NEAR EAST UNIVERSITY
LIBRARY
1988 - LEFKOŞA

K.K.T.C.
YAKIN DOÖU ÜNİVERSİTESİ
SAÖLIK BİLİMLERİ_ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ AÖRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Havva N. BOLAT

HelllŞİI'~likProgramı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2015

NEAR EAST UNIVERSITY
LIBRARY
1988 - LEFKOŞA

K.K.T.C.
YAKIN DOGU ÜNİVERSİTESİ
SAGLIK BİLİMLERİ_ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ AGRI YÖNETİMİNE.jL.,İŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARININBELİRLENMESİ

HavvaN. BOLAT

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS. TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ümran DAL

LEFKOŞA
2015

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIGlTEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı :..... L .....
(Prof. Dr/Hatice Bostanoğlu)

Zirve Üniversitesi

Üye (Danışman) :.....~ .....
(Doç. Dr.ümran Dal)

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye :.....
(Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş)

Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edi~fir

Profq)r, İhsan ç_ALIŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öğrenimim süresince her konuda desteğini esirgemeyen, çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde, rapor edilmesinde sabırla, sürekli katkı veren tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ümran DAL'a; tez jürimde bulunarak bana destek veren sayın hocalarım, Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu'na ve' Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ'a, teşekkürlerimi bir borç bilirim. Ayrıca, katılımlarıyla çalışmama çok değerli katkılar sunan tüm hemşirelere de çok teşekkür ederim.

Tüm eğitimim boyunca bir an olsun-maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen ve her zaman yanımda olan anneme, babama ve tüm kardeşlerime de kocaman teşekkürler. Hayatıma sonradan giren fakat çalışmamın her aşamasında anlayışı, sabrı ve sevgisiyle bana bitmez bir enerji veren ve bu tezi bitirmemde bana destek nişanlıma da sonsuz teşekkürler.

HavvaBolat

ÖZET

Bolat, H. N. Cerrahi Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa 2015.

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; "vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan insanın geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyusal, afektif, hoş olmayan bir duygudur". Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim sonrası ağrı sorunu yaşam.aldadır. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hemşirelik girişimleri; hastaya ağrının nedenlerini ve doğasını, ağrı yönetimini, yatak dışında yapılabilecek aktiviteleri, duygu ve. endişelerin ifade edilmesini, anksiyeteyi azaltmanın önemini, ilaçlı ve ilaç dışı ağrı rahatlatma yöntemlerini, ağrı değerlendirme ve ağrı kontrolü konusunda bilgi vermeyi içerir. Bu nedenlerle araştırma, cerrahi birimlerde çalışan ~~ırışirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırın.a kapsamına, Yakın Doğu Üniversite Hastanesi, Gime Dr. Akçiçek Devlet Hastaıı~si,(iazimağusa Devlet Hastanesi ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde çalışan 170 hemşire dahil edilmiştir.

Veri toplama aracı olarak, literatür; doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan "Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Veri Toplama Formu" ve "Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetirrıine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi" formları kullanılmıştır. Veri Joplama formlarından elde edilen yanıtların istatistiksel çözümlemesinde, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programının 21,0 versiyonu kıllanılmıştır. Hemşirelerin bazı tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama durumlarının karşılaştırılmasında Ki kare (Çhi-square) analizi kullanılmıştır,

Çalışmada, hemşirelerin ifadelerine göre; %91.2' si ağrı yönetimi hakkında bilgisinin olduğunu, % 50'si ağrı yönetimi ile ilgili eğitim aldığını, % 23.S'i yayın takip ettiğini, ancak %96.S'i Dünya-Sağlık Örgütü (DSÖ) BasamakTedavi Sistemini bilmediği, %67.7'sinin de .ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %85.9'u nonfarmakolojik yöntemleri kullandığını. belirtmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin ameliyat sonrası <:lqıemde ağrı yönetimine ilişkin. uygulamaları konusunda bilgi ve uygulama. eksikliği olduğu görülmüştür. Kurumlarda, hizmet içi eğitim programlarında ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilgili konuların daha ağırlıklı olarak ele alınması, ağrının öneminin kavranması ve hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine .ilişkin, kurs, kongre veya sertifika programlarına katılımlarının arttırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Ağrı Yönetimi, Cerrahi Ağrı, Hemşirelik Uygulamaları

ABSTRACT

Bolat, H. N. Determination of the Knowledge and Practices of Nurses for Surgical Pain Management, Master's Degree Thesis from the Nursing Program at the Institute of Health Sciences of the Near East University, Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus, 2015.

According to the definition of the International Association for the Study of Pain (IASP), pain is "an unpleasant sensory and emotional experience associated with real or potential tissue damage". Every year millions of people experience, the problem of post-operative pain. The nursing initiatives for the management of post-operative pain include the causes and nature of the patient's pain, pain management, activities that could be carried out outside of bed, the expression of feelings and anxieties, the importance of decreasing 8l:1Xiety, methods of relieving pain with or without medication and to give information on the subject of assessing pain and controlling pain. For these reasons, this study was conducted with the objective of determining the knowledge and practices of nurses who work in the surgical units. A total of 170 nurses working at The Near East University Hospital, Gime Hospital, Dr. Akçiçek State Hospital, Gazimağusa State Hospital and Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital were included within the scope of the study.

"The Data Collection Form for the Descriptive Attributes of Nurses" and "The Determination of Nurses' Post-operative Pain Management" data collection forms were used by the researcher according to the literature. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) package program version 21.0 was used in the statistical analysis of the responses obtained from the data collection forms. The Chi-Square test was used for the comparison of the status of knowledge and practice for post-operative pain management according to some descriptive and professional attributes of the nurses.

In the study, it was observed that 91.2% of the nurses had knowledge about pain management, 50% had received. training related to pain management, 23.5% followed publications related to pain management, 96.5% did not know the World Health Organization (WHO)· Stepwise Therapy System, 67.7% used the pain assessment scale and. 85.9% used non-pharmacological methods. According to the results obtained from the study, it was observed that there was a lack of knowledge and practices of the nurses on the subject of the practices for pain management in the post-operative period. It can be proposed that the subjects related to post-operative pain management should be treated with greater emphasis by the in-service training programs at the institutions, that the importance of pain should be comprehended and that more attention should be placed on the lack of knowledge and practice and also that there should be an increase in the participation of nurses at courses, congresses or certificate programs related to post-operative pain management in order to improve this situation.

Key Words: Pain, Pain Management,Surgical Pain, Nursing Practices

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ağrının Tarihçesi	4
2.2. Ağrının Tanımı	5
2.3. Ağrının Sınıflandırılması	6
2.3.1. Başlama Süresine Göre Ağrının Sınıflandırılması	6
2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması	7
2.3.3. Mekanizmalarına Göre Ağrının Sınıflandırılması	7
2.4. Ağrı Teorileri	8
2.5. Ağrı Mekanizmaları	10
2.6. Ameliyat Sonrası Ağrı	11
2.6.1. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanımı ve Epidemiyolojisi	11
2.6.2. Ameliyat Sonrası Ağrıyı Etkileyen Faktörler	12
2.6.3. Ameliyat Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi	12
2.6.4. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanılanması	13
2.6.4.1. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler	14
2.6.4.2. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler	15

İÇİNDEKİLER (DEV AM)

		Sayfa
2.6.5.	Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi	15
2.6.5.1.	Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler	16
2.6.5.2.	Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemler	21
2.6.6.	Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü	26
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1.	Araştırmanın Şekli	28
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı yer ve Özellikleri	28
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Ömeklemi	30
3.4.	Verilerin Toplanması	30
3.4.1.	Veri Toplama Formunun Hazırlanması	30
3.4.2.	Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	31
3.4.3.	Veri Toplama Formunun Uygulanması	31
3.5.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	31
3.6.	Araştırmanın Etik Yönü	31
4.	BULGULAR	33
5.	TARTIŞMA	52
5.1.	Hemşirelerin İfadelerine Göre, Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimini Bilme Durumlarına İlişkin Tartışma	52
5.2.	Hemşirelerin İfadelerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamalarına Yönelik Tartışma	54
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1.	Sonuçlar	62
6.2.	Öneriler	63
	KAYNAKLAR	64
	EKLER	
	EK 1: Veri Toplama Formu	
	EK 2: Veri Toplama Formu	
	Ek 3: Etik Kurul İzni	
	EK 4: Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Başhekimliği İzni	
	EK 5: Sağlık Bakanlığı İzni	

EK 6: Aydınlatılmış Onam Formu

EK 7: Özgeçmiş

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACSS	:	Analogue Chromatic Continuous Scale (Analog Renkli Devamlı Skala)
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
FS	:	Face Scale (Yüz İfadesi Skalası)
HKA	:	Hasta Kontrollü Analjezi
IASP·	:	International Association of Science Parks (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı)
KKTC	:	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
NRS	:	Numerical Rating Scale (Sayısal Değerlendirme Skalası)
NSAİ	:	Nonsteroid Anti-İnflamatuar İlaç
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal.Biliınler.için.İstatistik.Pal<:eti)
TENS	:	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Trankutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu)
VAS	:	Visual Analogue Scale (Görsel Analog Skalası)
VRS	:	Verbal Descriptor Scales (Sözel Tanımlama Skalası)
YDÜH	:	Yakın Doğu Üniversite Hastanesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
4.1.	Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Dağılımı	34
4.2.	Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrıyı Tamlamada İzlediği Bileşenler	36
4.3.	Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamalar Konusunda Hastalara Bilgi Verme Durumunun Dağılımı	41
4.4.	Hemşirelerin Ameliyat Sonrası NSAİ Uygulamasından Sonra Görülen Yan Etki Durumunda Uyguladıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	42
4.5.	Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Uyguladıkları Farmakolojik Olmayan Yöntemler	44

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa
2.1.	Ağrının Sınıflandırılması ve Uygun Analjezi Tedavisi	17
3.1.	Araştırma Örneklemine Alınan Hemşirelerin Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Dağılımı	29
4.1.	Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	33
4.2.	Hemşirelerin Kendi İfadelerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimini Bilme Durumları	35
4.3.	Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Eğitim Alma Durumu, Alınan Eğitimin Türü, Yayın Takip Etme Durumu ve Yayın Türü	37
4.4.	Hemşirelerin İfadelerine Göre, Ameliyat Sonrası Dönemde Kullanılan NSAİ'ın Yan Etkilerini Bilme Durumları	38
4.5.	Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamaları	39
4.6.	Hemşirelerin HKA'ye İlişkin Yan Etki Oluşması Durumunda Yaptıkları Uygulamalar	43
4.7.	Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Uyguladıkları Analjezik Uygulama Yolları	45
4.8.	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrıyı Değerlendirmede Ölçek Kullanma Durumları	46
4.9.	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı İzlem Formu Kullanma Durumları	47
4.10.	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre, Ameliyat Sonrası Dönemde Adjuvan Analjezikleri Uyguladıktan Sonra, Hastayı İzleme Durumları	48
4.11.	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönemde Nonfarmakolojik Ağrı Giderme/Azaltma Yöntemlerini Kullanma Durumları	49
4.12.	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Kontrollü Analjezi Yöntemini Bilme Durumları	50
4.13.	Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Adjuvan Analjeziklerin Kullanımını ve Yan Etkilerini Bilme Durumları	51

I. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Ağrı, bireyin yaşamı boyunca belirli zaman dilimlerinde deneyimlediği, günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve yaşam kalitesini düşüren soyut bir kavramdır (Erdine, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 1986) raporlarında, her gün dünya üzerinde tedavi edilebilir ağrı nedeniyle üç milyon hastanın acı çektiği ve özellikle hastanelerde ameliyat sonrası ağrının insidansı ve şiddetinin oldukça yoğun olduğu ifade edilmektedir (DSÖ, 1986).

Cerrahi girişimler, önemli ağrı nedenidir. Dünyada, her yıl milyonlarca insan, cerrahi girişim sonrası ağrı sorunu yaşamaktadır. Günümüzde, ameliyat sonrası dönemde ağrı, ağrının fizyolojisi, farmakolojisi, cerrahi teknikler ve perioperatif (ameliyat öncesi, sırası, sonrası) bakımdaki teknolojik ilerlemelere rağmen, hastaların yakınmalarının başında gelmektedir (Ceyhan ve Güleç, 2010; Abdalrahim et all, 2011). Yılmaz ve Gürler'in (2011) çalışmasında, ameliyat sonrası ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların yaklaşık olarak %50-80'inin orta düzeyden şiddetli düzeye doğru ağrı yaşadıkları belirtilmektedir.

Ameliyat sonrası ağrının, birçok sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu bir gerçektir. Kontrol edilmeyen ameliyat sonrası ağrının, solunum, gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler, renal, kas, endokrin ve santral sinir sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır. Ağrı kontrolünün sağlanamadığı durumlarda, birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenlerle, ağrının kontrol altına alınması önemlidir (Bozkurt ve ark., 2009)

Ağrının nedenine ve giderilmesine ilişkin bilgi eksikliği sonucu, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemlerinin etkin şekilde kullanılamaması, ağrının yeterli ve düzenli aralıklarla tanılanamaması, yasal güçlük yaşama korkusu nedeniyle ilaç dozunun uygun şekilde ayarlanamaması, ağrı nedeninin tanılanmaması ve hastanın ağrı ifadesine inanılmaması, ağrının yetersiz değerlendirilmesine neden olmaktadır (Ene et all, 2008; Taylor ve Stanbury, 2009).

Tıp, hemşirelik ve davranış bilimlerinde, yapılan ağrı çalışmalarına rağmen, hala bakım altında olan birçok hastanın ağrısı yeterince dindirilememektedir (Erdine, 2007; Abdalrahim ett all, 2008).

Bunun nedenlerinden biri, ağrı kavramının insanlık tarihi kadar eski olmasına karşın, ağrı biliminin yeni gelişmekte olan bir bilim dalı olması, diğer önemli nedeni ise hekim ve hemşirelerin ağrı tanılama ve yönetimi konusunda bilgi yetersizliğinin olmasıdır (Erdine, 2007; Abdalrahim ett all, 2008).

Ağrı kavramı, son yıllarda hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi olmuştur. Etkin ağrı yönetiminde, hemşirelik girişimleri arasında, hastaya ağrının nedenleri ve doğası, ağrı yönetimi, yatak dışında yapılabilecek aktiviteler, duygu ve endişelerin ifade edilmesi, anksiyeteyi azaltmanın önemi, ilaçlı ve ilaç dışı ağrı rahatlatma yöntemleri, ağrı değerlendirme ve ağrı kontrolü konusunda bilgi verme yer almaktadır (Aslan, 2006; Erdine, 2007).

Ancak, günümüzde, etkin ağrı yönetimi, sağlık profesyonelleri tarafından hala tartışılmaktadır (Taylor ve Stanbury, 2009; Ay ve Alpar, 2010). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin, ilaç vermeyi daha ön planda tuttuğu, nonfarmakolojik olan uygulamaları yapmada isteksiz oldukları ve hemşire gözlem formlarında hastaların ağrı yönetimine ilişkin yalnızca verilen analjezik ilacın adı ve dozunu kayıt ettikleri saptanmıştır (Eid ve Bucknall, 2008; Bacaksız ve ark., 2008).

Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin ağrı yönetiminde, nonfarmakolojik yöntemleri hiç kullanmadıkları ya da çok az kullandıkları, nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduğu ve bu konularda hastalara herhangi bir eğitim vermedikleri de belirtilmektedir (Bacaksız ve ark., 2008; Kav ve ark., 2008; Ay ve Alpar, 2010; Yılmaz ve Gürler, 2011).

Ay ve Alpar'ın (2010) çalışmasında, hemşirelerin, ilaçlar ve tedavilerin yan etkilerini gözlemleme, yaşam bulgularını takip etme, hastalık ve ilaç etkileri konusunda hastayı bilgilendirme girişimlerini daha sık uyguladıkları, gevşeme tekniklerini öğretme ve uygulatma, masaj uygulama gibi nonfarmakolojik uygulamaları nadiren tercih ettikleri saptanmıştır (Aslan ve Badır, 2005).

Hemşirelerin konuya ilişkin bilgi ve uygulamalarını kendilerinin değerlendirmesi, gelişimleri açısından önemlidir. Farkındalık, bilgi arayışında önemli bir anahtardır. Yapılan literatür taramasında, KKTC'de konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, araştırmada elde edilen verilerin, KKTC literatürüne katkı sağlayacağı, KKTC'de çalışan hemşirelerin bilgi ve uygulama eksikliklerinin tamamlanmasında, eğitim programlarının planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Araştırma, cerrahi ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Hemşirelerin ifadelerine göre cerrahi ağrı yönetimine ilişkin bilme durumları?
2. Hemşirelerin cerrahi ağrı yönetimine ilişkin yaptıkları uygulamalar nelerdir?
3. Hemşirelerin bazı demografik özellikleri ile bilgi durumları değişiyormu?
4. Hemşirelerin bazı demografik özellikleri ile uygulama durumları değişiyormu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tarihçesi

Ağrı, insanlık tarihi kadar eski bir deneyimdir. Tarihsel süreçte, insanlar kültürel alt yapılarının etkisiyle ağrıyı tanımlamak, açıklamak ve ondan kurtulmak için çeşitli yollara başvurmuşlardır (Aslan, 2006). İnsanların ağrıya ilişkin tavır ve düşünceleri, dönemlere göre değişen ağırlıklarla büyünün, dinin, batıl inançların, felsefenin ya da pratik yaklaşımların etkisinde kalmıştır. Mısır, Hindistan, Mezopotamya uygarlıkları ve Çin'de tıpla ilgili çalışmalar ve ilerlemeler olmasına rağmen bu etkilerden kurtulamamıştır (Todd, 1994).

Modem tıbbın babası olan Hipokrat (MÖ. 460), ağrıyı vücutta bir dengesizlik olarak tanımlamıştır. Hipokrat, klinik düzeyde ağrıya önem vermiş ve analjezik olarak afyon, mandagora ve köknar ağacı ile fizyoterapi kullanmıştır (Erdine, 2007).

M.Ö. 2600'lü yıllarda Çin'liler, Akupunktur'un ağrı giderici özelliğini tanımlamışlardır. M.Ö. 2000'li yıllarda Asurlar ve Babiller, Papavera Somniferum (Haşhaş) bitkisindeki afyon alkaloidlerinin ağrıyı giderdiğini biliyorlardı. 1806 yılında, Sertumer, opium alkaloidlerinden morfini izole etmiş, 1884'de, Carl Koller, kokaini göze damlatmak suretiyle ilk lokal anestezi yöntemini gerçekleştirmiştir. Bu uygulama, modem lokal anestezinin başlangıcı kabul edilmiştir (Aslan, 2006).

Ortaçağ'da, ağrının Tanrı'nın isteğine ve kötü ruhlara bağlı olduğuna inanılmıştır. Eski Mısır uygarlığında, ağrı kavramının dinsel ya da batıl inançlarla ilişkilendirildiği görülmekte ve diş ağrısına karşı, soğuk uygulamanın kullanıldığı belirtilmektedir (Aslan, 2006).

Helenistik dönemde, Alcmaeon, beynin duyuların merkezi olduğu fikrini ortaya atmış, daha sonra bu fikir, ağrının tanımlanması ve ilaçla tedavisi konusunda lbn-i Sina'nın çalışmalarına ışık tutmuştur (Todd, 1994).

Türk tıp tarihinde Uygurlar döneminde bir takım bitkisel ve hayvansal ilaçların ağrı kontrolünde kullanıldığı görülmektedir. Selçuklularda Ibn-i Sina ve Biruni ağrı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapmıştır. 1900'lü yıllardan itibaren Cemil

Topuzlu, Besim Ömer Akalın, Rızan Nur ve Kazım İsmail Gürkan ağrı konusunda yazılar yazmıştır (Erdine, 2007).

Ağrı konusundaki çalışmalar, özellikle, ikinci dünya savaşı sonrasında önemli gelişmeler göstermiştir. Savaş sırasında, acı çeken hastalara yardım etmeye çalışan hekimlerin edindiği deneyimler, bugün Algoloji adını verdiğimiz ağrı biliminin doğmasında temel oluşturmuştur (Todd, 1994).

Ağrı ile ilgili önemli tarihler ve gelişmeler;

- 1948'de Kele, geliştirdiği yöntemle ilk ağrı çizelgesini önermiştir.
- 1973'de, Pert ve Snyder tarafından, opioid reseptörleri ilk kez gösterilmiştir.
- 1974 yılında, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) kurulmuştur.
- 1975'de, ilk Dünya Ağrı Kongresi, Floransa'da toplanmıştır.
- 1977 yılında, Synder tarafından ilk k:ez opioid reseptörleri gösterilmiştir.
- 1978 yılında Yakşh vücudun morfine benzer maddeler salgıladığını ortaya koymuştur.
- 1979'da Behar ve arkadaşları, epidural morfin kullanımını başlatmışlardır.

Türkiye'de ilk ağrı ünitesi, 1986 yılında, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde açılmış, 1990 yılında ise ilk defa aynı fakültenin Anesteziyoloji Anabilim Dalı'na bağlı olarak Algoloji Bilim dalı kurulmuştur (Erdine, 2007).

2.2. Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association of Science Parks; IASP), ağrıyı, "mevcut veya potansiyel doku hara.biyetinebağlı olan nahoş, duyusal ve emosyonel bir yaşantıdır." şeklinde tanımlamıştır (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Sabuncu ve Akça, 2011). Mc Caffery, "Ağrı hastanın.söylediği şeydir, eğer söylüyorsa ağrı vardır" diye belirtmiştir (Erdine, 2007).

Ağrı, bireysel bir deneyimdir. Aynı patolojiye sahip bireyler, kültürel değişkenlere, kişiliğe, kontrol hissine, çocukluk deneyimlerine, ailesi ile ilişkilerine bağlı olarak çok farklı tepkiler gösterebilirler. Ağrı, kişiden kişiye farklılıklar gösterdiğinden hem tedavisi hem de değerlendirmesi oldukça zordur. Bu nedenle, öncelikle hastanın belirttiği ağrı şiddetine inanmak gerekmektedir (Erdine, 2007).

2.3. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrının sınıflanması, ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan biridir ve değişik biçimlerde sınıflamak mümkündür. Ağrının daha ayrıntılı olarak ele alınması, değerlendirilmesi, bu sınıflamalarla daha da kolaylaşmaktadır. Ağrı; ağrının başlama süresine göre (akut veya kronik), kaynaklandığı bölgeye göre (somatik, visseral ve sempatik), mekanizmalarına göre (nosiseptif, nöropatik, deafferantasyon, reaktif ve psikosomatik) sınıflanmaktadır (Çöçelli ve ark., 2008; Ay ve Evcik, 2008).

2.3.1. Başlama Süresine Göre Ağrının Sınıflandırılması

Akut Ağrı: Akut ağrı, ani başlar ve hastanın hekime başvurması için bir uyarı işlevi görür. Ani olarak, doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir. Daima, nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterir. Akut ağrının nedenleri arasında, travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve inflamasyonu sayılabilir (Erdine, 2007).

Ameliyat sonrası ağrı, akut ağrı için en iyi örnektir. Akut ağrının yetersiz tedavi edilmesi, tromboembolik ve pulmoner komplikasyonlara, hastanede kalış sürelerinin uzamasına, ağrı tedavisi için hastaların taburculuk sonrası hastaneye geri dönmesine, hastaların yaşam kalitelerinin bozulmasına ve kronik ağrının gelişmesine neden olabilir (Erdine, 2007).

Kronik Ağrı: Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun aylar, hatta yıllar boyu, aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilir. Kronik ağrı, akut ağrı üzerinden 3-6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir Çoğu kez, nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur. Akut ağrıdaki kadar otonomik cevaplar yoktur. Sempatik tonüs artışı, nöroendokrin fonksiyonda artış belirgindir (Melek ve ark., 2005). Kronik ağrıya; kanser nedeniyle meydana gelen ağrılar, osteoartrit, bel ağrısı örnek olarak verilebilir (Erdine, 2007).

Çeşitli kronik ağrılar, endüstri toplumlarının sağlık sistemlerinde, tedavi maliyetlerini yükseltmektedir. Dünyada, her yıl, kronik ağrıya bağlı olarak, 700 milyon işgünü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği tahmin edilmektedir (Aslan, 2006).

2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması

Somatik Ağrı: Somatik ağrı, daha çok somatik sinir liflerivle taşınan ağrıdır. Somatik ağrı, ani başlayan, keskin, iyi lokalize edilen sızlama, zonklama tarzında ağrıdır. Sinir köklerinin yayılım bölgesinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı, somatik ağrı olarak adlandırılır (Erdine, 2007).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkar. Yanma tarzında olup, damarsal kökenli ağrılardır. Sempatik ağrıların en önemli özelliği yanma tarzında olmasıdır. Hasta, karda yanma ile üşüme arasında bir his tanımlar (Erdine, 2007).

Visseral Ağrı: Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. Visseral ağrı yaygın, lokalizasyonu güç, sızlayan yansıyan tipte olabilir. İç organların tümü, ağrıya karşı her zaman hassas değildir. Visseral ağrıya en iyi örnek, bağırsakların gerilmesi ile ortaya çıkan ağrıdır. Bağırsaklarda meydana gelen gerilme, organların çeperinde bulunan sinir liflerini uyararak ağrıya yol açar (Pekel, 2007).

2.3.3. Mekanizmalarına Göre Ağrının Sınıflandırılması:

Nosiseptif Ağrı: Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)'ne iletildikten sonra hissedilen ağrı tipidir (Kutsal ve ark., 2005). Mekanik, termal ya da kimyasal uyarıların nosiseptörleri uyarmasıyla ortaya çıkar. Nosiseptif ağrı; fiziksel ağrı, kimyasal ağrı, kas ağrısı, sinir ağrısı gibi organ veya dokunun lokal olarak rahatsızlığından oluşan ağrı olarak tanımlanmaktadır (Özcan, 2006; Erdine, 2007).

Nöropatik Ağrı: Sinir liflerine gelecek herhangi bir zarar, sinir sisteminin anormal işlev göstermesine neden olabilir. Bütüncül bir zarar, genellikle duyu ve kas gücünün tamamen kaybı ile sonuçlanır (Erdine, 2007).

Fiziksel (örneğin; ezici bir zedelenme, cerrahi müdahale) veya tıbbi (diyabet) durumlarda gelişen kısmi hasar sonrası, büyük motor ve duyusal işlevler korunabilir, fakat ısı duyarlılığında artışa, normal olmayan ve huzursuzluk veren duygulara neden olabilir (Özcan, 2006). Bunun nedeni sinir sisteminin tüm fonksiyonunun, uyarıcı ve önleyici bileşenleri arasındaki dengeye bağlıdır. Kısmi hasar, çoğunlukla sinir liflerinde etkinlik artışına neden olur, bu yüzden uygulanacak tedavi, anormal sinirlerin hiperaktivitesini baskılama amaçlıdır (Ay ve Evcik, 2008).

Deafferentasyon Ağrı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda, somatosensoryal uyaran iletiminin, merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkan ağrılardır. Deafferentasyon ağrılarına örnek olarak, talamik ağrılar, fantom ağrısı verilebilir (Özcan, 2006).

Reaktif Ağrı: Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonuyla, nosiseptörlerin uyarılması sonucu oluşur. Miyofasyal ağrı reaktif ağrılara örnektir (Melek ve ark., 2005; Ay ve Evcik, 2008).

Psikosomatik Ağrı: Hastanın anksiyete ve depresyon gibi psişik ya da psikososyal sorunlarını, ağrı biçiminde ifade etmesidir. Psişik ve. psikososyal sorunların arttığı durumlarda, ağrı olarak tanımlanan somatizasyon ve hipokondriazis gibi durumlar örnek olarak verilebilir (Melek ve ark., 2005).

2.4. Ağrı Teorileri

Ağrının karmaşık doğasını açıklamaya çalışan teorilerin 1880'1i yıllarda geliştirilmeye başlandığı bilinmektedir. Ağrı konusunda günümüze kadar nörofızyolojik, psikolojik ve sosyal araştırmaların katkısıyla birçok teori ileri sürülmüştür ve ağrı mekanizmasını açıklayan spesifıte teorisi, patern teorisi ve kapı kontrol teorisi günümüzde en çok kabul gören teorilerdir (Erdine, 2007).

Spesifite Teorisi: Stimüle edilen ciltten, spesifik bir beyin merkezine direkt iletim olduğu fikri, ilk olarak, 1644 yılında, Descartes tarafından ileri sürülmüştür. Spesifıte teorisinin babası Max Von Frey' <lir (Işık, 2006).

Frey, 1895 yılında, ciltte sıcak, soğuk, dokunma ve ağrı duyularını algılayan spesifik reseptörler olduğunu belirtmiş ve spesifik reseptör teorisini ileri sürmüştür. Spesifik bir uyarının, beyinde temsil edilen özel bir reseptörü vardır. Spesifik lokalizasyon, ağrının niteliğini belirler. Böylece, cilde uygulanan ağrılı uyarı ağrı duyusuna yol açar. Ağrının tipinin değerlendirilmesi, beyinde gerçekleşir (Işık, 2006).

Pattern Teorisi: Von Frey'in teorisindeki yetersizlik, yeni çalışmaları aktive etmiş ve pattern teorileri olarak adlandırılan bir grup teori ileri sürülmüştür. Goldscheider, ağrı duyusunun son ve kritik belirleyicisinin, uyarının süresi ve stimülusların toplamı olduğunu ileri sürmüştür. Bu, pattern teorilerinin temelini oluşturur ve toplama (bir araya gelme) üzerine kurulmuştur. Ağrıyı uyaran sinir impulsları, ciltten algılanan duyuların arka boynuz hücrelerinde toplanması ile oluşturulur ve bu birikim belli bir seviyeyi geçerse ağrı hissedilir. İmpuls spinal korda girdikten sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarının birikmesi gerektiği şeklinde özetlenebilir (Erdine, 2007).

Kapı Kontrol Teorisi (KKT): 1965'te Ronald Melzack ve PatrickWall'un kapı kontrol teorisini ileri sürmeleri ile birlikte ağrı nörofizyolojisinde önemli bir devrim gerçekleşmiştir. Bu teori ile birlikte, ağrı sürecinde, merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmıştır. KKT, ağrı konusunda bir devrim olmuştur. KKT'nin üç önermesi vardır.

KKT'nin üç önermesi şunlardır;

a. Ağrının varlığı ve şiddeti, nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.
b. Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları, ağrı geçişini kontrol eder.
c. Kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (Erdine, 2007).

Melzack ve Wall, ince liflerin, kapı hücrelerini inhibe ettiğini, kapıyı açık tuttuğunu ileri sürmüştür. Uyaran uzadığı zaman kalın lifler adapte olmakta ve ince lifler baskın çıkmaktadır. Böylelikle kapı açılmakta ve T hücrelerinden akım artmaktadır (Işık, 2006; Erdine, 2007).

Bu teorinin ağrının giderilmesinde katkı sağlayan üç yönü şöyledir;

1. Deri uyarısı ağrıyı giderebilir,
2. Normal ya da aşırı girdi ağrıyı giderebilir,
3. Ağrının nedeni ve giderilmesi konusunda doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu, ağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir (Kutsal ve ark., 2005; Erdine, 2007).

2.5. Ağrı Mekanizmaları

Ağrı süreci, doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan karmaşık elektro-kimyasal olaylar serisidir. Vücudun herhangi bir yerinde oluşan tahribatın merkezi sinis sistemine (MSS) iletilerek algılanması ve buna karşı gereken önlemlerin harekete geçmesidir (Erdine, 2007).

Cilt ve diğer dokularda, ağrıyı ileten algılayıcılara nosiseptör adı verilir. Nosiseptörler, deri ve derialtı bölgesi, diş pulpası, kalp kası, kemik, eklemler, testis ve üreterde bulunurlar. Nosiseptörler, çeşitli uyaranlarla harekete geçer ve birçok madde ya bu reseptörleri harekete geçirir ya da onları daha hassas hale getirir. Örneğin, cildin çizilmesi, bu bölgede enflamatuar süreçleri de başlatır ve buna bağlı çeşitli maddeler salgılanır. Normal koşullarda, mekanik, termal ve kimyasal uyaranlar, yüksek eşik değerdeki nosiseptörleri harekete geçirirler. Cerrahi kliniklerde ise ağrılı uyaran, uzamış travma ve doku harabiyetine bağlıdır (Aslan, 2006).

Nosiseptörlerin uyarılmasıyla başlayan ağrı süreci, çeşitli aşamalardan geçerek MSS'ne iletilir. Bu aşamalar transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyon olarak isimlendirilir (Erdine, 2007).

Transdüksiyon: Duyusal sinir uçlarında kimyasal, termal ve mekanik uyaranların elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir. Periferde gerçekleşir.

Transmisyon: Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir. Periferde gerçekleşir.

Modülasyon: Ağrılı uyaranın spinal kord düzeyinde bir değişime uğraması ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmesidir. Spinal kortta gerçekleşir.

Persepsiyon (Algılama): Diğer aşamaların bireyin psikolojisi ile etkileşimi, subjektif ve emosyonel deneyimleri sonucu gelişen son aşamadır. Bu aşamada ağrı algılanır. Üst merkezlerde gerçekleşir (Aslan, 2006; Erdine, 2007).

2.6. Ameliyat Sonrası Ağrı

2.6.1. Ameliyat Sonrası Ağrının Tamını ve Epidemiyolojisi

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalması beklenen akut, nosiseptif özellik taşıyan, yara iyileşme sürecinde giderek azalan ve kaybolan, önceden bilinmesi ve ortaya çıkması beklenen, diğer ağrı tiplerinden farklılık kaydeden bir ağrı tipidir (Bilen, 2007; Ay ve Evcik, 2008; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

Etkili ameliyat sonrası ağrı tedavisi, kaliteli bir bakımın temel parçasıdır. Ağrı tedavisi için yeterli çaba harcanmaması hastaların ağrı deneyimlemesine izin verilmesi etik değildir. İyi kontrol edilmeyen ameliyat sonrası ağrı, hastalar üzerinde kronik ağrı riskini de içeren fizyolojik ve psikolojik etkilere yol açar (Abdalrahim et all, 2011).

Ameliyat sonrası ağrı, yakın zamana kadar cerrahi girişim uygulanan hastaların katlanmak zorunda olduğu doğal bir süreç olarak algılanmaktaydı. Günümüzde ameliyat sonrası ağrının sistemler üzerine olan olumsuz etkilerinin ortaya konmasıyla ameliyat sonrası ağrı tedavisi konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş, yeni ilaç ve teknikler kullanıma sunulmuştur (Bilen, 2007).

Bazı araştırmacılar, ameliyat sonrası ağrının, teknolojideki ilerlemelere ve etkili ağrı yönetimi ile ilgili stratejilerin gelişmesine rağmen hala genel bir sorun olmaya devam ettiğini belirtmiş ve ne yazık ki modem cihazların, analjezik ilaçların mevcut olmasına rağmen hastanede yatan hastaların büyük çoğunluğu şiddetli düzeyde ağrı deneyimlemektedir (Ceyhan ve Güleç, 2010; Abdalrahim et all, 2011).

2.6.2. Ameliyat Sonrası Ağrıyı Etkileyen Faktörler

1. Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak hazırlanmaması,
2. Cerrahi girişimin yeri, süresi, özelliği, insizyon tipi, intraoperatif (ameliyat sırası) travmanın derecesi,
3. Cerrahi işlem sırasında hastanın pozisyonu,
4. Ameliyat esnasındaki travmanın derecesi,
5. Ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı,
6. Anestezi uygulamaları,
7. Cerrahi girişim sonrası bakım niteliği vekalitesi,
8. Hastada cerrahi girişim öncesi görülen fiziksel güçsüzlük, hastane, ağrı ve ölüm korkusudur (Bilen, 2007).

2.6.3. Ameliyat Sonrası Ağrının Sisteml~r iİ:zerine Etkisi

Ameliyat sonrası ağrının birçok .sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu bir gerçektir. Kontrol edilmeyen ameliyat sorırası ağrının solunum, gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler, renal, kas, endokrin ve santral sinir sistemi üzerine olumsuz etkileri vardır. Ağrı kontrolünün sağlanamadığı durumlarda, aşağıda sıralanan birçok komplikasyon ortaya çıkabilmektedir (Bozkurt ve ark., 2009).

Solunum Sistemi: Cerrahi insizyon yerinin diyafragmaya olan yakınlığı, pulmoner fonksiyonların ameliyat sonrası dönemde gerilemesi ile doğru orantılıdır. Özellikle, büyük batın ve toraks girişimlerinden sonra ağrı, derin inspiryum ve öksürüğü kısıtlamaktadır. Akciğerlerde, vital kapasitenin azalmasına neden olmaktadır. Bunların sonucu olarak da hipoksi, atelektazi, pnömoni ve diğer akciğer enfeksiyonlarının gelişimine zemin hazırlamaktadır (Çöçelli ve ark., 2008).

Endokrin ve Metabolik Sistem: Ağrının oluşturduğu stres sonucu, katekolaminler (adrenalin, kortizol, ACTH, glukagonlar, vb.) ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar (insülin, testesteron, vb.) azalır. Bu değişiklikler sonucu; sodyum ve su retansiyonu, kan sekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktatta artma olur. Bu olaylar devam ederse, katabolik bir durum ve negatif nitrojen dengesi meydana gelir. Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu prolaktin, troid hormonları, beta endorfın ve antidiüretik hormonun (ADH) salgılanmasında

artış olur. ADH, böbreklerden sıvı atılmasını engeller ve sıvı retansiyonuna yol açar (Erdine, 2007).

Kardiyovasküler Sistem: Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt sonucu olarak kalbin iş yükü ve miyokardın oksijen tüketiminin artması ile anjinal ağrılar, aritmi, taşikardi ve enfarktüs gibi kardiyovasküler yan etkileri ortaya çıkar. Şiddetli ağrı, hastanın hareket etmesini engelleyerek, venöz dönüşte azalmaya ve tromboembolik komplikasyonlara neden olmaktadır (Bilen, 2007; Çöçelli ve ark., 2008).

Kas Sistemi: Ağrısı olan hastada, anksiyeteye bağlı olarak kas tonüsü artar. Artan kas tonüsü ile kaslarda oksijen tüketimi fazlalaşır ve laktik asit üretimi artar. Laktik asit birikimine bağlı kaslarda kramplar oluşabilir (Çöçelli ve ark., 2008).

Gastrointestinal Sistem: Ağrıya yanıt olarak gelişen sempatik sistem aktivitesinin artması, gastrointestinal motilite ve splanik dolaşımda azalmaya yol açar. Organlardan ve somatik yapılardan kaynaklanan ağrılı uyaranlar, bulantı ve kusmaya neden olur. Sempatik aktivasyonun artışı ile intestinal sekresyon ve sfınkter tonusu artar, düz kas tonusu azalır. Bunların sonucunda gastrik staz ya da paralitik ileus gelişebilir (Çeliker, 2005).

Üriner Sistem: Ağrı, üretra ve mesanede, motilite azalmasına yol açarak idrar yapmayı güçleştirir (Karaçay ve ark., 2006).

2.6.4. Ameliyat Sonrası Ağrının Tanılanması

Ağrı, subjektif bir duyudur ve kişiden kişiye farklılık göstermektedir. İyi bir ağrı yönetimi için öncelikle ağrının tanılanması gerekir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

Ağrı tanılamasının temelini, ağrının kişiye özgü bir bulgu olması nedeniyle, hastayı tüm yönleri ile tanıma, iyi bir öykü alma ve iyi bir gözlem oluşturmaktadır. Ağrının var olması ya da olmaması değerlendirme için yeterli kabul edilmemeli, ağrının şiddeti, tipi, özelliği, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özellikler mutlaka incelenmelidir. İyi bir tanılamanın ardından hastanın ağrısı tedavinin etkinliği, yan etkilerinin varlığı, ve ek tedavi yöntemlerinin belirlenmesi için düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir (Aslan, 2006).

Günümüzde, ağrı değerlendirmesinde, tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Ağrının türü, hastanın ve ölçeği kullanacak sağlık personelinin özellikleri gibi birçok faktörün, kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu unutulmamalıdır (Aslan, 2006).

2.6.4.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Ağrı değerlendirmesinde kullanılan tek boyutlu ölçekler, doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde, özellikle akut ağrının değerlendirmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler arasında; görsel analog skalası, sayısal değerlendirme skalası, sözel değerlendirme skalası ve yüz ifadesi skalası yer almaktadır (Arslan ve Çelebioğlu, 2004).

Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale -VAS): Görsel analog skalası, 10 cm boyunda bir yatay çizgiden ibarettir. Çizginin bir ucunda ağrısızlık yer alırken diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yer alır (Çöçelli ve ark., 2008).

Sözel Değerlendirme Skalası (Verbal Descriptor Scales- VDS): Basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılan, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayan en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti, hafiften dayanılmaz dereceye kadar 4 kategoriye ayrılır; şiddetli, orta, hafif, yok şeklindedir. Bu ölçeğin avantajları; kolay uygulanması ve sınıflamasının basit olmasıdır. Dezavantajları ise; ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma gibi kullanım sınırlılıklarıdır (Çöçelli ve ark., 2008).

Sayısal Değerlendirme Skalası (Numerical Rating Scale-NRS): Ağrı şiddetini değerlendirmeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılar ile açıklamasını amaçlar. Skalalar ağrı yokluğu (0) ile başlayıp, dayanılmaz ağrı (10, 100 vb.) düzeyi arasında değişmektedir. Sayısal skalalar; ölçümlerde hassasiyet artışı, hastalar tarafından ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırma, skorlama ve kayıt kolaylığı sağladıkları, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı oldukları için daha çok benimsenmektedir (Çöçelli ve ark., 2008).

Yüz İfadesi Skalası (Face Scale; FS): Yüz ifadesi skalası, Wong ve Baker (1988) tarafından çocuklarda ağrı tanılaması yapmak için geliştirilmiştir. Ölçek, aynı zamanda mental veya konuşma kabiliyeti sınırlı olanlarda da kullanılabilmektedir. Bu ölçekte yüzlere verilen sayısal değerlere göre ağrı puanı verilmektedir. Sıfır ile on arası puanlama sistemi olan ve 2'şer puan artan, düşük puandan başlayarak her puanın ve yüz ifadesinin karşısına denk gelen "ağrım yok, hafif ağrım var, orta şiddette ağrım var, çok ağrım var, şiddetli ağrım var ve çok şiddetli ağrım var" ağrı ifadeleri bulunur. Hastadan, hissettiği ağrı durumunu en iyi tanımlayan yüz ifadesini seçmesi istenir ve bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılır (Çöçelli ve ark., 2008).

2.6.4.2. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirilmiştir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi, birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlandırmaktadır (Aslan, 2006).

Ağrı değerlendirilmesinde en sık kullanılan çok boyutlu ölçekler; Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili, Davranış Modelleri'dir (Aslan, 2006).

2.6.5. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirmek ya da ortadan kaldırmak, yaşam kalitesini yükseltmek, komplikasyon gelişmesini önlemek, hastanın toparlanmasını kolaylaştırmak, ağrıya verilen otonomik ve somatik refleksleri engellemek, hastanın rahat nefes almasını ve hareket etmesini sağlamaktır. Ağrının kontrolüyle, hastanede kalış süresi azaltılıp, iyileşme süresi kısaltılabilir. Bunların yanında, etkili ağrı yönetimi, aynı zamanda hasta memnuniyetini de arttırmaktadır (Eşer ve ark., 2008; Yılmaz ve ark., 2010).

Ağrı yönetimi, multidisipliner bir yaklaşım ve ekip çalışmasını gerektirir. Hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması, hastayı daha yakından gözlemleme imkanına sahip olması, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması gibi nedenler, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ağrısı olan hastanın bakımı konusundaki rolleri önemlidir (Özveren ve Uçar, 2009; Ay ve Alpar, 2010).

2.6.5.1. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem farmakolojik tedavidir. Bu kapsamda hekim istemi ile uygulanan ve farklı yöntemlerle verilen analjezik ilaçlar yer almaktadır. Analjeziklerin fonksiyonu, bireyin ağrı algılamasını azaltmak ve bireyin ağrı deneyimine olan yanıtını değiştirmektir. Analjezik ilaçlar, vücutta oluşan ağrı duyusunu, bilinç kaybı olmadan ortadan kaldırırlar. Kullanılan ağrı kesiciler, ya merkezi sinir sistemine ya da periferik sinir sistemine etkili olabilirler (Sabuncu ve Akça, 2011).

Farmakolojik Yöntemlerle Ağrı Yönetiminde Önerilen İlkeler:

- İlaçlar etkili dozda kullanılmalı,
- Narkotik korkusundan vazgeçilmeli,
- Analjezikler" gerektiğinde" değil "saatinde" uygulanmalı,
- İlaç dozu hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli,
- İlacın etkisi değerlendirilmeli,
- Doz, ağrının süresine ya da alışkanlığa göre değil, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı,
- Hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalı,
- Hasta kontrollü analjezi uygulanacaksa; cihaz hastaya tanıtılmalı, alarm ve butonlar konusunda bilgi verilmelidir (Bilen, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü Basamak Tedavi Sistemi:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), analjezikleri; opioid, nonopioid ve adjuvan analjezikler olarak üç gruba ayırmıştır (DSÖ, 1986).

DSÖ'ü 1980 ortalarında, uygun ağrı tedavisi için üç basamaklı merdiven sistemi geliştirmiştir (DSÖ). Bu. sistem hala geçerliliğini korumakta ve pratikte birçok klinik klavuzlarla birleştirilmektedir (Uzunoğlu ve Çiçin, 2011).

Ağrı şiddetinin belirlenmesinde, primer kaynak, hastanın kendisidir. Subjektif bir yakınma olan ağrının objektif olarak değerlendirilmesinde genelde 0-10 arası ölçüm dereceleri olan sözel ya da sayısal skalalar kullanılır. Ağrı skala ölçümü 1-4 arası ise hafif ağrı, 5-6 ise orta dereceli ağrı, 7-10 arası ise ciddi ağrı olarak sınıflandırılır (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1.: Ağrının Sınıflandırılması ve Uygun Analjezi Tedavisi

DSÖ analjezik merdiven tedavisi	**Skor**	**Analjezik seçimi**
1 (hafif ağrı)	< 3 (10 üzerinden)	Parasetamol veya NSAİ ajanlar
2 (hafif-orta ağrı)	3-6 (10 üzerinden)	Zayıf opioidler ± parasetamol veya NSAİ ajanlar
3 (orta-şiddetli ağrı)	> 6 (10 üzerinden)	Kuvvetli opioidler ± parasetamol veya NSAİ ajanlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 1986)

Kurşun ve ark. çalışmasında (2015), kanser ağrılarının tedavisinde yaygın olarak kabul edilen DSÖ'nün önerdiği, Kanser Ağrısı Tedavi Programı Kapsamında "Analjezik Basamak Tedavisi" protokolünün izlendiği belirtilmiştir.

DSÖ Basamak Tedavi Sistemi Basamakları Şu Şekildedir;

I. basamak: Ağrı değerlendirmesinde kullanılan 0-10 numaralı ölçeğe göre 1-4 sayılarının yansıttığı hafif ağrılarda, parasetamol gibi opioid olmayan ilaçlar ya da nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİ) tek başlarına ya da başka bir analjezikle kombine edilerek kullanılmaktadır (Ripamonti et all, 2011).

II. basamak: Ağrı ölçeğinde, 5-6 sayıları ile belirtilen orta şiddetteki ağrılarda, zayıf opioid (Kodein, Tramadol gibi), opioid olmayan analjezikler ve adjuvan analjezikler (antipiretikler, antihistaminikler, antikonvülsanlar vb kullanılmaktadır (Ripamonti et all, 2011).

III. **basamak:** Ağrı ölçeğinde, 7-10 sayıları ile belirtilen şiddetli ağrılarda, güçlü opioidler (morfin, oksikodon, hidromorfin), opioid olmayan ilaçlar ve adjuvan analjezikler (antipiretikler, antihistariiinikler, antikonvülsanlar vb.), kullanılmaktadır (Ripamonti et all, 2011).

Narkotik Olmayan Analjezikler: Narkotik olmayan analjeziklere, ilaçların farmakolojik etki profiline uygun olarak steroid olmayan anti inflamatuar analjezikler adı da verilir. Analjezik etkileri, narkotik analjeziklere oranla oldukça düşüktür. İlaç bağımlılığı gibi yan etkiler oluşturmadıklarından daha sık kullanılan ağrı kesicilerdir. Bu grup ilaçların ağrı kesici etkileri büyük ölçüde periferik etkilerine bağlıdır. Periferde kimyasal veya mekanik etkenlerden dolayı sentezi artan prostaglandinlerin sentezini, siklooksijenaz enzimini inhibe ederek engellerler. Bu ilaç grubuna; salisilatlar, pirazolon türevleri, anizin türevleri, indol türevleri, fenilasetik asit türevleri örnek olarak verilebilir (Kara, 2007).

Opioid Analjezikler (Narkotik Analjezikler): Bu grup ilaçlar haşhaş bitkisinden elde edilen morfin ve morfinin sentetik ve yarı-sentetik türevleridir. Antipiretik ve antiinflamatuvar etkileri yoktur. Özellikle, iç organlardan kaynaklanan orta şiddette ya da şiddetli ağrının giderilmesinde kullanılırlar. Ağrı duyumsaması yanında, ağrıya karşı oluşan reaksiyonu inhibe ederler. Güçlü analjezik etki ile birlikte, santral sinir sistemi üzeinde (SSS) oldukça yaygın depresif etki yaparlar. Opioidler, etkilerine göre şöyle sınıflanabilirler;

a. **Kuvvetli Opioidler:** Morfin, hidromorfon, metadon, levorfanol, meperidin.
b. **Zayıf Opioidler:** Propoksifen, kodein, oksikodon, hidrokodon şeklinde sınıflandırılır (Dinçer ve Özyalçın, 2005;,Kara, 2007).

Bununla birlikte, veriliş yoluna bağlı olmaksızın, sürekli narkotik kullanımına bağlı olarak çeşitli yan etkiler görülebilir. Solunum depresyonu, öksürük refleksinde baskılanma, miyozis, kas sertleşmesi, öfori, disfori, bulantı, kusma, kasılma, terleme, kaşıntı, mide- barsak sistemindeki hareket azlığına bağlı kabızlık, idrar retansiyonu ve bağışıklığın baskılanması gibi yan etkiler görülmektedir (Demir ve ark., 2012).

Opioidlerin, tolerans gelişimi, fiziksel ve psikolojik bağımlılık riski bulunmaktadır (Demir ve ark., 2012). Ağrıyı gidermek ve yaşam kalitesini arttırmak

için kullanılan opioidlerin, veriliş yolu, dozu ve sıklığı belirlenmeli, ağrının özelliği, hastanın genel durumu, analjeziklere verdiği yanıtı ve ağrı bildirimi göz önünde bulundurulmalıdır (Işık, 2006).

Opioidlerin her organ ve işlevi üzerinde yararlı ya da istenmeyen etkileri bulunmaktadır. En önemli hedefleri, santral ve gastrointestinal sistem olan opioidler, kalp ve damar sistemini, solunum, genitoüriner ve immün sistemleri doğrudan etkilemektedir. Geçmişten günümüze, ağrı kontrolü için kullanılan en önemli ilaçlar arasında yer alan opioidler, oral, intravenöz (IV), subkütan (SC), intramusküler (IM), rektal, sublingual, transdermal, inhalasyon, intraspinal, intranazal ve intraventriküler yolla kullanılmaktadır (Bilen, 2007).

Hasta Kontrollü Analjezi (HKA): Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, hasta kontrollü analjezi (HK.A) yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde, HK.A uygulamaları, konvansiyonel analjezi yöntemlerine (İM, İV, oral uygulamalar) göre daha etkin olup, daha yüksek oranda hasta memnuniyeti, daha az sedasyon, daha az ameliyat sonrası komplikasyon ve hastaların iyileşme sürecine olan olumlu katkıları nedeniyle tercih edilmektedir. HK.A yöntemi, hastaların ne zaman ve ne kadar analjezi kullanacaklarına, kendilerinin karar verdiği bir yöntem olarak tanımlanabilir. Bir anlamda, hastanın kendi ağrı kontrolünden kendisinin sorumlu olmasıdır. HK.A yönteminde, hasta gereksinim duydukça programlanabilir bir infüzyon pompası kullanarak, daha önceden programlanmış doz sınırları ve bolus enjeksiyonlar sağlayan pompaya bağlı aktive edici bir düğmeye basarak analjezik ilacı kendi kendine uygular (Aslan, 2006; Viscusi, 2008).

HK.A uygulaması, günümüzde IV, SC, oral, nazal, inhalasyon, sublingual, epidural ve intratekal olarak uygulanmaktadır. HK.A yöntemleri içerisinde, en sık kullanılan İV HKA'dir (Aslan, 2006).

HK.A uygulamasında kullanılan analjezikler opioid grubu analjeziklerdir. Buna bağlı olarak, hastalarda opioidlere bağlı yan etkilerin görülme olasılığı, sürekli hasta izlemini gerektirmektedir (Aslan, 2006).

Epidural Analjezi: Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, epidural aralığa kateter aracılığı ile lokal anestezikler, opioidler ve nonopioid ilaç kombinasyonları uygulanarak, epidural analjezi sağlanmaktadır. Epidural analjezide kullanılan ilaçlar; aralıklı bolus uygulama, sürekli infüzyon ya da hasta kontrollü epidural analjezi pompaları yoluyla üç şekilde uygulanmaktadır (Erdine, 2007).

Adjuvan Analjezikler: Analjezik olarak üretilmedikleri halde, bazı etkileri ile ağrı kontrolünde rol oynayan, nörotransmitterler aracılığıyla analjezik etki gösterebilen, analjeziklerin yan etkilerini önleyen ve analjeziklerin etkilerini arttıran ilaçlara adjuvan analjezik adı verilmektedir. Adjuvan analjeziklerin bazıları direkt aneljezi sağlayarak, bazıları da aneljezik tedaviyi destekleyerek fayda sağlamaktadır. Adjuvan analjezikler aynı zamanda opioidlerin yan etkilerini ve ağrı deneyimine bağlı anksiyeteyi azaltırlar. Adjuvan ilaçların yan etkileri diğer analjeziklere göre daha azdır (Demir ve ark., 2012).

Adjuvan analjeziklere trisiklik antidepresanlar (imipramin), glukokortikoidler (deksametazon, prednizolon), antikonvülsan ilaçlar (fenitoin), nöroleptikler (pimozid), antiinflamatuvar analjezikler (aspirin), antihistaminik ilaçlar (hidroksizin), antiaritmikler (lidokain), antispazmodikler (diazepam, hyosin) örnek olarak verilebilir (Kocamanoğlu, 2005; Önal, 2006).

Preemptif Analjezi: Postoperatif ağrının preoperatif dönemden başlayarak kontrol altına alınmasına ilişkin araştırmalar "preemptif analjezi" kavramını gündeme getirmiştir. Preemptif analjezi yöntemi, ameliyat öncesi ve sırasında, ameliyat sonrası beklenen ağrıya ilişkin ağrı giderme yöntemlerinin uygulanmasını içermektedir. Bu uygulamalar stres yanıtın önlenmesinde de önemli bir etkendir. Postoperatif ağrı ve bunun yaratacağı anksiyete sistemler üzerinde olumsuz etki yapmakta, organizmanın cerrahiye vereceği stres yanıtı şiddetlendirmektedir. Preemptif analjezi, ağrıdan korumak veya oluşan ağrıyı azaltmak amacıyla ağrılı uyarandan önce uygulanır. Bu uygulamada ağrı mekanizmalarının önlenmesi amaçlanarak ağrı ortadan kaldırılmaktadır (Bilen, 2007).

Bölgesel Anestezi Uygulamaları: Akut ağrının giderilmesinde kullanılan en etkili yöntemlerden biri de bölgesel anestezidir. Bölgesel anestezi, epidural analjezi,

periferik sinir bloğu, interkostal blok, kaudal blok ve kriyoanaljezi uygulamaları ile gerçekleştirilmektedir. Lokal anestetiklerle, sinirsel ileti bloke edilmekte, vücudun belirli bir bölgesinde duyusal, motor ve otonom işlevler geçici olarak durdurulmaktadır. Bölgesel anestezi uygulamaları ile his kaybı ve motor aktivitelerde geçici yavaşlama olabileceğinden, hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi güçleşebilmektedir. Bu yöntem sırasında kullanılan analjeziklere bağlı gelişen yan etkiler açısından hasta izlemi gerçekleştirilmelidir (Bilen, 2007).

2.6.5.2. Ameliyat Sonrası Ağrı YönetimindeNonfarmakolojik Yöntemler

Ağrının kontrolünde kullanılan bir diğer yaklaşım nonfarmakolojik yöntemlerdir. Nonfarmakolojik yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Nonfarmakolojik yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki göstermektedir (Anderson et all, 2006).

Nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı gidermede kullanım amacı; analjeziklerin kullanım oranının azaltılması, hastanın ağrı sorununun olabildiğince giderilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Sabuncu ve Akça, 2011; Demir ve ark., 2012). Bu yöntemlerin birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, analjezikler gibi yan etkilerinin olmaması ve bireye ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır (Özveren, 2011).

Fiziksel ve bilişsel-davranışsal teknikler ve bunların dışında kalan diğer teknikler postoperatif ağrı kontrolünde analjeziklerin kullanılmadığı veya etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda farmakolojik ajanların etkisini arttırmak için-kullanılan ve alternatif tamamlayıcı yöntemler olarak da nitelendirilen farmakolojik olmayan ağrı kontrol yöntemleridir (Uçan ve Ovayolu, 2007; Demir ve ark., 2012).

Fiziksel Teknikler: Sıcak ve soğuk uygulama, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlama/dinlendirme, akapunktur, Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS), masaj, dokunma ve deriye mentol uygulama postoperatif ağrıyı gidermek için kullanılan fiziksel teknikler içinde yer alır (Demir ve ark., 2012).

Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS-Trans, WJ.,neous Electrıcal Nerve Stımulatıon-): TENS genellikle akut ve kronik ağrıyı etmek için, ağrı kesicilere ek olarak kullanılan bir elektro-analjezi yöntemidir. Tens, düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır. Genellikle çift olarak kullanılan elektrotlar ağrılı alana paralel olarak veya postoperatif ağrı kontrolü için insizyonun her iki yanına yerleştirilen elektrotlarla uygulanır (Demir ve ark., 2012).

Deriye Mentol Uygulama: Mentol içeren maddelerin lokal olarak uygulanması da bir türlü ekstemal analjezi sağlar. Bu yöntemin amacı analjeziğin deriden emilimi değil, sıcaklık, soğukluk gibi bir deri duyusu yaratmaktır. Mentol uygulama, dikkati başka yöne çekerek ya da ağrı algılamasını azaltarak da ağrıyı hafifletir. Ayrıca literatürde mentolün korteksi uyararak ağrı kapısını kapatması ya da endorfinlerin salınımını artırarak ağrıyı hafiflettiği belirtilmektedir (Özveren, 2011; Demir ve ark., 2012).

Sıcak Uygulama: Basit ve ucuz tedavi yöntemleri olan sıcak uygulama kas spazmını ve ağrıyı azaltmada kullanılabilir. Sıcak uygulamalar ağrıyı hafifletme ve iyileşmeyi hızlandırma özelliğine sahiptir. Sıcak uygulama, kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirerek dokunma reseptörlerini uyararak vazodilatasyon ile iskemik ağrıyı azaltır (Sabuncu ve Akça,2011).

Soğuk Uygulama: Soğuk uygulama tedavi amacıyla, antik çağ hekimliğinden beri, bazı hastalık ve rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmıştır. Soğuk uygulama, ağrının azaltılmasında iki yönde etkili olmaktadır. Birincisi soğuk uygulama ödem ve kas spazmını ortadan kaldırarak ağrıyı giderir ya da azaltır. İkinci olarak periferik sinirlerin iletimini yavaşlatarak ya da bloke ederek ağrıyı gidermede etkili olur (Sabuncu ve Akça, 2011).

Akapunktur: Akapunktur binlerce yıl önce Çin'de ortaya çıkmıştır. Vücutta belli noktalara iğne batırmak suretiyle çeşitli hastalıkları tedavi etme metodudur. Akapunkturun uygulanışında beden meridyenlere bölünmekte ve her bir bölümün farklı alanın yönetimini kontrol ettiği düşünülmektedir. Akapunkturun, endorfinlerin salınımını uyardığı ileri sürülmektedir. Bu yöntem baş, bel, boyun, omuz,.dirsek, diş

ağrılarında ve birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (Uçan ve Ovayolu, 2007; Özveren, 2011).

Egzersiz: Aktif-pasif hareketler, yatak içi hareketler ve ameliyat sonrası ayağa kalkma gibi durumları içerir. Egzersiz hareketi arttırarak kan dolaşımını hızlandırır, kas gerginliğini ve kontraktürleri önleyerek ağrıyı hafifletmektedir (Demir ve ark., 2012).

Pozisyon Verme: Hastaya yardımcı olmak ya da onu desteklemek amacı ile uygulanmaktadır. Hastanın yatakda uzun süre aynı pozisyonda kalması, basınç, rahatsızlık ve ağrı oluşmasında rol oynar. Pozisyon değişikliği ağrılı bölgeye olan basıncı azaltır, kan dolaşımını arttırır, kasların kasılmasını önler, hastanın konforunun sağlanmasına yardımcı olur ve ağrı gelişmesini önler (Demir ve ark., 2012).

Hareketi Kısıtlama/Dinlendirme: Kesin yatak istirahati gereken ve traksiyonda olan hastalar için uygulanmaktadır. Ancak ağrıyı kontrol etmek için tek başına kullanılmamalıdır. Kırıklarda ve sırt ameliyatlarında kullanılır. Hareketi kısıtlama aynı zamanda ödem oluşumunu azaltabilir (Arslan ve Çelebioğlu, 2004)

Masaj: Masaj insanlığın var oluşundan beri kullanılan eski bir yöntemdir. Pek çok kültürde tedavi ve iyileştirici etkileri nedeni ile kullanılmaktadır. Masaj; efloraj, petrisaj, friksiyon ve tapotman gibi masaj tekniklerinin kullanılarak, ağrı impulslarının bloke edilmesi, kas spazmının giderilmesi, gerginliğinin azaltılması ve rahat uyku sağlamak amacıyla elle veya mekanik olarak uygulanan bir yöntemdir. Masaj endorfinlerin salınımını uyarmakta, kalın çaplı sinir liflerini uyararak ağrı kontrol kapısını kapatmaktadır. Ayrıca mekanoreseptörleri uyararak dolaşımı hızlandırmakta ve böylece dokuların oksijenlenmesini arttırmaktadır (Gözüyeşil ve Başer, 2010). Masaj, kolay yapılan bir uygulama olmakla birlikte ağrı duyusu üzerinde yüksek bir kontrol duygusu sağlamakta, ağrı duyusunu azaltmakta ve bireyin daha az ağrı yaşadığını düşünmesini sağlamaktadır (Mucuk ve Başer, 2009; Sabuncu ve Akça, 2011). Özellikle teröpatik masajın kronik bel ağrısı üzerine kısa dönemde etkisinin olduğu ve masajın farmakolojik tedavi ile birlikte daha etkin olduğu bilinmektedir (Demir ve ark., 2012).

Dokunma: Ağrı deneyimleyen hastalar, bazen kendilerini yalnız ve izole edilmiş hissederler. Dokunma, hasta hemşire ilişkisini geliştirerek, hastanın ağrı ile başa çıkma yeteneğinin artmasını sağlar. Masaj, terapötik dokunma, akupunktur, shiatsu, refleksoloji dokunma terapisi örneklerindendir. Dokunma yöntemleri, gevşemeyi sağlayarak ağrıyı azaltır (Khorshid ve Yapucu, 2005).

Bilişsel-Davranışsal Teknikler:

Bilişsel-davranışsal teknikler ağrıyı gidermede duyusal faktörlerle oluşturdukları değişiklik yoluyla etki gösterirler. Bilişsel-davranışsal teknikler, gevşeme, duaetme, hipnoz, dikkati başka yöne çekme, müzik terapi, hayal kurma ve bilişsel stratejilerdir (Özveren, 2011).

Gevşeme: Gevşeme eğitimi, ilk kez Jacopsan tarafından tanımlanmıştır. Herbert Benson tarafından bir teknik olarak bilim alanına kazandırılmıştır. Gevşeme eğitimi, kademeli olarak kasları germe ve gevşeme tekniklerini içerir. Gevşeme, anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesidir. Gevşeme ile, oksijen tüketimi, kas tonüsü, kalp ve solunum hızının azalması, kan basıncının düşmesi ve deri direncinin artması sağlanmaya çalışılır. Gevşeme ağrıyı azaltarak, kişinin ağrıyla baş etme yeteneğini artırır.' Gevşeme tekniği, kas gruplarının tek tek kasılıp ardından gevşetilmesi şeklindedir. Genellikle, kademeli olarak kasları germe ve gevşetme ile ağrı ve anksiyete kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır (Uçan ve Ovayolu, 2007).

Dikkati Başka Yöne Çekme: Dikkati başka yöne çekme tekniği bireyin dikkatinin ağrı duyusundan uzaklaştırılmasına, dikkatin, ağrı dışında bir duruma odaklamasına dayanır. Bu yöntemle, ağrının farkındalığı azalacağı için ağrıya tolerans artar. Genellikle, orta ve hafif şiddetli ağrıda çok etkilidir. Çok iyi konsantrasyonun sağlandığı durumlarda, akut ağrının giderilmesinde, orta düzeyde etkili olabilmektedir. Dikkati başka yöne çekme yöntemine, puzzle ya da diğer oyunlar, konuşmak, komik filmler, müzik, şiir dinleme, objeleri sayma, resim yaptırma, solunum egzersizi gibi etkinlikler örnek olarak verilebilir (Sabuncu ve Akça, 2011; Demir ve ark., 2012).

Dua etme: Ağrı, eski çağlarda Tanrı tarafından cezalandırma olarak algılanmakta idi. Dua etme yöntemi, hastanın ağrıdan kurtulma isteği ve günahlarının affı amacıyla kullanılmaktadır. Dua etme yöntemi birey, yakınları, din görevlisi ya da sağlık bakım profesyonellerince uygulanabilmektedir. Bu yöntemin uygulanması sırasında bireyin inançlarına saygılı olmak önem taşımaktadır (Kostak, 2007).

Hipnoz: Hipnoz ondokuzuncu yüzyılın ilk yarısında ameliyatlarda analjeziyi sağlamak için kullanılmaktadır. Ağrının kontrolünde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Hipnoz, değişen duygu, piskolojik durum ve minimal motor fonksiyonu içeren, dikkatin belirli bir noktaya odaklanmasını sağlayan karmaşık yöntemdir. Hipnozun kanser ağrısı, baş, boyun bölgesi ve fantom ağrısında olumlu etkiler sağladığı bilinmektedir (Uçan ve Ovayolu 2007; Demir ve ark., 2012).

Müzik Terapi: Müzik ile terapi, en eski tedavi yöntemlerinden biri olup, dört bin yıldan beri çeşitli kültürlerde, hastaları tedavi etmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. Müziğin dili evrenseldir. Müziğin tedavi edici ve iyileştirici özelliği, tarih boyunca görülmüştür. Müzik terapisi, gevşemeyi sağlamak ve dikkati başka yöne çekmek için kullanılır. Müzik terapisi bireyin ağrıya dayanma gücünü arttırır. Ayrıca müzik terapisi endorfın salgılanmasını arttırır ve bireyi rahatlatır (Demir ve ark., 2012).

Müzikle terapiye ilişkin çalışmalarda, hastaların stres ve anksiyete düzeylerini düşürdüğü, ameliyat sonrası dönemde daha az analjezik kullanımına neden olduğu, doğum öncesi anneleri psikososyal olarak rahatlattığı ve kanser tedavisinin yan etkilerini azalttığı belirtilmektedir (Uçan ve Ovayolu 2007; Özveren, 2011; Demir ve ark., 2012).

Hayal kurma: Hayal kurma yöntemi, bireyin ağrısı yokken ya da çok az ağrısı varken öğretilmelidir. Hayal kurma, akut ve kronik ağrılarda diğer farmakolojik olmayan ağrı gidemıe yöntemleriyle birlikte kullanılabilir. Birey, bir düşe yoğunlaşır ve kendisini bu düşe yerleştirir. Hayal kurma, ritmik solunum ve gevşeme ile birlikte daha etkili olur. Ağrı dindirme amaçlı hayal kurma, kişide ağrının şiddetini azaltan duyusal imajlar geliştirmek için düş gücünü kullanmasıdır.

Yavaş, ritm\k solunum ve gevşeme, birlikte kullanıldığında, düşlemenin daha etkili olduğu bilinmektedir (Özveren, 2011).

Bilişsel Stratejiler: Bu yöntemde kişinin ağrıya dayanmasını sağlamak amacıyla bilişsel eğitim yapılır. Eğitim ile tedaviye uyumu bozan ağrı hakkındaki olumsuz düşüncelerin, davranışların farkına varması, bunlara yönelik başetme stratejileri geliştirmesi hedeflenir (Demir ve ark., 2012).

Periferal ve Bilişsel-Davranışsal Tekniklerin Dışında Kalan Diğer Teknikler:

Plasebo: Plasebo etkisi, farrnakolojik olarak veya telkin yoluyla etki yapan her türlü yöntem ya da maddenin etkisi olarak tanımlanmaktadır. Plasebo etkisi, kişiden kişiye, hastalıktan hastalığa, bölgeden bölgeye, hasta bireyin hekimini nasıl algıladığına bağlı olarak değişebilmektedir. Plasebo verilen hastaların %30 ile %70'inin kısa süreli olarak ağrısının geçtiğini söylenmektedir. Plasebonun ağrıyı, endojen opioid sistemleri uyararak giderdiği düşünülmektedir (Göker ve ark., 2009).

Cerrahi yöntemler: Cerrahi yöntemler, ağrının farmakolojik ve nonfarrnakolojik yöntemlerle kontrol altına alınamadığı, yetersiz kaldığı durumlarda uygulanır. Bu yöntem merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerde bloke edilmesine dayanmaktadır. Ancak bu yöntemin uygulanması en sona bırakılmaktadır (Özveren, 2011; Demir ve ark., 2012).

2.6.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Ağrı kontrolünde, hemşirenin rolü vazgeçilmezdir. Hemşirenin rolünü vazgeçilmez kılan; daha uzun süre hasta ile birlikte olması, hastayı daha yakından gözlemleme imkanına sahip olması, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanmasıdır. Bu gibi nedenler, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir (Eşer ve ark., 2008; Özveren ve Uçar, 2009; Ay ve Alpar, 2010).

Hemşirelik süreci, ameliyat sonrası ağrısı olan bireye, sağlık bakım gereksinimlerinin tanılanması, bireye özgü bakımın verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir. Ameliyat sonrası ağrının uygun şekilde tanılanması, planlanması ve uygun tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanması ve bu

uygulamal~rın etkinliğinin değerlendirilmesi hemşirelerin önemli sorumluluklarından birisidir (Kaya, 2008; Taylor ve Stanbury, 2009).

Ameliyat sonrası ağrıya yönelik uygun ağrı tanılaması, etkin ameliyat sonrası ağrı yönetimi sağlamaktadır. Ameliyat sonrası ağrı insidansı azaltılarak, hastalarda yetersiz ameliyat sonrası ağrıya bağlı gelişebilecek komplikasyonlar önlenebilmekte, hastanede kalış süresi azalmakta ve hastanın normal yaşam aktivitelerine en kısa sürede dönmesi sağlanmaktadır (Taylor ve Stanbury, 2009).

Ameliyat sonrası ağrının tanılanmasında hemşire, rol ve sorumlulukları kapsamında ağrı sürecinin doğasını ve bireyin ağrıya olan yanıtlarını etkileyen faktörleri, ağrı tanılama ve azaltma yöntemlerini bilmesi gerekir. Ağrı değerlendirmesinin başarılı olması hasta ile sağlık personeli arasındaki olumlu iletişime bağlıdır. Bu iletişimde hastanın kendisinin dinlendiği, önem verildiği ve yakınmasının ciddiye alındığının algılaması gereklidir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

Ameliyat sonrası ağrının sistemler üzerine olan olumsuz etkilerinin belirlenmesi, ağrı ve ağrı mekanizmaları ile ilgili yeni gelişmeler, ağrının oluşumu öncesi dönemde önlenmesine yönelik girişimlerin ameliyat öncesi dönemde uygulanması, ameliyat sonrası ağrı tedavisi ve bakımına yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimlerdeki yenilikler, hemşirelerin bilgi ve uygulamalarında yenilikleri gündeme getirmektedir (Bilen, 2007; Taylor ve Stanbury, 2009)

\

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, cerrahi ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti başkenti olan Lefkoşa'da bulunan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastane'si ve Yakın Doğu Üniversite Hastane'si, Mağusa'da bulunan Gazimağusa Devlet Hastane'si ve Gime'de bulunan Gime Dr. Akçiçek Devlet hastanesinde, genel cerrahi, kadın doğum, nöroşirürji, kalp-damar cerrahi, ortopedi-travmatoloji ve üroloji servislerinde yapılmıştır.

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi: 1978 tarihinde "Lefkoşa Devlet Hastanesi" olarak hizmete açılan ve 35 yıllık süreçte, giderek artan bir hizmet kalitesi ve iş yükü ile K.K.T.C.halkına en üst düzeyde hizmet veren devlet hastanesidir. Bu hastane 450 yatak kapasitesi olan merkez hastanedir. Organ nakli dışında, her türlü tıbbi tetkik ve tedavi hizmeti verilmektedir. Hastane 2014 yılı istatistiklerine göre hastane 19 ayrı branşta, 17642 hastaya yatılı hizmet vermiştir. 2014 yılı istatistiklerine göre son bir yıl içerisinde yapılan ortalama ameliyat sayısı 5.000 civarındadır. Hastanede toplam 377, cerrahi birimlerde (genel; cerrahi, ortopedi, nöroşirürji, üroloji, kalp damar cerrahi, kadın doğum) 93 h~ırışire görev yapmaktadır.

Gazimağusa Devlet Hastanesi: II. Basamak tedavi veren hastanedir. Bu hastane 2007'den bu yana hizmet vermektedir. Sadece Gazimağusa'ya değil İskele ilçesi ve Karpaz bölgesine de hizmet vermektedir. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinden sonra Mağusa ve yöre halkına hizmet veren 120 yataklı ikinci büyük hastanedir. Hastanede toplam 122, cerrahi birimlerde (genel cerrahi 1, genel cerrahi 2, kadın doğum) 33 hemşire görev yapmaktadır.

Girne Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi: II. Basamak tedavi hizmeti vermektedir. Bu hastane 1975'den beri hizmet vermektedir. Hastane, 56 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede toplam 45, cerrahi birimlerinde (genel cerrahi, kadın doğum) 13 hemşire görev yapmaktadır.

Yakın Doğu Üniversite Hastanesi: 2010 yılında hizmete açılarak Avrupa standartlarının üzerindeki en son teknolojik donanımı ve sağlık hizmetlerinin yüksek düzeyde sunulduğu, Kıbrıs Türkleri'ni dışa bağımlılıktan kurtarmak amacıyla uluslararası standartta özel hastane konseptindedir. Sağlık bakanlığı standartlarının çok üzerinde, uluslararası standartlar ve "Joint Commision International" (JCI) akreditasyon kriterlerine uygun olarak yapılan hastane, mekansal, eğitsel ve teknolojik donanıma sahip, estetik ve işlevsel kaygılarla biçimlendirilmiş, yeni nesil bir hastanedir. Hastane 520 yatak kapasitesine sahiptir. YDÜ Hastanesi'nde toplam 160 cerrahi birimlerinde (kalp damar cerrahi, genel cerrahi, kadın doğum) 35 hemşire görev yapmaktadır.

Devlet hastanelerinde ve Yakın Doğu Üniversite Hastanesi'nde, yapılan hizmet içi eğitim programalarında ağrı yönetimine ilişkin konulara yer verilmemiştir. Devlet hastanelerinde ağrı değerlendirmesinde herhangi bir skala kullanılmamaktadır. YDÜ Hastanesi'nde ağrı değerlendirmesinde sayısal değerlendirme skalası kullanılmaktadır.

Tablo 3.1. Araştırma Örneklemine Alınan Hemşirelerin Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Dağılımı

Hastaneler	Cerrahi Servis Hemşiresi N	Görüşülen Hemşil'e Sayısı n
Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi	93	91
Dr. Gime Akçiçek Devlet Hastanesi	13	13
Gazimağusa Devlet Hastanesi	33	31
Yakın Doğu Üniversite Hastanesi	35	35
Toplam	174	170

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihte (2014) YDÜ Hastanesi, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğhi Devlet Hastanesi, Gazimağusa Devlet Hastanesi ve Gime Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi'nde cerrahi servislerinde çalışan toplam 174 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya evrenin tamamının alınması planlanmış, ancak 4 hemşirenin izinli olması nedeniyle araştırma 170 hemşire ile tamamlanmıştır (Tablo 3.1.).

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, cerrahi ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacı ile literatür (Aslan 2007, Sayın 2008) doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu ile toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Veri toplama formunun birinci bölümünde (EK-1), hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin 12 soru (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışmakta olduğu klinik, meslekte çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi, ağrı yönetimi ile ilgili bilgili olma durumu, ağrı yönetimine ilişkin eğitime katılma, eğitimin türü, ağrı yönetimi için yayın takibi, yayın türü) ikinci bölümünde (EK-2) hemşirelerin bilgi durumunu sorgulayan (EK-2.1) 5 soru (ameliyat sonrası ağrıyı tanılama, DSÖ'nün basamak tedavi sisteminin bilinmesi, ameliyat sonrası NSAİ'nin yan etkilerinin bilinmesi, HKA yöntemini bilme, bilinen adjuvan analjezik kullanımı ve yan etkileri), uygulama durumunu sorgulayan (EK-2.2) 14 soru (ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimine ilişkin hastaların bilgilendirilmesi, yaşam bulguları dikkate alma, ağrı ölçeğinin kullanımı, ağrı izlem formu kullanımı, nonsteroidal antienflamatuar ilaçların (NSAİ) kombine kullanımı, NSAİ'nin yan etkilerindeki hemşirelik girişimleri, HKA'da ortaya çıkan sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri, adjuvan analjeziklerin yan etkilerinin izlemi, farmakolojik olmayan ağrı giderme yönteminin kullanımı, farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinden hangilerinin uygulandığı, plasebo kullanma, ağrının geçmediği durumda hekime haber verme, preemptif analjezi uygulama, uygulamaların kayıt ve rapor edilmesi) ve

bike/uygulama (analjezik uygulama yollarını bilme ve uygulama) durumunu sorgulayan (EK-2.3) 1 soru yer almaktadır (Aslan 2007, Sayın 2008).

3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla Yakın Doğu Üniversite Hastanesi'nin cerrahi servislerinde çalışan 10 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Veri toplama formunda herhangi bir değişiklik olmadığından, ön uygulama yapılan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından bireylere okunup, bireylerin verdiği yanıtlar, araştırmacı tarafından anket formuna işaretlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları vardiyalara göre 07-14, 14-21, 21-07 saatlerinde, araştırmacı uygun olan hemşirelere soru formunu uygulamıştır. Formun uygulanması yaklaşık 15-30 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veri toplama formundan elde edilen yanıtların istatistiksel çözümlemesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programının 21,0 versiyonu kullanılmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve mesleki özellikleri, frekans tabloları ve grafikler kullanılarak gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilme ve uygulama durumları sorulmuş olup frekans analizi yapılarak frekans tabloları ve grafiklerle gösterilmiştir. Hemşirelerin bazı tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama durumlarının karşılaştırılmasında Ki kare (Chi-square) analizi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama formlarının uygulanması için Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu Başkanlığından 11.12.2014 tarihli (EK 3) kurul onayı alınmıştır. Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden 26.l 1.2014 tarihli (EK 4) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan Devlet Hastanelerinde çalışan hemşirelerden verilerin toplanabilmesi için Sağlık Bakanlığından gerekli yasal izin alınmıştır (EK 5). Araştırmamızda "insana ve

insanın karar verme hakkına saygı" ilkesi göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle örneklem; çalışmaya katılmaya istekli olan hemşireler tarafından seçilmiş, çalışmaya katılacak her hemşireye katılıp/ katılmama konusunda kendisinin karar verebileceği söylenmiş ve istekli olan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden "aydınlatılmış onam formu" (EK 6) alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin "mahremiyet/gizlilik hakkına" saygılı olunacağı ve kendisinden alınan bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı açıklanmıştır.

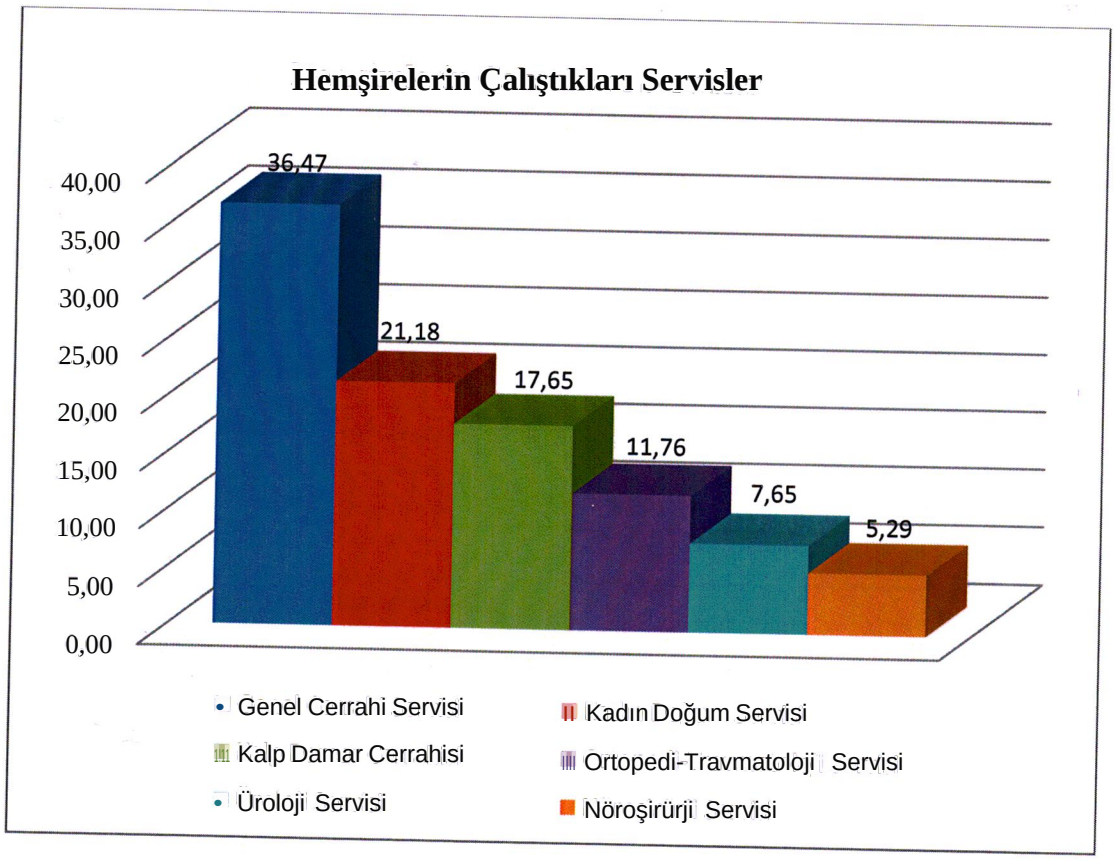
4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N: 170)

	Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	134	78,82
Erkek	36	21,18
Yaş Grubu		
25 yaş ve altı	31	18,24
26-30 yaş arası	39	22,94
31-35 yaş arası	31	18,24
36 yaş ve üzeri	69	40,59
Öğrenim Durumu		
Lise	25	14,71
Ön lisans	50	29,41
Lisans	86	50,59
Lisansüstü	9	5,29
Medeni Durum		
Evli	98	57,65
Bekar	72	42,35
Meslekte Çalışma Süresi		
1-3 yıl	39	22,94
4-6 yıl	32	18,82
7-9 yıl	48	28,24
10 yıl ve üzeri	51	30,00
Şuan Çalışılan Birimde Çalışma Süresi		
1-3 yıl	70	41,18
4-6 yıl	66	38,82
7-9 yıl	27	15,88
10 yıl ve üzeri	7	4,12

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %78,82'si kadın, %40,59'u 36 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin %57,65'i evli olup, %50,59'u lisans mezunudur. Hemşirelerin, %30,0'u 10 yıl ve üzeri, süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin şu an çalıştıkları birimde görev sürelerine göre dağılımı incelendiğinde %41,18'inin 1-3 yıldır ve %41,18'inin 10 yıl ve üzerinde görev yaptığı belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Dağılımı

Şekil 4.1.'de araştırmaya dahil edilen hemşirelerin görev yaptıkları servislere göre dağılımı verilmiştir.

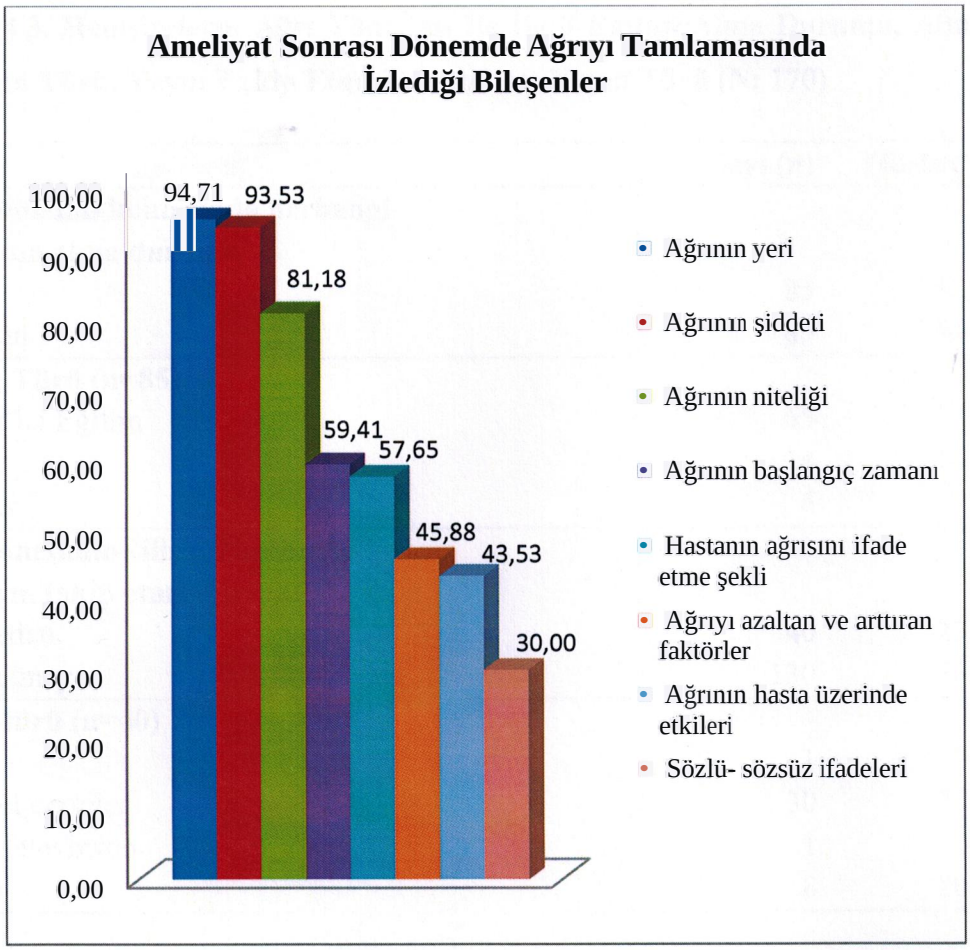
Şekil 4.1. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %36,47'si genel cerrahi servisinde, %21,18'i kadın doğum servisinde, %17,65'i kalp damar cerrahisinde, %11,76'sı ortopedi-travmatoloji servisinde, %7,65'i üroloji servisinde ve %5,29'u nöroşirürji servisinde görev yaptığı görülmektedir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Kendi ifadelerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimini Bilme Durumları (N: 170)

Bilme Durumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dünya Sağlık Örgütü basamak tedavi sistemini bilme durumu		
Bilen	6	3,53
Bilmeyen	163	96,47
Ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgisi olma durumu		
Olan	155	91,18
Olmayan	15	8,82
Hasta Kontrollü Analjezi yöntemini bilme durumu		
Bilen	77	45,29
Bilmeyen	93	54,71
Adjuvan analjeziklerin.kullanımını ve yan etkilerini bilme durumu		
Bilen	41	24,12
Bilmeyen	129	75,88

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kendi ifadelerine göre, ameliyat sonrası ağrı yönetimini bilme durumlarının dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Hemşirelerin kendi ifadelerine göre, sadece %3,53 'ü Dünya Sağlık Örgütünün basamak tedavi sistemini, %45,29'u hasta kontrollü analjezi yöntemini ve %24,12'si adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerinini bildikleri saptanmıştır. Ancak hemşirelerin %91,18'inin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.



Şekil 4.2. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrıyı Tamlamada İzlediği Bileşenler

Ameliyat sonrası dönemde ağrıyı tanılarken sırasıyla hemşirelerin %94,71'i ağrının yerini, %93,53'ü ağrının şiddetini, %81,18'i niteliğini, %59,41'i ağrının başlangıç zamanını, %57,65'i hastanın ağrıyı ifade etme şeklini dikkate aldığını belirtirken, %45,88'i ağrıyı azaltan ve arttıran faktörleri, %43,53'ü ağrının hasta üzerindeki etkisini ve %30,0'u hastanın sözlü-sözsüz ifadelerini dikkate aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Eğitim Alma Durumu, Alınan Eğitimin Türü, Yayın Takip Etme Durumu ve Yayın Türü (N: 170)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrı yönetimi konusunda herhangi bir eğitim alma durumu		
Alan	85	50,00
Almayan	85	50,00
Eğitim Türü (n=85)		
Hizmet İçi Eğitim	65	76,47
Kurs	14	16,47
Seminer	6	7,06
Ağrı yönetimine ilişkin herhangi bir yayın takip etme durumu		
Takip eden	40	23,53
Takip etmeyen	130	76,47
Yayın türü (n=40)		
Kitap	1	2,50
Bilimsel dergiler	30	75,00
Radyo televizyon	1	2,50
Gazete	8	20,00

Tablo 4.3. 'de görüldüğü gibi araştırma kapsamın alınan hemşirelerin kendi ifadelerine göre, %50'si ağrı yönetimi konusunda eğitim aldığını ve eğitim alan hemşirelerin %76,47'si ağrı yönetimi konusunda hizmet içi eğitim aldıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sadece %23,53 'ünün ağrı yönetimine ilişkin yayın takip ettiği ve yayın takip eden hemşirelerin %75,0'inin bilimsel dergileri takip ettiği saptanmıştır.

~ablo 4.4. Hemşirelerin İfadelerine Göre, Ameliyat Sonrası Dönemde Kullanılan NSAİ'ın Yan Etkilerini Bilme Durumları (N: **170)**

Ameliyat sonrası dönemde kullanılan NSAİ'ın yan etkileri	**Bilen**		**Bilmeyen**	
	n	%	**n**	%
Bulantı	141	82,94	29	17,06
Hipertansiyon	54	31,76	116	68,24
Baş ağrısı/ dönmesi	46	27,06	124	72,94
Üst GIS kanaması	29	17,06	141	82,94
Ülser	23	13,53	147	86,47
Akut renal yetmezlik	22	12,94	148	87,06
Dispepsi	20	11,76	150	88,24
Işığa hasasiyet	14	8,24	156	91,76
Sıvı elektrolit dengesizliği	8	4,71	162	95,29

Tablo 4.4.'de araştırma kapsamın alınan hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde kullanılan NSAİ'nın yan etkilerini bilme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin ifadelerine göre, %82,94'ü ameliyat sonrası dönemde NSAİ'ın yan etkisi olarak bulantı görülebileceğini bilmektedir. Hemşirelerin NSAİ'ın yan etkileri arasında yer alan, (%88,24) dispepsi, ,(%86,47) ülser, (%82,94) üst GIS kanaması, (%95,29) sıvı elektrolik dengesizliği, (%87,06) akut renal yetmezlik, (%91,76) ışığa hassasiyet ve (%72,94) baş ağrısı/dönmesini bilmediği saptanmıştır.

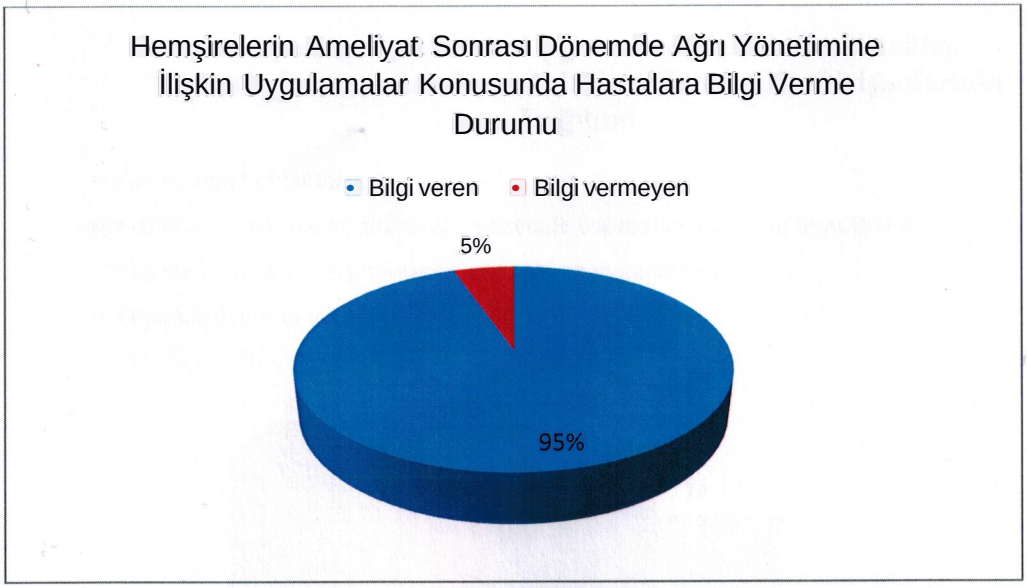
Tablo (S. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamaları (N: 170)

Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi Uygulamaları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağrıyı tanılarken, yaşam bulgularındaki değişiklikleri dikkate alma durumu		
Alan	162	95,29
Almayan	8	4,71
Ağrıyı değerlendirirken ölçek kullanma durumu		
Kullanan	55	32,35
Kullanmayan	115	67,65
Ağrı izlem formu kullanma durumu		
Kullanan	52	30,59
Kullanmayan	118	69,41
Non-steroidalanti inflamatuar ilaç (NSAİ) ile opioidleri kombine olarak kullanma durumu		
Kullanan	125	73,53
Kullanmayan	45	26,47
Adjuvan analjezikleri uyguladıktan sonra, yan etkiler açısından hastanın sürekli izlenme durumu		
İzleyen	56	32,94
İzlemeyen	114	67,06
Farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma durumu		
Kullanan	146	85,88
Kullanmayan	24	14,12
Plasebo ilaç uygulama durumu		
Uygulayan	64	37,65
Uygulamayan	106	62,35
Ağrının devam ettiği durumlarda hekime haber verme durumu		
Veren	165	97,06
Vermeyen	5	2,94
Ameliyat öncesi preemptif analjezi yöntemi uygulama durumu		
Uygulayan	50	29,41
Uygulamayan	120	70,59
Sonuçları kayıt ve rapor etme durumu		
Eden	167	98,24
Etmeyen	3	1,76

Tablo 4.5.'de araştırmaya katılan hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimine ilişkin uygulamaları verilmiştir.

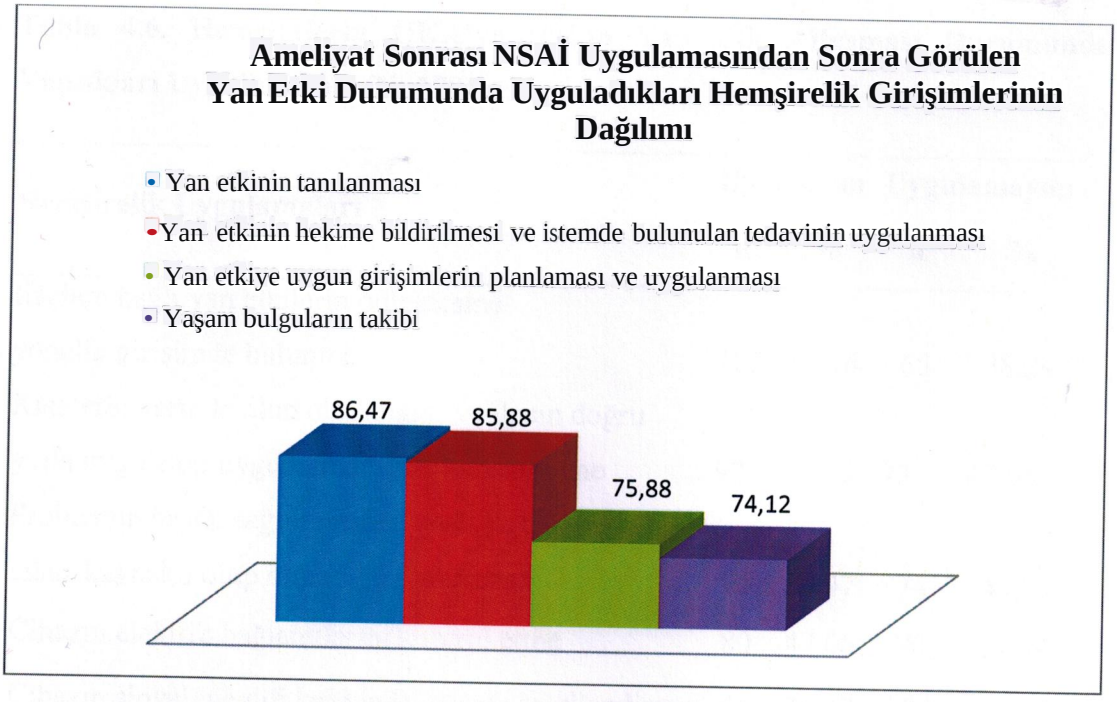
Tablo 4.5. İncelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %95,29'unun ağrıyı tanılarken hastanın yaşam bulgularındaki değişiklikleri dikkate aldığı saptanmıştır. Ancak hemşirelerin %67,65'inin ağrıyı değerlendirirken herhangi bir ölçek, %69,41'inin ağrı izlem formu kullanmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %73,53'ü non-steroidal anti inflamatuar ilaç ile opioidleri kombine olarak uygulamakta olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin %67,06'sının adjuvan analjezikleri uyguladıktan sonra, yan etkiler açısından hastayı sürekli izlemediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %85,88'inin farmakolojik olmayan yöntemleri kullandığı, %37,65'inin plasebo ilaç kullandığı, %29.41'inin ameliyat öncesi preemptif analjezi yöntemi uyguladığı saptanmıştır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%98,24) sonuçları kayıt ve rapor ettiği belirlenmiştir.



Şekil 4.3. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamalar Konusunda Hastalara Bilgi Verme Durumunun Dağılımı

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin %95'i ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimine ilişkin uygulamalar konusunda hastalara bilgi vermektedir.



Şekil 4.4. Hemşirelerin, Ameliyat Sonrası NSAİ Uygulamasından Sonra Görülen Yan Etki Durumunda Uyguladıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

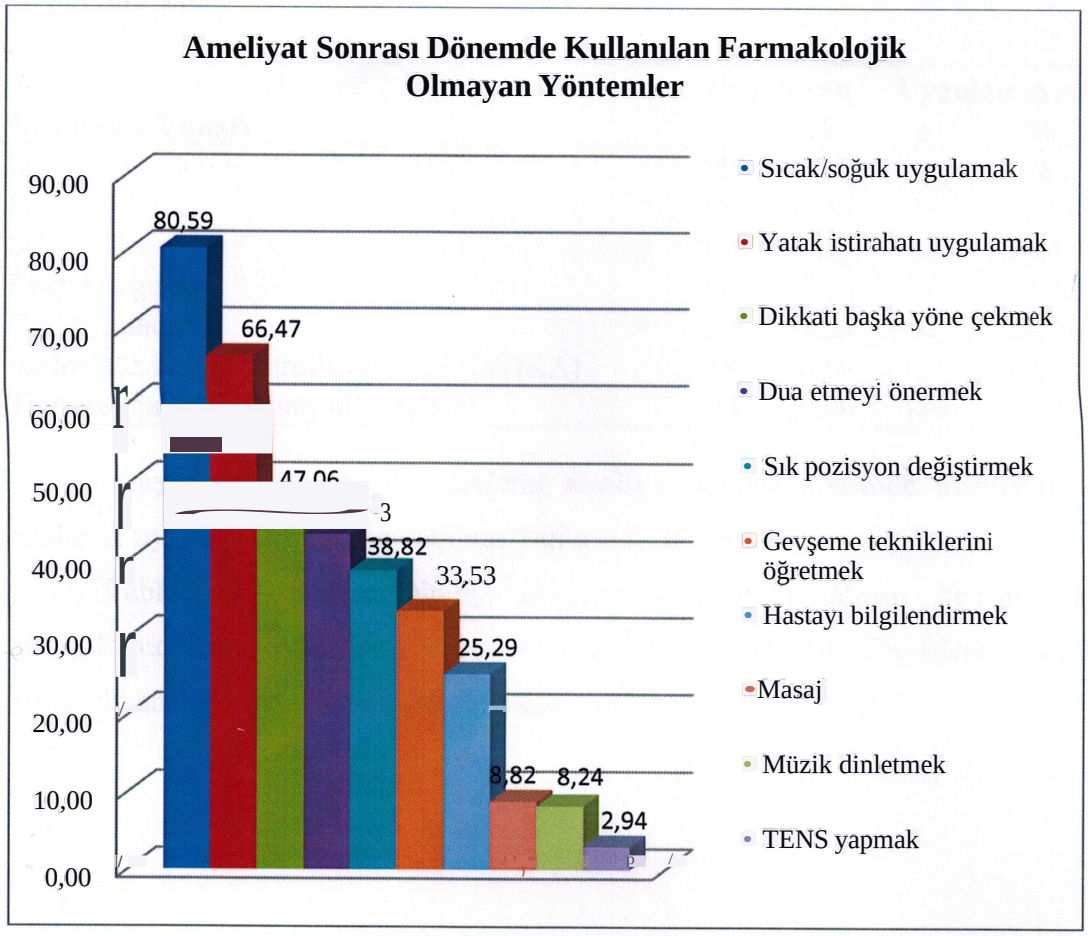
Hemşirelerin %86,47'si ameliyat sonrası NSAİ uygulamasından sonra yan etki görülmesinden sonra yan etkiyi tanıladığı, %85,88'inin yan etkiyi hekime bildirdiği ve istemde bulunulan tedaviyi uyguladığı, %75,88'i yan etkiye uygun girişimleri planlanladığı ve %74,12'si yaşam bulguları takip ettiğini belirtmiştir

Tablo 4.6. Hemşirelerin HKA'ye İlişkin Yan Etki Oluşması Durumunda Yaptıkları Uygulamaları (N: 170)

Hemşirelik Uygulamaları	Uygulayan		Uygulamayan	
	n	%	n	%
İlaçlara bağlı yan etkilerin önlemesine yönelik girişimde bulunma	105	61,76	65	38,24
Kataterin yerinde olup olmadığını ve ilacın doğru yolla uygulanıp uygulanmadığını kontrol etme	97	57,06	73	42,94
Problemin hasta, sağlık profesyoneli ya da cihaz kaynaklı olup olmadığını araştırma	96	56,47	74	43,53
Cihazın elektrik bağlantılarını kontrol etme	80	47,06	90	52,94
Cihazın sinyali ve dili hakkında hastayı bilgilendirme	45	26,47	125	73,53
Sistemin hasta tarafından doğru kullanılıp kullanılmadığına ilişkin bilgileri tekrar etme	30	17,65	140	82,35

Tablo 4.6.'da araştırma kapsamına alınan hemşirelerin HKA uygulaması sırasında yan etki oluşması durumunda yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin HKA uygulaması sırasında yan etki oluşması durumunda; %61,76'sının ilaçlara bağlı yan etkilerin önlemesine yönelik girişimde bulundukları, %57,06'şının kataterin yerinde olup olmadığını ve ilacın doğru yolla uygulanıp uygulanmadığını kontrol ettikleri, %56,47'sinin problemin hasta, sağlık profesyoneliya da cihaz kaynaklı olup olmadığını araştırdıkları, ancak %47,06'sının cihazın elektrik bağlantılarını kontrol ettikleri, %26,47'sinin cihazın sinyali ve dili hakkında hastayı bilgilendirdikleri, %17,65'inin sistemin hasta tarafından doğru kullanılıp kullanılmadığına ilişkin bilgileri tekrar ettiği saptanmıştır.



Şekil 4.5. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Uyguladıkları Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Şekil 4.5.'de görüldüğü gibi hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde uyguladıkları farmakolojik olmayan yöntemler incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %80,59'unun hastaya sıcak/soğuk uygulama yaptığı, %66,47'sinin yatak istirahatı uyguladığı, ancak %47,06'sının dikkati başka yöne çektiği, %43,53 'ünün dua etmeyi öğrettiği, %38,82'sinin sık pozisyon değiştirttiği, %33,53 'ünün gevşeme tekniklerini öğrettiği, saptanmıştır. Hemşirelerin sadece, %25,29'u hastayı bilgilendirdiğini, %8,82'si masajı, %8,24'ü müzik dinlettiğini ve %2,94'ü TENS uyguladığını belirtmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Dönemde Uyguladıkları Analjezik 'Uygulama Yolları (N: **170)**

Uygulama Yolları	Uygulayan		Uygulamayan	
	n	%	**n**	%
IM	155	91,18	15	8,82
IV	147	86,47	23	13,53
SC	125	73,53	45	26,47
Rektal uygulama	112	65,88	58	34,12
Oral uygulama	125	73,53	45	26,47
İntravenöz hasta kontrollü analjezi (IVHKA)	18	10,59	152	89,41
Transdermal hasta kontrollü analjezi	34	20,00	136	80,00

Araştırmaya katılan hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde uyguladıkları analjezik uygulama yollarının dağılımı Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, %89,41'inin İntravenöz hasta kontrollü analjezi ve %80'inin Transdermal hasta kontrollü analjezi uygulamadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrıyı Değerlendirmede Ölçek Kullanma Durumları (N: 170)

	Kullanan		Kullanmayan		X^2	p
	n	%	n	%		
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	12	16,00	63	84,00	16,40	0,00*
Lisans/Lisansüstü	43	45,26	52	54,74		
Meslekte Çalışma Süresi						
6 yıl ve altı	20	28,17	51	71,83	0,98	0,41
7 yıl ve üzeri	35	35,35	64	64,65		
Eğitim Alma Durumu						
Alan	34	40,00	51	60,00	4,54	0,02*
Almayan	21	24,71	64	75,29		

**p<0,05*

Tablo 4.8.'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat soması ağrıyı değerlendirirken ölçek kullanma durumları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin eğitim durumlarına göre ameliyat soması ağrıyı değerlendirirken ölçek kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0,05).** Lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin ameliyat soması ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanma durumları lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksektir.

Meslekte çalışma süresi 7 yıl ve üzeri olan hemşirelerin %35,35'i ölçek kullandığını belirtmiştir, ancak hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre ameliyat soması ağrıyı değerlendirirken herhangi bir ölçek kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır **(p>0,05).**

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre ameliyat soması ağrıyı değerlendirirken herhangi bir ölçek kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0,05).**

(Tablo 4.9. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı İzlem Formu Kullanma Durumları (N: 170)

	Kullanan		Kullanmayan		χl	p
	n	%	n	%		
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	14	18,67	61	81,33	8,98	0,00*
Lisans/Lisansüstü	38	40,00	57	60,00		
Meslekte Çalışma Süresi						
6 yıl ve altı	22	30,99	49	69,01	0,01	0,53
7 yıl ve üzeri	30	30,30	69	69,70		
Eğitim Alma Durumu						
Alan	26	30,59	59	69,41	0,00	0,57
Almayan	26	30,59	59	69,41		

**p<0,05*

Tablo 4.9. incelendiğinde; lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı izlem formu kullanma oranları, lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre ameliyat sonrası ağrı izlem formu kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0,05).**

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine ve ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre ameliyat sonrası ağrı izlem formu kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır **(p>0,05).**

Tablo 4.10. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre, Ameliyat Sonrası Dönemde Adjuvan Analjezikleri Uyguladıktan Sonra, Hastayı İzleme Durumları (N: **170)**

	İzleyen		İzlemeyen		χ2	p
	n	%	n	%		
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	13	17,33	62	82,67	14,80	0,00*
l.,isans/1.,isansü.stü.	43	45,26	52	54,74		
Meslekte Çalışma Süresi						
6 yıl ve altı	26	36,62	45	63,38	0,75	0,24
7 yıl ve üzeri	30	30,30	69	69,70		
Eğitim Alma Durumu						
Alan	32	37,65	53	62,35	1,70	0,13
Almayan	24	28,24	61	71,76		

**p<0,05*

Tablodan da görüldüğü gibi lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde adjuvan analjezikleri uyguladıktan sonra, yan etkiler açısından hastayı sürekli izleme oranları lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksektir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ameliyat sonrası dönemde adjuvan analjezikleri uyguladıktan sonra, hastayı izleme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0,05).**

Hemşirelerin meslekte çalışma sü.relerineve ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre ameliyat sonras.ı dönemde adjuvan analjezikleri uyguladıktan sonra, hastayı izleme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır **(p>0,05).**

Tablo 4.11. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Dönemde Nonfarmakolojik Ağrı Giderme/Azaltma Yöntemlerini Kullanma Durumları (N: **170)**

	Kullanan		**Kullanmayan**		XZ	P
	n	%	**n**	%		
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	72	96,00	3	4,00	11,33	0,00*
Lisans/Lisansüstü	74	77,89	21	22,11		
Meslekte Çalışma Süresi						
6 yıl ve altı	65	91,55	6	8,45	3,23	0,06
7 yıl ve üzeri	81	81,82	18	18,18		
Eğitim Alma Durumu						
Alan	77	90,59	8	9,41	3,11	0,06
Almayan	69	81,18	16	18,82		

**p<0,05*

Araştırmaya dahil edilen lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde farmakolojik olmayan ağrı giderme ya da azaltma yöntemlerini kullanma oranları lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha düşüktür.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ameliyat sonrası dönemde farmakolojik olmayan ağrı giderme ya da azaltma yöntemlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0,05).**

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine ve ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre ameliyat sonrası dönemde farmakolojik olmayan ağrı giderme ya da azaltma yöntemlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır **(p>0,05).**

Tablo 4.12. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Kontrollü Analjezi Yöntemini Bilme Durumları (N: 170)

	Bilen		Bilmeyen		X2	p
	n	%	n	%		
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	41	54,67	34	45,33	4,76	0,02*
Lisans/Lisansüstü	36	37,89	59	62,11		
Meslekte Çalışma Süresi						
6 yılve altı	37	52,11	34	47,89	2,29	0,09
7 yıl ve üzeri	40	40,40	59	59,60		
Eğitim Alma Durumu						
Alan	40	47,06	45	52,94	0,21	0,38
Almayan	37	43,53	48	56,47		

**p<0,05*

Tablo 4.12.'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre Hasta Kontrollü Analjezi yöntemini bilme durumlarının karşılaştırması yer almaktadır.

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin eğitim durumlarına göre Hasta Kontrollü Analjezi yöntemini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0,05).** Lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin Hasta Kontrollü Analjezi yöntemini bilme oranları lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha düşüktür.

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine ve ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre Hasta Kontrollü Analjezi yöntemini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır **(p>0,05).**

Tablo 4.13. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Adjuvan Analjeziklerin Kullanımını ve Yan Etkilerini Bilme Durumları (N: 170)

	Bilen		Bilemeyen		χ2	P
	n	%	n	%		
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	15,00	20	60,00	80,00	1,24	0,18
Lisans/Lisansüstü	26,00	27,37	69,00	72,63		
Meslekte Çalışma Süresi						
6 yıl ve altı	21	29,58	50	70,42	1,99	0,11
7 yıl ve üzeri	20	20,20	79	79,80		
Eğitim Alma Durumu						
Alan	27	31,76	58	68,24	5,43	0,02*
Almayan	14	16,47	71	83,53		

**p<0,05*

Tablo 4.13.'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bazı tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre Adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini bilme durumları verilmiştir.

Tablo 4.13 incelendiğinde; hemşirelerin eğitim durumlarına ve meslekte çalışma sürelerine göre Adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre Adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, cerrahi ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesine yönelik elde edilen verilerin tartışması yer almaktadır. Tartışma, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerine yönelik tartışmaya ve ikinci bölümde ise hemşirelerin uygulamalarına yönelik tartışmaya yer verilmiştir.

5.1. Hemşirelerin İfadelerine Göre, Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimini Bilme Durumlarına İlişkin Tartışma

Bu bölümde hemşirelerin kendi. ifadelerine göre, ameliyat soması ağrı yönetimi ile ilgili bilgilerine yönelik bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda, hemşirelerin kendi ifag.t:ıl(;lrine göre, %96.5'inin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)J3asamak Tedavi Sistemini. bilı11(;ldiği görülmüştür (Tablo 4.2.). DSÖ, 1986 ve 1987 yıllarında kanser hastalarının ağrısının tedavisinde kullanılan, 3 basamaklı analjezik tedavi sistemini yayınlaınıştır (DSÖ).. DSÖ bu tedavi sistemini yayınladıktan 20 yıl soma ağrı şiddetine ve bireye uygun bir ağrı tedavisi yaklaşımının belirlenmesi gerektiğine ve. gerektiğinde basamaklar arası geçiş yapılabileceğine vurgu yapmaktadır. DSC). ba.sanıak tedavi sisteminin 1986 yılından bu zamana kadar cerrahi kliniklerde. çahşan Jıemşirelerce tam kavranmamış olması uygulama açısından büyük eksikliktir (Tuncer, 2007).

Çalışmamızda, hemşirelere ağrı yönetimi ile ilgili bilgi durumu sorulduğunda %91.2'si bilgisinin var olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2.). Ameliyat soması ağrının tanılanmasında hemşire, rol ve sorumlulukları kapsamında, ağrı sürecinin doğasını ve bireyin ağrıya olan yanıtlarını etkileyen faktörleri, ağrı tanılama ve azaltma yöntemlerini bilmesi gerekir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Düzel (2008) çalışmasında, hemşirelerin %80.9'unun ağrı yönetimi ile ilgili bilgisinin var olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun ağrı yönetimi konusunda bilgisinin olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Elde edilen sonucun sevindirici bir durum olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %45.3'ünün Hasta Kontrollü Analjezi (HKA) yöntemini bildiğini ifade etmiştir (Tablo 4.3). HKA, büyük cerrahi girişimlerden soma sürekli ve düzenli olarak opioid uygulaması gerektiren durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Hemşireler, ilaçların etkisi ve komplikasyonlarının izlemi, cihaz

kullanımına ilişkin hastanın bilgilendirilmesi açısından sorumluluk üstlenmelidirler (Uzun ve Arslan, 2008). Mordin ve ark. (2007) çalışmalarında, hemşirelerin %39 oranında HKA uyguladıklarını belirtmiştir. Ay ve Alpar (2010) çalışmasında, hemşirelerin %43.4'ünün HKA uyguladığını belirtmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar literatür bulguları ile benzer sonuçlar göstermektedir. HKA uygulamasının yapılmamasının, HKA cihazının kullanımının bilinmediğinden ya da kurum içi kullanılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin sadece %24.1'i adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini bildiği görülmüştür (Tablo 4.2.). Multimodal analjezi, akut ağrı yönetiminin önemli yapı teşlanndan birisidir. Literatürde adjuvan analjeziklerin etkinliğini arttıran bir ilaç grubu olduğu, analjeziklerin yan etkilerinin erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi gerektiği, bunun etkin ağrı yönetiminde temel oluşturduğu, ameliyat soması etkin ağn yönetiminin gerçekleştirilmesinde önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (Krenzişchek ve ark., 2008). Elde ettiğimiz bulgu hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun Jtgjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini bilmediğini göstermektedir.... Hemşirelerin adjuvan analjeziklerin kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgili olmamasının etkin ağrı kontrolünün sağlanması açısından engel olabileceği düşi.itJ,iilın,ektedir

Çalışmamızda, ameliyat soması dönemde ağrıyı tanılarken hemşirelerin, %94.7 gibi büyük çoğunluğu ağrının yerini, %93.S'i ağrının şiddetini, %81.1'i ağrının niteliğini, %59.4'ü ağrınır; başlangıç zamanını, %57.6'sı hastanın ifade etme şeklini, ancak %45.9'.u ağrıyı azaltan veya arttıran faktörleri, %43.S'i ağrının hasta üzerinde etkisi ve %30'u da hastanın sözlü-sözsüz ifadelerine dikkat ettiğini belirtmiştir (Şekil 4.2). Ameliyat soması ağrı birçok faktörden etkilenen.karmaşık bir ağrı sınıflaması içinde yer aldığından tanılanmasının güçleştiği, yeterli ağrı kontrolünün sağlanmasında ilk adım olduğu literatürde vurgulanmaktadır (Li ve Wu, 201 0). Ağrı tanılamasında ilk hastanın kendi ifadesi ele alınmakta, ikinci sırada ağrıya neden olabilecek patolojik durum ve işlemler, fizyolojik ve davranışsa! belirtiler yer almaktadır (Karayurt ve Akyol, 2008). Özer ve ark. (2006) çalışmasında, hastaya ağrısını sorarak sözel ifadelerini dikkate alan hemşirelerin %30 olduğu ve %47.4 gibi yarıya yakınınında hastanın davranışlarını gözlemlediğini

bildirmektedir. Akdağ (2008), hemşirelerin %48.8'inin hastanın ağrı şiddetini tanımladığına işaret etmektedir. Bulgularımız literatür bulgularıyla benzer sonuçlar göstermektedir. Hemşirelerin ağrı tanılamasında izlediği bileşenlerin bazılarının yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bu durumun ameliyat sonrası ağrının giderilmesine ilişkin, hemşirelerin bakım girişimlerinin planlanması açısından olumlu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %95.3'ü sıvı elektrolit dengesizliğini, %91.7'si ışığa hassasiyetin, %88.2'si dispepsinin, %87'si akut renal yetmezliğin, %86.S'i ülserin, %82.9'u üst GIS kanamasının, %72.9'u baş ağrısı/dönmesinin, %68.2'si hipertansiyonun NSAJ'nin yan etkisi olduğunu bilmemektedir (Tablo 4.4.). Ameliyat sonrası analjezinin sağlanmasında NSAİ ilaçlar yaygın olarak uygulanmaktadır. NSAİ, ameliyat sonrası oluşan inflamatuvar yanıtı azaltmakta kanama süresi ve pıhtılaşmayı da azaltarak üst GIS kanamalarına neden olmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde rol alan hemşireler ilaçların uygulanması ve yan etkilerinin izlenmesi açısından yasal sorumluluk üstlenmektedirler (Yarış ve Dikici, 2008). Çalışmamızda diğer yan etkilere oranla bulantının 82.9 oranında bilinmesi, ameliyat sonrası sıklıkla gözlenen bir hemşirelik tanısı olduğunu göstermektedir. Bulantının hasta üzerindeki olumsuz etkisi ve hasta tarafından sık ifade edilen bir sorun olması konunun başka yönüdür. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, hemşirelerin büyük ölçüde NSAİ ilaçların yan etkilerini bilmediği gözlenmiştir.

5.2.Hemşirelerin İfadelerine Göre, Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Uygulamalarına Yönelik Tartışma

Bu bölümde hemşirelerin ifadelerine göre, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin uygulamalarına yönelik bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda, hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimine ilişkin %95'i hastalara bilgi verdiğini ifade etmiştir (Şekil 4.3.). Ameliyat sonrası ağrının uygun şekilde tanılanması, planlanması, tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanması ve bu uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastaya uygun bir dille anlatılması hemşirelerin önemli sorumluluklarından birisidir (Kaya, 2008). Ay ve Alpar, (2010) hemşirelerin ameliyat sonrası hemşirelik uygulamalarının

değerlendirilmesine ilişkin bir çalışmasında, hemşirelerin %64'ünün ameliyat sonrası hastayı bilgilendirdiğini belirtmiştir. Yıldırım'ın (2013) çalışmasında, hemşirelerin %66.7'si ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilgili bilgi verirken, %33.2'si ise hiç bilgi vermedikleri veya bazen verdikleri görülmüştür. Bizim çalışmamızda bilgi verme oranı yüksek saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimi ile ilgili uygulamalar konusunda hastaları yüksek oranda bilgilendirerek ameliyat sonrası ağrı yönetimine katılımlarını etkin olarak sağladıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda, ameliyat soması NSAİ uygulamasından sonra görülen yan etki durumunda uygulanan hemşirelik girişimlerine hemşirelerin %86.5'i yan etkinin tanılanması, %85.9'u yan etkinin hekime bildirilmesi ve istemde bulunan tedavinin uygulanması, %75.9'u yan etkiye uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması ve %74.l 'i ise yaşam bulgularının takibini yaptığını ifade etmiştir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde NSAİ ilaçların, DSÖ Basamak Tedavi Sistemi içerisinde ilk basamakta yer aldığı ve kullanımlarının son derece yaygın olduğu, bu nedenle hemşirelerin bu grup ilaçların farmaklojik etkilerinin iyi bilinmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Krenzichek ve ark., 2008). Hemşirelerin ilaçların etkilerini ve yan etkilerini bilmeleri gerekmektedir. Çalışmamızda elde edilen veriler sonucunda hemşirelerin ameliyat sonrası NSAİ uygulamasından sonra görülen yan etki durumunda uygulanan hemşirelik girişimine yönelik uygulamalarının olumlu yönde olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, hemşirelerin %95.3'ü ağrıyı tanılarken hastanın yaşam bulgularım dikkate aldığı görülmüştür (Tablo 4.5.). Yaşam bulgularındaki değişiklikler, hastanın ifade edemediği ancak ağrı şiddeti hakkında sağlık profesyonellerine bilgi vermektedir (Karakurt ve Akyol, 2008). Aslan ve Badır'ın (2005) çalışmasında hemşirelerin %81.1'inin ağrısı olan hastanın fizyolojik ve davranışsa! değişikliklerini değişikliklerini izlediklerini ifade etmiştir. Elde edilen sonuç Aslan ve Badır'ın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin yaşam bulgularım yüksek oranda dikkate almalarının ağrı tanılaması açısından olumlu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %67.6'sının ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadığı görülmüştür (Tablo 4.5.). Özer ve ark. (2006) çalışmalarında, hemşirelerin %74.5'inin ölçek kullanmadığı görülmüştür. Ay ve Alpar (2010) çalışmasında, hemşirelerin %67.7'sinin ağrı ölçeği kullanmadığını vurgulamaktadır. Akdağ'ın (2008) çalışmasında, hemşirelerin %88.l'inin ağrı tanılama ölçeği kullanmadığı görülmüştür. Abdalrahim ve ark. (2008) hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine yönelik kayıtlarını inceledikleri bir çalışmasında da hemşirelerin %95.7'sinin ağrı değerlendirme ölçeği kullanmadığını vurgulamıştır. Yine Demir ve ark. (2012) çalışmasında, hemşirelerin %66.7'sinin ağrı skalası kullanmadığı saptamıştır. Araştırma sonuçları literatür bulgularından Demir ve ark. ve Ay ve Alpar'ın çalışması ile benzer sonuçlar görülürken Özer ve ark., Abdalrahim ve ark. ve Akdağ'ın çalışması ile benzer sonuçlar göstermediği gözlenmiştir. Hemşirelerin ağrı değerlendirmesinde önemli olan ağrı skalası veya ölçeklerini çok az oranda kullandıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin ağrı ölçme araçları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları, kurum içinde kullanılmaması, ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesinin gerekli olduğuna inanmamaları ya da iş yükünün fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin yalnızca %30,6'sı ağrı izlem formu kullanmaktadır (Tablo 4.5.) Ağrı izlem formu hastanın ağrı değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Kurumlarda ağrı izlem formunun kullanılmamasının büyük eksiklik olduğu, ağrı izlem formunun kurumlar içinde kullanımının yaygınlaştırılması gerektiği ve bunun sağlık profesyonelleri tarafından kullanımın benimsenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %32,9'u adjuvan analjezik uyguladıktan sonra hastayı izlemektedir (Tablo 4.5.). Hemşirelerin ağrı yönetiminde: opioid/opioid olmayan ilaçların ve adjuvan analjeziklerin farmakokinetik özelliklerini ve ağrı oluşum mekanizmalarını iyi bilmesi gerektiği üzerinde durulmakta, hemşirelerin adjuvan analjeziklerin kullanımını durumunda hastayı bilgilendirmesi ve yan etkilerini değerlendirmeleri gerektiği üzerinde durulmaktadır (Krenzischek ve ark., 2008). Sayın (2008) çalışmasında hemşirelerin %66.28'i adjuvan anljezik uyguladıktan sonra hastanın izlemini gerçekleştirmediğini belirtmiştir. Bulgumuz

Sayın'ın bulgusu ile benzer sonuç göstermektedir. Hemşirelerin çoğunun adjuvan analjeziklerin uygulanması sonrası hasta izleminin öneminin farkında olmadıklarını düşündürmekte ve etkin ağrı kontrolü açısından olumsuz olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %85.9'u nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farınakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki göstermektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı gidermede kullanım amacı; analjeziklerin kullanım oranının azaltılması, hastanın ağrı sorununun olabildiğince giderilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Anderson et all, 2006). Ay ve Alpar'ın çalışmasında hemşirelerin %22.8'inin farmakolojik olmayan yöntemleri kullandığını belirtmiştir. Demir ve ark. (2012) çalışmalarında, hemşirelerin %40'ının nonfarmakolojik yöntem kullandığını belirtmiştir. Bulgumuz Ay ve Alpar'ın ve Demirin çalışması ile benzer sonuçlar göstermemektedir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin nonfarmakolojikyöntemlerin kullanım oranın iyi olduğu gözlenmiştir. Nonfarmakolojik yöntemlerin. hemşireler tarafından uygulanması, hastalara verilen bakımın kalitesini ve verimliliğini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %37.7' si plasebo ilaç uygulamaktadır (Tablo 4.5.). Plasebo "hastanın arzusunu tatmin etmek amacıyla verilen etkisiz ilaç"dır. Hastaya analjezik yöntem olarak plasebo kullanımı "tedavisiz bıralana">anlamına gelen etik bir sorundur. Dünya. Tıp Helsinki Bildirge'sinde (2008)> plasebo kullanımına yönelik ek. maddeler kapsamında yeni bir yöntemin yarar, tehlike, sakınca ve etkileri, kullanılmakta olan kanıtlanmış en iyi yöntemle karşılaştırılarak denenmesi gerektiğiüzerinde durulmaktadır. Fassler ve ark. (2010)çalışmalarında, hemşirelerin %51-100 gibi değişen bir oranda plasebo kullandığını bildirmektedir. Bulgumuz Fassler ve ark. bulgularından düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin %97' si ağrının devam ettiği durumlarda hekime haber vermektedir. Sağlık hizmeti alan bireyin en kaliteli ve kapsamlı sağlık bakımının verilmesinde, sağlık bakım profesyonellerinin ortak hedeflerinin, bilgi ve deneyim paylaşımı ve ortak kararlar alarak bu kararları uygulamak olduğu üzerinde durulmaktadır (Akyürek ve ark., 2005). Hemşirenin, hastanın bulgularını ve

davranışlarını yorumlayan, fizyolojik değişikliklerini ilk tanılama olanağı elde eden sağlık profesyoneli olup, hemşirenin rollerinden birinin de anormal değişikliklerin izlendiği durumlarda hekimi bilgilendirmek olduğu dikkate alındığında (Özer ve ark., 2006, Düzel, 2008), çalışmamızda hemşirelerin tamamına yakınının doğru uyguladığı belirlenmiştir. Bulgumuz literatür bilgileri ile uyum gösterdiği ve hemşirelerin hastanın ağrısı konusunda hekimi bilgilendirmesinin ağrı yönetimi açısından olumlu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %70.6'sı ameliyat öncesi dönemde preemptif analjezi yöntemini uygulamadığını ifade etmiştir (Tablo 4.5.) Ameliyat sonrası ağrının oluşumunda rol oynayan nörohormonal etkilerin önlenmesinde preemptif analjezinin kullanımının arttığı ve hemşirelik.bakımının sürekliliğinin sağlanması açısından uygulamalara ilişkin bilginin önemi vurgulanmaktadır (Krenzischek ve ark., 2008). Arıcı ve ark. (2009) ameliyat sonrası ağrının önlenmesinde kullanılan preemptif analjezinin hasta ve hemşire memnuniyeti açısından olumlu sonuçlar olduğunu bildirmektedir. Çalışma sonıicumuzun ağrı yönetimi açısından olumsuz olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin ağrı oluşmadan önce önlenebileceği konusunda bilgi sahibi olmasının ameliyat sonrası ağrı yönetiminin olumlu yönde etkileyebileceği, preemprif analjezinin kullanımının yaygınlaştırılmasının gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin tamamına yakını (%98.2) ameliyat sonrası ağrı değerlendirme sonuçlarını kayıtettiğini ifade etmiştir (Tablo 4.5.). Bacaksız ve ark., (2008) çalışmasında hemşirelerin %54.3'ünün ağrı ile ilgili kayıt tuttuğunu bildirmektedir. Özer ve ark., (2006) çalışmasında hemşirelerin %64.9'unun ağrı tanılama ve değerlendirme sonuçlarını kayıt ettiğini bildirmektedir. Bulgumuz Bacaksız ve ark. ve Özer ve ark. bulgularından oldukça yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin tamamına yakınının ağrı değerlendirme sonuçlarını kayıt etmesinin ağrı bakımının etkinliği açısından sevindirici olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde kullanılan farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerine %80.6'sı sıcak-soğuk uygulama, %66.5'i yatak istirahatı, %47'si dikkati başka yöne çekmek, %43.5'i dua etmeyi önermek, %38.8'i sık poziyon değiştirmek, %33.5'i gevşeme tekniklerini öğretmek,

%2,5.3'ü hastayı bilgilendirmek, %19.9'u ise hastayı bilgilendirme, masaj ve müzik dinlettiğini ifade etmiştir (Şekil 4.5.). Nonfarmakolojik yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki göstermektedir (Anderson et all, 2006). Büyükyılmaz'ın (2005) çalışmasında, hemşirelerin %78.7'sinin pozisyon değişikliğini ağrı giderme yöntemi olarak tercih ettiğini bildirmektedir. Akdağ (2008) çalışmasında hemşirelerin %28'inin sıcak uygulama ve %31 'inin de soğuk uygulama yaptığını belirtmiştir. Elde edilen sonucun literatür bulguları ile farklı olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, hemşirelerin %91.1'i gibi tamamına yakını IM uygulama ve %86.4'ü IV uygulamayı sıklıkla bilmekte ve kullanmaktadır (Tablo 4.7.). Hemşirelerin ilaçların hazırlanması ve uygulanması konsundaki sorumlulukları, tüm yöntemleri bilmeleri ve kullanmalarını gerekli kılmaktadır (Kuğuoğlu ve ark., 2009). Karaçay ve ark., (2006) çalışmasında hastalara IV yoldan analjezi uygulama oranının %7.8 olduğu ve ve 91.2'si gibi çoğunluğu .da IM yoldan analjezi uyguladığını belirtmiştir. Elde edilen bulgumuz literatür bulgusu ile benzer sonuç göstermektedir. Ancak hemşirelerin tüm uygulamaları aynı oranda bilmesi ve kullanması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin eğitim durumlarına göre ameliyat sonrası ağrı değerlendirirken ölçek kullanma durumları; arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8.). Lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin %45.3'ü ameliyat sonrası ağrı değerlendirmede ölçek kullanırken, lise/ön lisans mezunu hemşirelerin ise kullanma orası %16'dır. Lüsans/lisansüstü hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanma oranı daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre ameliyat sonrası ölçek kullanma durumu arasında fark olduğu belirlenmiştir. Eğitim alan hemşirelerin %40'ının ağrı değerlendirmesinde ölçek kullandığı belirlenmiştir. Ancak eğitim alan hemşirelerin ölçek kullanma oranının daha fazla olması gerektiği düşünülmektedir. Bu eksikliğin giderilmesi için hizmet içi eğitim programlarında konunun ele alınması ve ağrı değerlendirmede ölçek kullanımının kurum içinde yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin %40'ı ağrı izlem formu kullanırken lise/önlisans mezunu hemşirelerin %18.7'sinin ağrı izlem formu kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Ağrı izlem formu hastanın ağrı değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Eğitim durumuna bakıldığında lisans/yükseklisans mezunu hemşirelerin ağrı izlem formu kullanma durumunun daha fazla olduğu gözlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre eğitim durumunun ağrı izlem formu kullanma durumunu etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin %45.3'ünün adjuvan analjezik uyguladıktan sonra hastayı izlerken, lise/önlisans mezunu hemşirelerin sadece %17.3'ü izlemektedir (Tablo 4.10). Elde edilen bulgulara göre hemşirelerin eğitim durumlarına göre hastayı izleme durumu arasında fark olduğu belirlenmiştir. Ancak eğitim durumuna göre hastayı izleyen hemşire oranının daha yüksek olması beklenmektedir. Bu durum, hemşirelerin adjuvan analjeziklerin uygulanmasından sonra hasta izleminin öneminin farkında olmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, lise/önlisans mezunu hemşirelerin %96'sı ameliyat sonrası nonfarmakolojik yöntemleri kullandığını ifade ederken, lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin ise %77.9'u nonfarmakolojik yöntemleri kullandığını ifade etmiştir (Tablo 4.11.). Eğitim durumuna göre hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemleri kullanması arasında ters ilişki olduğu gözlenmiştir. Lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerde nonfarmakolojik uygulamanın daha az olmasının ağrı yönetimi açısından olumsuz olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemleri kullanmasının, ağrı yönetimi açısından olumlu olduğunun benimsenmesi için hizmet içi eğitim programlarında bu konunun ayrıntılı olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin eğitim durumuna göre hasta kontrollü analjezi yöntemini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin hasta kontrollü analjezi yöntemini bilme oranları lise/önlisans mezunu hemşirelere göre daha düşüktür (Tablo 4.12). Eğitim düzeyi, müfredat programları dikkate alındığında arttıkça bilme ve uygulama durumlarının daha iyi olması beklenir.

Çalışmamızda, hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre adjuvan analjezik kullanımı ve yan etkilerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13.). Eğitim alan hemşirelerin, %31,76'sı adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini bilmektedir. Literatürde adjuvan analjeziklerin etkinliğini arttıran bir ilaç grubu olduğu, analjeziklerin yan etkilerinin erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi gerektiği, bunun etkin ağrı yönetiminde temeli oluşturduğu, ameliyat sonrası etkin ağrı yönetiminin gerçekleştirilmesinde, özellikle NSAİ'nın, opioid ve lokal anestetiklerin farmakolojik etki ve yan etkilerinin hemşireler tarafından bilinmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (Krenzischek ve ark., 2008).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Cerrahi ağrı yönetimine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hemşirelerin, %78,82'sinin kadın, %40,59'unun 36 yaş ve üzeri olduğu, %57,65'inin evli olduğu, %50,59'unun lisans mezunu ve, %30,0'unun 10 yıl ve üzeri mesleki kıdeme sahip olduğu, %41,18'inin şuan çalıştıkları birimde 1-3 yıldır ve %4.12'sinin ise 10 yıl ve üzerinde görev yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Hemşirelerin ifadelerine göre, %91,l8'i ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, %96,47'si Dünya Sağlık Örgütünün Basamak Tedavi Sistemini bilmedikleri, %91,18'inin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi sahibi olduğu, %54,71'inin hasta kontrollü analjezi yöntemini ve %75,88'inin adjuvan analjeziklerin kullanımım ve yan etkilerini bilmedikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Hemşirelerin, %50'si ağrı yöneiimi.konusıında eğitim aldığını ve eğitim alan hemşirelerin %76,47'si ağrı yönetimi konusunda hizmet için eğitim aldıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına ahnan.xhemşirelerin sadece %23,53'ünün ağrı yönetimine ilişkin yayın takip .ettiğive yayın takip eden hemşirelerin %75,0'inin bilimsel dergileri takip ettiği görülnıek.t(;)dir (Tablo 4.3.).

Hemşirelerin ifadelerine göre %82,94'ü ameliyat sonrası dönemde NSAİ'ın yan etkisi olarak bulantı görülebileceğini bilmektedir (Tablo· 4.4.).

Hemşirelerin ifadelerine göre, %95,29'u ağrıyı tanılarken.hasjanın yaşam bulgularındaki değişiklikleri dikkate aldığı, %67,65'inin ağrıyı değerlendirirken herhangi bir ölçek ve %69,41'inin de ağrı izlem formu kullanmadığı, %62,06'sının adjuvan analjezikleri uyguladıktan sonra, yan etkiler açısından hastayı sürekli izlemediği, %85,88'inin farmakolojik olmayan yöntemleri kullandığı, %37.65'inin plasebo ilaç kullandığı, %29.41'inin ameliyat öncesi preemptif analjezi yöntemi uyguladığı saptanmıştır (Tablo 4.5.).

Hemşirelerin ifadelerine göre, HK.A uygulaması sırasında yan etki oluşması durumunda; %61,76'sının ilaçlara bağlı yan etkilerin önlemesine yönelik girişimde bulundukları, %57,06'sının kataterin yerinde olup olmadığını ve ilacın doğru yolla uygulanıp uygulanmadığını kontrol ettikleri, %56,47'sinin problemin hasta, sağlık profesyoneli ya da cihaz kaynaklı olup olmadığını araştırdıkları, %47,06'sının cihazın elektrik bağlantılarını kontrol ettikleri, %26,47'sinin cihazın sinyali ve dili hakkında hastayı bilgilendirdikleri, %17,65'inin sistemin hasta tarafından doğru kullanılıp kullanılmadığına ilişkin bilgileri tekrar ettiği saptanmıştır (Tablo 4.6.).

Hemşirelerin ifadelerine göre, %91,18'inin analjezikleri IM uyguladıkları, %86,47'sinin IV, %73,53'ünün SC, %65,88'inin rektal ve %73,53'ünün oral olarak uyguladıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %89,41'inin İntravenöz hasta kontrollü analjezi ve %80'inin Transdermal hasta kontrollü analjezi uygulamadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.7.)

6.2. **Öneriler**

- Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin güncel bilimsel bilgi içeriğine sahip olmalarını sağlayaçak olan kurs, kongre veya sertifika programlarına katılımın artırılması,
- Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) basamak tedavi sistemini kavramalarına ilişkin bilimsel bilgi içeriğinin hizmet içi programlarda ayrıntılı şekildeele alınması,
- Postoperatif ağrının tanılanmasında profosyonel yaklaşım ve bütüncül hemşirelik bakımının verilebilmesi için ağrı skalası ve ağrı .izlem formu kullanılması ve kullanımın yaygınlaştırılması,
- Hemşirelerin farmakolojik tedavinin yanısıra nonfarmakolojik tedaviyi daha fazla kullanımınının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abdalrahim, M.S., Majali, S. A., Stomberg, M. W. ve Bergbom, I. (2011). The Effect of Postoperative Pain Management Program On İmproving Nurses Knowledge and Attitudes Toward Pain. Nurse Education Practice, 11(4), 250-255.

Abdalrahim, M.S., Majali, S. ve Bergbom, I. (2008). Documentation of Postoperatif Pain by Nurses in Surgical Wards. Acute Pain, 10,73-81.

Akdağ, R.G. (2008). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi ile İlgili Bilgi, Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.

Akyürek, B., Serap Özer, S., Argon, G., Conk, Z., (2005). Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyet ve Hemşirelerin İşine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi, Tıp Dergisi, 44:167-172.

Anderson, K.O., Cohen, M.Z, Mendoza, T.R, Guo, H., Harle, M.T. ve Cleeland, C.S. (2006). Brief Cognitive-Behavioralaudiotape İnterventions for Cancer-Related Pain: Immediate But Not Long-Term Effectiveness. Cancer, 107 (1), 207-214.

Arıcı, S., Gurbet, A., Türker, G., Yavaşcaoğlu, B., Şahin, Ş. (2009). Total Abdominal Histerektomide Preemptif İntravenöz Parasetemolün Analjezik etkisi. Ağrı, 21:54-61.

Arslan, S., Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatif Ağrı Yönetimi Ve Alternatif Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1-7.

Aslan, F.E. (2006). Postoperatif Ağrı. Ağrı Doğası ve Kontrolü, 159-90. 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul.

Aslan, F.E. ve Badır, A. (2005). Ağrı Kontrol Gerçeği; Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. Ağrı, 17(2), 44-51.

Ay, F. ve Alpar, .Ş.E. (2010). Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı, 22, 21-29.

Ay, S. ve Evcik, D. (2008). Nöropatik Ağrı ve Tedavisi. Romatizma, 23(1), 14-17.

Bacaksiz, B.B., Çöçelli, P.L., Ovayolu, N. ve Özgür, S. (2008). Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi. Ağrı, 20(3), 26-37.

Bilen, A. (2007). Postoperatif Ağrı Tedavisi. Klinik Gelişim, 1(68), 37-45.

Bozkurt, M., Yılmazlar, A. ve Bilgen, Ö.F. (2009). Total Diz Artroplastisi Sonrası İntravenöz Ve Epidural Hasta Kontrollü Analjezi Tekniklerinin Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Diz Rehabilitasyonu Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. Eklem Hastalık Cerrahisi, 20(2), 64-70.

Büyükyılmaz, F. (2005). Ortopedi Ve Travmatoloji Hastalarında Postoperatif Ağrı Tanılaması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Büyükyılmaz, F. ve Aştı, T. (2009). Ameliyet Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Ağrı, 12(2), 84-93.

Ceyhan, D. ve Güleç, M.S. (2010). Postoperatif Ağrı Sadece Nosiseptif Ağrı Mıdır?. Ağrı, 22(2), 47-52.

Çeliker R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları. Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 51, 14-8.

Çöçelli, L.P., Bacaksız, D.B., ve Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, (14), 53-58.

Demir, Y.D., Yıldırım, Y.U., İnce, Y., Türken, G., Kaya, M.A. (2012). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. Çağdaş Tıp Dergisi, 2(3): 162-172.

Dinçer, S., Özyalçın, N.S. (2005). Opioid analjezikler. Akut ağrı, 65-72. Güneş Kitabevi, Ankara.

Dünya Sağlık Örgürü (World Health Organization) Cancer Pain Relief. Worl Health Organization, 1986.

Düzel, V. (2008). Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.

Eid, T. ve Bucknall, T. (2008). Documenting and implementing evidence based postoperative pain management in older patients. Journal of Orthopeadic Nursing, 12, (90-98).

Ene, K.W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F.G. ve Sjöström, B. (2008). Post Operative Pain Management-The İnfluence Of Surgical Ward Nurses. Journal Of Clinical Nursing, 17, 2042-2051.

Erdine, S. (2007). Ağrı Mekanizmaları ve Ağrıya Yaklaşım. Erdine S. Ağrı, 37-48. 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

Eşer, İ., Khorshid, L. ve Gürol Arslan, G. (2008). Hemşire ve Hekimlerin Ağrılı Hastaya Yaklaşımlarına İlişkin Hastaların Görüşlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24(1), 1-14.

Fassler, M., Meissner, K., Schineider, A., Linde, K. (2010). Frequency and circumstances of plasebo use in clinical practise - a systematic review of empirical studies. BMC Medicine, 8:8-15.

Göker, C., Yılmaz, A., Kumbasar, H. (2009). Plasebo Etkili Midir? Etik Midir?. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 19:183-192.

Gözüyeşil, E. ve Başer, M. (2010). Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Uygulamaları ve Kadın Sağlığında Kullanımı. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, 26(1,2,3), 63-70.

Isık, G. (2006). Akut - Postoperatif Ağrı. Erişim adresi: www. lokman.cu.edu.tr Erişim tarihi: 15.07.2015.

Kara, H. (2007). Sağlık Yüksekokulları Farmakoloji Ders Kitabı. Baran ofset, 177-183.

Karaçay, P., Eti Aslan, F., Şelimen, D. (2006). Acil Travma Ünitelerinde Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Ağrı, 18:44-52.

Karayurt, Ö., Akyol, Ö. (2008). Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekoluk Dergisi, 11:96-104.

Kav, S., Hanoğlu, Z., ve Algıer, L., (2008). Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı, Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 18(1), 32-38.

Kaya, N. (2008). Yaşam Modeli. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi, 1-7. İstanbul.

Khorshid, L., ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 124-130.

Kocamanoğlu, İ.S. (2005). Akut Ağrıda Kullanılan Analjezikler Ve Adjuvanlar. O.M.Ü Tıp Dergisi, 22(1): 1-14.

Kostak, M. A. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2, 105-:,115.

Krenzischek, D.A., Dunwoody, C.J., Polomano, R.C., Rathmell, J.P. (2008). Pharmacotherapy For Acute Pain: İmplications For Practise. Journal Of Perianesthesia, 23:28-42.

Kuğuoğlu, S., Çövener, Ç., Tanır, M.K., Aktaş, E. (2009). İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki Ve Yasal Sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Sanatı Dergisi, 2:86-93.

Kurşun, Y.Z., Yıldız, F., Kaymaz, Ö., Önal, S.A. (2015). Ağrılı Kanser Hastalarının Tedavisinde Analjezik Basamak Tedavisinin Yeri. 27(1): 26-34.

Kutsal, Y.G., Varlı, K., Çeliker. R., Özer, S., ürer, H., Aypar Ü., Şahin, A. ve Oruçkaptan, H. (2005). Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi, 36(2), 111-128.

Li, S.Z, Wu, S.L. 2010). Postoperative Pain: Comparative Differences Between That Reported By Patients And Nurses. Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing, 57:60-68.

Melek, İ. M., Serarslan, Y. ve Durnan T. (2005). Nöropatik Ağrı Mekanizmaları. Osmangazi Tıp Dergisi, 27(2), 97-105.

Mordin, M., Anastassopoulos, K., van Breda, A., Vallow, S., Zhang, M., Gargiulo, K., Hewitt, D., Olson, W., Sikirica, V. (2007). Clinical Staff Resource Use With İntravenous Paitent-Controlled Analgesia in Acute Postoperative Pain Management: Results From a Multicenter, Prospective Observational Study. Journal of Perianestehesia Nursing, 22, 243-255.

Mucuk, S. ve Başer, M. (2009). Doğum Ağrısını Hafifletmede Kullanılan Tensel Uyarılma Yöntemleri. A.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), 61-66.

Önal, S.A. (2006). Analjezik Adjuvanlar. Ağrı, 18(4): 10-23.

Özcan, İ. (2006). Akut Ağrı Fizyopatolojisi. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

Özer, S., Akyürek, B., Başbakkal, Z. (2006). Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme-Yeteneklerinin İncelenmesi. Ağrı, 18, 36-43.

Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farrnakolojik Olmayan Yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(1), 83-92.

Özveren, H. ve Uçar, H. (2009). Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farrnakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. Hacettepe Üiversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16(3), 59-72.

Pekel, A. F. (2007). Visseral ağrı. Klinik Gelişim, 69(140), 111-114.

Ripamonti, C.L., Bandieri, E., Roila, F.(2011). ESMO Guidelines Working Group. Management Of Cancer Pain. ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann oncol, 22(6);69-77.

Sabuncu, N. ve Akça, A. F.(2011). Klinik Beceriler. Sabuncu N, Akçay AF.ed. Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

Sayın, Y.Y., (2008). Meme Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Analjezik Eğitimin Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatteki Ağrıya Etkisi. İstanbul Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Tavacı, A. (2013). Hasta Kontrollü Analjezi Uygulamasına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Gereksinimi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Taylor, A. ve Stanbury, L. (2009). A Review Of Postoperative Pain Management And The Challenges. Current Anaestehesia & Critical Care, 20, 188-194.

Todd E.M. (1994). Ağrının Kısa Tarihi.Güzel Sanatlar Matbaası, 2-22. İstanbul.

Tuncer, S. (2007). Analjezik Kullanım İlkeleri. Klinik Gelişim, 216, 143-146.

Uçan, Ö. ve Ovayolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 123-132.

Uzun, Ş., Arslan, F. (2008). Medication Errors: Scientific Letter, Tıp Bilimleri Dergisi, 22:217-222

Uzunoğlu, S., Çiçin, İ. (2011). Kanser Hastalarında Ağrıya Yaklaşım. Klinik gelişim, 24; 14-20. Trakya Üniversitesi.

Viscusi, E.R. (2008). Patient-Controlled Drug Delivery For Acute Postoperative Pain Management: A Review Of Current And Emerging Technologies. Reg Anesth Pain Med, 33, 146-158.

Yarış, F., Dikici, M.F. (2008). Birinci Basamakta Sık Görülen İlaç-İlaç ve İlaç-Gıda Etkileşimleri. Aile Hekimliği Dergisi, 2:38-40

Yıldırım, A. (2013). Total Diz Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Ağrının Tanılanması ve Ağrı Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi.

Yılmaz, M. ve Gürler, H. (2011). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. Hasta Görüşleri. Ağrı, 23(2), 71-79.

Yılmaz, M., Özüm, Ü., Gürler, H. ve Selda, Ç. E. (2010). Sağlık Alanında Eğitim Alan Üniversite Öğrencilerinin Ağrı Kavramına İlişkin Bilgileri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 17-25.

EK-1 CERRAHİ AGRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU

EK-1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

1. **Yaşınız? .....**
2. Cinsiyetiniz? ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Öğrenim durumunuz? () Lise () Ön Lisans () Lisans ( )Lisansüstü
4. Medeni Durumunuz? ( ) Evli ( ) Bekar
5. Çalışmakta olduğunuz klinik:

( ) Genel Cerrahi Servisi ( ) Kadın Doğum Servisi

( ) Kalp Damar Cerrahisi ( ) Ortopedi-Travmatoloji Servisi

( ) Nöroşirürji Servisi ( ) Üroloji Servisi

6. Meslekte çalışma süreniz?

() 1-3 yıl () 4-6 yıl () 7-9 yıl () 10 yıl ve üzeri

7. Birimdeki çalışma süreniz? .....•..
8. Ameliyat sonrası ağrı ve yönetimi ile ilgili bilginiz varını?

( ) Evet ( ) Hayır

9. Ağrılı hasta bakımı veya ağrı tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitime katıldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

10. Cevabınız evet ise nasıl bir eğitim aldınız?

( ) Hizmet İçi Eğitim ( ) Kurs ( ) Seminer

11. Ağrı yönetimine ilişkin bir yayın takip ediyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

12. Cevabınız evet ise ne tür bir yayın takip ediyorsunuz?

( ) Kitap ( ) Bilimsel dergiler () Radyo televizyon () Gazete Diğer..... ...

EK-2. CERRAHİ AGRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN HEMŞİRELERİN BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU

EK-2.1. Bilgi Soruları

1. Ameliyat sonrası dönemde ağrıyı tanılarken aşağıdakilerden hangilerinin dikkate alınması gerektiğini biliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
   ( ) Ağrının yeri ( ) Ağrının şiddeti ( ) Ağrının niteliği
   ( ) Ağrının başlangıç zamanı ( ) Hastanın ağrısını ifade etme şekli
   ( ) Ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler () Ağrının hasta üzerinde etkileri
   ( ) Sözlü- sözsüz ifadeleri

2. Ameliyat sonrası ağrı tedavisi ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) basamak tedavi sistemini biliyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

3. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA-PCA) yöntemini yeterince biliyor musunuz?
   ( ) Evet …… ( ) Hayır

4. Aşağıdakilerden hangisi ameliyat sonrası dönemde kullanılan NSAİİ' ın yan etkilerdendir? İşaretleyiniz.
   ( ) Bulantı ( ) Dispepsi ( ) Ülser
   ( ) Üst GISkanaması ( ) Hipertansiyon ( )Sıvı elektrolit dengesizliği
   ( ) Akut renal yetmezlik ( ) Işığa hasasiyet ( ) Baş ağrısı/ dönmesi
   ( ) Bronkospazm ( ) İrratible bağırsak sendromu

5. Adjuvan analjeziklerin kullanımını ve yan etkilerini biliyor musunuz?
   ( ) Evet..... ( ) Hayır

EK-2.2. Uygulama Soruları

1. Ameliyat sonrası dönemde ağrı yönetimine ilişkin uygulamalarınız konusunda hastanıza bilgi veriyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

2. Ameliyat sonrası ağrıyı tanılarken, yaşam bulgularındaki değişiklikleri dikkate alıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

3. Ameliyat sonrası ağrıyı değerlendirirken herhangi bir ölçek kullanıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

4. Ameliyat sonrası dönemde ağrı izlem formu kullanıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

5. Non-steroidal anti inflamatuar ilaç (NSAİ) ile opioidleri kombine olarak kullanıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

6. Ameliyat sonrası NSAİ uygulamasından sonra görülen yan etki durumunda, uyguladığınız hemşirelik girişimleri nelerdir?
   ( ) Yan etkinin tanılanması
   ( ) Yan etkinin hekime bildirilmesi ve istemde bulunulan tedavinin uygulanması
   ( ) Yan etkiye uygun girişimlerin planlaması ve uygulanması
   ( ) Yaşam bulguların takibi
   ( ) Diğer .....

7. Ameliyat son.rası döıı.emde. analjezik uygulamasına karşın ağrı devam ediyorsa, phışeb()ilaç. kullanıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

8. Ameliyat sonrası dönemde adjuvan analjezikleri uyguladıktan. sonra, yan etkiler açısından hastanızın sürekli izlemini gerçekleştiriyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

9. HKA uygulaması sırasında yukarıdaki sorunlardan herhangi biri ile karşılaştığınızda, hangi hemşirelik uygulamalarını gerçekleştiriyorsunuz?
   ( ) Problemin hasta, sağlık profesyoneli ya da cihaz kaynaklı olup olmadığını araştırma
   ( ) İlaçlara bağlı yan etkilerin önlemesine yönelik girişimde bulunma

( ) Kataterin yerinde olup olmadığına ve ilacın doğru yolla uygulanıp uygulanmadığını kontrol etme

( ) Cihazın elektrik bağlantılarını kontrol etme

( ) Cihazın sinyali ve dili hakkında hastayı bilgilendirme

( ) Sistemin hasta tarafından doğru kullanılıp kullanılmadığına ilişkin bilgilerin tekrar etme

() Diğer.....

10. Farmakolojik olmayan ağrı giderme ya da azaltma yöntemlerini ameliyat sonrası dönemde kullanıyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

11. Ameliyat sonrası farmakolojik olmayan ağrıyı azaltma ya da giderme yöntemlerinden hangilerini uyguluyorsunuz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*
( ) Dua etmeyi önermek ( ) Masaj
( ) Sıcak/soğuk uygulamak ( ) Hastaya sakin bir ortam oluşturmak
( ) Yatak istirahatı uygulamak ( ) Gevşeme tekniklerini öğretmek
( ) Dikkati başka yöne çekmek ( ) Hastayı bilgilendirmek
( ) Müzik dinletmek ( ) TENS yapmak
( ) Sık pozisyon değiştirmek ( ) Lavman uygulama
() Diğer.....

12. Ameliyat sonrası dönemde analjezik uygulaması ve bakım girişimlerinize karşın, ağrının devam ettiği durumlarda hekime haber veriyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

13. Ameliyat sonrası yeterli ağrı yönetimi için hastalarınıza ameliyat öncesi preemptif (öncelikli) analjezi yöntemi uygulanıyor mu?
( ) Evet ( ) Hayır

14. Ameliyat sonrası dönemde hastanızın ağrı ile ilgili değerlendirme sonuçlarını kayıt ve rapor ediyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

EK-2.3. Bilme/ Uygulama Soruları

1. Ameliyat sonrası dönemde analjezik uygulama yollarından hangilerini yeterince biliyor ve uyguluyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Bilme	Uygulama Yolları
( ) IM uygulama	( ) IM uygulama
( ) IV uygulama	( ) IV uygulama
( ) SC uygulama	( ) SC uygulama
( ) Rektal uygulama	( ) Rektal uygulama
( ) Oral uygulama	( ) Oral uygulama
() İntra venöz hasta kontrollü analjezi	() İntra venöz hasta kontrollü analjezi
() Transdermal hasta kontrollü analjezi	() Transdermal hasta kontrollü analjezi
( ) Hepsi	( ) Hepsi

YAKIN DOGU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALARUEG.ERLENIJIRME ETİK KURULU (YDÜBJ\D.EK)

ARAŞTIRMA PROJESİ DEGERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 11.12.2014
Toplantı No : 2014/26
Proje No : 16\l

, Yakıtı Doğu. Üniversitesi Sağlık .Bili111leti Fakültesi .öğretim üyelerinden Dhç.r>r. Ümran Dal'm sorumlu araştırmacısı olduğu, .YDU/20 lt/26-161 proje numaralı ve *"€er1•c11ti Ağrı Yônetimine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve llygulamalarıııın Belirlenmesi"* başlıklı proje öıierisiJ.mrulumuzca değedendirilriiiş olup, etikolarak uygun bulühmµ.ştµr.

1. Prof. Dr,. Rüştü Onur (BAŞKAN)
2. Prof. Dr. Tümay Sözen (ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. NerinBahçecilerö:nder (ÜYE)
4. Prof. Dr. Tame{~dlmaz (ÜYE)
5. Prof. Dr. Hasan Besim (ÜYE)
6. Prof. Dr. Şahan saygı {ÖYE)b~L
7. Prof. Dr. Füsun Baba (ÜYE) lc· rt ··r IL. 1n f-i ,JJ
8. Doç. Dr. Ümran Dal (ÜYE) KATILMADI
9. Doç, Dr. Çetin Lütfi Baydar (ÜYE)
10. Yrd. Doç.Dr. Amber Eker (ÜYE)
11. Erden Algun (SİVİL ÜYE) KATILMADI

EK-4 YAKIN DOGU ÜNİVERSİTE HASTANESİ BAŞHEKİMLİGİ İZNİ 77

(I) YAKIN DOGU ÜNİ.VERSİTESİ
HASTANE SI

26/11/2014

YDH-502/2014

Prof. Dr. Şenol Bektaş
Rektör Yardımcısı

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü flen:ışirelik. Y-i.llçş~~C.pjs&:ıs Programı'na kayıtlı aşağıda isinÜeri verilen öğrt)ncilerln ~oç .. *Ot.* Ümran Dal damşnıtlll{ı~l~da tez çalışmalarını Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ndeyapı:ıl:>ilmelerikonusunda.geı,-e~lil?;ıı\Y.-eı:ibniştir.

Hem. Özlem Aydoğdu
Hem. Mehı:ıet Ali GUleryUz
Hem. Hülya Yıldız
Hem. HavvaBulut
Heıı.'CJılşatt Bektaş

Dr. Sevim Erkmen
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekimi

YAKIN DOGU BULVARI, LEFKOŞA · KKTC, MERSİN 10 tüRKEY TEL: +90 (392) 675 1000 - 444 0 535 FAKS: +90 (392) 675 1090 Acil Tel: 153
info@med.neu.edu.tr www.cyprushealth.eu

J(-5 ~ BAKANLIGI İZNİ

256

78

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı: YTK.0.00.01.14/79-147 38-41 Lefkoşa: 05.2.2014

Nicosia Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliğine
Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliğine
Dr. Akçiçek Hastanesi Başhekimliğine
Cengiz Topel Hastanesi Başhekimliğine

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Lisans Programı'na kayıtlı öğrenciler Hülya Yıldız, Hasret Kübra Zengin Çakır, Havva Bulut ve Gülşah Bektaş'ın, ekte bulunan çalışma konusu ve anket formları aracılığı ile anketi kabul eden Hemşirelere uygulanacak şekilde ve çalışma sonuçlarının raporlanıp paylaşılmasına, 11-4-7 mart 2014 tarihleri arasında hastanenizde yaptırılmasına Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Dr. Yeşim GÜMÜŞDAĞ
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekim

Dağıtım: Yakın Doğu Üniversitesi Rektörlüğü
Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

NM

Adres: ... Caddesi No: 142 Lefkoşa;
Tel: (+90 392) 228 ...22 4011; 228 4068 Fax: (+90 392) 228 4247

EK-6 AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Ben Havva N. Bolat, Yüksek Lisans öğrencisiyim. Bu araştırma, Cerrahi Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi amacıyla yapılması planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarınnın doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, KKTC'de bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Gime Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi, Gazimağusa Devlet Hastanesi ve Yakın Doğu Üniversite Hastane'sinde yürütülen tedavi ve bakım yönünden oldukça önemlidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında politika ve presodürlerin düzenlenmesinde ya da bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir.

Araştırma konusu ile ilgili bazı soruları yanıtlamanız istenecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Doç. Dr.Ümran DAL tarafından koordine edilmektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.
Havva N. Bolat
Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcı:

İmza:

EK-7 ÖZGEÇMİŞ

Havva N. BOLAT 1991 yilinda Lefkoşa'da doğdu. İlköğrenimini Lefkoşa'da Atatürk ilkokulunda, orta ve lise öğrenimini de Yakın Doğu Kolejinde tamamlamıştır. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden 2013 yılında mezun oldu. 2014 yılında Yakın Doğu Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programına başladı. 2013-2014 yılları arasında Kolan British Hospital'de cerrahi servis hemşiresi olarak çalıştı. 2014 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Hastane'sinde ilk olarak geriatri hemşiresi olarak göreve başladı. YDÜ Hastanesi'nde ameliyathane hemşiresi olarak görev yapmaktadır.