



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ABD

**AMELİYAT ÖNCESİ ve SONRASI YAŞANAN ANKSİYETE İLE AMELİYAT
SONRASI AĞRI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

EBRU SAVAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2011



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ABD

**AMELİYAT ÖNCESİ ve SONRASI YAŞANAN ANKSİYETE İLE AMELİYAT
SONRASI AĞRI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

EBRU SAVAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. MERYEM YILMAZ

SİVAS

2011

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Yrd.Doç.Dr.MeryemYILMAZ

Üye

Prof.Dr.Mustafa TURAN

Üye

Yrd.Doç.Dr. Yazile SAYIN

ONAY

Bu tez çalışması, 15/09/2011 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Altuğ BIÇAKÇI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları anksiyete ile ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya 1 Nisan 15 Ağustos 2011 tarihleri arasında Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi kliniğinde yatan 18 yaş ve üzeri 80 hasta katıldı. Veriler, “Anket Formu, Spielberger’in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory), VAS Ağrı ve Anksiyete Ölçeği” kullanılarak toplandı. Formlar çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Veriler SPSS 14.00 paket programında frekans, independent-samples T testi ve Kruskal-Wallis, Friedman testi, Bivariate korelasyon analizi kullanıldı. Verilerin sonuçları tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip, yanılma düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular: çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 51.40 ± 14.23 , %60.0’ı kadın, %72.5’i batin ameliyatı geçirdi, %55.0 ameliyat deneyimi vardı. Hastaların %63.8’inin kliniğe yatışta, %46.2’sinin ameliyat öncesi ağrısı olduğu, ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ile ağrı arasında aynı yönlü korelasyon olduğu belirlendi ($p > 0.05$). Hastaların ağrı ve anksiyete düzeyinin kliniğe geldiği an en yüksek, üçüncü gün öğleden sonra ise en düşük düzeyde olduğu birinci gün ile üçüncü gün arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$). Hastaların demografik özellikleri ile anksiyete ve ağrı ortalama puanları arasında fark olmadığı ancak ameliyat öncesi dönemde var olan ağrının ameliyat sonrası ağrı ve anksiyete arasında farkın anlamlı olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası genel aktivite düzeyinin en fazla birinci gün etkilendiği ve birinci gün ile üçüncü gün arasında farkın anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam bulgusu değerleri arasında ölçümler arası farklılık önemli bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada hastaların ameliyat öncesi yaşadığı anksiyete düzeyinin ameliyat sonrası ağrı, yaşam bulguları, aktivite üzerinde etkili olduğu belirlendi. Bu bağlamda hastaların ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası ağrının rahatlatılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması için hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat, anksiyete, ağrı.

ABSTRACT

Purpose of Study: This study has been done in a descriptive follow-up way in order to explain the relationship between the anxiety and pain the patients suffer from in pre and post-operation stages.

Method: The participants consist of 80 patients, who are 18 years-old and over, in the general surgery department of Research and Treatment Hospital at Cumhuriyet University, Sivas, from April 1 to August 15, 2011. The data have been collected through questionnaires, Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory and VAS Pain and Anxiety Scale. Questionnaires have been given during face-to-face sessions with the patients who agreed to consent. The data have been analyzed at SPSS 14.00 by applying frequency, independent samples test, Kruskal-Wallis, Friedman test, and correlation analysis. The results of the data have been indicated as arithmetic mean, standard deviation, individual number and percent, and error probability has been taken as 0.05.

Findings: The average age of the patients is 51.40 ± 14.23 ; 60.0% of them are female and 72.5% of them are male; they all had abdominal operations; 55 % of them already had previous operational experiences. It has been noticed that of all the patients, 63.8 % of them had suffered from pain before their appearance in the clinic, whereas 46.2 % had pain only before the operation; and therefore, there has been a parallel correlation ($p > 0.05$) between anxiety and pain both in pre and post-operation stages. The patient's level of pain and anxiety have been observed in its highest at the moment they have been to the clinic; however, in its lowest in the afternoon of the third day, therefore the statistical difference between the first and the third days has been marked as significant ($p < 0.05$). It has also been found out that there is no difference between their demographic features and anxiety and pain average points; however, the difference between the pain and anxiety which was present in pre and post-operation stages was significant. The level of vital activity after the operations has been affected the most on the first day, and therefore, it shows that the difference between the first and the third day is significant ($p < 0.05$). Finally, the difference between the measurements of the patients' pre and post-operation vital values has turned out to be significant as well ($p < 0.05$).

Conclusion: In this study, it has been found out that the anxiety which the patients suffer from has been influential on the post-operation pain, vital values and activity.

Within this context, it has been concluded that there should be in-service training programs designed for nurses in order to implement the planned nursing applications which aim to relieve the patients' anxiety and pain in pre and post-operation stages.

Keywords: Operation, anxiety, pain, nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca desteğini esirgemeyen ve tezimde büyük emeği olan sevgili hocam; Sayın Yrd. Doç. Dr Meryem Yılmaz'a

Çalışmamın istatistiksel analizinde destek veren Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar'a,

Araştırma sırasında maddi ve manevi destekleri ile her zaman yanımda olan çok değerli ve sevgili aileme,

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bařhekimlięi, Tıp Fakóltesi Etik Kurul Başkanlığına,

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde tedavi gören tüm hastalara, şükran ve teőekkürlerimi sunuyorum.

Ebru SAVAŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

ÖZET	1
ABSTRACT	11
TEŞEKKÜR	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
GRAFİKLER DİZİNİ	XI
TABLolar DİZİNİ	XII
KISALTMALAR DİZİNİ	XIII
I-GİRİŞ	1
I.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
I.2. Araştırmanın Amacı	3
II-GENEL BİLGİLER	4
II.1. Anksiyete Tanımı	4
II.2. Anksiyete Kuramları	4
2.1. Freud Anksiyete	4
2.1.1. Objektif ya da Gerçekçi Anksiyete	4
2.1.2. Nörotik Anksiyete	4
2.1.3. Moral Anksiyete	4
2.2. Spielberger Anksiyete	5
2.2.1. Durumluk Anksiyete (A State)	5
2.2.2. Süreklik Anksiyete (A Traite)	5

2.3. Hay Anksiyete	5
2.3.1. Hafif Anksiyete	5
2.3.2. Orta Düzeyde Anksiyete	5
2.3.3. Yüksek Düzeyde Anksiyete	5
2.3.4. Panik	5
II.3. Anksiyete Nedenleri	6
II.4. Anksiyete Belirtileri	6
II.5. Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri	7
II.6. Cerrahide Anksiyete ve Önemi	9
III.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması	9
III.2. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması	10
III.3. Vasküler Sistemin Bozulması	10
III.4. Organ Fonksiyonlarının Bozulması	10
IV. Preoperatif Anksiyete	10
V.1. Ağrı	11
V.2. Ağrı Sınıflaması	11
2.1. Fizyolojik-Klinik Ağrı Sınıflaması	12
2.2. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması	13
2.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması	14
2.4. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması	15
V.3. Ağrı Teorileri	17
3.1. Kapı Kontrol Teorisi	17
3.2. Endorfin Teorisi	18

V.4. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri.....	19
4.1. Ağrı Değerlendirmede Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler.....	20
4.1.1. Sözel Kategori Skalası.....	20
4.1.2. Sayısal Değerlendirme Skalası.....	20
4.1.3. Vizüel (Görsel) Analog Skala.....	21
4.1.4. Analog Renkli Devamlı Skala.....	21
4.1.5. Yüz İfadesi Skalası.....	21
4.1.6. Dermatol Ağrı Çizimi.....	22
4.2. Ağrı Değerlendirmede Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler.....	22
4.2.1. McGill Ağrı Anketi (MPQ).....	22
4.2.2. Dortmund Ağrı Anketi (Dortmouth Pain Questionnaire – DPQ).....	23
4.2.3. Hatırlatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı (Memorial Pain Assesment Card–MPAC).....	23
4.2.4. Ağrı Algılama Profili (Pain Perception Profile-PPP).....	23
4.2.5. Karşıt Yöntem Karşılaştırması (Cross-Modality Matching).....	23
V.5. Postoperatif Ağrı.....	24
5.1. Tanımı.....	24
5.2. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler.....	25
5.3. Postoperatif Ağrının Sistemler Üzerine Olan Etkileri.....	25
5.3.1. Solunum Sistemi.....	25
5.3.2. Endokrin ve Metabolik Sistem.....	26
5.3.3. Kardiyovasküler Sistem.....	26
5.3.4. İskelet ve Kas Sistemi.....	26

5.3.5. Gastrointestinal Sistem.....	26
5.3.6. Üriner Sistem.....	26
5.4. Postoperatif Ağrı Kontrolü ve Tedavisi.....	26
5.4.1. Ağrıyı Önleme.....	26
5.4.2. Farmakolojik Kontrol.....	27
5.4.3. Nonfarmakolojik Kontrol.....	29
V.6. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü.....	30
VI. Araştırmanın Hipotezi.....	31
VII. Araştırmanın Yöntemi.....	31
VII.1. Araştırmanın Şekli.....	31
VII.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	31
VII.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	31
VII.4. Örneklem Alınma Kriterleri.....	31
VII.5. Veri Toplama Araçları.....	32
5.1. Anket Formu (Ek 1).....	32
5.2. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri.....	32
5.3. VAS Anksiyete ve Ağrı Ölçeği.....	33
VII.6. Araştırmanın Uygulanması.....	34
VII.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
VIII. BULGULAR.....	37
IX. TARTIŞMA.....	63
X. SONUÇLAR.....	69
XI. ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR.....	73

EKLER	83
EK 1	84
EK 2	85
EK 3	86
EK 4	88
EK 5	89
EK 6	90
ÖZGEÇMİŞ	9

1

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sözel Kategori Ölçeği

Şekil 2. Yüz İfadesi Skalası

Şekil 3. Araştırma Uygulama Şeması

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Ameliyat Sonrası Üç Gün Aktivite Etkilenme Düzeyi Toplam Puanının Karşılaştırılması

Grafik 2. Hastaların Ameliyat Önce ve Ameliyat Sonrası Farklı Zamanlarda VAS ile Ölçülen Ağrı ve Anksiyete Düzeyi Ortalama Puanları

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 2. Hastaların Ağrı Yaşama Özellikleri

Tablo 3. Hastaya Yapılan Analjezik İlacın Etki Durumu

Tablo 4. Hastaların ameliyat öncesi STAI göre anksiyete düzeyi ortalama puanları

Tablo 5. Hastaların cinsiyete göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6. Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 7. Hastaların yerleşim yerlerine göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8. Hastaların kliniğe yatışta ağrısı olup olmamasına göre ameliyat öncesi gece anksiyete düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 9. Hastaların ameliyat öncesi ağrısı olup olmamasına göre anksiyete ve ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 10. Hastaların ameliyat bölgesine göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 11. Hastaların ameliyatında ertelenme olup olmamasına göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 12. Hastaların ameliyat sonrası üç gün aktivite durumu etkilenme düzeyi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 13. Ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki korelasyon

Tablo 14. Hastaların ameliyat önce ve ameliyat sonrası farklı zamanlarda VAS ile ölçülen ağrı ve anksiyete düzeyleri ortalama puanlarının karşılaştırılması

Tablo 15. Hastaların anketler uygulanmadan önce ve sonra yaşam bulgusu değerleri ortalamalarının karşılaştırılması

KISALTMALAR DİZİNİ

Spielberger State-Trait Anxiety Inventory /STAI (Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri)

Spielberger State Anxiety Inventory / SAI (Durumluk Kaygı Envanteri)

VAS (Visual Analog Skala)

Postop (Ameliyat Sonrası)

Preop (Ameliyat Öncesi)

SSS (Santral Sinir Sistemi)

I.GİRİŞ

I.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki ve evrensel bir duygu olup, duygusal ve fiziksel travma yaşayan hastalarda en sık karşılaşılan, korku ve endişe duygusu olarak tanımlanan durumdur (Çelik ve Acar 2007, Karateke 2010).

Birey için majör bir travma olan ameliyat, anksiyete ile önemli derecede ilişkilidir (Kalkhoran ve Karimollahi 2007). Birey ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkmakta ve anksiyete yaşamaktadır. Kayahan ve Sertbaş (2007) tarafından dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete düzeyini değerlendirdikleri bir çalışmada, cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ortalama puanı dahili kliniklerde yatan hastaların ortalama puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde hastalık, hastaneye yatma, ameliyat sonrası (postoperatif) ağrı ve rahatsızlık, aileden ayrılma, bağımsızlığını kaybetme, anestezi, cerrahinin tipi, ve ölüm korkusunun ameliyat sürecinde (perioperatif) anksiyeteyi tetikleyen faktörler olarak bildirilmektedir(Cuvaş ve ark. 2010, Kalkhoran ve Karimollahi 2007). Caumo ve ark.(2001) çalışmalarında kanser öyküsü, süreklilik anksiyetesinin yüksek olması, orta yoğunlukta ağrının ameliyat öncesi (preoperatif) dönemde anksiyete düzeyinin artmasına neden olduğunu belirlemiştir. Ayrıca postoperatif anksiyete nedenlerini belirlemek üzere yapılan bir başka çalışmada da (Caumo ve ark. 2001), orta ve yüksek yoğunlukta ağrı, preoperatif anksiyete düzeyinin olması ve gelecek ile ilişkili olumsuz duyguların postoperatif dönemde anksiyeteye neden olan faktörler olarak belirlenmiştir.

Ameliyat süreci birçok hastada tedaviyi aksatmayacak derecede anksiyeteye neden olmaktadır (Vaughn ve ark. 2007). Çalışmacılar tarafından erişkin hastalarda preoperatif anksiyete insidansının %11-%80 arasında olduğu bildirilmektedir (Kalkhoran ve Karimollahi 2007, Caumo ve ark. 2001). Bir çalışmada (Kalkhoran ve Karimollahi 2007) hastaların orta düzeyde başka bir çalışmada ise (Perks ve ark. 2009) yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir Çalışmacılar tarafından perioperatif anksiyete düzeyinde yükselmenin cerrahi ile ilişkili riskleri, morbitide ve mortaliteyi arttırdığı (Frazier ve ark. 2003),

yara iyileşmesinde gecikme (Christian ve ark. 2006, Vileikyte 2007), hastanede kalma süresinde artma (Stirling ve ark. 2007); anestezi

(Maranets ve Kain 1999) ve ameliyat sonrası analjezik gereksinimini arttırdığı (Munafı ve Stevenson 2001) rapor edilmiştir.

Bilindiği gibi ameliyat sonrası en genel ve en beklenen rahatsızlık ağrıdır (Vivian ve ark. 2009, Caumo ve ark. 2002). İnsizyonel ağrı, cerrahi travma sonucu nörisepörlerin uyarılması ile başlayan ve genellikle birkaç gün içinde azalması gereken akut ağrı olarak tanımlanmaktadır (Özyuvacı ve ark. 2003). Ağrı fizyolojik, duyuşal, duygusal, kognitif ve davranışsal faktörlerden etkilenen duyuşal, ve emosyonel deneyimdir. Klinik alanda ve akut ağrı yönetim programları ile postoperatif ağrıyı anlamak ve kontrol etmek, hastanede kalma uzunluğunu ve postoperatif komplikasyonları azaltmak için yaşama geçirilmiştir. Ancak bu ilerlemelere rağmen postoperatif ağrı prevalansının orta düzeyden ileri düzeye %20-80 oranında olduğu bildirilmektedir. Amata ve arkadaşları (1999) ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun ise daha hafif ve yalnızca %9'unun çok hafif düzeyde ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca akut postoperatif ağrı şiddetinin kronik ağrı gelişimi ile bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır. Vivian ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir sistematik inceleme çalışmasında preoperatif anksiyete, ağrı, yaş ve cerrahi tipi postoperatif ağrı düzeyinin dört önemli belirleyicisi olarak gösterilmiştir. Bu konuda yapılmış çalışmalarda (Vaughn ve ark. 2007, Caumo ve ark. 2001) preoperatif dönemde yaşanan anksiyete düzeyinin, postoperatif dönemde yaşanan ağrı düzeyini artırdığı ve ağrı kontrolünü zorlaştırdığı belirlenmiştir. Bir çalışmada (Cuvaş ve ark. 2010) preoperatif anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların postoperatif analjezik gereksiniminin arttığı ve ağrı kontrolünü güçleştirdiği saptanmıştır. Bir başka çalışmada da (Karayurt 1998), preoperatif anksiyete düzeyi düşük olan hastaların ağrı düzeylerinin de daha düşük olduğunu saptamıştır. Bilindiği gibi postoperatif ağrının standart tedavi yöntemi birçok yıldır intramusküler ya da intravenöz analjezik yapılmasıdır. Ancak analjezik ilaçların etkisi hastalar arasında farklılık gösterir. Bu nedenle bireysel etkinin tahmin edilmesi zordur.

Perioperatif dönemde yaşanan anksiyete ve ağrı bedenın sempatik cevabını artırır ve bunun sonucunda kalp hızı, kardiyak iş yükü ve oksijen tüketimi de artar. Ayrıca yoğun ya da uzun süren anksiyete ve ağrı fiziksel aktiviteyi sınırlar. Sonuçta komplikasyon gelişimi artarak hasta bakım kalitesi azalır.

Bu bağlamda hastaların preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeyinin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitesini arttıracak hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından önemlidir.

Bu çalışma, preoperatif ve postoperatif dönemde hastaların yaşadığı anksiyete ve ağrı düzeyi ile anksiyete ve ağrının ilişkisi belirlenerek perioperatif hasta bakım kalitesinin artırılması için yapılması gereken hemşirelik girişimlerine rehberlik etmesi amacı ile planlandı.

I.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, preoperatif ve postoperatif dönemde hastaların yaşadığı anksiyete ve ağrı düzeyi ile anksiyete ve ağrının ilişkisini belirlemek amacı ile yapıldı.

II. GENEL BİLGİLER

II.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (Sertbaş ve Bahar 2004).

Anksiyete çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır (Öztürk 2002). Anksiyete evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir. Bu nedenle, anksiyetenin varlığı belirtilerin farkedilmesi ve gözlemlenen davranışlarla anlaşılır. Anksiyete hafif ve orta şiddetten şiddetliye kadar yaşanır ve orta şiddette anksiyete motivasyonu sağlamada yararlı olur.

Anksiyeteli bir kişi belirsizlik ve yardımsızlık duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe duygusu yasar (Spencer 2002).

II. 2. Anksiyete Kuramları

Anksiyete 1885 yılında ilk defa Freud'un yazdığı anksiyete nörozu tanımı altında açıklanmıştır. Freud anksiyeteyi korkudan ayırmış ve psikodinamik açıdan da anksiyeteye açıklık getirmiştir. 1923 yılında Freud ikinci kuramında anksiyetenin "tehlike durumunda korunmanın bir işareti" olduğunu daha sonra da egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olduğunu kabul eder (Frick ve ark 2007).

2.1. Freud Anksiyete

Freud anksiyeteyi 3 grupta ele almaktadır

2.1.1. Objektif ya da gerçekçi anksiyete: Birey dıştan gelen tehlikeyi algılar ve sıkıntı duyar. Korku ile eş anlamlı olan bu duygu yaşam boyunca zaman zaman yaşanır.

2.1.2. Nörotik anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Freud'a göre, bireyin id ve süperegö arasında çatışma nedeniyle çaresizliğe düşmesidir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur.

2.1.3. Moral anksiyete: Kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı sıkıntıdır. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışma sonucu ortaya çıkar (Frick ve ark 2007).

2.2. Spielberger Anksiyete

Spielberger ve arkadaşları iki faktörlü kaygı kuramının özünü oluşturup durumluk (A State) ve süreklilik (A Traite) anksiyeteyi tanımlamışlardır.

2.2.1. Durumluk Anksiyete (A State): Gerçek bir tehlike veya tehditin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımıdır. Bir başka deyişle bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Bu türde bir tepki çevresel stresin ortadan kalkması ile son bulur. Durumluk anksiyetenin yoğunluğu değişkendir ve zaman zaman dalgalanma göstermektedir. Örneğin; ameliyat gibi geçici stres durumlarında ortaya çıkan anksiyete durumluk anksiyetedir.

2.2.2. Süreklilik Anksiyete (A Traite): Çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesidir. Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı ve bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da yorumlama eğilimi de denilebilir (Frick ve ark 2007).

2.3. Hay Anksiyete

Anksiyete farklı düzeylerde ve farklı fiziksel ve psikolojik belirtilerle kendini gösterebileceğini belirten Hay, anksiyeteyi dört aşamada tanımlamaktadır;

2.3.1. Hafif Anksiyete: Birey çevresine karşı uyanık olup etrafında geçen en ufak olaya dikkat eder, görür, işitir ve daha öncesine göre durumunu daha iyi kavrar. Bireyin öğrenme düzeyi ve yaratıcılığı artmıştır.

2.3.2. Orta Düzeyde Anksiyete: İletişim ve algılamada azalma, kas gerginliği, mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme görülen birey, çevresinde olup bitenleri fark etmez durumdadır. Sorun çözme yeteneği hala vardır ancak seçici dikkat ve konsantrasyon yeteneği artmıştır.

2.3.3. Yüksek Düzeyde Anksiyete: Bireyin algılama ve kavram alanı iyice daralmıştır. Heyecansal huzursuzluk vardır. Bu düzeyde artık sadece detaylar kavranırsa da bunlar arasında bağlar kurulamaz. Başağrısı, bulantı, kusma, korku ve isteksizlik görülür.

2.3.4. Panik: Anksiyetenin çok artması durumunda panik ortaya çıkar.

Birey, sadece en küçük detayları kavrar ve kontrolünü kaybeder. İletişim, algılama ve sorun çözme yeteneği oldukça azalmıştır. Dispne, boğulma hissi, titreme, baş dönmesi ve bayılma hissi gibi belirtiler görülür (Koca 1998, Ertok 1997).

II.3. Anksiyete Nedenleri

Anksiyete çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çeliskilere bağlı olarak oluşur. Aynı zamanda bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesi de anksiyetenin kaynağını oluşturabilir (Öz 2004, Sertbaş ve Bahar 2004).

- Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının ineffektif kullanımı,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma yeteneklerini asan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk,
- Güçsüzlük,
- Gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların/beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun dönemli hastalığa cevap, hospitalizasyon,
- Özgüvene tehdit,
- Biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörler anksiyetenin nedenleri olarak sıralanabilir (Sertbaş ve Bahar 2004).

II.4. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetede negatif duygu durum, kötü bir şeyin meydana geleceğini önceden hissetme ve gerilimin somatik ifadeleri (örneğin; terleme, solunum güçlüğü gibi) belirgindir (Sertbaş ve Bahar 2004). Anksiyete belirtileri ani başlangıçlı veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda olabilir. Kisi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Belirtiler ego distonik niteliktedir. Anksiyete belirtileri çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilirler (Öztürk 2002).

Yoğun anksiyete durumunda hasta sözel olarak artmış kas geriliminden, ellerindeki ve ayaklarındaki sık karıncalanma hissinden, duygusal duruma neden olan etkeni tanımlayamamadan, uykusuzluktan, konsantre olamadıklarından, gastrointestinal rahatsızlıklardan (diyare vs.), üriner semptomlardan (urgency, sık idrara çıkma gibi), selektif dikkatsizlikten, selektif seçicilikten, çevresel rahatsızlıklardan (objelerin gerçekten farklı görünmesi) ve disosiyasyondan bahseder (Sertbas ve Bahar 2004). Hasta; psikomotor ajitasyon, gergin ve endiseli yüz ifadesi, hipervigilans (artmış uyanıklık), ani tepkiler, distraktibilite (çelinebilirlik), bölünmüş uyku paterni, diaforesis (terleme), hiperrefleksi, takipne, tasikardi, regresif davranışlar, yüksek sesle hızlı konuşma, kognitif yeteneklerde azalma (karar verme, içgörü, problem çözme), benlik koruyucu mekanizmaların uygunsuz kullanımı ve kaçma davranışları sergiler (Sertbas ve Bahar 2004).

Anksiyete hali başlı başına bir psikiyatrik bozukluk olabileceği gibi, fizyolojik işlev bozukluğuna, bir diğer psikiyatrik hastalığa (örneğin depresyon) veya ilaçlar nedeniyle ikincil olarak gelişmiş de olabilir. Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endisesi, vücut oran ve kısımlarının zedeleneceği endisesi, ölüm korkusu, hastalığın anlam, önem ve sembolik öznel algısı ve çeşitli gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler kaside anksiyete yaratır. Ciddi akut, yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Sertbas ve Bahar 2004).

II.5. Anksiyete Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Anksiyete bozukluklarının davranışsal değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılır. Bunlar; görüşmeler, anket uygulanması, izleme sistemleri ve psikofizyolojik ölçümlerdir.

Kanser hastalarında anksiyete bozukluklarının tanınması ve düzeylerinin ölçülmesi önemlidir. Hastaların anksiyete düzeylerinin belirlenmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin her topluma ilişkin geçerlilikleri farklılık göstermektedir. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Inventory - STAI), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği durumluk kaygı ile bireyin kaygı yasantısına olan yakınlığını, içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak değerlendirilen sürekli kaygıyı değerlendirir. Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Öner 1994).

Hemsireler anksiyete bozukluğu olan hastalarla çalışırken olumsuz duyguları en aza indirmek için, profesyonel bir yaklaşımla iyimser ve yapıcı davranışta bulunmaya çalışmalıdır. Hemsirenin hastayı anksiyete yönünden değerlendirebilmesi ve hemsirelik tanımlarını tespit edebilmesi için iletişime geçmesi gerekir (Sertbas ve Bahar 2004).

Hemsireler fiziksel bir hastalıkla bağlantılı olarak tüm kliniklerde ve tüm ortamlarda anksiyete yaşayan bireyler veya hastalarla karşılaşabilirler. Bu nedenle anksiyete kavramı çok iyi bilinmeli, bireylerin davranışları çok iyi gözlenmeli ve yorumlanmalıdır.

Stresli olay ya da durumların yarattığı duygusal gerilimi azaltmada ya da bu gerilime dayanmada bas etme becerileri geliştirmek önemlidir. Basa çıkma yolları duygulara odaklanan ve sorunlara odaklanan basa çıkma yolları şeklinde adlandırılmaktadır. Soruna odaklanan basa çıkma yolları; durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerirken, duygulara odaklı basa çıkma yolları; genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi davranışları içermektedir. Stres ve anksiyete yaratan durum ya da olayları gerçekçi bir şekilde değerlendirmek, hastayı bu olay ya da durumlarla basa çıkmada yapılabilecek bir şeyler olduğuna inandırmak, mevcut çevresel destek kaynaklarından yardım almasını sağlamak önemli hemsirelik görevlerindedir (Tuğrul 2000).

Aşağıdaki anksiyete düşürücü stratejilerle hastaya yol gösterilebilir.

1. Progresif relaksasyon (basta ayakta tüm kasları kasıp gevsetme), strese bağlı kas gerilimini ve anksiyetenin fizyolojik etkilerini azaltır.
2. Yavaş, derin nefes alma egzersizleri anksiyeteyi azaltır.
3. Odadaki bir kişiye veya tek bir objeye odaklanma, diğer tüm görsel uyaranlardan uzaklaşmayı ve böylece kontrol ve relaksasyon sağlamayı geliştirir.
4. Dinlendirici müzik ve relaksasyon kasetleri dinlemek rahat bir çevre sağlayarak anksiyeteyi azaltır.
5. Olay veya uyaranların açık hale getirilmesi hastanın dışsal kaynaklı anksiyete yaratacak durumlarla karşılaşmamasında yardımcı olur.
6. Hastaya kaynağı olan veya olmayan anksiyeteyi ayırt edebilmeyi öğretmek gerekir. Tanımlanabilen stres kaynaklarından dolayı anksiyete semptomları göstermesi konusunda bilgilendirilen hasta anksiyetesini daha iyi kontrol eder.

7. Anksiyeteyi azaltmak için hastaya kafein, nikotin ve diğer uyarıcılardan uzak durmanın önemi anlatılmalıdır.

8. Hastaya yaşadığı ılımlı anksiyeteleri tolere edebilmeyi dikkatini düşüncelerini yapıcı tavır ve aktivitelere kanalize edebilmeyi öğretmek gerekir.

9. Daha sonra olabilecek anksiyete ve artabilecek semptomları önlemek için reçete edilmiş tıbbi ve psikososyal tedavi planlarını izlemeye ve desteklemeye devam edilmelidir (Biro1 2005, Sertbaş ve Bahar 2004).

Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde ortaya çıkan kaçınılmaz bir olay olduğundan bir sağlık eğitimcisi olarak hemşirelere büyük görev düşmektedir. Sağlıklı bireylerin ve ailelerin beden ve ruh sağlığının korunması, ruh sağlığı bozulmuş bireylere yardım edilmesi hemşirelerin sorumluluğudur. Bu yardım sürecinde yukarıda açıklanan girişimlerin uygulamalarda kullanılmasının bakım kalitesini artırmada ve yardım edici sürecin işlerliğinin kazandırılmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir (Sertbas ve Bahar 2004).

II.6. Cerrahide Anksiyete ve Önemi

Hastalık ve hastanede yatma, insan yaşamını etkileyen önemli olaylardan biridir. Özellikle hastalığın iyileştirilmesi için cerrahi bir girişimin gerektiği durumlar hasta ve ailesinde psikolojik ve sosyal sorunlar meydana getirmekte ve korku, endişe, ümitsizlik yaşamalarına neden olmaktadır. Cerrahi girişimler büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimi olup, beklenmedik olaylara gösterilen tepkiye benzer tepkilere yol açabilir (Ayoğlu 2003). Her ameliyat kendine özgü sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler; ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir (Kayhan 2003).

III.1. Ameliyata Karşı Stres Tepkisinin Oluşması

Stres tepkisi, çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörlerin neden olduğu sinirsel ve hormonal değişiklikleri ifade eder. Ameliyata bağlı stres tepkisinin oluşmasında hem psikolojik (anksiyete, bilinmeyen korkusu vb) hem de fizyolojik (kan kaybı, anestezi, hareketsizlik gibi) stresörler rol oynar. Stres tepkisinin büyüklüğü stresörlerin büyüklüğü ile ilişkilidir.

Ameliyat için hastaneye yatmak, pek çok kişi için orta derecede stres yaratabilir. Ameliyat olmayı beklemek preoperatif dönemde nöro-endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilir ve bu durum hem fizyolojik olarak örneğin kalp hızının artması, kan basıncının yükselmesi hem de psikolojik olarak iştahsızlık ve halsizlik belirti ve bulgularıyla izlenir. Cerrahi işlemin kendisi de hastada stres tepkisinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Cerrahi travma, hipotalamus aracılığıyla hem hipofizi hem de sempatik sinir sistemini uyararak çeşitli hormonların etkisiyle de stres tepkisinde birbirini izleyen çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Stres tepkisi bedeni ameliyat travmasından korur ve homeostatik dengenin sürdürülmesi, geniş ölçüde stres tepkisinin etkinliğine bağlıdır. Bu tepkinin etkinliği ise, ameliyat olacak kişinin yaşı, fizyolojik ve psikolojik durumu ve stresin süresiyle ilişkilidir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001).

III.2. Enfeksiyona Karşı Direncin Azalması

Bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattını deri oluşturur. Ameliyat, derinin oluşturduğu bu savunma hattını bozarak enfeksiyona neden olabilir. Sağlık ekibi üyeleri enfeksiyonu önleyici tedbirler alsalar bile, ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski her zaman vardır. (Erdil ve Özhan Elbaş 2001)

III.3.Vasküler Sistemin Bozulması

Ameliyat sırasında dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olur. Kan kaybını azaltmak için büyük damarlar kesilmeden önce klemplenir. Tüm ameliyatlarda bir miktar kan kaybı olur. Aşırı kan kaybı ameliyat sırasında ya da ameliyat sonrası dönemde şoka neden olabilir. (Erdil ve Özhan Elbaş 2001)

III.4.Organ Fonksiyonlarının Bozulması

Ameliyat sırasında organların ellenmesi, organ fonksiyonlarının geçici bir süre bozulmasına neden olabilir. Örneğin, batin ameliyatlarından sonra bağırsak hareketleri bir süre durabilir. Bazen ameliyatla organın bir kısmı ya da tamamı çıkartılabilir. Böyle bir durumda bedenin fizyolojik fonksiyonları etkilenebilir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001).

IV.Preoperatif Anksiyete

Preoperatif anksiyete, herhangi bir hastalık, hastanede yatma durumu, anestezi, cerrahi veya ne ile karşılaşılacağından bilinmemesinden kaynaklanan huzursuzluk ve endişeyle karakterize bir durumdur (Cimilli 2001).

Erişkin hastalarda preoperatif anksiyete insidansının % 11 ile % 80 arasında olduğu bildirilmiştir (Ayoğlu 2003). Anksiyete, hastalarda nöroendokrin medyatörlerin salınımını aktive ederek stres yanıtı artırır. Bu durum, cerrahiye, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler. Anksiyetesi olan hastalar intraoperatif dönemde daha yüksek doz anesteziye ilaca gereksinim duyar (Yavuz 2006). Postoperatif dönemde ise bu hastaların analjezik gereksinimlerinin arttığı ve ağrı kontrolünün güçleştiği saptanmıştır (Yavuz 2006).

V.1. Ağrı

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Divan ü Lügat-it Türk adlı ilk sözlüğümüzde (XI.yüzyıl), “ağrımak” ve “ağrı” kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi Türkçe’de de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Açlık, susuzluk gibi acı ve ağrı duygusu canlılığa zorunlu olarak eşlik eder (Demir 2008). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre; Ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, kuvvetli bir doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmişte edindiği, subjektif, primitif protpektif deneyimleri ile ilgili, sensoryal, hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şeklidir (Sloman 2005, Özyuvacı 2003, Cimete 1994).

Ağrı; kişinin kültürel durumu, o an içinde bulunduğu ruh hali, dikkati ve diğer psikolojik faktörler gibi birçok etkenle değişen kişisel subjektif bir durumdur (Lawrentschuk 2003). Dolayısıyla, ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır şeklinde ifade edilebilir. Bu nedenle hasta bir duyuyu ağrı olarak tanımlıyorsa, bunu ağrı olarak kabul etmek gerekir (Demir 2008). İnsanoğlu doğduğu andan başlayarak birçok uyarana karşı karşıya gelir. Dini, dili, cinsiyeti, kültürü onun emosyonel yapısını oluşturur. Objektif (nesnel), uyarıların yani sıra bu subjektif özellikleri onun ağrı eşiği adını verdiğimiz, ağrıya karşı yanıtında önemli rol oynar. İşte bu yüzden ağrılı bir uyarana karşı yanıtta kişiden kişiye farklılıklar görülür (Sloman 2005).

V.2. 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:

- a. Fizyolojik - klinik,
- b. Süresine göre,
- c. Kaynaklandığı bölgeye göre,
- d. Mekanizmalarına göre, sınıflamak mümkündür (Düzel 2008).

2.1. 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 baslar. Bu nedenle fizyolojik ağrı vücut için hem bir koruma hem de uyarı sistemidir (Düzel 2008).

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 (Düzel 2008).

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile baslar. Ağrıyı algılayan reseptörlere “nosiseptör” adı verilir. Nosiseptörler vücut içinde, deride, kan damarlarında, derialtı dokusunda, kaslarda, fasiyada, periostta, vissera ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler mekanik, termal ve kimyasal uyarılara yanıt veririler (Düzel 2008).

Doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan elektrokimyasal olayların bütününe “nosisepsiyon” adı verilmektedir (Işık 2006). Nosisepsiyon dört fizyolojik süreci içerir:

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

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

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

d) Persepsiyon (Algılama): Diğer aşamaların bireyin psikolojisi ile etkileşimi, subjektif ve emosyonel deneyimleri sonucu gelişen son aşamadır. Bu aşamada ağrı algılanır. Üst merkezlere gerçekleşir (Düzel 2008).

İçi boş organların gerilmesi, kas spazmı, iskemi gibi durumlarda şiddetli ağrıya neden olur. Bunlar genellikle o bölgeye yeterli kan akımının olmaması ile oluşan ağrılardır (Düznel 2008).

2.2. Süresine göre ağrı sınıflandırması:

Süresine göre ağrıyı, akut ve kronik ağrı olarak sınıflayabiliriz. Ağrının tıpta ayrı bir dal, algoloji olarak gelişmesinde bu sınıflamanın büyük yararı olmuştur (Düznel 2008).

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 (Varlı 2005, Demir 2008, Yava 2004, Büyükyılmaz 2005).

Akut ağrı bir hastalık tablosu, bir hastalık değil, bir semptomdur (Düznel 2008). Beraberinde, taşikardi, hipertansiyon, solukluk gibi belirtiler bulunur. Postoperatif ağrı, renal kolik, myokard infarktüsü, pankreatit gibi akut ağrılı tablolar tekrarlayan ataklarla intermittan özellik kazanmaktadır (Demir 2008, Menteş 2000, Yava 2004, Büyükyılmaz 2005).

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 ağrı ise ağrı eşiği yüksek olabilir. Bu ağrılarda ilginç bir durum, hastanın her zaman büyük bir ağrı çekmeyebilmesidir. Örneğin, savaşta yaralanan askerler başlangıçta ağrı duymayabilirler (Işık 2006).

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 (Bölükbaş 1996).

Travma sonrasında solunum bozuklukları, hastanın öksürememesi, kalp yükünün artması, kan basıncının yükselmesi ve hayati organların kan akımlarında bozukluklar ortaya çıkabilir (Düznel 2008).

Kronik ağrı

Altı aydan fazla süren, kişinin yaşam kalitesini değiştiren, gerek klinik tablo üzerinde gerekse tedavinin etkinliğinde psikolojik etkenlerin rolünün olduğu kompleks bir tablodur.

Kronik ağrılı çoğu hastada, akut ağrıdaki kadar otonomik cevaplar yoktur. Kronik ağrıda, kişisel ve çevresel faktörlerin de rolü vardır. Hastaya, ailesine, topluma ciddi emosyonel, fiziksel ve ekonomik stresler yükler (Öztürk 2006, Yava 2004, Büyükyılmaz 2005).

Çeşitli kronik ağrılar akut ağrılardan daha farklı bir biçimde, endüstri toplumlarının sağlık sistemlerinde tedavi maliyetlerini yükselten bir ekonomik boyut içerir hale gelmektedir. Dünyada her yıl kronik ağrıya bağlı olarak 700 milyon işgünü ve 60 milyar dolar zarar meydana geldiği tahmin edilmektedir (Düzel 2008).

Kronik ağrıya bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli diğer bozukluklar kronik ağrıyı bir hastalık tablosu haline getirmektedir (Kutlutürkan 1994).

Kronik ağrılara bağlı olarak:

- Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
- Libido ve seksüel aktivite azalması,
- İştahsızlık ve kilo kaybı,
- Kabızlık,
- Psikomotor bozukluklar,
- Irritabilite artışı,
- 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 (Eti 2005, Soykan 1999, Kara 2000).

2.3. Kaynaklandığı bölgelere göre ağrı sınıflandırması

1. Somatik,
2. Visseral,
3. Sempatik ağrı biçiminde yapılıdır.

Somatik ağrı, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama, zonklama tarzındadır ve tanısı kolaydır.

Sinir köklerinin yayılım yerinde ya da periferik sinirler boyunca algılanır (Demir 2008, Düzel 2008, Özer 1998, Menteş 2000, Yava 2004). Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrı olarak adlandırılır (Demir 2008, Düzel 2008, Özer 1998)

Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organların tümü ağrıya karşı her zaman hassas değildir; örn; bağırsaklar. Bağırsaklarda meydana gelen gerilme organların çeperinde bulunan sinir liflerini uyararak ağrıya yol açabilir (Demir 2008, Düzel 2008).

İç organlardan kaynaklanan ağrılar genellikle künttür, yavaş artar, kolay lokalize edilemez, başka bölgelere doğru yayılır; (Örn: Pankreas ağrısının sağ omuza yayılması, apandisit ağrısının göbeğe yayılması, miyokarddan kaynaklanan ağrıların sol kola yayılması gibi) yansıma bölgeleri vardır. Aynı biçimde her organa özgü deri bölgelerinde aşırı hassasiyet vardır (Demir 2008, Düzel 2008, Yava 2004).

Sempatik kökenli ağrılar sempatik sinir sisteminin işin içerisine girdiği/tutulduğu ağrılardır (Demir 2008, Düzel 2008, Menteş 2000, Büyükyılmaz 2005). Sempatik kökenli ağrılar diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır (Demir 2008, Düzel 2008).

Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar. Sempatik ağrılarının en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Hasta, karda uzun süre çıplak kaldığındaki 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 (Demir 2008, Düzel 2008, Yava 2004, Büyükyılmaz 2005).

2.4. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflandırması

Nosiseptif Ağrı

Deri, kas, bağ dokusu, iç organlarda yaygın olarak bulunan nosiseptör adı verilen özel ağrı algılayıcılarının uyarılmasıyla ortaya çıkar (Demir 2008, Menteş 2000, Büyükyılmaz 2005). Nosiseptörlerin çeşitli somatik kökenli ağrılarda visseral ağrılarda olduğu gibi uyarılmasıyla genellikle ağrı olarak bildiğimiz ve tanımladığımız ağrı ortaya çıkar (Düzel 2008, Özer 1998, Menteş 2000). Nosiseptif ağrının tedavisinde çeşitli periferik etkili analjezikler (nonsteroid antiinflamatuvarlar), opioidler gibi merkezi etkili analjezikler kullanılabilir (Düzel 2008, Özer 1998).

Nöropatik Ağrı

Periferik sinirlerde, incinme veya metabolik bir hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan bir ağrıdır (örn: disk hernisine ve diyabetik nöropatiye bağlı ağrılar) (Demir 2008, Düzel 2008, Menteş 2000, Büyükyılmaz 2005).

Nöropatik ağrı, duysal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır. Normalde ağrılı olmayan uyaranlar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açar (Düzel 2008).

Tekrarlayan uyaranlar ağrının daha fazla artmasına yol açar. Ağrı o anda doku harabiyeti oluşturan patolojinin devam etmemesine rağmen mevcuttur (Barış 1999, Düzel 2008). Hoş olmayan uyuşukluk hissi, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme gibi hisler mevcuttur. Ağrı, tahribata neden olan olaydan hemen sonra değil, daha sonra ortaya çıkabilir. Nöropatik ağrının tedavisinde bildiğimiz ağrı kesiciler çoğu kez yeterli olmazlar. Bu durumda merkezi etkili antidepresanlar, sedatifler gibi ikincil analjezik adını verdiğimiz diğer ilaç gruplarının desteğine ihtiyaç vardır (Düzel 2008).

Deafferentasyon Ağrısı

Periferik ya da merkezi sinir sistemindeki lezyonlara bağlı olarak somatosensoriyal uyaranların merkezi sinir sistemine iletiminin kesilmesi ile ortaya çıkan ağrılardır (Demir 2008, Düzel 2008, Özer 1998, Menteş 2000, Büyükyılmaz 2005). Deafferentasyon ağrılarında örnek olarak brakial pleksus avülsiyonu, postherpetik nevralkji, travmatik paraplejiler, fantom ağrısı verilebilir (Düzel 2008, Menteş 2000, Büyükyılmaz 2005).

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 baslı basına 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 (Düzel 2008).

Reaktif Ağrı

Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar.

Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı sendromları, refleks sempatik distrofiler, reaktif ağrılara örnek olarak verilebilir (Düzel 2008, Demir 2008, Özer 1998, Mentş 2000, Büyükyılmaz 2005).

Psikosomatik Ağrı

Hastanın anksiyete ve depresyon gibi psişik ya da psikososyal sorunlarını ağrı biçiminde ifade etmesidir. Buna örnek olarak somatizasyon dediğimiz klinik durum verilebilir (Demir 2008, Düzel 2008, Özer 1998, Mentş 2000, Büyükyılmaz 2005). Hasta bir anlamda ağrıyı kullanmakta, çeşitli kişisel, ekonomik ve toplumsal sorunlarını ağrı biçiminde ifade ederek ilgi çekmeye ve toplumun kendisi üzerinde dikkatini toplamaya çalışmaktadır. Bu tip hastalarda antidepresan ilaçların yanı sıra mutlaka psikiyatrik tedavi şarttır (Düzel 2008).

V.3. Ağrı Teorileri

Ağrının algılanması ve mekanizması ile ilgili çeşitli teoriler ileri sürülmekle beraber bu teorilerden en fazla bilinen ve günümüzde en fazla kabul görenler ‘‘Kapı Kontrol Teorisi’’ ve ‘‘Endorfin Teorisi’’ dir (Yava 2004).

3.1. Kapı Kontrol Teorisi

1965 yılında Melzack ve Wall’ın kapı kontrol teorisini ileri sürmeleri ile birlikte ağrı nörofizyolojisinde önemli bir devrim gerçekleşmiş, bu teori ile birlikte ağrı sürecinde merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmıştır (Yava 2004, Demir 2008). Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyanların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder (Demir 2008). Eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyanlar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyanlar bilince ulaşmaz ve ağrı hissedilmez. Bu teorinin üç önermesi şunlardır:

- Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.
- Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder.
- Kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (Yava 2004, Demir 2008).

Kapı Kontrol Teorisinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü şu şekildedir;

1-Deri uyarısı ağrıyı giderebilir; KKT' ye göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyanlara kapıyı kaparlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının birçoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir.

Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, dokunma gibi deri uyarıları bu teorinin direkt uygulamasının örnekleridir (Demir 2008).

2-Normal ya da aşırı duygusal girdi ağrıyı giderebilir. Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyanlarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları geğer. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısını düzene sokması sağlanabilir.

Özellikle tek düzelik gibi duyuşal sınırlamalardan kaçınılmalıdır (Demir 2008).

3-Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir. Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar korteksteki tetik ağı uyanlarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri hastanın o anda ağrısına vereceği yanıtı etkiler. Ağrı, gereksiz anksiyete kaynaklarının azaltılması ve hastanın güven ve kontrol duygularının arttırılması ile giderilebilir (Demir 2008).

Melzack ve Wall' un bu teorisi ağrı araştırmaları ve çalışmalarına önemli katkılar sağlamıştır (Öztürk 2006, Demir 2008).

3.2. Endorfin Teorisi

"Endorfin" terimi "endojen" ve "morfin" kelimelerinin birleşimidir. 1970'li yılların ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara "endorfin" denilmiştir (Demir 2008). Beyindeki bir uyarının endorfin salgılattığına inanılmaktadır. Endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyanların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kordaki narkotik reseptörlere tutunurlar (Yava 2004). Endorfin araştırmaları, ağrı algılaması ve analjezi gereksiniminin, kişilere göre farklı olduğunun anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Farklı insanlarda endorfin miktarının değişkenliği ve muhtemelen diğer faktörlerle birlikte endorfin düzeyinde artma ya da azalma ağrı algılanmasındaki farklılıkları açıklamaktadır (Demir 2008). Nonfarmakolojik yöntemlerden masaj, müzik dinletme, düşleme gibi bazı ağrı giderme yöntemlerinin bu teori üzerine kurulu olduğu belirtilmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada masajın ağrıyı gidermede etkisi olduğu düşünölen endorfin salınmasında etkili olduğu düşünölmektedir (Karadeniz 1997)

Endorfin Teorilerinin ağrının anlaşılması ve giderilmesine katkı sağlayan yönleri şunlardır:

- Endorfinler doğal maddeler olması, opioidlere göre yararlarının çok, yan etkilerinin ise az olması gibi avantajları nedeniyle hastanın kendi endorfinlerini arttırıcı çalışmalara yönelmesinin yararları gündeme gelmiştir.
- Endorfin teorileri, ağrı algılaması ve analjezi gereksiniminin bireyden bireye farklılık gösterdiğinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur.
- Endorfin teorileri, ağrının algılanması ile ilgili kimyasal mediyatörlerin tanımlanmasına ve ağrı iletisinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur (Demir 2008)

V.4. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Ağrılı hastanın tanı ve tedavisinin doğru yapılabilmesinin en önemli koşulu hastanın ağrısının doğru bir şekilde değerlendirilmesidir. Ağrı değerlendirmesinin başarılı olması hasta ile sağlık personeli arasındaki olumlu iletişime bağlıdır. Bu iletişimde hastanın kendisinin dinlendiği, önem verildiği ve yakınmasının ciddiye alındığının algılanması gereklidir (Yava 2004).

Ağrı şiddetinin değerlendirilmesi tedavi şeklinin ve etkinliğinin belirlenmesine yardımcı olur. Ağrının yapısı subjektif olduğundan ağrı şiddetinin belirlenmesinde kişinin kendi değerlendirmesi esastır (Yıldırım 2007). Bu nedenle ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak, sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli olmamaktadır. Değerlendirme sırasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir (Demir 2008, Aslan 2002).

Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Ağrının türü, hastanın ve ölçeği kullanacak sağlık personelinin özellikleri gibi birçok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu unutulmamalıdır (Aslan 2002, Demir 2008).

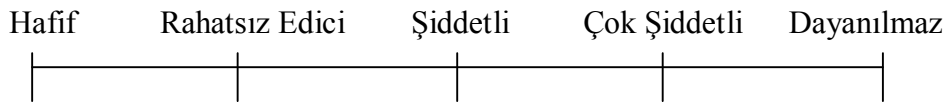
4.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemeye kullanılmaktadırlar. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve görsel kıyaslama ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (Bachiocco ve ark. 1993, Cline ve ark. 1992, Collins ve ark. 1997, Eti 1998, Mc Caffery ve Pasero 1999, Ogon ve ark. 1996, Pasero ve McCaffery 2000, Waterhouse 1996).

4.1.1. Sözel Kategori Skalaları

Sözel kategori skalası basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu skala hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır (Şekil 1). Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (Aslan 2002, Menteş 2000, Yava 2004, Whatley 1995).

Şekil 1: Sözel Kategori Ölçeği (Aslan 2002)



Sözel kategori skalasının avantajları; kolay uygulanması ve sınıflamasının basit olmasıdır. Dezavantajları ise; skalada ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma gibi kullanım sınırlılıkları vardır. Ayrıca literatürde kategori ölçeklerinde hastaların uç kelimeler yerine ortada yer alan kelimeleri kullanma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Bachiocco ve ark. 1993, Cline ve ark. 1992, Collins ve ark. 1997, Eti 1998, Ogon ve ark. 1996, Pasero 1997). Sözel kategori skalasının bu sınırlamalarının yanı sıra, orta şiddetteki ağrıyı tanımlamada duyarlılığın görsel kıyaslama ölçeğine göre az olduğu da belirlenmiştir (Eti 1998).

4.1.2. Sayısal Değerlendirme Skalası

Ağrı şiddetini değerlendirmeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısının sayılar ile açıklanmasını amaçlar.

Skalalar ağrı yokluğu sıfır ile başlayıp, dayanılmaz ağrı düzeyine kadar varır (Menteş 2000).

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Cline ve ark. 1992, Collins ve ark. 1997, Eti 1998).

4.1.3. Vizüel (Görsel) Analog Skalası (VAS)

Çoğunlukla 10cm-100mm uzunluğunda yatay ya da dikey "ağrı yok" ile başlayıp "dayanılmaz ağrı" ile biten bir hattır. Genelde vertikal hat daha kolay anlaşılacaktır. Hasta, ağrısının şiddetini bu hat üzerinde uygun gördüğü yerde işaret ile belirtir. Değerlendirmelerde düzenli bir dağılım gerçekleşmektedir. Sözlü ağrı değerlendirmesi ile karşılaştırıldığında yeterli hassasiyete sahiptir. Skala uygulanırken hastanın yorgun, şaşkın, iş birliği yapamaz durumda olması doğru sonuç alınmasını engelleyebilir. Yanılgı olmaması için ağrı düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir (Menteş 2000, Yava 2004, Whatley 1995).

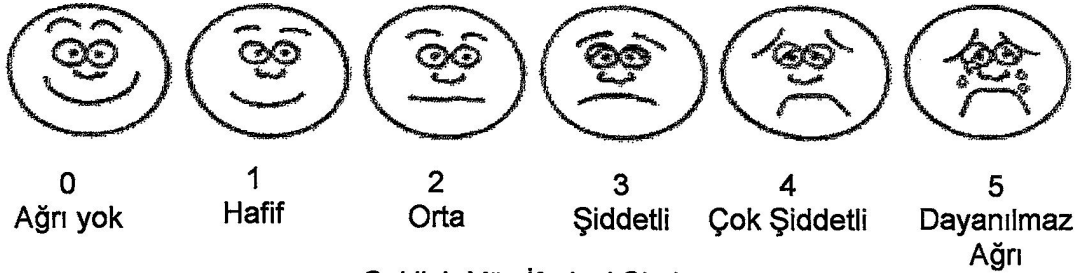
4.1.4. Analog Renkli Devamlı Skala

VAS' a benzer. Skalanın bir yüzünde 100mm'lik cetvel diğer tarafında açık pembe renkten koyu kırmızıya kadar giderek koyulaşan değişikliği olan şerit vardır. Ağrısızlık ile dayanılmaz ağrı uç noktaları arasında, renk farklılığı ve karşılığı olan ölçü ile değerlendirme yapılabilmektedir (Menteş 2000).

4.1.5. Yüz İfadesi Skalası

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, şiddetli ağrı var, çok şiddetli ağrı var ve dayanılmaz ağrı var ifadeleriyle hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir ve bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılır (Düzel 2008, Menteş 2000). Resim skalaları daha çok okuma yazması olmayan kişiler, okuma yazması olmasına rağmen lisan problemi olanlar, çok yaşlılar ve çocuklar için kullanılabilir (Yava 2004).

Şekil 2. Yüz İfadesi Skalası



4.1.6. Dermatomal Ağrı Çizimi

Basit, kullanımı ve hesaplaması kolay bir yöntemdir. Ağrı patolojilerinin kesin saptanmasında ve tedavi amaçlı girişimlerin gerekliliği konusunda yol gösterici olabilir (Menteş 2000).

4.2. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Bazı araştırmacılar tek boyutlu skalaların ağrının tüm yönlerini belirlemede yetersiz kaldığını belirtmişlerdir. Bu nedenle ağrının değişik yönlerini ortaya koymaya yönelik çok boyutlu ağrı skalaları geliştirilmiştir. Çok boyutlu ağrı skalaları genellikle kronik ağrılı hastalar için uygun olup en yaygın olanı McGill ağrı anketidir (Yava 2004).

4.2.1. McGill ağrı anketi (McGill pain questionnaire-MPQ)

Dört 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 almıştır.

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 (Boccard 1996, Eti 2002, Düzel 2008).

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 kelimededen 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 (Sloman 2005, Eti 2005, Güzeldemir 1995, Kuğuoğlu 2003, Eti 2002, Düzel 2008)

4.2.2. Dartmouth ağrı anketi (Dartmouth pain questionnaire-DPQ)

MPQ' ya kalite değerlendirmesi eklenmesidir (Düzel 2008, Menteş 2008). Aynı zamanda ağrının sıklığı ve şiddetini de göstermektedir (Menteş 2000).

4.2.3. Hatırlatıcı ağrı değerlendirme kartı (memorial pain assesment card-MPAC)

VAS'ın daha detaylısı, ağrı giderilmesi, ruh hali, ağrı şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur (Düzel 2008, Menteş 2008).

4.2.4. Ağrı algılama profili(pain perception profile-PPP)

Bu metod, MPQ' ya kıyasla daha az psikosomatik ölçüm gereksinimi ile tamamlanan daha kısa bir yöntemdir. VAS skalalarına göre daha geçerli ve güvenilir veriler sağlaması nedeniyle önerilir (Düzel 2008, Menteş 2008).

4.2.5. Karşıt yöntem karşılaştırması (cross-modality matching-CMM) (Düzel 2008)

V.5. POSTOPERATİF AĞRI

5.1. Tanımı

Postoperatif ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrıdır. Doku hasarı ve sinir uçlarının travması ile ilgili olduğu için iatrojenik olarak kabul edilir (Kanan 1998, Öztürk 2002). Bu ağrı hareketlerin kısıtlanması, yüzeysel solunum gibi koruyucu önlemler ve otonom sinir sistemi düzensizlikleri ile seyretmektedir (Düzel 2008).

Postoperatif ağrı tıpta ağrı konusundaki bunca gelişmeye rağmen hala hem tıbbi, hem de toplumsal bir sorun olmaya devam etmektedir. Eldeki ağrı kontrol yöntemleri ile hiçbir hastanın ameliyat sonrasında ağrı çekmemesi gerekir. Buna karşın hem hekimlerden hem de diğer sağlık personelinde kaynaklanan bilgi ve ilgi eksiklikleri nedeniyle hastaların neredeyse tümüne yakın bir bölümü ameliyat sonrasında ağrı çekmektedir (Düzel 2008).

Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim geçirmekte ve değişik derecelerde postoperatif ağrı çekmektedir (Aslan 1997). Amata ve arkadaşları ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun ise daha hafif ve sadece %9'unun katlanabilir düzeyde çok hafif ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Amata ve ark. 1999). Sloman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cerrahi hastalarının %75'inin şiddetli ve orta düzeyde ağrı hissettikleri saptanmıştır (Sloman ve ark. 2005).

Postoperatif ağrı, doku hasarı ve sinir uçlarının travması ile ortaya çıkan potasyum, hidrojen iyonları, laktik asit, serotonin, bradikinin, prostaglandin gibi algenik maddelerin sinir uçlarını stimüle etmesi ya da kas spazmı ve ödem gibi doku kanlanmasının bozulmasına bağlı iskemi nedeniyle oluşmaktadır. Ayrıca postoperatif enfeksiyon, distansiyon, sıkı pansuman ve alçı da bu dönemde ağrıyı artıran faktörler arasında yer almaktadır (Büyükyılmaz 2005).

Postoperatif ağrı, iyatrojenik ve akut, göreceli olarak kısa süreli, genellikle iyi lokalize olmuş, cerrahi travmanın derecesi ve insizyonun özelliği ile doğrudan ilişkilidir (Büyükyılmaz 2005).

Hastanın ameliyat öncesinde hazırlanması, ameliyat ve anestezinin ayrıntılı olarak anlatılması, ameliyat sonrası uygulanacak ağrı kontrol yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi gerekir. Her hastanın ağrıya yanıtı farklıdır. Kişilik yapısı, geçmişteki deneyimleri ağrıya karşı yanıtta önemli rol oynar.

Bu nedenle her hastanın ayrı ele alınması ve değerlendirilmesi gerekir. Ameliyatın yeri ağrının şiddetini etkiler; örn. toraksa ve üst batın ameliyatları, ekstremite ameliyatlarından daha ağırlıdır (Edirne 1994, Eti 2005, Çam 2005).

5.2. Postoperatif Ağrısı Etkileyen Faktörler

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

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

olmasıdır (Aslan 2006, Düzel 2008, Kanan 1998, Büyükyılmaz 2005, Eti 2005, Çam 2005,)

Genel olarak anksiyete ve korkunun ameliyat sonrası ağrıda önemli bir belirleyici olduğu kabul edilir (Aslan 2006, Düzel 2008). Karayurt çalışmasında, ameliyat öncesi anksiyetesi düşük olan hastaların ağrı düzeylerinin de daha düşük olduğunu saptamıştır (Karayurt 1998). Duvarcı ve arkadaşları, preoperatif hasta bilgilendirilmesinin, postoperatif ağrıda ve analjezik gereksiniminde azalma sağladığını belirtmişlerdir (Duvarcı ve ark 2006).

5.3. Postoperatif Ağrının Sistemler Üzerine Olan Etkileri

5.3.1. Solunum Sistemi: Büyük batın ve toraks girişimlerinden sonra ağrı derin inspiryum ve öksürüğü kısıtlamaktadır. Bu durum, akciğer vital kapasitesinde azalma, fonksiyonel rezidüel kapasite ve zorlu ekspiratuar volümde azalmaya neden olur. Buna bağlı olarak hastada hipoksi, atelektazi ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişir (Özyuvacı 2003).

5.3.2. Endokrin ve Metabolik Sistem: Postoperatif ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu, kan sekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktatta artma olur. Bu olaylar devam ederse katabolik bir durum ve negatif nitrojen dengesi meydana gelir (Özyuvacı 2003).

5.3.3. Kardiyovasküler Sistem: Katekolaminlerin plazma yoğunluklarının normalin üzerine çıkması sonucu; sistemik vasküler direnç ve miyokardın oksijen tüketiminde artma meydana gelir. Miyokard iskemisi ve enfarktüs riski artabilir (Özyuvacı 2003).

5.3.4. İskelet ve Kas Sistemi: Erken ayağa kalkmayı engelleyen şiddetli Ağrı yüzünden hareketliliğin azalması, tromboembolik komplikasyon riskini artırır. Ayrıca artmış sempatik aktivite alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozu riskinin artmasına neden olur (Özyuvacı 2003).

5.3.5. Gastrointestinal Sistem: Sempatik sistem aktivitesinin artması gastrointestinal motilite ve splanik dolaşımda azalmaya yol açar (Işık 2006).

5.3.6. Üriner Sistem: Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar yapmayı güçleştirir (Özyuvacı 2003)

5.4. Postoperatif Ağrı Kontrolü ve Tedavisi

Cerrahi girişim sonrası postoperatif ağrı kontrolü ve tedavisinin en büyük amacı ağrı nedeniyle meydana gelen rahatsızlıkları minimal düzeye indirmek veya elimine etmek, iyileşme sürecini kolaylaştırmak, tedaviyle ilgili yan etkileri kontrol altına almak, etkili tedaviyi sağlamaktır (Özer 1998, Düzel 2008).

Postoperatif ağrının kontrolü; ağrıyı önleme, farmakolojik kontrol ve nonfarmakolojik girişimler olarak ele alınmaktadır (Özer 1998)

5.4.1. Ağrıyı Önleme

Ağrı tedavisinin ilk amacı ağrıyı engelleme ve rahatlığı sağlamadır. Opioid premedikasyon ve lokal anestetik blokların kullanımının postoperatif ağrıyı azalttığı araştırmalar sonucu ortaya konmuştur (Özer 1998)

Postoperatif ağrının önlenmesinde hastanın pozisyonu oldukça önemlidir. Uygun pozisyon verme, pozisyonu sık sık değiştirme, kas kontraksiyonu ve spazmın engellenmesine yardımcı olacaktır. Yaralı kısımlar desteklenmeli, yaralı bölgeye dikkatli dokunulmalı ve olası sekonder travmalardan sakınılmalıdır.

İnsizyon ve operasyon bölgesi basınç ya da gerilim altında olmamalıdır (Özer 1998)
Postoperatif hastalara solunum egzersizleri süresince ağrı uyarılarının minimal düzeyde olması için, preoperatif dönemde abdominal ve torasik insizyonlarda dıştan nasıl destekleyeceği öğretilmelidir (Özer 1998)

Özetle ağrıyı önlemede, anestezi, postoperatif dönemde uygun pozisyon, insizyon bölgesinin desteklenmesi ve konforun sağlanması esastır.

5.4.2.Farmakolojik Kontrol

Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem farmakolojik tedavidir 1. Postoperatif ağrı kontrolünde; intramusküler, intravenöz, subkutan, oral, rektal, transmukozal, epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA) ve sinir blokları gibi yöntemler kullanılmaktadır (Özyuvacı 2003, Özmert 2000).

Ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolü bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekip içerisinde hekim, hemşire ve hasta yer alır (Sjostrem ve ark 2000). Hemşire ağrı tedavisinde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan;

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması
- Hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve bas etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması
- Ağrı ile basa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması
- Planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını izlemesi
- Hasta ile empati kurması ve sempati sağlamasıdır (Aslan ve ark 2005, Sjostrem ve ark 2000).

Yapılan bir çalışmada cerrahi hastaların %39'unun kendilerine daha yakın hissettikleri için rahatsızlık durumlarında hemşireyle iletişim kurmak istedikleri saptanmıştır (Bölükbaş 1996). Yapılan başka bir çalışmada da, hastaların çoğunluğunun hemşireyi kendilerine doktordan daha yakın buldukları belirtmektedir (Kutlutürkan 1994)

1- Nonopioid (Narkotik Olmayan) Analjezik İlaçlar

Nonopioid ilaçlardan en fazla kullanılanlar, Nonsteroid Antienflamatuar (NSAİ) ilaçlardır (Büyükyılmaz 2005). Postoperatif ağrı tedavisine genellikle hafif ve orta şiddette ağrılarda NSAİ ilaçlar ile başlanması önerilmekte olup bu ilaçlar ağrı tedavisinde en fazla kullanılan analjeziklerdir (Yava 2004). Bu ilaçlar oral, rektal, intramusküler ve intravenöz yoldan verilebilir (Büyükyılmaz 2005). Dünya Sağlık Örgütü tarafından daha çok kronik ağrı tedavisinde uygulanması önerilen ağrı tedavisi basamağında ilk sırada yer alırlar (Ersek ve ark 2006) Tek başına nonopioid analjezik ilaçlar genellikle hekim istemine göre 4 saat arayla verilebilir. Eğer nonopioid ilaçlar, IV yoldan verilecek ise, çok yavaş uygulanmalıdır. Kan basıncı 100 mm/Hg altında olanlarda ve dolaşımı stabil olmayanlarda, agranülositoz, şok, lökopeni ve trombositopeniye neden olabileceğinden kan yapımı bozulmuş kişilerde dikkatli kullanılmalıdır. Bu analjezik ilaçların kullanımında, baş dönmesi, uyuşukluk, bulantı, kaşıntı ve taşikardi gibi yan etkiler görülebilir (Büyükyılmaz 2005).

2- Opioid (Narkotik) Analjezikler

Orta veya şiddetli ağrının tedavisinde kullanılan en önemli ilaçlardır. "Opium" kelimesi özsuyu anlamına gelen Yunanca bir kelimede türetilmiştir. Opium olgunlaşmamış haşhaş tohumlarından elde edilen 20 adet alkaloidin kurutulmuş tozlaştırılması ile elde edilir. Opiat kelimesi opiumdan elde edilen farmakolojik ajanların genel adıdır. Opioid ise morfin ve benzeri bütün endojen ve eksojen, doğal ve yapay maddeleri belirtir (Yava 2004). Bu ilaçların uygun ve kontrollü şekilde kullanıldığında postoperatif dönemde hastaların ağrılarını % 85-90 oranında azaltabildiği belirtilmektedir (Stratton 1999) Bununla birlikte, veriliş yoluna bağlı olmaksızın, sürekli narkotik kullanımına bağlı olarak çeşitli yan etkiler görülebilir. Bunların en fazla görülenler, konstipasyon, bulantı, kusma, sedasyon, solunum depresyonu, idrar retansiyonu, kaşıntıdır (Yava 2004).

5.4.3.Nonfarmakolojik Kontrol

Ağrının giderilmesi ya da azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabildikleri ve ağrı tedavisindeki etkinlikleri çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olan pozisyon değiştirme, bilgilendirme, masaj, sıcak-soğuk uygulama, hastanın ilgisini başka yöne çekme ve gevşeme gibi yöntemlerdir (Algier 1998, Mc Caffery 1990, Kocaman 1994). Bu yöntemlerin çoğu hemşireler tarafından ağrı tedavisinde çok fazla tercih edilmediği belirtilmektedir. Bunun nedenleri olarak bu yöntemlerin hemşirelik değerlendirmesi ile uygulama için hemşirelik efor ve süresi gerektirmesi nedeniyle zaman alması ve hemşirelerin daha az sorumluluk gerektiren analjezik uygulamalarını tercih etmeleri gösterilmektedir. Yine de nonfarmakolojik yöntemlerin farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında postoperatif ağrının azaltılması ve giderilmesinde oldukça etkili olması, yan etkilerinin olmaması ve ekonomik olarak yük getirmemesi gibi nedenlerle yaygınlaştırılmasının yararlı olacağı önerilmektedir (Karadeniz 1997, Yava 2004).

Son 20 yılda postoperatif ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemlerin bulunmasına rağmen halen yayınlarda uygulamaların yetersiz kaldığı belirtilmektedir.

Yetersiz postoperatif ağrı kontrolünün nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Ağrı kontrolü konusunda sağlık bakım ekibinin yeterince bilgi sahibi olmaması
- Narkotik ilaçların solunum depresyonu yapma, tolerans gelişimi, hastada alışkanlık ve bağımlılık yapma özellikleri ile hiç kullanılmaması veya yetersiz kullanılması
- Yeni teknikler konusunda bilgi ve beceri eksikliği
- Ağrı kontrolü konusunda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmemesi
- Hastaların postoperatif ağrıyı cerrahi girişimin doğal sonucu olarak kabul etmesi ve bu nedenle sağlık ekibine iletmemesi
- Postoperatif erken dönemde analjeziklerin intramüsküler kullanılması

· Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması (Soykan ve ark 1999, Aslan ve ark. 2005, Özyuvacı ve ark 2003).

Yetersiz ağrı tedavisi, hastanın iyileşmesini etkileyen önemli bir unsurdur. Ağrı çeken hasta hastanede daha uzun süre kalır ve ekonomik ek yük yaratır. Yeterli ve etkili ağrı kontrolü sağlandıkça hastanede yatış süresi kısalmış ve maliyet azalmış (Özyuvacı ve ark 2003). Hekim ve hemşirelerin orta şiddetli ağrıya yaklaşımları, genellikle ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak değil, kısmen azaltmak olmaktadır. Neden olarak, postoperatif ağrıyı geçirilen operasyonun doğal sonucu olarak görmeleri, çekilmesi ve dayanılması gerektiği şeklinde yorumlamalarıdır. Ayrıca ağrı yönetiminde cerrah, anestezi uzmanı ve hemşire arasında uyumlu bir ekip çalışması olmadığında, postoperatif ağrı tedavisi yeterince ve gereğince yapılamamaktadır (Özyuvacı ve ark 2003). Bardiau ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, postoperatif ağrı kontrolünün hemşire, hekim ve anestezi uzmanı işbirliği içinde, ekip halinde olması gerektiği vurgulanmıştır (Bardiau ve ark 2003)

V.6. AĞRI KONTROLÜNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Ağrı giderme, hem ağrıyı çeken kişi hem de ona yardım eden kişiler için karmaşık bir sorun olarak algılanmaktadır. Bu sorun hekim, hemşire ve diğer ilgili sağlık personelinin oluşan bir ekip çalışmasıyla en aza indirgenmeye çalışılır.

Ağrı kavramı son yıllarda hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi olmuştur. Tıp, hemşirelik ve davranış bilimlerinde yapılan ağrı çalışmalarına rağmen hala bakım altında olan birçok hastanın ağrısı yeterince dindirilememektedir. Sözü edilen bu eksikliğin nedenlerinden birisi ağrı kavramının insanlık tarihi kadar eski olmasına karşın ağrı biliminin yeni gelişmekte olan bir bilim dalı olması, diğer önemli nedeni ise hekim ve hemşirelerin ağrı tanıma ve yönetimi konusunda bilgi yetersizliğinin olmasıdır (Gordon 2004).

Hemşireler bu ekip içerisinde ağrılı hasta ile daha uzun süre birlikte olduğundan hastayı iyi bir şekilde gözlemleme ve değerlendirme imkanına sahiptir. Bu nedenle ağrılı hastaya yaklaşım konusunda hemşirenin rolü önemlidir (Düzel 2008)

Hemşirenin bu rolü yerine getirebilmesi için ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması, iletişim kurma becerisinin olması ve empati yapabilmesi ağrıyı gidermede etkili bir hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir (Düzel 2008)

Etkin postoperatif ağrı kontrolü; birey merkezli/bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirilebilir.

Bu ekipte hemşire; postoperatif ağrının tanınmasında, kontrol altına alınmasında, başa çıkma yollarının uygulanmasında ve hastaya öğretilmesinde etkin rol oynar (Eti-Aslan 2006, Kanan 1998).

VI. Araştırmanın Hipotezi

H₀:Ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile ameliyat sonrası ağrı arasında ilişki vardır.

H₁: Ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile ameliyat sonrası ağrı arasında ilişki yoktur.

VII. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

VII.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte yapıldı.

VII.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniğinde yapıldı.

VII.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniğinde ameliyat yapılan hastalar oluşturdu.

VII.4. Örneklem Alınma Kriterleri

Araştırmaya:

- 18 yaşın üstünde okur- yazar yetişkinler olması,
- Acil ve gününbirlik cerrahi dışında elektif ameliyat yapılması planlanmış olan,
- Kanseri tanısı nedeniyle opere olmayacak, kolesistektomi, apandektomi, herniektomi, tiroidektomi ve meme operasyonları geçirerek tam iyileşme sağlanabilecek olan,
- Anketlerin uygulanabilmesi için bilinci açık ve iletişim kurulabilen,
- Ağrı protokolü aynı olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi.

VII.5. Veri Toplama Araçları

5.1. Anket Formu (EK 1)

Literatüre dayalı olarak hazırlanan veri toplama formunda, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, tanısı, ameliyat öncesi ağrısının olup olmadığı, daha önce varsa ameliyat deneyimi, ameliyatında ertelenme olup olmadığı, ameliyat sonrası analjezik kullanım durumu, ağrısına yönelik yapılan hemşirelik müdahalelerinden memnun olup olmadığı gibi anksiyete ve ağrı düzeyini etkileyebilecek sorular yer aldı.

5.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory / STAI) (EK 2)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla kullanılan, 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir kendini değerlendirme anketidir. Spielberger tarafından ölçeğin tekrar test güvenilirliği belirlenirken, her iki ölçek 1 saat, 20 gün ve 104 gün arayla, 197 üniversite öğrencisine uygulanmıştır (Öner 1994).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Bireylerin normal (günlük) yaşamlarında karşılaştıkları stresler sonucu duyumsadıkları (anlık ve içinde buldukları koşullara bağlı) durumluk kaygı ile koşullardan bağımsız olan ve bir kişilik niteliği sayılan sürekli kaygı düzeylerini belirleyen bir psikolojik ölçme aracıdır. Özellikle araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (Öner 1994). Çalışmamızda hastanın o andaki anksiyetesini değerlendirmek amaçlı Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri' nin "State Anxiety Inventory (SAI)- Durumluk Kaygı Envanteri" kısmı kullanılacaktır.

Durumluk Kaygı Envanteri' nde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklindedir. Sürekli Kaygı Envanterindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlar (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4' e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1' e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir.

Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk Kaygı Envanteri’nde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur.

Puanlama yapılırken, doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

STAI’ den elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

5.3. VAS anksiyete ve ağrı ölçeği

VAS kullanımı basit, etkili, geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş, ağrı şiddeti ölçüm skalasıdır.

Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 10 ya da 100 cm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımını yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir.

VII.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, 01.04.2011-15.08.2011 tarihleri arasında, Genel Cerrahi kliniğinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Anket Formu; hasta ameliyat olmak üzere kliniğe yatırıldığı gün çalışmanın amacı ve formların ne zaman uygulanacağı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulandı.

Anksiyete ve ağrı düzeyinin belirlenmesi

Anksiyete ve ağrı düzeyi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemin farklı zamanlarında değerlendirildi.

Ameliyat öncesi dönem

Anksiyete ve ağrı düzeyi ameliyat öncesi dönemde iki kez değerlendirildi. Birinci değerlendirmede ameliyat öncesi gece saat 21.00'de "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ile anksiyete ve VAS ile ağrı düzeyi belirlendi. İkinci değerlendirme ameliyata gideceği sabah saat 7.00'de hastaların yaşadıkları anksiyete nedeni ile STAI soruları cevaplamakta/tamamlamakta sıkıntı yaşayacaklarından dolayı yalnızca VAS ölçeği ile hem anksiyete hem de ağrı düzeyi belirlendi.

Ameliyat sonrası dönem

Ameliyat sonrası dönemde ilk üç gün hastaların yaşadıkları yoğun ağrı ve diğer sıkıntıları nedeni ile hastaların anksiyete ve ağrı düzeyi daha kolay cevaplanabilen VAS ölçeği ile değerlendirildi. Ameliyat sonrasında hastanın ağrı ve anksiyetesi ilk gün üç kez, ikinci ve üçüncü günlerde 2 kez olmak üzere toplam 7 kez değerlendirildi.

Hastanın ağrı yaşaması etik olmadığından araştırmanın yapıldığı klinikte ameliyattan geldikten sonra birkaç dakika içinde tek doz opioid grubu analjezik yapılmaktadır. Hasta ameliyattan geldiğinde anestezinin etkisi geçmiş olduğundan ameliyattan geldikten hemen sonra hastanın (0. Saat) VAS ile ilk kez ağrı ve anksiyete durumu belirlendi. Daha sonra opioid grubu analjezik uygulandı. Ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeyi ikinci kez analjezik uygulanmadan önce 6. saatte değerlendirildi daha sonra hekim isteminde yer alan 4×1 analjezik dozu I.V olarak yapıldı. Ameliyat sonrası ilk gün üçüncü kez hastanın ağrı ve anksiyetesi ilk mobilizasyonu sırasında değerlendirildi.

İkinci gün, sabah saat 10.00’da ve öğleden sonra saat 14.00’de hasta analjezik dozunu almadan 10dk önce VAS ile anksiyete ve ağrı düzeyi belirlendi. Daha sonra I.V. ağrı kesici ilaç verildi.

Üçüncü gün, sabah saat 10.00’da ve öğleden sonra saat 14.00’de hasta analjezik dozunu almadan 10dk önce VAS ile anksiyete ve ağrı düzeyi belirlendi. Daha sonra I.V. ağrı kesici ilaç verildi.

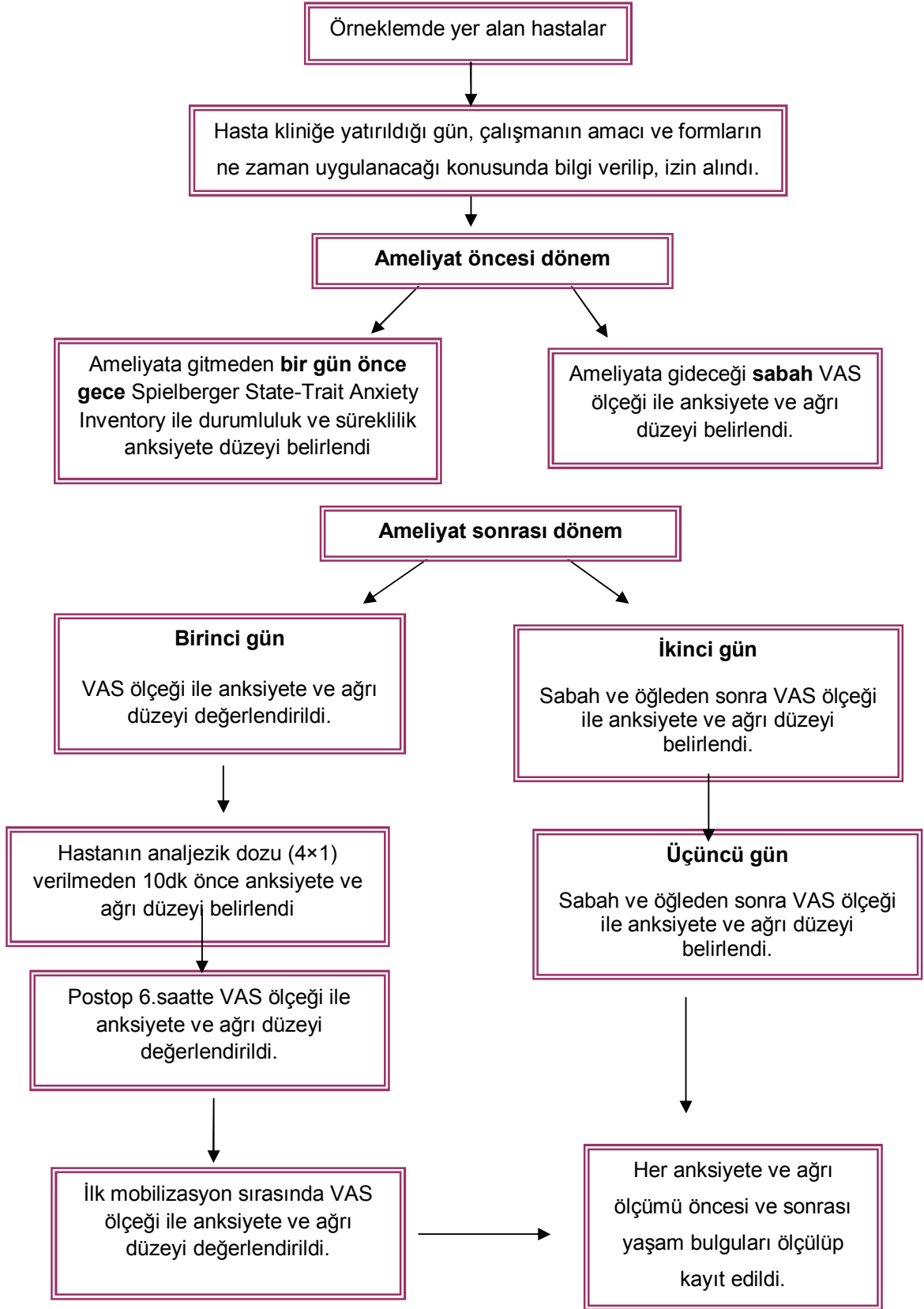
Yaşam bulgularının belirlenmesi

Ameliyat sonrası 3 gün yaşam bulguları kayıt edildi.

VII.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 14.0 paket programına yüklendi. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki grup karşılaştırılırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırıldığında parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinden Kruskal-Wallis testi uygulandı. Aynı bireylerden değişik zamanlarda elde edilen ölçek değerleri karşılaştırılırken Friedman testi ve aynı bireylerde değişik zamanlarda elde edilen ölçümler arası farklılık araştırılırken tekrarlı ölçümlerde korelasyon analizi kullanıldı. Verilerin sonuçları tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtildi, yanılma düzeyi 0.05 olarak alındı

Şekil 3. Araştırma uygulama şeması



VII. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Özellikler		
Yaş ortalaması	51.40±14.23(Min=20,Max=80)	
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	48	60.0
Erkek	32	40.0
Eğitim düzeyi		
Okur-Yazar Değil	21	26.2
İlköğretim	38	47.4
Lise	16	20.0
Üniversite	5	6.2
Yerleşim yeri		
Kent	44	55.0
Kırsal	36	45.0
Ameliyat alanı		
Batın	58	72.5
Boyun	9	11.2
Meme	13	16.2
Ameliyat deneyimi		
Var	44	55.0
Yok	36	45.0
Ameliyatında ertelenme		
Var	17	21.2
Yok	63	78.8

Tablo 1'de Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 51.40 ± 14.23 (min=20, max=80) olarak belirlendiği, hastaların %60'ının (n=48) kadın, %40'ının (n=32) erkek, %47.4'ünün ilköğretim mezunu (ilkokul ve ortaokul), %55'inin kentte, %72.5'inin batın ameliyatı, %55.0'ının ameliyat deneyimi, %78.8'inin ameliyatında ertelenme bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların ağrı yaşama özellikleri

Özellikler	n	%
Ağrı kesici deneyimi		
Var	49	61.2
Yok	31	38.8
Ağrı yaşadığında yaptığı uygulama		
Ağrı kesici kullanma	72	90.0
Farmakolojik olmayan uygulama(masaj, hayal kurma)	8	10.0
Kliniğe yatış sırasında ağrı		
Var	51	63.8
Yok	29	36.2
Ameliyat öncesi ağrı		
Var	37	46.2
Yok	43	53.8
Ameliyat sonrası 1. gün analjezik uygulama		
Evet	80	100
Hayır	-	-
Ameliyat sonrası 2. gün analjezik uygulama		
Evet	74	92.5
Hayır	6	7.5
Ameliyat sonrası 3. gün analjezik uygulama		
Evet	55	68.8
Hayır	25	31.2
Ameliyat sonrası kullanılan analjezik türü		
Narkotik	79	98.8
NSIA	1	1.2

Tablo 2’de görüldüğü gibi hastaların %61.2’sinin ameliyat deneyimi bulunduğu, %90.0’ının ağrı yaşadığında ağrı kesici kullandığı, %63.8’inin kliniğe yattıklarında, %46.2’sinin ameliyat öncesi ağrısının olduğu, ameliyat sonrası birinci gün %100.0’ünün, ikinci gün %92.5, üçüncü gün %68.8’inin analjezik uygulanmasını istedikleri, ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı durumunda %98.8’ine narkotik analjezik uygulandığı belirlendi.

Tablo 3. Hastaya yapılan analjezik ilacın etki durumu

Analjezik uygulamasının etkisi	n	%
Verilen ağrı kesicinin ağrıyı hafifletme durumu		
Evet	78	97.5
Hayır	2	2.5
İlave analjezik isteme durumu		
Var	29	36.2
Yok	51	63.8
Ağrı ifadesi ile analjezik yapılması arasında geçen süre		
2-5 dk	56	69.9
6-10 dk	16	20.0
15-30 dk	8	10.0
Hastaneye yatış ile ameliyat gününe kadar geçen süre		
1-3 gün	44	55.0
4-6 gün	18	22.5
7 gün ve üzeri	18	22.4

Tablo 3’de hastaya yapılan analjezik ilacın etki durumu ile ilgili dağılım verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %97.5’inin verilen ağrı kesicinin ağrısını hafiflettiği,% 36.2’sinin ilave analjezik istediği, %69.9’una ağrı ifadesi ile analjezik yapılması arasında geçen sürenin 2-5dk olduğu ve hastaların %55.0’ının hastaneye yatış ile ameliyat gününe kadar geçen sürenin 1-3 gün olduğu belirlendi.

Tablo 4. Hastaların ameliyat öncesi STAI göre anksiyete düzeyi ortalama puanları

STAI	X±SD	Minimum	Maximum
Sürekli anksiyete	44.86±5.03	36.00	65.00
Durumluluk anksiyete	37.43±4.28	28.00	56.00

Tablo 4’de hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ortalama puanları verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların sürekli anksiyete düzeyi ortalama puanının 44.86±5.03, durumluluk anksiyete düzeyi ortalama puanının 37.43±4.28 olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Hastaların cinsiyete göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Ölçüm zamanları	Kadın (n=48)	Erkek (n=32)		
Ameliyat öncesi gece	X±SD	X±SD	t	P
Durumluluk anksiyete	37.18±4.64	37.78±3.70	0.6	0.546
Sürekli anksiyete	46.14±5.23	42.93±4.04	2.92	0.004
Ameliyat öncesi sabah (VAS)				
Ağrı	2.23±2.31	2.81±1.99	1.168	0.246
Anksiyete	8.19±2.71	8.88±1.54	1.300	0.197
Ameliyat sonrası (VAS)				
Kliniğe geldiği ilk andaki içinde ağrı	9.69±0.51	9.72±0.52	0.265	0.791
Kliniğe geldiği ilk ilk andaki anksiyete	7.97±1.59	8.56±0.95	1.863	0.066
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.08±1.05	8.50±1.08	1.722	0.089
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.08±1.65	7.53±1.29	1.293	0.200
Mobilizasyon sırasında ağrı	7.71±1.18	7.81±1.26	0.376	0.708
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.04±1.76	7.50±1.27	1.267	0.209
İkinci gün sabah ağrı	5.65±1.38	6.13±1.07	1.662	0.101
İkinci gün sabah anksiyete	4.29±1.37	4.81±1.40	1.652	0.102
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.44±1.34	6.03±1.15	2.057	0.043
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.10±1.40	4.47±1.30	1.174	0.244
Üçüncü gün sabah ağrı	4.25±1.31	4.65±1.40	1.318	0.191
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.04±1.35	3.34±1.36	0.977	0.332
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	3.77±1.43	4.25±1.27	1.532	0.13
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	2.69±1.45	2.97±1.23	0.903	0.369

Tablo 5’de hastaların cinsiyete göre durumluluk, süreklilik anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi durumluluk anksiyete düzeyi ortalama puanı ile cinsiyet arasında fark anlamlı bulunmadı. ($p=0.546$). Ancak kadınların süreklilik anksiyete düzeyi ortalama puanının erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.004$). Erkeklerin ağrı düzeyi ortalama puanı tüm zamanlarda kadınlara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak iki cinsiyet arasında ağrı puanları yönünden fark önemli bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. Hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Ölçüm zamanları	Düşük (n=59)	Yüksek (n=21)	<i>t</i>	<i>P</i>
	X±SD	X±SD		
Ameliyat öncesi gece				
Durumluluk anksiyete	36.76±3.65	39.29±5.36	2.389	0.019
Süreklilik anksiyete	44.97±4.45	45.57±6.49	0.307	0.759
Ameliyat öncesi sabah (VAS)				
Ağrı	2.37±2.19	2.71±2.24	0.610	0.543
Anksiyete	8.42±2.44	8.57±2.04	0.248	0.805
Ameliyat sonrası (VAS)				
Kliniğe geldiği ilk andaki ağrı	9.67±0.51	9.76±0.53	0.641	0.523
Kliniğe geldiği ilk andaki anksiyete	8.14±1.44	8.43±1.25	0.826	0.411
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.17±1.01	8.48±1.20	1.127	0.263
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.25±1.47	7.14±1.56	0.081	0.936
Mobilizasyon sırasında ağrı	7.85±1.12	7.48±1.40	1.215	0.228
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.25±1.61	7.14±1.56	0.274	0.785
İkinci gün sabah ağrı	5.80±1.37	5.95±0.97	0.478	0.634
İkinci gün sabah anksiyete	4.44±1.22	4.67±1.83	0.635	0.528
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.64±1.35	5.76±1.14	0.357	0.722
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.24±1.25	4.29±1.68	0.139	0.890
Üçüncü gün sabah ağrı	4.46±1.34	4.29±1.42	0.496	0.621
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.14±1.27	3.24±1.61	0.296	0.768
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	4.05±1.38	3.71±1.38	0.958	0.341
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	2.78±1.34	2.86±1.46	0.222	0.825

Tablo 6’da hastaların eğitim durumları ile durumluluk, süreklilik anksiyete ve VAS ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi eğitim düzeyi yüksek olan hastaların durumluluk, eğitim düzeyi düşük olan hastaların süreklilik anksiyetesi yüksekti ancak istatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). VAS ile ölçülen ağrı ve anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde ameliyat sonrası ilk gün eğitim düzeyi düşük olan hastaların ağrı düzeyi, kliniğe geldiği 6. saatte ve mobilizasyon sırasında anksiyete düzeyinin eğitim düzeyi yüksek olan hastalara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 7. Hastaların yerleşim yerlerine göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Kent (n=44)	Kırsal (n=36)		
Ölçüm zamanları	X±SD	X±SD	t	P
Ameliyat öncesi gece				
Durumluluk anksiyete	37.77±4.71	37.00±3.68	0.8	0.425
Süreklilik anksiyete	44.90±5.44	44.80±4.54	0.09	0.928
Ameliyat öncesi sabah(VAS)				
Ağrı	2.43±2.51	2.50±1.76	0.137	0.891
Anksiyete	8.48±2.49	8.44±2.14	0.062	0.950
Ameliyat sonrası (VAS)				
Kliniğe geldiği ilk andaki ağrı	9.84±0.37	9.53±0.61	2.834	0.006
Kliniğe geldiği ilk andaki anksiyete	8.18±1.45	8.25±1.34	0.216	0.829
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.34±1.05	8.14±1.10	0.836	0.406
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.27±1.72	7.25±1.27	0.066	0.948
Mobilizasyon sırasında ağrı	7.64±1.39	7.89±0.95	0.931	0.355
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.25±1.71	7.19±1.45	0.154	0.878
İkinci gün sabah ağrı	5.89±1.08	5.78±1.49	0.376	0.708
İkinci gün sabah anksiyete	4.48±1.64	4.53±1.06	0.160	0.873
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.75±1.16	5.58±1.44	0.572	0.569
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.23±1.54	4.28±1.14	0.164	0.870
Üçüncü gün sabah ağrı	4.43±1.35	4.39±1.38	0.140	0.889
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.25±1.45	3.06±1.24	0.636	0.526
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	3.93±1.39	4.00±1.39	0.218	0.828
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	2.75±1.45	2.86±1.27	0.361	0.719

Tablo 7' de hastaların yerleşim yerlerine göre durumluluk, süreklilik anksiyete ile VAS ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanları verilmiştir. Tablo değerlendirildiğinde kentte yaşayan hastaların durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları kırsalda yaşayan hastalara göre, kırsalda yaşayanların ise, ameliyat sonrası kliniğe geldiği ilk an, ikinci gün ve üçüncü gün öğleden sonra kentte yaşayan hastalara göre anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu, kırsalda yaşayan hastaların ameliyat öncesi, mobilizasyon ve üçüncü gün ağrı düzeylerinin kentte yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında farkın önemsiz olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 8. Hastaların kliniğe yatışta ağrısı olup olmamasına göre ameliyat öncesi gece anksiyete düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Var(n=51)	Yok(n=29)		
	X±SD	X±SD	t	P
Ameliyat öncesi gece				
Durumluluk anksiyete	37.45±3.82	37.37±5.04	0.07	0.943
Sürekli anksiyete	44.52±4.30	45.44±6.13	0.78	0.435
Ameliyat sabahı				
Ağrı	3.14±2.27	1.27±1.44	3.977	0.001
Anksiyete	8.94±1.49	7.62±3.19	2.521	0.014
Ameliyat sonrası (VAS)				
Kliniğe geldiği ilk andaki ağrı	9.78±0.50	9.55±0.50	1.985	0.051
Kliniğe geldiği ilk andaki anksiyete	8.61±0.83	7.52±1.86	3.613	0.001
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.41±0.85	7.96±1.35	1.813	0.074
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.51±1.56	6.83±1.97	1.959	0.054
Mobilizasyon sırasında ağrı	7.84±1.10	7.59±1.38	0.915	0.363
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.55±1.25	6.66±1.95	2.494	0.015
İkinci gün sabah ağrı	6.08±0.98	5.41±1.61	2.297	0.024
İkinci gün sabah anksiyete	4.76±1.14	4.03±1.68	2.310	0.024
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.90±1.04	5.28±1.58	2.132	0.036
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.55±1.08	3.72±1.65	2.702	0.008
Üçüncü gün sabah ağrı	4.67±1.21	3.97±1.50	2.281	0.025
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.51±1.12	2.55±1.13	3.217	0.002
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	4.29±1.17	3.38±1.54	2.985	0.004
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	3.16±1.12	2.17±1.54	3.293	0.001

Tablo 8’de görüldüğü gibi hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kliniğe yatışta ağrısı olup olmamasına göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo değerlendirildiğinde ameliyat öncesi dönemde hastaların kliniğe yatışta ağrısı olup olmamasına göre ağrı puanları karşılaştırıldıklarında kliniğe yatışta ağrısı olan hastaların durumluluk, olmayanların süreklilik anksiyetesi yüksek bulundu. Ameliyat öncesi sabah VAS ağrı ve anksiyete puanları karşılaştırıldığında ise kliniğe yatışta ağrısı olan hastaların olmayanlara göre ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanının daha yüksek olduğu gruplar arasında fark önemli bulundu ($p>0.05$). Ameliyat sonrası dönemde kliniğe yatışta ağrısı olan hastaların tüm ölçüm zamanlarında ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanlarının kliniğe yatışta ağrısı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu, ve kliniğe geldiği andaki ağrı, ilk 6 saatteki ağrı ve anksiyete, mobilizasyon sırasındaki ağrı arasında farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ancak diğer tüm zamanlarda kliniğe yatışta ağrısı olan ve olmayan hastalar arasında ağrı ve anksiyete yönünden farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 9. Hastaların ameliyat öncesi ağrısı olup olmamasına göre anksiyete ve ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Var (n=37)	Yok(n=43)		
	X±SD	X±SD	t	P
Ameliyat öncesi gece				
Durumluluk anksiyete	37.64±4.13	37.23±4.43	0.43	0.667
Süreklilik anksiyete	43.86±4.53	45.72±5.31	1.66	0.100
Ameliyat öncesi sabah(VAS)				
Ağrı	3.35±2.51	1.70±1.54	3.610	0.001*
Anksiyete	9.14±0.98	7.88±2.94	2.474	0.016
Ameliyat sonrası(VAS)				
Kliniğe geldiği ilk andaki ağrı	9.81±0.46	9.60±0.54	1.818	0.073
Kliniğe geldiği ilk andaki anksiyete	8.65±0.82	7.84±1.66	2.698	0.009
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.32±0.94	8.18±1.18	0.572	0.569
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.73±0.93	6.86±1.81	2.638	0.010
Mobilizasyon sırasında ağrı	7.70±1.22	7.80±1.20	0.323	0.747
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.65±1.25	6.86±1.77	2.266	0.026
İkinci gün sabah ağrı	5.95±1.13	5.74±1.40	0.702	0.485
İkinci gün sabah anksiyete	4.81±1.10	4.23±1.57	1.876	0.054
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.84±1.14	5.53±1.40	1.048	0.298
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.59±0.98	3.95±1.57	2.143	0.035
Üçüncü gün sabah ağrı	4.62±1.26	4.23±1.43	1.284	0.203
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.59±1.04	2.79±1.49	2.755	0.007
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	4.27±1.22	3.70±1.47	1.877	0.064
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	3.19±1.02	2.47±1.53	2.442	0.017

Tablo 9’da görüldüğü gibi hastaların ameliyat öncesi ağrısı olup olmamasına göre anksiyete düzeyi ortalama puanları karşılaştırıldıklarında, ameliyat öncesi ağrısı olan hastaların durumluluk, ağrısı olmayanların süreklilik anksiyete ortalama puanları yüksek bulundu. Ameliyat öncesi VAS ile ölçülen ağrı ve anksiyete ortalama puanları incelendiğinde ağrısı olan hastaların anksiyete ve ağrı ortalama puanın yüksek olduğu ve gruplar arasında ağrı düzeyi ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı iken ($p < 0.05$) anksiyete ortalama puanlarının anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Ameliyat sonrası dönemde ise, ameliyat öncesi dönemde ağrısı olmayanların mobilizasyon sırasında ağrısının daha yüksek olduğu, ancak diğer tüm ölçüm zamanlarında ameliyat öncesi dönemde ağrısı olan hastaların ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu fakat gruplar arasında farkın önemsiz olduğu bulundu ($p > 0.05$).

Tablo 10. Hastaların ameliyat bölgesine göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Ölçüm zamanları	Batın	Boyun	Meme	KW	P
	(n=58)	(n=9)	(n=13)		
	X±SD	X±SD	X±SD		
Ameliyat öncesi gece					
Durumluluk anksiyete	37.24±3.87	40.44±7.23	36.15±2.37	2.83	0.242
Süreklilik anksiyete	44.17±4.64	47.11±7.99	46.38±3.54	3.81	0.148
Ameliyat öncesi sabah(VAS)					
Ağrı	2.93±2.29	1.00±1.32	1.38±1.33	45.86	0.002
Anksiyete	8.65±1.87	7.67±3.12	8.15±3.44	40.63	0.300
Ameliyat sonrası(VAS)					
Kliniğe geldiği ilk andaki ağrı	9.76±0.51	9.44±0.53	9.62±0.51	43.05	0.085
Kliniğe geldiği ilk andaki anksiyete	8.34±1.19	7.67±2.00	8.00±1.73	42.07	0.440
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.40±0.95	8.33±0.50	7.54±1.56	43.34	0.108
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.34±1.31	7.11±2.20	7.00±1.96	40.73	0.974
Mobilizasyon sırasında ağrı	7.90±1.17	7.56±1.33	7.23±1.24	43.26	0.146
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.48±1.40	6.78±1.72	6.38±2.02	44.19	0.043
İkinci gün sabah ağrı	6.05±1.15	5.33±0.86	5.23±1.79	44.48	0.024
İkinci gün sabah anksiyete	4.67±1.21	3.89±2.09	4.15±1.57	42.47	0.439
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.88±1.17	5.11±0.93	5.15±1.77	44.10	0.046
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.45±1.13	3.67±2.00	3.77±1.70	42.92	0.288
Üçüncü gün sabah ağrı	4.67±1.29	3.78±1.20	3.69±1.44	45.01	0.015
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.36±1.22	2.78±1.64	2.54±1.56	43.41	0.154
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	4.24±1.25	3.11±1.62	3.31±1.44	44.91	0.017
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	3.00±1.21	2.33±1.73	2.23±1.59	43.38	0.167

Tablo 10'da hastaların ameliyat öncesi ve sonrası ameliyat bölgesine göre durumluluk, süreklilik anksiyete ve VAS ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi boyun ameliyatı olan hastaların durumluluk ve süreklilik anksiyete puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek bulundu ancak, gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptandı ($p>0.05$). Ameliyat sabahı VAS'a göre ağrı ve anksiyete ortalama puanlarına bakıldığında ise, batin ameliyatı olacak hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerinin diğerlerinden daha yüksek olduğu ve anksiyete ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), ancak ağrı ortalama puanlarının anlamlı olduğu ($p>0.05$) belirlendi Ameliyat sonrası dönemde de batin ameliyatı olmuş hastaların tüm ölçüm zamanlarında ağrı ve anksiyete ortalama puanlarının diğer bölge ameliyatı olan hastalara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu($p>0.05$).

Tablo 11. Hastaların ameliyatında ertelenme olup olmamasına göre anksiyete ve ağrı düzeyi ortalama puanlarının karşılaştırılması

Ölçüm zamanları	Var (n=17) X±SD	Yok(n=63) X±SD	t	P
Ameliyat öncesi gece				
Durumluluk anksiyete	37.35±5.14	37.44±4.05	0.43	0.519
Süreklilik anksiyete	44.94±4.20	44.84±5.25	1.66	0.780
Ameliyat öncesi sabah(VAS)				
Ağrı	1.71±1.40	2.67±2.33	1.619	0.109
Anksiyete	8.35±2.34	8.49±2.34	0.217	0.828
Ameliyat sonrası(VAS)				
Kliniğe geldiği ilk an ağrıdaki	9.71±0.47	9.70±0.53	0.053	0.958
Kliniğe geldiği ilk andaki anksiyete	8.35±1.62	8.17±1.34	0.466	0.643
Kliniğe geldiği ilk 6 saat ağrı	8.35±0.61	8.22±1.17	0.443	0.659
Kliniğe geldiği ilk 6 saat anksiyete	7.53±1.62	7.20±1.50	0.812	0.419
Mobilizasyon sırasında ağrı	8.35±0.61	7.59±1.28	2.390	0.019
Mobilizasyon sırasında anksiyete	7.59±1.54	7.13±1.60	1.062	0.292
İkinci gün sabah ağrı	6.06±0.66	5.78±1.40	0.803	0.424
İkinci gün sabah anksiyete	4.59±1.23	4.48±1.45	0.292	0.771
İkinci gün öğleden sonra ağrı	5.95±0.83	5.60±1.39	0.958	0.341
İkinci gün öğleden sonra anksiyete	4.47±1.23	4.19±1.40	0.749	0.456
Üçüncü gün sabah ağrı	4.82±0.88	4.30±1.44	1.417	0.161
Üçüncü gün sabah anksiyete	3.53±0.94	3.06±1.44	1.264	0.210
Üçüncü gün öğleden sonra ağrı	4.24±1.15	3.89±1.44	0.916	0.362
Üçüncü gün öğleden sonra anksiyete	3.06±1.30	2.73±1.38	0.881	0.381

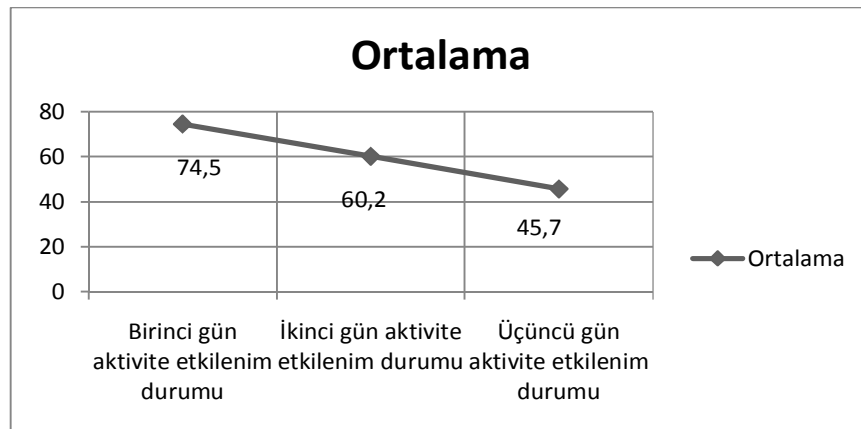
Tablo11'de hastaların ameliyatında ertelenme olup olmasına göre durumluluk, süreklilik anksiyete ve VAS ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanları verilmiştir. Tablo değerlendirildiğinde ameliyatında ertelenme olmayan hastaların durumluluk, ertelenme olanların ise süreklilik anksiyete puanları yüksek bulundu. VAS ağrı ve anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında ise ameliyatında ertelenme olanların ağrı ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu fakat arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz bulunduğu görülmektedir($p>0.05$).

Tablo 12. Hastaların ameliyat sonrası üç gün aktivite durumu etkilenme düzeyi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ameliyat sonrası aktivite durumu etkilenme düzeyi			
Günler	X±SD	X ²	P
Birinci gün	74.5±13.4		
İkinci gün	60.2±16.1	160	0.001
Üçüncü gün	45.7±17.4		

Tablo 12’de hastaların ameliyat sonrası aktivite etkilenme düzeyi toplam puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların ameliyat sonrası birinci, ikinci ve üçüncü gün aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu bulundu ($X^2=160$, $p=0.001$). Puanlar ikiyeşerli olarak karşılaştırıldıklarında birinci gün ile ikinci gün, birinci gün ile üçüncü gün, ikinci gün ile üçüncü gün arasındaki fark önemli bulundu ($p=0.001$).

Grafik 1. Ameliyat sonrası üç gün aktivite etkilenme düzeyi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması



Tablo 13. Ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki korelasyon

Ölçüm zamanları	<i>r</i>	<i>P</i>
Birinci gün		
Kliniğe geldiği an	0.22	0.046
Altı saat sonra	0.23	0.043
Mobilizasyon sırasında	0.06	0.564
İkinci gün		
Sabah	0.32	0.004
Öğleden sonra	0.36	0.001
Üçüncü gün		
Sabah	0.30	0.007
Öğleden sonra	0.32	0.004

Tablo 13’de ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki korelasyon görülmektedir. Tablo incelendiğinde hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin ameliyat sonrası yaşanan ağrı ile birinci gün oldukça düşük düzeyde, ikinci ve üçüncü günlerde zayıf düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.

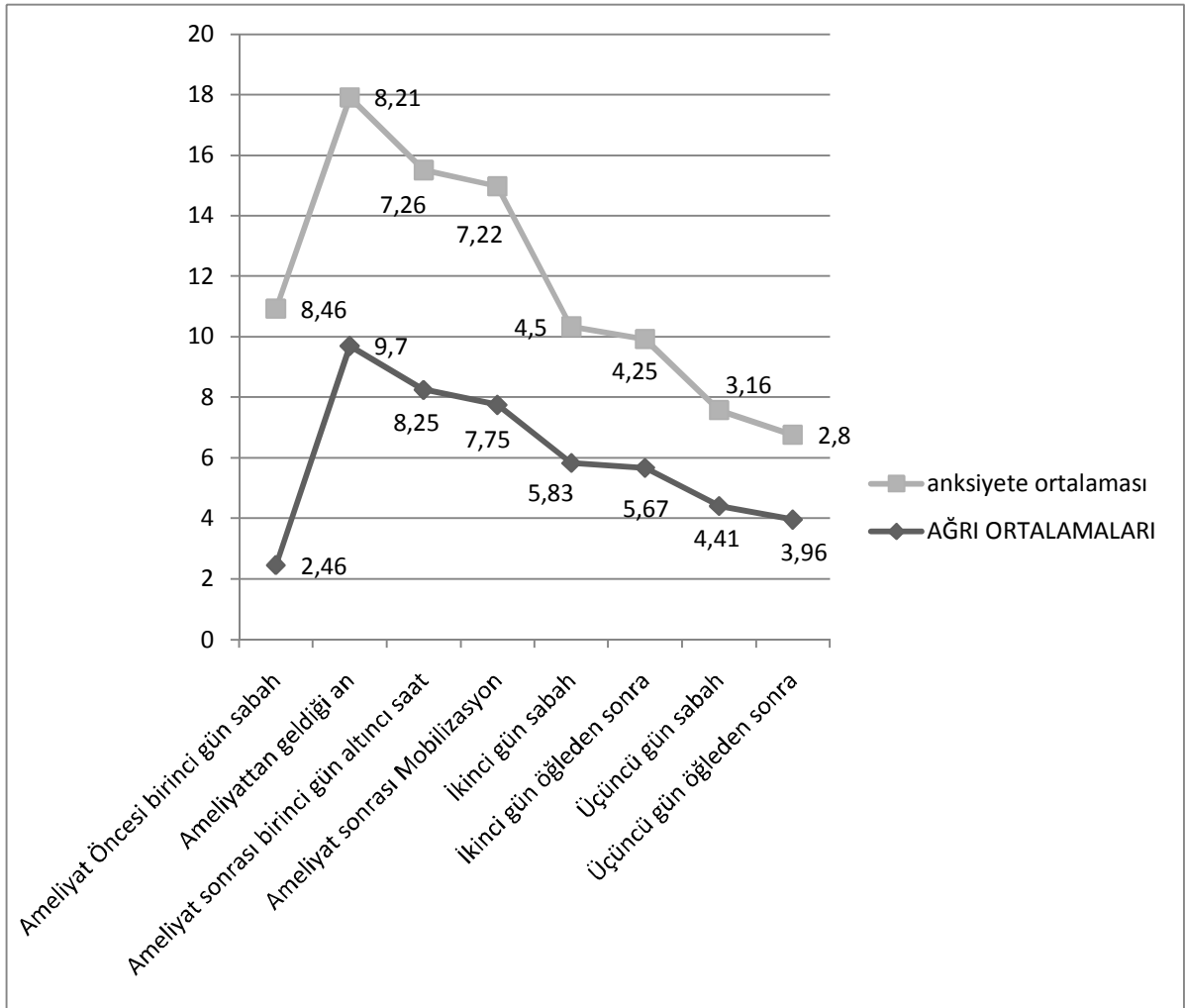
Tablo 14. Hastaların ameliyat önce ve ameliyat sonrası farklı zamanlarda VAS ile ölçülen ağrı ve anksiyete düzeyleri ortalama puanlarının karşılaştırılması

Ölçüm zamanları	Ağrı	Anksiyete	<i>t</i>	<i>p</i>
	X±SD	X±SD		
Ameliyat öncesi sabah	2.46±2.19	8.46±2.32	-19.806	0.000
Ameliyattan kliniğe geldiği an	9.70±0.51	8.21±1.39	9.855	0.000
Ameliyat sonrası I. gün altıncı saat	8.25±1.07	7.26±1.52	5.711	0.000
Ameliyat sonrası I. gün mobilizasyon sırasında	7.75±1.20	7.22±1.59	2.801	0.006
Ameliyat sonrası II. gün sabah	5.83±1.27	4.50±1.39	8.409	0.000
Ameliyat sonrası II. gün öğleden sonra	5.67±1.29	4.25±1.36	9.590	0.000
Ameliyat sonrası III. gün sabah	4.41±1.35	3.16±1.35	8.252	0.000
Ameliyat sonrası III. gün öğleden sonra	3.96±1.38	2.80±1.36	8.017	0.000
X²	504.60	502.32		
P	0.001	0.001		

Tablo 14’ de ve grafik’ 2 de hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası farklı zamanlarda ölçülen ağrı ve anksiyete düzeyleri ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların ameliyat önce ve ameliyat sonrası ağrı düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir ($X^2=504.60$, $p=0.001$). VAS değerleri ikiyeşerli olarak birbiriyle karşılaştırıldığında birinci ölçümle diğer tüm ölçümler, ikinci ölçümle diğer tüm ölçümler, üçüncü ölçümle diğer tüm ölçümler, dördüncü ölçümle diğer tüm ölçümler, beşinci ölçümle diğer tüm ölçümler, altıncı ölçümle diğer tüm ölçümler, yedinci ölçümle diğer tüm ölçümler, sekizinci ölçümle diğer tüm ölçümler arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($p=0.001$).

Tabloda görüldüğü gibi hastaların farklı zamanlarda ölçülen anksiyete düzeyi ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($X^2=502.32$, $p=0.001$). Anksiyete VAS değerleri ikişerli olarak birbiriyle karşılaştırıldığında birinci ölçümle diğer tüm ölçümler, ikinci ölçümle diğer tüm ölçümler, üçüncü ölçümle diğer tüm ölçümler, dördüncü ölçümle diğer tüm ölçümler, beşinci ölçümle diğer tüm ölçümler, altıncı ölçümle diğer tüm ölçümler, yedinci ölçümle diğer tüm ölçümler, sekizinci ölçümle diğer tüm ölçümler arasındaki fark önemli bulundu ($p=0.001$).

Grafik 2. Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası farklı zamanlarda VAS ile ölçülen ağrı ve anksiyete düzeyi puan ortalamaları



Tablo 15. Hastaların anketler uygulanmadan önce ve sonra yaşam bulgusu değerleri ortalamalarının karşılaştırılması

	Vücut ısısı		Nabız		Solunum		Sistolik kan basıncı		Diastolik kan basıncı	
	Anket uygulanmadan önce ve sonra yaşam bulgusu değerleri									
Ölçüm zamanları	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Preop	36.3±0.3	36.3±0.22	74.4±5.5	75.8±5.97	20.7±1.3	21.0±1.00	113.6±14.4	115.88±16.2	68.4±6.5	73.62±8.30
Sabah	36.3±0.3	36.3±0.23	79.0±6.9	81.8±7.23	22.0±1.3	22.2±1.02	124.5±16.1	128.12±14.7	76.4±9.4	79.62±7.86
Postop 1. gün	36.9±0.4	37.0±0.39	78.2±6.3	79.2±6.69	22.2±1.4	22.4±1.39	121.0±14.1	120.62±12.8	72.5±7.0	74.00±6.28
Postop 2. gün	36.7±0.4	36.7±0.29	75.1±6.1	76.2±6.84	21.8±1.1	21.6±1.18	116.0±12.6	115.00±12.5	72.0±6.2	71.75±5.68
Postop 3 gün	36.5±0.3	36.5±0.27	74.8±6.2	74.6±6.61	21.7±0.9	21.5±0.97	112.6±11.5	112.75±10.7	71.6±6.0	72.25±6.55
Friedman	86.39	140.89	26.71	51.10	24.47	25.64	47.18	57.37	19.61	19.87
P	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

Tablo 15’de hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anketler uygulanmadan önce ve sonra yaşam bulgusu değerleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde, vücut ısısı değerleri arasında ölçümler arası farklılık önemli bulundu. Ölçüm değerleri ikişerli olarak karşılaştırıldığında birinci ölçüm ile ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci ölçümler ve diğer tüm ölçümler arasındaki fark önemli bulundu ($p<0.05$). Solunum değerleri arasında birinci ölçümle tüm ölçümler, üçüncü ölçüm ile dördüncü ve beşinci ölçüm arasındaki fark önemli bulunurken ($p<0.05$), diğer ölçümler önemsiz bulundu. Nabız değerleri arasında birinci ölçüm ile ikinci ölçüm, birinci ölçümle üçüncü ölçüm, ikinci ölçümle üçüncü ölçüm, ikinci ölçümle dördüncü ölçüm, üçüncü ölçüm ile dördüncü ölçüm, üçüncü ölçümle beşinci ölçüm arasındaki fark önemli bulunurken), diğer ölçümler arası fark önemsiz bulundu. Sistolik kan basıncı değerleri arasında, birinci ölçüm ile ikinci ve üçüncü ölçümler, ikinci ölçümle üçüncü, dördüncü ve beşinci ölçümler, üçüncü ölçüm ile dördüncü ve beşinci ölçümler, dördüncü ölçüm ile beşinci ölçüm arasındaki fark önemli bulunurken diğer ölçümler arası fark önemsiz bulundu. Diyastolik kan basıncı değerleri arasında, birinci ölçüm ile diğer tüm ölçümler, ikinci ölçüm ile diğer tüm ölçümler arası fark önemli bulunurken ($p<0.05$), diğer tüm ölçümler arasındaki fark önemsiz bulundu.

VIII. TARTIŞMA

Anksiyete ve ağrı subjektif bir deneyimdir ve cerrahi hastaları için hala önemli klinik etkileri olan bir problemdir. Bu çalışma kapsamında yer alan hastaların yaş ortalaması 51.40 ± 14.23 olup çoğunluğu kadın hastalardı. Çalışmada hastaların preoperatif dönem gece süreklilik anksiyete düzeyi ortalama puanı orta düzeyin üstünde (44.86 ± 5.03) ve durumluluk anksiyete ortalama puanı orta düzeyin altında (37.43 ± 4.28) bulundu. Ayrıca ameliyat sabahı hastaların anksiyete düzeyi ortalama puanının yüksek, ağrı düzeyi ortalama puanının oldukça düşük olduğu belirlendi. Cerrahi iyileşmede anksiyetenin rolü 1958'lerde incelenmiştir. Günümüzde hala hastalar çeşitli nedenlerle preoperatif ve postoperatif dönemde anksiyete yaşamaktadır. Ameliyat olacak hastalar için cerrahi girişimin büyüklüğü ya da küçüklüğü, planlı ya da acil olmasıyla doğrudan ilgili olmadan yaşanan en yaygın sorun anksiyetedir. Preoperatif dönemde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmaması, kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak ameliyatın tipi etkilemektedir. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada (Mitchell 2011) hastaların %82.4'ünün ameliyatı bekleme, anestezi ve ağrı nedeni ile cerrahi günü anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Hastada, preoperatif dönemde hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesi, organ ve doku kaybı korkusu anksiyeteye neden olabilir. Bu anksiyete, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur. Bu çalışmada preoperatif dönemde hastaların anksiyete düzeyinin yüksek olması bu nedenlere bağlanabilir.

Postoperatif dönemde ise hastaların birinci gün ameliyattan geldikten sonra ağrı ve anksiyete düzeyinin oldukça yüksek olduğu, ilerleyen günlerde deneyimledikleri ağrı ve anksiyete düzeyinin azaldığı ve bu iki parametre arasında doğrusal yönde korelasyon olup bu korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Cerrahi girişim nedeniyle az ağrı yaşayan hastaların daha az anksiyöz hastalar olduğu bildirilmektedir (Carr ve ark. 2004). Bu konuda Vaughn ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada da bu çalışmanın bulgularına paralel şekilde preoperatif anksiyete ve postoperatif ağrı arasında doğrusal yönde korelasyon olduğu bulunmuştur.

Literatürde, anksiyete ve ağrı arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları belirtilmektedir (Kuğuluoğlu 2006.). Anksiyetenin akut ağrı ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda, cerrahi girişim öncesi dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların cerrahi girişim sonrası dönemde yoğun ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Frick ve ark. 2007, Yavuz 2006, Çeliker 2005).

Çalışmamızda hastaların postoperatif dönemde birinci gün anksiyete düzeyi yüksek iken daha sonraki günlerde düştüğü görüldü. Bu sonuç ağrının azalması ve mobilize olması nedeniyle iyileşme duygusu yaşamasından kaynaklanmış olabilir. Aslan ve arkadaşları (1997) ve Alçalar (1996) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer şekilde preoperatif dönemde yüksek olan anksiyetenin postoperatif dönemde azaldığı saptanmıştır. Bu bağlamda çalışmamızın sonucu literatür ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların durumluluk anksiyete ortalama puanının cinsiyete göre değişmediği fakat süreklilik anksiyete ortalama puanının kadınlarda, erkeklerden daha yüksek olduğu bulundu. Mitchell (2011) cerrahi günü kadın hastaların anksiyete düzeyini yüksek bulmuştur. Sinir sistemi cerrahisi yapılacak hastalarla yapılan bir çalışmada da (Perks ve ark. 2009) çalışmamızın bulgusuna benzer şekilde kadın hastaların anksiyete düzeyinin erkek hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada da kadın hastaların preoperatif anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini incelemek üzere yapılan bir başka çalışmada da (Erdem ve arkadaşları 2011) preoperatif dönemde kadınların anksiyete ortalama puanının erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da (Moerman ve ark. 1996, Hashimoto ve ark. 1993) preoperatif dönemde yaşanan anksiyetenin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda erkek hastaların ağrı ortalama puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu görüldü. Ağrı da cinsiyet farkı genetik, psikolojik, anatomik, nöral, hormonal, yaşam tarzı ile ilgili olup kültürel farklılıklardan doğmaktadır. Kadınlar yaşamlarında ağrıya daha çok maruz kalmakla birlikte, ağrı tedavisine ve ağrı ile baş etmeye daha yatkın oldukları bildirilmektedir.

Toplumsal, epidemiyolojik çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla, daha sık, vücudun daha çok bölgesinde ve daha uzun süren ağrı bildiriminde bulduklarını göstermektedir (Şahin 2004).

Çoğunluğunu ilköğretim mezunu hastaların oluşturduğu bu çalışmada hastaların eğitim durumu ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak fark önemsiz bulundu ($p>0.05$). Kyohara ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızın bulguları ile paralel şekilde hastaların eğitim durumunun anksiyete düzeyini etkilemediğini saptamıştır. Ancak Aykent ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada da düşük eğitim düzeyine sahip hastaların anksiyete düzeyinin yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Bu çalışma kapsamında yer alan hastaların ameliyatında ertelenme olup olmamasına göre durumluluk ve süreklilik anksiyete ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$). Çalışmadan elde edilmiş bu sonuç, hastaların çoğunluğunun ameliyat deneyimi olmasından ve ameliyatında ertelenme olan hasta sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. 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 (Scott 1994). Bu bilgiye paralel şekilde Kocaman ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışmada ilk kez ameliyat olacak hastaların daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Bir başka çalışmada (Scott 1994) hastaların %45'inin tekrar ameliyat olma durumunda ağrıdan korkacaklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise, (Baruk ve Güler 1999) ameliyat ve ağrı deneyimi ile postoperatif ağrı düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır.

Ameliyatın küçük, orta ya da büyük olması preoperatif anksiyeteyi etkiler. Bu konuda yapılan çalışmalarda (Yılmaz ve ark. 2011, Caumo 2001) orta cerrahi girişimin preoperatif anksiyete düzeyini arttırdığı bulunmuştur. Bu çalışmada boyun ameliyatı geçirecek hastaların ameliyat öncesi gece durumluluk anksiyete düzeyi batın ve meme ameliyatı geçirecek hastalardan yüksek bulunurken, VAS ölçeğine göre ameliyat sabahı batın ameliyatı geçirecek hastaların anksiyete düzeyinin yüksek olduğu bulundu.

Kayhan (2003) tarafından STAI ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada da herni planlanan hastaların puanı 37.42 ± 1.11 iken, kolesistektomi planlanan hastaların puanı 39.25 ± 0.90 ve tiroidektomi planlanan hastaların puanı 41.32 ± 1.40 olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların %63.8'sinin kliniğe yatışta %46.2'sinin preoperatif dönemde ağrısının olduğu, hastaların kliniğe yatışta ve preoperatif dönemde ağrısı olup olmamasına göre durumluluk ve süreklilik anksiyete ortalama puanları arasında farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Bilindiği gibi birçok cerrahi hastasında ameliyat sonrası anestezi bakım ünitesinden ayrıldıktan sonra kliniğe geldiği ilk saatlerde şiddetli ağrı gelişir ya da anesteziden şiddetli ağrı ile uyanır. Şiddetli postoperatif ağrının ameliyat öncesi tahmin edilmesi için yapılmış bir çalışmada (Kalkman ve ark. 2003) genç yaş, kadın cinsiyeti, preoperatif ağrı düzeyi, insizyon alanı ve cerrahi tipinin postoperatif ağrı şiddetinin belirleyicileri olduğu saptanmıştır.

Hastalar ameliyat sonrası analjezik kullanma durumlarına göre incelendiğinde birinci gün %100'üne, ikinci gün %92.5'ine, üçüncü gün %68.8'ine analjezik uygulandığı görüldü. Bu hastalarda kullanılan analjezik türüne bakıldığında %98,8'ine ameliyat sonrası ilk saat narkotik analjezik uygulandığı görüldü. Hastaların birinci gün şiddetli ağrısı olması ve ilerleyen günlerde doku iyileşmesine bağlı olarak ağrının azaldığı ve analjezik kullanma oranının da buna paralel olarak düştüğü görüldü. Postoperatif ağrı, cerrahi travma nedeniyle meydana gelen doku yıkımı ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan, iatrojenik, çoğunlukla lokalize ve göreceli olarak kısa süreli, cerrahi travma derecesi, insizyon tipi ve genişliği ile de yakından ilişkili akut bir ağrı şeklinde tanımlanmaktadır (Hader ve Guy, 2004). Yıldız (1999) ameliyat sonrası dönemdeki hastaların %70'inin ameliyattan çıktığı gün sürekli ağrısının olduğunu, dördüncü günde sürekli ağrı ifade eden hastanın olmadığını belirlemiştir. Bir çalışmada (Puntillo ve Weis 1994) batın operasyonlarının kardiyovasküler operasyonlardan daha ağrılı olduğu, bir başka çalışmada (Aslan 1997) da üst abdomen operasyonu geçiren hastaların, alt abdomen operasyonu geçirenlere göre ağrı ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun uygulanan ağrı kesici ilacın ağrısını hafiflettiği, %36.2'sinin ilave analjezik istediği, ilave ağrı kesici isteyen hastalara ağrı ifadesi ile analjezik yapılması arasında 2-5 dk geçtiği belirlendi. Literatürde hastaların postoperatif dönemde yaşanan ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların yaklaşık olarak hala %50-80 oranında orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (Pogatzki-Zahn 2007). Ağrı konusunda yapılan bir çalışma (Yılmaz ve Gürler 2011) hemşirelerin postoperatif dönemde hastanın ağrısını gidermede farmakolojik yöntemleri kullandıkları ve hastaların bu uygulamadan memnun olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da hemşirelerin ağrı ifade eden hastalara kısa sürede ağrı kesici yapması, postoperatif ilk üç-dört gün ağrı giderme ile ilgili standart bir uygulamanın olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hastaların postoperatif dönemde aktivite durumunun etkilenme düzeyi incelendiğinde birinci gün en fazla üçüncü gün ise en az etkilendiği ve günler arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Bilindiği gibi hastalar ameliyat sonrası birinci gün yaşadıkları şiddetli ağrıya bağlı olarak aktivitelerini sınırlar. Daha sonraki günlerde ise, doku iyileşmesi sonucu bir komplikasyon gelişmezse ağrı düzeyi de azalır. Bir çalışmada (Özer ve Bölükbaş 2000) postoperatif dönemde hastaların yaşadığı ağrı nedeni ile hastaların %73.85'inin hareketsizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Yılmaz ve Gürler (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, postoperatif dönemde hastaların yaşadıkları ağrı nedeniyle %96.4'ünün öksürme, %78.3'ünün hareket etme ve %46.7'sinin soluk alma sırasında zorlandıkları bulunmuştur. Büyükyılmaz ve Aştı (2005) tarafından ağrıyı arttıran durumlara ilişkin hasta ifadelerinin incelendiği çalışmada, hastaların %78.7'sinin hareket etmenin ağrıyı arttırdığını ifade ettikleri saptanmıştır. Çalışmalardan elde edilmiş bu bulgular, bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların yaşam bulgusu değerleri incelendiğinde preoperatif dönemde ameliyat gecesine göre ameliyat sabahı hastaların nabız, solunum ve kan basıncı değerlerinin yükseldiği belirlendi. Bu yükselme hastanın yaşadığı anksiyete ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Postoperatif dönemde birinci gün yaşam bulgularının tüm değerlerinin yüksek olduğu ve ikinci ve üçüncü gün değerlerin tekrar normale dönmeye başladığı saptandı.

Bilindiği gibi yaşam bulguları bedendeki anksiyete/cerrahi stres tepkisinin objektif göstergeleridir. Bu bağlamda hastaların yaşam bulgularının cerrahi stres tepkisi nedeni ile yükseldiği ve bedenin homeostazisi yeniden sağlamaya başlaması ile tekrar preoperatif dönemdeki değerlerine dönmeye başladığı söylenebilir.

Birey kendisi için cerrahi gibi bir tehdit (stressor) algıladığında stres tepkisi başlar. Stressor, bedenin denge durumunu bozmaya yöneliktir. Ancak beden buna karşılık stres tepkisi ile denge durumunu korumayı amaçlar. Stres tepkisi santral sinir sistemi ve endokrin sistemlerce başlatılır. Bu sistemlerin aktivasyonu ile hipofiz ve adrenal gland devreye girer. Stres süresince sempatik sinir sistemi aracılığı ile kan akımına adrenal gland medullasından katekolaminler (Epinefrin, Norepinefrin ve dopamin) karışır. Adenohipofiz glandından kortikotropin (ACTH), arka hipofiz glandından da antidiüretik hormon (ADH) salgılanır. Norepinefrin, stres boyunca, vazokonstriksiyon yaparak kan basıncını yükseltir. Epinefrinin, bazı etkileri Norepinefrin ile aynıdır, ancak epinefrinin kardiyak olaylar üzerine daha büyük bir etkisi vardır. Epinefrin kardiyak debiyi ve kan basıncını artırır. Katekolaminler aynı zamanda bronş düz kaslarını gevşeterek oksijenasyonu artırır. Nörohipofizden salınan antidiüretik (ADH) hormon ve adrenal korteksten aldosteron salınımı ile bedende Na^+ ve su tutulması gerçekleşir. Tüm bunların sonucunda kan basıncı ve kalp atım hızı ve kasılma gücü ve solunum artar. Stresin bitimi ile inaktivasyon gerçekleşir ve kortizol, katekolamin sekresyonlarının başlangıç değerlerine dönmesi ile yaşam bulguları da başlangıç değerlerine döner.

Bu konuda yapılan çalışmalarda (Buldukoğu ve Atalay 1990) preoperatif dönemde anksiyete yaşayan bireylerde kalp atım ve solunum hızında artış, kan basıncında yükselme gibi belirtilerin gözlemlendiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak orta düzey ameliyat olan hastaların yaşadıkları anksiyete ve ağrı arasında ilişki olduğu bulundu ve Bu sonuca göre ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile ameliyat sonrası ağrı arasında ilişki vardır (H_0) hipotezi kabul edilmiştir.

IX. SONUÇLAR

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Bu çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 51.40 ± 14.23 (min=20, max=80) olarak belirlendi. Hastaların %60'ının (n=48) kadın, %40'ının (n=32) erkek, %47.4'ünün ilköğretim mezunu (ilkokul ve ortaokul), %55'inin kentte, %72.5'inin batin ameliyatı, %55.0'minin ameliyat deneyimi, %78.8'inin ameliyatında ertelenme bulunmadığı, %48.8 'inin kolesistektomi ameliyatı olduğu bulundu (**Tablo 1**).
2. Bu çalışmada hastaların %61.2'sinin ameliyat deneyimi bulunduğu, %90.0'minin ağrı yaşadığında ağrı kesici kullandığı, %63.8'inin kliniğe yattıklarında, %46.2'sinin ameliyat öncesi ağrısının olduğu, ameliyat sonrası birinci gün %100.0'ünün, ikinci gün %92.5, üçüncü gün %68.8'inin analjezik uygulanmasını istedikleri, ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı durumunda %98.8'ine narkotik analjezik uygulandığı bulundu (**Tablo 2**).
3. Çalışmada hastaların %97.5' inin verilen ağrı kesicinin ağrısını hafiflettiği,% 36.2'sinin ilave analjezik istediği, %69.9'una ağrı ifadesi ile analjezik yapılması arasında geçen sürenin 2-5dk olduğu ve hastaların %55.0'minin hastaneye yatış ile ameliyat gününe kadar geçen sürenin 1-3 gün olduğu bulundu (**Tablo3**).
4. Hastaların süreklilik anksiyete düzeyi ortalama puanının 44.86 ± 5.03 , durumluluk anksiyete düzeyi ortalama puanının 37.43 ± 4.28 olduğu saptandı (**Tablo 4**).
5. Bu çalışmada durumluluk anksiyete puanları ile cinsiyet arasında fark anlamlı bulunmadı. (p=0.546). Ancak kadınların süreklilik anksiyete puanının erkeklerden daha yüksek olduğu bulundu (p=0.004). (**Tablo5**).
6. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile durumluluk ve süreklilik anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0.05) (**Tablo 6**).

7. Çalışmada hastaların yerleşim yerlerine göre durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldıklarında arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 7**).
8. Çalışmada hastaların ameliyat öncesi dönemde kliniğe yatışta ağrısı olup olmamasına göre ağrı puanları karşılaştırıldıklarında kliniğe yatışta ağrısı olan hastaların durumluluk, olmayanların süreklilik anksiyetesi yüksek bulundu. Ameliyat öncesi sabah VAS ağrı ve anksiyete puanları karşılaştırıldığında ise kliniğe yatışta ağrısı olan hastaların olmayanlara göre ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanının daha yüksek olduğu gruplar arasında fark önemli bulundu ($p>0.05$). Ameliyat sonrası dönemde kliniğe yatışta ağrısı olan hastaların tüm ölçüm zamanlarında ağrı ve anksiyete düzeyi ortalama puanlarının kliniğe yatışta ağrısı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu, ve kliniğe geldiği andaki ağrı, ilk 6 saatteki ağrı ve anksiyete, mobilizasyon sırasındaki ağrı arasında farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ancak diğer tüm zamanlarda kliniğe yatışta ağrısı olan ve olmayan hastalar arasında ağrı ve anksiyete yönünden farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (**Tablo 8**)
9. Bu çalışmada hastaların kliniğe yatışta ve ameliyat öncesi ağrısı olup olmamasına göre durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldıklarında farkın önemsiz olduğu bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 9**).
10. Araştırmaya katılan hastaların ameliyat bölgesine göre durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldıklarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 10**).
11. Çalışmamızda hastalar ameliyatlarında ertelenme olup olmadığına göre durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldıklarında aralarındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 11**).
12. Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası birinci, ikinci ve üçüncü gün aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu bulundu ($X^2=160$, $p=0.001$). Puanlar ikişerli olarak karşılaştırıldıklarında birinci gün ile ikinci gün, birinci gün ile üçüncü gün, ikinci gün ile üçüncü gün arasındaki fark önemli bulundu (**Tablo 12**).

13. Çalışmamızda hastaların ameliyat önce ve ameliyat sonrası ağrı düzeyleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2=504.60$, $p=0.001$). VAS değerleri ikişerli olarak birbiriyle karşılaştırıldığında 1. ölçümle diğer tüm ölçümler, 2. ölçümle diğer tüm ölçümler, 3. ölçümle diğer tüm ölçümler, 4. ölçümle diğer tüm ölçümler, 5. ölçümle diğer tüm ölçümler, 6. ölçümle diğer tüm ölçümler, 7. ölçümle diğer tüm ölçümler, 8. ölçümle diğer tüm ölçümler arasındaki farkın önemli olduğu bulundu (**Tablo 13**).
14. Çalışmamızda hastaların farklı zamanlarda ölçülen anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($X^2=502.32$, $p=0.001$). Anksiyete VAS değerleri ikişerli olarak birbiriyle karşılaştırıldığında 1. ölçümle diğer tüm ölçümler, 2. ölçümle diğer tüm ölçümler, 3. ölçümle diğer tüm ölçümler, 4. ölçümle diğer tüm ölçümler, 5. ölçümle diğer tüm ölçümler, 6. ölçümle diğer tüm ölçümler, 7. ölçümle diğer tüm ölçümler, 8. ölçümle diğer tüm ölçümler arasındaki fark önemli bulundu (**Tablo 14**).
15. Çalışmamızda hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anketler uygulanmadan önce ve sonra yaşam bulgusu değerlerine bakıldığında vücut ısısı değerleri arasında ölçümler arası farklılık önemli bulundu. Ölçüm değerleri ikişerli olarak karşılaştırıldığında birinci ölçüm ile ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci ölçümler ve diğer tüm ölçümler arasındaki fark önemli bulundu ($p<0.05$). Solunum değerleri arasında birinci ölçümle tüm ölçümler, üçüncü ölçüm ile dördüncü ve beşinci ölçüm arasındaki fark önemli bulunurken ($p<0.05$), diğer ölçümler önemsiz bulundu. Nabız değerleri arasında birinci ölçüm ile ikinci ölçüm, birinci ölçümle üçüncü ölçüm, ikinci ölçümle üçüncü ölçüm, ikinci ölçümle dördüncü ölçüm, üçüncü ölçüm ile dördüncü ölçüm, üçüncü ölçümle beşinci ölçüm arasındaki fark önemli bulunurken), diğer ölçümler arası fark önemsiz bulundu. Sistolik kan basıncı değerleri arasında, birinci ölçüm ile ikinci ve üçüncü ölçümler, ikinci ölçümle üçüncü, dördüncü ve beşinci ölçümler, üçüncü ölçüm ile dördüncü ve beşinci ölçümler, dördüncü ölçüm ile beşinci ölçüm arasındaki fark önemli bulunurken diğer ölçümler arası fark önemsiz bulundu. Diyastolik kan basıncı değerleri arasında, birinci ölçüm ile diğer tüm ölçümler, ikinci ölçüm ile diğer tüm ölçümler arası fark önemli bulunurken ($p<0.05$), diğer tüm ölçümler arasındaki fark önemsiz bulundu (**Tablo 15**)

X. ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre ameliyat öncesi dönemde anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Bu sonuca göre;

- Preoperatif dönemde hastaların anksiyete düzeyini azaltacak hemşirelik girişimlerin (preoperatif öğretim, sosyal destek gibi) planlanması,
- Hemşirelerin preoperatif dönemde hastaların yaşadığı anksiyetenin azaltılması için preoperatif öğretimin önemi konusunda farkındalıklarının artırılması için programların düzenlenmesi,
- Hemşirelerin postoperatif dönemde hastaların yaşadığı ağrıyı rahatlatmaya yönelik farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemleri uygulaması,
- Hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı durumlarının en iyi şekilde tanıyarak gerekli girişimleri uygulayabilmesi için, ağrı ölçekleri kullanılması, buna uygun hemşirelik gözlem formları oluşturulması ve böylece doğru analjeziğin doğru zamanda yapılması ve gereğinden fazla ağrı kesici kullanılmasının önüne geçilmesi,
- Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin preoperatif ve postoperatif dönem hasta bakım kalitesinin artırılması için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Çalışmanın daha geniş bir popülasyonda tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Alçalar N (1996) Organ kaybının psikiyatrik ve psikososyal yönleri. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi (30 Ekim-1 Kasım 1996, İstanbul) Tam Metin Kitabı. İstanbul.
- 2- Algier L (1998) Ağrının yaygın olmayan yöntemlerle hafifletilmesi. Türk Hemşireler Dergisi. 37(4): 31-34.
- 3- Amata AO, Samaroo LN, Monplaisir SN (1999) Pain control after major surgery. East Afr Med J. 76(5): 269-71.
- 4- Aslan E.F (1997) Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. Türk Hemşireler Dergisi. 47(6): 3-8.
- 5- Aslan E.F (2002) Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6(1): 52.
- 6- Aslan E.F (2005) Akut ağrı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2(1): 24-32.
- 7- Aslan E.F (1998) Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara, s.178-186.
- 8- Aslan E.F, Badır A (2005) Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı. 17:2 sf; 41-42.
- 9- Aslan E.F (2006) Postoperatif ağrı. Ağrı Doğası ve Kontrolü, 1. Baskı, Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti. İstanbul. s: 159-90.
- 10-Aslan F, Olgun N, Candan S (1997) Efektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Hemşire Dergisi. 47: 18-21.
- 11-Aştı T (2000) Fiziksel aktivitesi bozulan yaşlı bireylerde hemşirelik girişimleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi. 12(46): 66-74.
- 12- Avis M, Bond M, Arthur A (1995) Exploring patient satisfaction with out-patient services. Journal Of Nursing Management. 3(2): 59-65.
- 13-Ay F (2007) Kuram nedir? Hemşirelik ile ilgili kuramlar ve hemşire teorisyenler. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Editör: F.Akça Ay, 1.baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. 19-30.

- 14-Aykent R (2001) Hastalar arasında anestezinin imajı, anesteziye bağı endişe nedenleri ve preoperatif anksiyete değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Samsun.
- 15-Ayoğlu T (2003) Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- 16-Bachiooco V, Morselli A.M, Carli G (1993) Self-control expectancy and postsurgical pain: relationships to previous pain behaviour in past pain, familial pain tolerance models and personality. J Pain Symptom Manage. 8(4):205-214.
- 17-Bardiau F.M, Taviaux N.F, Albert A, Boogaerts J.G, Stadler M (2003) An intervention study to enhance postoperative pain management. Anesthesia and Analgesia.96(1): 179-85.
- 18-Baruk B, Güler H (1999) Cumhuriyet üniversitesi hastanesi genel cerrahi servisinde hasta ve hemşirelerin postoperatif ağrıyı değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
- 19-Başa S (1998) Yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- 20-Berkley K (1997) Sex differences in pain. Behavioral and Brain Sciences. 20(3): 371-380.
- 21-Birol L (2005) Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. Hemşirelik Süreci. 7. Baskı İzmir: Etki Matbaacılık. s. 185-318.
- 22-Black JM, Hawks JH, Kene AM (2001) Clinical management for positive outcomes. Medical-Surgical Nursing. 6 Edition, W.B.Saunders Company. Philadelphia. 461-503.
- 23-Boccard E, Garbior JL (1996) Pain and its expression in six European Countries: a survey. Pain Clin. 9(1):77-88.
- 24-Bölükbaş N (1996) Cerrahi hastalarının korku ve endişelerini paylaşabildikleri sağlık personeli. Sendrom. 8(11): 79-80.
- 25-Buldukoğlu K, Atalay M (1990) Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri. Türk Hemşireler Dergisi, 38(3-4):31-32.

- 26-Büyükıılmaz F (2005) Ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 27-Campbell TS, Hughes JW, Girdler SS (2004) Relationship of ethnicity, gender and ambulatory: Blood pressure to pain sensitivity: Effects of individualized pain rating scales. *The Journal of Pain*. 5(3): 183-191.
- 28-Carr CJ, Thomas VN, Barnet JW (2004) Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Int J Nurs Stud*.14:1-8.
- 29-Cimete G (1994) Ağrı kavramı. *Türk Hemşireler Dergisi*. 44(5-6): 42-5.
- 30-Cimilli C (2001) Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*. 4:182-186.
- 31-Cline M.E, Herman J, Show F, Marton R.D (1992) Standardization of the visual analogue scale. *Nurs Res*. 41(6):378-379.
- 32-Collins S.L, Moore A.R, Mc Quay H.J (1997) The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in milimetres? *Pain*. 72:95-97.
- 33-Couma W, Schmidt A.P, Schneider CN (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scandinavian*. 45: 298-307
- 34-Cuvaş Ö, Aslanargun P, Aslan E, Yücel F, Dikmen B, Ceyhan A (2010) Sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*. 38(5):348-355.
- 35-Çam R, Memis S (2005) İlaç yönetiminde hemşirenin rolü. *Sendrom*. 17(3): 105- 10.
- 36-Çeliker R (2005) Kronik ağrı sendromları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 51:14-18.
- 37-Çetinkaya F, Karabulut N (2010) Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13:2
- 38-Demir Y (2008) Göğüs tüpü çıkarma işlemi sırasında yapılan soğuk uygulamanın ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi*. İzmir.
- 39-Duvarcı H, Gürsoy D, Sarı Y.S, Topal Y, Derici N, Şahin O, Haşlak A, Tunalı V (2006) Spinal anestezi uygulanan hastalarda preoperatif hemşire görüşmesinin ağrı ve anksiyeteye etkileri. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*. Antalya. s: 135.

- 40-Düzel V (2008) Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Adana.
- 41-Edirne S (1994) Akut ağrı ilkeleri. Ağrı. 6(1): 10-3.
- 42-Erdil F, Elbaş Özhan N (2001) Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. IV. Baskı. Aydoğdu Ofset. Ankara.
- 43-Ersek M, Poe C.M (2006) Pain. Medical Surgical Nursing, Ed: Lewis S.M at all, Sixth Edition, Mosby, Philadelphia. Vol. 1, pp. 142.
- 44-Ertok B (1997) Anjioplasti olacak hastalarda anksiyete düzeyi üzerine hasta eğitiminin etkisi ve hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 45-Frick E, Tyroller M, Panzer M (2007) Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoig radiation therapy: a cross-sectional studying a community hospital outpatient centre. European Journal of Cancer Care. 16: 130-136
- 46-Gordon D.B, Dahl J, Phillips P (2004) The use of 'as-needed' range orders for opioid analgesics in the management of acute pain: a consensus statement of the American Society for Pain Management Nursing and the American Pain Society. Home Healthcare Nurse. 5(2): 53-58.
- 47- Gürsoy A (2001) Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 1:23-29
- 48-Güzeldemir M.E (1995) Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom. 7(6): 11-21
- 49-Gregory J (2005) Pain management and orthopaedic care. Orthopaedic and Trauma Nursing. Editör: J. Kneale, P. Davis. 2nd ed. Churchill Livingstone. Philadelphia. 140-164.
- 50-Hader C.F, Guy J (2004) Your hand in pain management. Nursing Management. 35 (11):21-27.
- 51-Hashimoto Y, Baba S, Koh H, Takagi H, Ishihara H, Matsuki A (1993) Anxiolytic effect of preoperative showing of "anesthesia video" for surgical patients. 42:6-611.
- 52-Ignataucius D, Polomano R, Workman ML, Mishler M (1995) Pain. Medical Surgical Nursing. 2.Basım, WB Saunders Company. Philadelphia. sf:119 – 149.

- 53-Işık G (2006) Akut-postoperatif ağrı. Erişim tarihi: 23.03.11.
erişim adresi: http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/yeni_sayfa_9.htm
- 54-Kalkman CJ, Visser K, Moen J, Bonsec G, Grobde DE, Moons KGM (2003).
Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain* 105:415-423.
- 55-Kara H, Abay E (2000) Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 1(2):89-99.
- 56-Karadeniz G (1997) Masajın ağrıyı giderme ve endorfin salınımı üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Yayınlanmış Doktora Tezi. Ankara.
- 57-Karayurt Ö (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(1): 20-6.
- 58-Kain Z. N, Sevarino F, Pincus S, Gerianne M.A (2000) Attenuation of the preoperative stres response with midazolam; effects on postoperative outcomes. *Anesthesiology*. 93:141-7.
- 59-Kanan N (1998) Cerrahide ağrı. *Cerrahi Hastalıkları Hemsireliği ElKitabı* (1. Baskı), Birlik Ofset Ltd. Sti. İstanbul. s: 8-11.
- 60-Kayhan C (2003) Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hatalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyon.
- 61-Kara H, Abay E (2000) Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 1(2):89-99.
- 62-Karayurt Ö (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(1): 20-6.
- 63-Kaya H (2005) Spinal kord yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakımı ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve öz bakım gücü üzerine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniv. Sağl. Bil. Enst. İstanbul.
- 64-Kiyohara Ly et al (2004) Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 59(2): 6-51.

- 65-Koca A (1998) Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 66-Kocatürk PA(2000). Strese cevap. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53(1):49-56
- 67-Kocaman G, Karayurt Ö, Özmen D (1993) Hizmet içi eğitimin hemşirelerin ağrı kontrolü davranışlarına etkisinin incelenmesi. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. İstanbul.
- 68-Kuğuluoğlu S, Eti Aslan F, Olgun N (2003) McGill – Melzack ağrı soru formu (MASF)’ unun Türkçeye uyarlanması. Ağrı. 15 (1): 47 -52.
- 69-Kuğuluoğlu S (2006) Ağrı algısını etkileyen faktörler. (Ed:Fatma Eti Aslan) Ağrı doğası ve kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd.Şti. Bilim Yayınları. 42:52-59.
- 70-Kutlutürkan S (1994) Ağrısı olan kanserli hastaların hemşirelerden beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- 71-Lawrentschuk N, Pritchard M, Hewitt P, Campbel C (2003) Dressing size and pain: A prospective trial. ANZ Surg. 73: 217-219.
- 72-Lindaman C (1992) Talking to physicians about pain control. AJN. Pg: 49 – 55.
- 73-Mac Lellan K (2006) Management of pain: A practical approach for health care. (Editör: L. Wiggins). Nelson Thornes Ltd. United Kingdom.
- 74-Maher-Butler A, Warner-Salmond S, Pellino T.A (1998) Orthopaedic Nursing. 2nd Edition. WB. Saunders Company. Philadelphia. 119-122.
- 75-Maranets I, Kain ZN (1999) Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesth Analg. 89: 1346-51.
- 76-Margalith I, Shapiro A (1997) Anxiety and patient participation in clinical desion-making: The case of patients with ureteral calculi. Social Science Medical. 45(3): 419-427.
- 77-Mc Caffery M (1990) Nursing approaches to nonpharmalogical pain control. International Journal of Nursing Stududies. 27(1):119-126.
- 78-Mc Caffery M, Pasero C (1999) Teaching patients to use a numerical pain-rating scale. Am J Nursing. 99(12):22.

- 79-Menteş Ö (2000) Postoperatif ağrının değerlendirilmesi ve tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı Uzmanlık Tezi. Ankara.
- 80-Mitchell M (2011). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, doi/10.1111/j.1365-2648.
- 81-Moerman N, Van Dam F.S, Muller M.J, Oosting H (1996) The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg*. 82:51-445.
- 82-Ogon M, Krismer M, Söller W (1996) Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings. *Pain*. 64:425-428.
- 83-Öner N (1994) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul. s.365–373.
- 84-Öz F (2004) Anksiyete. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj ve Dış Ticaret AŞ. Ankara. s.157-175.
- 85-Özer N (1998) Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- 86-Özer N, Bölükbaşı N (2000) Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 3 (2): 54– 55.
- 87-Özmert G.S (2000) Postoperatif ağrının giderilmesinde hasta kontrollü analjezi yönteminin kullanımı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara.
- 88-Öztürk H (2006) Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi. İzmir.
- 89- Öztürk O (2002) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Basım. Feryal Matbaası. Ankara. 31-48.
- 90- Özyuvacı E, Altan A, Yücel A (2003) Postoperatif ağrı tedavisi. *Sendrom*. 15(8): 83-92.
- 91-Pasero C (1997) Patients ratings: The fifty vital sign: *Am J Nurs*. 97(2):15-16.

- 92-Pasero C, Mc Caffery M (2000) When patients can't report pain. *Am J Nursing*. 100(9):22-23.
- 93-Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK, Brennan TJ. Postoperative pain--clinical implications of basic research. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2007;21(1):3-13.
- 94-Puntillo K, Weiss S.J (1994) Pain its mediators and associated morbidity in critical ill cardiovascular surgical patients. *Nursing Research*. 43 (1): 31 – 35, U.S.A.
- 95-Roper N, Logan W.W, Tierney A.J (1996) *The Elements of Nursing*. 4 Edition. Churchill Livingstone. Newyork.
- 96-Ross R.S, Bush J.P, Crummette B.D (1991) Factors affecting nurses' decisions to administer PRN analgesic medication to children after surgery: an analog investigation. *Journal of Pediatric Psychology*.16(2): 151-67.
- 97-Scott E (1994) Effectiveness of documented assessment of postoperative pain. *British Journal of Nursing*. 3(10): 494 – 501.
- 98-Sertbaş G, Bahar A (2004) Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 39-44.
- 99-Sjoling M, Nordahl G, Olofsson N et al (2003) The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*. 51:169–176.
- 100- Sjostrom B, Dahlgren O.L, Haljamae H (2000) Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*. 9: 111-8.
- 101- Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y (2005) Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 52(2): 125-32.
- 102- Soykan A, Kumbasar H (1999) Kronik ağrı tedavisinde psikiyatrik yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2(2).
- 103- Spencer P (2002) Anxiety. Palliative practices from A-Z for the bedside clinician (eds: Kim KK ve Peg E). *Oncology Nursing Society*, Pittsburgh. PA. 23–26
- 104- Stratton L (1999) Evaluating the effectiveness of a hospital's pain management program. *Journal of Nursing Care Quality*. 13(4): 8-18.
- 105- Şahin Ş (2004) Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı*, 16(2):17-25.

- 106- Şendir M (2000) Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniv. Sağl. Bil.Enst. İstanbul.
- 107- Şendir M, Acaroğlu R, Kaya H et al (2007) Evaluation of quality of sleep and effecting factors hospitalized neurosurgical patients in Turkey. Neurosciences Journal. 12(3): 226-231.
- 108- Taylor C, Lillis C, Le More P (2001) Fundamental's of Nursing. The Art & Science of Nursing Care. 4th Edition. Lippincott. Newyork.
- 109- Teunessen S (2007) Are anxitey and depression related to physical symptom burden? Palliative Medicine. 21(4): 341-346.
- 110- Thomas S.H, Andruszkiewicz L.M (2004) Ongoing visual analog score display improves emergency department pain care. The Journal of Emergency Medicine. 26(4):389-394
- 111- Tierney A.J (1998) Nursing Models: extant or extinct? Journal of Advanced Nursing. 28(1): 77-85.
- 112- Tuğrul C.D (2000) Stres ve depresyon. Psikiyatri Dünyası. 4(1):12-17
- 113- Varlı K, Çeliker R, Özer S, Orer H (2005) Ağrıya multidisipliner yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi. 36:111-128.
- 114- Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G (2007) Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? AORN Journal. 85(3): 589-594.
- 115- Yava A (2004) Postoperatif ağrı tedavisinde hemşirelik uygulamalarının etkinliği. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara.
- 116- Yavuz M (2006) Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. (Ed:Fatma Eti Aslan). Ağrı Doğası ve Kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. Bilim Yayınları. 42:135-147.
- 117- Yıldırım M (2007) Peroperatif intravenöz parasetamol infüzyonunun erken postoperatif ağrı ve derlenme özelliklerinin değerlendirilmesi. İstanbul.
- 118- Yıldız M (1999) Batın ameliyatı olan hastalarda ağrı özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniv. Sağl. Bil. Enst. İzmir.
- 119- Waterhouse M (1996) Why pain assessment must start with believing the patient. Nursing Times. 92(38):42-43.

- 120- Whatley R.G, Samaan A.K (1995) Postoperative pain relief. British Journal of Surgery. 82: 292-294.
- 121- Yılmaz M, Gürler H (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı, 23(2):71-79.
- 122- Yılmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. Journal of Clinical Nursing, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03799.

EKLER

EK-1

Anket Formu

1. Yaş.....
2. Cinsiyet Kadın Erkek
3. Eğitim Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
4. Yerleşim yeri Kent Kırsal
5. Yatış tarihi:
6. Tıbbi tanısı :
7. Kliniğe yatışta ağrısı Var Yok
8. Ameliyat öncesi ağrısı Var Yok
9. Ameliyat deneyimi Var Yok
10. Ameliyat deneyimi varsa ameliyat sonrası ağrı kesici ilaç kullanma Var Yok
11. Genel olarak hayatında ağrı yaşadığında ne yapar
 - a. Ağrı kesici kullanılır
 - b. Ağrıyan yerine sıcak uygulama yapar
 - c. Ağrıyan yerine soğuk uygulama yapar
 - d. Ağrıyan yerine masaj yapar
 - e. Hayal kurar
 - f. Diğer.....
12. Ameliyat alanı
13. Ameliyatında ertelenme Var Yok
14. Ameliyat olduğu gün:
15. Kullanılan analjezik adı:
16. Kullanılan analjezik dozu;
Narkotik analjezik:
Non-steroidal İnflamatuar Analjezik(NSIA):
17. Ameliyat sonrası analjezik kullanma süresi:

1 gün	Evet	Hayır
2 gün	Evet	Hayır
3 gün	Evet	Hayır
18. Verilen ağrı kesici ağrınızı geçirdi mi? Evet Hayır
19. Analjezik verildikten sonra yeniden (İlave) analjezik isteme durumu Var Yok
20. Ağrısını ifade etme ile ilacın yapılması arasında geçen süre (bekleme zamanı) dakika olarak.....

EK-2**Postoperatif ilk 3 gün Aktiviteleri İzlem Formu**

1. Gün											
<i>Ağrınız olduğunda aşağıdaki aktivitelerinizin ne kadar etkilendiğini işaretleyiniz</i>											
1. Genel aktiviteniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Psikolojik durumunuz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Yürümeniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. İnsanlarla iletişiminiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Uykunuz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Yemek yemeniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Tuvalet gereksiniminiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Öksürmenizi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Derin soluk almanızı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Gün											
<i>Ağrınız olduğunda aşağıdaki aktivitelerinizin ne kadar etkilendiğini işaretleyiniz</i>											
1. Genel aktiviteniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Psikolojik durumunuz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Yürümeniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. İnsanlarla iletişiminiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Uykunuz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Yemek yemeniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Tuvalet gereksiniminiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Öksürmenizi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Derin soluk almanızı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Gün											
<i>Ağrınız olduğunda aşağıdaki aktivitelerinizin ne kadar etkilendiğini işaretleyiniz</i>											
1. Genel aktiviteniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Psikolojik durumunuz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Yürümeniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. İnsanlarla iletişiminiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Uykunuz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Yemek yemeniz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Tuvalet gereksiniminiz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Öksürmenizi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Derin soluk almanızı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK-3

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (SpielbergerState-TraitAnxiety Inventory/STAI)

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

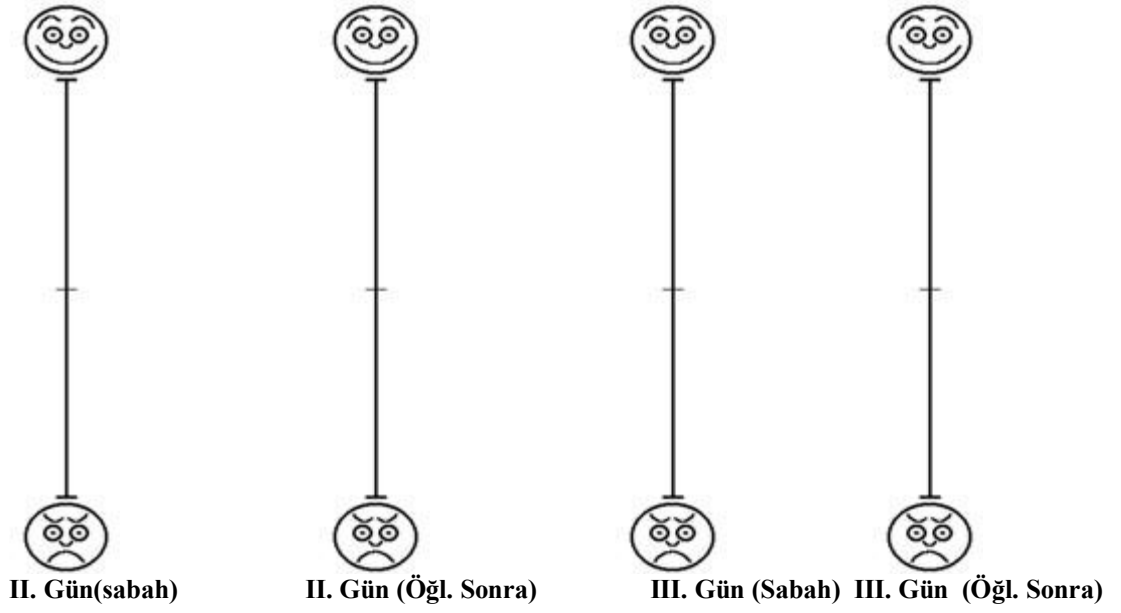
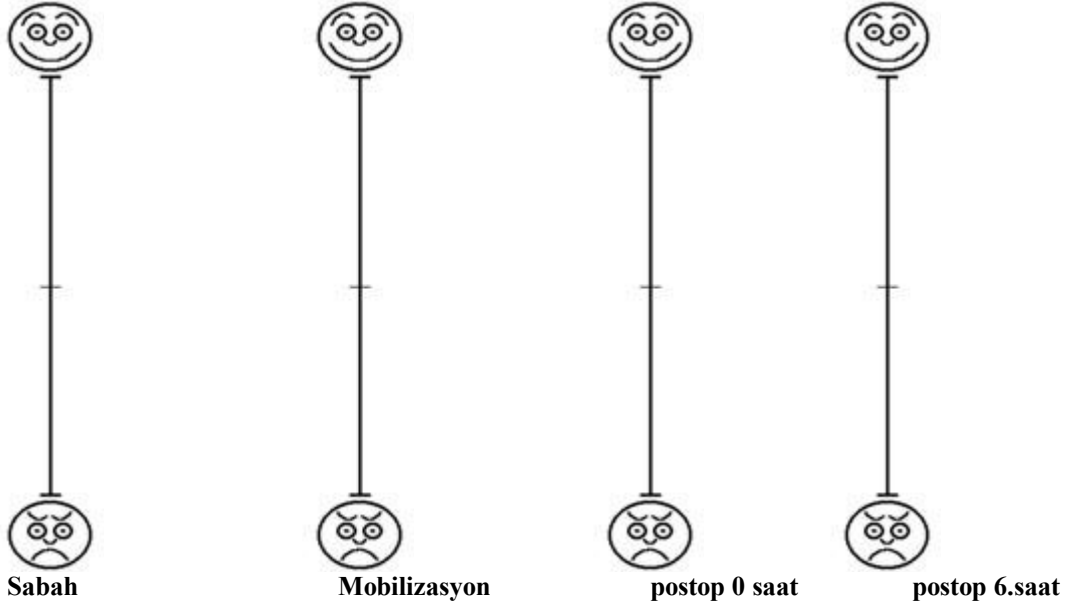
	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Su anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Su anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Su anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Basıma geleceklerden endise duyuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Su anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Su anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Su anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Su anda endiseliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi saskına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Su anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Su anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

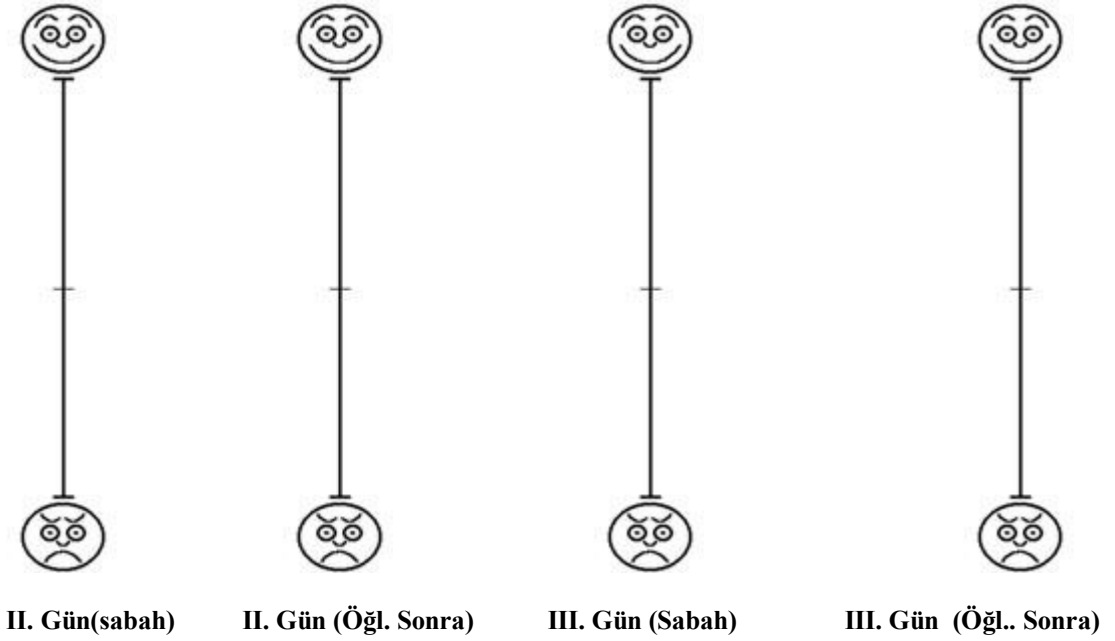
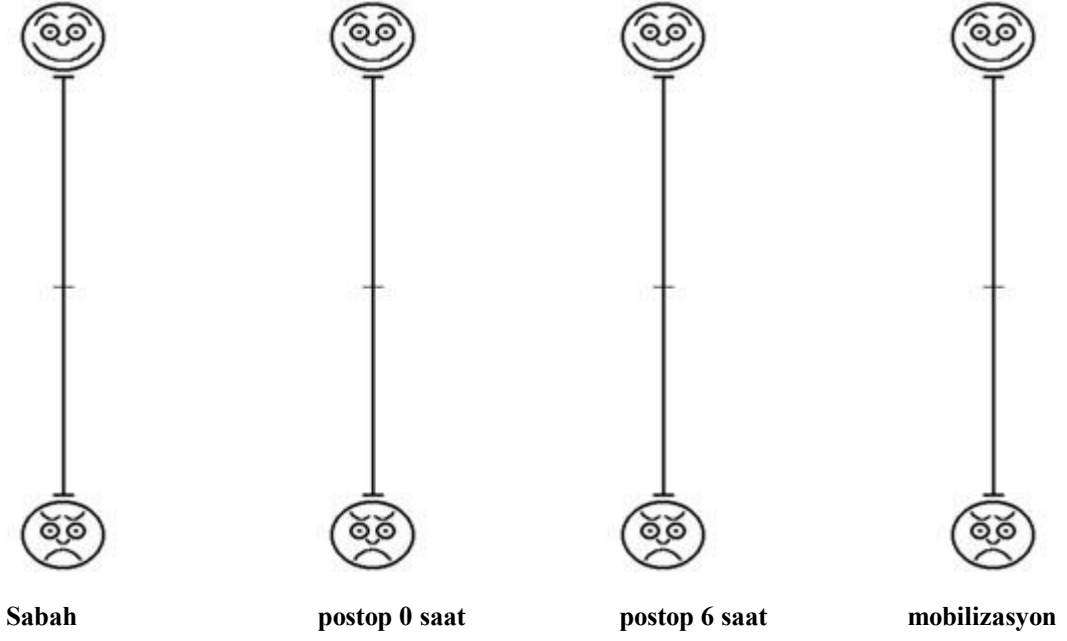
	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4. Görsel analog anksiyete skalası.



- Çizgi üzerinde sıkıntınıza/anksiyetenize uyan yere çarpı (X) işareti koyunuz.
- Sıkıntınız yüksekse üst uca, sıkıntınız düşükse alt uca doğru işaretleme yapınız

EK-5. Görsel analog ağrı skalası.



- Çizgi üzerinde ağrınıza uyan yere çarpı (X) işareti koyunuz.
- Ağrınız yüksekse üst uca, ağrınız düşükse alt uca doğru işaretleme yapınız.

EK-6. Yaşam bulguları izlem formu

Ölçüm zamanı	Anksiyete ve ağrı ölçümü öncesi				Anksiyete ve ağrı ölçümü sonrası			
	Solunum	Nabız	Ateş	TA	Solunum	Nabız	Ateş	TA
Ameliyat gecesi								
Ameliyat sabahı								
Postoperatif birinci gün								
Postoperatif ikinci gün								
Postoperatif üçüncü gün								

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Ebru SAVAŞ
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 27/09/1984
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, 58100-Sivas
E-posta Adresi	ebrusavash@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Antalya Muratpaşa Lisesi, 2000
Lisans	Gazi Üniversitesi, 2005
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2011

İş Tecrübesi

Yibitaş Lafarge Çorum Çimento Fabrikası	İşyeri Hemşiresi, 2005-2006
Afyon Kocatepe Üniversitesi	Genel Cerrahi Servis Hemşiresi, 2006-2007
Cumhuriyet Üniversitesi	Kardiyoloji Servis Hemşiresi, 2007-2010
Cumhuriyet Üniversitesi	Genel Cerrahi Servis Hemşiresi, 2010-

Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği	2007
Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği	2007
Türk Cerrahi Derneği	2010