

ÖZET

Postoperatif Ağrı Yönetiminde, Lüzum Halinde (LH) Analjezik İstemine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi.

Tanımlayıcı tipteki araştırma, hemşirelerin postoperatif ağrı yönetiminde, lüzum halinde (LH) analjezik istemine ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı Antalya Devlet Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Örnekleme cerrahi servislerinde çalışan 131 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri 02 Ocak-24 Mart 2006 tarihleri arasında, anket formu kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Hemşireler LH analjezik istemi doğrultusunda hastaya ilaç verirken, daha çok hastanın sözel ifadesini dikkate aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler LH analjezik isteminin postoperatif ağrı kontrolünde tek başına kullanılmaması gerektiğini, istemin gerektiğinde uygulandığını, amacının mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olduğunu belirtmekte ve LH analjezik istemini ağrı başladıktan sonra uygulamaktadırlar. Hemşireler LH analjezik isteminde kullanılan ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında daha az bilgiye sahiptirler ve LH analjezik istemi ile birlikte farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmaktadırlar. Her iki hastanede LH analjezik istemi ile ilgili geliştirilmiş yazılı veya sözlü bir protokol yoktur.

Araştırmanın bulguları doğrultusunda, hemşirelere ağrı ve ağrının farmakolojik tedavisi hakkında hizmet içi eğitim verilmesi ve hastanelerde LH analjezik istemine ilişkin protokollerin oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, postoperatif ağrı, lüzum halinde (LH) analjezik

SUMMARY

In Postoperative Pain Management, Defining the Nurses' Knowledge and Attitudes Related to Requested (prn) Analgesic Orders.

This descriptive study has been planned and applied to determine the knowledge and the attitude of nurses applying requested analgesics in the postoperative pain management.

The study, has made in Antalya Government Hospital, Antalya Atatürk Government Hospital and Akdeniz University Faculty of Medicine Hospital. The sample has been occurred 131 nurses who work in surgery clinics in these hospitals. The data has been collected between January/2 and March /24- 2006 dates by using questionnaire. Q-Square and percentage tests were used in the statistical analysis.

Nurses reported that analgesics were applied when patients need by them. Nurses believe that required analgesics haven't used to by alone. Their aim to apply a few analgesics not more. It is determined that the analgesic is applied when the pain began. Nurses knowledge about pharmacology of the analgesic that they used were less and they use nonpharmacological methods instead of drugs. There isn't any written or verbal protocols related with requested analgesic order both of two hospitals.

The result of the study, it is suggested education programmes for nurses and occurring written protocols in the hospitals.

Key words: Nurses, postoperative pain, requested (prn) analgesic

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Her bireyin farklı olarak deneyimlediği kompleks, tümüyle öznel ve hoş olmayan bir duygu olan ağrı; bireyi profesyonel yardıma en fazla yönelten konulardan biridir (1,2).

Bütün ağrılarda en etkili tedavi farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin birleşimi ile olur (3). Ağrı tedavisinde ilk kullanılması gereken yöntem analjeziklerdir (4).

Ağrının farmakolojik kontrolünde gün boyu düzenli ilaç verilmesi ve lüzum halinde (LH) ilaç verilmesi şeklindeki yaklaşımların her ikisi de günümüzde kullanılmaktadır (5,6). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), Sağlık Bakımı Politika ve Araştırma Ajansı (AHCPR), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve yayınlara göre, ağrı yönetiminde gün boyu düzenli analjezik verme yaklaşımıyla sabit bir kan analjezik düzeyi sağlanarak ağrının kontrol altına alındığı, LH analjezik verme yaklaşımında ise kan analjezik düzeyinde dalgalanmalar meydana geldiği için etkili bir yöntem olmadığı belirtilmektedir (6,7). Sağlık Bakımı Politika ve Araştırma Ajansı (AHCPR), postoperatif ilk periyotta analjezik istemlerinin programlı verilmesini, iyileşmeden sonra en az yan etki ve risk alacak şekilde ağrı kesici içeriğini de azaltarak LH analjezik yaklaşımının uygulanabileceğini belirtmektedir (7).

İlaç yönetimi, ilacın yapım aşamasından ambalajlanmasına, endikasyonuna, hazırlanmasına, uygulanmasına, etki ve yan etkilerinin gözlenmesine kadar geçen süreci kapsamaktadır. Bu nedenle, ilacın yapım aşamasında farmakologlara ve eczacılara, ambalaj ve satış aşamasında ilaç firmalarına, endikasyon aşamasında hekimlere ve kullanım aşamasında ise hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (8).

Hekimin sorumluluğu; ağrı nedeni, ilaç seçimi, etki süresi, doz ve doz aralıkları gibi özellikleri dikkate alarak istem yazmaktır (6,9). Hemşirenin sorumluluğu ise, LH analjezik isteminin doğruluğunu kontrol etme, ağrıyı tanılama, ilacı verip vermeye karar verme, ilacı uygulama, ilacın etkinliğini ve yan etkilerini değerlendirmedir (8,10). Hemşire herhangi bir ilacı uygularken, kendi mesleki

kararlarını almalı ve o andaki şartlara uygun olarak bilgi ve becerisini hayata geçirmelidir (11).

Ülkemizdeki uygulamada LH analjezik istemi, ekip üyeleri tarafından tam olarak ortaya konulmamış ilkeler doğrultusunda, geleneksel olarak kullanılmaktadır. LH analjezik isteminin bazılarında analjezik dozu, veriliş yolu ve doz aralığı açıkça belirtilirken bazılarında yalnızca analjezik adı belirtilmektedir. Bir doktor LH analjezik istemini örnek olarak ameliyat sonrası ilk 24 saatte yazarken, bir diğersinin ameliyat sonrası birinci yada ikinci günde yazdığı uygulamalar arasındadır. Benzer şekilde bazı hemşireler ilacı kullanmakta rahat bir eğilim sergilerken bazılarının da bundan kaçındığı gözlemler arasındadır (12).

Bu araştırma, tartışmaya açık yönü olan LH analjezik istemlerinin hemşireler tarafından hasta yararına kullanılması ve LH analjezik istemleri ile ilgili uygulama standardının oluşturulmasına yön vereceği düşünülerek planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, postoperatif ağrı yönetiminde, lüzum halinde (LH) analjezik istemine ilişkin hemşirelerin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AĞRININ TANIMI ve TARİHÇESİ

Ağrı insanlık tarihi kadar eski bir deneyimdir. Tarihsel süreçte insanlar kültürel alt yapılarının etkisiyle ağrıyı tanımlamak, açıklamak ve ondan kurtulmak için çeşitli yollara başvurmuşlardır (13).

İlkel toplumlarda ağrının kaynağı olarak bedene hükmeden kötü güçlerin insanın içine cinler soktuğuna ve bu cinlerin insanın yaşamsal özünü aldığına inanılmaktaydı. Bu dönemde sıcak ve soğuk uygulama ile çamur banyoları ve bazı bitkisel maddelerin ağrı tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Ortaçağda ağrının Tanrı'nın isteğine ve kötü ruhlara bağlı olduğuna inanılmıştır. Eski Mısır uygarlığında ağrı kavramının dinsel yada batıl inançlarla ilişkilendirildiği görülmekte ve diş ağrısına karşı soğuk uygulamanın kullanıldığı belirtilmektedir (13).

20. yy'ın başlarında sinir uyarılarını kaydetme yöntemleri ile ağrı duyusunda özgün getirici sinirler ile beyne taşındığı ortaya konmuştur. Adrian ve Gasser'in 1920'li yıllarda gerçekleştirdiği önemli keşiflerin ardından ağrı konusundaki araştırmalar temel olarak periferik düzenekler üzerinde yoğunlaşmıştır (14).

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 (15).

1965 yılında Melzack ve Wall tarafından günümüzde de önemini sürdüren ve ağrı mekanizmasını açıklayan kapı-kontrol teorisi'ni yayınladılar.

1974 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) kurulmuştur.

1977 yılında Synder tarafından ilk kez opioid reseptörleri gösterilmiştir. 1978 yılında Yakışh vücudun morfine benzer maddeler salgıladığını ortaya koymuştur (15).

Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, bireysel özelliklerinden etkilendiği için anlaşılması ve tanımlanması oldukça güç bir kavramdır (16).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre “Ağrı vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, bireyin geçmiş deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir” (10,17,18,19).

Klinik olarak en yararlı tanımı Mc Caffery yapmıştır. Bu tanıma göre; “Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” (6,20,21). Bu tanım bireyin sözlü ve sözsüz ifadesini yeterince kapsamakta, daha önemlisi ağrı kontrolünde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (6,21).

2.2. AĞRININ FİZYOLOJİSİ ve AĞRI ALGILANMASI

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Ağrıyı algılayan reseptörlere “nosiseptör” adı verilir. Nosiseptörler vücut içinde, deride, kan damarlarında, derialtı dokusunda, kaslarda, fasiyada, periostta, vissera ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler mekanik, termal ve kimyasal uyarılara yanıt veririler (18,22). Doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan elektrokimyasal olayların bütününe “nosisepsiyon” adı verilmektedir (23).

Nosisepsiyon dört fizyolojik süreci içerir:

- a) Transdüksiyon:** Duyusal sinir uçlarında kimyasal, termal ve mekanik uyarıların elektiriksel aktiviteye dönüştürülmesidir. Periferde gerçekleşir.
- b) Transmisyon:** Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir. Periferde gerçekleşir.
- c) Modülasyon:** Ağrılı uyarının spinal kord düzeyinde bir değişime uğraması ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmesidir. Spinal korda gerçekleşir.
- d) Persepsiyon (Algılama):** Diğer aşamaların bireyin psikolojisi ile etkileşimi, subjektif ve emosyonel deneyimleri sonucu gelişen son aşamadır. Bu aşamada ağrı algılanır. Üst merkezlerde gerçekleşir (18,22,23).

2.3. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI

2.3.1. Başlama Süresine Göre Sınıflama

Akut Ağrı: Bir doku hasarı sonucu başlar ve doku hasarının iyileşmesi ile giderek azalır. Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişki vardır (17,24,25).

Kronik Ağrı: Akut patolojik durumun geçmesine rağmen devam eden yada kronik doku patolojisi ile birlikte olan ağrıdır. Bu süre 3-6 ay olarak belirtilmektedir (17,18,24).

2.3.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflama

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanan ağrı ani başlar, keskindir ve iyi lokalize edilir. Sinir köklerinin yayılım bölgesinde yada periferik sinirler boyunca hissedilir (6,18,25).

Visseral Ağrı: Yavaş başlar, künt ve sızlayıcıdır, lokalizasyonu güçtür. Kolik ve kramp tarzında olabilir. Ağrı kaynağı iç organlardır (18,25,26).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkar. Yanma tarzında olup, hasta ağrıyan bölgede soğukluk ve üşümeden yakınıdır. Distrofik değişimler vardır (18,25,26).

2.4. POSTOPERATİF AĞRI

2.4.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrıdır. Doku hasarı ve sinir uçlarının travması ile ilgili olduğu için iatrojenik olarak kabul edilir (2,6,27).

Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim geçirmekte ve değişik derecelerde postoperatif ağrı çekmektedir (28). Amata ve arkadaşları ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun ise daha hafif ve sadece %9'unun katlanabilir düzeyde çok hafif ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (29). Yapılan başka bir çalışmada, cerrahi hastalarının %75'inin şiddetli ve orta düzeyde ağrı hissettikleri saptanmıştır (30). Cohen, postoperatif dönemde hastaların %75'inin yoğun ağrı çektiğini belirtmiştir (31).

Son 20 yılda postoperatif ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemlerin bulunmasına rağmen halen yayınlarda uygulamaların yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Yetersiz postoperatif ağrı kontrolünün nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

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

- Ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi
- Hastaların postoperatif ağrıyı cerrahi girişimin doğal sonucu olarak kabul etmesi ve bu nedenle sağlık ekibine iletmemesi
- Postoperatif erken dönemde analjeziklerin intramüsküler kullanılması
- Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması (27,32,33,34).

Yetersiz ağrı tedavisi, hastanın iyileşmesini etkileyen önemli bir unsurdur. Ağrı çeken hasta hastanede daha uzun süre kalır ve ekonomik ek yük yaratır. Yeterli ve etkili ağrı kontrolü sağlandıkça hastanede yatış süresi kısalmaya ve maliyet azalmaya (27).

Hekim ve hemşirelerin orta şiddetli ağrıya yaklaşımları, genellikle ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak değil, kısmen azaltmak olmaktadır. Neden olarak, postoperatif ağrıyı geçirilen operasyonun doğal sonucu olarak görmeleri, çekilmesi ve dayanılması gerektiği şeklinde yorumlamalarıdır. Ayrıca ağrı yönetiminde cerrah, anestezi ve hemşire arasında uyumlu bir ekip çalışması olmadığında, postoperatif ağrı tedavisi yeterince ve gereğince yapılamamaktadır (27,32). Bardiau ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, postoperatif ağrı kontrolünün hemşire, hekim ve anestezi işbirliği içinde, ekip halinde olması gerektiği vurgulanmıştır (35).

2.4.2. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Cerrahi girişim sonrası hastada oluşan ağrının süre ve şiddetini bir çok faktör etkilemektedir. Bu faktörler;

- Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak yeterince hazırlanmaması
- Cerrahi girişimin yeri ve süresi
- Cerrahi insizyonun uzunluğu
- Cerrahi işlem sırasında hastanın pozisyonu
- İntraoperatif travmanın derecesi
- Cerrahi girişim ile ilgili ciddi komplikasyonlar
- Anestezi uygulamaları
- Cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği ve kalitesi
- Hastada cerrahi girişim öncesi görülen anestezi ve ölüm korkusunun olmasıdır (6,34).

Genel olarak anksiyete ve korkunun ameliyat sonrası ağrıda önemli bir belirleyici olduğu kabul edilir (6,36). Karayurt çalışmasında, ameliyat öncesi anksiyetesi düşük olan hastaların ağrı düzeylerinin de daha düşük olduğunu saptamıştır (37). Duvarcı ve arkadaşları, preoperatif hasta bilgilendirilmesinin, postoperatif ağrıda ve analjezik gereksiniminde azalma sağladığını belirtmişlerdir (38).

2.4.3. Postoperatif Ağrının Fizyopatolojik Etkileri

Cerrahi girişimin sonucu oluşan travma nöral yapıların direkt olarak hasar görmesine ve nosiseptörlerin uyarılmasına neden olur. Bu uyarılma sonucu ağrı meydana gelir. Ağrı sonucunda sadece psikolojik değil patofizyolojik bir takım değişikliklerde olur (39).

Postoperatif ağrının bir çok sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu bir gerçektir (36). Cerrahi girişim ve strese karşı pulmoner, kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner sistem disfonksiyonu, kas metabolizması ve fonksiyonunda bozulma, noröendokrin ve metabolik değişiklikler meydana gelir (27).

2.4.3.1. Sistemler Üzerine Etkileri

a) Solunum Sistemi: Büyük batın ve toraks girişimlerinden sonra ağrı derin inspiryum ve öksürüğü kısıtlamaktadır. Bu durum, akciğer vital kapasitesinde azalma, fonksiyonel rezidüel kapasite ve zorlu ekspiratuvar volümde azalmaya neden olur. Buna bağlı olarak hastada hipoksi, ateletazi ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişir (18,23,27,36).

b) Endokrin ve Metabolik Sistem: Postoperatif ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu, kan şekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktatta artma olur. Bu olaylar devam ederse katabolik bir durum ve negatif nitrojen balansı meydana gelir (18,23,27,36).

c) Kardiyovasküler Sistem: Katekolaminlerin plazma yoğunluklarının normalin birkaç kat üzerine çıkması sonucu; sistemik vasküler direnç ve miyokardın oksijen tüketiminde artma meydana gelir. Miyokard iskemisi ve infarktüs riski artabilir (18,23,27,36).

d) İskelet ve Kas Sistemi: Erken ayağa kalkmayı engelleyen şiddetli ağrı yüzünden hareketliliğin azalması, tromboembolik komplikasyon riskini artırır (18,23,27,36). Ayrıca artmış sempatik aktivite alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozu riskinin artmasına neden olur (18,40).

e) Gastrointestinal Sistem: Sempatik sistem aktivitesinin artması gastrointestinal motilite ve splanknik dolaşımında azalmaya yol açar (18,40).

f) Üriner Sistem: Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar yapmayı güçleştirir (27).

2.5. POSTOPERATİF AĞRI TEDAVİSİ

Ameliyat sonrası ağrının tedavi ve bakımında amaç; hastanın rahatsızlığını en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, derlenmesini 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 (2,32).

2.5.1. Postoperatif Ağrının Farmakolojik Kontrolü

Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem farmakolojik tedavidir (6). Postoperatif ağrı kontrolünde; İntramusküler, intravenöz, subkutan, oral, rektal, transmukozal, epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA) ve sinir blokları gibi yöntemler kullanılmaktadır (27,41).

Ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolü bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekip içerisinde hekim, hemşire ve hasta yer alır (6,42). Hemşire ağrı tedavisinde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan;

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması
- Hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması
- Ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması
- Planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını izlemesi
- Hasta ile empati kurması ve sempati sağlamasıdır (33,42).

Yapılan bir çalışmada cerrahi hastaların %39'unun kendilerine daha yakın hissettikleri için rahatsızlık durumlarında hemşireyle iletişim kurmak istedikleri saptanmıştır (43). Yapılan başka bir çalışmada da, hastaların çoğunluğunun hemşireyi kendilerine doktordan daha yakın buldukları belirtmektedir (44).

2.5.2. Analjezik Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları ve Bu Sorumlulukları Yerine Getirmesinde Hemşirelik Sürecinin Kullanımı

Sağlık kuruluşlarında yatan hastaların ilaçlarını hazırlamak, uygulamak, etkilerini ve oluşabilecek yan etkilerini gözlemek hemşirenin en önemli sorumluluklarından birisidir (8). Hemşireler genellikle doktor istemine göre bütün ilaçların hastaya verilmesinden sorumludur. İlaç yönetiminde hemşireye basit bir şekilde ilacı vermekten daha fazla sorumluluk düşmektedir. Özellikle cerrahi alanlarda hala baskın şekilde yazılan LH analjezik istemlerinde bu sorumluluk daha fazladır (45).

Gün boyu düzenli ilaç isteminde doktor, ilaç türü, doz ve doz aralıklarını belirtmektedir. LH analjezik isteminde ise hemşire hastanın ağrısını değerlendirir. Buna göre analjeziğin verilip verilmemesine, istemin içeriğine göre doz, doz aralığı, verilecek ilaç ve ilacın veriliş yolunu seçip kendi başına karar verir (45,46,47). Hemşirenin rollerinin sınıflandırılmasında ilaç verme, hemşirenin bağımlı rolü iken, LH ilaç uygulaması hemşirenin bağımsız yada dayanışmalı rolü haline gelebilmektedir. Bu nedenle LH isteminin uygulanmasında hemşirenin yeterli, güvenilir olması ve istemin hasta yararına işlev görüp görmemesi önemlidir (12).

İlaç tedavisinin uygulanması hekim ve hemşirenin ortaklaşa yürüttüğü önemli bir tedavi sürecidir. Ancak hemşire buradaki sorumluluğunu yerine getirirken "hemşirelik süreci" ilkelerine bağlı kalmalıdır (8). Hemşirenin, LH analjezik isteminin uygulanmasındaki sorumlulukları da hemşirelik süreci modeli doğrultusunda olmalıdır. Bu ilkelere göre hemşire;

- a) Ağrıya ilişkin veri toplar ve bu verileri değerlendirir
- b) Ağrıyı tanımlar ve ağrının olup olmadığını karar verir
- c) Hastanın ağrısı varsa LH istemindeki ilacı uygular
- d) Verilen ilacın etkisini, yan etkisini gözler ve değerlendirir (8,10).

2.5.2.1. Hastanın Ağrısının Olup Olmadığı Konusunda Verilerin Toplanması ve Yorumlanması

Ağrılı hastanın tanı ve tedavisini doğru yönlendirmenin en önemli koşulu, hastanın ağrısının doğru değerlendirilmesidir. Ağrının şiddetinin ölçülmesi ve verilen tedaviye yanıtının gözlenmesi önemli olup, bu ölçümlerin düzenli olarak yapılması gerekir (26,32). Günümüzde Amerikan Ağrı Derneği (APS)'de ağrının beşinci yaşam bulgusu olduğunu belirtmektedir (48).

Postoperatif dönemde; hastanın algılaması; fizyolojik ve davranışsal yanıtları kognitif durumu göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. Ağrı değerlendirilmesi; nötral pozisyonda ve hareket, öksürük, derin nefes alma gibi aktivitelerde yapılmalıdır. Erken postoperatif dönemde hastanın ağrısı daha sık değerlendirilmelidir. Değerlendirme sıklığı ameliyatın büyüklüğü ve ağrının şiddetine göre ayarlanmalıdır. Örneğin; büyük batın girişimlerinden sonra ilk 24 saat, 2 saatte bir değerlendirme yapılmalıdır (36).

Ağrıyı değerlendirmede kullanılabilecek yöntemlerden biride gözlemdir. Ağrı yaşayan hastada belirli bir davranışsal ve fizyolojik yanıt olur. Ağrı yaşayan bireylerde kıvrınma, olağan dışı vücut pozisyonu, ağrıyan bölgeyi ovma, yüzde ağrılı ifade, ağlama, inleme gibi davranışsal tepkiler (1,16,20,49), kalp atım hızı ve kan basıncında yükselme, solunumda değişme, terleme, solukluk gibi fizyolojik belirtiler görülebilir (20,33,49). Fizyolojik ve davranışsal değişiklikler ağrı yaşayan ancak ağrısını sözel olarak ifade edemeyen yada etmeyen hastaların ağrısını olduğunu anlamada ipucu olabileceklerinden hemşireler tarafından bilinmeleri önemlidir (16).

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesidir (6,50). Ağrı subjektif bir deneyim olduğundan, varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilir. Bu nedenle sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik beklenti koymaları yada varsayımda bulunmaları hatalı yaklaşımlara yol açabilir (16). Sağlık çalışanları tarafından yanlış anlaşılın yaygın inanış, hastasının ağrısının şiddetine karar verebilmede kendilerini nitelikli görmeleridir. Fiziksel bulguların ve davranışların olmaması sağlık çalışanları tarafından genellikle ağrının olmadığı şeklinde yanlış yorumlanmaktadır (20) Sloman ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hastanın ağrı duygusuna ve

ağrıya az değer verdiklerini saptamışlardır (30). Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin postoperatif ağrıyla daha az tahmin ettikleri belirtilmiştir (42).

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Bu nedenle ağrı ölçümünde ya da diğer bir yaklaşım ile değerlendirilmesinde, ağrı şiddeti düzeyini ifade edebilmek için sıralanmış sayı, kelime ya da işaretlerden yararlanılır (6,50,51). Ağrıyı değerlendirmede;

- Sözel Tarif Skalaları (VDS),
- Sayısal Değerlendirme Skalaları (NRS),
- Görsel Analog Skala (VAS),
- Yüz İfadesi Skalası gibi ağrı ölçekleri kullanılmaktadır (50,51,52).

Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasındaki farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (50). Ağrı skalalarının kullanımı kolaydır ve zaman sınırlaması yoktur. Tanımlayıcı skalalar sadece ağrı şiddetini değerlendirmede kullanılmamakta aynı zamanda hastanın durumundaki değişikliği değerlendirmede de kullanılmaktadır. Hemşire skalayı müdahaleden sonra veya semptomlar şiddetlendiğinde hastanın ağrısının azalması ya da artmasını değerlendirmede kullanır (10).

2.5.2.2. Ağrının Tanınması ve Ağrının Olup Olmadığına Karar Verme

Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik, uygulama alanında bir çok konuda hasta için en doğru kararı vermeyi gerektirir (53).

LH analjezik istemlerinde, hemşirelerin karar verme aşamasında tam ağrı değerlendirmesi yapmaları ve verilecek ilaç hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Değerlendirme minimum ağrı hassasiyeti, ağrının temporal karakteristiği ve hastanın diğer analjeziklere daha önceki yanıtını (örn; ağrının hafifletilmesi, yan etkileri, fonksiyonlar üzerine etkileri) içermeleridir. Hemşire ilacın etki zamanını, etki süresini ve yan etkilerini bilmelidir (3).

Profesyonel deneyimin de ağrının tanımlanmasında önemli bir etken olduğu kabul edilmektedir (12). Yapılan bir çalışmada ağrı kontrolü ve deneyim arasında

yakın ilişki olduğu belirlenmiştir (35). Yine başka bir çalışmada, yüksekokul mezunu hemşirelerin deneyimlerinin artmasıyla, bağımsız karar verme becerilerinde de artış olduğunu saptamıştır (54).

Hemşirelerin doktor istemlerini yerine getirirken, istemlerin prosedüre uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekir (55). Güvenli ve etkili analjezik uygulanabilmesi için kurumların politikalar oluşturması gerekmektedir. Oluşturulan politikalar kesin doz önerilerini içermemelidir. Çünkü, politika ve protokoller kesin başlangıç dozu veya hastaya verilecek dozu belirlerse bu durumun her hastanın ağrı hassasiyetine uygun olmayacağı ve ayrıca hasta güvenliği açısından da risk yaratabileceği düşünülmektedir (3).

Hemşirelerin bağımlı işlevleri hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Hemşireler öncelikle hemşirelik yarası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerde hekim istemlerini yerine getirme zorunluluğunu taşırlar. Ülkemizde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin (1983) 132. maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri, "hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak" olarak belirtilmektedir (55). Ancak bazı LH analjezik istemlerinde analjezik dozu, veriliş yolu ve doz aralığı açıkça belirtilirken bazılarında yalnızca analjezik adı belirtilmektedir (12). Hemşirelerin yazılı ilaç istemi ile ilgili herhangi bir kuşkusuna varsa, hastanın güvenliği açısından ve yasal sorunlarla karşılaşmamak için hekimle görüşerek konuyu açığa kavuşturmalıdır. Çünkü, yazılı ilaç isteminin yanlış okunması, yorumlanması ve uygulanması hatalı ilaç uygulamalarının %39'unu oluşturmaktadır. Hemşire, gerekirse ve bilimsel temellere dayanıyorsa böyle bir istemi reddetme hakkına sahip olduğunu bilmelidir (8).

2.5.2.3. LH Analjezik İsteminin Uygulanması

Analjezide uygun serum ilaç seviyesine ulaşmak, ağrıyı kolay ve hızlı olarak yönetmek idealdir (20). Ağrının farmakolojik kontrolünde "gün boyu düzenli" ilaç verilmesi ve "Lüzum Halinde" ilaç verilmesi şeklindeki yaklaşımların her ikisi de günümüzde kullanılmaktadır (5,6).

Günboyu düzenli analjezik verme yönteminde; analjezik dozları ağrı başlamadan uygulanır ve serum analjezi düzeyi sabit kalır. Böylelikle serum ilaç

düzeıı, analjezi için gereken düzeyin altına düşmediğinden ağrının artması ve ağrı dalgalanmaları önlenmiş olur. Gün boyu düzenli analjezik kullanımıyla serum ilaç seviyesi istenen analjezi düzeyinin üzerine çıkmaz sedasyon, solunum depresyonu gibi yan etkiler görülmez. Analjezik dozların “Lüzum halinde” yöntemine göre verilmesinde, bir sonraki analjezik dozu ağrı başlayınca verildiği için serum ilaç düzeyinde dalgalanmalar olur ve serum ilaç seviyesi tedavi edici düzeyden daha düşük olduğu için hasta ağrı yaşar. Lüzum halinde analjezik verme yönteminin uzun gecikmelere neden olduğu ve genellikle gün boyu düzenli analjezik verilmesi yöntemi ile sonuçlandırıldığı belirtilmektedir (6,7).

LH analjezik verme yöntemi ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen zamanlarda olduğu durumlar için uygundur (6). Postoperatif ağrı, ilk 48 saatte şiddetlidir ve genelde bütün hastalarda bir haftada ortadan kalkar. Bu nedenle tahmin edildiği için analjezikler gün boyu düzenli analjezik verme yöntemine göre uygulanmalıdır (56). Fakat LH analjezik istemleri potansiyel kısıtlılıklarına rağmen postoperatif dönemdeki hastalara genellikle daha çok reçete edilmektedir (47,57). Sağlık Bakımı Politika ve Araştırma Ajansı (AHCPR), postoperatif ilk periyotta analjezik istemlerinin programlı verilmesini, iyileşmeden sonra minimum yan etki ve risk alacak şekilde ağrı kesici içeriğini de azaltarak LH analjezik yaklaşımının uygulanabileceğini belirtmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) postoperatif ağrıda günboyu düzenli analjezik verme yaklaşımını desteklemektedir. Akut ve kanser ağrısı tedavisinde analjezik kullanım ilkelerine göre de, eğer ağrı günün çoğu zamanında görülüyorsa analjeziklerin düzenli aralıklarla verilmesi gerektiği belirtilmektedir (7). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ nün önerdiği analjezik kullanım ilkelerinde de analjeziklerin düzenli zaman aralıkları ile verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (58).

Company ve arkadaşları çalışmalarında, postoperatif ağrıda düzenli aralıklarla analjezik verildiği zaman LH analjezik istemine göre hastaların ağrılarının daha çok rahatladığını belirtmişlerdir (56). Higgins ve arkadaşlarının kardiyovasküler cerrahi girişim geçiren çocuklar üzerindeki yaptıkları çalışmada, düzenli aralıklarla analjezik verme yönteminin en üst düzeyde ağrı kontrolü sağladığı saptanmıştır (59).

Hastanın ağrı kontrolü günboyu düzenli ilaç uygulaması ile sağlanırken, ameliyat sonrası dönemde dönme, öksürme, pansuman, aspirasyon yada hareket etme

gibi nedenlerle, ağrının artacağı durumlarda kurtarma dozu yada yükleme dozu gibi ek bir analjezi dozu için de LH istemi kullanılabilir. Bu anlamda LH istemi ise hemşireler tarafından hastanın artmasını önlemek için analjezik verilmesi olarak değil, hastaya ağrısı başlamadan önce analjezik ilacın verilmesi anlamında yorumlanmalıdır (12,34).

LH analjezik isteminin gerekliliğine karar veren kişi hemşiredir. Bu istemin hemşireler tarafından sıklıkla “olabildiğince az” şeklinde yorumlandığı belirtilmiştir (46). Gillies ve arkadaşları ameliyat sonrası ilk günde LH yazılan analjezikleri hemşirelerin daha az verdiklerini ve hastaların %91’nin ağrı yaşadığını belirtmişlerdir (60).

Geleneksel olarak kullanılan LH analjezik istemleri bütün hastalar için ağrı kontrolünde önemli bir sorundur. LH analjezik istemleri sadece hasta istediği zaman analjezik verilmesine izin vermekte ve önceki dozdan itibaren kesin zaman aralıklarının atlanmasına neden olmaktadır. LH analjezik istemlerinde hemşireler hastanın ilaç isteğini geciktirmekte yada bir sonraki analjeziği vermek için ilacın etkisini beklemektedirler. Her zaman hastanın ilaç istediği zamanla normal ilaç verilen zaman arasında gecikmeler meydana gelmektedir. Ancak gecikmeli ilaç verebilmek için hemşirenin hastayı değerlendirerek karar vermesi gerekmektedir (7,20).

LH analjezik istemleri hasta uyurken de problem yaratmaktadır. Hemşireler hastaların uyumaya çalışırken ağrı kesici ilaç için uyandırılmak istemediklerini belirtmektedirler. Ancak uyuyan hastanın serum ilaç seviyesi uyku sırasında azalmakta ve hasta aniden şiddetli ağrı ile uyanmaktadır. Bu durum uygun serum ilaç seviyesine ulaşmak için daha yüksek miktarda ilaç verilmesine neden olmaktadır (7,20).

LH analjezik istemini uygulamadan önce hemşireler hastanın analjezik ihtiyacını iyi tanımlamalıdır. Hastalar ağrısı olmadan da hemşireden LH analjezik isteyebilirler. Bunun için genelde neden belirtmezler. Çünkü hastalar ağrı yaşamak ve ağrıyla ifade etmek istemezler (45).

LH ilaç istemlerinde problem, ilacı yazan doktorun ile ilacı uygulayan hemşirenin, hastanın ağrısının giderileceği konusunda emin olamamalarıdır (7).

Analjezikler LH şeklinde reçete edildiği zaman verilecek ilaç dozu ve doz sıklığı hemşirenin kendi kararına kalmakta ve analjezik dozu önceden bilinmemektedir (61).

LH analjezik istemlerinde kişinin tedaviye bireysel yanıtına dayalı güvenli doz ayarlanması önemlidir. Bunun için doktorlar; LH analjezik istemin de doz ayarlaması yaparken uygun ve güvenli doz seviyesini sağlamalı, doz miktarını ve sabit zaman aralıklarını içeren istemler geliştirmeli, doz sürelerini ilacın veriliş yoluna uygun belirlemelidirler. Hemşireler ise, dozun uygunluğunu, analjeziğin dozu ve doz sürelerine hastanın yanıtını, hastanın ilaç alerjisi durumunu değerlendirmelidirler (7).

Ağrıyı değerlendiren hemşire, LH analjezik istemindeki ilacı vermenin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemlerin de uygulayarak ağrıyı kontrolde etkinliği sağlayabilir. Farmakolojik olmayan yöntemler, ağrı iletimi ve algısında değişiklik yaparlar. Anksiyeteyi de azaltan bu yöntemlerin bir yada birkaçı aynı anda uygulanabilir (16). Ağrı kontrolünde uygulanan farmakolojik olmayan yöntemler arasında; masaj, sıcak-soğuk uygulama, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, düşünme yer almaktadır (1,6,62). Bu yöntemler aynı zamanda hemşirelerin bağımsız rollerinin pekiştirilmesini destekleyici yöntemlerdir (63).

2.5.2.4. İlacın Etkisinin Değerlendirilmesi

Hemşirelik süreci doğrultusunda, hemşire değerlendirme aşamasında hastanın ilaçlara karşı olan tepkisini gözler (8). Hemşire analjeziği uyguladıktan sonra ilacın etkinliğini ve ilacın yan etkisini değerlendirmelidir. Analjezik tedavisinin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesi değişik yaklaşımları denemede etkili olabilir. Örneğin, analjezik tedavisi kısmen etkiliyse hemşire gevşeme egzersizlerini ilave edebilir. Ayrıca hemşire hekimle dozu artırma yada azaltma konusunda iletişime geçebilir (10).

Değerlendirme aşamasında hemşirenin profesyonel sorumluluğu etkili ağrı yönetiminde hastanın ifadesine dikkat etmektir. Hastanın ağrısını veya müdahaleye yanıtını değerlendirmek kayıtlarla kolaylaştırılır. Çeşitli ölçekler, ağrı takip formları yada günlükler ağrı yönetimi hakkında bilgi edinmede yardımcı olur (10).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Kesitsel tipteki bu araştırma, postoperatif ağrı yönetiminde kullanılan, LH analjezik istemleri hakkında hemşirelerin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı Antalya Devlet Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini LH analjezik isteminin yaygın olarak kullanıldığı Genel Cerrahi, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, Üroloji, Kulak-Burun-Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji, Beyin Cerrahisi ve Plastik Cerrahi Servislerinde çalışan 131 hemşire oluşturmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma yapılmadan önce Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı ve her 3 hastanenin idari yetkililerinden yasal izin alınmıştır. Tüm hemşirelere araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak açıklanmıştır (Ek 1, Belge 1).

Araştırma verilerinin toplanması için konu ile ilgili literatür taraması ve araştırmacının gözlemlerine dayanarak oluşturulan anket formunun ön çalışması, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Organ Nakli Servisi ve Kadın Doğum Servisinde çalışan 10 hemşire üzerinde 14-20 Haziran 2005 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön çalışmadan sonra anket formu yeniden düzenlenmiştir. Araştırmanın asıl çalışması 02 Ocak-24 Mart 2006 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere anket formu verilmiş ve anket formları araştırma grubunun kimliğini gizli tutacak şekilde hazırlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı Anket Formu: Hemşirelerin sosyodemeografik özellikleri, çalışma özellikleri ve lüzum halinde (LH) analjezik istemine ilişkin bilgi ve tutumlarını belirleyen, toplam 34 sorudan oluşan anket formu hazırlanmıştır (Ek 1, Belge 2).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)-13 paket programı kullanılarak bilgisayarda yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelik süreci modeli doğrultusunda veri toplama, karar verme, kararı uygulama ve uygulamayı değerlendirme basamakları doğrultusunda incelenmiştir.

Hemşirelerin hastanelere göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de özetlendi. Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin, Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha genç yaşta oldukları görüldü.

Çalıştıkları hastanelere göre hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi, Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulundu.

Hemşirelerin hastanelere göre çalıştıkları üniteler incelendiğinde; Üniversite Hastanesinde Göğüs Kalp Damar Cerrahisi servisi ön planda iken, Devlet Hastanesinde Genel Cerrahi servisi ön planda idi.

Çalıştıkları hastanelere göre hemşirelerin çalışma yılları incelendiğinde; Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin, Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelere göre çalışma alanında daha deneyimli oldukları bulundu.

Çalıştıkları hastanelere göre hemşirelerin şu anda çalışılan üniteye çalışma yılları incelendiğinde; aynı serviste 6 yıldan daha az çalışan hemşirelerin oranı Üniversite Hastanesinde daha yüksektir.

Çalıştıkları hastanelere göre hemşirelerin daha önce çalıştıkları üniteler incelendiğinde, Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin %63.8'inin ve Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin %78.6'sının daha önce cerrahi birimde çalıştığı görüldü.

Araştırmaya katılan hemşirelerin klinik pozisyonları incelendiğinde, Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin %12.8'i klinik sorumlu hemşiresi, %87.2'si klinik hemşiresidir. Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin %6'sı klinik sorumlu hemşiresi, %94'ü klinik hemşiresidir.

Tablo 1: Hemşirelerin hastanelere göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	HASTANELER			
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	n	%	n	%
Yaş				
22-26	21	44.7	12	14.3
27-31	19	40.4	29	34.5
32-36	2	4.3	26	31
37 ve Üzeri	5	10.6	17	20.2
Toplam	47	100	84	100
Eğitim Durumu				
SML	4	8.5	19	22.6
Ön Lisans	15	31.9	53	63.1
Lisans – Y. lisans	28	59.6	12	14.3
Toplam	47	100	84	100
Çalışılan Ünite				
Genel Cerrahi	10	21.3	27	32.1
Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi	11	23.4	8	9.5
Üroloji	3	6.4	9	10.8
Ortopedi	9	19.1	11	13.1
Beyin Cerrahisi	7	14.9	16	19
Plastik Cerrahi	3	6.4	1	1.2
KBB-Göz	4	8.5	12	14.3
Toplam	47	100	84	100
Ünitede Çalışma Yılı				
0-1	20	42.6	25	29.8
2-6	22	46.7	32	38.1
7-11	2	4.3	17	20.2
12 ve Üzeri	3	6.4	10	11.9
Toplam	47	100	84	100
Çalışma Yılı				
0-1	4	8.5	1	1.2
2-6	19	40.4	11	13.1
7-11	16	34.1	25	29.8
12-16	1	2.1	23	27.3
17 ve üzeri	7	14.9	24	28.6
Toplam	47	100	84	100
Daha Önce Çalışılan Ünite				
Cerrahi Birimler	30	63.8	66	78.6
Dahili Birimler	4	8.5	14	16.6
Poliklinik	13	27.7	4	4.8
Toplam	47	100	84	100
Klinik Pozisyon				
Klinik Sorumlu Hemşiresi	6	12.8	5	6
Klinik Hemşiresi	41	87.2	79	94
Toplam	47	100	84	100

Tablo 2: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemi ile ilgili eğitim alma durumlarının dağılımı

EĞİTİM ALMA DURUMU	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Okulda Eğitim Alma					
Evet	7	14.9	16	19	0.549
Hayır	40	85.1	68	81	
Toplam	47	100	84	100	
Hizmet İçi Eğitim Alma					
Evet	3	6.4	5	6	-
Hayır	44	93.6	79	94	
Toplam	47	100	84	100	

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemi ile ilgili eğitim alma durumlarının dağılımı Tablo 2’de özetlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik eğitimi sırasında okulda ve çalıştıkları kurumda LH analjezik istemi ile ilgili eğitim almadıkları görüldü. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

4.1. Veri Toplama ve Yorumlama Aşamasına Yönelik Bulgular

Tablo 3: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamadan önce hastayı değerlendirme durumu ve değerlendirmede dikkate aldıkları kriterlerin dağılımı

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Değerlendirmem	-	-	-	-	-
Sözel İfadeye Göre Değerlendirme	40	85.1	66	78.6	0.361
Sözsüz İfadeye Göre Değerlendirme	16	34	22	26.2	0.342
Hastaya Ağrısını Sorma	30	63.8	44	52.4	0.205
Ağrı Ölçeğine Göre Değerlendirme	15	31.9	22	26.2	0.485

*n= 131 ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamadan önce hastayı değerlendirme durumları ve değerlendirmede dikkate aldıkları kriterlerin dağılımı Tablo 3’de özetlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı LH analjezik istemini uygulamadan önce hastayı değerlendirmektedir. Her iki hastanede çalışan hemşirelerin en fazla sözel ifadeye göre değerlendirme yaptıkları anlaşıldı. İki hastane arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışmaya katılan hemşirelerin ağrı ölçeği kullanma oranları düşük bulundu. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamadan önce cerrahi girişim ile ilgi veri toplama kriterlerinin dağılımı

VERİ TOPLAMA KRİTERLERİ*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Veri Toplamam	4	8.5	3	3.6	-
Hastanın Tanısı	25	53.2	49	59	0.518
Cerrahi Girişimin Tipi	33	70.2	68	81.9	0.123
Cerrahi Girişimin Yeri	27	57.4	44	53	0.626
Ameliyat Sonrası Kaçınıcı Günde Olduğu	32	68.1	67	80.7	0.104

*n=130 ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamadan önce cerrahi girişim ile ilgili veri toplama kriterlerinin dağılımı Tablo 4’de özetlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin tamamına yakını LH analjezik istemini uygulamadan önce cerrahi girişim ile ilgili veri toplamaktadır. Hemşirelerin en fazla cerrahi girişimin tipi hakkında veri topladıkları bulundu. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0.05$).

4.2. Karar Verme Aşamasına Yönelik Bulgular

Tablo 5: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin rutin istem biçiminden farkına ilişkin görüşlerinin dağılımı

GÖRÜŞLER*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Hastayı Hemşire Değerlendirir	31	66	49	58.3	0.391
İstem Uygulanmasında Doktor ile Beraber Karar Verilir	17	36.2	32	38.1	0.827
Uygulama Kararı Hemşireye Aittir	14	29.8	37	44	0.108
İstem Gerektiğinde Uygulanır	35	74.5	53	63.1	0.184

* n=131 ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin rutin istem biçiminden farkına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 5’ de özetlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşireler en fazla LH analjezik isteminin gerektiğinde uygulandığı görüşüne katılmaktadır. İki hastane arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin amacına ilişkin görüşlerinin dağılımı

GÖRÜŞLER*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Ağrının Artmasını Önlemek	23	48.9	58	69	0.023**
Ağrının Başlamasını Önlemek	4	8.5	14	16.7	0.193
Mümkün Olduğunca Az İlaç Uygulamak	31	66	53	63.1	0.743
Yaşam Kalitesini Artırmak	18	38.3	24	28.6	0.253
İyileşmeyi Hızlandırmak	3	6.4	9	10.7	-
Komplikasyonları Azaltmak	16	34	26	31	0.716

* n=131 ifadeler birden fazladır.

**ÜH ve DH arasında fark vardır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin amacına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 6’da özetlendi. LH analjezik isteminin amacının ağrının artmasını önlemek olduğu görüşüne Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler, Üniversite

Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha fazla katılmaktadır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Mümkün olduğunca az ilaç uygulamak görüşüne her iki hastanede çalışan hemşireler benzer oranda katılmaktadır.

Tablo 7: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin kullanılma şekline ilişkin görüşlerinin dağılımı

GÖRÜŞLER*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Gün Boyu Düzenli Analjeziye Ek Olarak Kullanılır	32	68.1	32	38.1	0.001**
Tek Başına Kullanılır	9	19.1	27	32.1	0.110
Gün Boyu Düzenli Analjezi Kullanma Süresi Bittikten Sonra Kullanılır	17	36.2	40	47.6	0.205
Diğer***	1	2.1	4	4.8	-

* n=131 ifadeler birden fazladır.

**ÜH ve DH arasında fark vardır.

*** Hastanın ağrı durumuna, analjezik ihtiyacına göre değişir görüşleri yer almaktadır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin kullanılma şekline ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 7'de özetlendi. LH analjezik isteminin günboyu düzenli analjezik verme yöntemine ek olarak kullanıldığı görüşüne Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler, Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha fazla katılmaktadır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin %9'u ve Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin %32.1'i LH analjezikler postoperatif ağrıda tek başına kullanılır görüşüne katılmaktadır. İki hastane arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 8: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin uygulamadan önce dikkat ettikleri noktaların dağılımı

Dikkat Edilen Noktalar*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
İlacın Dozu	34	72.3	53	63.1	0.283
İlacın En Son Verilme Saati	47	100	80	95.2	-
İlacın Veriliş Yolu	33	70.2	53	63.1	0.411
İlacın Etki Zamanı	23	48.9	50	59.5	0.242
Ağrının Tekrar Ne Zaman Başladığı	23	48.9	49	58.3	0.300
Yaşam Bulguları	45	95.7	56	66.7	0.000**
Diğer***	1	2.1	1	1.2	-

* n=131 ifadeler birden fazladır.

**ÜH ve DH arasında fark vardır.

*** Karaciğer, böbrek hastası olup olmadığına dikkat ederim cevapları yer almaktadır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin uygulamadan önce dikkat ettikleri noktaların dağılımı Tablo 8’de özetlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık tamamı LH analjezik istemini uygulamadan önce, ilacın en son verilme saatine daha çok dikkat etmektedirler. İki hastane arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

LH analjezik istemini uygulamadan önce yaşam bulgularına, Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler daha fazla dikkat etmektedir. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 9: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamaya karar verme zamanlarının dağılımı

KARAR VERME ZAMANLARI*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Hasta Ağrısını İfade Ettiğinde	41	87.2	68	81	0.356
Sadece Tedavi Saatinde	-	-	13	15.5	-
Sadece Hekim Hatırlattığında	4	8.5	5	6	-
Ağrı Ölçeğine Göre Ağrı Tanımlandığında	22	46.8	42	50	0.726
Hasta Yakını Söylediğinde	3	6.4	1	1.2	-

* n=131 ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamaya karar verme zamanlarının dağılımı Tablo 9’da özetlendi. Hemşireler LH analjezik istemini uygulamaya en fazla hasta ağrısını ifade ettiğinde karar vermektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 10: Hastanelere göre LH analjezik istemi ile ilgili geliştirilmiş protokol durumunun dağılımı

PROTOKOL DURUMU	HASTANELER			
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	n	%	n	%
Protokol Var	4	8.5	6	7.1
Protokol Yok	43	91.5	78	92.9
Toplam	47	100	84	100

Hastanelere göre LH analjezik istemi ile ilgili geliştirilmiş protokol durumunun dağılımı Tablo 10’da özetlendi. Hemşirelerin tamamına yakını LH analjezik istemi ile ilgili çalıştıkları hastanede geliştirilmiş bir protokolün olmadığını belirttiler. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 11: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamanın hemşirenin sorumluluğu olup olmadığı konusundaki görüşlerinin dağılımı

GÖRÜŞLER*	HASTANELER			
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	n	%	n	%
Evet	35	79.5	56	71.8
Hayır	9	20.5	22	28.2
Toplam	44	100	78	100

*n=131

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulamanın hemşirenin sorumluluğu olup olmadığı konusundaki görüşlerinin dağılımı Tablo 11’de özetlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu LH analjezik istemini uygulamanın hemşirenin sorumluluğu olduğunu düşünmektedir. İki hastane arasında istatistiksel

fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışmaya katılan 9 hemşire bu konuda görüş belirtmemiştir.

4.3. Kararı Uygulamaya Yönelik Bulgular

Tablo 12: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminde değişiklik yapma durumları ve değişiklik yaptıkları durumların dağılımı

DEĞİŞİKLİK YAPMA DURUMU	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Değişiklik Yapanlar	35	74.5	73	86.9	-
Değişiklik Yapmayanlar	12	25.5	11	13.1	
Toplam	47	100	84	100	
Değişiklik Yapılan Durumlar*					
İlacın Serviste Olmaması	25	71.4	46	63	0.388
Hastanın Sık Analjezik İstemesi	24	68.6	60	82.2	0.111
Hastanın İlacı Reddetmesi	19	54.3	25	34.2	0.047**
Hastanın Genel Durumu ve İstem Arasında Uyumsuzluk Olması	28	80	60	82.2	0.784
Diğer***	2	5.7	2	2.7	0.444

* n=108 ifadeler birden fazladır.

**ÜH ve DH arasında fark vardır.

*** İlaça bağlı komplikasyon gelişmesi nedeniyle değişiklik yaparım cevapları yer almaktadır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminde değişiklik yapma durumları ve değişiklik yaptıkları durumların dağılımı Tablo 12’de özetlendi. Her iki hastanede çalışan hemşirelerin çoğunluğu istem ile ilgili değişiklik yapmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin en fazla hastanın genel durumu ve istem arasında uyumsuzluk olması nedeniyle değişiklik yaptıkları bulundu. Her iki hastane arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın ilacı reddetmesi nedeniyle Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler, Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha fazla değişiklik yapmaktadır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 13: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulama dışında farmakolojik olmayan bir yöntem kullanma durumları ve uyguladıkları yöntemlerin dağılımı

GİRİŞİMDE BULUNMA DURUMU	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Girişimde Bulunanlar	40	85.1	75	89.3	0.484
Girişimde Bulunmayanlar	7	14.9	9	10.7	
Toplam	47	100	84	100	
GİRİŞİMLER*					
Mobilizasyon	20	50	48	64	0.146
Masaaj	14	35	14	18.7	0.052
Dren kontrolü	25	62.5	59	78.7	0.063
Pansuman Kontrolü	12	30	56	74.7	0.000**
Gevşeme	17	42.5	26	34.7	0.408
Derin Soluma	20	50	22	29.3	0.028**
Dikkati Başka Yöne Çekme	23	57.5	44	58.7	0.904
Diğer***	4	10	5	6.7	-

* n=115 ifadeler birden fazladır.

**ÜH ve DH arasında fark vardır.

*** Soğuk uygulama, pozisyon değiştirme, psikolojik destek ifadeleri yer almaktadır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uygulama dışında farmakolojik olmayan bir yöntem kullanma durumları ve uyguladıkları yöntemlerin dağılımı Tablo 13'de özetlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin tamamına yakını LH analjezik istemini uygulamadan önce veya uygularken aynı zamanda farmakolojik olmayan bir yöntemde kullanmaktadır. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Her iki hastanede çalışan hemşirelerin en fazla dren kontrolü yaptıkları bulundu. İki hastane arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0.05$).

Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler en fazla pansuman kontrolü yaparken, Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler derin soluma yöntemini daha çok kullanmaktadır. Bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 14: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminde en sık kullandıkları ilaç gruplarının dağılımı

EN SIK KULLANILAN İLAÇ	HASTANELER			
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	n	%	n	%
Narkotik Analjezikler	22	46.8	7	8.3
Narkotik Olmayan Analjezikler	25	53.2	77	91.7
Toplam	47	100	84	100

p=0.000

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminde en sık kullandıkları ilaç gruplarının dağılımı Tablo 14'de özetlendi. Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler LH analjezik isteminde narkotik ve narkotik olmayan analjezikleri yaklaşık aynı oranda kullanırken, Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelere göre narkotik analjezikleri daha yüksek oranda kullanılmaktadır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 15: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminde kullanılan ilaçlar hakkındaki bilgilerinin dağılımı

İLAÇ BİLGİSİ*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Kullanılan Durumlar	39	83	65	77.4	0.447
Farmakolojik Özellikler	26	55.3	42	50	0.559
Uygulama Dozu	39	83	66	78.6	0.544
Uygulama Sıklığı	34	72.3	72	85.7	0.062
Komplikasyonlar	42	89.4	73	86.9	0.680

* n=131 ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminde kullanılan ilaçlar hakkındaki bilgilerinin dağılımı Tablo 15'de özetlendi. Her iki hastanede çalışan hemşireler, ilaçların komplikasyonları hakkında daha fazla bilgiye sahip iken, ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında daha az bilgiye sahiptirler. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 16: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin yararları hakkındaki görüşlerinin dağılımı

GÖRÜŞLER*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Yeterli Ağrı Yönetimi Sağlar	26	55.3	39	46.4	0.329
Hemşireler Daha Az Klinik Karara İhtiyaç Duyar	4	8.5	10	11.9	0.546
Hastaya Özgü Analjezik Gereksinimi Karşlanır	16	34	46	54.8	0.023**
Hemşire- Hekim İşbirliği Sağlar	20	42.6	43	51.2	0.343
Hekim Yokken Hemşireye İlacı Uygulama Olanağı Sağlar	37	78.7	57	67.9	0.185
Diğer***	-	-	8	9.5	-

* n=131 ifadeler birden fazladır.

** ÜH ve DH arasında fark vardır.

*** İlaç israfını önler görüşü yer almaktadır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin yararları hakkındaki görüşlerinin dağılımı Tablo 16'da özetlendi. Her iki hastanede çalışan hemşireler en fazla hekimin serviste olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı sağlar görüşüne katılmaktadır. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaya özgü analjezik gereksinimi karşlanır görüşüne Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler, Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek oranda katılmaktadır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 17: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin olumsuzlukları hakkındaki görüşlerinin dağılımı

GÖRÜŞLER*	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Hasta Güvenliğinde Risk Yaratır	10	21.3	14	16.7	0.513
Yetersiz Ağrı Yönetimi Sağlar	2	4.3	14	16.7	0.037**
İstemin Açık Olarak Yazılmaması Problem Doğurur	27	57.4	54	64.3	0.440
Klinik Uygulamalarda Yaygın Olarak Kabul Görmez	5	10.6	15	17.9	0.271
Diğer***	12	25.5	16	19	0.385

* n=131 ifadeler birden fazladır.

**ÜH ve DH arasında fark vardır.

*** Olumsuz yönü yok görüşü yer almaktadır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik isteminin olumsuzlukları hakkındaki görüşlerinin dağılımı Tablo 17’de özetlendi. Çalışmaya katılan hemşireler en fazla istemin açık olarak yazılmaması problem doğurur görüşüne katılmaktadır. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Yetersiz ağrı yönetimi sağlar görüşüne Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek oranda katılmaktadır. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

4.4. Uygulamanın Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Tablo 18: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uyguladıktan sonra hastayı değerlendirme durumu ve değerlendirmede dikkate aldıkları kriterlerin dağılımı

DEĞERLENDİRME DURUMU	HASTANELER				
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		P
	n	%	n	%	
Değerlendirme Yapanlar	46	97.9	73	86.9	-
Değerlendirme Yapmayanlar	1	2.1	11	13.1	
Toplam	47	100	84	100	
Değerlendirme Kriterleri*					
Sözel İfadeye Göre Değerlendirme	31	67.4	49	67.1	0.976
Sözsüz İfadeye Göre Değerlendirme	12	26.1	17	23.3	0.729
Hastaya Ağrısını Sorma	35	76.1	65	89	0.060
Ağrı Ölçeğine Göre Değerlendirme	11	23.9	23	31.5	0.372

* n=119 ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uyguladıktan sonra hastayı değerlendirme durumları ve değerlendirmede dikkate aldıkları kriterlerin dağılımı Tablo 18'de özetlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamına yakını LH analjezik istemini uyguladıktan sonra, analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşireler, LH analjezik istemini uyguladıktan sonra ilacın yeterli olup olmadığını en fazla hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarak değerlendirmektedir. İki hastane arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 19: Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uyguladıktan sonra komplikasyon yönünden hastayı değerlendirme durumlarının dağılımı

DEĞERLENDİRME DURUMU	HASTANELER			
	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
	n	%	n	%
Değerlendirme Yapanlar	46	97.9	82	97.6
Değerlendirme Yapmayanlar	1	2.1	2	2.4
Toplam	47	100	84	100

Hemşirelerin hastanelere göre LH analjezik istemini uyguladıktan sonra komplikasyon yönünden hastayı değerlendirme durumlarının dağılımı Tablo 19’da özetlendi. Her iki hastanede çalışan hemşirelerin tamamına yakını, LH analjezik istemini uyguladıktan sonra hastada komplikasyonun gelişip gelişmediğini değerlendirmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Ağrı, gerçek yada potansiyel doku hasarıyla ilişkili olarak, vücudun belli bir yerinden köken alan, hoş olmayan bir duyum ve davranış şeklidir (64). Postoperatif ağrı ise, cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren, iatrojenik, göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş ve cerrahi travmanın derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile de doğrudan ilgili akut bir ağrı şeklidir (6,34). Postoperatif ağrı kontrolünde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, iyileşme sürecini kolaylaştırmak, tedaviye ilişkin yan etkileri kontrol altına almak veya önlemek, etkili tedavi sağlamaktır (65). Etkili tedavi için ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir (34).

Ağrının giderilmesi ve kontrolünde birinci adım tanılamadır. Subjektif duyu olan ağrının değerlendirilmesinde en önemli gösterge hastanın söyledikleridir. Bu bağlamda hastanın kendi ağrı bildirimini esas alınması gerekmektedir (1,7). Ağrı ile ilgili yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ağrı düzeyini hastanın sözel ifadesine göre değerlendirdikleri belirtilmiştir (33,42,65,66,67,68,69,70,71). Keçialan (12) çalışmasında, hemşirelerin LH analjezik istemini uygulamaya karar verirken, hastanın sözel ifadesine daha çok önem verdiklerini (%72.4) saptamıştır. Çalışmamızda, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %85.1'nin ve DH'nde çalışan hemşirelerin %78.6'sının ağrıyı hastanın sözel ifadesine göre değerlendirdikleri bulunmuştur. Bu bulgumuz diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Subjektif olan ağrıyı objektif ve ölçülebilir bir hale getirmede en önemli araç ağrı ölçekleridir (1). Hemşirelerin ağrı ölçeği kullanma durumlarını inceleyen çalışmalarda, hemşirelerin %14.2 gibi oldukça düşük oranda ağrı ölçeği kullandıkları yada hiç ağrı ölçeği kullanmadıkları belirtilmiştir (21,65,69,72). Keçialan (12) çalışmasında, hemşirelerin ağrıya ilişkin veri toplarken herhangi bir skala yada bir çizelgeden yararlanmadıklarını saptamıştır. Çalışmamızda, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %31.9'unun ve DH'nde çalışan hemşirelerin %26.2'sinin ağrı ölçeği kullandıkları bulunmuştur ve bu oran literatür ile uyumludur. Hemşirelerin ölçek kullanma oranının düşük olması, hemşirelerin ağrı ölçekleri hakkında bilgi sahibi olmamalarından yada ölçek kullanımının iş yükünü artıracığını düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Postoperatif ağrı şiddeti bir çok faktörle ilişkilidir. Ameliyatın tipi bunlardan birisidir. Farklı ameliyatlardan sonraki ağrı tipi ve şiddeti konusunda çok az şey bilinmektedir. En şiddetli ağrının; toraks, üst batin, renal ve ortopedik ameliyatlarda olduğu belirtilmektedir (6,31). Yıldız (73) ameliyat sonrası dönemdeki hastaların %70'inin 0. günde sürekli ağrılarının olduğunu, 4. günde ise sürekli ağrı ifade eden hastanın olmadığını belirtmiştir. Puntillo ve Weis (74) batin operasyonlarının kardiyovasküler operasyonlardan daha ağrılı olduğunu belirtirken, Aslan (28) üst abdomen operasyonlarının, alt abdomen operasyonlarına göre ağrı ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Zubaroglu ve arkadaşları (75), ağrı ve analjezik kullanımının laparoskopik teknikle, açık tekniğe oranla belirgin şekilde azalmış olduğunu saptamıştır. Ross ve arkadaşları (46) ameliyat sonrası LH ilaç verme kararını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin ameliyat sonrası birinci günde üçüncü güne oranla daha fazla analjezik verdiklerini belirtmişlerdir. Keçialan (12) çalışmasında hemşirelerin %41.3'ünün ağrı tanılmasında hastanın tanısını ve ameliyat sonrası dönemde olmasını dikkate aldıklarını saptamıştır. Çalışmamızda, hemşirelerin tamamına yakınının cerrahi girişim ile ilgili veri topladıkları bulunmuştur. Çalışma bulgumuz diğer araştırma bulguları ile paraleldir. Hemşirelerin ağrı tanılmasında postoperatif ağrı şiddetini etkileyen faktörleri dikkate almalarının, değerlendirmenin etkinliğini ve doğruluğunu artıracığını düşünmekteyiz.

LH analjezik isteminde, hemşire hastanın ağrısını değerlendirir, analjeziğin verilip verilmeyeceğine karar verir ve daha sonra istemdeki ilacı uygular (45). Keçialan (12) LH analjezik istemlerinin rutin istem biçiminden farkını incelediği çalışmasında, hemşirelerin %60'nın istem gerekliliğine göre verilir görüşüne sahip olduklarını saptamıştır. Çalışmamızda, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %74.5'nin, DH'nde çalışan hemşirelerin %63.1'nin "İstem gerektiğinde uygulanır" görüşüne katıldıkları bulunmuştur. Bu bulgu diğer çalışma sonucuna yakındır. Çalışmamızda ÜH'nde çalışan hemşirelerin uygulama kararı hemşireye aittir görüşüne daha az katıldıkları bulunmuştur. Bunun nedeni ÜH'nde çalışan hemşirelerin DH'nde çalışan hemşirelere oranla doktora daha kolay ulaşabildikleri için analjezik uygulamasına doktor ile beraber karar vermelerinden kaynaklanabilir.

LH analjezik istemleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, hemşirelerin LH yazılan analjezikleri hastalara daha az verdikleri ve analjezik dozlarının hastalar için yetersiz kaldığı belirtilmiştir (60,74,76). Ağrı kontrolü ile ilgili yapılan çalışmalarda da, istem yapılan analjeziklerin %25, %35 oranında hastaya verildiği ve analjezik istemlerine rağmen hastaların ağrı çekmeye devam ettiği belirtilmiştir (34,68,72,77). Karadeniz (70) çalışmasında, hemşirelerin %90.7'sinin hastanın her ağrısı olduğunda ağrı kesici vermenin gereksiz olduğunu düşündüklerini saptamıştır. Ross ve arkadaşları (46) hemşirelerin LH istemini olabildiğince az anlamında yorumladıklarını belirtilmiştir. Çalışmamızda ÜH'nde çalışan hemşirelerin %66'sının, DH'nde çalışan hemşirelerin %63.1'inin LH analjezik isteminin amacını, mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olarak düşündükleri bulunmuştur. Bu bulgumuz diğer araştırma sonuçları ile benzerdir. Hemşirelerin LH analjezikleri daha az uygulamaları, analjeziklerin solunum depresyonu ve ilaç bağımlılığına neden olacağı yönünde yaygın ve yanlış bir düşüncenin varlığından kaynaklanabilir. Bu düşünce, hemşirelerin reçete edilen analjeziği hem az miktarda, hem de az sıklıkta uygulamalarına neden olur. Bu durum birçok hastada ağrının optimum düzeyde tedavisini engellemektedir (78).

Hemşirelerin analjezikleri ağrı başladıktan sonra yada ağrı şiddetlendiği zaman vermeleri ilacın kandaki düzeyinde dalgalanmalar yaratır ve hastanın bir süre ağrı çekmesine neden olur (6,31). Ayrıca tedavi edici kan analjezik düzeyine ulaşmak için hastaya yüksek dozda ilaç verilmesi gerekebilir. Bu durum hastada sedasyon, solunum depresyonu gibi komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (6,7,20). Çalışmalarda hemşirelerin genellikle hastanın ağrısı şiddetlendikten sonra analjezik verdikleri belirtilmektedir (6,79,80). Aslan ve Badır (33) hemşirelerin %75.7'sinin analjeziklerin ağrı başlamadan verilmesini uygun bulmadıklarını saptamışlardır. Karadeniz (70) hemşirelere göre ağrıyı önlemek için yapılması gerekenleri incelediği çalışmasında, hemşirelerin %32.9'unun ağrı oluşmadan ilaç verme, tedaviyi zamanında yapma görüşüne sahip olduklarını saptamıştır. Özer (65) cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin gereğinde ağrı kesici uygulama zamanlarını incelemiş ve hemşirelerin %48.98'nin gereğinde ağrı kesiciyi ağrı şiddetlendiğinde, %32.65'inin de ağrı başladığında uyguladıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda, ağrı başlamadan LH analjezik uygulayan hemşirelerin oranı ÜH'nde %8.5 ve DH'nde %16.7 olarak oldukça düşük bulunmuştur. Bu bulgu diğer araştırma sonuçları ile

benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin LH analjeziği ağrı başladıktan sonra vermelerini hemşirelerin mümkün olduğunca az ilaç uygulamak görüşüne fazla katılmalarıyla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda, DH'nde çalışan hemşirelerin LH analjezik istemini ağrının artmasını önlemek amacıyla daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Bu farklılığın, DH'nde çalışan hemşirelerin eğitim düzeylerinin daha düşük olması nedeniyle ağrı kontrolü ve analjezikler konusunda bilgilerinin daha az olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Postoperatif ilk 48 saatte olduğu gibi, beklenen ağrılarda analjezikler ağrının ortaya çıkmasına engel olacak biçimde düzenli aralıklarla kullanılması gerektiği önerilmektedir. Postoperatif ilk periyottan sonra analjeziklerin LH şeklinde kullanılması gerektiği belirtilmektedir (7). Yapılan çalışmalarda, postoperatif ağrı kontrolünde düzenli aralıklarla analjezik verildiği zaman LH analjezik istemine göre hastaların ağrılarının daha çok rahatladığı saptanmıştır (56,59). LH analjezik verme yöntemi uygulanan hastaların ise %35'inde ağrı kontrolü sağlandığı ve bu yöntemin postoperatif ağrı kontrolünün etkinliğini azaltan bir bariyer olduğu belirtilmektedir (61,81). Ünsal (57) çalışmasında, postoperatif analjezide kullanılan LH intravenöz PCA uygulamasının yetersiz analjezi düzeyi ve hasta tatmini nedeniyle ideal bir yöntem olmadığını saptamıştır. Olgun ve Aslan'ın (21) hemşirelerin beklenen ağrıya yaklaşımlarını inceledikleri çalışmada, hemşirelerin %70.1'nin düzenli aralıklarla analjezik verilmesini uygun gördüklerini belirlemişlerdir. Çalışmamızda LH analjezikler postoperatif ağrı kontrolünde tek başına kullanılır görüşüne ÜH'nde çalışan hemşirelerin %19.1'inin ve DH'nde çalışan hemşirelerin %32.1'inin katıldığı saptanmıştır. Bu bulgumuz literatür ile paraleldir. Çalışmamızda, LH analjeziklerin gün boyu düzenli analjezik verme yöntemine ek olarak kullanıldığı görüşüne ÜH'nde çalışan hemşirelerin daha fazla katıldığı bulunmuştur. ÜH'nde çalışan hemşirelerin bu görüşe daha yüksek oranda katılmaları, doktor istemlerinde genellikle gün boyu düzenli analjeziklerin yanında, intramusküler LH analjeziklerinde reçete edilmesinden dolayı kaynaklanabilir. Yıldız (73), bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmasında, doktorların %55'inin postoperatif dönemde Dolantin amp. (LH) + Novalgın amp. 3x1 şeklinde ilaç istemi yazdıklarını belirtmiştir. Bu çalışma sonucu bizim bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Narkotik analjeziklerin hipotermi, hipotansiyon, bradikardi, solunum depresyonu gibi komplikasyonları vardır ve hemşirelerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir (5,82). Çalışmamızda, LH analjezik istemini uygulamadan önce yaşam bulgularına ÜH'nde çalışan hemşirelerin DH'nde çalışan hemşirelere göre daha yüksek oranda dikkat ettikleri bulunmuştur. ÜH'nde çalışan hemşirelerin yaşam bulgularına dikkat etmesi, yeni mezun olmaları ve eğitim seviyelerinin yüksek olmasından dolayı yada ÜH'nde analjezikleri uygulamadan önce yaşam bulgularına daha çok dikkat edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Keçalan (12) yaptığı benzer bir çalışmada hemşirelerin %38.9'unun LH analjezik istemde değişiklik yaptıklarını belirtirken çalışmamızda ise ÜH'nde çalışan hemşirelerin %74.5'inin, DH'nde çalışan hemşirelerin %86.9'unun LH analjezik isteminde değişiklik yaptıkları saptanmıştır. Hemşirelerin değişiklik yaptıkları durumlara baktığımızda her iki hastanede de hemşirelerin en fazla hastanın genel durumu ve istem arasında uyumsuzluk olması nedeniyle değişiklik yaptıkları bulunmuştur. Bu bulgumuz, ilaç verme sürecinin herhangi bir aşamasında geri bildirimde bulunarak, doktorların isteme ilişkin uygulamalarını yönlendirebilme sorumluluğu olan hemşirelerin hasta yararına karar verdiklerini ve hemşirelik etiğine uygun olarak hareket ettikleri yönünde değerlendirilebilir.

LH analjezik istemindeki ilaçlar genellikle intramusküler yol ile uygulanmaktadır. Bu yöntemin hastada ağrı ve travmaya neden olması nedeniyle hasta ilacı istemeyebilir (14). ÜH'nde çalışan hemşireler DH'nde çalışan hemşirelere göre hastanın ilacı reddetmesi nedeniyle daha çok değişiklik yapmaktadır. Hastaneler arasındaki farklılık, ÜH'nde yatan hastaların sosyokültürel seviyelerinin ve eğitim düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle kendilerini daha iyi ifade etmelerinden yada ÜH'nde çalışan hemşirelerin ağrı kontrolünü hasta ile beraber yürütmelerinden dolayı kaynaklanabilir.

Postoperatif ağrıda analjeziklere ek olarak farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması ağrı kontrolünde etkinliği artırmaktadır (62). Aslan (83) ilaç dışı yöntemlerden masaj, gevşeme ve soğuk uygulamanın postoperatif akut ağrıyı kontrol altına almadaki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, ilaç dışı yöntemlerin etkinliği ortaya konmuştur. Karadeniz (84) çalışmasında masajın ağrıyı azaltmada etkili olduğunu saptamıştır. Yine Cimete'nin (85) adolesanların ağrı ile baş etme

durumlarını değerlendirdiği çalışmasında baş etme yöntemlerinin ağrıyı azaltarak ilaç alma gereksinimini de azalttığı belirtilmiştir. Yavuz (14) nonfarmakolojik girişim ve analjezik uygulaması öncesi sözel skala (VRS) değerleri ortalamasını 2.32 bulurken, sonraki sözel skala (VRS) değerleri ortalamasını 1.47 olarak bulmuştur. Çeçen ve arkadaşları (86), abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarının ağrı şiddetinin transkütan elektriksel sinir stimulasyonu (TENS) uygulaması sonrasında anlamlı olarak azaldığını belirtmişlerdir. Özer (65) hemşirelerin %67.31'nin ağrısı olan hastalarda ilaç dışı yöntem uyguladıklarını saptamıştır. Çalışmamızda, LH analjezik istemini uygulamadan önce H'nde çalışan hemşirelerin %85.1'nin, DH'nde çalışan hemşirelerin %89.3'ünün farmakolojik olmayan bir yöntem uyguladıkları bulunmuştur. Çalışma bulgumuz diğer araştırma sonuçları ile benzerdir. Hemşirelerin LH analjezik isteminin yanında farmakolojik olmayan yöntemleri de kullanmaları, daha etkin ağrı kontrolü yaptıklarını göstermektedir.

Vücudun herhangi bir yerinde serum yada kan toplanması ve bunun yaptığı bası, kötü yerleşmiş tp ve drenler, nazogastrik dekompresyonda yetersizlik sonucu gastrik yada intestinal distansiyon, mesane distansiyonu ameliyat sonrası ağrının gelişmesine neden olabilmektedir (2,34). Kutlu ve etinkaya (87) cerrahi servislerde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin % 81.3'ünün ameliyat sonrası dönemde drenaj takibi yaptıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda, hemşirelerin farmakolojik olmayan yöntemlerden dren kontrolünü en fazla kullandıklarını saptadık. Literatür ile uyumlu olan bu bulgumuz, hemşirelerin dren ve drenaj takibinin postoperatif ağrıyı etkileyen önemli bir faktör olarak düşünmelerine bağlanabilir. Çalışmamızda, pansuman kontrolünü DH'nde çalışan hemşireler H'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla yaptıkları bulunmuştur. Bu farklılığın, DH'sinde hasta sayısının fazla doktor sayısının ise az olması nedeniyle hemşirelerin pansuman yapma konusunda doktorlara yardımcı olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca derin soluma yöntemini H'nde çalışan hemşireler DH'nde çalışan hemşirelere göre daha çok tercih ettiklerini tespit ettik. Bu farklılık, H'nde solunum egzersizlerinin yaptırılmasına daha çok önem verilmesinden kaynaklanabilir.

Keçialan (12) çalışmasında doktorlar LH analjezik isteminde narkotik ve narkotik olmayan analjeziklerin her ikisini de kullanabileceklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda, LH analjezik isteminde narkotik analjezikleri ÜH'nde çalışan hemşirelerin daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Bu farklılığın, LH analjezik istemlerinde doktor tarafından narkotik olmayan analjeziklerin yanında narkotik analjeziklerinde sık olarak yazılması ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Bu bulgumuz diğer çalışma sonucu ile uyumludur.

Çalışmamızda hemşireler, LH analjezik isteminin sağladığı en önemli yararı, hekimin serviste olmadığı zamanlarda kendilerine ilacı uygulama olanağı sağlaması olarak belirtmişlerdir. Bu bulgu doktorların serviste olmaması nedeniyle sözel ilaç istemleriyle sık karşılaşan hemşirelerin LH analjezik istemini kendilerine yasal bir güvence olarak görmeleri şeklinde değerlendirilebilir. DH'nde çalışan hemşireler ÜH'nde çalışan hemşirelere göre, hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılama görüşüne daha fazla katılmaktadırlar. Bu farklılık, yaş ve deneyimin artmasıyla birlikte LH analjezik isteminin hastaya özgü yapılması gerektiği konusunda bir düşüncenin de arttığı yönünde yorumlanabilir.

Keçialan (12), doktorlar tarafından yazılan LH analjezik istemlerinin içeriğini incelediğinde, doktorların %100'ünün ilacın adını, %68.2'sinin ilacın dozunu, %51.2'sinin doz aralıklarını ve %2.4'ünde veriliş yolunu belirttiklerini saptamıştır. Hekimden kaynaklanan ilaç hata nedenleri arasında; ilaç istemlerinin okunaklı yazılmaması, ilaç dozunun ve veriliş yolunun açıkça belirtmemesi yer almaktadır. Yeterince açık olmayan, sorun yaratabilecek istemler, hekimin yazılı açıklamasından/doğrulamasından sonra kayıt ve uygulamaya geçmelidir (55). Çalışmamızda, LH analjezik isteminin olumsuz yönü olarak hemşirelerin en fazla istemin açık olarak yazılmaması problem doğurur görüşüne katıldıkları bulunmuştur. Bu bulgumuzu literatür ile uyumludur.

LH analjezik istemi yetersiz ağrı yönetimi sağlar görüşüne, DH'nde çalışan hemşireler ÜH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla katılmaktadırlar. Hastaneler arasındaki bu farklılık, deneyim ve yaşın artmasıyla birlikte LH şeklinde yazılan analjeziklerin ağrı kontrolünde etkin bir yöntem olmadığı yönünde düşünülmesinden kaynaklanabilir. Ağrı kontrolü ile ilgili yapılan bir çalışmada, ağrı kontrolündeki deneyimin ağrı kontrol yönteminin etkili yada zayıf olduğunu tanımlamada yol

gösterici olduğu belirtilmiştir (48). Yine başka bir çalışmada, ağrı kontrolü ve deneyim arasında yakın ilişki olduğu açıklanmıştır (35). Bu çalışma sonuçları bizim bulgumuzu desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Postoperatif ağrı yönetiminde, hemşirelerin LH analjezik istemi hakkında bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı çalışmaya, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı Antalya Devlet Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan toplam 131 hemşire denek olarak katılmış olup, elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

- 1) Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu, hemşirelik eğitimi sırasında ve çalıştıkları kurumda LH analjezik istemi ile ilgili herhangi bir eğitim almamışlardır.
- 2) Hemşireler ağrı tanılmasında, hastanın sözel ifadesine yüksek oranda başvururken, ağrı ölçeği kullanma oranları daha düşüktür.
- 3) Hemşirelerin tamamına yakını cerrahi girişim ile ilgili veri toplamaktadır.
- 4) Hemşireler LH analjezik istemini mümkün olduğunca az ilaç uygulamak olarak düşünmekte ve LH analjezik istemini hastanın ağrısı başladıktan sonra uygulamaktadır.
- 5) Hemşireler LH isteminin gerekli olduğunda uygulandığını düşünmektedirler.
- 6) Hemşireler postoperatif ağrı kontrolünde LH analjezik isteminin tek başına kullanılmaması gerektiğini düşünmektedirler. ÜH'nde çalışan hemşireler LH analjezik isteminin günboyu düzenli analjezik verme yöntemine ek olarak kullanıldığı görüşüne daha çok katılmaktadırlar.
- 7) Her iki hastanede çalışan hemşireler, LH analjezik istemini uygulamadan önce, ilacın en son verilme saatine daha çok dikkat etmektedirler. ÜH'nde çalışan hemşireler LH analjezik istemini uygulamadan önce yaşam bulgularına daha çok dikkat etmektedirler.
- 8) Hemşirelerin çoğunluğu LH analjezik istemini uygulamanın kendi sorumlulukları olduğunu düşünmektedir.
- 9) Her iki hastanede çalışan hemşireler LH analjezik isteminde, hastanın genel durumu ve istem arasında uyumsuzluk olması nedeniyle daha çok değişiklik yapmaktadırlar.

- 10) Hemşirelerin tamamına yakını farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmaktadırlar. Bu yöntemlerden dren kontrolüne daha fazla uygulamaktadırlar.
- 11) Farmakolojik olmayan yöntemlerden derin soluma yöntemini ÜH'nde çalışan hemşireler daha fazla, pansuman kontrolünü ise DH'nde çalışan hemşireler daha fazla uygulamaktadırlar.
- 12) LH analjezik isteminde narkotik analjezikler ÜH'nde daha çok kullanılmaktadır. Her iki hastanede çalışan hemşireler ilaçların komplikasyonları hakkında daha fazla bilgiye sahipken, ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında daha az bilgiye sahiptirler.
- 13) Her iki hastanede çalışan hemşireler, LH analjezik isteminin, hekimin serviste olmadığı zamanlarda kendilerine ilacı uygulama olanağı sağladığını düşünmektedirler.
- 14) Her iki hastanede çalışan hemşireler LH analjezik isteminin olumsuzluğunu istemin açık olarak yazılmaması olarak belirtmişlerdir. DH'nde çalışan hemşireler, LH analjezik istemi yetersiz ağrı yönetimi sağlar görüşüne daha fazla katılmaktadır.
- 15) Her iki hastanede çalışan hemşireler LH analjezik istemini uyguladıktan sonra ilacın etkisi ve komplikasyonları yönünden hastayı değerlendirmektedirler.
- 16) Her iki hastanede LH analjezik uygulamasına ilişkin hemşirelerin kararlarını yönlendirecek yazılı veya sözlü bir protokol yoktur.

6.2. ÖNERİLER

- 1) Hemşirelik okulları müfredat programlarında ağrı ve ağrının farmakolojik kontrolüne daha fazla yer verilmesi,
- 2) Hastanelerde ağrı ve ağrının farmakolojik tedavisi hakkında hizmet içi eğitim programlarının yapılması,
- 3) Hastanelerde LH analjezik istemlerine ilişkin protokollerin oluşturulması,

- 4) Hemşirelerin ilaçların farmakolojik özellikleri ve gelişebilecek komplikasyonlar konusunda daha dikkatli ve bilinçli olması,
- 5) Postoperatif ağrı kontrolünde, LH analjezik ilaçlara ek olarak farmakolojik olmayan yöntemlerin daha çok kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Ersek M., Poe C.M. (2004) Pain. In: O'Brien G.P. (eds) *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. (6th ed), Mosby, United States of America, p:131-59
- 2) Kanan N. (1998) Cerrahide Ağrı. In: Aksoy G.(Ed) *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. (1. Baskı), Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, s: 11-8.
- 3) Gordon D.B., Dahl J., Phillips P. et al. (2005) The use of 'as-needed' range orders for opioid analgesics in the management of acute pain: a consensus statement of the American Society for Pain Management Nursing and the American Pain Society. *Home Healthcare Nurse*, **23(6)**: 388-96.
- 4) Edirne S. (1999) Ağrı tedavisinde son seçenekler. *Ağrı*, **11(4)**: 18-20.
- 5) Wall P.D., Melzack R. (1994) Textbook of pain (3rd ed). Churchill Livingstone, Edinburg, s: 1419-50.
- 6) Kocaman G. (1994) Ağrı-hemşirelik yaklaşımları. (1. Baskı), Saray Medikal Yayıncılık, İzmir.
- 7) Pillai Riddell R.R., Craig K.D. (2003) Time-contingent schedules for postoperative analgesia: a review of the literature. *The Journal of Pain*, **4(4)**: 169-75.
- 8) Çam R., Memiş S. (2005) İlaç yönetiminde hemşirenin rolü. *Sendrom*, **17(3)**: 105-10.
- 9) Akkaya T. (1993) Ağrının farmakolojik tedavisi. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, **6(3)**: 155-62.
- 10) Potter P.A., Perry A.G. (2001) *Fundamentals of nursing*. (5th ed), Mosby, United States of America, s: 1282-1322.
- 11) Ülker S. (1994) İlaç uygulamaları için standartlar. *Türk Hemşireler Dergisi*, **44(5-6)**: 14-22.
- 12) Keçialan R. (2000) Lüzum halinde (LH) analjezik isteminin doktor ve hemşireler tarafından kullanımının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- 13) Aslan E.F. (2006) Tarihsel süreçte ağrı: Kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi. In: Aslan E.F. (ed) *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul, s: 3-9.

- 14) Yavuz A. (2000) Postoperatif ağrı yönetiminde nonfarmakolojik girişimler ve hastanın kendi ağrısını değerlendirmesine göre analjezik uygulaması yöntemi ve rutin analjezi yönteminin karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 15) Edirne S. (1995) Ağrının tarihçesi. *Ağrı Serisi*, 1. Basım, Hekimler Yayın Birliği, İstanbul.
- 16) Cimete G. (1994) Ağrı kavramı. *Türk Hemşireler Dergisi*, **44(5-6)**: 42-5.
- 17) Çeliker R. (2005) Kronik ağrı sendromları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **51(Özel Ek B)**: 14-8.
- 18) Edirne S. (2006) Ameliyat sonrası ağrı tedavisi. http://www.algoloji.org.tr/etkinlik_kitap.asp?unit=5 web adresinden 17.01.2006 tarihinde erişildi.
- 19) Önal A. (2004) Ağrı. In: Önal A. (ed) *Algoloji*.1. Baskı, Nobel Yayıncılık, İstanbul, s: 1-20
- 20) Hudak C.M., Gallo B.M. (1998) *Critical care nursing: a holistic approach*. (7th ed), Lippincott-Raven Publishers, Newyork, p: 41-58.
- 21) Olgun N., Aslan E.F. (1998) Hemşire ve hekimlerin ağrıya yaklaşımları. *Ağrı*, **10(1)**: 32-6.
- 22) Aslan E.F. (2004) Travmada ağrı. In: Şelimen D. (ed) *Acil Bakım*, 3. Baskı, Tavaslı Matbaası, İstanbul, s: 387-406.
- 23) Barış S., Sarıhasan B., Tür A. (1999) Preemptif analjezi-Postoperatif ağrı tedavisindeki yeri. *Sendrom*, **11(1)**: 110-3.
- 24) Doğrul A., Uzbay İ.T. (1996) Ağrının fizyopatolojisi ve tedavisi. *Sendrom*, **8(4)**: 65-76.
- 25) Türkoğlu M. (1993) Ağrı tanımlaması ve ölçümü. In: Yegül İ. (ed), *Ağrı ve Tedavisi*, Yapım Matbaacılık ,İzmir, s: 19-28.
- 26) Yücel A. (1997) Hasta kontrollü analjezi PCA. *Ufuk Matbaacılık* ,İstanbul
- 27) Özyuvacı E., Altan A., Yücel A. (2003) Postoperatif ağrı tedavisi. *Sendrom*, **15(8)**: 83-92.
- 28) Aslan E.F. (1997) Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. *Türk Hemşireler Dergisi*, **47(6)**: 3-8.

- 29) Amata A.O., Samaroo L.N., Monplaisir S.N. (1999) Pain control after major surgery. *East Afr Med J*, **76(5)**: 269-71.
- 30) Sloman R., Rosen G., Rom M., Shir Y. (2005) Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, **52(2)**: 125-32.
- 31) Dallı D. (1998) Postoperatif ağrı kontrolünde intravenöz hasta kontrollü analjezi ve aralıklı intramusküler analjezi yöntemlerinin karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
- 32) Yegül İ. (1993) Postoperatif ağrı tedavisi. In: Yegül İ. (ed) *Ağrı ve Tedavisi*, Yapım Matbaacılık, İzmir, s: 249-54.
- 33) Aslan E.F., Badır A. (2005) Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, **17(2)**: 44-51.
- 34) Aslan E.F. (2006) Postoperatif ağrı. In: Aslan E.F. (ed) *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul, s: 159-90.
- 35) Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler M. (2003) An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesthesia and Analgesia*, **96(1)**: 179-85.
- 36) Edirne S. (1994) Akut ağrı ilkeleri. *Ağrı*, **6(1)**: 10-3.
- 37) Karayurt Ö. (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2(1)**: 20-6.
- 38) Duvarcı H., Gürsoy D., Sarı Y.S. ve ark. (2006) Spinal anestezi uygulanan hastalarda preoperatif hemşire görüşmesinin ağrı ve anksiyeteye etkileri. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, 24-28 Mayıs, Antalya, s: 135.
- 39) Alon E., Knessl P. (2000) Prevention and treatment of postoperative pain. *Ağrı*, **12(3)**: 9-14.
- 40) Işık G. (2006) Akut - Postoperatif ağrı. http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/yeni_sayfa_9.htm adresinden 26.06.2006 tarihinde erişildi.
- 41) Özmert G.S. (2000) Postoperatif ağrının giderilmesinde hasta kontrollü analjezi yönteminin kullanımı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara.

- 42) Sjostrom B., Dahlgren O.L., Haljamae H. (2000) Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, **9**: 111-8.
- 43) Bölükbaş N. (1996) Cerrahi hastalarının korku ve endişelerini paylaştıkları sağlık personeli. *Sendrom*, **8(11)**: 79-80.
- 44) Kutlutürkan S. (1994) Ağrısı olan kanserli hastaların hemşirelerden beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- 45) Schafheutle E.I., Cantrill J.A., Noyce P.R. (2001) Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, **33(6)**: 728-37.
- 46) Ross R.S., Bush J.P., Crummette B.D. (1991) Factors affecting nurses' decisions to administer PRN analgesic medication to children after surgery: an analog investigation. *Journal of Pediatric Psychology*, **16(2)**: 151-67.
- 47) Manias E. (2003) Medication trends and documentation of pain management following surgery. *Nursing and Health Sciences*, **5**: 85-94.
- 48) Tapp J., Kropp D. (2005) Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, **20(2)**: 167-73.
- 49) Aslan E.F. (2002) Ağrıya ilişkin yanılgılar ve gerçekler. *Sendrom*, **14(4)**: 94-8.
- 50) Aslan E.F. (2002) Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6(1)**: 9-16.
- 51) Güzeldemir M.E. (1995) Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, **7(6)**: 11-21
- 52) Yücel A. (2004) Ağrılı hastanın ve ağrı tedavisinin değerlendirilmesi. In: Önal A. (ed) Algoloji.1. Baskı, Nobel Yayıncılık, İstanbul, s: 21-9
- 53) Karaöz S. (2000) Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4(1)**: 1-8.
- 54) Erdem G.Y. (1995) Hemşirelerin klinik çalışmalarında gözlenen davranışlarının bağımlı, bağımsız ve birbirine bağımlı kararlar yönünden irdelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara.
- 55) Aştı T., Acaroğlu R. (2000) Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4(2)**: 22-7.
- 56) Company E.S., Banos J.E., Soler T.F., Olivas F.M., Abasolo C.M. (2002) Analgesic use for postoperative pain: differences arise when comparing departments of surgery. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, **11**: 607-14.

- 57) Ünsal G.G. (1997) Postoperatif analjezide intravenöz ve epidural morfin: PCA ve PRN uygulamalarının karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- 58) Önal A. (2004) Analjezikler. In: Önal A. (ed) Algoloji.1. Baskı, Nobel Yayıncılık, İstanbul, s: 47-65.
- 59) Higgins S.S., Turley K.M., Harr J., Turley K. (1999) Prescription and administration of around the clock analgesics in postoperative pediatric cardiovascular surgery patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, **14(1)**: 19-24.
- 60) Gillies M.L., Smith L.N., Parry-Jones W.L. (1999) Postoperative pain assessment and management in adolescents. *Pain*, **79(2-3)**: 207-15.
- 61) Orgill R., Krempf G.A., Medina J.E. (2002) Acute pain management following laryngectomy. *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, **128(7)**: 829-32.
- 62) Yavuz M. (2006) Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. In: Aslan E.F. (ed) *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul.s: 135-47.
- 63) Karadeniz G. (1997) Hastanızın ağrısını ilaç kullanmadan nasıl azaltabilirsiniz? *Hemşireler ve Öğrenci Hemşireler İçin Rehber Kitapçık*, Emek Matbaacılık, Manisa.
- 64) Babacan A., Akçalı D. (2006) Ağrının sınıflandırılması. In: Aslan E.F. (ed) *Ağrı Doğası Ve Kontrolü*, 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul, s: 61-7.
- 65) Özer N. (1998) Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- 66) Afşar F., Pınar R. (2003) Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile başetme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6(3)**: 19-28.
- 67) Idvall E., Ehrenberg A. (2002) Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, **11(6)**: 734-42.
- 68) Watson W.J., Stevens B., Garfinkel P., Streiner D., Gallop R. (2001) Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, **36(4)**: 535-45.

- 69) Aydın B.H. (2002) Hemşirelerin ve kanserli hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 70) Karadeniz G. (1989) Hemşirelerin ağrıya ve ağrısı olan hastalara yaklaşımları konusunda bilgilerinin saptanması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- 71) Fife B.L., Irick N., Painter J.D. (1993) A comparative study of the attitudes of physicians and nurses toward the management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, **8(3)**: 132-9.
- 72) Erdem S., Akansel N., Ulusoy B., Kılıçturgay S., Taşdelen İ. (2006) Hastaların ameliyat sonrası ağrılarını algılamaları, ağrıyı gidermede kullanılan yöntemler ve analjezikler ile ilgili hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, 24-28 Mayıs , Antalya, s: 134.
- 73) Yıldız M. (1999) Batın ameliyatı olan hastalarda ağrı özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 74) Puntillo K., Weiss S. (1994) Pain: Its mediators and associated morbidity III cardiovascular surgical patients. *Nursing Research*, **43(1)**: 31-6.
- 75) Zubaroğlu E., Çalışkan K., Keskin A., Serim Ç., Seratlı O., Özgüven R. (1997) Laparoskopik ve açık kolesistektominin postoperatif ağrı yönünden karşılaştırılması. *Ağrı*, **9(2)**: 24-9.
- 76) Ward S.E., Gordon D.B. (1996) Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, **11(4)**: 242-51.
- 77) Closs S.J. (1990) An exploratory analysis of nurses' provision of postoperative analgesic drugs. *Journal of Advanced Nursing*, **15(1)**: 42-9.
- 78) Gumley V. (1994) Nurses attitudes towards management of pain. *Nursing Times*, **90(43)**: 40-3.
- 79) Owen H., McMillan V., Rogowski D. (1990) Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain*, **41(3)**: 303-7.
- 80) Cartwright P.D. (1985) Pain control after surgery: a survey of current practice. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, **67(1)**: 13-6.

- 81) Buck M., Paice J.A. (1994) Pharmacologic management of acute pain in the orthopaedic patient. *Orthopaedic Nursing*, **13(6)**: 14-23.
- 82) Eti Z. (2006) Ağrıda kullanılan farmakolojik ajanlar. In: Aslan E.F. (ed) *Ağrı Doğası Ve Kontrolü*, 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti., İstanbul.s: 103-11.
- 83) Aslan F. (1997) Gevşeme teknikleri, soğuk uygulama ve masaj ile postoperatif ağrı kontrolü. *V. Ulusal Hemşirelik Kongre Bildirisi*. 1997.
- 84) Karadeniz G. (1997) Masajın ağrıyı giderme ve endorfin salınımı üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara.
- 85) Cimete G. (1991) Adölesanların ağrı ile başetme durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Doktora Tezi. Ankara.
- 86) Çeçen D., Kutlu A.K., Kahya M. (2006) Postoperatif ağrı kontrolünde transkütan elektriksel sinir stimülasyonunun (TENS) etkinliği. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, 24-28 Mayıs, Antalya, s:134.
- 87) Kutlu A. K., Çetinkaya A.Ç. (2004) Cerrahi servislerinde görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası bakıma ait uygulamaları: Manisa örneği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **7(2)**: 68-77.

8. EKLER

EK 1: ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA BELGELERİ

Ek 1 Belge 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli Meslektaşım,

Araştırmama katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Çalışmamızda elde edeceğimiz sonuçlar, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla yüksek lisans tezimde ve yapacağım diğer bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Bu araştırmada, cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin, sıklıkla ameliyat sonrası dönemde yapılması gereken işlemlerden biri olarak karşılaştığı, uygulaması kliniklere göre değişiklik gösteren ve ağrı yönetiminde kullanılan “Lüzum Halinde (LH)” analjezik istemine ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle size verilen anket formunu içtenlikle cevaplandırmanıza ihtiyaç duymaktayım.

Lüzum Halinde (LH) analjezik istemi, cerrahi servislerinde özellikle ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünü sağlamak için sıklıkla kullanılmakta olup, ayrıca hemşirenin bilgi, beceri ve duyarlılığını gerektiren başlıca istem biçimidir. LH analjezik istemi ve uygulaması sırasında kliniklerde, hemşire-hasta ve hemşire-hekim arasında sorunlarla karşılaşılmasına rağmen bu sorunlara yeterince açıklık getirilmemiştir. Bu sebeple araştırmamızda hemşirelerin LH analjezik istemini kullanmada ve istemlerin yerine getirilmesindeki izlem ve tutumlarını değerlendirmek ve LH analjezik istemine ilişkin uygulama standardının oluşturulmasına ışık tutması hedeflenmektedir.

Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali ŞAHİN Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyesidir. Dr Şahin danışmanlığında yürüteceğim araştırmanın sonuçlarını bilimsel platformlarda duyurarak, klinikte sıkça karşılaştığımız bu konuya özgü duyarlılığı arttırmayı ümit ediyoruz.

Bu çalışmanın yapılabilmesi için, çalıştığımız hastane yetkililerinden yazılı izinler alınmıştır.

Çalışmamıza katılımınız ve değerli katkılarınız için danışmanım Yrd.Doç.Dr. Dursun Ali ŞAHİN ve ben Serpil AKBAŞ SÜ tekrar teşekkür ederiz.

Çalışmamıza ilişkin öneri ve katkılarınızı, 05052611380 numaralı cep telefonuma veya suserpil@mynet.com adresine gönderebilirsiniz.

Ek 1 Belge 2: Anket Formu**Sıra No:****Tarih**

.....// 2006

- 1) Kaç yaşındasınız?
- 2) Medeni durumunuz:
- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 1. Evli | 4. Boşanmış |
| 2. Hiç evlenmemiş | 5. Ayrılmış (Ayrı yaşıyor boşanmamış) |
| 3. Eşi ölmüş | 6. Diğer (Açıklayınız) |
- 3) Hemşirelikle ilgili hangi okuldan mezun oldunuz?
- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. Sağlık Meslek Lisesi | 4. Yüksek Lisans |
| 2. Ön Lisans | 5. Doktora |
| 3. Lisans | 6. Diğer (Açıklayınız) |
- 4) Çalıştığınız hastanenin adı:
1. Antalya Devlet Hastanesi
 2. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
 3. A.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi
- 5) Çalıştığınız ünitenin adı :
- 6) Bu üniteye toplam kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- 7) Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?
- 8) Daha önce hangi serviste veya servislerde çalıştınız?
1. Dahili birimler
 2. Cerrahi birimler
 3. Poliklinik
 4. Diğer (**Açıklayınız**)
- 9) Hemşirelik eğitiminiz sırasında LH analjezik uygulaması ile ilgili eğitim aldınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
- 10) LH analjezik uygulaması ile ilgili daha önce hizmet içi eğitim aldınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
- 11) Ünvanınız:
1. Servis sorumlu hemşiresi
 2. Servis klinik hemşiresi
 3. Diğer (**Açıklayınız**)

12) Çalışma şekliniz nedir?

1. Sürekli gündüz
2. Nöbet
3. Gündüz ve nöbet
4. Diğer (**Açıklayınız**)

13) Gündüz baktığınız ortalama hasta sayısı:

14) Gece baktığınız ortalama hasta sayısı.

15) Lüzum Halinde (LH) analjezik isteminin size göre diğer rutin istem biçimlerinden farkı nedir? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Hemşire hastayı değerlendirir.
2. Hemşire istemin uygulanmasına doktor ile beraber karar verir.
3. İstemi uygulama kararı hemşireye aittir.
4. İstem gerektiğinde uygulanır.
5. Diğer (**Açıklayınız**)

16) LH analjezik isteminin sizce amacı nedir? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Hastanın ağrısının artmasını önlemektir.
2. Hastanın ağrısının başlamasını önlemektir.
3. Hastaya mümkün olduğunca az ilaç uygulamaktır.
4. Hastanın yaşam kalitesini artırmaktır.
5. İyileşmeyi hızlandırmaktır.
6. Komplikasyonları azaltmaktır.
7. Diğer (**Açıklayınız**)

17) Postoperatif ağrı yönetiminde, LH analjezik istemi size göre nasıl kullanılır? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Gün boyu düzenli analjeziye ek olarak kullanılır.
2. Tek başına kullanılması ağrıyı giderir.
3. Gün boyu düzenli analjezi kullanma süresi bittikten sonra kullanılır.
4. Diğer (**Açıklayınız**)

18) LH analjezik istemindeki ilacı uygulamadan önce, hastanızın ağrısının olup olmadığını nasıl değerlendirirsiniz? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Değerlendirme yapmam.
2. Hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm.
3. Hastanın sözsüz ifadesine göre değerlendiririm.
4. Zaman zaman hastama ağrısının olup olmadığını sorarım.
5. Ağrı ölçeğine göre değerlendiririm.
6. Diğer (**Açıklayınız**)

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

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

20) Postoperatif ağrıyı gidermek için, hastaya ilaç uygulama dışında başka girişimde bulunur musunuz?

1. Evet
2. Hayır **(22. soruya geçiniz.)**

21) LH analjezik istemi doğrultusunda, postoperatif ağrıyı gidermek için hastaya ilaç uygulama dışında hangi girişimlerde bulunursunuz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

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

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

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

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

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

24) Postoperatif ağrı kontrolünde LH analjezik isteminde en sık kullandığınız ilaç grubu hangisidir? (**Lütfen tek seçenek işaretleyiniz.**)

1. Narkotik analjezikler (Dolantin, morfin v.b)
2. Narkotik olmayan analjezikler (Aspirin, parol v.b)
3. Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (Novalgin, felden v.b)
4. Adjuvanlar (Diazem, Largaktil v.b)

25) LH analjezik isteminde en sık kullandığınız ilaçların özelliklerine ilişkin hangilerini biliyorsunuz? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. İlacın kullanılma durumlarını
2. Farmakolojik özelliklerini
3. Uygulama dozunu
4. Uygulama sıklığını
5. Komplikasyonlarını

26) LH analjezik istemleri ile ilgili değişiklik yapmak durumunda kalıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır (**28. soruya geçiniz.**)

27) LH analjezik istemine ilişkin hangi durumlarda hekime değişiklik öneriniz oluyor? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. İlacın serviste olmaması
2. Hastanın daha sık analjezik isteğinin olması
3. Hastanın ilacı reddetmesi
4. Hastanın genel durumu ve istem arasındaki uyumsuzluk olması
5. Diğer (**Açıklayınız**)

28) LH analjezik istemini uyguladıktan sonra, yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını değerlendiriyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır (**30. soruya geçiniz.**)

29) LH analjezik istemini uyguladıktan sonra, yapılan analjezik uygulamasının yeterli olup olmadığını nasıl değerlendirirsiniz? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Hastanın sözel ifadesine göre değerlendiririm.
2. Hastanın sözsüz ifadesine göre değerlendiririm.
3. Hastaya ağrısının geçip geçmediğini sorarım.
4. Ağrı ölçeğine değerlendiririm.
5. Diğer (**Açıklayınız**)

30) LH analjezik istemindeki ilacı uyguladıktan sonra, hastada ilaca özgü komplikasyon gelişip gelişmediğini değerlendirir misiniz?

1. Evet
2. Hayır

31) LH analjezik istemi ile ilgili olarak servisinizde geliştirilmiş yazılı yada sözlü herhangi bir protokol var mı?

1. Evet (**Belirtiniz**)
2. Hayır

32) LH analjezik istemini uygulamak sizce hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında mıdır?

1. Evet
2. Hayır

33) LH analjezik istemin yararları nelerdir? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

1. Yeterli ağrı yönetimi sağlar.
2. Hemşireler daha az klinik karara ihtiyaç duyar.
3. Dozdaki esneklik sayesinde her hastaya özgü analjezik gereksinimi karşılanabilir.
4. Uygulamada hemşire ve hekimin aktif işbirliği sağlanır.
5. Hekimin klinikte olmadığı zamanlarda hemşireye ilacı uygulama olanağı tanır.
6. Diğer (**Açıklayınız**)

34) LH analjezik isteminin olumsuzlukları nelerdir? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)

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