (76)	%	n (50)	%	n (20)	%	n (146)	%		
LHA İsteminin Amacı*	Hastanın ağrısının artmasını önlemektir	Katılıyorum	47	61,8	25	50,0	15	75,0	87	59,6	4,042	0,133
		Katılmıyorum	29	38,2	25	50,0	5	25,0	59	40,4		
	Hastanın ağrısının başlamasını önlemektir	Katılıyorum	7	9,2	4	8,0	1	5,0	12	8,2	0,377	0,828
		Katılmıyorum	69	90,8	46	92,0	19	95,0	134	91,8		
	Yeterli ağrı yönetimi sağlamaktır	Katılıyorum	27	35,5	11	22,0	9	45,0	47	32,2	4,269	0,118
		Katılmıyorum	49	64,5	39	78,0	11	55,0	99	67,8		
	İyileşmeyi hızlandırmaktır	Katılıyorum	8	10,5	6	12,0	2	10,0	16	11,0	0,089	0,956
		Katılmıyorum	68	89,5	44	88,0	18	90,0	130	89,0		
	Hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır	Katılıyorum	36	47,4	19	38,0	11	55,0	66	45,2	1,966	0,374
		Katılmıyorum	40	52,6	31	62,0	9	45,0	80	54,8		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo B1 (devam). Hemşirelerin mesleki deneyimi ile LHA istemi hakkında görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Mesleki Deneyim								Ki Kare	P
			0-5 Yıl		5-10 Yıl		10 Yıldan Fazla		Toplam			
			n (75)	%	n (50)	%	n (20)	%	n (145)	%		
LHA isteminin Uygun Kullanma Şekli*	Gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılmasıdır.	Katılıyorum	26	34,7	16	32,0	9	45,0	51	35,2	1,076	0,584
		Katılmıyorum	49	65,3	34	68,0	11	55,0	94	64,8		
	Tek basına kullanılması ağrıyı giderir.	Katılıyorum	7	9,3	4	8,0	5	25,0	16	11,0	4,664	0,097
		Katılmıyorum	68	90,7	46	92,0	15	75,0	129	89,0		
	Gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılmalıdır.	Katılıyorum	24	32,0	18	36,0	7	35,0	49	33,8	0,230	0,892
		Katılmıyorum	51	68,0	32	64,0	13	65,0	96	66,2		
	Ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarında kullanılmalıdır.	Katılıyorum	34	45,3	24	48,0	4	20,0	62	42,8	4,997	0,082
		Katılmıyorum	41	54,7	26	52,0	16	80,0	83	57,2		
			n (76)	%	n (49)	%	n (20)	%	n (145)	%		
LHA isteminin yararları*	Yeterli ağrı yönetimi sağlar.	Katılıyorum	40	52,6	21	42,9	15	75,0	76	52,4	5,886	0,053
		Katılmıyorum	36	47,4	28	57,1	5	25,0	69	47,6		
	Hemşireler daha az klinik karara ihtiyaç duyar.	Katılıyorum	4	5,3	7	14,3	4	20,0	15	10,3	4,947	0,084
		Katılmıyorum	72	94,7	42	85,7	16	80,0	130	89,7		
	Dozdaki esneklik sayesinde her hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılanabilir.	Katılıyorum	24	31,6	17	34,7	9	45,0	50	34,5	1,264	0,532
		Katılmıyorum	52	68,4	32	65,3	11	55,0	95	65,5		
	Uygulamada hemşire ve hekimin aktif işbirliği sağlanır.	Katılıyorum	40	52,6	19	38,8	8	40,0	67	46,2	2,661	0,264
		Katılmıyorum	36	47,4	30	61,2	12	60,0	78	53,8		
Hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır.	Katılıyorum	47	61,8	30	61,2	11	55,0	88	60,7	0,320	0,852	
	Katılmıyorum	29	38,2	19	38,8	9	45,0	57	39,3			
			n (76)	%	n (50)	%	n (19)	%	n (145)	%		
LHA istemini olumsuzlukları*	Hastanın güvenliğinde önemli ölçüde risk yaratır.	Katılıyorum	16	21,1	9	18,0	1	5,3	26	17,9	2,575	0,276
		Katılmıyorum	60	78,9	41	82,0	18	94,7	119	82,1		
	Yetersiz ağrı yönetimi sağlar.	Katılıyorum	24	31,6	13	26,0	1	5,3	38	26,2	5,445	0,066
		Katılmıyorum	52	68,4	37	74,0	18	94,7	107	73,8		
	Hekim isteminin açık ve net olarak yazılmaması hemşire için problem doğurur.	Katılıyorum	63	82,9	46	92,0	18	94,7	127	87,6	3,328	0,189
		Katılmıyorum	13	17,1	4	8,0	1	5,3	18	12,4		
Genel klinik uygulamalarda yaygın olarak kabul görmez.	Katılıyorum	12	15,8	8	16,0	3	15,8	23	15,9	0,001	0,999	
	Katılmıyorum	64	84,2	42	84,0	16	84,2	122	84,1			

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo B2. Hemşirelerin mesleki deneyimi ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Mesleki Deneyim						Ki Kare	P			
			0-5 Yıl		5-10 Yıl		10 Yılden Fazla				Toplam		
			n (76)	%	n (50)	%	n (20)	%			n (146)	%	
LHA Uygulamadan Önce Cerrahi Girişime Özgü Değerlendirilen Veriler*	Cerrahi girişime özgü veri toplamaya gerek yoktur	Katılıyorum	8	10,5	3	6,0	0	0,0	11	7,5	2,775	0,250	
		Katılmıyorum	68	89,5	47	94,0	20	100,0	135	92,5			
	Hastanın ameliyat sonrası kaçınıcı günde olduğu	Katılıyorum	39	51,3	30	60,0	13	65,0	82	56,2	1,659	0,436	
		Katılmıyorum	37	48,7	20	40,0	7	35,0	64	43,8			
	Cerrahi girişimin tipi	Katılıyorum	51	67,1	37	74,0	15	75,0	103	70,5	0,911	0,634	
		Katılmıyorum	25	32,9	13	26,0	5	25,0	43	29,5			
	Cerrahi kesinin uzunluğu	Katılıyorum	18	23,7	12	24,0	10	50,0	40	27,4	5,954	0,051	
		Katılmıyorum	58	76,3	38	76,0	10	50,0	106	72,6			
	Hastanın tanısı	Katılıyorum	40	52,6	28	56,0	11	55,0	79	54,1	0,145	0,930	
		Katılmıyorum	36	47,4	22	44,0	9	45,0	67	45,9			
	LHA İsteminde İlacı Uygulamadan Önce Dikkat Edilenler*	İlacın dozu	Katılıyorum	59	77,6	35	70,0	9	45,0	103	70,5	8,125	0,017
			Katılmıyorum	17	22,4	15	30,0	11	55,0	43	29,5		
İlacın en son verilme saati		Katılıyorum	67	88,2	42	84,0	18	90,0	127	87,0	0,647	0,724	
		Katılmıyorum	9	11,8	8	16,0	2	10,0	19	13,0			
İlacın verilmiş yolu		Katılıyorum	53	69,7	30	60,0	11	55,0	94	64,4	2,137	0,344	
		Katılmıyorum	23	30,3	20	40,0	9	45,0	52	35,6			
İlacın etki zamanı		Katılıyorum	42	55,3	23	46,0	10	50,0	75	51,4	1,053	0,591	
		Katılmıyorum	34	44,7	27	54,0	10	50,0	71	48,6			
Ağrının tekrar ne zaman başladığı		Katılıyorum	43	56,6	22	44,0	12	60,0	77	52,7	2,405	0,300	
		Katılmıyorum	33	43,4	28	56,0	8	40,0	69	47,3			
Hastanın yaşam bulguları		Katılıyorum	42	55,3	29	58,0	10	50,0	81	55,5	0,373	0,830	
		Katılmıyorum	34	44,7	21	42,0	10	50,0	65	44,5			
LHA İstemini Uygulamaya Karar Verme Zamanı*	Hasta ağrısının olduğunu ifade ettiğinde uygulama	Katılıyorum	51	67,1	31	62,0	13	65,0	95	65,1	0,346	0,841	
		Katılmıyorum	25	32,9	19	38,0	7	35,0	51	34,9			
	Hastanın sözsüz ifadesini değerlendirerek uygulama	Katılıyorum	11	14,5	2	4,0	2	10,0	15	10,3	3,591	0,166	
		Katılmıyorum	65	85,5	48	96,0	18	90,0	131	89,7			
	Sadece tedavi saatinde uygulama	Katılıyorum	4	5,3	1	2,0	1	5,0	6	4,1	-	-	
		Katılmıyorum	72	94,7	49	98,0	19	95,0	140	95,9			
Sadece hekim tarafından hatırlatıldığında uygulama	Katılıyorum	5	6,6	8	16,0	0	0,0	13	8,9	-	-		
	Katılmıyorum	71	93,4	42	84,0	20	100,0	133	91,1				
Ağrı ölçeğine göre ağrıyı tanımladığımda uygulama	Katılıyorum	42	55,3	24	48,0	10	50,0	76	52,1	0,677	0,713		
	Katılmıyorum	34	44,7	26	52,0	10	50,0	70	47,9				

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo B2 (devam). Hemşirelerin mesleki deneyimi ile LHA istemini uygulamaya yönelik görüşleri arasındaki ilişki dağılımı

			Mesleki Deneyim						Toplam	Ki Kare	P	
			0-5 Yıl		5-10 Yıl		10 Yıldan Fazla					
			n (65)	%	n (45)	%	n (15)	%				n** (125)
LHA İstemini Uyguladıktan Sonra Yeterli Olup Olmadığını Değerlendirme Şekli*	Hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm	Katılıyorum	48	73,8	28	62,2	8	53,3	84	67,2	3,117	0,210
		Katılmıyorum	17	26,2	17	37,8	7	46,7	41	32,8		
	Hastanın sözsüz ifadesine göre değerlendiririm	Katılıyorum	20	30,8	5	11,1	4	26,7	29	23,2	5,882	0,053
		Katılmıyorum	45	69,2	40	88,9	11	73,3	96	76,8		
	Hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarım	Katılıyorum	48	73,8	30	66,7	13	86,7	91	72,8	2,347	0,309
		Katılmıyorum	17	26,2	15	33,3	2	13,3	34	27,2		
	Ağrı ölçeğine göre değerlendiririm	Katılıyorum	40	61,5	22	48,9	7	46,7	69	55,2	2,222	0,329
		Katılmıyorum	25	38,5	23	51,1	8	53,3	56	44,8		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **:Yeterli olup olmadığını değerlendirenler cevaplamıştır.

Tablo B3. Hemşirelerin mesleki deneyimi ile postoperatif ağrıyı gidermek için nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları arasındaki ilişki dağılımı

			Mesleki Deneyim						Toplam	Ki Kare	P	
			0-5 Yıl		5-10 Yıl		10 Yıldan Fazla					
			n (76)	%	n (50)	%	n (20)	%				n (146)
Hastaya LHA İstemini Uygulama Dışında Başka Bir Girişimde Bulunurum	Katılıyorum	52	68,4	32	64,0	12	60,0	96	65,8	0,602	0,740	
	Katılmıyorum	24	31,6	18	36,0	8	40,0	50	34,2			
			n (52)	%	n (32)	%	n (12)	%	n (96)	%		
Ağrıyı Gidermek İçin LHA Uygulama Dışında Yapılan Girişimler*	Mobilizasyon	Katılıyorum	42	80,8	22	68,8	12	100,0	76	79,2	5,344	0,069
		Katılmıyorum	10	19,2	10	31,3	0	0,0	20	20,8		
	Masaj	Katılıyorum	21	40,4	14	43,8	2	16,7	37	38,5	2,865	0,239
		Katılmıyorum	31	59,6	18	56,3	10	83,3	59	61,5		
	Dren/drenlerin çalışıp çalışmadığını kontrol etme	Katılıyorum	35	67,3	22	68,8	6	50,0	63	65,6	1,502	0,472
		Katılmıyorum	17	32,7	10	31,3	6	50,0	33	34,4		
	Pansuman kontrolü	Katılıyorum	36	69,2	18	56,3	8	66,7	62	64,6	1,485	0,476
		Katılmıyorum	16	30,8	14	43,8	4	33,3	34	35,4		
	Gevşeme	Katılıyorum	14	26,9	4	12,5	4	33,3	22	22,9	3,175	0,204
		Katılmıyorum	38	73,1	28	87,5	8	66,7	74	77,1		
	Derin solunum	Katılıyorum	20	38,5	8	25,0	6	50,0	34	35,4	2,845	0,241
		Katılmıyorum	32	61,5	24	75,0	6	50,0	62	64,6		
	Dikkati başka yöne çekme	Katılıyorum	35	67,3	15	46,9	8	66,7	58	60,4	3,682	0,159
		Katılmıyorum	17	32,7	17	53,1	4	33,3	38	39,6		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo B4. Hemşirelerin mesleki deneyimi ile LHA isteminde sık kullanılan ilaç grubu özelliklerine ait bilgileri arasındaki ilişkinin dağılımı

			Mesleki Deneyim						Toplam	Ki Kare	P	
			0-5 Yıl		5-10 Yıl		10 Yılden Fazla					
			n (76)	%	n (49)	%	n (20)	%				n (145)
LHA isteminde Sık Kullanılan İlaç Grubu Özelliklerine Ait Bilgiler*	İlacın kullanılma amacını biliyorum	Katılıyorum	57	75,0	37	75,5	16	80,0	110	75,9	0,221	0,895
		Katılmıyorum	19	25,0	12	24,5	4	20,0	35	24,1		
	İlacın veriliş yolunu biliyorum	Katılıyorum	47	61,8	25	51,0	10	50,0	82	56,6	1,825	0,401
		Katılmıyorum	29	38,2	24	49,0	10	50,0	63	43,4		
	Uygulama dozunu biliyorum	Katılıyorum	48	63,2	37	75,5	15	75,0	100	69,0	2,519	0,284
		Katılmıyorum	28	36,8	12	24,5	5	25,0	45	31,0		
	Etki süresini biliyorum	Katılıyorum	40	52,6	32	65,3	10	50,0	82	56,6	2,353	0,308
		Katılmıyorum	36	47,4	17	34,7	10	50,0	63	43,4		
	Yan etkisini biliyorum	Katılıyorum	34	44,7	25	51,0	9	45,0	68	46,9	0,506	0,777
		Katılmıyorum	42	55,3	24	49,0	11	55,0	77	53,1		

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

EK-5. Özgeçmiş Formu

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Neslihan ÜNALMAZ OKATAN
Doğum yeri: Ankara
Medeni hali: Evli
Uyruğu: TC.
Adres: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Tel:507-6898892
E-mail: neslihan_unalmaz@hotmail.com
EĞİTİM
Lise: Mamak Lisesi
Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR
Sağlık Akademi Derneği