

**İLK KEZ SEZARYEN OLAN HASTALAR İLE MÜKERRER SEZARYEN OLAN HASTALARIN AĞRI  
DEĞERLENDİRMELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**NUR PINAR AYAZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç.Dr.ADNAN NARCI**

**TEZ NO:2011-020**

**2011-AFYONKARAHİSAR**

T.C.

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLK KEZ SEZARYEN OLAN HASTALAR İLE MÜKERRER  
SEZARYEN OLAN HASTALARIN AĞRI  
DEĞERLENDİRMELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**NUR PINAR AYAZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI YÜKSEK  
LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Adnan NARCI**

**Tez. No:2011-020**

**2011-AFYONKARAHİSAR**

## KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 30.09.2011

Doç.Dr.Adnan MARCI

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç.Dr.Levent ALTINEL

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç.Dr.Olcay ESER

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans programı öğrencisi Nur Pınar AYAZ'ın " İlkkez Sezaryen Seksiyo Olan Hastalar ile Mükerrer Sezaryen Olan Hastaların Ağrı Düzeylerini İncelenmesi" başlıklı tezi 06.10.2011..... günü ..16:00.....saat'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiştir.

Prof.Dr. İsmail BAYRAM

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince göstermiş olduğu ilgi, hoşgörü, sabır ve yönlendirmeleriyle sonuca ulaşmamda sonsuz destek aldığım, çok değerli hocam ve tez danışmanım, Doç.Dr.ADNAN NARCI'ya;

Tezimin istatistiksel değerlendirilmelerinde yardımcı olan Sayın Hasan DAĞIDIR hocama,Öğretim görevlisi Naci MURAT hocama,Doç.Dr.Yüksel TERZİ hocama ve arkadaşım Senem KOÇ'a;

Tezimin İngilizce çevirisinde bana yardımcı olan canım dayım Mehmet ERENSAYIN ile canım yengem Emel ERENSAYIN' a

Yorumlarıyla üniversitede ve yüksek lisansta bana destek olan kıymetli arkadaşım Havva YILMAZ'a

Yalnızca tez dönemimde değil tüm yaşamım boyunca ve eğitim sürecinde beni destekleyen, hep yanımda olan, her zaman sevgisini hissettiğim bitanecik Babam Hayati AYZ'a

Doğduğum günden beri ilk öğretmenim olan bana her zaman anlayışla yaklaşan engin tecrübelerini benden hiçbir zaman esirgemeyen ve bana bu mesleği çekirdekten sevdiren en değerli hocam, değerli meslektaşım Biricik Annem Gülsevil AYZ'a

Benim bugünlere gelmemde büyük emeği olan canım anneannem Sabriye ERENSAYIN'a;

Ve her şeyim biricik kardeşim Fatma Bahar AYZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
Teşekkür	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller Dizini	viii
Çizelgeler Dizini	ix
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Sezaryen İle İlgili Genel Bilgiler	3
2.1.1. Sezaryenin Tanımı	3
2.1.2. Sezaryenin Tarihçesi	4
2.1.3. Sezaryenin Endikasyonları	5
2.1.4. Sezaryenin Kontrendikasyonları	9
2.1.5. Sezaryenin Komplikasyonları	9
2.1.6. Sezaryen İçin Preoperatif Hazırlık Ve Bakım	10
2.1.7. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakımı	11
2.2. Ağrı İle İlgili Genel Bilgiler	13
2.2.1. Ağrının Tanımı	13
2.2.2. Ağrının Genel Tarihi	14
2.2.3. Ağrının Teorileri	16
2.2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)	16
2.2.3.2. Endojen Analjezik Mekanizmaları (Endorfin Teorileri)	17
2.2.4. Ağrının Sınıflandırılması	18
2.2.4.1 Fیزیyolojik- klinik ağrı sınıflandırması	18
2.2.4.2. Süresine göre ağrı sınıflandırması	19
2.2.4.2.1. Akut Ağrı	19
2.2.4.2.2. Kronik Ağrı	19
2.2.4.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması	21
2.2.4.3.1. Somatik Ağrı	21

2.2.4.3.2. Visseral Ağrı	21
2.2.4.3.3. Sempatik Ağrı	21
2.2.4.4. Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması	22
2.2.4.4.1. Nosisepatif ağrı	22
2.2.4.4.2. Nöropatik ağrı	23
2.2.4.4.3. Deaferantasyon ağrısı	23
2.2.4.4.4. Reaktif ağrı	24
2.2.4.4.5. Psikosomatik ağrı	24
2.2.5. Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi	24
2.2.5.1 Ağrı Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı	25
2.2.5.1.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler	25
2.2.5.1.1.1. Sözel Kategori Ölçeği	26
2.2.5.1.1.2. Sayısal Ölçekler	26
2.2.5.1.1.3. Yüz ifadesi skalası	27
2.2.5.1.1.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği	28
2.2.5.1.1.5. Burford Ağrı Termometresi	28
2.2.5.1.2. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler	29
2.2.6. Postoperatif Ağrı	30
2.2.7. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler	31
2.2.7.1. Yaş	32
2.2.7.2. Cinsiyet	32
2.2.7.3. Kültür	33
2.2.7.4. Ağrıyı Oluşturan Durumun Anlamı ve Önemi	33
2.2.7.5. Kişisel Özellikler	34
2.2.7.6. Geçmiş Deneyimler	34
2.2.8. Ameliyat Sonrası Rahatlatılmayan Ağrının Etkileri	35
2.2.8.1. Pulmoner Etki	35
2.2.8.2. Kardiyovasküler ve Tromboembolik Etkiler	37
2.2.8.3. Diğer Organ Sistemleri Üzerine Etkisi	37
2.2.9. Postoperatif Ağrının Kontrolü	38
2.2.9.1. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü	38
2.2.9.1.1. Narkotik Olmayan Analjezikler	38

2.2.9.1.2. Narkotik analjezikler	39
2.2.9.1.3. Adjuvan analjezikler	40
2.2.9.2. Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü	40
2.2.9.2.1. Soğuk Uygulama	41
2.2.9.2.2. Sıcak Uygulama	42
2.2.9.2.4. Uyku	42
2.2.9.2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme	42
2.2.9.2.5. Egzersiz	43
2.2.9.2.6. Pozisyon verme	43
2.2.9.2.7. Masaj	44
2.2.9.2.8. Gevşeme teknikleri	44
2.2.10. Postoperatif Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü	45
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	47
3.1. Araştırmanın Şekli	47
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	47
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	47
3.4. Verilerin Toplanması	47
3.4.1. Hastalara Yönelik Anket Formu	48
3.4.2. McGill - Melzack Ağrı Soru Formu	48
3.5. Hastaların Çalışma Dışı Bırakılma Nedenleri	48
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	49
<b>4. BULGULAR</b>	50
4.1. Sosyodemografik Özellikler	52
4.2. İlk kez Sezaryen Seksiyo Olan Hastalar İle Mükerrer Sezaryen Seksiyo Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	53
<b>5. TARTIŞMA</b>	62
<b>6. SONUÇLAR</b>	68
<b>KAYNAKLAR</b>	73
<b>EKLER</b>	91



**KISALTMALAR**

Amerika Birleşik Devletleri	ABD
Anabilim Dalı	AD
Görsel Kıyaslama Ölçeği	GKÖ
Kapı Kontrol Teorisi	KKT
Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu	MASF
Merkezi Sinir Sistemi	MSS
Respiratuar Distress Sendromu	RDS
Santral Sinir Sistemi	SSS
Sefalopelvik uyumsuzluk	CPD
Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı	TENS
Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği	IASP
Yüz ifadesi skalası	FS

## ŞEKİLLER DİZİNİ

2.2.5.1.1.1.	Sözel Kategori Ölçeği	26
2.2.5.1.1.2.	Sayısal Ölçekler	27
2.2.5.1.1.3.	Yüz İfadesi Skalası	27
2.2.5.1.1.4.	Görsel Kıyaslama Ölçeği	28
2.2.5.1.1.5.	Burford Ağrı Termometresi	29
2.2.5.1.2.1.	Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu	30

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 1.</b> Hastaların Sosyo – Demografik Özellikleri	52
<b>Çizelge 2.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı bölüm 1, bölüm 2, bölüm 3'e göre karşılaştırılması	53
<b>Çizelge 3.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 1 puanlarının uyumu	54
<b>Çizelge 4.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 2 puanlarının uyumu	55
<b>Çizelge 5.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 3/1 puan dağılımları	55
<b>Çizelge 6.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 3/2 puan dağılımları	56
<b>Çizelge 7.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanlarının uyumu	56
<b>Çizelge 8.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların eğitim durumlarına göre bölüm 4 puan dağılımları	57
<b>Çizelge 9.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların mesleklere göre bölüm 4 puanlarının dağılımı	57
<b>Çizelge 10.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların oturulan yere göre bölüm 4 puanlarının dağılımı	58

<b>Çizelge 11.</b> İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların endişe düzeylerine göre bölüm 4 puanlarının dağılımı	58
<b>Çizelge 12.</b> Mükerrer sezaryen olan hastalarda sezaryenleri arasındaki ağrı şiddetini farkı	59
<b>Çizelge 13.</b> Mükerrer sezaryen olan hastalarda sezaryenleri arasındaki ağrı şiddetini farkının yaşa göre dağılımı	60
<b>Çizelge 14.</b> Mükerrer sezaryen olan hastalarda sezaryenleri arasındaki ağrı şiddetini farkının mesleğe göre dağılımı	60
<b>Çizelge 15.</b> Mükerrer sezaryen olan hastalarda sezaryenleri arasındaki ağrı şiddetini farkının endişe düzeyleriyle ilişkisi	61

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi kadar eski bir olgu olan ağrı, tüm insanların hayatları boyunca birçok kez karşılaştıkları bir şikâyettir. Bu kadar sık karşılaşılması nedeniyle de çok sayıda tanımlanması yapılmıştır. Her tanım ağrıyı bir yönüyle ele almış ve açıklamaya çalışmıştır. Ancak son derece sübjektif bir olgu olması nedeniyle, herkesin kabul ettiği bir ağrı tanımlamasının olduğu söylenemez.

Bu tanımlamalardan birine göre ağrı; hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır. Bu tanım; bireyin sözlü ya da sözsüz ağrı ifadesini yeterince kapsamakta ve ağrı yönetiminde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (23,55,102,33).

Daha genel ve kapsayıcı bir tanımlamada ise ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, olası bir doku hasarı ile birlikte seyreden, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan emosyonel ve sensoryal bir duygu olarak tanımlanmaktadır (88,49).

Ağrı her zaman için öznedir. Bu nedenle algılanması kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilir. Objektif uyarıların yanı sıra, bireysel özellikleri, cinsiyet, kültür, geçmiş deneyimler gibi birçok durum bireyin ağrıya yanıtında önemli rol oynar.

İnsanların en kötü ağrı deneyimleri arasında, ameliyat sonrası ağrısı üst sıralarda yer alır. Birçok klinikte ameliyat öncesinde hastalar bilgilendirilmediklerinden ve ameliyat sonrası ağrısı için herhangi bir girişimde bulunulmadığından, bu ağrı tüm hayat boyunca kötü bir hatıra olarak insanların hafızalarında yer alır ve daha sonraki ameliyatlar için olumsuz yaklaşımlarda bulunmalarına neden olur.

Günümüzde kişilerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesinde önemli bir role sahip olan cerrahi girişimlerin istenmeyen, ancak beklenen bir sonucu olan ağrı, ameliyat sonrası yakınmaların başında gelir. Cerrahi girişimin etkisiyle oluşan postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayarak, dokuların iyileşmesiyle giderek azalan, genellikle iyi lokalize olmuş, cerrahi travmanın derecesi kadar insizyon tipi ve genişliğiyle de ilişkili ve göreceli olarak kısa süren akut bir ağrı şeklidir (53,88,154,11,5,145). Günümüzde ağrının farmakolojisi, cerrahi teknikler ve perioperatif bakımdaki teknolojik ilerlemelere rağmen, ameliyattan sonra hastaların %50-75'inin hala orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (58,96,76,87,132,67).

Hastalarda ameliyat sonrası ağrının etkin biçimde rahatlatılamaması, sağlık bakım harcamaları ve ilaç kullanımının artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına ve hastanın memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (130,67,141). Oysa bilindiği üzere sağlık bakım hizmetinin amacı hastanın olabildiğince hızlı iyileşmesini ve verilen hizmetten memnun olmasını sağlamaktır.

Hastanın hastaneye yattığı dönemde, diğer parametrelerinde olduğu gibi ağrısı da hemşire tarafından izlenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ağrı mekanizmaları, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir (167,43). Ağrının doğru değerlendirilebilmesi için ağrının tam olarak tanımlanması ve ağrıyla etkin baş etme yöntemlerinin bilinmesi gereklidir (160, 8, 10, 43).

Toplumumuzda oldukça sık uygulanan cerrahi girişimlerden biri sezaryendir. Sezaryen doğum, bilinen en eski cerrahi uygulamalardan biri olup, fetüsün karın yoluyla, uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulmasıdır (117,51). Sezaryen operasyonu, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır (106). Ayrıca bir cerrahi girişim olması nedeniyle diğer tüm cerrahi işlemlerin taşıdığı riskleri de taşımaktadır.

Bu çalışma, hastalar ile en yakın temasta bulunan sağlık personeli olan hemşirelerin genel anlamda ağrı konusundaki bilgilerinin artırılması, özelde ise sezaryen olan hastaların ağrı düzeylerinin doğru tespiti ile hastaların daha az ağrı deneyimlemesine olanak sağlamak amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. SEZERYAN İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

#### **2.1.1. Sezaryenin Tanımı**

Sezaryen kadınların yaşamında psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden etkilendikleri bir doğum operasyonu olup, fetüsün karın yoluyla, uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulmasıdır (117,51). Uterus rüptürüne bağlı olarak fetüsün abdominal yolla dışarı alınmasını veya abdominal gebeliğin tahliyesini içermemektedir (117,69,51). Vajinal doğumun anne ve bebek için riskli olduğu durumlarda sezaryen; alternatifi olmayan yaşamsal bir operasyondur. Sezaryenle doğum eskiden ölmek üzere olan gebe kadından, yaşamakta olan fetüsün canlı olarak alınabilmesi amacı ile kullanılsa da günümüzde cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotiklerin bulunması ve güvenli kan naklinin sağlanabilmesi ile bu durum dışında çeşitli durumlarda da uygulanabilmektedir (44,36). Sezaryen, normal koşullarda 45 dk. sürer. Fetüs ameliyat başladıktan yaklaşık 10 dk. sonra çıkarılır. Günümüzde sezaryen en sık uygulanan operasyonlardan biri olup, uygulanma oranları; % 20-25 arasında değişmektedir (150,49).

### 2.1.2. Sezaryenin Tarihçesi

Sezaryen kelimesinin nereden geldiği kesin olmamakla birlikte, konuyla ilgili ileri sürülmüş üç teori mevcuttur; Bunlardan birincisine göre, Julius Caesar bu şekilde doğmuştur. Ancak bilinmektedir ki 17. yüzyıl sonlarına kadar sezaryen ameliyatları daima ölümcül seyretmekteydi. Caesar'ın annesinin Caesar imparator olduğunda hala yaşıyor olması bu teoriyi çürütmektedir. İkinci teori; sezaryenin Latince kesmek manasına gelen "Caedere" fiilinden türediğidir. Üçüncü teoride ise; Roma yasalarına göre gebeliğin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarmak için uygulanan işlemin "lex caesarea" olarak adlandırıldığı iddia edilmektedir (45,70,79). Son teori akla daha yakın görünmektedir.

Tarihte karın duvarına yönelik yapılmış ilk operasyon sezaryendir. Erken dönemde yapılan abdominal doğumlar, ölmek üzere olan kadınlardan canlı fetüsün doğurtulması için kullanılmıştır (19, 39,36). Tarihte sezaryene ait ilk kayıt (MÖ) 2000 yılında Sümerlere aittir. Ancak abdominal yoldan canlı bir çocuğun doğumuna ait en erken olgu MÖ 508'de Sicilya'dadır. 1500'de bir hayvan bakıcısı olan Nufer, doğumda sıkıntıya düşmüş olan karısına sezaryen yapmış ve Nufer'in yaptığı bu sezaryen ile anne ve çocuk yaşamışlardır. Kayda alınmış bu girişim canlı bir kadında hekim dışı bir kişinin gerçekleştirdiği ilk vakadır (21,46,36). Sezaryene ait girişimler çok yavaş gelişmiş olup anestezi, hemostaz, antisepsi ve uterusu dikişin kullanılması ile 1700'lerin son yarısı ve özellikle 1800'lerde gelişim gösterebilmiştir. 1900'lerin başından ortasına kadar bu cerrahi teknik giderek daha çok kabul görmüştür (19,34,64,36).

Fransız hekim Rousset tarafından ilk olarak 1581'de 'sezaryen ile doğum' terimi kullanılmıştır. Lebes tarafından 1769'da uterusu ilk dikiş atılmış fakat bu



kavram daha sonra hiç kullanılmamıştır. 1817’de Barlow İngiltere’de uterus yarasına dikiş koyan ikinci kişi olmuştur. Sezaryende dönüm noktası 1882’de, 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger’in Leipzig’de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşandı (95,142,129,72,73,2). Uterus duvarına atılan bu dikiş ile daha öncesinde çok yüksek olan kanama ya da sepsis kaynaklı mortalite azalmıştır (49,36).

Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği ilk başarılı sezaryen ameliyatı 1900’lü yılların başında saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından İstanbul Nişantaşı’nda bir konakta gerçekleştirilmiştir (142,36).

Zaman içerisinde hem cerrahi hem de anestezi tekniklerindeki gelişimler, ilaç ve dikiş malzemeleri sektörlerindeki buluşlar gibi pek çok faktörün etkisi ile sezaryen günümüzde son derece güvenli ve kolay bir ameliyat haline gelmiştir (72,73,2,36).

### **2.1.3. Sezaryen Endikasyonları**

Sezaryen operasyonları genel olarak yorumlanmaya açıktır. Ancak vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı ya da doğumun gecikmesi, anne adayını ve bebek için tehlikeli olduğu durumlarda muhakkak sezaryene başvurulması gerekir. Vajinal yoldan doğumun olmasını engelleyen sebepler doğum yoluyla, doğacak olan grupla (fetüs ve ekleri) ya da uterusun fetüsü yeterince itmemesi (kontraksiyon zayıflığı) ile kısmen açıklanabilir. Bunların dışında annenin ya da bebeğin doğumun fiziksel ya da psikolojik travmasından korunması gereken durumlar önemli bir endikasyon grubu teşkil etmektedir (2,36).

Endikasyonlar sınıflandırıldığında (42,36) ;

## A) Anneyle İlgili Endikasyonlar

1. Geçirilmiş Sezaryen: Sezaryen esnasında uterusu uygulanan kesi bölgesinde uterus kasının bütünlüğü bozulmaktadır. Daha sonraki gebeliklerinde uterus ve fetüs tekrar büyümeye başladığında bu eski kesi yerinde bir gerginlik oluşmaktadır. Bu gerginlik kesi bölgesinin kendi kendine açılması ile ya da bölgede uterus rüptürü ile sonuçlanabilir. Böyle bir durum kanamaya yol açarak ve plasantanın işlevlerini bozarak anne adayını ve bebeği ciddi bir tehlike içine sokacağından daha önce sezaryen ile doğum yapanlar tekrar sezaryen ile doğum yapmaktadır (74,36).
2. Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD): Bebeğin iri olduğu durumlarda eylemin başlaması ve membran rüptüründen sonra II. fazda 2 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir. Pelvis giriminde, midpelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilir (48,63).
3. Dinamik distosi: Serviksin 1cm/saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infüzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna rağmen 2- 3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir (94).
4. Dar pelvis: Bu duruma genellikle anne adayının çocukluk çağında geçirdiği ve kemik pelvis yapısını bozan hastalıklarda rastlanır (36).
5. Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler: Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkânsız kılabilir (94).

6. Annenin sistemik hastalıkları (kalp problemleri, diyabet, retina dekolmanı gibi). Anne adayının ileri derecede kalp hastası olması ıkınmasına engel teşkil oluşturmaktadır. Benzer şekilde anevrizma gibi beyin hastalıklarında da anne adayının ıkınması sakıncalı olabilir. ıkınma sırasındaki kafa ve karın içi basınç artışı riskli olduğunda sezaryen tercih edilir (72).
7. Ağır preeklampsi ve eklampsi: Eklampsinin gelişimi ile konvulsiyonlar gelişir, subaraknoid veya epidural bloklu şiddetli preeklampsi ya da eklampsi vakalarında anneye olduğu kadar fetüse de zarar verebileceğinden sezaryen ile doğum tercih edilir.
8. Kontraksiyonların yetersizliği ve düzensizliği: Doğum eyleminin başlama zamanını uzatacağından sezaryen ile doğum tercih edilir (72,36).

## **B) Fetütle İlgili Endikasyonlar**

1. Prezantasyon, situs, habitus anormallikleri: Belli bir gebelik haftasından sonra fetüsün yeri daralacağından pozisyonunu değiştirmesi zorlaşır. 36. gebelik haftasından sonra fetüsün uterus içinde enlemesine durması sezaryen için mutlak bir neden teşkil eder.
2. Fetal Distres: Uteroplasental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitörizasyon yapılmasının aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır (51).
3. Miad Aşımı: 42 hafta aşılmasına rağmen eylem başlamamışsa sürmatürasyondan bahsedilir. Postmatürite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir.

4. Fetus anormallikleri: Hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik gibi durumlardır.
5. Rh uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir (2,41).

### **C) Fetüs Eklerine Ait Endikasyonlar (2,75)**

1. Kordon komplikasyonları
2. Ablatio plesanta: Plesantaya kan temin eden ve endometriumun beslenmesini sağlayan spiral arterlerdeki dejenerasyondur. Bu dejenerasyon plesanta altındaki desiduanın nekroze olmasına yol açar, bunu kanama izler ve dolaşımı bozulan plesanta uterus duvarından ayrılır. Plesantadaki ayrılma çok az olduğunda problem yaratmamasına karşın ciddi vakalarda annede şok gelişebileceği gibi, fetüsün plesantadan oksijen ve besin alış verişinin kesilmesi nedeniyle mortalite gelişebileceğinden acil sezaryenler gerekebilir.
3. Plesanta previa: Plesantanın serviksi tümüyle ya da kısmen kapatması şeklinde görülür. Kısmi kapatma durumlarında doğum eylemi esnasında serviks açılırken aşırı kanama olabileceğinden, tümüyle kapatma durumunda ise fetüs hiçbir şekilde kanala giremeyeceğinden doğum mutlaka sezaryenle gerçekleştirilir.
4. Polihidroamnios: Normalde 500-1000 olan amnion sıvısının 2000ml'nin üzerinde olmasıdır. Amnion sıvısındaki bu artış fetüsün kalp atışlarında, beslenmesinde ve oksijen alış verişinde tehlikeye yaratabileceğinden bu gibi durumlarla karşılaşıldığında sezaryen tercih edilir.

## **D) Mediko Sosyal Endikasyonlar (2)**

1. Primipar yaşı
2. Sterilite tedavisi görmüş olgular

### **2.1.4. Sezaryenin Kontrendikasyonları**

Sezaryen seksiyonun major kontrendikasyonu gerçek bir endikasyonun yokluğudur. Karın duvarının pyojenik enfeksiyonları, ölü veya anomalili fetüs, yeterli olanakların bulunmaması da diğer kontrendikasyonları oluşturur (110,74,51). Ölü çocuga genel olarak sezaryen ile doğum yaptırılmaz. Böyle bir durumda parçalayıcı bir operasyon veya provakasyon yapılarak vajinal yol kullanılır (2,51). Ancak, dekolman plesanta, plesanta previa, doğum kanalını tıkayan, kapatan, aşağı doğum yolu sebepleri, konvülziyon geçirmekte olan eklampsi vakalarında, hidrosefali ve anormal çocuklarda, yapışık ikizlerde çocuk ölü bile olsa sezaryen yapılır (61,51).

### **2.1.5. Komplikasyonlar (92,6,71,51)**

#### **A) Anne İçin**

1. Endometrit (%20- 40 oranı ile en sık görülen komplikasyondur)
2. Annenin barsağına travma
3. Uterin arter kesisi
4. Serviks ya da vajen kesisi

5. Uterin atoni
6. Geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar
7. Plasentanın yapıştığı yerden kanama
8. Uterin rüptür
9. Annenin mesanesine travma
10. Yara enfeksiyonu
11. Yarada hematoma
12. Septik pelvik tromboflebit
13. Pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar
14. Pıhtılaşma bozuklukları
15. Şiddetli sepsis
16. Anestezi komplikasyonlarıdır.

## **B) Fetüs İçin(51)**

1. İlk birkaç gün içinde solunum sıkıntısı
2. Uterusa yapılan insizyon esnasında yaralanma
3. RDS

### **2.1.6. Preoperatif Dönemde Hazırlık ve Bakım**

1. Sezaryen elektif şartlarda yapılacaksa önceden gebe ve eşi ile sezaryenin neden gerekli olduğu, yapılacak operasyonun özellikleri, verilecek anestezi tipi, operasyonda olabilecek komplikasyonlar ayrıntılı anlatılarak bilgilendirilmiş onay alınmalıdır.
2. Radyolojik tetkikler: CPD, fetal anomalilerin tanınmasında, özellikle ultrason ile pozisyon, büyüklük, plasenta lokalizasyonu belirlenmesi önemlidir (45,52).

3. Operasyona başlamadan önce lavman yapılır. Mesanenin boşaltılması amacı ile kalıcı kateter uygulanır.
4. Operasyon öncesi gerekli laboratuvar tetkikleri yapılır.
5. Aktif kanama, preeklampsi, koagülaopati, oksitosin sitümilasyonu ve uterusun aşırı gergin olduğu durumlarda en az iki ünite kan hazır edilmelidir. Bu endikasyonlar dışında kan gereksinimi yoktur (21,34,39).
6. Operasyondan 8 saat önce oral beslenme kesilir, 1 saat öncesi aspirasyon riskine karşı antiasit verilmelidir (82,52).
7. Operasyon boyunca laktatlı ringer ya da %5 dekstrozu benzeri bir solüsyon iv uygulanır.
8. Karın ve pubis bölgesi tıraş edilmelidir.
9. Üst solunum yolları enfeksiyonları, anemi, elektrolit imbalansı düzeltilmelidir,
10. Mekanik ve antiseptik temizlik yapılmalıdır. Sonda takılmalı ve lavman yapılmalıdır.
11. Hastanın konforu sağlanır.
12. Giysileri ve takıları çıkarılır.
13. Preoperatif medikasyon yapılır.
14. Postpartum enfeksiyon insidansı normal doğuma göre daha fazladır. Bu nedenle profilaktik antibiyotik başlanmalıdır.

### **2.1.7. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakımı**

Sezaryen Sonrası Bakımın Amaçları:

1. Hastanın vital bulguları takip edilir; kanamaya bağlı şok ve enfeksiyon gelişmemesi için önlemler alınır.
2. Sıvı-elektrolit dengesi sürdürülür ve yeterli, dengeli beslenmesi sağlanır.
3. Hasta ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde IV sıvı ile beslenir.

4. Hastanın barsak peristaltizmi başladıktan sonra tolere edebilmesine göre Rejim I, Rejim II, Rejim III şeklinde diyeti düzenlenir. Ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak için; bol kalorili, proteinden zengin diyet verilir ve sıvı alması için desteklenir.
5. İnsizyonun bakımı sağlanır; kanama, enfeksiyon, açılma gibi komplikasyonlar gözlemlenir, pansumanları temiz ve kuru tutulur.
6. Ameliyat sonrası derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılarak solunum komplikasyonlarının gelişmesi önlenir.
7. Hijyenik ihtiyaçlarının karşılanması için, el-yüz, perine bakımı verilir, yaptırılır.
8. Ameliyat sonrası 8-10 saat içinde erken ambulasyon için hasta desteklenir, pasif egzersizler yaptırılarak, ameliyat sonrası immobilizasyona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar önlenmeye çalışılır.
9. Ameliyat sonrası oluşan akut ağrıda; hastanın ağrısı takip edilerek değerlendirilir.
10. Verilen analjezikler dikkatli izlenir, nonfarmakolojik girişimler uygulanır ve kayıt edilir.
11. Annenin duygularını paylaşması için ortam hazırlanır ve desteklenir.
12. Aldığı çıkardığı izlenir, idrar kontrolü yapılır.
13. Anne bebek iletişimi düzenlenir, doğru emzirme teknikleri öğretilir, göğüs dolgunluğu önlenir.
14. Uterus involüsyonu değerlendirilir; loşia renk koku miktar yönünden izlenir.
15. Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar (konstipasyon, anksiyete, enfeksiyon vs.) gözlenir, önlemler alınır.
16. Anneyle birlikte taburculuk planı hazırlanır. Anneye, kendisinin ve bebeğinin bakımı hakkında eğitim verilir.
17. Aile planlaması ile ilgili eğitim verilir (26,143,161,49,164).



## 2.2 AĞRI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

### 2.2.1. Ağrının Tanımı

Ameliyat sonrası dönemde hastalarda travma sonucu fizyolojik ve psikolojik tepkiler oluşur. Bu tepkiler arasında hastayı en çok etkileyen ağrıdır ve bireyde önemli derecede rahatsızlık yaratır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ‘Ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile de ilgili, olumlu veya olumsuz bir süreçtir (88,49).

Wall ve Melzack’ın tanımına göre ağrı, yalnızca ağrıyı yaşayan birey tarafından tanımlanabilen, doku hasarının yoğunluğu ve hasarın tipine göre şiddeti değişen, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerce etkilenen öznel bir deneyimdir (8,49).

Ağrı tanımı hoş olmayan bir durumu ifade etmektedir. Fakat ağrı aynı zamanda bize vücudumuzda yolunda gitmeyen bazı durumların olduğunu bildiren bir alarm mekanizmasıdır. Bu açıdan ağrı olumlu bir kavram olarak da düşünülebilir. Ağrı vücut için koruyucu bir mekanizmadır. Herhangi bir doku hasarı olduğunda ağrı uyarımı kişinin tepki vermesine neden olur. Örneğin; Uzun süre oturma sonucunda gluteal bölgedeki deride meydana gelen iskemi sonucunda ağrı hissedilir ve kişi farkında olmadan pozisyonunu değiştirerek ağrıya yanıt verir (8,49).

Ağrının diğer bir yararı ise; sorunla baş etmek için bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmasında yönlendirici olabilmesidir. Böylece mevcut sorunun erken tanı ve tedavi olma şansı sağlanır ve bireylerin sağlık kalitesi yükselir (49).

Objektif bulguların çok fazla tanımlanamaması nedeniyle ağrı anlaşılması zor bir olgudur. Mc Caffery ağrıyı ‘Birey söylüyorsa ağrı vardır’ şeklinde ifade etmektedir (104).

Bireylerin ağrısının değerlendirilmesinde beden dili önemlidir. Her birey, yaşadığı ağrı şiddetini göstermek için farklı tepkiler verir. Bu tepkiler normal davranışlarda değişme, depresyon, huzursuzluk, ajitasyon, yumruk sıkma, dişleri sıkma, yüzde üzgün ifade, çeşitli sesli tepkiler, acı, gerginlik, aşırı bitkinlik ve yorgunluktur. Bu tepkiler toplumsal, kültürel ve bireysel faktörlerden etkilenir (88,154).

Bireylerin ağrıyı algılama ve ağrı ile baş etme durumları ağrı eşiği ve ağrıya gösterilen tolerans ile yakından ilgilidir ve her iki durum bireyden bireye farklılık gösterir. Ağrı eşiği; bireyin uyarılabildiği en düşük uyaran şiddetidir. Hemşirelerin ağrılı hastayı değerlendirebilmesi yönünden, ağrı eşiğini etkileyen faktörlerinde bilinmesi gerekir. Ağrı eşiği hastanın bilinç durumuna göre değişiklik gösterir. Uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, korku, üzüntü, depresyon, içe dönüklük ağrı eşiğini azaltırken; uyku, dinlenme sempati, dışa dönüklük, analjezikler, antidepresanlar ise ağrı eşiğini arttıran durumlardır (49).

Ağrı Toleransı; bireyin ağrı uyarısının durdurulmasını istediği ya da tolere ettiği en yoğun ağrı düzeyidir. Bazı kişiler hiç girişim yapılmaksızın ciddi ağrıları tolere ederken bazıları minimal rahatsızlıkları tolere edemeyebilir. Uzun süren ve yineleyen ağrılarda ağrı toleransı düşer (49).

### **2.2.2. Ağrının Genel Tarihi**

Ağrının tarihi insanlık kadar eskidir. Tarihe baktığımızda, eski uygarlıklarda insanların ağrıyı algılama tarzları ve tedavi etmek için kullandıkları yöntemler günümüzdekilerle büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. İyileşmek için çeşitli şifalı otların kullanımı günümüzde de gittikçe popüler hale gelmektedir. Bugün kullanılan birçok tedavi, insanların uzun zaman önce kullandıkları bu bitkileri içermektedir (56,164).

Çinliler ağrının dindirilmesinde akupunkturu 2500 yıldan fazla bir zaman önce kullanmaya başlamışlardır. Akupunktur günümüzde dünyanın diğer bölgelerine de yayılmış durumdadır (164).

Japonlar, vücudun belirli noktalarına parmakla basınç uygulanmasına dayanan Shiatsu ile ağrıdan kurtulmayı amaçlamışlardır. Günümüzde de Refleksolojide ağrı tedavisinde, el ve ayakların kullanımını içermektedir (38,164).

İlk defa tedaviyi ruhlarda değil, insanın kendisinde arayan, tıbbın babası olan Hipokrat'tır. Hipokrat'a göre ruhlar ağrının sebebi değildir ve ancak insanın kendisinde bulunan bir şey ağrıya sebep olmaktadır. Ağrının nedenlerini bulmak ve onu tedavi etmek için insan vücuduna bakmak gerekmektedir. Daha sonraları kilise insanların ağrı nedeniyle tedavi edilmelerine etki etmiştir (47,164).

1840'larda ABD'de manyetik alanların tüm vücuttan geçirilmesi düşünülmüş, daha sonra vücudumuzda ağırlı bir alana elektirik uygulamak için elektromanyetik bir alet geliştirilmiştir. Elektrikle uyarma günümüzde de kronik ağrının kontrolünde kullanılmaktadır.

Bonica ve Alexander İkinci dünya savaşı sırasında kronik ağırlı hastaların sahip oldukları sorunların ancak farklı disiplinlerden uzmanların organize bir ekip oluşturması ile çözülebileceğini göstermişlerdir. Bunun üzerine 1960'lı yıllardan itibaren ağrı klinikleri kurulmaya başlanmıştır (27,164).

“ International Association For The Study Of Pain” 1974 te kurulmuştur. Bugün 5000'in üzerinde üyesi bulunan bu dernek Dünya Sağlık Örgütü'n'den sonra gelen ikinci büyük sağlık kuruluşudur. Türkiye'de bu kuruluşa üyedir. Türkiye'de Nisan 1990'da ilk ağrı kliniği İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi Anestezi ve Algoloji Anabilim Dalı olarak kurulmuştur. İkinci Algoloji Bilim Dalı'da Eylül 1991 de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD'da kurulmuştur (38,164).

Halen bu ihtiyaca cevap veren birçok fakülte ve araştırma hastanelerinin algoloji poliklinik ve klinikleri mevcuttur.

### 2.2.3. Ağrı Teorileri

İlk olarak Descartes tarafından 17. yüzyılda biçimlenen algısal model kavramını takiben ağrı algılanmasını açıklamak için nörofizyolojik, psikolojik ve sosyolojik araştırmalar ağrı teorilerine katkıda bulunmuştur (88,14,168,148).

#### 2.2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

Araştırmalar spinal korda iletilen her ağrı uyarısının kortekse iletilmediğini ve ağrı kontrolünün sağlandıktan sonra iletilmediğini göstermiştir. Ağrı kontrolünde spinal kordun en önemli özelliği ağrıyı kendi kendine kontrol etmede yer almasıdır. Bu konuda en önemli gelişme Melzack ve Wall tarafından ortaya atılan ve 1988 yılında geliştirilen kapı kontrol teorisidir (88,133).

KKT'ne göre:

- Ağrının varlığı ve şiddeti, nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır
- Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder
- Kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, ağrı hissedilir. Eğer kapalı ise uyarılar bilince ulaşamaz ve ağrı hissedilmez. Bu teori, ağrı algısının azaltılmasını şu üç yolla açıklamaktadır (88,133).

1. Deri uyarısı ağrıyı giderebilir: KKT'ne göre ağrı küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kapatırlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının birçoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Örneğin hemşirenin uyguladığı; sıcak ve soğuk uygulama, masaj, dokunma, Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS) ve akupunktur gibi yöntemlerin temelindeki etki mekanizması KKT'ne dayanmaktadır.

2. Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir: Beyin sapındaki retiküler yapı, duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Yine hemşirenin uyguladığı nonfarmakolojik yöntemlerden olan; düşünme, dikkati başka yöne çekme, müzik dinletme, derin solunum ve gevşeme gibi egzersizlerin ağrıyı giderme mekanizması bu teoriyle açıklanmaktadır.
3. Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında bilgi verilmesiyle, kontrol duyusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma, ağrıyı giderebilir: Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar, korteksteki tetik ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Hastaya ağrı yönetimi hakkında bilgi veren hemşire, hastada kontrol duygusu yaratarak ağrısını azaltabilir veya giderebilir (55,11,88,97,121,133).

### **2.2.3.2. Endojen Analjezik Mekanizmaları (Endorfin Teorileri)**

1970'lerin ortalarında vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara "endorfin" denilmiştir. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgılattığına inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasının önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulurlar. Endorfin azaltan durumlar; uzun süreli ağrı, yineleyen stres, morfin ya da alkolün uzun süre kullanımıdır. Endorfini arttıran durumlar ise, hafif ağrı, hafif stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, akupunkturun bazı tipleri, TENS uygulamalarıdır (11,88,133).

#### 2.2.4. Ağrı Sınıflaması

Ağrıyı değişik biçimlerde sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflanması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir. Ağrının daha ayrıntılı olarak ele alınması, değerlendirilmesi bu sınıflamalarla daha da kolaylaşmaktadır. Ağrıyı:

- Fizyolojik - klinik,
- Süresine göre,
- Kaynaklandığı bölgeye göre,
- Mekanizmalarına göre, sınıflamak mümkündür (86,146,128,57,36).

##### 2.2.4.1. Fizyolojik- klinik ağrı sınıflandırması:

Fizyolojik ağrı, yoğun ağrılı uyarana karşı koruyucu bir yanıttır. Ateşten ya da vücuda zarar verecek, tahribata yol açacak uyarılardan kaçmak için nosiseptörlerin uyarılması ile birlikte bir kaçma kurtulma reaksiyonu başlar. Bu nedenle fizyolojik ağrı vücut için hem bir koruma hem de uyarı sistemidir (146).

Klinik ağrıda ise olaya birçok fizyopatolojik süreç katılır. Deri ve başka dokulardaki ağrı reseptörlerinin tümü serbest sinir uçlarıdır. Uyarılar bu reseptörlerle spinal korda taşınır, oradan da spinotalamik yollarla beyne iletilir. Ağrı duyulur, düşünce bilgi ve geçmiş deneyimlere dayanılarak ağrı kaynağının yeri bulunur ve davranış geliştirilir (86,146,128,57,36).

##### 2.2.4.2. Süresine göre ağrı sınıflandırması:

### 2.2.4.2.1. Akut ağrı

Akut ağrı ani başlar ve hastanın hekime başvurması için bir uyarı işlevi görür. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir (138,152,36).

Akut ağrı bir hastalık tablosu, bir hastalık değil, bir semptomdur (81). Akut ağrıyı da kendi içinde beklenen ve beklenmeyen ağrı olarak ikiye ayırabiliriz. Beklenen ağrı, önceden tahmin edilen ve koruyucu tedbir alınabilen ağrıdır. Örneğin, diş çekimi, doğum ve ameliyat sonrası ağrıları gibi. Çeşitli kırık, yanık ve travmalarda görülen, beklenmeyen ağrıda ise ağrı eşiği yüksek olabilir. Bu ağrılarda ilginç bir durum, hastanın her zaman büyük bir ağrı çekmeyebilmesidir. Örneğin, savaşta yaralanan askerler başlangıçta ağrı duymayabilirler (138,57,78,152,36).

Akut ağrının hem tıbbi, hem toplumsal sonuçları vardır. Akut ağrının, özellikle postoperatif ağrının dindirilmemesi, hastanın hastanede kalış süresini uzatır, üretkenliğini azaltır ve uzun süre toplum dışı kalmasına yol açar (167,10,124,29,36).

Hastanın ameliyat öncesinde hazırlanması, ameliyat ve anestezinin ayrıntılı olarak anlatılması, ameliyat sonrası uygulanacak ağrı kontrol yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi gerekir (36,54,138,147,166).

### 2.2.4.2.2. Kronik Ağrı

Akut ağrılı hastalığın olağan seyrinden veya bir yaralanmanın iyileşme süresinden çok daha uzun, aylar, hatta yıllar boyu, aralıklarla devam eden ağrıya kronik ağrı adı verilir. Yavaş ağrı çok acı veren bir düzeye çıkararak dayanılmaz hale gelebilir. Altı aydan fazla sürer ve ağrıyı yaşayan biri için bir semptom olmaktan çıkıp ağrıya bağlı vücutta meydana gelen davranışlarla birlikte bir sendrom haline gelmektedir. Kronik

ağrıda kişisel ve çevresel faktörlerin rolü vardır. Hastaya, ailesine, topluma ciddi emosyonel, fiziksel ve ekonomik stresler yükler. Kanseri ve yanık ağrıları bu tip ağrıya örnek verilebilir.

Kronik ağrıya bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli diğer bozukluklar kronik ağrıyı bir hastalık tablosu haline getirmektedir.

#### **Kronik ağrılara bağlı olarak:**

1. Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
2. Libido ve seksüel aktivite azalması,
3. İştahsızlık ve kilo kaybı,
4. Kabızlık,
5. Psikomotor bozukluklar,
6. İritabilite artışı,
7. Hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomlar da ortaya çıkar.

Ağrılı hastanın ekip bilinci ile ele alınması hem hastanın ağrısının çok daha kısa sürede dindirilmesini hem de zaman ve maddi açıdan daha az kayba uğramasını sağlar (36).

#### **2.2.4.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması**



### 2.2.4.3.1. Somatik ağrı

Somatik sinirlerden kaynaklanan, keskin, iyi lokalize edilen bir ağrıdır. Sinir köklerinin yayılım yerinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir, tanısı kolay ağrılardır. Kutanoz ve derin olarak iki grupta toplanabilir (97).

1. **Kutanoz somatik ağrı:** Cerrahi insizyonun neden olduğu yüzeysel doku hasarından kaynaklanır. Ani, keskin, batıcı, zonklayıcı karakterde olup doku hasarının olduğu bölge ile sınırlıdır.
2. **Derin somatik ağrı:** Kas, ligament kemik ve fasyadan kaynaklanır. Künt ve zonklayıcı bir ağrıdır (97).

### 2.2.4.3.2. Visseral ağrı

İç organlardan kaynaklanan ağrıya visseral ağrı denir. Yavaş başlar, künt ve sızlayıcıdır, lokalizasyonu güçtür, kolik veya kramp tarzındadır. Başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir. Kardiyak ağrının sol kol, diafragmatik ağrının sol omuza yansması klasik örneklerdir ( 13,15,79,121,131,147).

### 2.2.4.3.3. Sempatik ağrı

Sempatik kökenli ağrılar sempatik sinir sisteminin işin içerisine girdiği/tutulduğu ağrılardır. Sempatik kökenli ağrılar diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır (91,5,36). Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar (96). Sempatik ağrılarının en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Hasta,

karda uzun süre çıplak kalındığındaki gibi yanma ile üşüme arasında bir his tanımlar. Ağrı özellikle geceleri artar. Damarlardan kaynaklanan ağrılar, kozalji dediğimiz yanma tarzındaki ağrılar, sempatik ağrılara örnek olarak verilebilir (54,147,166,36).

#### **2.2.4.4. Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması:**

Ağrı alanında önemli bir diğer sınıflama; ağrının mekanizmalarına göre sınıflanmasıdır. Bu sınıflama biçimi, ağrı tedavisine yeni boyutlar kazandırmıştır. Ağrının belirli bir mekanizmayla ortaya çıkması gibi, analjezikler de belirli biçimlerle, belirli mekanizmalarla etkili olurlar. Bu nedenle, ağrının mekanizmasının ve ağrı kesicilerin etki mekanizmasının bilinmesi ağrının çok daha kısa sürede ve daha etkin bir biçimde tedavisine olanak sağlar (86,146,128,57,36)

##### **2.2.4.4.1. Nosisseptif ağrı**

Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosisseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)'ne iletdikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir. Nosisseptif ağrı fiziksel ağrı, kas ağrısı, sinir ağrısı gibi organ veya dokunun lokal olarak rahatsızlığından oluşan ağrı olarak tanımlanmaktadır (131,67).

#### 2.2.4.4.2. Nöropatik ağrı

Nöropatik ağrı, periferik sinirlerde, incinme veya metabolik bir hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan bir ağrıdır. Disk hernisinde olduğu gibi mekanik bir incinme doğrudan nöropatik ağrıya yol açabilir. Ya da diyabetik nöropatilerde olduğu gibi salgılanan çeşitli metabolitler sinir dokusu üzerine etkileyerek nöropatik ağrıya yol açabilir (86,146,128,36).

Nöropatik ağrı, duysal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır. Normalde ağrılı olmayan uyarılar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açar.

Tekrarlayan uyarılar ağrının daha fazla artmasına yol açar. Ağrı o anda doku harabiyeti oluşturan patolojinin devam etmemesine rağmen mevcuttur (54,17,81,67). Hoş olmayan uyuşukluk hissi, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme gibi hisler mevcuttur. Ağrı, tahribata neden olan olaydan hemen sonra değil, daha sonra ortaya çıkabilir (146,36).

#### 2.2.4.4.3. Deafferentasyon Ağrısı

İlginç ağrı tiplerinden birisi de deafferentasyon ağrısıdır. Periferik veya MSS'deki lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyarıların MSS'deki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Deafferentasyon ağrılarına örnek olarak travmatik paraplejiler, fantom ağrısı verilebilir.

Normalde önce omuriliğe daha sonra merkez sinir sistemine ileti, sinir travmasına bağlı olarak kesilmiştir. Bir anlamda sinirin elektriksel deşarjında kısa

devreler meydana gelmekte ve bu kısa devreler başlı başına bir odak olarak ağrıya yol açmaktadır.

Yanıcı özellikte olur ve duysal kaybın olduğu bölgededir. İlk bir kaç ay içerisinde tedavi edilmediği takdirde çok uzun süreli ve geçmeyen inatçı ağrılara yol açabilir. Her lezyon sonrasında da görülmez (86,146,128,57,36).

#### **2.2.4.4.5. Psikosomatik ağrı**

Ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur (152). Psikolojik ağrının tolere edilemeyen anksiyete varlığında ortaya çıktığı düşünülmektedir (131,67).

#### **2.2.5. Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi**

Ağrının etkisi ile organizmada oluşan biyolojik aktif yanıtın dört komponenti değerlendirilmelidir. Bunlar:

1. Sensoryal-diskriminatif boyut: Ağrılı uyarının nosiseptif sistemde impuls olarak iletilmesi sonucu; uyarının yerinin, şiddetinin ve süresinin değerlendirilmesi önemlidir.
2. Kognitif boyut: Hastanın geçmiş deneyimleri ve gelecek beklentileri ile ağrının algılanması etkileneceği için ağrı tanılmasında bu değişkenlerin değerlendirilmesi gerekir.

3. Afektif (emosyonel) boyut: Korku, huzursuzluk gibi ağrıya verilen emosyonel yanıtlardır. Ağrılı hastada bu belirtiler gözlenerek ve sorularak değerlendirilmelidir.
4. Vejetatif/Somatomotor boyut: Spinal ve supraspinal refleks yanıt; kan basıncı, nabız, kaçma refleksi, tonüs artışı, kontraksiyon belirtileri değerlendirilmelidir (112,28).

### **2.2.5.1. Ağrı Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı**

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir. Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı, hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir. Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır (5,11,88,67,8).

#### **2.2.5.1.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler**

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadırlar. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve görsel kıyaslama ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (5,11,88,67).

### 2.2.5.1.1.1. Sözel Kategori Ölçeği

Sözel kategori ölçeği basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (8).

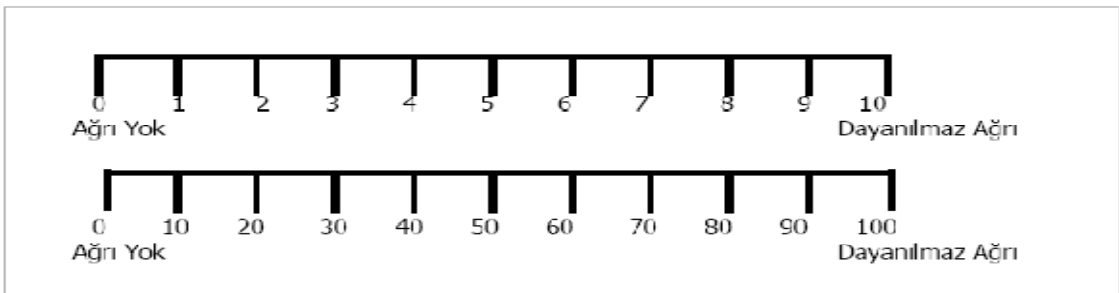
Şekil 1. Sözel Kategori Ölçeği



### 2.2.5.1.1.2. Sayısal Ölçekler

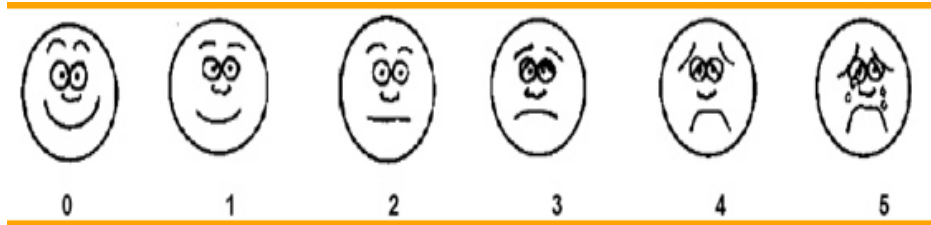
Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı, yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır (8).

Şekil 2. Sayısal Ölçekler



### 2.2.5.1.1.3. Yüz ifadesi skalası (face scale – FS):

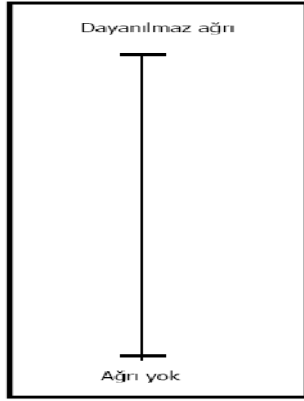
Sıfır ile on arası puanlama sistemi olan ve 2' şer puan artan, düşük puandan başlayarak her puanın karşısına denk gelen ağrı yok, hafif ağrı var, orta şiddette ağrı var, çok ağrı var, şiddetli ağrı var ve çok şiddetli ağrı var ifadeleriyle hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir ve bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılır (8).



### 2.2.5.1.1.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi üzerinde ağrısını işaretler. Bu ölçeğin diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Ayrıca GKÖ' nün hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir.

GKÖ' nün kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekle özgür olduğu söylenir. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santim olarak kayda alınır (8).



### 2.2.5.1.1.5. Burford Ağrı Termometresi

Ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır.

Hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir. (5,11,88,67,151,8).

**Burford Ağrı Termometresi**

İsim: .....

**Kullanım:** Ağrınızı en iyi tanımlayan rakamın karşısına "x" işareti koyunuz.

<b>Tarih</b>							
<b>Saat</b>							
10							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
<b>Analjezik: zamanı, ismi, dozu, veriliş yolu</b>							
<b>Ağrının yeri</b>							
<b>Hemşirenin yorumu</b>							
<b>Hastanın yorumu *</b>							

\* Yürüme, uyku, banyo, yeme ve içme gibi aktivitelerle ağrı ilişkisini içerebilir.

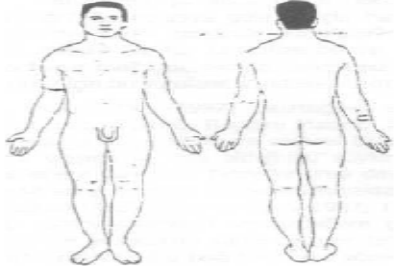


### **2.2.5.1.2. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler**

Tek boyutlu ağrı ölçeklerinin kullanım sınırlılığı, ağrının kompleks doğasını yeterince ortaya koyamamasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır. Ancak kronik ağrılarda ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla belirli zamanlarda uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir (50). Bu amaçla geliştirilen ölçeklerden biri de Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu'dur.

#### **2.2.5.1.2.1. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu**

Bu form 4 bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer alır (60,118,154,70,8).

MCGILL-MELZACK AĞRI SORU FORMU		II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ																																																																																																											
Hastanın Adı:..... Yaşı:..... Dosya No:.....Tarih:..... Klinik Sorun : ..... Tanı : ..... Analjezik (Sayet verilmişse) : ..... 1.Tipi:..... 2.Dozu:.....		Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeyi daire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz																																																																																																											
Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın. 1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek) Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınızın yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti Şu anda bize ağrınızı nasıl hissettiğinizi çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları okuyunuz.		<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>6</td><td>11</td><td>17</td></tr> <tr> <td>Pir pir eden</td><td>Cekikbirici</td><td>Yorucu</td><td>Yayılan</td></tr> <tr> <td>Tibroyan</td><td>Sürükleyici</td><td>Tüketici</td><td>Dağılan</td></tr> <tr> <td>Çarpan</td><td>Burkubucu</td><td>12</td><td>İçe işleyen</td></tr> <tr> <td>Zonklayan</td><td>7</td><td>Tiksindirici</td><td>Delen</td></tr> <tr> <td>Yırtan</td><td>Sıcacık veren</td><td>Boşucu</td><td>13</td></tr> <tr> <td>Döven</td><td>Yakıyor gibi</td><td>13</td><td>Skına verici</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Haşlıyor gibi</td><td>Korku veren</td><td>Uyusuklaştırıcı</td></tr> <tr> <td>Sıçrayan</td><td>Dağlayıcı</td><td>Korkunç</td><td>Hissizleştirici</td></tr> <tr> <td>Yanıyan</td><td>8</td><td>Dengetli</td><td>Sürükleyici</td></tr> <tr> <td>Fırlayan</td><td>Sızlıyor gibi</td><td>14</td><td>Sıkıştırıcı</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Kağıntılı</td><td>Cezalandırıcı</td><td>Yırtıcı</td></tr> <tr> <td>Diken diken</td><td>Acıdı</td><td>Bilisp dışarıcı</td><td>19</td></tr> <tr> <td>Oyuluyor gibi</td><td>İğne betar gibi</td><td>Dayanılmaz</td><td>Ürperten</td></tr> <tr> <td>Deşiyor ar gibi</td><td>5</td><td>Şiddetli</td><td>Üğüten</td></tr> <tr> <td>Siş saplanır gibi</td><td>Künt</td><td>Öldürücü</td><td>Donduran</td></tr> <tr> <td>Simsek çakar gibi</td><td>4</td><td>15</td><td>20</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Cıldırıcı</td><td>Bicare eden</td><td>Süreklili</td></tr> <tr> <td>Çok keskin</td><td>Yaralayıcı</td><td>Kör eden</td><td>Rahatsız eden</td></tr> <tr> <td>Kesiliyor gibi</td><td>Sızlayan</td><td>16</td><td>Bulanık veren</td></tr> <tr> <td>Yırtılır gibi</td><td>Yoğun</td><td>Uşandıran</td><td>İstirap veren</td></tr> <tr> <td>5</td><td>10</td><td>Sıkıntılı</td><td>Berbat</td></tr> <tr> <td>Kemirici sancı</td><td>Hassas</td><td>Perişan eden</td><td>İşkence eder</td></tr> <tr> <td>Kasılır tarzda</td><td>Gerçin</td><td>Yoğun</td><td>tarzda</td></tr> <tr> <td>Eziliyor gibi</td><td>Törpüleyen</td><td>Davanılmaz</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>Keskin</td><td></td><td></td></tr> </table>				1	6	11	17	Pir pir eden	Cekikbirici	Yorucu	Yayılan	Tibroyan	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan	Çarpan	Burkubucu	12	İçe işleyen	Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen	Yırtan	Sıcacık veren	Boşucu	13	Döven	Yakıyor gibi	13	Skına verici	2	Haşlıyor gibi	Korku veren	Uyusuklaştırıcı	Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştirici	Yanıyan	8	Dengetli	Sürükleyici	Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı	3	Kağıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı	Diken diken	Acıdı	Bilisp dışarıcı	19	Oyuluyor gibi	İğne betar gibi	Dayanılmaz	Ürperten	Deşiyor ar gibi	5	Şiddetli	Üğüten	Siş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran	Simsek çakar gibi	4	15	20	4	Cıldırıcı	Bicare eden	Süreklili	Çok keskin	Yaralayıcı	Kör eden	Rahatsız eden	Kesiliyor gibi	Sızlayan	16	Bulanık veren	Yırtılır gibi	Yoğun	Uşandıran	İstirap veren	5	10	Sıkıntılı	Berbat	Kemirici sancı	Hassas	Perişan eden	İşkence eder	Kasılır tarzda	Gerçin	Yoğun	tarzda	Eziliyor gibi	Törpüleyen	Davanılmaz			Keskin		
1	6	11	17																																																																																																										
Pir pir eden	Cekikbirici	Yorucu	Yayılan																																																																																																										
Tibroyan	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan																																																																																																										
Çarpan	Burkubucu	12	İçe işleyen																																																																																																										
Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen																																																																																																										
Yırtan	Sıcacık veren	Boşucu	13																																																																																																										
Döven	Yakıyor gibi	13	Skına verici																																																																																																										
2	Haşlıyor gibi	Korku veren	Uyusuklaştırıcı																																																																																																										
Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştirici																																																																																																										
Yanıyan	8	Dengetli	Sürükleyici																																																																																																										
Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı																																																																																																										
3	Kağıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı																																																																																																										
Diken diken	Acıdı	Bilisp dışarıcı	19																																																																																																										
Oyuluyor gibi	İğne betar gibi	Dayanılmaz	Ürperten																																																																																																										
Deşiyor ar gibi	5	Şiddetli	Üğüten																																																																																																										
Siş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran																																																																																																										
Simsek çakar gibi	4	15	20																																																																																																										
4	Cıldırıcı	Bicare eden	Süreklili																																																																																																										
Çok keskin	Yaralayıcı	Kör eden	Rahatsız eden																																																																																																										
Kesiliyor gibi	Sızlayan	16	Bulanık veren																																																																																																										
Yırtılır gibi	Yoğun	Uşandıran	İstirap veren																																																																																																										
5	10	Sıkıntılı	Berbat																																																																																																										
Kemirici sancı	Hassas	Perişan eden	İşkence eder																																																																																																										
Kasılır tarzda	Gerçin	Yoğun	tarzda																																																																																																										
Eziliyor gibi	Törpüleyen	Davanılmaz																																																																																																											
	Keskin																																																																																																												
<b>I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE?</b> Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise <b>D</b> harfi, yüzeyle ise <b>Y</b> harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Sayet hem derinde hem de yüzeyle ise <b>DY</b> harflerini yazınız.		<b>III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ</b> 1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız? <table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Devamlı</td><td>Ritmik</td><td>Genel</td></tr> <tr> <td>Kararlı</td><td>Periyodik</td><td>Anlık</td></tr> <tr> <td>Sabit</td><td>Aralıklı</td><td>Geçici</td></tr> </table> 2. Neler ağrınızı rahatlatabilir? ..... 3. Neler ağrınızı artırıyor? .....				1	2	3	Devamlı	Ritmik	Genel	Kararlı	Periyodik	Anlık	Sabit	Aralıklı	Geçici																																																																																												
1	2	3																																																																																																											
Devamlı	Ritmik	Genel																																																																																																											
Kararlı	Periyodik	Anlık																																																																																																											
Sabit	Aralıklı	Geçici																																																																																																											
		<b>IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ</b> <b>V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimeye birlesirler. Bunlar</b> <table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Hafif</td><td>Rahatsız edici</td><td>Şiddetli</td><td>Çok şiddetli</td><td>Dayanılmaz</td></tr> </table> Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız. <table border="0"> <tr> <td>1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?</td><td>.....</td></tr> <tr> <td>2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?</td><td>.....</td></tr> <tr> <td>3. Ağrınızın en az olduğunda hangi kelime tanımlar?</td><td>.....</td></tr> <tr> <td>4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrınızı hangi kelime tanımlar?</td><td>.....</td></tr> <tr> <td>5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrınızı hangi kelime tanımlar?</td><td>.....</td></tr> <tr> <td>6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?</td><td>.....</td></tr> </table>				1	2	3	4	5	Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz	1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?	.....	2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?	.....	3. Ağrınızın en az olduğunda hangi kelime tanımlar?	.....	4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrınızı hangi kelime tanımlar?	.....	5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrınızı hangi kelime tanımlar?	.....	6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																		
1	2	3	4	5																																																																																																									
Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz																																																																																																									
1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																																												
2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																																												
3. Ağrınızın en az olduğunda hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																																												
4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrınızı hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																																												
5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrınızı hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																																												
6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?	.....																																																																																																												

## 2.2.6. Postoperatif Ağrı

Ameliyat sonrası, hastaların rahatsızlıklarının başında gelen ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travmaya bağlı olarak ortaya çıkan doku iyileşmesi ile giderek azalan, inflamatuvar sürecin eşlik ettiği bir akut ağrı türüdür. Akut ağrıların en yaygın nedenleri, cerrahi girişim ve diğer travmalardır (3,66,28). Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim geçirmekte ve değişik derecelerde postoperatif ağrı çekmektedir (7,36). Cerrahi girişim geçiren hastaların %30-70 arasında orta ve şiddetli ağrıdan yakındığı yıllardan beri yapılan araştırmalarda dikkati çekmektedir (139,36). Amata ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun daha hafif ve sadece %9'unun katlanılabilir düzeyde çok hafif ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (4,36).

Ameliyat sonrası ağrı, nedeni önceden bilinen ve ortaya çıkması beklenen bir ağrıdır. Ameliyat sonrası ağrının ortaya çıkışını, şiddetini, niteliğini ve süresini etkileyen birçok etken ortaya konmuştur. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Hastanın fizyolojik ve psikolojik altyapısı
2. Hastanın farmakolojik ve psikolojik açıdan ameliyat öncesi hazırlığı
3. Ameliyatın yeri, niteliği ve süresi
4. Ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı
5. Cerrahi öncesinde, sırasında ve sonrasında uygulanan anestetik yaklaşım
6. Ameliyat sonrası bakımın kalitesi (58,159,5,119,121,147)

### **2.2.7. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler**

Ağrı algısı bireyden bireye, kültürden kültüre farklılık gösterir. Bir bireyde tolere edilemez ağrı oluşturan bir uyaran diğer birey tarafından rahatlıkla tolere edilebilir. Bu nedenlerle ağrı algılanması basit olarak belli uyaranlarla açıklanamaz. Çünkü ağrı bireye özgü, çeşitli faktörlere bağlı son derece bireysel bir deneyimdir. Ağrı algısını etkileyebileceği düşünülen çeşitli faktörler arasında; ağrıyı deneyimleyen bireyin yaşı, cinsi, kültür yapısı, ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri, ağrıyı oluşturan durumun birey için anlam ve önemi, kişilik yapısı ve anksiyete düzeyi yer almaktadır (11,93,1).

#### **2.2.7.1. Yaş**

Kişiler her yaşta ağrıyı deneyimlemelerine rağmen yaşlara göre ağrıya verdikleri tepkiler farklılık göstermektedir. Ağrının zayıflık işareti olduğu, kötü hasta olarak nitelendirilecekleri ve ağrının ölümün yaklaştığının bir belirtisi olduğu gibi

düşünceleri yoğun olarak yaşayan yaşlı bireyler ağrılarını bildirmekte isteksiz davranırken, çocuklar ağrıyı huzursuzluk, ağlama gibi tepkilerle ortaya koyarlar. Ayrıca, yaşla birlikte ciltte oluşan değişikliklerden dolayı yaşlılar kütanöz ağrıyı daha az algılamaktadırlar (79,9,167,147).

### **2.2.7.2. Cinsiyet**

Yaygın olarak erkeklerin kadınlara göre ağrıya karşı daha fazla sabır gösterdiklerine inanılmakta ve bu farklılığın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin, ağrı deneyimi karşısında erkeklerden daha sabırlı olmalarını beklemelerine karşın, kadınların ağrıya yönelik emosyonel yanıtlarını daha kolay kabul ettiklerini görülmüştür (79,167,147).

### **2.2.7.3. Kültür**

Kültürel yapı ağrı algılama eşiğinde güçlü bir etkiye sahiptir. Kültürel yapının etkili olduğu durum “ağrı tolerans” düzeyidir. Örneğin; Hindu dininde insanlar ağrı duymadan ateş ya da çivi üzerinde yürümekte, kendini yakmaktadır. Ağrı toleransındaki farklılıklar ağrıya yönelik farklı etnik tutumları yansıtır. Çoğu kültürde genellikle yüksek ağrı toleransı takdir edilir ve ağrıyı erkeklerin kadınlardan, erişkinlerin de çocuklardan daha iyi tolere etmeleri beklenir. Farklı kültür ve eğitim düzeylerinde ağrı ifadesinde kullanılan terimler de değişmektedir. Ağrıya verilen tepki, kültürel alt yapının etkisindedir ve hemşire için ağrıyı objektif olarak değerlendirmek önemlidir. Bunu yapabilmesi için hemşirenin ağrıya kendi verdiği tepkinin de kültürel etkiler altında olduğunu farkında olması gerekir (123,121).

Ayrıca hemşireler, inilti, yüz buruşturma, aktivitelerin sınırlanması, ağrılı bölgeye basınç uygulama, ovma gibi rahatsızlık belirtilerine karşı duyarlı olmalıdırlar. Çünkü bu davranışlar pek çok kültürde ağrı ifadesi olabilmektedir (93,144,1).

#### **2.2.7.4. Ağrıyı Oluşturan Durumun Anlamı ve Önemi**

Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ve önem, ağrının süresi ve bireyin ağrının azalması için yaptıkları, ağrıya yönelik oluşan reaksiyonları etkiler. Örneğin ağrının hemen azalacağına ve hastalığın kısa sürede geçeceğine inanan bir birey, yaşamı boyunca ağrı duyacağını bilenden daha farklı tepki verme eğilimindedir. Ağrı ile birlikte yaşayan birey, dinlenme dönemlerinde de ağrının tekrar geleceğini bildiği için anksiyetesi yüksek olur. Anksiyete de ağrının artmasına neden olmaktadır.

Ayrıca ağrının şiddeti ve kalitesinin algılanması, ortaya çıktığı duruma göre de değişiklik gösterir. Bu etkiyi göstermek üzere savaş ve barış ortamındaki ağrıyı inceleyen çalışmalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'nda yaralanan askerlerle yapılan bir çalışmada, yaralananların %25'inin ağrıdan yakındığı ve analjezik istedikleri saptanmıştır. Doku hasarı askerlerinkine benzeyen ameliyat olmuş erkek sivillerde ise ağrısı nedeniyle analjezik isteme oranının %80 olduğu gösterilmiştir (93,121).

#### **2.2.7.5. Kişisel Özellikler**

Kapı kontrol teorisine göre bir kişinin ağrı algısı ve ağrı toleransı kişisel ve diğer psikososyal faktörlerden etkilenir. Rahatsızlık, uykusuzluk, korku, anksiyete,

bağımlılık, kızgınlık, üzüntü, depresyon, mental izolasyon ve içe dönüklük ağrı toleransını azaltıcı etki gösterirken, uyku, rahatlama, ilgi, anlayış, dışa dönüklük, moral artışı, analjezik, anksiyolitik ve antidepresanlar ağrı toleransı ve ağrıya dayanma gücünü artırıcı etki gösterirler (79,125,4).

#### **2.2.7.6. Geçmiş Deneyimler**

Ağrı özellikle çocukların yaşantısında en önemli olaylardan birisidir. Bu nedenle ağrı deneyimi uzun süre anımsanır ve sonraki ağrıya verilecek tepkileri büyük ölçüde etkiler. Bireyin önceki ağrı deneyiminde, zamanında ve etkili ağrı kontrolü sağlanmış ise şu an deneyimlediği ağrıya karşı toleransı artacak; aksi takdirde düşecektir (9,167,108).

#### **2.2.8. Ameliyat Sonrası Rahatlatılmayan Ağrının Etkileri**

##### **2.2.8.1. Pulmoner Etki**

Kontrol altına alınmayan ameliyat sonrası ağrı pulmoner fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilir. Göğüs duvarı ve diyafragma hareketliliğinde azalma, genel vücut hareketsizliği ve öksürme güçlükleri ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişimini artırır. Shea ve arkadaşları'nın yaptığı çalışmada ameliyat sonrası hastaların %18,4'ünde pulmoner komplikasyon geliştiği ve ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişen hastaların dinlenme, yürüme ve derin soluk alıp verme sırasında yüksek düzeyde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (67,137).

Günümüzde tıbbi tedavi, cerrahi teknik ve perioperatif bakımdaki ilerlemelere rağmen abdominal cerrahi sonrası pulmoner komplikasyonlar morbidite ve mortalitenin en sık nedeni olarak önemi korunmaktadır. Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlardan biri olan pnömoni, ameliyattan sonra 6 gün içindeki ölümlerin %24'ünden sorumludur. Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar ayrıca hastanede kalma süresinde ve sağlık bakım maliyetinde artmaya neden olmaktadır (137,67).

Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların başlıca nedeni ağrı nedeni ile derin soluk alma ve öksürmenin kısıtlanmasıdır.

Ayrıca ameliyat sonrası pulmoner fonksiyonlardaki bozulma cerrahi uygulamanın büyüklüğü ve insizyonun diyafragmaya yakınlığı ile de direkt ilişkilidir. Bu nedenle majör üst batin veya toraks cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat sonrası pulmoner fonksiyon bozukluğu gelişimi alt batin ya da ekstremiteler cerrahisi geçiren hastalara göre daha sık görülmektedir (67,137).

Rahatlatılmayan ağrı ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların oluşmasına 3 şekilde etki eder:

1. Stres cevabını uzatır
2. Ameliyat öncesi düzeydeki akciğer fonksiyonlarına geri dönüşü etkiler
3. Hareket etmeyi etkiler (137,76,67).

Ameliyat sonrası uzun süren stres cevabı iyileşme sürecini olumsuz olarak etkileyerek enfeksiyon için ortam oluşmasına neden olur. İkinci olarak erken ameliyat sonrası dönem ağrı nedeni ile derin soluk alma ve etkisiz öksürme ile karakterizedir. Bu yüzeysel soluk alıp verme akciğer hacimlerinde ve sekresyon atılımında azalma ile sonuçlanır. Yüzeysel soluk alıp verme ayrıca surfaktan üretimini azaltır ve bu da atelettazi gelişimini artırır. Üçüncü olarak ameliyat sonrası ağrı hareket etmeyi engeller.

Hareketsizlik ve sırt üstü pozisyon etkisiz öksürme, yüzeysel soluma, akciğer hacimlerinde azalma, sekresyon birikimi katkıda bulunur. Ameliyat sonrası etkin ağrı yönetimi sık ve uygun derin soluk alıp verme ve erken mobilizasyonu, aşırı sedasyon ve solunum depresyonundan sakınmayı sağlar (159,154,119,137,76,67).

Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıyı yeterli düzeyde ve sürekli olarak değerlendirmeleri ve hafifletmeleri, hastaların derin soluk alıp vermesini ve hareketini sağlayarak ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişimini önleyebilir. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıyı yalnızca dinlenme halinde değil aynı zamanda aktivite sırasında da değerlendirmeleri gerekmektedir (154,118,67).

#### **2.2.8.2. Kardiyovasküler ve Tromboembolik Etkiler**

Ağrı ve doku hasarına karşı, kalp atım hızında artma, kan basıncı ve periferel vasküler dirençte artma ve myokardiyal kontraktilite ile karakterize bir hiperdinamik kardiyovasküler durum ortaya çıkar. Bu durumda kalbin iş yükü ve myokardın oksijen tüketimi artar. Myokardın oksijen tüketimi karşılanan oksijenden daha fazla ise myokardiyal iskemi gelişir. Ortaya çıkan bu myokardiyal iskemi sempatik aktiviteyi artırır ve sonuçta iskemi daha da derinleşir (154).

Ameliyat sonrası yaşanan şiddetli ağrı hastanın hareketini sınırlar ve venöz stazı artırır. Endokrin sistem stresörlere kan koagülasyonunu destekleyen stres hormonlarını salarak cevap verir. Hareketsizlik sonucu ortaya çıkan venöz staz ve salgılanan hormonlar ameliyat sonrası dönemde derin ven trombozuna ve pulmoner emboliye neden olur (154,76,67).



### 2.2.8.3. Diğer Organ Sistemleri Üzerine Etkisi

Sıklıkla batını ilgilendiren yaralanma ve cerrahi girişimlerden sonra olmakla birlikte, tüm majör travma ve cerrahi girişimler geçici olarak adinamik ileus tablosu oluştururlar. Ağrı sonucu uyarılan sempatik sinir sistemi vagus sinirini inhibe ederek intestinal motilitete azalmaya neden olur. Ayrıca ağrıyı azaltmak amacıyla kullanılan spinal opioid uygulamasının spinal kord opioid reseptörleri üzerine direkt etki göstererek gastrointestinal motiliteyi baskıladığı belirlenmiştir (154,67).

### 2.2.9. Postoperatif Ağrının Kontrolü

Postoperatif ağrı yönetiminin amacı; hastanın rahatsızlığını en aza indirerek veya ortadan kaldırarak, ağrının oluşturacağı yan etkilerden korumak, iyileşmeyi kolaylaştırmak ve tedavi maliyetini en aza indirmektir. Ancak ağrı kontrolünde her hasta için uygulanabilecek standart bir yöntem yoktur (81,160,147).

Ağrı yönetimi ideal olarak ağrıyı önleyici bir yaklaşımla başlamalıdır. Farmakolojik yöntemlerin yanı sıra uyarıların ortadan kaldırılması, pozisyon değişimi, dokunma ve konuşma gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin de ağrı kontrolünde etkili olduğu düşünülmektedir. Ağrının giderilmesini sağlamada önemli rol oynayan hemşire, en sık kullanılan yöntem olan farmakolojik girişimlerin yanında, fiziksel, bilişsel ve davranışsal ağrı kontrol yöntemlerini de kullanmalıdır (16,101,147).

Ağrı genel olarak farmakolojik (ilaçlı) ve nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemler olmak üzere iki şekilde kontrol edilmektedir.

### 2.2.9.1. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolü tüm ekip üyelerinin sorumluluğudur. Hekim hastanın fiziksel patolojisine göre ilaç yazar; hemşire ilacı uygular ve hastanın tedaviye verdiği yanıtları değerlendirerek hastanın ağrısı hakkında ekibe bilgi verir. Bu nedenle ağrının farmakolojik kontrolü ekip yaklaşımını gerektirir. Hemşirenin bu yaklaşım içinde ağrı tedavisine gerekli katkıyı sağlayabilmesi için, ağrının farmakolojik kontrolünü bilmesi ve bu bilgileri hekim ve diğer ekip üyeleri ile etkili bir şekilde paylaşması gerekmektedir (111,152,68,67).

#### 2.2.9.1.1. Narkotik Olmayan Analjezikler

Asetilsalisilik asit (Aspirin®), asetaminofen (parasetamol), ibuprofen (Brufen®) indometazin (Endol®), dipiron (Novalgin®) ve ketorolak trometamin gibi analjezik ajanları içeren narkotik olmayan analjezik sistemi, reçete gerektirmediği için elde edilme kolaylığı, ciddi yan etkilerinin azlığı ve ağrı gidermede etkili olmaları nedeniyle en çok kullanılan narkotik olmayan analjeziklerdir. Narkotik olmayan analjezikler; romatoit artrit gibi enflamatuvar durumlar, periferik orjinli akut ya da kronik hafif ve orta ağrılar, bel ağrıları baş ağrıları, narkotik ilaç kullanımını gerektiren şiddetli akut ya da kronik ağrılar, dismenore, bazı malign tümörler, bazı kanser terapileri, kemik metastazları ve postoperatif ağrıda kullanılırlar. Bilindiği gibi ağrı oluşumuna neden olan faktörlerden biri de araşidonik asitin siklooksijenaz enzimi tarafından yıkılması sonucu ortaya çıkan prostoglandinin sinir uçlarını duyarlı hale getirmesidir. Narkotik olmayan analjezikler siklooksijenazı inhibe ederek araşidonik asitin yıkımını ve prostoglandin yapımını önleyerek ağrıyı giderirler. Bu ilaçların aynı zamanda ateşi düşürme özellikleri de vardır. Dispepsi, bulantı, kusma, peptik ülser alevlenmesi, kanama zamanında uzama, alerji, kulak çınlaması, renal toksisite ve kemik iliğini baskılaması gibi yan etkileri vardır (111,152,88,67).

### 2.2.9.1.2 Narkotik analjezikler

Narkotik analjezikler genel olarak kırıklar, ameliyat sonrası ağrı, sistoskopi gibi orta ve şiddetli akut ağrılarda; sickle cell krizleri, yanık pansumanları gibi tekrarlanan akut ağrılarda; terminal hastalık, kanser ağrısı, yanıklar gibi uzun süreli ağrılarda; renal kolik ve travma gibi şiddetli ağrının hemen azaltılması gereken durumlarda ve diğer ağrı giderme yöntemlerinin yeterli olmadığı kronik non-malign ağrılarda kullanılırlar. Narkotik analjezikler ağrıyı gidermek için merkezi sinir sistemini etkilerler. Endojen opioidlerde olduğu gibi merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal kanala dağılmış olan opioid reseptörlerine bağlanırlar. MSS'ne bağlandıklarında bu reseptörler ağrı geçişini durdururlar. Konstipasyon, bulantı, kusma, sedasyon, solunum depresyonu, üriner retansiyon, kaşıntı, gibi yan etkileri vardır. Kodein, proksifen (Doloksen®) zayıf narkotik analjezi iken; morfin ve meperidin güçlü analjezik etkisi olan ilaçlardır (111,152,88,67).

### 2.2.9.1.3. Adjuvan Analjezikler

Primer olarak analjezik olmayan ancak analjeziklerin etkinliğini artırmak için birlikte kullanılan ve farmakolojik olarak analjezik grubunda sınıflanmayan ilaçlardır. Bu ilaçlar, ağrı narkotiklere yanıt vermediğinde ve ağrı ile ilgili depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve huzursuzluk gibi bir sorun olduğunda kullanılırlar. Adjuvan analjeziklerin yan etkilerinin olması ve etkilerinin uzun sürmesi gibi dezavantajları vardır. Antidepresanlar, antikonvülsanlar, kortikosteroidler bu grupta yer alan ilaç gruplarıdır (111,152,88,67).

### 2.2.9.2. Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü

Farmakolojik yöntemlere ek olarak birtakım nonfarmakolojik yöntemler de analjezi sağlar ve tek başına kullanıldığı gibi farmakolojik yöntemlerle birlikte de kullanılabilirler. İlaç tedavisi, özellikle opioidler, akut ağrı yönetiminde temel olmasına rağmen, farmakolojik müdahaleler tek başına ağrının affektif ve duyusal boyutunu etkin olarak ortadan kaldırmaz ve bilindiği gibi analjezik ilaçların bazı istenmeyen yan etkileri vardır. Farmakolojik yöntemlere ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerle ağrıyı gidermek, ağrıyı kontrol etmek için gerekli olan analjezik dozunu dolayısıyla ilaç tedavisinin yan etkilerini azaltır (122,67). Bu nedenle hastanın rahatsızlığını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılması gerekebilmektedir (130,65,67).

Nonfarmakolojik yöntemler hemşirelerin özel eğitim gerektirmeden uygulayabileceği girişimlerdir. Ancak hemşireler ülkemiz genelinde bağımsız rollerini pekiştirici rolü olan ve analjezik kullanma oranını azaltacak bu yöntemleri yeterince kullanmamakta ve daha çok analjezik uygulama yöntemini seçmektedirler. Hemşirelerin genellikle ilaç verme yolunu seçme nedenleri arasında; ağrı konusunda doğrudan sorumluluk almaktan kaçınmaları ya da bağımlı işlevleri olan ilaç vermenin daha az sorumluluk gerektirdiği sayılabilir (84,83,67). Birçok alanda kullanımı giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik yöntemlerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde de kullanımı çok sayıda araştırma ile desteklenmektedir (130,76,122,84,67).

Bu yöntemlerin kullanımının hemşireler tarafından bilinmesi ve hastalara öğretilmesi ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede hastalar için oldukça önemlidir (5,67). Ağrıyı hafifletmek için kullanılan nonfarmakolojik yöntemler aşağıda açıklanmaktadır.

### **2.2.9.2.1. Soğuk Uygulama**

Basit ve ucuz bir tedavi yöntemi olan soğuk uygulamalar, ağrının ilaç dışı tedavisinde etkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu uygulamaların ağrı eşiğini yükselttiği, inflamasyon ve spazmı azalttığı gösterilmiştir. Soğuk uygulamanın analjezik etkisi doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya çıkar. Doğrudan etki, soğuğun periferik sinirler üzerine olan etkileri ile açıklanmaktadır. Soğuk uygulama ile derideki soğuk reseptörlerinin uyarıldığı, büyük çaplı A lifleri ile arka boynuza giden uyarıların ağrı geçiş kapısını kapadığı varsayılmaktadır. Soğuğun analjezik etkisi ayrıca ağrılı uyarıyı periferden merkeze taşıyan küçük çaplı miyelinsiz sinir liflerinin iletim hızının azalması ile açıklanmaktadır (157,98,88,67).

### **2.2.9.2.2. Sıcak Uygulama**

Sıcak uygulama ısı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir. Böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrıda azalma olur. Sıcak uygulama sinaptik keselerde depolanmış olan serotonin salınımını uyarmaktadır. Serotonin hipotalamus ve talamusa uyarıcı etki yaparken, korteksi inhibe edici etkisiyle ağrının algılanmasını azaltmaktadır. Ayrıca sıcak uygulama yapılan bölgede ağrı eşiği yükselir. Ancak bu etki soğuk uygulamadaki kadar değildir (84,88,67).

### **2.2.9.2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme**

Ağrıda dikkati başka yöne çekme, dikkatin ağrı dışında bir uyarana odaklaşmasıdır. Bu yöntem bir tür duyuusal koruyucudur ve ağrı tümüyle ortadan kalkmaz. Ancak ağrı toleransı ve ağrı algılama eşiği artar. Böylece hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Aynı zamanda hastada kendini kontrol duygusunu geliştirir. Yapılan araştırmalar

hastaya müzik dinletme, televizyon izletme, kitap okuma, sevdiği uğraşılara yöneltme, terapotik dokunma, iletişim kurma gibi dikkati ağrıdan uzaklaştıran yöntemlerin ağrı eşiğini yükselttiğini ve hastaların yaşadıkları ağrıyı azalttığını göstermektedir (153,25,88,67).

#### **2.2.9.2.4. Uyku**

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku ağrı yönetiminde önemli etkenlerden biridir. Uyku yoksunluğu yaşayan bir birey gerginlik ve yorgunluk yaşar. Bu durumda ağrı algısında artma olur. Bu nedenle hemşirelerin hastalara uyku düzenlemesi yapmaları gerekir (127,98,67).

#### **2.2.9.2.5. Egzersiz**

Egzersiz, hareketi sağlayarak kan akımını arttırır, kas spazmları ve kontraktürleri önler. Bu etkileriyle ağrıyı hafifleterek hasta konforunun sağlanmasına yardımcı olur (5,162,147). Uğurlu, ameliyat sonrası ağrı gidermede egzersiz kullanım oranını %50,1 olarak bildirerek hastaların sıklıkla tercih ettikleri bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur (149,147).

#### **2.2.9.2.6. Pozisyon verme**

Pozisyon değişikliği kan dolaşımını arttırarak ve kasların gerilme ve spazmını önleyerek ağrının hafifletilmesinde etkilidir (5,147). Pozisyon vermenin postoperatif ağrı kontrolünde en fazla tercih edilen nonfarmakolojik yöntem olduğu Carroll ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bildirilmiştir (35,147). Briggs ve Dean'de 1998'de

postoperatif ağrı yönetiminde hemşire kayıtları üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin ağrı yönetiminde analjezik uygulamasından sonra en çok (%82) hastaya pozisyon vermeyi kullandıklarını saptamışlardır (30,147).

#### **2.2.9.2.7. Masaj**

Hemşireler tarafından konforun sağlanması ve ağrının azaltılmasında yıllardır kullanılan tekniklerden biri olan masaj, yumuşak dokuların manipülasyonudur (11,140,147). Nixon ve arkadaşları yaptıkları çalışmada masajın ağrı kontrolünde etkin bir rolü olduğunu belirtmişlerdir (109). Masajın amacı; dolaşımı artırarak dokularda iritan maddelerin birikimini önleme ve kas gevşemesi ile ağrının azaltmasıdır (88,11,140,147).

#### **2.2.9.2.8. Gevşeme teknikleri**

İlk olarak Jacobson tarafından tanımlanan gevşeme teknikleri ağrı, doğum, anksiyete, uykusuzluk ve kızgınlık gibi birçok durumda kullanılan, kademeli olarak kasların gerilmesi ve gevşetilmesi şeklinde tanımlanan bir yöntemdir. Anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesini sağlayan gevşeme teknikleri vücutta sempatik sinir sisteminin uyarılması, kas gerginliği ve santral sinir sisteminin aktivasyonunu sağlayarak etki eder (11,22,107,147).

Ameliyat sonrası hasta tarafından gevşeme tekniklerinin kullanılması stres ve anksiyeteyi azaltarak ağrı kontrolünü kolaylaştırır. Ancak hafiften orta dereceye kadar olan ağrıların azaltılmasında daha etkilidir ve şiddetli ağrıda beraberinde analjeziklerinde kullanılması gerekebilmektedir (151,5,11,147).

Hipnoz, meditasyon ve yoga, kullanılan gevşeme yöntemleridir ve tüm bu yöntemlerin bulunduğu dört ortak nokta; sessiz bir çevre, rahat bir pozisyon, pasif bir tutum ve mental bir odaklanmadır (113,40,140).

### **2.2.10. Postoperatif Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü**

Günümüzde multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen ağrı kontrolü bir ekip işidir ve hemşire bu ekipte vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü vazgeçilmez kılan, hemşirenin hasta ile diğer sağlık üyelerinden daha fazla zaman geçirmesi, hastanın önceki ağrı deneyimleri, baş etme stratejileri ve bu stratejileri kullanıp kullanmadığını bilen ve gerektiğinde hastaya ağrıyla baş etme stratejilerini öğreten, hastaya rehberlik eden, planlanan analjezik tedavisini uygulayan ve sonuçlarını değerlendiren kişi olmasıdır (12,9,168,148).

Ağrı yönetiminin düzenlenmesinde sıklıkla ortaya çıkan problemlerin nedenleri yetersiz eğitim, ağrı değerlendirme becerilerinin yokluğu ve ilaçların yan etkileriyle ilgilenilmesidir. Bu nedenle postoperatif ağrı kontrolünde hemşirelik bakımı planlanmalı ve hemşireler bu konuda özel olarak eğitilmeli, kullanılan cihaz ve yöntemleri öğrenmeleri sağlanmalıdır (12,103,147).

Hemşirelerin ağrı kontrolü üzerinde yapılan çalışmalarda da yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Libreri çalışmasında hekim ve hemşirelerin %58'inin ağrı yönetimini bilmediklerini ve ağrı gidermede aldıkları önlemlerin yeterli olmadığını saptamıştır (99,147). Ülkemizde Özbayır ve arkadaşlarının (114,147) çalışmasında hemşirelerin %96,23'ünün ağrı ifade eden hastaya her zaman inanmadıklarını ve %47,62'sinin de ağrı ifade etmeyen hastaların ağrı davranışlarını izlemedikleri bildirilmiştir.



Hastanın ağrısına inanma, ağrıyı değerlendirebilme, ağrı çeşitleri ve mekanizmalarını bilme, yan etkileri izleme ve ağrı kontrolünde gevşeme teknikleri gibi tamamlayıcı yöntemlere yer verme ağrı kontrolünü sağlamada hemşireye yardımcı olacaktır. Bunun yanında hemşirenin yumuşak, nazik ve anlayışlı yaklaşımlarıyla birlikte hastanın gevşemesinin sağlanması anksiyete ve stresin azaltılmasında etkili olabilmekte ve bu durum da hastanın ağrılı durumunu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sonuç olarak hemşire, ağrı kontrolünde en önemli role ve en fazla sorumluluğa sahip kişidir ve bu sorumlulukların gereklerini yerine getirebilmek için sürekli kendini eğitmeli, geliştirmeli ve farmakolojik yöntemlerin yanında farmakolojik olmayan yöntemleri de kullanarak hastanın en üst düzeyde rahatlığını sağlayabilmelidir (16,119,80,147).

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılan bu çalışmada, ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı düzeyleri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Doğum Servisi ile Samsun Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Nisaiye Servislerinde yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini, araştırma verilerinin toplandığı 06-10-2010 ile 24-12-2010 tarihleri arasında; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Doğum Servisi ile Samsun Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Nisaiye Servislerinde sezaryen operasyonu geçiren hastaların tümü oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise bu tarihler arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Doğum Servisi ile Samsun Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Nisaiye Servislerinde yatmakta olup araştırmaya katılmayı kabul eden 216 hasta oluşturmuştur.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırma verilerinin toplanmasında Mc Gill – Melzack ağrı soru formu ile araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan form kullanılmıştır. Bu

formda, hastaya ait Sosyo-demografik veriler, daha önce sezaryen geçirip geçirmediği ve ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya ilişkin 9 adet soru yer almaktadır. Mc Gill –Melzack ağrı soru formunun geçerlilik ve güvenilirliği S.Kuğuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Türkçe çevirisi (Ek 3) kullanılmıştır (47).

Hastalara anket formu araştırmacı tarafından yüksek sesle okunarak doldurulmuştur.

### 3.4.1. Hastalara Yönelik Anket Formu

Bu formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim seviyesi, oturduğu yer gibi Sosyo – demografik özelliklerinin yanı sıra daha önceden geçirmiş oldukları sezaryenleri, şimdiki ve daha önce geçirmiş olduğu sezaryen sonrası ağrı deneyimlerini içeren 9 adet soru yer almaktadır (Ek 1).

### 3.4.2. McGill - Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)

Dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanısı, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almıştır (Ek 3).

**Birinci Bölüm:** Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem de yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir.

**İkinci Bölüm:** Bu bölümde ağrıyı duyuşal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyuşal boyutunu,

sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

**Üçüncü Bölüm:** Bu bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer alır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.

**Dördüncü Bölüm:** Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir=hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almıştır.

### 3.5. Hastaların Çalışma Dışı Bırakılma Nedenleri

Aşağıdaki özellikleri içeren hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

1. Araştırmada kullanılacak olan anketleri değerlendiremeyeceği düşüncesiyle işitme, görme ve konuşma özrü olan hastalar,
2. Hemşirelerin ağrı değerlendirmeleri sırasında diğer personelin araya girmeleri ve başka işler nedeniyle yapılan ağrı değerlendirmelerinin kesintiye uğraması,
3. Hastaların ağrısı olması sebebiyle ağrı değerlendirmesinin kesintiye uğraması
4. Akraba ziyaretleri ve bebeğin ağlaması sebebiyle ağrı değerlendirmesinin kesintiye uğraması

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan 216 hastaya ilişkin veriler SPSS 15 Paket programı ile analiz edilmiştir. Kadınların sosyodemografik ve postoperatif ağrı özelliklerine yönelik

verilerin dağılımı yüzdeler olarak ifade edildi. Grupların sosyodemografik, ağrı özellikleri ve diğer nitel değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisi Ki-kare analizi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında; ikili gruplar için Mann-Whitney testi, ikiden fazla gruplar olması durumunda ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Analizlerde  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çizelge 1’de hastaların Sosyo – demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması;  $X = 29,10 \pm 5,84$ ’dür. Hastaların yaşlarına bakıldığında alt sınır 15, üst sınır 40 olarak gözlenmiştir. Hastaların tümü evlidir.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, %5,10’unun okul öncesi olduğu, %74,50’inin orta öğretim mezunu olduğu, %20,40 ‘ının ise üniversite mezunu olduğu gözlenmiştir (Çizelge 1).

Hastaların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde ; %76,90’nın ev hanımı, %6,00’sinin işçi, %12,00’sinin memur ve %5,10’unun serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür

Hastaların %26,90’ı kırsalda, %73,10’unun ise şehirde yaşadığı görülmüştür.

Hastaların %53,70’inin daha önceden sezaryen sekiyo geçirdiği gözlemlenirken, % 46,30’unun ilk kez sezaryen sekiyo geçirdiği görülmüştür.

Sezaryen ile ilgili endişe durumları incelendiğinde hastaların %61,20’sinin endişe yaşadığı, %38,80’inin ise endişe yaşamadığı görülmüştür.

İlk kez sezaryen sekiyo olan hastalar ile mükerrer sezaryen sekiyo olan hastaların ağrı karşılaştırmasını incelediğimizde hastaların %57,70’inin ilk sezaryen, %42,30’unun ise şimdiki sezaryenlerin de daha fazla ağrı yaşadığı görülmüştür.

Mükerrer sezaryen sekiyo geçiren hastalardan ilk sezaryeninde daha fazla ağrı yaşadığını bildiren hastalara ilk sezaryeninde neden daha fazla ağrı yaşadığına ilişkin sorumuzun yanıtına verilen cevap yüzdeleri şöyledir;

Hastalardan %71,80’i “ilk kez ameliyat olacağım için korkularım daha fazla idi” seçeneğini,

% 1,56’sı “yeterli tıbbi bakımı alamadığımı düşünüyorum” seçeneğini,

%23,40’ı “normal doğum olacağı düşüncesi ile sezaryene geç alınmış olmam’ seçeneğini,

%3,25’i “ameliyat sonrası komplikasyonlar geliştiğinden” seçeneğini tercih ettikleri görülmüştür.

Hastaların yattığı hastanelere baktığımızda %55,09’unun Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Nisaiye Servisi’nde, % 44,91’inin Ondokuz

Mayıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yatmış olduğu görülmüştür.

### Çizelge-1

#### Hastaların Sosyo-Demografik özellikleri

		Frekans	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>	15-25	58	26,90
	26-35	127	58,80
	36-40	31	14,40
<b>Medeni durum</b>	Evli	216	100,0
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	116	76,90
	İşçi	13	6,00
	Memur	26	12,00
	Serbest meslek	11	5,10
<b>Eğitim durumu</b>	Okul öncesi	11	%5,10
	Orta öğretim	161	%74,50
	Yükseköğretim	44	%20,40
<b>Oturulan yer</b>	Kırsal	58	%26,90
	Şehir	158	%73,10
<b>Geçirilmiş sezaryen</b>	Evet	116	53,70
	Hayır	100	46,30
<b>Sezaryen öncesi endişe</b>	Evet	71	61,20
	Hayır	45	38,80
<b>Geçirilmiş sezaryeni olan hastalarda ağrı karşılaştırması</b>	İlk sezaryenim	67	57,70
	Şimdiki sezaryenim	49	42,30
<b>İlk sezeryanda ağrının fazla olmasının sebebi</b>	İlk kez ameliyat olacağım için korkularım daha fazla idi	46	71,80
	Yeterli tıbbi bakımı alamadığımı düşünüyorum	1	1,56
	Normal doğum olacağı düşüncesi ile sezaryene geç alınmış olmam	15	23,40
	Ameliyat sonrası komplikasyonlar geliştiğinden	2	3,25
<b>Bulunduğu hastane</b>	Samsun kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi nisaiye servisi	119	55,09
	Ondokuz mayıs üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum servisi	97	44,91

## Hastaların Deneyimlediği Ağrının Özellikleri

### 4.3. İlk kez Sezaryen Olan Hastalar İle Mükerrer Sezaryen Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Çizelge 2’de İlk kez Sezaryen Olan Hastalar İle Mükerrer Sezaryen Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 2

		İlke sezaryen olan hastalar		Mükerrer sezaryen olan hastalar	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Bölüm 1	Derin	26	%26	50	%43,10
	Yüzeysel	57	%57	46	%39,70
	Hem derin hem yüzeysel	17	%17	20	%17,20
Bölüm 2	Pırpır eden Zonklayan Vuran	22	%13,75	16	%8,24
	Diken diken gibi Oyuluyor gibi Deliyor gibi Şiş saplanır gibi	9	%5,62	12	%6,18
	Kesiliyor gibi Yırtılır gibi	11	%6,87	13	%6,0
	Kasılır tarzda	12	%7,5	16	%8,24
	Yakıyor gibi	32	%20	37	%19,07
	Sızlıyor gibi Kaşıntılı Acıtıcı	27	%16,87	24	%12,37
	Sızlayan	35	%21,87	51	%26,28
	Hassas Gergin	12	%7,5	25	%12,88
Bölüm 3/1	Devamlı	63	%57,27	47	%42,72
	Aralıklı	43	%45,70	51	%54,20
	Anlık	22	%56,40	17	%43,50
Bölüm 3/2	İlaç almak	59	%46,80	67	%53,20
	İstirahat	36	%44,40	45	%55,60
	Diğer	5	%55,60	4	%44,40

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 1 numaralı bölüm ağrının yerinin, derinlik ve yüzeyselliğinin ölçüldüğü bölümdür. Bölüm 1’de; sadece yüzeysel ağrı, sadece derin ağrı, hem derin ve hem yüzeysel ağrı olarak sınıflandırılmıştır.

Çizelge 3’de İlk kez sezaryen olan hastalarının Bölüm 1 puanları ile mükerrer sezaryen olan Hastaların Bölüm 1 puanlarının uyumu verilmiştir.



İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 1 den elde edilen ağrı puanları için p değeri 0,20 olarak bulunmuştur. p değeri p=0,05 den büyük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı uyum gözlenmemiştir (çizelge 2).

Çizelge 3

		Ağrının derinlik ve yüzeyelliği				Total	P
		Derin	Yüzeyel	Hem derin hem yüzeyel			
Daha önce geçirilmiş sezaryen	Evet	Frekans	50	46	20	116	0,20
		Yüzde	43,10%	39,70%	17,20%	100,0%	
	Hayır	Frekans	26	57	17	100	
		Yüzde	26,00%	57,00%	17,00%	100,0%	
Toplam		Frekans	76	103	37	216	
		Yüzde	35,20%	47,70%	17,10%	100,0%	

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 2 numaralı bölümde ağrıyı duyuşal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Değerlendirmeyi yapan kişi ağrıya uyan kelime kümesini seçer ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretler. İşaretlenen kelimeler puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Çizelge 4' de ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 2'den elde edilen ağrı puanlarının ortalama değerleri, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. p=0,11 olarak bulunduğundan ilk kez sezaryen olan hastalarla mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 2 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamamıştır.

Çizelge 4

	İlk kez sezaryen olan hastalar X ± Sd Medyan (min/max)	Mükerrer sezaryen olan hastalar X ± Sd Medyan (min/max)	p değeri
<b>Bölüm 2</b>	10,00±6,81 9(1/44)	11,10±6,14 9(1/32)	0,11

Ağrı değerlendirme ölçeğinde bölüm 3 de ağrının zamanla ilişkisi, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler sorulmuştur.

Çizelge 5’de ilk sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastalarda ağrının zamanla ilişkisini gösteren ağrı ifadeleri sayı ve yüzde olarak aşağıda verilmiştir. İlk kez sezaryen olanlarla mükerrer sezaryen olan hastaları devamlı ağrı yönünden incelendiğimizde  $p=0,59$  olarak bulunmuştur.  $p= 0,05$ ’den büyük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. İlk kez sezaryen olanlarla mükerrer sezaryen olan hastaları aralıklı ağrı yönünden incelediğimizde  $p=0,88$  olarak bulunmuştur.  $p= 0,05$ ’den büyük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. İlk kez sezaryen olanlarla mükerrer sezaryen olan hastaları anlık ağrı yönünden incelendiğinde  $p=0,16$  olarak bulunmuştur.  $p=0,05$ ’den büyük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çizelge 5

	<b>İlk kez sezaryen olan hastalar</b> Sayı (%)	<b>Mükerrer sezaryen olan hastalar</b> Sayı (%)	<b>p değeri</b>
<b>Devamlı ağrı</b>	63(57,27)	47(%42,72)	0,59
<b>Aralıklı ağrı</b>	43(45,70)	51(54,20)	0,88
<b>Anlık ağrı</b>	22(56,40)	17(43,50)	0,16

Bölüm 3’de ilk kez sezaryen olan hastalarla mükerrer sezaryen olan hastaların “Neler ağrınızı rahatlatır?” sorusuna verdikleri cevapların istatistiksel dağılımları çizelge 6’da verilmiştir. p değeri 0,80 olarak bulunmuştur. p değeri 0,05’ den büyük olduğundan, neler ağrınızı rahatlatır sorusuna verilen yanıtlar da ilk kez ya da mükerrer sezaryen olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

İlaç kullanımı ile ilgili olarak hastalarda genellikle diklomek, dikloran türevi analjezikler kullanıldığı görülmüştür.

Çizelge 6

		Neler ağrınızı rahatlatıyor			Toplam	P	
		ilaç kullanımı	İstirahat	Diğer			
Daha önce geçirilmiş sezaryen	Evet	Frekans	67	45	4	0,80	
		Yüzde	53,20%	55,60%	44,40%		53,70%
	Hayır	Frekans	59	36	5		100
		Yüzde	46,80%	44,40%	55,60%		46,30%
Toplam		Frekans	126	81	9		216
		Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Ağrı değerlendirme ölçeğinde 4 numaralı bölümde ağrı şiddetini belirlemeye yönelik ‘hafif ’ağrı ile ‘dayanılmaz ’ ağrı arasında değişen beş kelime grubu ayrıca değerlendirmeyi yapan kişinin kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer alır. Sorular puanlanır ve bölüm sonunda ağrı puanı elde edilir.

Çizelge 7’de ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 4’den elde edilen ağrı puanlarının ortalama değerleri, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. p değeri 0,86 olarak bulunduğundan, ilk kez sezaryen olan hastalarla mükerrer sezaryen olan hastalar arasında bölüm 4 puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Çizelge 7

	İlk kez sezaryen olan hastalar X ± Sd Medyan (min/max)	Mükerrer sezaryen olan hastalar X ± Sd Medyan (min/max)	p değeri
<b>Bölüm 4</b>	6,51±1,89 7(2/11)	6,47±1,91 7(3/13)	0,86

Çizelge 8’de ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımları verilmektedir.

İlkekez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanları eğitim durumuna göre incelendiğinde; okul öncesi için p=0,48, orta öğretim için

$p=0,97$ , yüksek öğrenim için  $p=0,96$  olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Çizelge 8

Eğitim durumları (bölüm 4 puanlarına göre)	İlk kez sezaryen olan hastalar $X \pm Sd$	Mükerrer sezaryen olan hastalar $X \pm Sd$	p değeri
Okul öncesi	7,40 $\pm$ 0,89	6,60 $\pm$ 2,06	0,48
Orta öğretim	6,63 $\pm$ 1,60	6,63 $\pm$ 1,79	0,97
Yüksek öğretim	5,30 $\pm$ 1,95	5,33 $\pm$ 1,60	0,96

Çizelge 9’da ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının mesleklere göre dağılımları verilmektedir.

İlkekez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanları mesleklere göre incelendiğinde; ev hanımları için  $p=0,74$  işçiler için  $p=0,35$  memurlar için  $p=0,50$  serbest meslek olanlarda ise  $p=0,20$  olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Çizelge 9

Meslekler (bölüm 4 puanlarına göre)	İlk kez sezaryen olan hastalar $X \pm Sd$	Mükerrer sezaryen olan hastalar $X \pm Sd$	p değeri
Ev hanımı	6,58 $\pm$ 1,57	6,50 $\pm$ 1,77	0,74
İşçi	6,66 $\pm$ 1,36	7,57 $\pm$ 1,90	0,35
Memur	4,75 $\pm$ 2,01	5,30 $\pm$ 1,94	0,50
Serbest Meslek	7,00 $\pm$ 1,85	5,33 $\pm$ 1,52	0,20

Çizelge 10’da ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının oturulan yere göre dağılımları verilmektedir.

İlkekez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanları oturulan yere göre incelendiğinde; kırsal da oturanlar için  $p=0,46$ , şehir de oturanlar için 0,32 olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Çizelge 10

Oturulan yer(bölüm 4 puanlarına göre)	İlk kez sezaryen olan hastalar X ± Sd	Mükerrer sezaryen olan hastalar X ± Sd	p değeri
Kırsal	6,80 ±1,39	6,46 ±2,00	0,46
Şehir	6,12 ±1,89	6,42 ±1,77	0,32

Çizelge 11’de ilk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının endişe durumuna göre dağılımları verilmektedir.

İlkekez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanları endişe durumlarına göre incelendiğinde; endişe yaşayanlar için p değeri 0,46 bulunurken, endişe yaşamayanlar için 0,09 olarak bulunduğu istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Çizelge 11

Sezaryen öncesinde sezaryenle ilgili endişeleriniz oldu mu? (bölüm 4 puanına göre)	İlk sezaryenim X ± Sd	Şimdiki sezaryenim X ± Sd	p değeri
Evet	6,55 ±1,80	6,35 ±1,85	0,46
Hayır	5,92 ±1,61	6,50 ±1,84	0,09

Çizelge 12’de mükerrer sezaryen olan hastalarda ilk sezaryeni ile şimdiki sezaryeni arasındaki ağrı şiddetini farkını gösteren Bölüm 2 ve Bölüm 4 değerleri aşağıda verilmiştir.

Tablo da Bölüm 2 incelendiğinde p değeri=0,68 olarak, bölüm 4 incelendiğinde ise p değeri 0,30 olarak bulunmuştur. Her iki bölümdeki p değerleri 0,05 den büyük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çizelge 12

<b>Mükerrer sezaryenli hastalarda sezaryenler arasındaki ağrı şiddeti farkı</b>			
	<b>İlk sezaryenim</b> X ± Sd Medyan (min/max)	<b>Şimdiki sezaryenim</b> X ± Sd Medyan (min/max)	<b>p değeri</b>
<b>Bölüm 2</b>	10,72±5,46 9(1/24)	12,09±6,56 9(1/32)	0,68
<b>Bölüm 4</b>	6,17±1,80 6,5(3/17)	6,79±1,86 7(4/13)	0,30

Çizelge 13’de mükerrer sezaryen olan hastalar da, ağrı şiddeti yönünden sezaryenlerinin karşılaştırması ve bu sezaryenlerin yaşlara göre dağılımları verilmiştir. p değeri 0,04olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

15-25 yaş arası hastalarda ilk sezaryenin de daha şiddetli ağrısı olduğu,

26-35 yaş arası hastalarda da ilk sezaryenin de daha şiddetli ağrısı olduğu,

36-40 yaş arası hastalarda da mükerrer sezaryenin de daha şiddetli ağrısı olduğunu belirtmekle beraber. Tüm yaş grupları içinde en çok ağrı ifadesini 26-35 arası kadınlar belirterek ilk sezaryeninin daha ağrılı olduğunu belirtmişlerdir.

Çizelge 13

		<b>Eğer cevabınız evet ise önceki ağrınız mı yoksa şuan hissettiğiniz ağrı mı daha şiddetli</b>			<b>Toplam</b>	<b>p değeri</b>
		<b>İlk sezaryenim</b>	<b>Şimdiki sezaryenim</b>			
<b>Yaş</b>	<b>15-25</b>	Frekans	13	8	21	0,04
		Yüzde	19,40%	16,30%	18,10%	
	<b>26-35</b>	Frekans	48	28	76	
		Yüzde	71,60%	57,10%	65,50%	
	<b>36-40</b>	Frekans	6	13	19	
		Yüzde	9,00%	26,50%	16,40%	
<b>Toplam</b>		Frekans	67	49	116	
		Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	

Çizelge 14’de mükerrer sezaryen olan hastalar da, ağrı şiddeti yönünden sezaryenlerinin karşılaştırması ve bu sezaryenlerin mesleklere göre dağılımları verilmiştir.  $p=0,68$  olarak bulunduğundan mesleklerle sezaryenler arası ağrı şiddeti yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çizelge 14

		Eğer cevabınız evet ise önceki ağrınız mı yoksa şuan hissettiğiniz ağrı mı daha şiddetli		Toplam	p değeri
		İlk sezaryenim	Şimdiki sezaryenim		
<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı</b>	Frekans	53	43	96
		Yüzde	79,10%	87,80%	82,80%
	<b>İşçi</b>	Frekans	5	2	7
		Yüzde	7,50%	4,10%	6,00%
	<b>Memur</b>	Frekans	7	3	10
		Yüzde	10,40%	6,10%	8,60%
	<b>Serbest meslek</b>	Frekans	2	1	3
		Yüzde	3,00%	2,00%	2,60%
<b>Toplam</b>		Frekans	67	49	116
		Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%

Çizelge 15’de mükerrer sezaryen olan hastalar da, ağrı şiddeti yönünden sezaryenlerinin karşılaştırması ve bu sezaryenler ile endişe düzeyi arasındaki ilişki verilmiştir.

p değeri 0,06 olarak bulunmuş olup ağrı şiddeti yönünden sezaryenlerinin karşılaştırması sezaryenler arası ağrı şiddeti ile endişe düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 15

			<b>Eğer cevabınız evet ise önceki ağrınız mı yoksa şuan hissettiğiniz ağrı mı daha şiddetli</b>		<b>Total</b>	<b>P değeri</b>
			<b>İlk sezaryenim</b>	<b>Şimdiki sezaryenim</b>		
<b>Sezaryen öncesinde sezaryenle ilgili endişeleriniz oldu mu?</b>	<b>Evet</b>	Frekans	46	25	71	0,06
		Yüzde	68,70%	51,00%	61,20%	
	<b>Hayır</b>	Frekans	21	24	45	
		Yüzde	31,30%	49,00%	38,80%	
<b>Toplam</b>		Frekans	67	49	116	
		Yüzde	100,0%	100,0%	100,0%	



## 5. TARTIŞMA

Ağrı duyusu, kişinin geçmişteki deneyimleri ve kişilik yapısı ile ilişkilidir. Ağrının algılanmasındaki kişisel farklılıklar, cerrahinin kaynağı ve travmanın derecesinden daha önemlidir. Hastanın anksiyetesi, hastaneye gelişle birlikte artacaktır. Hastada; hastane, ölüm, anestezi, ağrı duyma, sakat kalma korkularından biri veya birkaçı bulunabilir. Özellikle, yapılacak ameliyatla ilgili bilginin tipi ve derecesi, kültürel, sosyoekonomik faktörler, ailesel ve kişisel faktörler ve bunların dışında ameliyat süresi de postoperatif ağrıyı arttırmaktadır (51,49).

Cerrahi hemşirelerinin öncelikli görevlerinden biri hastaların ağrısının azaltılması konusudur ki, Ağrının önlenmesi ya da yeterince giderilmesi hasta hakkı olarak kabul edilir. Ağrısı kontrol altına alınmış hasta; erken ayağa kalkacak, dolayısıyla yatma ve hareketsizlik nedeni ile gelişebilen solunum ve dolaşım komplikasyonları önlenmiş olacaktır. Hastanın iyileşme süreci hızlanacağı için hastanede kalış süresi kısılacak, böylece ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır (84).

Çalışmamızda, İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların postoperatif ağrı şiddeti farklarına ait elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastaların sezaryen durumları incelendiğinde %53,70'inin daha önceden sezaryen sekiyo geçirdiği gözlemlenirken, %46,30'unun ilk kez sezaryen sekiyo geçirdiği görülmüştür. Baruk ve Güler'in çalışmasında ise hastaların % 54,90'ı daha önce ameliyat deneyimi yaşamış ve bunların tamamına yakını ameliyat sonrasında ağrı tecrübesi yaşadıkları belirlenmiştir (18,53). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Ameliyat sonrası postoperatif ağrı beklenen bir sonuç

olmasına rağmen hastaların bu deneyimi hiç yaşamaması ya da asgari düzeyde geçirmesi hasta memnuniyeti açısından istenen sonuçtur.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/1 numaralı bölüm ağrının zamanla ilişkisinin sorulduğu bölümdür. Bu bölümde ağrının aralıklı, anlık, geçici, genel ağrı olduğuna dair seçenekler bulunmaktadır. Çalışmamızda hastaların ilk kez ya da mükerrer sezaryen olma durumuna göre Bölüm 3/1 hasta puanına bakıldığında ( $p=0,59$ ,  $p=0,88$ ,  $p=0,16$ ) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir. İlk kez sezaryen olan hastaların %45,70 mükerrer sezaryen olan hastaların ise %54,20'si aralıklı ağrılarının olduğunu belirtmiştir. Özer ve Bölükbaş'ın çalışmasında ise hastaların %61,57'si ağrılarının aralıklı olduğunu ifade etmişlerdir (116). Literatürle çalışmamız uyumludur. Hastalarda hareketle bağlantılı olarak düşünilecek ağrı algısı bu dönemdeki hareket kısıtlanmasıyla beraber aralıklı olarak gözlemlenmiştir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/2 numaralı bölüm ağrıyı azaltan faktörleri soran açık uçlu bir sorudan oluşur. Bu bölüme verilen cevapların, % 58,80'i ilaç almak, % 42,20'sini diğer cevaplar oluşturmuştur.  $p=804$  olarak bulunduğundan İlk kez sezaryen olan hastalarla mükerrer sezaryen olan hastalar arasında istatistiksel olarak bir farka rastlanmamıştır. Özer ve Bölükbaş'ın çalışmasında ağrıyı hafifleten uygulamalar incelendiğinde %69,50'sinin "ilaç almak" cevabını verdiği gözlenmektedir (116,53). Bu sonuçlarda literatürlerle uyumludur. Hastanede yatıldığı müddetçe gerek hemşirelerin iş yoğunluğu, gerekse ilaç uygulamanın kolay uygulanabilirliği, ya da hastaların en kısa sürede ağrıdan kurtulmak istemeleri sebebiyle ilaç almak, tercih edilen yöntemlerin başında gelmektedir.

Ağrıyı değerlendirme ölçeğinde 3/3 numaralı bölüm ağrıyı arttıran faktörleri soran açık uçlu bir sorudan oluşur. Çalışmamıza katılan hastaların tümü bu soruya yanıt olarak hareket cevabını vermiştir. Büyükyılmaz ve Aştı'nın çalışmasında ağrıyı arttıran durumlara ilişkin hasta ifadelerinin dağılımı incelendiğinde, hastaların %78,70 gibi büyük bir çoğunluğunun hareket etmenin ağrıyı arttırdığını ifade ettikleri gözlenmektedir (32,53). Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Yemek yemek, tuvalete gitmek gibi durumlar hastanın hareket etmesini zorunlu kılan

davranışlar olmasından ötürü kişi ne kadar özenlide olsa bu gibi durumlar yeni yara yerinin gerilmesine ve kişide ağrı duyusunun artmasına yol açacağından hastaların büyük çoğunluğunun bu soruya hareket cevabını vermesi beklenen bir sonuç olarak görülmektedir.

İlk kez sezaryen olan hastaların Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanları ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanları arasında ( $p=0,11$ ,  $p =0,86$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Cremeans- Smith ve ark yaptıkları çalışmada ikinci veya daha fazla cerrahi girişim ile ilk kez ameliyat olan hastaların ağrı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır (43). Karayurt daha önce ameliyat olma durumunun postoperatif ağrıyı etkilemediğini, Eti-Aslan ise postoperatif ağrıyı artırdığını göstermiştir (85,7). Özer'in çalışmasında da hastaların ameliyat deneyimleri ile ağrı puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde her iki skalada da aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Aslan 'ın çalışmasında da cerrahi girişim deneyimi ile ağrı şiddeti arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçları farklılık göstermekle birlikte genel literatürle çalışmamız uyumludur. Her cerrahi girişim kişinin önceki deneyimlerinin etkilerinde taşıyan ancak kişinin o anki durumunu da içeren karmaşık bir süreçtir. Kişinin önceki ameliyatları ne kadar sorunsuz geçerse sonraki ameliyatları için anksiyete düzeyi daha az olacağından ameliyat sonrası hissedeceği ağrı da o oranda az olacaktır. Ancak önceki ameliyatları ne kadar problemsiz olursa olsun kişinin ağrı algısının düşük olması, cerrahi işlemlerin farklılığı gibi birçok etken tarafından etkilenmektedir, bu gibi faktörlerin etkisiyle hastalar arasında ağrı farklılığının olmamasını normal olarak karşılamaktayız.

İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı algısının (bölüm 4 puanlarına göre) yaş ile ilişkisi incelendiğinde, p değeri 0,04 olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmıştır. Yaş ağrı algılama eşiğinde güçlü bir etkiye sahiptir (7,53). Mc Caffery' nin çalışmasında hemşirelerin, yaşlı hastaların gençlere göre ağrı şiddetlerinin daha abartılı ifade ettikleri, hissettikleri görüşüne varılmıştır (105,53). Aslan'ın çalışmasında yaş ilerledikçe hastaların bildirdikleri ağrı şiddetinin azaldığı görülmektedir (7,53).

Yavuz ve Özbayır'ın çalışmasında ise yaş ile ağrı şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (7). Batın ameliyatı uygulanan hastalarına yapılan başka bir çalışmada ağrı puanı ve yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken (7), aynı örneklem grubunda yapılan bir başka çalışmada ilişki bulunmamıştır (163,1). Literatürdeki bilgiler farklılık göstermekle birlikte çalışmamız uyumlu olduğu çalışmalar gözlemlenmiştir. 15-25 yaş arası kadınların genellikle ilk doğumları ve dolayısıyla ilk sezaryenleri olması nedeniyle daha çok ağrı hissettikleri söylemesinin normal olduğunu düşünmekteyiz.

İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı algısının (bölüm 4 puanlarına göre) eğitimle ilişkisi incelendiğinde p değerleri okul öncesi 0,48, orta öğretim 0,97, yüksek öğretim 0,96 olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Yosipovitch ve ark.'nın çalışmasında da dermatolojik ağrılı işlem sırasında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin eğitim düzeyi düşük bireylere göre daha az ağrı yaşadıkları saptanmıştır (67). Yapılan diğer bir çok çalışmada eğitim durumu ile ameliyat sonrası ağrı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (7,85,148,163,1). Çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu gözlenmektedir. Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların ağrıyla baş etme yöntemlerini de başarıyla kullandıkları belirtilmektedir (7,53). Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde ise ameliyat sonrası ağrı normal olarak karşılandığından ağrı düzeyleri arasında istatistiksel farklılığın olmaması beklenen bir durumdur.

İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı algısının (bölüm 4 puanlarına göre) meslekle ilişkisi incelendiğinde p değerleri, ev hanımları için 0,74, işçiler için 0,35, memurlar için 0,50 serbest meslek çalışanlarında ise 0,20 olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Aslan'ın yaptığı araştırmada ise en düşük ağrı şiddetinin işçilerde olduğu belirlenmiştir (7). İşçilerin bölgesel iş yükündeki farklılıklar değişik bölgelerde çalışan işçilerin ağrı eşiklerini etkilemektedir. Samsun'daki iş yükünün fazla ağır olamaması sebebiyle kişilerin ağrı eşikindeki düşüklüğün bu sonucu yaratması normal olarak düşünülmektedir.

İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı algısının (bölüm 4 puanlarına göre) sezaryen öncesi endişe ile ilişkisi incelendiğinde p değerleri 0,46 ve 0,09 olarak bulunduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Literatürde ameliyat ve ağrı deneyimi yaşayan hastaların, ameliyat ve ağrı deneyimi yaşamayan hastalara göre ağrıyı daha rahat ifade edecekleri ve bilinmeyen korkusu olmadığından bu hastaların ağrı şiddetinin daha düşük değerlendirebilecekleri vurgulanmaktadır (135,53). Kocaman'ın çalışmasında ilk kez ameliyat olacak hastaların ameliyattan önce strese girerek daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (90,53). Scott'un çalışmasında da tekrar ameliyat olma durumlarında hastaların %45,0'nın ağrıdan korkacaklarını ifade ettikleri gözlenmiştir (135,53). Baruk ve Güler'in çalışmasında ameliyat ve ağrı deneyimi olan hastaların, deneyimi olmayan hastalara göre ağrı puan ortalamalarının farklı olmayışı hastaların önceki ameliyat ve ağrı deneyimlerinde yeterince yardım almadıklarını bu deneyimlerini olumsuz olarak yaşadıklarını düşündürebildiği gözlenmiştir (18,53). Aslan 'ın çalışmasında da cerrahi girişim deneyimi ile ağrı şiddeti arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (7). Literatür bilgileri ışığında çalışmamızın Baruk, Güler ve Aslanın çalışmalarıyla uyumlu olduğu belirlenmiştir. Toplumda, sezaryenin normal doğuma göre daha az ağrılı ve kolay olduğu inancı yaygın olduğundan ilk ve mükerrer sezaryen arasında endişe yönünden bir farklılık olmamasını normal olarak karşılamaktayız.

Mükerrer sezaryen olan hastaların sezaryenleri arasındaki ağrı şiddeti farkı Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanlarına göre incelendiğinde ( $p=0,68$ ,  $p=0,30$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. İnsanların önceki ağrı deneyimleri sonradan yaşanan ağrının şiddetini etkilemektedir. Önceden yaşanan iyi ağrı deneyimleri sonradan yaşanan ağrı deneyimine dayanma gücünü artırmakta ve ağrı ile baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (84,88). Lin ve Wang 'ın yaptığı bir çalışmada ağrıyla ilgili olumsuz deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (67,100). Bireyin önceki ağrı deneyiminde, zamanında ve etkili ağrı kontrolü sağlanmış ise şu an deneyimlediği ağrıya karşı toleransı artacaktır. Bu durum postoperatif ağrı algısında son derece önemli ve etkilidir. Önceden cerrahi

girişim geçirmiş ve etkili ağrı kontrolü sağlanmamış hastaların bu tedaviyi reddedecek kadar tepkileri olduğu bilinmektedir (93). Bu bilgi bağlamında bireyin önceki ameliyatındaki ağrı deneyimi, daha sonraki ameliyatında yaşadığı ağrıyı olumlu ve ya olumsuz etkileyecektir (1). Aslan 'ın çalışmasında da cerrahi girişim deneyimi ile ağrı şiddeti arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte kişilerin sağlık hizmetinden de beklentisi artmakta ve bu durumda hemşirelik bakım kalitesinde artmaya neden olmaktadır. Hemşirelerin bakım kalitesi hastaların talebi ölçüsünde artma göstermesinden ötürü hastalar ne kadar taleplerini belirtirse aldıkları bakım da o oranda artacaktır. Hemşire sayısının artışı ve eğitilmiş hemşirelerin daha da artmasıyla hastaların minimum ihtiyaçlarına bile en iyi düzeyde hizmet verilmesi hemşirelerin birincil amaçları arasında yer almaktadır.

Sağlık ekibi üyelerinin, özellikle de hasta ile birebir ve diğerlerinden daha uzun süre ilişki kurabilen hemşirelerin, bireylere doğru bilgiler verebilmesi için öncelikle kendilerinin postoperatif ağrı konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir. Postoperatif ağrının nelerden etkilendiği ne gibi durumların normal ne gibi durumların normal olmadığını bilinmelidir. Bu amaçla sağlık personeline hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

Ayrıca ağrısının fazla olduğunu ifade eden hasta için bu hasta İlk kez böyle bir deneyim yaşıyor o yüzden bu kadar ağrının olması normal ya da ağrısını ifade etmeyen hasta için ikinci kez olduğu için ağrısı az veya yok diye değerlendirmek yerine tüm hastalara aynı dikkatin gösterilip ağrıyı sadece kişinin ameliyat sayısı ile değil ağrıyı etkileyen tüm faktörlerle değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Hastalara ise ameliyat öncesi postoperatif dönemde neler yaşayacağı hakkında bilgilendirilmenin artırılması ve postoperatif dönemde ihtiyaçlarını ve problemlerini sağlık görevlileriyle paylaşması gerektiği vurgulanmalıdır.

## 6. SONUÇLAR

İlke kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırıldığı çalışmanın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz;

1. Çalışmaya 216 hasta katılmıştır. Hastaların ortalama 29,10, en küçük 15, en büyük 40 yaşında olduğu ve hepsinin evli olduğu gözlemlenmiştir.
2. Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında % 3,2'si okur–yazar değil,%'1,9'u okur–yazar, %54,2'si ilköğretim mezunu, %20,4'ü lise mezunu, %20,4'ü üniversite mezunu olduğu gözlenmiştir.
3. Hastaların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %76,9'unun ev hanımı, %6,0'sının işçi, %12'sinin memur ve %5,1'inin serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür.
4. Hastaların %6'sı köyde , %20,8'ilçede, %6,9'u şehirde, %66,2 si büyükşehirde yaşadığı görülmüştür.
5. Hastaların %53,7'sinin daha önceden sezaryen sekiyo geçirdiği gözlemlenirken, %46,3'ünün ilk kez sezaryen sekiyo geçirdiği görülmüştür.
6. Sezaryen ile ilgili endişe durumları incelendiğinde; hastaların %61,2'sinin endişe yaşadığı, % 38,8'inin ise endişe yaşamadığı görülmüştür.
7. İlk kez sezaryen sekiyo olan hastalar ile mükerrer sezaryen sekiyo olan hastaların ağrı karşılaştırmasını incelediğimizde hastaların %57,7'sinin ilk sezaryen, %42,3'ünün ise şimdiki sezaryenlerin de daha fazla ağrı yaşadığı görülmüştür.
8. Mükerrer sezaryen sekiyo geçiren hastalardan ilk sezaryeninde daha fazla ağrı yaşadığını bildiren hastaların %71,8'i ilk kez ameliyat olacağı için korkularım daha fazla, seçeneğini seçtikleri görülmüştür.
9. Hastaların yattığı hastanelere baktığımızda %55,09'unun Samsun kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi nisaiye servisinde, %44,91'inin Ondokuz mayıs üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatmakta olduğu görülmüştür.

10. Ağrı değerlendirme soru formunun 1. Bölümünde; İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p=0,20$ ).
11. Ayrıca ağrı değerlendirme soru formunun 1. Bölümünde; Mükerrer sezaryen olan hastaların insizyon bölgesinde hissettiği ağrı yüzdesi %84,6 bulunurken ilk kez sezaryen olan hastalarda ağrı yüzdesi %91,9 olarak bulunmasına rağmen ( $p$  değeri =0,351) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
12. İlk kez sezaryen olan hastaların Bölüm 2 puanı ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 2 puanı arasında ( $p=0,117$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
13. Hastaların ilk kez ya da mükerrer sezaryen olma durumuna göre Bölüm 3/1hasta puanına bakıldığında ( $p=0,597$ ,  $p=0,887$ ,  $p=0,162$ ) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir.
14. Hastaların ilk kez ya da mükerrer sezaryen olma durumuna göre Bölüm 3/2hasta puanına bakıldığında ( $p=804$ ) istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu bölüme verilen cevapların %58'i ilaç almak oluşturmuştur.
15. İlk kez ve mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 3/3'e verdikleri yanıtların tümünü hareket oluşturmuştur.
16. İlk kez sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanı ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanı arasında ( $p =0,868$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır
17. İlk kez sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanlarını ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının, eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında ( $p=0,482$ ,  $p= 0,979$ ,  $p=0,964$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
18. İlk kez sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanlarını ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının, mesleklere göre karşılaştırıldığında ( $p=0,747$ ,  $p=0,354$   $p= 0,500$ ,  $p=0,201$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
19. İlk kez sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanlarını ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının, oturlan yere göre karşılaştırılmasında ( $p=0,461$ ,  $p=0,321$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.



20. İlk kez sezaryen olan hastaların bölüm 4 puanlarını ile mükerrer sezaryen olan hastaların Bölüm 4 puanlarının, endişe düzeyleri ile ilişkisi incelendiğinde ( $p=0,462$ ,  $p=0,096$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
21. Mükerrer sezaryen olan hastaların sezaryenleri arasındaki ağrı şiddeti farkı Bölüm 2 ve Bölüm 4 puanlarına göre incelendiğinde ( $p=0,689$ ,  $p=0,306$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
22. Mükerrer sezaryen olan hastaların sezaryenleri arasındaki ağrı şiddeti farkının yaş ile ilişkisi incelendiğinde ( $p=0,041$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakla beraber 15-35 yaş arası bayanlar ilk sezaryenlerinin daha ağrı olduğunu belirtmiştir.
23. Mükerrer sezaryen olan hastaların sezaryenleri arasındaki ağrı şiddeti farkının meslekle ilişkisi incelendiğinde ( $p=0,681$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.
24. Mükerrer sezaryen olan hastaların sezaryenleri arasındaki ağrı şiddeti farkının endişe düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde ( $p=0,054$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

## ÖZET

### İlkkez Sezaryen Seksiyo Olan Hastalar İle Mükerrer Sezaryen Seksiyo Olan Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma ilkkez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı düzeylerinin doğru tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızın 06-10-2010 ile 24-12-2010 tarihleri arasında yapılmış olup, araştırmamızın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Doğum Servisi ile Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastahanesi Nisaiye Servislerinde sezaryen operasyonu geçiren hastaların tümü oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu tarihler arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Doğum Servisi ile Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi nisaiye servislerinde yatmakta olup ,araştırmaya katılmayı kabul eden 216 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, 9 sorudan oluşan anket formu ile Mc Gill Melzack ağrı soru formu kullanılmıştır. Anket formunda kadınların demografik özellikleri, daha önce sezaryen geçirip geçirmediği ve ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya ilişkin sorular yer almaktadır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (yüzde, frekans, minimum, maksimum, v.b.), ki-kare testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılarak,  $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalamasının 29,10 olduğu, tümünün evli, %54,2'sinin ilkökul mezunu, %76,9'unun ev hanımı olduğu saptanmıştır. %53,7'sinin geçirilmiş operasyonları olduğu, %57,7'si ilk sezaryeninin daha ağrılı olduğunu, %61,2'sinin endişe duyduğu, mükerrer sezaryen seksiyon geçiren hastalardan, ilk sezaryeninde daha fazla ağrı yaşadığını bildiren hastaların %71,8'i ilk ameliyatlarında daha fazla korkularının olduğunu, hastaların %55,09'unun Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Nisaiye Servisinde yatmakta olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın sonucunda ağrı değerlendirme soru formunda ağrının yeri ve lokalizasyonunun, ağrının algısal,duygusal yönünün ,ağrının zamanla ilişkisinin,ağrıyı arttıran ve azalan faktörlerin ve ağrının şiddetinin ölçüldüğü bölümler için p değerleri;  $p=0,20$ ,  $p=0,117$ ,  $p=0,804$ , ,  $p = 0,868$  olarak bulunduğundan, ilk kez sezaryen seksiyon olan hastalarla mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı değerlendirmeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, ağrının değerlendirilmesi, hemşirelik, mc gill melzack, sezaryen seksiyon.

## SUMMARY

### Comparison of pain perception in patients who had first time caesarean section and post caesarean section

This study aims to assess the patients pain level decisively and to enable the patients to experience the least pain.

The study was done between 06.10.2010 and 24.12.2010. It includes the patients who have caesarean section in gynecology clinic of 19 May University Hospital and Samsun Gynecology And Pediatrics Hospital. The sample group consist of 216 patients who are hospitalized in Gynecology Clinic of 19 May University Hospital And Samsun Gynecology Pediatrics Hospital and who accept to take part in this study.

In the study the questionnaire which consist of 9 questions and Mc Gill Melzack pain questionnaire form were used asking in detail about women's demographic properties, previous caesarean section and experiences about pain after operations.

Chi-square test, Mann-Whitney U test and Kruskal –Wallis test were used in data analyze and statistical significance is quoted at the  $p < 0.05$  level

It is found that the average age level of patients is %29.10, all of the patients are married, %54.2 of them graduated from primary school, %76.9 of them are housewives, %53.7 of them have previous operations, %57.7 of them experienced more pain in their first caesarean section, %61.2 of them were anxious before operation, %71.8 of the patients who have had more than one caesarean section were more anxious in their first caesarean section, %55.09 of patients were hospitalized in Samsun Gynecology And Pediatrics Hospital.

The Patient points which are obtained from parts of Mc Gill Melzack pain questionnaire;  $p=0.20$ ,  $p=0.117$ ,  $p=0.804$ ,  $p=0.868$ . This result shows that there is no meaningful statistical distinction in the pain assessment between the patients who have first caesarean section and the patients who had post caesarean sections.

Key Words: Pain, The Assesment of pain, Nursing, Mc Gill Melzack, Caesarean Section.

## KAYNAKLAR

- 1) AKYOL Ö Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ağrı Prevelansı, Özellikleri, Etkileyen Etmenler Ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyetin İncelenmesi(YÜKSEK LİSANS TEZİ) İZMİR 2008
- 2) AL-NOBANİ A , (1993) Sectio Caeserea Vakalarının Artış Nedenleri ve Endikasyonlarının İncelenmesi. Yayımlanmış Doktora Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul.
- 3) ALON E, KNESSİ P: Postoperatif Ağrı Tedavisi. Ağrı, 12, 3, 9-14, (2000).
- 4) AMATA A.O , SAMAROO L.N., MONPLAISİR S.N. (1999) Pain control after major surgery. East Afr Med J,76(5): 269-71.
- 5) ARSLAN S, Çelebioğlu A. Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar. Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi 2004: 1-7.
- 6) ARTTIRAN İĞDE F. , (2004) Sezaryen Sonrası Normal Vajinal Doğum, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Sted, 13(4), 137-140.
- 7) ASLAN E.F. (1997) Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. Türk Hemşireler Dergisi, 47(6): 3-8.
- 8) ASLAN E.F.(2002) Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1)
- 9) ASLAN FE. Akut Ağrı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2005; 2(1): 24-31.
- 10) ASLAN Eti F, BADIR A; Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, Ağrı 17:2 sf; 41-42, 2005
- 11) ASLAN FE, Karaçay P, Badır A, Kuşuoğlu S, Olgun N, Hacıoğlu M. Özel Durumlarda Ağrı. Aslan FE (Editör), Ağrı Doğası ve Kontrolü'de. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.; 2006. p.159-346.
- 12) ASLAN FE, ÖZYALÇIN S. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi ve Bursa, Edirne, Eskişehir, Gaziantep, Giresun, Isparta, İzmir, Malatya, Ordu, Samsun, Zonguldak Şubeleri (Editörler), 2. Ulusal Klinisyen Hemşire Ve Ebeler Kongresi'de: 2001-Ekim-21-25;Antalya, Türkiye. İstanbul, Kutret Basım A.Ş., 101-124.
- 13) AYDIN, O.N., (2002) Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,3(2):37-48.
- 14) AYDINLI I. Ağrının Fizyopatolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005; 51(Özel Ek B): 8-13.
- 15) BABACAN, A., Akçalı, D. (2006) Ağrının Sınıflandırılması, İn: Eti-Aslan, F (Ed) Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, 1. Basım, ss: 61-67, İstanbul.
- 16) BADIR A, ASLAN FE. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çok Konuşulan Az Sorgulanan Bir Sorun Ağrı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2003; 7 (2): 100-108.
- 17) BARIŞ S ,SARIHASAN B., Tür A. (1999) Preemptif analjezi-Postoperatif ağrı tedavisindeki yeri. Sendrom.11(1): 110-3.

- 18) BARUK, B , GÜLER, H., Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşirelerin Postoperatif Ağrısı Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas, 1999.
- 19) BATİSİNİ M, (1998) Cerrahi Obstetrics In: Beck W. (ed) Çeviri Edit. Uçar. Kadın Hastalıkları ve doğum Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 183-187
- 20) BECK WW: Kadın Doğum. Asena U (Cev. Ed.). 2. Baskı. İzmir: Karınca Matbaası,1993: 177-183.
- 21) BEKSAÇ MS. ,DEMİR N. KOÇ A. ,YÜKSEL A. Sezaryen, Obstetrik Maternal-Fetal tıp & perinatoloji. Ankara: Nobel Kitabevi, 2001
- 22) BERENDS J, BORELLİ DJ, BRADLEY NL, CARLSON A, Carty AM, D'Amico, et al. Stres and Adaptation. In: Taylor MC, Lillis C, Lemone P (Eds). Fundamentals Of Nursing The Art And Science Of Nursing Care. Philadelphia: J B Lippincott Company; 1989: p. 140-142.
- 23) BLACK JM, HAWKS JH, KENE AM (2001).Medical-Surgical Nursing. Clinical Management for Positive Outcomes. 6 Edition, W.B.Saunders Company, Philadelphia, 461 503.
- 24) BİLEN A. Travma ve Ağrı. Sözüer E (Editör), Acil Yardım Ve Travma El Kitabı'da.
- 25) BİLEY F, (2000), The Effects On Patient Well-being of Music Listening as a Nursing Intervention: A Review of Literature, Journal of Clinical Nursing, 9:668-677
- 26) BİROL L.: Hemşirelik Süreci, İzmir, 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.,S: 219-221, (2002).
- 27) BONİCA,J.J ,Introdiction to pain .Pain s:1-17
- 28) BORLU A Kayseride Kentsel Alanda Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekli Konusunda Düşünce Ve Davranışları(UZMANLIK TEZİ) Kayseri 2008
- 29) BÖLÜKBAŞ N. (1996) Cerrahi hastalarının korku ve endişelerini paylaşabildikleri sağlık personeli. Sendrom, 8(11): 79-80
- 30) BRİGGS M, DEAN KL. A Qualitative Analysis Of The Nursing Documantation of Postoperative Pain Management. Journal Of Clinical Nursing 1998; 7: 155-163.
- 31) BROWN A and at all, (2004), Strategies for Postoperative Pain Management, Clinical Anaesthesiology, 18(4):703-717
- 32) BÜYÜKYILMAZ F,AŞTI T Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarında Postoperatif Ağrı Tanılaması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2005
- 33) BÜYÜKYILMAZ F,AŞTI T Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 2
- 34) CAİ WW, MARKS JS, CHAN CH, ZHUANG YX, MORRİS L, HERRİS JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai,China. Am J Pub Health 1998; (5): 77-780

- 35) CARROLL KC, ATKİNS PJ, HEROLD GR, MLCEK CA, SHİVELY M, CLOPTON P, et al. Pain Assesment And Management In Critically Ill Postoperative And Travma Patients A Multisite Study. *Am J Crit Care* 1999; 8: 105-117.
- 36) CEYLANTEKİN Y. Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (YÜKSEK LİSANS TEZİ) Afyon 2006
- 37) CHAMBERLAIN G, HAMILTON Fairley D, Çeviri Edit. Has S. Obstetrik ve Jinekoloji nobel tıp kitabevleri 2005.
- 38) CHUNG J, LUI J, (2003), Postoperative Pain Management: Study of Patients' Level of Pain and Satisfaction with Health Care Provisers' Responsiveness to Their Reports of Pain, *Nursing and Health Sciences*, 5:13-21
- 39) CONNOLLY, A. M., THORP, J., PAHEL, L. (2005). Effects Of Pregnancy And Childbirth On Postpartum Sexual Function: A Longitudinal Prospective Study. *International Urogynecology Journal*, 16: 263–267.
- 40) COPEL LC. Homeostasis Stress And Adaptation. In: Smeltzer SC, Bare BG (Eds). *Brunner And Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing*. 10th Ed. Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins; 2006: p. 80-98
- 41) COŞKUN G. , (2003) Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Mersin. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- 42) CREASY R. K. , RESNIK R, (1999) *Maternal – Fetal Medicine* , (4.ed.). W . B Saunders Company Publishing.
- 43) CREMEANS-SMİTH, JK., MİLLİNGTON, K., SLEDJESKİ, E., GREEN, K. & DELAHANTY, D.L. (2006)
- 44) CUNNINGHAM F.G, MAC DONALD P.C, GANT N.F., (1997) *Williams Obstetrics*, 20 th ed. Apleton& Lange, Stamford, Connecticut. 509- 531
- 45) ÇAVUŞOĞLU H. , (2006) *Çocuk Sağlığı Hemşireliği* 2, 333
- 46) ÇİÇEK N, Kökü N, Görkemeli H, Acar A, Akyürek C. Sezaryen oranlarımız nereye gidiyor? *S.Ü. Tıp Fak Derg* 2001; 17: 117-122
- 47) ÇİLİNGİROĞLU N ,Ankara İli Batıkent 2 No'lu Sağlık Ocağı'na Başvuran 18-64 yaş grubu Bireylerin Kronik Ağrı Yönünden Araştırılması Ve Beck Depresyon envanteri ile değerlendirilmesi,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı 2002
- 48) DE CHERNEY A.H. , NATHAN L. , (2003) Cesarean Section İn: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. (9ed.). 518- 529.
- 49) DEĞİRMEN N ,Sezaryen Ameliyatı Sonrası Ağrı Kontrolünde El Ve Ayak Masajının Etkinliği(YÜKSEK LİSANS TEZİ) ESKİŞEHİR 2006
- 50) DOKSAT K. Ağrı ve Psikiyatri. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 1:23-31.
- 51) DUMAN Z. , Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum Ve Sezaryen İle ilgili Düşünceleri(Yüksek Lisans Tezi) Afyonkarahisar 2006

- 52) DURMUŞ KURT M Özel Hastanelerde Sezaryen Yapılma Durumu (YÜKSEK LİSANS TEZİ) İstanbul 2008
- 53) DÜZEL V., Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması(Yüksek Lisans Tezi) Adana 2008
- 54) EDİRNE S. (1994) Akut ağrı ilkeleri. Ağrı, 6(1): 10-3.
- 55) ERDİNE S (2000). Ağrı. Nobel Tıp Kitabevi,İstanbul, 101-103.
- 56) ERDİNE S Ağrı Sendromları Ve Tedavisi ,Sanovel İlaç Sanayi Ve Ticaret A.Ş. Yayımları,İstanbul(2003)
- 57) ERDİNE S; Ağrının Tanımı, Ed; Erdine S. Ağrı Sendromları ve Tedavisi 2. Baskı 2003: 1-6
- 58) ESTHER M and at all, (2007), Postoperative Pain- Clinical Implications Of Basic Research, Best Practice&Research Clinical Anaesthesiology, 21(1):3-13
- 59) ETİ Z, GÜRKAN A, YAVUZ M, ASLAN FE. Ağrı Kontrol Yöntemleri. Aslan FE (Editör), Ağrı Doğası ve Kontrolü'de. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.; 2006. p.103-155.
- 60) FADİLOĞLU Ç. Ağrı Ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı'da. 1. Basım. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.; 1998. p. 41-52.
- 61) Genç Hekimler, (1996) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Sezaryen. Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, Genişletilmiş 5.Baskı
- 62) GEPSTEİN R and at all., (2007), Efficacy and Complications of Patient-Controlled Analgesia Treatment After Spinal Surgery, Surgical Neurology, 67(4):360-366
- 63) GİLSTRAP L.C. , CUNNINGHAM F.G., VANDORSTEN P.J. , (2002) Cesarean Delivery In: Operative Obstetrics (2ed.) Appleton and Lange. 257 – 73
- 64) GOLDBERG, R. P., KWON, C., GANDHİ, S., ATKURU, L. V., SORENSEN, M., SAND,P.K. (2003). Prevalence Of Anal Incontinence Among Mothers Of Multiples And Analysis Of Risk Factors. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189 (6): 1627-1630.
- 65) GOOD and at all., (2001), Relaxation and Music to Reduce Postsurgical Pain, Journal of Advanced Nursing, 33(2):208-215
- 66) GÜLER T.: Kardiyak Cerrahi Sonrası Analjezi ve Sedasyon, <http://med.cu.edu.tr/anestezi/galenos/15.htm>, 24-10-(2004)
- 67) GÜRLER H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İle ilgili Görüşleri Ve Memnuniyet Durumları (Yüksek Lisans Tezi) SİVAS 2007
- 68) HALE RW, DANFORTH DN: Operatif Doğum. In Pernoll ML (Ed.), Orhaner S (Cev. Ed.) Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. İstanbul: Sistem Yayıncılık Matbaa Sanayi, 1994: 673-712.
- 69) HAS R., SaygılıR. (2004) Doğum Operasyonları, İn: Berkman S., Has R.(eds),İn: Doğum Bilgileri, Nobel Tıp Kitabevi, 64-66

- 70) HİMMETOĞLU Ö, DEMİRTÜRK F. Sezaryen: güncel değerlendirme ve Kabul edilebilir Sezaryen oranlarının sağlanması yönünde öneriler. Klinik Bilimler & Doktor. 2003;4:516-23.
- 71) [http://cicibebe.net/gebelik\\_dogum/dogum.htm](http://cicibebe.net/gebelik_dogum/dogum.htm) 13.04.2006
- 72) <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=47> 01.07.2006.
- 73) [http://www.literatur.web.tr/eliteratur/archive.php?txt\\_search=&cmd=&y=15](http://www.literatur.web.tr/eliteratur/archive.php?txt_search=&cmd=&y=15) 03.04.2006
- 74) <http://www.bebegimveben.com/bebegim/dogum-cH04.asp>. 05.04.2006
- 75) [http://www.kadinvegebelik.org/gebelikvedogum/dogum\\_sezeryan\\_ve\\_normal.htm](http://www.kadinvegebelik.org/gebelikvedogum/dogum_sezeryan_ve_normal.htm) 18.09.2006
- 76) HUANG N and at all.,(2001), Can We Do Better with Postoperative Pain Management, American Journal of Surgery, 182:440-448
- 77) HUTTEL RA. Medical Surgical Nursing. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2001: 69-85.
- 78) IŞIK G. (2006) Akut - Postoperatif ağrı.Erişim adresi: www. lokman.cuk.edu.tr Erişim tarihi: 26.10.2007
- 79) İGNATAVICIUS DD, POLOMANO RC. Pain. In: İgnatavicius DD, Workman ML, Mishler MA (Eds), Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1995; Ch 8, 119-149.
- 80) JACKSON A. Acute Pain Its Physiology And The Pharmacology Of Analgesia. Nursing Times 1995; 91 (16): 27-28.
- 81) KANAN N. (1998) Cerrahide Ağrı. In: Aksoy G.(Ed) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Elkitabı (1. Baskı),Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, s: 11-8.
- 82) KARA F., (2004) Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi , Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği , İstanbul.
- 83) KARADENİZ G, Hemşirelerin Ağrıya ve Ağrısı olan Hastalara Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1989, Sivas
- 84) KARADENİZ G, Masajın Ağrıyı Giderme ve Endorfin Sağınımı Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1997, Ankara
- 85) KARAYURT, Ö, (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):20-26.
- 86) KESKİN S, Ağrı ve Hemşirelik Erişim; www.nigde.edu.tr, Erişim Tarihi; 05.06.2007
- 87) KLOPFENSTEIN C and at all, (2000), “Pain İntensity and Pain Relief After Surgery”, Acta Anaesthesiol Scand, 44: 58-62
- 88) KOCAMAN G. Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. İzmir : Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti, 1994, 1-20, 89-118, 175-196.
- 89) KOCAMAN G,ATALAY M, Hemşirelerin Ağrıya Ve Ağrısı Olan Hastalara Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması,2’nci Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı,İzmir,12-14 Eylül 1990
- 90) KOCAMAN G, Karayurt, Ö., Özmen, D.; Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Ağrı Kontrolü Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. İstanbul, 1993.



- 91) KORKMAZ H. F. Elektif Sezeryanlarda Genel Anestezi Veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması (UZMANLIK TEZİ)İstanbul 2004
- 92) KÖMÜRCÜ N., (1989)Bakırköy SSK Doğum Hastanesinde İlk Doğumunu Yapan Annelerin Doğum Eylemlerine İlişkin Duygu ve Düşünceleri, M.Ü Meslek Yüksekokulu. 263- 267.
- 93) KUĞUOĞLU, S., (2006) Ağrı algısını etkileyen faktörler, İn: Eti-Aslan, F (Ed) ağrı doğası ve kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, 1. Basım, İstanbul.ss: 51-59
- 94) LANGER B., Schlaeder G., (1998) What Does The Cesarean Rate Mean İn France ,Jan; 27 (1), 62- 70.
- 95) LEE, D. S., CHİEN, W. T. (2002). Pre-Operative Patient Teaching İn An AcuteCare Ward İn Hong Kong: A Case Study. Contemporary Nurse, 13 (2): 271-28
- 96) LELLAN K, (2004), Postoperative Pain: Strategy For İmproving Patients Experiences, Journal of Advanced Nursing, 46(2):179-185
- 97) LEMONE, P; BURKE, K (1996) Pain, medical surgical nursing, Mosby Company s:119–147.
- 98) LEWİS S. M (1996), Medical Surgical Nursing, Mosby, A Times Mirror,Company
- 99) LİBRERİ F. An Acute Pain Service A Quality Assurance Survey Of Nurses and Doctors. JAdv Nurs 1995; 12 (4): 28-33.
- 100) LİN Y, WANG R (2005), Abdominal Surgery, Pain and Anxiety:Preoperative Nursing, Journal of Advanced Nursing, 51(3):252-260
- 101) LİTWACK K. Post Anesthesia Care Nursing. St. Louis: Mosby-Year Book Inc, 1991: 149-155.
- 102) MAC LELLAN K (2006). Management of Pain:A Pratical Approach for Health Care. Editör:L. Wogens, Nelson Thornes Ltd,United Kingdom.
- 103) MC CAFFERY M. Controlling Pain Overcoming Barriers To Pain Management. Nursing 2001; 31 (4): 18
- 104) MC CAFFERY M, Bebe A.: Clinical Manual For Nursing Practice. The C.V. Mosby Company, Toronto, 8-24., (1989)
- 105) MC CAFFERY, M., FERREL, B., R.; “Patient Age”, Nursing 91, September, 44 – 51, 1991.
- 106) Medical Network Ders Notları Serisi (1993) Normal Gebelik, Doğum ve Puerperium. Obstetrik ve Jinekoloji. 79-95
- 107) MUNAFO M. Alternative Treatments Relaxation And Hypnosis. İn: Munafo M, Trim J (Eds). Chronic Pain A Handbook For Nurses. London: Reed Educational and Professional Publishing Ltd; 2000: p. 154-160.
- 108) NİXON M, TESCHENDORFF J, FİNNEY J, KARNİLOWİCZ W. Expanding The Nursing Repertoire The Effect Of Massage On Postoperative Pain. Aust J Adv Nurs 1997; 14 (3): 21-26.

- 109) ODOM J. Postoperative Patient Care And Pain Management. In: Rothrock JC, Smith DA, McEven DR (Eds), Alexander's Care Of the Patient İn Surgery. USA: Mosby Inc; 2003. p. 253-277.
- 110) OSİS M.J.D. , PADUA K.S. , DUARTE G.A. et al (2001) The Opinion of Brazilian Women Regarding Vajinal Labor And Cesarean Section . International Journal of Gynecology & Obstetrics 75 , 59 - 66.
- 111) ÖNAL S, (2006), Analjezik Adjuvanlar, Ağrı, 18(4):10-23
- 112) ÖZATAMER O, ALKIS N, BATIİSLAM Y, YÖRÜKOĞLU Küçük D.: Anesteziye Güncel Konular, Nobel Tıp Kitabevi, Syf:510-516, (2002).
- 113) ÖZBAYIR T. Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. Ameliyathane Hemşireleri Derneği,Ulusal Cerrahi Derneği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı(Editörler), Ulusal Cerrahi Kongresi'de: 2002-Mayıs-15-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 131-138
- 114) ÖZBAYIR T, DEMİR F, CANDAN Y, COŞKUN İ, DRAMALI A. Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. Atatürk üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 1:14-23.
- 115) ÖZÇAYIR T, (2002), "Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı", Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, 15-19 Mayıs, Antalya
- 116) ÖZER N, Bölükbaşı N.; Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanılamaları Ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi. Atatürk üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 3 (2): 54 – 55
- 117) ÖZGÜNEN T., Evrûke C., (2001) Sezaryen In: Beksaç S.(Eds), Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1322-1328
- 118) ÖZTEKİN D, ÇAVDAR İ. Kanser Ağrısı ve Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Bülteni 1994; 7 (33): 89-97.
- 119) ÖZYUVACI E, ALTAN A, YÜCEL A, (2003), Postoperatif Ağrı Tedavisi, Sendrom, 15(8):83-100 Mayıs, Antalya
- 120) PEKMEZCİ A.İlioguinal-İliohipogastrik Bloğun Tek Başına ve İv Parasetamol İle Birlikte Kullanımının Morfin Dozuna Etkileri (Uzmanlık Tezi) Erzurum 2007
- 121) PHİPPS, W.J., SANDS, J.K., MAREK, J.F. (1999) Pain control, medical surgical nursing; sixth edition, Mosby A Harcourt Health Sciences Company, USA.s: 469-549.
- 122) PIOTROWSKI and at all., (2003), Massage as Adjuvant Therapy in Management of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study in Men, J Am Coll Sug, 197:1037-1046
- 123) POTTER, P., PERYYY, A.G. (1995) Basic nursing, third edition, Mosby Year book, USA.ss: 403-417.
- 124) POTTER A, P; PERRY A,G; Clinical Nursing Skills & Techniques, 6th. Edition, (2006) Elsevier Mosby USA

- 125) PREVOST S. Relieving Pain And Providing Comfort. In: Morton PG, Fontaine D, Hudak CM, Gallo BM (Eds.). *Critical Care Nursing A Holistic Approach*. 8th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2005: p. 46-61.
- 126) PRİCTHARD SA., Macdonald PC., Gand NF., Ceviri Yılmaz İ., Aydemir V.,(1989) Sezaryen Seksiyo ve Sezaryen Histerektomi, Đn; Williams Doğum Bilgisi. 17. Baskı, Gunes Kitabevi, 1081-1102
- 127) PUDNER R, 2001, Concept of Pain and Surgical Patient, Nursing The Surgical Patient, Toronto
- 128) RAJ PP;(2000) Ağrının Taksonomisi Ed; Erdine S. Ağrı, Sf; 12 – 19
- 129) ROBERTS CL, TRACY S, Peat B. Rates for obstetric invervention among private public patients in Australlia: population based descriptive study. *BMJ* 2000;321: 137-141
- 130) ROYKULCHAROEN V, Good M, (2004), Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain, *Journal of Advanced Nursing*, 48(2):140-148
- 131) SANDOVAL L.M., (1999), An Analysis of Concept of Pain, *Journal of Advanced Nursing*, 29(4):935-941
- 132) SCHAFHEUTLE E, Cantrill J, Noyce P, (2001), Why is Pain Management Suboptimal On Surgical Wards, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6):728-737
- 133) SCHERER JC, TİMBY BK. *Introductory Medical Surgical Nursing*. 6th Ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1995:165-174.
- 134) SCOTT JR., (1997) Sezaryen Doğumu Çeviri Edit. Erez S. *Obstetrik ve Jinekoloji, Çevik Matbaacılık*, 1. Baskı, İstanbul, 563-572
- 135) SCOTT , E., Effectiveness of Documented Assessment of postoperative Pain. *British Journal of Nursing*. 3 (10): 494 – 501. 1994
- 136) SERTBAŞ G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İzmir 1998.
- 137) SHEA R and at all, (2002), Pain İntensity and Postoperative Pulmoner Complications Among The Elderly After Abdominal Surgery, *Heart&Lung*, 31(16):440-449
- 138) SHİPTON E.A; *Pain Acut and Chronic*, Oxford University Pres Inc.1999 USA
- 139) SLOMAN R., ROSEN G., ROM M., SHİR Y. (2005) Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2): 125-32.
- 140) SNYDERM, WİELAND J. *Complementary Snd Alternative Therapies What Is Their Place In The Management Of Chronic Pain*. *Nurs Clin N Am* 2003; 38: 495-508.
- 141) ŞAHİN S., Owen DO. Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi.Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi, 2006; 125-132
- 142) ŞEVKET O., *Primer Sectio Ceasarea Abdominalis Olgularında Per-operatuar Servikal Dilatasyon İle Erken Uterin Đnsizyon Stabilitesi Arasında ki İlişki*.(Uzmanlık Tezi, İstanbul)
- 143) TAŞKIN L.: doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, Sistem Ofset Matbaacılık,Ankara, 1998

- 144) TAYLOR, C., LİLLİS, C., LEMONE, P.(1993) Fundamentals of nursing, second edition, J.B.Lippincot Company, Philadelphia.112-125
- 145) TOPÇU Y S Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi) Edirne-2008
- 146) Türk Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Derneği (TARD), Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi, Sf; 3 – 6, Mart 2006
- 147) TÜRKOĞLU M. (1993) Ağrı tanımlaması ve ölçümü. Ağrı ve Tedavisi,Yapım Matbaacılık , İzmir, s: 19-28.
- 148) TZENG, JI., CHOU, LF., CHİN-LİN, C., (2006) Concerns about reporting pain and using analgesics among Taiwanese postoperative patients, Journal of Pain 7 (11) 860-866.
- 149) UĞURLU AG. Cerrahi Girişim Deneyimi Olan ve Olmayan Erişkin Bireylerin Geleneksel Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Karşılaştırılması (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
- 150) URAN B.: Sezeryan ile doğum, www.genetikbilimi.com., 11-08-(2005)
- 151) UYAR M. Postoperatif Ağrı. Ameliyathane Hemşireleri Derneği, Ulusal Cerrahi Derneği,Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı(Editörler), Ulusal Cerrahi Kongresi’de: 2002-Mayıs-15-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 115-129.
- 152) VARLI K, ÇELİKER R, ÖZER S, ORER H, Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım, Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:111-128
- 153) VOSS A and at all., (2004), Sedative Music Reduces Anxiety and Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery, Pain, 112:1197-203
- 154) WANG H, KECK J, (2004), Foot and Hand Massage as an İntervention for Postoperative Pain, Pain Management Nursing, 5(2):59-65
- 155) WATSON JH. Pain And Pain Control. In: Phipps WJ, Sands JK, Marek JF (Eds). Medical Surgical Nursing Concepts And Clinical Practise. 6th Ed. St. Louis: Mosby Inc;1999: 321-345.
- 156) WILLİAMS B, WHEATLEY R, (2000), Epidural Analgesia for Postoperative Pain, The Royal College of Anaesthetist, 2:68-71
- 157) YAĞIZ A, (2006), Ağrı Tedavisinde Soğuk Uygulamalar, Ağrı, 18(2):5-140
- 158) YAVUZ A., ÖZBAYIR T.; Postoperatif Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Girişimler ve Hastanın Kendi Ağrısını Değerlendirmesine Göre Analjezik Uygulaması Yöntemi Ve Rutin Analjezi Yönteminin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2000.
- 159) YEĞİN A, ERDOĞAN A, HADİMİOĞLU N, (2005), Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Toraks Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Analjezi, 13(4): 418-423
- 160) YEĞÜL İ. (1993) Postoperatif ağrı tedavisi. In: Yeğül İ. (ed) Ağrı ve Tedavisi, Yapım Matbaacılık, İzmir, sf: 249-54.

- 161) YEŞİLTEPE OSKAY Ü., Hotun Sahin N.: Hafif Preeklamsili Gebelerde Evde Bakım, İstanbul Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Hemsirelik Dergisi, 50, (2003)
- 162) YILDIRIM YK. Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi, Plazma Beta-Endorfin Düzeyleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
- 163) YILDIZ M.(1999) Batın ameliyatı olan hastalarda ağrı özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 164) YILMAZER M. İleri Evre Kanser Hastalarında Bilgilendirme Odaklı Ağrı Ve Depresyon Değerlendirmesi
- 165) YOSİPOVİTCH G. and at all., (2004), Do Ethnicity and Gender Have An Impact On Painthresholds in Minor Dermatologic Procedures A Study on Thermal Pain Perception Thresholds in Asian Ethnic Groups, Skin Research and Technology; 10: 38–42
- 166) YÜCEL A. (1997) Hasta kontrollü analjezi PCA. Ufuk Matbaacılık , İstanbul
- 167) YÜCEL A: Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, I.Basım 2000
- 168) YÜCEL A, ASLAN FE, KUĞUOĞLU S, BABACAN A. Ağrı Mekanizması Kavramları Algısını Etkileyen Faktörler Sınıflaması Değerlendirilmesi Ve Ölçümü. Aslan FE (Editör), Ağrı Doğası Ve Kontrolü’de. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti; 2006; p. 39-99.



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU


Sayı: 204 -

27.08.2010

Sayın: : Doç.Dr.ADNAN NARCI

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz İlk kez sezaryen seksiyö olan hastalar ile mükerrer sezaryen seksiyö olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması başlıklı, OMÜ-TAEK 2010/109 ANKET nitelikli araştırma projeniz; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse, 6 aylık bildirimini yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza bildirilmesine, 26.08.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Doç.Dr. Adnan NARCI  
A.K.Ü. Tıp Fakültesi  
Ped.Cerr.AD  
Dip.No:9304 A-147

  
Prof. Dr. Abdülkerim BEDİR  
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu  
Başkanı

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: 204 -

27.08.2010

Sayın: : Doç.Dr.ADNAN NARCI

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz İlk kez sezaryen seksiyo olan hastalar ile mükerrer sezaryen seksiyo olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması başlıklı, OMÜ-TAEK 2010/109 ANKET nitelikli araştırma projeniz; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse, 6 aylık bildirimini yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza bildirilmesine, 26.08.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.



Doç.Dr. Adnan NARCI  
A.K.Ü.Tip Fakültesi  
Ped.Cerr.AD  
Dip.No:9304 A-147



Prof.Dr.Abdulkarim BEDİR  
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu  
Başkanı





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

SAYI : B.30.2.ODM.0.1H.00.00/270-2720  
KONU :

24/10/2010

**Sn:Nur Pınar AYAZ**

İlk kez sezaryen seksiyö olan hastalar ile mükerrer sezaryen seksiyö olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması konulu tez çalışmanızı yapma isteğinin uygun görüldüğünü belirtir Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının 30/09/2010 tarih ve 290/KD sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

**Prof.Dr.Mustafa SÜNBÜL**  
Başhekim V.

P.S.Memur  
S.B.Şef S.B.  
H.P.Hast.Başmüdüğü 10



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

SAYI : B.30.2.ODM.0.1H.00.00/270-2720  
KONU :

24/10/2010

**Sn:Nur Pınar AYZ**

İlk kez sezaryen seksiyo olan hastalar ile mükerrer sezaryen seksiyo olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması konulu tez çalışmamızı yapma isteğinizin uygun görüldüğünü belirtir Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının 30/09/2010 tarih ve 290/KD sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

**Prof.Dr.Mustafa SÜNBÜL**  
**Başhekim V.**

P.S.Memur  
S.B.Şef S.B.  
H.P.Hast.Başmüdürü 10



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Sayı:290/KD

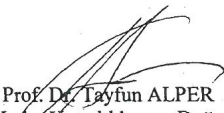
30/09/2010

Konu:207-2730-5117 sayılı ve 27/09/2010 tarihli yazınız

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ' ne

Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği yüksek lisans öğrencilerinden Nur Pınar AYAZ'ın "İlk kez sezaryen seksiyö olan hastalar ile mükerrer sezaryen seksiyö olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını bölümümüzde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Tayfun ALPER  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Anabilim Dalı Başkanı

02.09.2010 207-9317

01 ELM 2010



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı


Sayı:290/KD  
Konu:207-2730-5117 sayılı ve 27/09/2010 tarihli yazınız

30/09/2010

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ' ne

Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği yüksek lisans öğrencilerinden Nur Pınar AYAZ'ın "İlk kez sezaryen seksiyö olan hastalar ile mükerrer sezaryen seksiyö olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını bölümümüzde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Tayfun ALPER  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Anabilim Dalı Başkanı

02.09.2010 207-9317  
01 Eylül 2010

770

dosyası kaldırıldı

68



T.C.  
İLKADIM KAYMAKAMLIĞI  
Sağlık Grup Başkanlığı

Sayı : B.10.4.ISM.4.55.00.İSGB-775- 9431

01/10/2010

Konu : Tez Çalışması

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : İl Sağ. Mtd. 29/09/2010 tarih ve 1750/34859 sayılı yazısı.

İlgi tarih ve sayılı İl Sağlık Müdürlüğünün "Tez Çalışması" hakkındaki yazıları ile bakanlık yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Nilgün YAVUZ  
Sağlık Grup Başkanı

EKİ :  
1- Yazı Örneği (1 Adet)  
2- Bak. Yaz. (1 Sayfa)

SAMSUN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK  
HASTALIKLARI HASTANESİ  
Tarih: 06.10.2010  
No: 5020

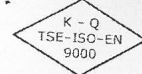
Başhekimine N. Şir  
24.12.2010  
6.10.2010

Liman Mah. Bafra Cad. No:5 SAMSUN  
Tel: (0362) 445 1696

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Zekeriya KAZANCI VHKİ.



T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı :B.10.4.ISM.4.55.0001-775 -1750  
Konu :Tez Çalışması

YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ ŞB. MÜD.	
Sayı	34859
Tarih	29.09.2010

İLKADIM KAYMAKAMLIĞINA  
(Sağlık Grup Başkanlığı)

Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08/09/2010 tarih ve 36269 sayılı "Tez Çalışması" hakkındaki yazısı ilişikte gönderilmiştir.  
Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Nur Pınar AYAZ'ın "İlk kez sezaryen sekiyo olan hastalar ile mükerrer sezaryen sekiyo olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasını İlçeniz Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılması Bakanlığımızca uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa KASAPOĞLU  
Vali a.  
İl Sağlık Müdürü

EKLERİ:  
1-Bakanlık Yazısı (1 Sayfa)

İLKADIM SAĞLIK GRUPLU BAŞKANLIĞI	
TARİH	04.10.2010
SAYI	14864
NO	775

Sağlık Grup Başkanlığı

01 Ekim 2010  
Kaymakam

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları  
Hastanesi Baştabipliğine

Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü  
Yeni Valilik Binası 4. Kat 55030 / SAMSUN  
Telefaks : (0 362 ) 435 66 35  
e- posta : samsun.yths@saqlik.gov.tr

Bilgi İçin: F. TURNA - Şef  
Tel. Sant.: (0 362 ) 432 30 16-452

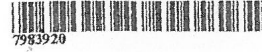
Elektronik Ağ: www.samsun.saglik.gov.tr

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02.251-19  
Konu : Tez çalışması

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Tedavi Hız. Genel Müd.Kamu  
Hastane Hizmetleri Şb.  
08 Eylül 2010 09:05:04 /36269

SAMSUN VALİLİĞİNE  
(İl Sağlık Müdürlüğü)



- İlgi: a) 28.06.2010 tarih ve Sağ.Müd.23778 sayılı yazınız.  
b) 25.08.2010 tarih ve Sağ.Müd.31112 sayılı yazınız.

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Nur Pınar AYAZ'ın " İlk kez sezaryen seksiyö olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasının ilinize bağlı Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılabilmesi için gerekli izin verilmesi talep edilmektedir. Yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. İbrahim ŞENCAN  
Bakan a.  
Genel Müdür V.

İl Sağlık Müdürlüğüne  
1 EYL 2010  
Vali a.

Mithatpaşa Cad. No:3 (B) Blok 2.Kat Sıhhiye/ANKARA  
Tel: (0312) 585 15 86 Faks: 0 312 585-15 65 / 0 312 585 15 66 Not : Cevabi yazılarınızda yazımızın tarih ve sayısı ile dosya numaralarını belirtiniz.