

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN AMELİYAT SONRASI YAŞADIKLARI AĞRIYA
YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI İLE İLGİLİ
GÖRÜŞLERİ VE MEMNUNİYET DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hesna GÜRLER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2007
SİVAS

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosunun 05.01.1984 tarih ve 84/1 nolu kararı ile kabul edilen tez yazma yönergesine göre hazırlanmıştır.

TEŐEKKÖR

Çalıőmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde yűnlendiren ve her aőamasında destek veren Sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz'a, istatistiksel analizleri yapmama yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar'a teőekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	6
1- Araştırmanın Şekli.....	6
2- Araştırmanın Yeri.....	6
3- Araştırmanın Evreni.....	6
4- Araştırmanın Örneklemi.....	7
4- Verilerin Toplanması.....	7
5- Veri Toplama Araçları.....	7
6- Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	8
7- Verilerin Değerlendirilmesi.....	8
IV. GENEL BİLGİLER.....	9
V. BULGULAR.....	41
VI. TARTIŞMA.....	65
VII. SONUÇLAR.....	74
VIII. ÖNERİLER.....	76
IX. ÖZET.....	78
X. SUMMARY.....	79
KAYNAKLAR.....	80
EKLER	

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 2. Hastaların Ameliyat Türüne Göre Dağılımı	42
Tablo 3. . Hastaların Günlük Yaşamlarında Sık Ağrı Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4. Hastaların Günlük Yaşamlarında Ağrıyla Baş Etme Durumlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 5. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Beklentilerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 6. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrının Yerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 7. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Durumlara Göre Dağılımı	45
Tablo 8. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Sırasında Yapmakta Zorlandıkları Aktivitelere Göre Dağılımı	45
Tablo 9. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı.....	46
Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Günlük Yaşadıkları Ağrıyla Baş Etme Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 11. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Beklenti Düzeyleri	50
Tablo 12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Bölgelerinin Dağılımı.....	52
Tablo 13. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Durumların Dağılımı.....	54

Tablo 14. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Beklenti Düzeylerinin Dağılımı.....	56
Tablo 15. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Bölgelerinin Dağılımı	58
Tablo 16. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Durumların Dağılımı.....	60
Tablo 17. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Sırasında Zorlandıkları Aktivitelerin Dağılımı.....	62
Tablo 18. Hastaların Hemşirelerin Yaptıkları Uygulamalar Dışında Ağrılarını Daha Fazla Hafifleteceğini Düşündükleri Uygulamaların Var Olup Olmadığına İlişkin Dağılımı.....	63
Tablo 19. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrılarının Hafifletilmesinde Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı.....	64

I. GİRİŞ

I.1. PROBLEMİN TANIMI

Ameliyat sonrası hastaların rahatsızlıklarının başında gelen ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travmaya bağlı olarak ortaya çıkan inflamatuvar sürecin eşlik ettiği bir akut ağrı türüdür. Günümüzde ağrının fizyolojisi, farmakolojisi, cerrahi teknikler ve perioperatif bakımdaki teknolojik ilerlemelere rağmen, ameliyattan sonra hastaların %50-75'inin hala orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (Esther ve ark. 2007, Lellan 2004, Huang ve ark. 2001, Klopfenstein ve ark. 2000, Schafheutle 2000).

Ameliyat sonrası etkin olarak giderilemeyen ağrı, ameliyat olayı ile başlayan stres cevabının artmasına neden olabilir. Stres cevabı ameliyat sonrası iyileşme için istendik ve önemli bir tepkidir, ancak stres tepkisinin uzun sürmesi iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine neden olabilir (Brown ve ark. 2004, Wang ve Keck 2004, Shea ve ark. 2002, Lewis 1996).

Ameliyat sonrası gelişebilecek önemli komplikasyonlardan biri atelektazidir. Hastanın ameliyat sonrası yaşadığı ağrı, göğüs duvarında bulunan interkostal kaslar ve diyafragma kasının etkin kullanmasına engel olarak hastanın derin solunum yapmasını ve öksürmesini zorlaştırır. Bunun sonucunda ortaya çıkan yüzeysel ve hızlı solunum akciğer kapasitesini ve sürfaktan yapımını azaltarak pulmoner sekresyonların retansiyonuna ve alveoler kollaps riskine (atelektazi) neden olabilir (Roykulcharoen ve Good 2004, Shea ve ark. 2002, Huang ve ark. 2001, Gromoll 1991). Dahlman (1999)'nın belirttiğine göre Puntillo ve Weiss (1994)'in kalp ve abdominal vasküler cerrahi geçiren hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ağrı şiddeti fazla olan hastalarda ağrı şiddeti düşük olanlara göre daha fazla atelektazi geliştiği bulunmuştur. Shea ve ark. (2002)'nin yaptığı çalışmada ameliyat sonrası hastaların %18.4'ünde pulmoner komplikasyon geliştiği ve ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişen hastaların dinlenme, yürüme ve derin soluk alıp verme sırasında yüksek düzeyde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası gelişebilecek diğer komplikasyonlar derin ven trombozu ve üriner retansiyondur. Ameliyat sonrası yaşanan ağrı hastanın hareketini sınırlandırarak venöz staza neden olabilir. Venöz staz derin ven trombozu ve bunun sonucunda pulmoner

emboli gelişme riskini artırabilir. Hareketsizlik aynı zamanda üriner retansiyon gelişmesine de neden olabilir. Bunların yanısıra ameliyat nedeniyle sempatik sinirlerin aktive olması vagus sinirini baskılayarak gastrointestinal mobilitenin azalmasına ve parolitik ileus gelişmesine neden olabilmektedir (Wang ve Keck 2004). Ayrıca hastalarda ameliyat sonrası ağrının etkin rahatlatılmaması sağlık bakım harcamaları ve ilaç kullanımının artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına ve hastanın memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (Roykulcharoen ve Good 2004, Chung ve Lui 2003). Oysa bilindiği gibi sağlık bakım hizmetinin amacı hastanın olabildiğince hızlı iyileşmesini ve verilen hizmetten memnun olmasını sağlamaktır.

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde ekibin üç önemli üyesi hasta, hemşire ve hekimdir (Eti ve Bahadır 2005, Özçayır 2002, Özer ve Bölükbaş 2001). Ameliyat sonrasında hekimin hastanın ağrısına yönelik uygulanacak analjezik cinsi ve dozuna karar verme, hemşirelerin ise hekim tarafından order edilen bu ilaçları uygulama ve uyguladıkları ilaçların etkinliğini değerlendirme sorumluluğu vardır. Bu nedenle hemşirelerin ve hekimlerin hastaların ağrılarını ve ağrı nedeniyle yaşadıkları sıkıntılarını azaltmaları için işbirliği içinde olmaları, hastaların ağrılarını değerlendirmeleri ve ağrı şiddetine göre uygun ağrı yönetim şeklini seçmeleri gerekmektedir (Varlı ve ark. 2005, Özer ve Bölükbaş 2001, Schafheutle ve ark. 2001).

Ameliyat sonrası dönemde ağrının hafifletilmesinde hemşirenin ilaç verme dışında diğer önemli görevi, hastaların ağrı düzeyini ve ağrıya yönelik yapılan uygulamaların etkinliğini düzenli olarak değerlendirmektir (Sloman ve ark. 2005, Lellan 2004, Özçayır 2002, Carr ve Thomas 1997, Kocaman 1994). Ağrı ile ilgili çalışmalarda hastaların ağrılarının çoğunlukla istirahat halindeyken değerlendirildiği ve bu değerlendirmeler sonucu elde edilen ölçümlerde hastanın yaşadığı ağrı ile hemşirelerin belirlediği ağrı şiddeti arasında önemli derecelerde farklılık olduğu bildirilmektedir (Klopper ve ark. 2006, Idvall ve ark. 2005, Sloman ve ark. 2005, Botti ve ark. 2004, Baran 2003, Schafheult 2001, Klopfenstein ve ark. 2000, Baruk 1999, Dahlman ve ark. 1999, Solomon 1999). Hasta ve hemşire ölçümleri arasındaki bu farklılık hastanın ağrısının etkin olarak hafifletilmesini engellemektedir. Bu nedenle hastaların ağrılarının yalnızca istirahat durumunda değil, öksürürken, hareket ederken ve egzersiz yaparken de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda hastaların özellikle

ameliyat sonrası yapmaları gereken uygulamalar sırasında yüksek düzeyde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Idvall 2002, Dahlman 1999). Özer ve Bölükbaş (2004)'ın çalışmasında hastaların %97'sinin ağrı nedeniyle etkin solunum yapamadığı, %78'inin hareketlerinin sınırlandığı ve %19.5'inin de uyuyamadığı saptanmıştır. Roykulcharoen and Good (2004)'un belirttiğine göre Good ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada abdominal insizyonu olan hastaların %31'inin ameliyat sonrası hareketleri sırasında ağrılarının arttığını ve yatağa yattıktan sonra en az 10 dakika bu ağrının hafiflemediğini ifade ettikleri bulunmuştur.

Ameliyat sonrası ağrıyı hafifletmek amacıyla genellikle ağrı kesici ilaç (analjezik) verilmektedir. Ancak ağrı kesici ilaç uygulaması her zaman hastanın ağrısının yeterli düzeyde hafiflemesini sağlamayabilir ve bilindiği gibi bu ilaçların bazı istenmeyen yan etkileri de vardır. Bu nedenle hemşirelerin hastaların ağrılarını ve ağrıya bağlı olarak yaşadıkları rahatsızlıkları azaltmaları için gevşeme egzersizlerini yaptırma (ROM egzersizleri, bacak egzersizleri), müzik dinletme, kitap okuma, masaj yapma, terapotik dokunma gibi nonfarmakolojik yöntemleri de uygulamaları gerekmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin ilaç vermeyi daha ön planda tuttuğu, nonfarmakolojik olan bu uygulamaları yapmada isteksiz oldukları ve hemşire gözlem formlarında hastaların ağrı yönetimine ilişkin yalnızca verilen analjezik ilacın adı ve dozunu kayıt ettikleri belirlenmiştir (Idwall 2002, Carr ve Thomas 1997). Oysa yine bu konuda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde hastalara masaj yapma, müzik dinletme, empati yapma-terapotik dokunma, dikkatini başka yöne çekme, soğuk uygulama yapma, gevşeme egzersizleri uygulatma ve pozisyon verme gibi uygulamaları yapmasının hastaların ağrı düzeylerini azalttığı ve rahatlamaya neden olduğu bildirilmektedir (Roykulcharoen ve Good 2004, Wang ve Keck 2004, Piotrowski ve ark. 2003, Carr ve Thomas 1997, Karadeniz 1997, McCaffery ve ark. 1992).

Ağrının subjektif olması ve yalnızca onu yaşayan birey tarafından tanımlanabilmesi nedeniyle ameliyat sonrasında hastaların ağrısını rahatlatmak için yapılan uygulamaların yeterli ya da hasta için uygun olup olmadığını anlamanın en doğru yolunun bireylerin görüşünü almak olduğu belirtilmektedir (Chung ve Lui 2003). Ağrı yönetiminde hastaların görüşlerini almanın iki önemli nedeni vardır. Birincisi etkin bir uygulama yapmadan bireylerin acı çekmesine izin vermek etik değildir. İkincisi hastalığa

bağlı olmaksızın ağrının kendisi iyileşmeyi yavaşlatır, bir hemşirelik amacı olan bireyin yaşam kalitesini geliştirme amacına ulaşmayı engeller ve komplikasyonlara neden olabilir (Chung ve Lui 2003, Idvall ve ark. 2001, Sandoval 1999). Ayrıca hastanın ameliyat sonrası ağrı deneyimi ile ilgili algısı, bakımın memnuniyet düzeyinin belirlenmesinde önemli bir göstergedir (Goldsmith ve Safran 1999). Bu nedenle ameliyat sonrası yaşanan ağrının etkin olarak rahatlatılabilmesi için, hastaların hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin sunduğu hizmetten memnun olup olmadıklarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerinin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, ilk kez Risser (1975) tarafından “ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu” şeklinde tanımlanmıştır (Yılmaz 2001). Hasta memnuniyeti verilen hizmetin hastanın beklentilerine uygun olup olmadığının bir sonuç ölçümü ve bakım kalitesinin çok önemli sonuçlarından biri olması nedeniyle, ağrı yönetiminin etkinliğini belirlemek amacıyla birçok çalışmada değerlendirilmiştir (Roth ve ark.2005, Chung ve Lui 2003, Hoda 2003). Söderhamn and Idvall (2003)’un belirttiğine göre Gaston-Johanson ve ark. (1998)’nin yaptığı çalışmada; hastaların ameliyat sonrası ağrıyı hafifletme ve ağrı yönetimine yönelik memnuniyet düzeylerini etkileyen en önemli faktörün hemşirenin ağrı tedavisine ilişkin uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşire ve doktorların ameliyat sonrası ağrı düzeyleri ile ilgilendiği hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Chung ve Lui (2003)’nin yaptığı çalışmada da hastaların % 98.4’ünün ameliyat sonrası farmakolojik ağrı tedavi yöntemlerinden, %43’ünün de hemşire ve doktorların ağrılarını dikkate almalarından memnun oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Roth ve ark. (2005)’nin akut ağrı hizmeti alan grup ile almayan grubu karşılaştırdıkları çalışmada, akut ağrı hizmeti alan hastaların bu hizmeti almayanlara göre memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hemşire, anestezi uzmanı, psikolog ve eczacı gibi akut ağrı ekibinden oluşan ve cerrahi hastalarının ameliyat sonrası ağrılarını hafifletmeye yönelik bir hizmet türü olan akut ağrı hizmeti (epidural analjezi, hasta kontrollü analjezi), ilk kez 1985 yılında Birleşik Devletler ve Almanya’da kurulmuştur. İlk akut ağrı hizmetinin verilmesinin üzerinden 20 yıldan fazla zaman geçmesine rağmen hala bazı ülkelerde akut ağrı hizmeti veren bir ekip bulunmamaktadır (Shafiq ve ark.

2007, Roth ve ark. 2005, McDonnell ve ark. 2003, Green ve Tait 2002). Türkiye’ de de çok az gelişme gösteren akut ağrı hizmeti ile ilgili yapılan çalışmalarda, akut ağrı ekibinin uyguladığı ağrı giderme yönteminin hastaların ağrılarını azalttığı ve hastaların çoğunluğunun bu uygulamadan memnun olduğu saptanmıştır (Eti ve ark. 2005). Ülkemizde hasta memnuniyeti ve ağrı ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (Aslan ve Badır 2005, Aytar ve Yeşildal 2004, Tükel ve ark. 2004, Baran 2003, Özer, Bölükbaş 2001, Baruk 1999). Ancak ameliyat sonrası ağrının rahatlatılmasına yönelik yapılan uygulamalardan hastaların memnuniyet durumlarını belirleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, ameliyat sonrası yaşanan ağrının etkin olarak rahatlatılması için, hastaların bu konudaki beklenti, görüş ve memnuniyetlerinin belirlenerek, hizmet alanında ameliyat sonrası ağrı yönetim stratejilerinin belirlenmesinde temel oluşturacağı düşünülmüş ve yapılmıştır.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin görüşleri ve bu yaklaşımlardan memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi, Beyin Cerrahisi, Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Üroloji ve Göğüs Cerrahisi kliniklerinde yürütülmüştür. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sivas iline 7 km uzaklıkta bulunan Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü içindedir. Çalışmanın yapıldığı Göğüs Cerrahisi servisi 13, Üroloji servisi 25, Genel Cerrahi servisi 65, Kadın Doğum servisi 34, Kalp Damar Cerrahi servisi 34 ve Beyin Cerrahisi servisi 25 yatak kapasitelidir. Göğüs Cerrahisi servisinde 5, Üroloji servisinde 6, Genel Cerrahi servisinde 14, Kadın Doğum servisinde 7, Kalp Damar Cerrahisi servisinde 7, Beyin Cerrahisi servisinde ise 6 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler 8-16, 16-24, 24-08 şifti olmak üzere üç vardiya halinde çalışmaktadırlar.

Çalışmanın yapıldığı cerrahi kliniklerde özellikle büyük ve orta ameliyat geçiren hastalara durumlarına uygun ilaç dozu (Morfin mg/kg) ile hastaya uygun sürede hasta kontrollü analjezi uygulanmaktadır. Hasta kontrollü analjezi sonlandırıldıktan sonra, hasta ağızdan almaya başlayana kadar günde iki kez Morfin, günde dört kez Novalgin veya Diclomec ampul gibi intramuskuler enjeksiyonlar da uygulanmaktadır. Hasta orale başladıktan sonra ise günde iki kez Naproksen Sodyum (Apranax), Paracetamol (Parol), Diclofenac Potasyum (Dicloflam) türevi ilaçlar ve bunların yanında lüzumlu hallerde de intramuskuler Morfin Sülfat (Morfin) veya Metamizol Sodyum (Novalgin) uygulanmaktadır.

3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Üroloji, Beyin Cerrahisi ve Kadın Doğum servisine 2006 yılı 1 Nisan-31 Temmuz tarihleri arasında kabul edilen 1803 hasta oluşturmuştur.

3.2 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 1 Nisan - 30 Temmuz 2006 tarihleri arasında Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Üroloji, Beyin Cerrahisi ve Kadın Doğum servislerinde (jinekolojik batın ameliyatı) genel anestezi olarak orta ve büyük cerrahi ameliyatı yapılan 18 yaş üzeri 360 hasta oluşturmuştur.

4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanmış hastaların bireysel ve hastalık özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1) ve hastaların ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımlarını değerlendirmelerini içeren “Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi Formu” (Ek 2) aracılığı ile toplanmıştır.

Uygulamaya başlamadan önce kurumdan yazılı izin alınmıştır. Formlar bireylerin sorulara yanıt verebilmesi için yoğun ağrının hafiflediği ameliyat sonrası 4. gün çalışmanın amacı açıklanıp sözel onamları alındıktan sonra uygulanmıştır.

5. Veri Toplama Araçları

5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan formda hastaya ait sosyo-demografik veriler, günlük yaşadıkları ağrı deneyimleri, ağrı ile baş etme yolları ve ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya ilişkin 13 adet soru yer almaktadır (Botti ve ark. 2004, Idvall 2002, Klopfenstein ve ark. 2000, Dahlman ve ark. 1999, Sandoval 1999). “Kişisel

Bilgi Formu’’ hastalara ameliyattan sonraki dördüncü günde yüz yüze görüşme tekniği ile 10 dakikalık sürede uygulanmıştır.

5.2. Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan formda ağrıya yönelik nonfarmakolojik hemşirelik yaklaşımlarına ilişkin 19 adet ve hemşirelerin ağrıya yönelik yaptıkları yaklaşımlardan hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek üzere bir adet soru yer almaktadır (Botti ve ark. 2004, Idvall 2002, Klopfenstein ve ark 2000, Dahlman ve ark. 1999, Sandoval 1999, Kocaman 1994). Form, hastalara ameliyattan sonraki dördüncü günde yüz yüze görüşme tekniği ile 10 dakikada uygulanmıştır.

6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada formlar 1 Nisan - 30 Temmuz 2006 tarihleri arasında kurumdan yazılı izin alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ameliyat sonrası dördüncü günde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve ki-kare testi kullanılmıştır.

IV. GENEL BİLGİLER

IV. 1. Ağrının Tanımı

Latince, Yunanca ve Fransızca'da "poena" olarak cezalandırma veya penaltı (ceza) anlamına gelen ağrı, genellikle doku hasarına cevap olarak oluşan, kendisini oluşturan uyarandan kaçmak için motivasyon ve uyanıklığa yol açan hoş olmayan bir duyu olarak kabul edilmektedir. Merriam Webster Kolej sözlüğünde ağrı; vücuttaki bozuklukla ilişkili bedene zarar verici (noxious) uyarandan ortaya çıkan, sinir uçları tarafından algılanan, fiziksel rahatsızlıkla (iğnelenme, zonklama veya acı) karakterize, temel bedensel bir duyu, mental ve emosyonel distress veya acı çekme olarak tanımlanmaktadır (Sandoval 1999).

Eski Yunan felsefecisi Aristotile ağrıyı hoşnutluğun tersi olarak tanımlamıştır. 16. yy.'da Fransız Felsefeci Descartes ağrının bireyi rahatlama arayışına iten, vücut içindeki uyarı sistemi olarak fonksiyon gördüğünü belirtmiştir. Sigmund Freud ağrı ile hazzın karşılıklı etkileşimde olduğuna inanmıştır. 19. yy.'ın klasik psikoanalitik kişilik teorisyeni Freud, kişiliğin bir bileşeni olan id'in haz ilkesine odaklandığını düşünmüştür. İd'in amacı haz duygusuna ulaşmak için mümkün olduğu kadar kısa sürede ağrı veya rahatsızlığı yok etmek veya azaltmaktır. Merck Manual 1934 yılında ağrıyı; periferden alıcı merkeze kadar herhangi bir yerde bulunan, bazı sinir yapı uyarılarına karşı harekete geçme cevabı olarak tanımlamıştır. Francis & Munjas (1975)'da ağrının bedende koruyucu mekanizma sağlayan bir fonksiyon olduğunu belirtmişler ve ağrıyı bir başkası tarafından paylaşılamayan ve algılanamayan, istenmeyen, sıkıntı verici, anksiyeteye neden olan bir deneyim olarak tanımlamışlardır. DiMatteo & Friedman (1982) ise ağrıyı bir iletişim şekli olarak görmüşler ve ağrı ifadesinin genel olarak başkalarının yardımı veya şefkatini almada kaynak olarak kullanıldığını ayrıca kişilerarası ilişkilerde sembolik bir problem ifadesi olduğunu ve bir rahatlama isteği olabileceğini belirtmişlerdir (Sandoval 1999).

Lin ve Wong (2005) ağrıyı, fizyolojik, duyuşal, affektif, kognitif, davranışsal ve sosyokültürel boyutları içeren eşsiz ve kişisel bir deneyim olarak tanımlamıştır.

Berker ve Dinçer (2005)'ise ağrıyı, organizmayı tehdit eden fizyolojik ve ortamsal tehlikeleri haber veren, organizmayı bu tehlikelerden koruma amacına yönelik,

kişinin önceki deneyimleri ile şekillenen çok boyutlu, karmaşık ve hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamıştır.

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP- İnternational Association of Study of Pain) ağrıyı; “Gerçek ya da potansiyel doku hasarı nedeniyle hoş gitmeyen, subjektif, duyusal ve emosyonel bir deneyim ya da hasarın sözel ifadesidir” olarak tanımlamaktadır (Varlı ve ark. 2005, Arslan ve Çelebioğlu 2004, Erdine ve ark. 2001, Bendelow 1993).

McCaffery (1983) ağrıyı “hastanın söylediği şeydir. Eğer hasta söylüyorsa ağrısı vardır” şeklinde tanımlamıştır. McCaffery'nin bu tanımı ağrının subjektif bir deneyim olduğunu göstermektedir (Dihle ve ark. 2006, Kocaman 1994).

IV. 2. Ağrıyla İlgili Temel Kavramlar

Ağrı eşiği: Bir kişinin ağrı hissini duyduğu en hafif uyaran düzeyini ifade eder. Bir başka şekilde kronik veya geçici rahatsızlıktan dolayı oluşan ağrının zaman içerisinde hasta tarafından daha az algılanması veya ağrı duygusunun geçici bir süre algılanmamasıdır (Doksat 1999, Kocaman 1994).

Ağrı toleransı: Bir kişinin dayanabileceği en üst sınırdaki ağrı derecesini tanımlar (Doksat 1999, Kocaman 1994).

IV. 3. Ağrı Sınıflaması

Ağrı süresine göre akut ve kronik olmak üzere 2 gruba ayrılır;

1. Akut ağrı: Üç aydan daha kısa süren lezyonla birlikte ortaya çıkan ve iyileşme süreciyle uyumlu olarak ortadan kaybolan ağrıdır. Akut ağrının başlangıcı genellikle ani ve şiddetlidir. Bazen altı aya kadar sürebilen ağrıdır. Akut ağrı basit bir iğne batması, travmatik ekstremitte amputasyonu, kırıklar, enfeksiyon sonucu ortaya çıkan ağrı ve postoperatif ağrıdır.

2. Kronik ağrı: Akut hastalığın beklenen seyrinden veya lezyonun iyileşme sürecinden üç ay sonrasına kadar süren veya devamlı ağrıya neden olan kronik-patolojik sürece bağlı oluşan, aylar yıllar boyu tekrarlayan ağrıdır. Migren ağrıları, kanser ve yanık ağrıları, romatoid artrit ağrısı bu gruba girer (Berker ve Dinçer 2005, Erdine ve ark.2001).

Ağrı ayrıca nosiseptif ağrı, nöropatik ağrı ve psikojenik ağrı olmak üzere 3 gruba ayrılır:

1. Nosiseptif Ağrı: a. Somatik Ağrı, b. Visseral Ağrı.
2. Nöropatik Ağrı: a. Merkezi, b. Periferik.
3. Psikojenik Ağrı.

1. Nosiseptif Ağrı: Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp, santral sinir sistemi (SSS)' ne iletildikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir. Nosiseptif ağrı fiziksel ağrı, kas ağrısı, sinir ağrısı gibi organ veya dokunun lokal olarak rahatsızlığından oluşan ağrı olarak tanımlanmaktadır (Sandoval 1999).

a. Somatik ağrı: Sabit, genellikle iyi lokalize edilebilen, daha yoğun ızdırıp verici bir ağrıdır. Kemik metastaz ağrıları bu tip ağrılara en iyi örneklerdir. Daha çok duyuusal liflerle taşınırlar.

b.Visseral ağrı: Derinden gelen, iyi lokalize edilemeyen, sıkıştırıcı ağrılarıdır. Daha çok sempatik liflerle taşınırlar. Yansıyan (safra kesesi ağrılarının sırtta hissedilmesi şeklindeki) ağrıları bu tip ağrılarıdır.

2. Nöropatik Ağrı : Periferik ya da santral sinir sisteminin bir kısmının zedelenmesi, fonksiyonunun bozulması veya uyarılabilirliğin değişmesi ile ilgili bir ağrıdır.

a. Merkezi nöropatik ağrı: SSS' deki bir lezyona bağlı olarak gelişen ağrılarıdır. Talamik ağrı bunun en iyi örneğidir.

b. Periferik nöropatik ağrı: Periferik sinir sisteminde oluşan bir bozukluk sonucunda ortaya çıkan ağrılarıdır. Diyabetik nöropati ağrıları ve postherpetik nevralji bu tip ağrılara örnektir (Varlı ve ark. 2005, Yücel ve Çimen 2005).

3. Psikojenik Ağrı: Ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur (Varlı ve ark. 2005). Psikolojik ağrının tolere edilemeyen anksiyete varlığında ortaya çıktığı düşünülmektedir (Sandoval 1999).

IV. 4. Özel Ağrı Tipleri

- a. Refere Ağrı:** Uyarının olduğu bölgeden başka bölgelere yansıyan ağrılardır.
- b. Santral Ağrı :** Periferel veya merkezi sinir sisteminin bir bölümünde oluşan hasarla ilgili ağrıdır. Nevralji ve fantom ağrısı buna örnektir. Genellikle çok şiddetli, batıcı ve yanıcı olup narkotik analjeziklere de iyi yanıt vermez.

IV. 5. Ağrı Teorileri

Ağrı teorileri ağrılı hastaya bakım veren hemşireye ağrı hakkında yapacağı araştırmalar ve özgün ağrı giderme yöntemlerine ilişkin kavramsal çerçeve sağlar. Genel olarak bilinen iki ağrı teorisi vardır. Bunlar ;

1. Kapı Kontrol Teorisi,
2. Endorfin Teorisi'dir.

1. Kapı Kontrol Teorisi

Wall ve Melzack 1965' te değişik ağrı fenomenlerini açıklamak üzere kapı kontrol teorisini ileri sürmüşlerdir. Bu teori, ağrının ilk olarak spinal kord da kontrol edildiği düşüncesini savunmaktadır. Teoriye göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır; sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder; eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilince ulaşmaz ve ağrı hissedilmez. Ağrı impulsları spinal kordun dorsal hornunun parçası olan substantia gelatinosa da yer almaktadır (Pudner 2001, Lewis 1996, Kocaman 1994).

Spinal kordun dorsal hornu posterior olarak yerleşmiştir ve duyu bilgisini beyne (serebral kortek) göndermeden önce alır. Spinal kordun dorsal hornu I'den IX'a kadar sıralandırılmış ve lamina olarak adlandırılan tabakalardan oluşmaktadır. Lamina II ve Lamina III substantia gelatinosayı oluşturmaktadır (Guyton ve Hall 2001, Pudner 2001, Lewis 1996).

Ağrı bilgisi beyine spinal kordun dorsal hornunda ulaşır. Bu bilgi kapının açık ya da kapalı olmasına bağlı olarak substantia gelatinosada değiştirilebilir. Bu internal ya da eksternal olarak etkilenebilir. Küçük nosiseptör lif olan A delta ve C liflerinden alınan bilgi substantia gelatinosada, ağrı impulslarının transmisyonunu artıran P maddesinin salınımını etkiler. Isı değişimi, basınç veya vibrasyon gibi başka periferel uyarılar olduğunda bu impulslar daha ince olan A beta lifleri ile taşınacaktır. Bu lifler myelinlidir ve A delta ve C liflerinden daha düşük uyarın eşliğine sahiptir.

Eğer impulslar düşük eşikte gönderilirse, A beta lifleri küçük nosiseptif liflerin hareketini aşar ve sonra inhibitör nörotransmitterler substantia gelatinosadan salınarak P maddesinin salınımını inhibe ederler. Ancak nosiseptif liflerin uyarısı A beta liflerinden büyükse inhibitör etki olmayacak ve kapı açık kalacaktır.

Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü klinik uygulamaları ile birlikte aşağıda özetlenmiştir:

1. *Deri uyarısı ağrıyı giderebilir:* Kapı kontrol teorisine göre deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının birçoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teorinin direkt uygulamasının örnekleridir.

2. *Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir:* Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları geçer. Ağrı giderme yöntemlerinin çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısı hafifletilebilir.

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 ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir. Bunun başarılması hemşirenin hastayla ilişkisi ve hasta eğitimi ile olasıdır (Kocaman 1994). Dolayısıyla Kapı Kontrol Teorisinde yalnızca nörofizyolojik fonksiyonların değil, aynı zamanda affektif ve tutumsal boyutlarında ağrı duyusunun iletimi ve algılanmasını etkileyeceği vurgulanmıştır. Nitekim yapılan çalışmalarda anksiyetesi yüksek olan ya da ağrıyla ilgili büyük negatif deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha üst düzeyde ağrı yaşadığı, ameliyat öncesi ağrı ve ameliyat ile ilgili bilgi vermenin ameliyat sonrası hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı belirlenmiştir. (Vaughn ve ark. 2007, Lin ve Wong 2005, Roth ve ark. 2005, Kocaman 1994).

2. Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları)

1970' lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “endorfin” denilmiştir. “Endorfin” terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgılanmasına neden olduğuna inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulmaktadır. Masaj gibi bazı farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin endorfin yapımını uyararak ağrıyı azalttığı gösterilmiştir (Karadeniz 1997, Kocaman 1994).

IV. 6. Ağrı Fizyolojisi

1. Ağrı Reseptörleri

Ağrı reseptörleri ağrısız ve ağrılı (noxious) sinyalleri periferel duyu sinirleri tarafından spinal korda iletirler. Bu sinir lifleri ;

a. Mekanoreseptörlerden orjin alan, miyelinli, kalın lifler : A-alfa ve A-beta lifleri.

b. Serbest sinir uçlarındaki spesifik ağrı reseptörlerinden orjin alan ince lifler: Miyelinli A-delta ve miyelinsiz C lifleridir. Periferik sinirlerde, miyelinsiz lifler miyelinli liflerin üç katı fazladır (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

1. Kalın lifler ve görevi

Geniş çaplı (kalın), iletim hızı yüksek olan A-alfa afferent lifleri esas olarak ağrı oluşturmeyen stimülusları iletir. Bu reseptör-sinir ünitesi, karakteristik olarak yalnızca düşük eşik değerli mekanoreseptörlerin stimülasyonuna cevap verir.

2. İnce lifler ve görevi

İki tip küçük çaplı (ince) sinir lifi, primer olarak ağırlı uyarının (noksious stimülus) santral merkezlere iletiminden sorumludur. Bunlar miyelinli A-delta ve miyelinsiz C lifleridir. Bu lif sistemi tarafından kortekse iletilen uyarılar ağrı duyumuna neden olur. A-delta liflerinin aktivasyonu, keskin, lokalize bir ağrı oluştururken, C lifleri lokalize edilemeyen, dayanılmaz, şiddetli ağrıya neden olur.

Miyelinli A-delta liflerinin bir kısmı orta veya düşük şiddetteki stimülus tarafından bile aktive edilebilir. Yüksek eşik değerli reseptörlerin yer aldığı miyelinsiz C lifleri, şiddetli veya zarar verici tekrarlayan stimüluslarla aktive edilir. C liflerinin bir kısmı yalnızca tek bir stimülusa (örneğin, aşırı sıcak veya ciddi mekanik deformite) cevap verir (Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996, Terzi 2002).

Ağrı Reseptörleri

Cilt ve diğer organlar yalnızca ağırlı stimülusları algılayan spesifik reseptörlere (nociceptor - nosiseptör) sahiptir. Bu reseptörler serbest sinir uçlarında yer alır ve yüksek şiddetteki mekanik, termal, kimyasal stimüluslara karşı hassastır. Ağırlı uyarın ilk olarak, serbest sinir uçlarındaki bu reseptörler tarafından algılanır ve A-delta ve C lifleri ile iletilir (ağrı iletimi ile ilgili afferent sinir lifleri).

Ağrı reseptörleri vücuttan salgılanan ağrı yapıcı maddeler olan asetilkolin, hidrojen iyonları (PH < 3 olacak şekilde hidroklorik asit veya laktik asit), K iyonları,

prostoglandin, lökotiren gibi araşidonik asit metabolitleri, serotonin, kininler ve P maddesi gibi maddeler tarafından uyarılabilirler.

Reseptörün Fonksiyonu

Mekanik, termal ve kimyasal enerjiyi uyum sağlayıcı (transducer) olarak elektriksel sinyaller haline dönüştürmek, sonra bu uyarının primer afferent lifler yoluyla omuriliğe iletilmesini sağlamaktır. Reseptörün nasıl aktive edildiği bilinmemektedir. Ancak, stimülüs reseptör membranının yapısını değiştirerek onun depolarize olmasını sağlamakta ve primer afferent sinir lifinde aksiyon potansiyeli oluşturmaktadır. Bazı olgularda bu, membranın mekanik deformasyonu sonucu oluşabilir. Diğer olgularda ise doku hasarı, reseptör membranının özelliklerini etkileyen bazı kimyasal maddelerin salınmasına neden olur. Bu kimyasal maddeler potasyum iyonları, bradikinin, substance P veya diğer peptidler, prostaglandinler ve bunlarla ilişkili bileşikler, serotonin gibi maddelerdir.

P maddesi

P maddesi genel olarak primer afferent transmitter olarak fonksiyon görür. P maddesi, primer (periferik) afferent sinirlerin terminal uçlarında bulunur ve ağrı iletiminde kimyasal mediatörlerden biri olarak rol oynar. Omurilik nöronları P maddesi tarafından ağrılı stimülusta olduğu gibi uyarılır. Arka boynuzda P maddesinin salınımı opioidler tarafından bloke edilir. Amigdal nükleus, periakuaduktal gri madde ve raphe nükleusu P maddesinden zengin olan bölgelerdir. Omurilikte P maddesi ve enkefalin içeren sinir terminalleri arasında yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle, morfin ve diğer opioidler omurilik seviyesinde P maddesinin salınımını inhibe eder.

Bradikinin

Ağrıyı provoke eden bir diğer maddedir. Ağrı oluşturan en potent maddelerden biri gibi görünmektedir. Bradikininini oluşturan esas hücre grubu hipotalamusta yer alır.

Somatostatin

Bu nörotransmitter ağrının transmisyonda majör bir rol oynar. Miyelinsiz duyuşal sinirlerde (C lifleri) bulunur ve P maddesinin etkisini bozabilir. Ağrılı stümulus tarafından aktive edilen arka boynuz nöronlarını deprese eder ve etkisi opioidlere benzer.

Serotonin (5-hidroksitriptamin) ve norepinefrin

Bu nörotransmitterler geniş bir dağılım gösterirler. Bir ağrı inhibitörü (supresörü) olarak rol oynar ve inen inhibitör sistemin etkisini artırır.

Nörotensin

Bir ağrı inhibitörüdür ve nöronal ateşlenmeyi inhibe ederek analjezi sağlar. (Guyton ve Hall 2001).

Opioid reseptörler

Opioid ilaçlar ve endojen opioidlerin santral sinir sistemi ve diğler organlarda bağlandığı spesifik bölgelerde bu reseptörlerin bulunduğu gösterilmiştir. Bunlar morfin ve enkefalinlerin bağlanması için farklı özellikler gösterir. Santral sinir sisteminde beş tip opioid reseptörü izole edilmiştir : mü (μ), kappa (κ), sigma (σ), delta (δ) ve epsilon (ϵ). Opioid antagonist naloksan tüm bu reseptörlere bağlanır.

Majör Reseptörlerin Fonksiyonu

Mü reseptörü : Supraspinal analjezi, solunum depresyonu, öfori ve fiziksel bağımlılıkla ilgilidir. Bu reseptörü etkileyen opioid ajan morfindir.

Kappa reseptörü : Spinal analjezi, miyosis ve sedasyonla ilgilidir. Bu reseptörü etkileyen opioid ajan ketosiklazosindir.

Sigma reseptörü : Eksitasyon, disfori, halusinyasyonlar, respiratuar ve vazomotor stimülasyonla ilgilidir. Bu reseptörü etkileyen opioid ajan SKF 10047'dir.

Delta reseptörü : Kesin olmamakla birlikte davranış hali (tavır) ile ilgilidir. Bu reseptör enkefalin tarafından etkilenir.

Epsilon reseptörü : Beta - Endorfinin bazı etkileri diğer endorfinlerden farklıdır ve diğerlerinden farklı bir reseptörü etkiler. Bu reseptör epsilon reseptörüdür (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

2. Ağrı İletimi

Ağrının algılandığı nöral mekanizma 4 majör aşamadan oluşur;

1. Transdüksiyon: Ağrılı uyarının reseptörü uyarması
2. Transmisyon: Ağrı uyarısının kortekse iletilmesi
3. Algılama: Ağrılı uyarının sentez edilip algılanması
4. Modülasyon: Ağrı impulsunun inhibisyonu

Transdüksiyon ve transmisyon nosiseptif uyarı sürecini içerir. Ancak modülasyonunun derecesi ve çeşitine bağlı olarak nosiseptif uyarı ağrı olarak algılanabilir ya da algılanmayabilir (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

1. Transdüksiyon

Ağrı sürecinin ilk aşaması olan transdüksiyon periferel sinirler düzeyinde ortaya çıkar. Basınç, ısı ve kimyasal güçler gibi dokuya zarar veren (noxious) durumlar periferel sinir liflerinin aktive olmasını sağlayarak eylem potansiyelini başlatırlar. Eylem potansiyeli başladıktan sonra bilgi santral sinir sistemine gönderilir.

Dokuda herhangi bir travma meydana geldiğinde ve hücreler zarar gördüğünde, primer afferent nosiseptör etrafındaki alanda birtakım kimyasal maddeler salınır. Bu kimyasal maddelerden bazıları (bradikinin, serotonin, histamin, potasyum, norepinefrin) spinal korda uyarı göndermek için primer afferent nosiseptörün aktive olmasını sağlarken bazıları da (lökotirenler, prostoglandinler, p maddesi) duyarlı hale getirirler.

Primer afferent nosiseptör aktive olursa ve bir eylem potansiyeli oluşturursa, primer afferent nosiseptörün kendisi periferel dokulara kimyasal maddeleri salar. P maddesi primer afferent nosiseptörün distal uçlarında depolanan kimyasaldır. Primer afferent nosiseptörden P maddesi salındığında primer afferent nosiseptörü sensitize eder ve mast hücrelerinden histamin salınımına neden olur. Son olarak otonom sinir sisteminin

aktivasyonu da prostoglandin sentezi ve norepinefrin salınımı ile primer afferent nosiseptör transdüksiyonuna katkıda bulunur (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

2. Transmisyon

Ağrı algılanmadan önce uyarının santral sinir sistemine iletilmesi gerekir. Nosiseptif impuls, A delta ve C lifleri ile arka kökten spinal kordun arka boynuzuna iletilir (1. nöron). İmpuls arka boynuzda aynı segmentteki anterolateral boynuz somatik nöronunu uyararak sempatik reflekse, anterior boynuz motor nöronunu uyararak motor reflekse neden olur. Böylece oluşan spinal refleksi, nosiseptif impulsun segmental refleks cevabını oluştururlar (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

Transmisyonda asıl önemli olan arka boynuzda gelen nosiseptif impulsun aynı segmentteki substantia gelatinosa'ya çaprazladıktan sonra karşı taraftaki anterolateral kadranda ilerleyerek talamusa (2. nöron) ulaşmasıdır. Bu sistem spinotalamik sistem olarak adlandırılır.

Spinotalamik sistem iki ana yoldan oluşur:

a. Neospinotalamik sistem (lateral nöronlar): Hızlı iletiyi sağlayan kalın liflerden oluşmuştur. Talamusun lateral çekirdeklerine gelen bilgiyi somatosensorial kortekse yansıtır. Bu sistem ağrının şiddetini, başlangıcını, süresini ve lokalizasyonunu belirler.

b. Paleospinotalamik sistem (medial nöronlar): İnce liflerden meydana gelir. Taşıdığı impulsu periaqueductal gri maddeye, hipotalamusa yansıtarak, nosiseptif impulsun supraspinal refleks cevabını oluşturur. Bu yol impulsu ayrıca hipotalamusta sinaps yaparak medial talamusa ulaştırır. Medial talamusa gelen bilgi, limbik sisteme uğradıktan sonra frontal kortekse ulaştığında, hastada emosyonel ve davranışsal cevap meydana gelir (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001).

3. Algılama

Ağrı bilgisinin duyumsanmasında son işlem persepsiyondur (algılama). Ağrı bilgisi, periferdeki reseptörden kortekse kadar iletilmekte, arka boynuz, talamus ve korteksteki nöronlar uygulanan ağrılı uyarana şiddeti ile orantılı yanıtlar vermektedir. Objektif olarak gelişen olayların, subjektif bir olgu olan persepsiyon ile sonlanmasının mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Persepsiyon iletilen ağrı bilgisi ile sosyal, psikolojik ve humoral faktörlerin etkileşiminin bir sonucu olarak kişiye özgüdür (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

4. Modülasyon

Santral sinir sistemi içerisinde iletilen ağrı bilgisinin, santral sinir sistemi içerisinde yer alan başka bir sistem ile selektif olarak inhibe edilmesine “Ağrının modülasyonu” denilir. Bu olay santral sinir sisteminde yer alan 3 majör anatomik oluşumdan kaynağını almaktadır.

1. Orta beyin: Periaquaduktal gri madde (PAG)
2. Pons: Lateral ve dorsolateral pontin tegmentum
3. Rostroventral medulla (RVM)

Bu bölgeden kaynaklanan inhibe edici impulslar, dorsolateral funiculus (DLF) içinde seyrederek spinal korda iner ve arka boynuz yüzeyel laminalarında (Lamina I, II, V) sonlanır. Dorsolateral funiculus içinde doğrudan periaquaduktal gri maddeden projekte olanlar önemsiz kabul edilecek kadar azdır. Asıl olan ponstan ve rostroventral medulladan gelen inhibisyon bilgisidir. Bu bilgi; ponstan noradrenerjik ve rostroventral medulladan serotojenik nöronlarla spinal korda projekte olur.

Noradrenerjik inhibisyon, spinal kord arka boynuzundaki alfa 2 adrenerjik reseptör aracılığıyla gerçekleşmektedir. Serotonin inhibisyonu ise ya spinotalamik hücrelerle doğrudan inhibisyonu ya da enkefalinerjik inhibe edici ara nöronlar aracılı ile gerçekleşir (Terzi 2002, Guyton ve Hall 2001, Lewis 1996).

IV.7. Ağrı Değerlendirilmesi

Hastanın ağrısının başarılı bir şekilde azaltılmasının temel ve ilk bileşenlerinden biri de hastanın durumuna göre tam bir ağrı değerlendirmesinin yapılmasıdır. Ancak bu uygulamanın hala bütün hastalar için rutin olarak gerçekleştirilmediği bildirilmektedir (Prowse 2007). Ağrının yeterli düzeyde değerlendirilmesi analjezik ve ağrı tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmede de çok önemlidir. Tamamen subjektif bir deneyim olan ağrının ölçümünün oldukça güç olmasına karşın bir çok yöntem bu amaç için kullanılmaktadır. Ağrı ölçekleri ile subjektif bir deneyim olan ağrı objektif hale getirilerek etkili ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması sağlanmış olur (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Uyar 2002, Carr ve Thomas 1997).

a. Ağrı Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir.

Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı, hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir. Günümüzde ağrı ölçümünde bir çok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Eti 2002, Kocaman 1994).

b. Ağrı Ölçekleri:

1. Tek Boyutlu Ölçekler

- Sözel Kategori Ölçeği
- Sayısal Ölçekler
- Görsel Kıyaslama Ölçeği
- Burford Ağrı Termometresi

2. Çok Boyutlu Ölçekler

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- Dortmund Ağrı Soru Formu
- West Haven- Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadırlar. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve görsel kıyaslama ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Eti 2002, Kocaman 1994).

1. Sözel Kategori Ölçeği

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

Sözel Kategori Ölçeğinin Avantajları

- Kolay uygulanması
- Sınıflamasının kolay olması

Dezavantajları

- Ölçekte 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 (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Eti 2002, Kocaman 1994).

2. Sayısal Ölçekler

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

Görsel Kıyaslama Ölçeği

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

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

Burford Ağrı Termometresi

Ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Eti 2002, Uyar 2002, Kocaman 1994).

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ağrı ölçeklerinin kullanım sınırlılıkları ağrının doğasını yeterince ortaya koyamamasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar tek ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir.

1971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilen, 1975 yılından beri yüzün üzerinde çalışmada kullanılan 10'dan fazla ülkenin diline çevrilen ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılan "Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu" vardır.

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

Bu form 4 bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer alır (Eti 2002, Özbayır 2002, Uyar 2002)

IV. 8. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ameliyat sonrası hastaların rahatsızlıklarının başında gelen ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travmaya bağlı olarak ortaya çıkan inflamatuvar sürecin eşlik ettiği bir akut ağrı türüdür. Ameliyat sonrası ağrı, nedeni önceden bilinen ve ortaya çıkması beklenen bir ağrıdır.

Ameliyat sonrası ağrının ortaya çıkışını, şiddetini, niteliğini ve süresini etkileyen bir çok etken ortaya konmuştur. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Hastanın fizyolojik ve psikolojik altyapısı
2. Hastanın farmakolojik ve psikolojik açıdan ameliyat öncesi hazırlığı
3. Ameliyatın yeri, niteliği ve süresi
4. Ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı
5. Cerrahi öncesinde, sırasında ve sonrasında uygulanan anestetik yaklaşım
6. Ameliyat sonrası bakımın kalitesi (Esther ve ark. 2007, Yeğin, Erdoğan ve Hadimioğlu 2005, Arslan ve Çelebioğlu 2004, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Uyar 2002).

Her ameliyat hastada ölüm korkusuna neden olabilir. Ölüm korkusu zaman içerisinde yerini genel bir anksiyete ve ameliyat sonrası ağrıya bırakır. Ameliyat sonrası ağrı ve anksiyete ile baş etmede tıbbi tedavi ve yaklaşımların yanında ameliyat öncesi bilgi almanın da önemli bir yeri vardır. Ameliyat öncesi dönemde ameliyata özgü bilgi verilmediği durumlarda korkulara eklenen belirsizlik duygusu anksiyeteyi artırarak ağrı şiddetinin de artmasına neden olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda hastalara ameliyat öncesi dönemde, ameliyat ve ameliyat sonrası yaşanacak ağrı ile ilgili açıklayıcı bilgi verildiğinde hastaların ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Lin ve Wong 2005, Arslan ve Çelebioğlu 2004).

Ameliyat sonrası ağrı tedavisinin amacı; rahatsızlığı azaltmak veya ortadan kaldırmak, iyileşme sürecini kolaylaştırmak, hastanede kalış süresini azaltmak ve komplikasyonların gelişmesini önlemektir (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Söderhamn ve Idvall 2003, Idvall ve ark. 2001).

Ameliyat Sonrası Rahatlatılmayan Ağrının Etkileri

1. Pulmoner Etki
2. Kardiyovasküler ve Tromboembolik Etki
3. Diğer Organ Sistemleri Üzerine Etkisi

1. Pulmoner Etki

Kontrol altına alınmayan ameliyat sonrası ağrı pulmoner fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilir. Göğüs duvarı ve diyafragma hareketliliğinde azalma, genel vücut hareketsizliği ve öksürme güçlükleri ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişimini artırır. Shea ve ark. (2002)'nin yaptığı çalışmada ameliyat sonrası hastaların %18.4'ünde pulmoner komplikasyon geliştiği ve ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişen hastaların dinlenme, yürüme ve derin soluk alıp verme sırasında yüksek düzeyde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir.

Günümüzde tıbbi tedavi, cerrahi teknik ve perioperatif bakımdaki ilerlemelere rağmen abdominal cerrahi sonrası pulmoner komplikasyonlar morbidite ve mortalitenin en sık nedeni olarak önemini korumaktadır. Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlardan biri olan pnömoni, ameliyattan sonra 6 gün içindeki ölümlerin %24'ünden sorumludur. Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar ayrıca hastanede kalma süresinde ve sağlık bakım maliyetinde artmaya neden olmaktadır (Shea ve ark. 2002).

Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların başlıca nedeni ağrı nedeni ile derin soluk alma ve öksürmenin kısıtlanmasıdır. Genel anestezi, ameliyat sonrası ağrı ve ameliyat sonrası hareketsizliğe bağlı bu değişiklikler tidal volümün (TV), 1. saniyedeki zorlu ekspiryum volümünün (FEV1), zorlu vital kapasitenin (FVC), fonksiyonel rezidüel kapasitenin (CC) ve zirve ekspiratuar akım hızının (PEFR) azalması ile solunum hızının arttığı kısıtlayıcı (restriktif) akciğer yetmezliğine neden olmaktadır. Bunun sonucunda

atelektazi, bronşial sekresyonların temizlenmesinde azalma, küçük hava yollarının kapanması, hipoksi, pnömoni ve solunum yetmezliği ortaya çıkabilir. İleri yaş, sigara içme öyküsü bulunan ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalar ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar yönünden yüksek riskli gruba oluşturmaktadırlar (Yeğın, Erdoğan ve Hadımioğlu 2005, Wang ve Keck 2004, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Shea ve ark. 2002, Huang ve ark. 2001).

Ayrıca ameliyat sonrası pulmoner fonksiyonlardaki bozulma cerrahi uygulamanın büyüklüğü ve insizyonun diyafragma ya yakınlığı ile de direkt ilişkilidir. Bu nedenle majör üst batın veya toraks cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat sonrası pulmoner fonksiyon bozukluğu gelişimi alt batın ya da ekstremiteler cerrahisi geçiren hastalara göre daha fazladır (Shea ve ark. 2002). Cerrahi tekniğinde ameliyat sonrası pulmoner fonksiyon bozukluğu üzerinde önemli etkileri vardır. Minimal invazif laparoskopik tekniklerin ameliyat sonrası pulmoner fonksiyon bozukluğu oranları açık torakotomi ya da laparotomilere oranla çok düşüktür. Toraks dışı cerrahi girişimlerde ameliyat sonrası pulmoner değişiklikler en sık ameliyat sonrası birinci ya da ikinci günde gözlenir ve bundan sonra yavaş yavaş bir hafta sonunda ameliyat öncesi değerlere dönlür.

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

1. Stres cevabını uzatır
2. Ameliyat öncesi düzeydeki akciğer fonksiyonlarına geri dönüşü etkiler
3. Hareket etmeyi etkiler (Shea ve ark. 2002, Huang ve ark. 2001).

Ameliyat sonrası uzun süren stres cevabı iyileşme sürecini olumsuz olarak etkileyerek enfeksiyon için ortam oluşmasına neden olur. İkinci olarak erken ameliyat sonrası dönem ağrı nedeni ile derin soluk alma ve etkisiz öksürme ile karakterizedir. Bu yüzeysel soluk alıp verme akciğer volümünde ve sekresyon atılımında azalma ile sonuçlanır. Yüzeysel soluk alıp verme ayrıca surfaktan üretimini azaltır ve bu da atelektazi gelişimini artırır. Üçüncü olarak ameliyat sonrası ağrı hareket etmeyi engeller. Hareketsizlik ve sırt üstü pozisyon etkisiz öksürme, yüzeysel soluma, akciğer volümlerinde azalma, sekresyon birikimi ve retansiyonuna katkıda bulunur. Ameliyat

sonrası etkin ağrı yönetimi sık ve uygun derin soluk alıp verme ve erken mobilizasyonu, aşırı sedasyon ve solunum depresyonundan sakınmayı sağlar (Yeğin, Erdoğan ve Hadimioğlu 2005, Wang ve Keck 2004, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Shea ve ark. 2002, Huang ve ark. 2001).

Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıyı yeterli düzeyde ve sürekli olarak değerlendirmeleri ve hafifletmeleri, hastaların derin soluk alıp vermesini ve hareketini sağlayarak ameliyat sonrası pulmoner komplikasyon gelişimini önleyebilir. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıyı yalnızca dinlenme halinde değil aynı zamanda aktivite sırasında da değerlendirmeleri gerekmektedir (Wang ve Keck 2004, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003).

2. Kardiyovasküler ve Tromboembolik Etkiler

Ağrı ve doku hasarına karşı ortaya çıkan sistemik yanıtlar, kalp atım hızı, kan basıncı ve periferel vasküler dirençte artma ve myokardiyal kontraktilite ile karakterize bir hiperdinamik kardiyovasküler durum ortaya çıkarır. Bu durumda kalbin iş yükü ve myokardın oksijen tüketimi artar. Myokardın oksijen tüketimi karşılanan oksijenden daha fazla ise myokardiyal iskemi gelişir. Ortaya çıkan bu myokardiyal iskemi sempatik aktiviteyi artırır ve sonuçta iskemi daha da derinleşir (Wang ve Keck 2004).

Ameliyat sonrası yaşanan şiddetli ağrı hastanın hareketini sınırlar ve venöz stazi artırır. Endokrin sistem stresörlere kan koagülasyonunu destekleyen stres hormonlarını salarak cevap verir. Hareketsizlik sonucu ortaya çıkan venöz staz ve salgılanan hormonlar ameliyat sonrası dönemde derin ven trombozuna ve pulmoner emboliye neden olur (Wang ve Keck 2004, Huang and ark. 2001).

3. Diğer Organ Sistemleri Üzerine Etkisi

Sıklıkla batını ilgilendiren yaralanma ve cerrahi girişimlerden sonra olmakla birlikte, tüm majör travma ve cerrahi girişimler geçici olarak adinamik ileus tablosu oluştururlar. Ağrı sonucu uyarılan sempatik sinir sistemi vagus sinirini inhibe ederek intestinal motilitete azalmaya neden olur. Ayrıca ağrıyı azaltmak amacıyla kullanılan spinal opioid uygulamasının spinal kord opioid reseptörleri üzerine direkt etki göstererek gastrointestinal motiliteyi baskıladığı belirlenmiştir (Wang ve Keck 2004).

Bunların yanı sıra ameliyat sonrası yaşanan ağrı hafifletilmediğinde anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi hastanın psikolojik durumu üzerinde de olumsuz etkiler görülebilir (Lin ve Wang 2005).

IV. 9. AĞRI KONTROLÜ

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

a. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolü tüm ekip üyelerinin sorumluluğudur. Hekim hastanın fiziksel patolojisine göre ilaç yazar; hemşire ilacı uygular ve hastanın tedaviye verdiği yanıtları değerlendirerek hastanın ağrısı hakkında ekibe bilgi verir. Bu nedenle ağrının farmakolojik kontrolü ekip yaklaşımını gerektirir. Hemşirenin bu yaklaşım içinde ağrı tedavisine gerekli katkıyı sağlayabilmesi için, ağrının farmakolojik kontrolünü bilmesi ve bu bilgileri hekim ve diğer ekip üyeleri ile etkili bir şekilde paylaşması gerekmektedir (Önal 2006, Varlı ve ark 2005, Kocaman 1994).

Ağrı giderilmesinde kullanılan analjezikler üç grup altında incelenmektedir:

1. Narkotik olmayan analjezikler
2. Narkotik analjezikler
3. Adjuvan analjezikler

1. Narkotik Olmayan Analjezikler

Asetilsalisilik asit (aspirin), asetaminofen (parasetamol), ibuprofen (brufen) indometazin (endol), dipiron (novalgin) ve ketorolak trometamin gibi analjezik ajanları içeren narkotik olmayan analjezik sistemi, reçete gerektirmediği için elde edilme kolaylığı, ciddi yan etkilerinin azlığı ve ağrı gidermede etkili olmaları nedeniyle en çok kullanılan narkotik olmayan analjeziklerdir. Narkotik olmayan analjezikler; romatoid artrit gibi enflamatuar durumlar, periferik orijinli akut ya da kronik hafif ve orta ağrılar, bel ağrıları baş ağrıları, narkotik ilaç kullanımını gerektiren şiddetli akut ya da kronik ağrılar, dismenore, bazı malign tümörler, bazı kanser terapileri, kemik metastazları ve postoperatif ağrıda kullanılırlar. Bilindiği gibi ağrı oluşumuna neden olan faktörlerden

biri de araşidonik asitin siklooksijenaz enzimi tarafından yıkılması sonucu ortaya çıkan prostoglandinin sinir uçlarını duyarlı hale getirmesidir. Narkotik olmayan analjezikler siklooksijenazı inhibe ederek araşidonik asitin yıkımını ve prostoglandin yapımını önleyerek ağrıyı giderirler. Bu ilaçların aynı zamanda ateşi dūřürme özellikleri de vardır. Dispepsi, bulantı, kusma, peptik ülser alevlenmesi, kanama zamanında uzama, allerji, kulak çınlaması, renal toksisite ve kemik iliğini baskılaması gibi yan etkileri vardır (Önal 2006, Varlı ve ark 2005, Kocaman 1994).

2. Narkotik analjezikler

Narkotik analjezikler genel olarak ortopedik kırıklar, ameliyat sonrası ağrı, sistoskopi gibi orta ve şiddetli akut ağrılarda; sickle cell krizleri, yanık pansumanları gibi tekrarlanan akut ağrılarda; terminal hastalık, kanser ağrısı, yanıklar gibi uzun süreli ağrılarda; renal kolik ve travma gibi şiddetli ağrının hemen azaltılması gereken durumlarda ve diğer ağrı giderme yöntemlerinin yeterli olmadığı kronik non-malign ağrılarda kullanılırlar. Narkotik analjezikler ağrıyı gidermek için merkezi sinir sistemini etkilerler. Endojen opioidlerde olduğu gibi merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal kanala dağılmış olan opioid reseptörlerine bağlanırlar. MSS'ne bağlandıklarında bu reseptörler ağrı geçişini durdururlar. Konstipasyon, bulantı, kusma, sedasyon, solunum depresyonu, üriner retansiyon, kaşıntı, gibi yan etkileri vardır. Kodein, proksifen (doloksen) zayıf narkotik analjezi iken; morfin ve meperidin güçlü analjezik etkisi olan ilaçlardır (Önal 2006, Varlı ve ark 2005, Kocaman 1994).

3. Adjuvan Analjezikler

Primer olarak analjezik olmayan ancak analjeziklerin etkinliğini artırmak için birlikte kullanılan ve farmakolojik olarak analjezik grubunda sınıflanmayan ilaçlardır. Bu ilaçlar ağrı narkotiklere yanıt vermediğinde ve ağrı ile ilgili depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve huzursuzluk gibi bir sorun olduğunda kullanılırlar. Adjuvan analjeziklerin yan etkilerinin olması ve etkilerinin uzun sürmesi gibi dezavantajları vardır. Antidepresanlar, antikonvülsanlar, kortikosteroidler bu grupta yer alan ilaç gruplarıdır (Önal 2006, Varlı ve ark 2005, Kocaman 1994).

Hasta Kontrollü Analjezi (PCA)

Kısaltılmış şekli ile PCA (Patient Controlled Analgesia) olarak bilinen Hasta Kontrollü Analjezi kişinin ağrı kontrolünde aktif rol oynadığı kapalı devre ağrı kontrol sistemidir. Yöntem; önceden hazırlanan bir analjezik ilacın, belirlenen yoldan, hastanın bir düğmeye basmasıyla, önceden programlanan dozda uygulanmasını sağlayan, özel bir pompanın kullanıldığı infüzyon yöntemidir.

PCA çalışmaları ilk kez 1968’de Philip Sechzer tarafından başlatılmış ve ilk prototip cihaz da daha sonra “Cardiff Palliator” adıyla kullanım alanına sokulmuştur. Günümüzde PCA, üstün teknolojik özelliklere sahip cihazlar ile intravenöz, subkutan, intramüsküler, oral, sublingual, epidural, intratekal ve rektal olarak uygulanabilmektedir. Postoperatif ağrı tedavisinde çocukların da yararlanabildiği bir yöntem olarak başarı ile kullanılmaktadır. Nitekim yapılan bir çalışmada PCA kullanan hastaların çok memnun olduğu ve ağrı skalalarında azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (Gebstein ve ark. 2007).

Hasta Kontrollü Analjezide bir serum torbasına hazırlanan analjezik solüsyon, cihaza ait infüzyon seti aracılığı ile hastaya verilmektedir. Cihazların hasta tarafından yönetilen kumanda düğmesi vardır. Ağrıdan rahatsızlık duyduğu zaman hasta bu düğmeye basmakta, cihaz önceden ilgili hekim tarafından programlanan miktarda ilacı hastaya kullanılmakta olan yoldan vermektedir. Cihazlar olası komplikasyonlardan korunmak için, ilk dozun maksimum etkisi başlamadan ikinci dozun verilmesini, doz limitinin aşılmasını ve hava embolisini önleyen mekanizmalar ile donatılmıştır (Uyar 2002).

PCA Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları:

- Şiddetli ağrıda hızlı bir kontrol sağlar,
- Dozların saatlik ayarlanması ile sürekli infüzyona olanak tanır,
- İlacın plazma konsantrasyonu stabil kalmaktadır.

- Ağrılı İM injeksiyona gerek kalmaz.
- Hemşireye olan gereksinimi azaltır,
- İM. yola göre daha az ilaç gereksinimi olur,
- Opioidlerin aşırı doz yükünü dolayısıyla solunum depresyonu riskini azaltır,
- Kullanılan ilacın avantajlarını devam ettirir,
- Erken mobilizasyona, fizyoterapiye uyum sağlamaya, hastanede kalma süresinde kısılmaya, postoperatif komplikasyonların azalmasını sağlar,
- Hastalar sistemi kolayca öğrenmekte ve isteyerek kullanmaktadırlar (Gepstein ve ark. 2007, Özalp ve ark.2003).

b-Dezavantajları:

- PCA pompa maliyet fiyatları yüksektir,
- Kullanılan ilacın yan etkilerini ortadan kaldırmaz,
- Gelişebilecek komplikasyonlar için özellikle akut ağrılı hastalarda monitorizasyon ve iyi bir takip gereklidir,
- Opioidlere tolerans çabuk gelişir,
- Vücuda giriş yeri enfeksiyon kapısı olabilir,
- Pilleri çabuk biter,
- Yürüyen hastalar cihazın ağırlığına katlanmak zorunda kalırlar,
- Kullanılması yetişmiş ve deneyimli elaman gerektirir,
- Özel enjektör ve set gerektirir,
- Elektrostatik deşarj yapan kaynaklardan uzak tutulmalıdır,
- Hasta uykuda olduğu dönemde ağrı başlayabilir (Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Uyar M 2002).

Preemptif Analjezi

Preemptif analjezi, ağrıdan korunmak veya oluşan ağrıyı azaltmak amacıyla ağrılı uyarandan önce analjezi uygulanmasıdır. Preemptif analjezinin esası; nöral sistemde ilk ağrılı stimulusla meydana gelen ağrı hafızasının yok edilmesidir. Preemptif analjezinin, periferden kaynaklanan ağrılı uyarana ile santral hipersensitizasyonun oluşmasında önleyici rolü savunulmaktadır (Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003).

Epidural Analjezi

Epidural aralık, durameter ile spinal kanalın kemik ve ligamanları arasında kalan bölümüdür. Epidural anestezi, spinal sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foramenlere uzanırken epidural aralıkta anestezi edilmesi ile meydana gelen bir tür bölgesel anestezi yöntemidir. Başlıca sensorial ve semptomimetik lifler bloke olurken, motor sinirler de kısmen etkilenebilir. Epidural alana verilen ilaç; duranın kalınlığı, ilacın yoğunluğu, yağda eriyebilirliği ve molekül yapısına göre BOS ve kord içine diffüze olarak beyin ve medulla spinalis arka boynuzunda II. ve V. laminalardaki opioid reseptörlerine ulaşmaktadır.

Literatürde epidural bloğun pulmoner işlevleri ve alt ekstremitelerdeki kan akımını artırdığı, tromboembolik komplikasyon riskini azalttığı, cerrahiye verilen nöroendokrin stres yanıtını düzenlediği, myokardın oksijen gereksinimini azalttığı ve intestinal motiliteyi uyardığı söylenmektedir (Brown and at all 2004, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Williams ve Wheatley 2000).

Lokal Anestetikler

Lokal anestetikler, sinir liflerindeki hücre membranlarından sodyum iyonlarının içeri girişini önleyerek, sinirde elektriksel uyarım için eşik değeri artırır. İmpulsun yayılımını yavaşlatır, aksiyon potansiyelinin yükselme hızını azaltır ve sonuçta iletiyi bloke ederler. Prokain, Lidokain, Bupivakain kullanılan lokal anestetik ilaç örnekleridir (Kocaman 1994).

b. Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü

Farmakolojik yöntemlere ek olarak birtakım nonfarmakolojik yöntemler de analjezi sağlar ve tek başına kullanıldığı gibi farmakolojik yöntemlerle birlikte de kullanılabilirler. İlaç tedavisi özellikle opioidler, akut ağrı yönetiminde temel olmasına rağmen, farmakolojik müdahaleler tek başına ağrının affektif ve duyuşal boyutunu etkin olarak ortadan kaldırmaz ve bilindiğı gibi analjezik ilaçların bazı istenmeyen yan etkileri vardır. Farmakolojik yöntemlere ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerle ağrıyı gidermek, ağrıyı kontrol etmek için gerekli olan analjezik dozunu dolayısıyla ilaç tedavisinin yan etkilerini azaltır (Piotrowski ve ark. 2003). Bu nedenle hastanın rahatsızlığını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılması gerekmektedir (Roykulcharoen ve Good 2004, Good ve ark. 2001).

Nonfarmakolojik yöntemler hemşirelerin özel eğitim gerektirmeden uygulayabileceğı girişimlerdir. Ancak hemşireler ülkemiz genelinde bağımsız rollerini pekiştirici rolü olan ve analjezik kullanma oranını azaltacak bu yöntemleri yeterince kullanmamakta ve daha çok analjezik uygulama yöntemini seçmektedirler. Hemşirelerin genellikle ilaç verme yolunu seçme nedenleri arasında; ağrı konusunda doğrudan sorumluluk almaktan kaçınmaları ya da bağımlı işlevleri olan ilaç vermenin daha az sorumluluk gerektirdiğı sayılabilir. (Karadeniz 1997, Karadeniz 1989).

Birçok alanda kullanımı giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik yöntemlerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde de kullanımı çok sayıda araştırma ile desteklenmektedir (Roykulcharoen ve Good 2004, Wang ve Keck 2004, Piotrowski and at all. 2003, Karadeniz 1997). Bu yöntemlerin kullanımının hemşireler tarafından bilinmesi ve hastalara öğretilmesi ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede hastalar için oldukça önemlidir (Arslan ve Çelebioğlu 2004). Ağrıyı hafifletmek için kullanılan nonfarmakolojik yöntemler soğuk uygulama, sıcak uygulama, masaj, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, mentollü kremler ve uyukuyu içermektedir.

1. Soğuk Uygulama

Basit ve ucuz bir tedavi yöntemi olan soğuk uygulamalar, ağrının ilaç dışı tedavisinde etkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu uygulamaların ağrı eşliğini yükselttiğı, inflamasyon ve spazmı azalttığı gösterilmiştir. Soğuk uygulamanın analjezik

etkisi doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya çıkar. Doğrudan doğruya etki, soğğun periferik sinirler üzerine olan etkileri ile açıklanmaktadır. Soğuk uygulama ile derideki soğuk reseptörlerinin uyarıldığı, büyük çaplı A lifleri ile arka boynuza giden uyarıların ağrı geçiş kapısını kapadığı varsayılmaktadır. Soğğun analjezik etkisi ayrıca ağrılı uyarıların periferden merkeze taşıyan küçük çaplı miyelinsiz sinir liflerinin iletim hızının azalması ile açıklanmaktadır (Yağız 2006, Lewis 1996, Kocaman 1994).

2. Sıcak Uygulama

Sıcak uygulama ısı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir. Böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrıda azalma olur. Sıcak uygulama sinaptik keselerde depolanmış olan serotonin salınımını uyarmaktadır. Serotonin hipotalamus ve talamusa uyarıcı etki yaparken, korteksi inhibe edici etkisiyle ağrının algılanmasını azaltmaktadır. Ayrıca sıcak uygulama yapılan bölgede ağrı eşiği yükselir. Ancak bu etki soğuk uygulamadaki kadar değildir. (Karadeniz 1997, Kocaman 1994).

3. Masaj

Masaj sağlığı geliştirmek ve rahatlamayı sağlamak için, vücudun yumuşak dokuları üzerine uygulanan dokunma veya manipülasyon şeklidir. Yapılan çalışmalarda masajın akut ve kronik ağrıyı azalttığı gösterilmiştir (Roykulcharoen ve Good 2004, Wang and Keck 2004, Piotrowski ve ark. 2003).

Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalize olması sağlanmaktadır. Bu olay şu mekanizmayla gerçekleşmektedir: dokunma reseptörleri ağrıyı ileten “A” ve “C” liflerine göre daha geniş çaplı liflerdir. Bu nedenle masaj ile uyarıldıklarında, bu uyarıyı kortekse “A” ve “C” liflerinin ağrılı uyarıyı iletmelerinden daha hızlı iletirler. Bunun sonucu olarak dokunma uyarısını öncelikle alan korteks, substantia gelatinosa “ağrı kapısını kapat” mesajını göndererek ağrının algılanmasını engeller. Bu mekanizma “Kapı Kontrol Teorisi’ne göre açıklanmaktadır. Masajın ağrı giderme mekanizmasına etki eden bir başka yönü de opioid adı verilen morfine benzer maddelerin salınımını sağlamasıdır (Karadeniz 1997, Kocaman 1994). El

ve ayaklar ağrının baskılanması ile sonuçlanan ağrısız sinir liflerini stimüle eden mekanoreseptörlerin bol olduğu alanlar olmaları nedeniyle masaj yapılacak en iyi alanlardır (Wang ve Keck 2004).

4. Gevşeme

Gevşeme anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesidir. Analjeziklerle birlikte gevşemenin uygulanması ağrının rahatlatılmasında etkin bir yöntemdir. Gevşeme tekniklerinin kullanımının ameliyat sonrası ağrının duyuşal ve affektif bileşenlerini azalttığı, bireylerde kontrol duygusu geliştirdiği, invazif ya da ilaç tedavisi olmadan hastaların iyiliğini artırdığı bildirilmektedir. Ayrıca analjezik ilaçla birlikte gevşemenin kullanılması daha kapsamlı bir ağrı yaklaşımı ve hastaların kendi bakımlarında yer almalarını sağlar ve hemşirelik bakım gereksinimini azaltır (Roykulcharoen ve Good 2004, Kocaman 1994).

5. Dikkati Başka Yöne Çekme

Ağrıda dikkati başka yöne çekme dikkatin ağrı dışında bir uyarana odaklaşmasıdır. Bu yöntem bir tür duyuşal koruyucudur ve ağrı tümüyle ortadan kalkmaz. Ancak ağrı toleransı ve ağrı algılama eşiği artar. Böylece hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Aynı zamanda hastada kendini kontrol duygusunu geliştirir. Yapılan araştırmalar hastaya müzik dinletme, televizyon izletme, kitap okuma, sevdiği uğraşılara yöneltme, terapotik dokunma, iletişim kurma gibi dikkati ağrıdan uzaklaştıran yöntemlerin ağrı eşiğini yükselttiğini ve hastaların yaşadıkları ağrıyı azalttığını göstermektedir (Voss ve ark. 2004, Biley 2000, Kocaman 1994).

6. Müzik

Hemşirelerin hastalarına rahatlıkla uygulayabileceği güvenilir, ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntem olan müzik, bir terapi olarak mental ve fiziksel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için kullanılır. Müziğin gevşeme ve dikkati başka yöne çekme etkisi olduğu düşünölmektedir. Diğer bir olası mekanizma işitsel uyarının ağrıyı

doğrudan doğruya nörolojik olarak baskıladığıdır. Müzik kişiyi hoşla gitmeyen ağrılı uyarılardan uzaklaştırıp endorfin salgılanmasını artırarak gevşemeyi başlatıcı olarak yardımcı olur (Kocaman 1994). Yapılan çalışmalarda hastalara müzik dinletilmesinin akut ve kronik ağrılarında azalmaya neden olduğu saptanmıştır (Siedliecki ve Good 2006, Voss ve ark. 2004, Good ve ark.2001, Biley 2000).

7. Mentollü Kremler

Mentolün ağrıyı azaltıcı etkisinin, içinde bulunan analjezik maddelerden veya kokusunun korteksi uyarak substantia gelatinosa girişini kapatacık sinyaller göndermesinden olabileceği düşünülmektedir. Bu kremlerin ağrıyan bölgeye ve çevresine ovularak uygulanması önerilmektedir (Karadeniz 1997, Kocaman 1994).

8. Uyku

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku ağrı yönetiminde önemli etkenlerden biridir. Uyku yoksunluğu yaşayan bir birey gerginlik ve yorgunluk yaşar. Bu durumda ağrı algısında artma olur. Bu nedenle hemşirelerin hastalara uyku düzenlemesi yapmaları gerekir (Pudner 2001, Lewis 1996).

IV. 10. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Ekibin önemli üyesi olan hemşirelerin ağrı değerlendirme ve ağrı tedavisini devamlı olarak değerlendirmede önemli bir yeri vardır. Hemşirelerin ağrı kontrolünde genel olarak hekim istemine göre ilaç verme, hastaların ağrısını değerlendirme, analjezik ilaç verilip verilmeyeceğine karar verme, ilacı ve ilaç uygulama yolunu seçme ve böyle bir müdahalenin sonucunu değerlendirme sorumlulukları vardır (Pudner 2001, Schafheutle ve ark. 2001, Karayurt 1998).

Ağrıyı kontrol etme yöntemleri; hemşirenin eş zamanlı olarak uygulayabileceği birçok faktörü içerir. Etkin bir ağrı yönetiminde hemşirelik fonksiyonları; hastaya ağrının nedenlerini ve doğasını; ağrı yönetimini, yatak dışında yapılabilecek aktiviteleri, duygu ve endişelerin ifade edilmesini, anksiyeteyi azaltmanın önemini, ilaçlı ve ilaç dışı ağrı

rahatlatma yöntemlerini, ağrı değerlendirme ve ağrı kontrolü konusunda bilgi vermeyi içerir (Lin ve Wang 2005, Manias 2003, Pudner 2001).

Ağrının fizyolojik, duyuşal, affektif, kognitif, davranışsal ve sosyokültürel boyutları içermesi ve çoklu boyutlar arasındaki dinamik etkileşim olması nedeniyle, hemşireler ağrıya holistik bakış açısıyla yaklaşmalıdır (Sandoval 1999). Ameliyat öncesi dönemde hastaya yukarıda belirtilen konularda bilgi vermek; hastanın ağrı ve anksiyete düzeyini, kullanılacak analjezik sayısını ve dozunu azaltır, normal aktivitesine kısa sürede dönmesine yardımcı olur. Ameliyat sonrası dönemde hemşire hastaya ağrı yönetimi ile ilgili sözel açıklama yapabilir ya da bir kitapçık veya broşür verebilir (Pudner 2001, Karayurt 1998). Yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi dönemde hastalara ameliyat sonrası dönemde yaşanılacak ağrı ve ağrı yönetimine ilişkin sözel olarak, kitapçık veya Web sayfası aracılığıyla bilgi verme ve ilaç dışı ağrı rahatlatma yöntemlerini öğretmenin anksiyeteyi ve ameliyat sonrası yaşanan ağrıyı azalttığı bulunmuştur (Lin ve Wang 2005, Sjöling ve ark. 2003, Goldsmith ve Charles 1999, Karayurt 1998).

Ağrı yönetiminde önemli hemşirelik fonksiyonlarından biri de hastaya pozisyon vermektir. Pozisyon verme hemşirenin hastaya kolaylıkla uygulayabileceği ve hastanın rahatını sağlayan ve analjeziden daha fazla yarar görmesine yardımcı olan etkin bir ağrı yönetim uygulamasıdır. Nitekim yapılan bir çalışmada hastaların ağrılarının pozisyon değiştirmeye azaldığı belirlenmiştir (Pudner 2001, McCaffery ve ark. 1992).

Yapılan çalışmalarda ayrıca hemşirelerin hastalara müzik, masaj, gevşeme egzersizleri, sıcak ve soğuk uygulama gibi nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerini uygulamalarının hastaların ağrılarında önemli derecede azalmalara neden olduğu saptanmıştır (Siedliecki ve Good 2006, Roykulcharoen ve Good 2004, Voss ve ark. 2004, Wang and Keck 2004, Piotrowski ve ark. 2003, Good ve ark. 2001, Biley 2000).

IV.11. Etkin Ağrı Yönetimini Etkileyen Faktörler

Tıbbi tedaviler, cerrahi teknikler ve perioperatif bakımdaki ilerlemelere rağmen hastanedeki hastaların çoğu hala rahatlatılmayan ağrı nedeniyle acı çekmektedir (Manias 2003, Watson ve ark. 2001, Carr ve Thomas 1997).

Literatürde hastaların ağrılarının etkin bir şekilde hafifletilmemesinin nedenleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Hastaların hemşirelerin kendilerini ağrı yönetimiyle ilgili bilgilendirmelerini istememeleri ve ağrı değerlendirmeye ilgili formal bilgilerinin eksik olması (Piotrowski ve ark. 2003, Carr ve Thomas 1997)

- Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin ağrı, ağrı yönetimi ve değerlendirilmesi ve farmakoloji ile ilgili yetersiz bilgisi ve inanışları (Eti ve ark. 2005, Manias 2003, Watson ve ark. 2001); Hemşirelerin özellikle opioidler hakkında eksik ve yanlış bilgileri olduğu, hemşirelerin hastaların ağrılarını sözel olmayan ipuçları, ameliyatın türüne göre ve hasta davranışına göre kendilerince değerlendirme yaptıkları ve ağrı şikayeti olmayan ve uyuyan hastaların ağrısı olmadığını düşündükleri bildirilmektedir. (Dihle ve ark. 2006, Özer ve ark. 2006, Roth ve ark. 2005, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Green ve Tait 2002, Schafheutle ve ark. 2001). Oysa göz kapama ağrıyla baş etme yöntemi olabilir.

- Hemşirelerin bilgilerini klinik ortamda kullanmamaları (Dihle ve ark. 2006)

- Ağrının yetersiz şekilde tanınması (Yıldırım ve Uyar 2006)

- Hemşirelerin ağrıyı sistematik olarak değerlendirmemeleri (Dihle ve ark. 2006)

- Hemşirelerin deneyim ve eğitim düzeyleri: Daha fazla deneyimi olan ve devamlı eğitim gören hemşirelerin ağrıyla ilgili daha fazla bilgisi olduğu ve daha kapsamlı değerlendirme yaptıkları saptanmıştır (Carr ve Thomas 1997).

- Hemşirelerin bilgilerinin kültürel geçmişlerine göre değişiklik göstermesi (Watson ve ark. 2001).

- Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmaması (Yıldırım ve Uyar 2006)

- Hastaların kimyasal bağımlılık yaşayacakları korkusu ve analjeziklerin hoş olmayan yan etkileri nedeniyle endişe yaşamaları (Piotrowski ve ark. 2003)

- Hastaların acı çekmeyi şikayet olmadan kabul etmeleri gerektiğine inanması (Piotrowski ve ark. 2003)

- Sağlık bakım ekibi ve hastalar arasındaki yetersiz iletişim (Chung ve Lui 2003).

IV. 12. HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta memnuniyeti hastanelerde bakım kalitesinin çok önemli sonuçlarından biridir (Söderhamn ve Idvall 2003). Hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadır. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir.

Hastaların, verilen hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu vardır:

- Hastanın tıbbi gereksinimleri,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
- Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları,
- Zihinlerindeki kalite tanımı.

Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini arttırabilmeleri için sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir

- a. Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi,
- b. Hasta hak, gereksinim, istek ve beklentilerinin karşılanması. (Tükel ve ark. 2004)

Hasta beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasında çok hassas bir belirleyicidir. Beklenti; 'herhangi bir şeyin olacağını düşünmek veya olacağına inanmak olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Yılmaz (2001)'ın belirttiğine göre yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanısıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir. Hastalar sağlık bakım sistemine çeşitli bireysel özellikleri, tutumları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler. Hastanın hemşirelik bakımı ile ilgili beklentileri bu özelliklerinin yanısıra akraba, arkadaş, yazılı ve sözlü basından edindiği bilgilerden de etkilenmektedir. Ancak hastanın beklentileri daha çok sağlık bakımı ile ilgili deneyimlerine bağlı olarak değişebilmektedir. Çünkü daha önce hastaneye yatan bireyler bu sırada sağlık bakım hizmeti verenlerle etkileşmektedir. Bu etkileşmenin sonucunda edindikleri bilgiler beklentilerini belirlemektedir. Bu beklentiler

daha sonraki hastaneye yatışlarında aldıkları bakımdan memnun olup olmama durumlarını etkileyebilir. Daha önce hastaneye yatmamış bireylerin ise, böyle bir etkileşimde bulunmadıklarından beklentileri sınırlı kalabilir (Yılmaz 2001).

Hasta memnuniyeti, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık ve net, kararlı davranışlar içinde olabilir ve bu da sunulan hizmetin sonucu üzerinde olabilecek olumsuz etkiyi ortadan kaldırabilir veya en az düzeye düşürebilir (Tükel ve ark. 2004, Yılmaz 2001).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise, ilk kez 1975 yılında Risser tarafından "ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu" şeklinde tanımlanmıştır (Yılmaz 2001).

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitenin belirlenmesinde bir geri bildirim (feed-back) sağlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir.

V. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=360)

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	221	61.4
	Erkek	139	38.6
Yaş	40 yaş altı	62	17
	40 yaş ve üzeri	295	83
Eğitim Durumu	Düşük *	321	88
	Yüksek **	39	11
Yaşadığı yer	Sivas il içi	245	68.1
	Sivas il dışı	115	31.9
Ameliyat deneyimi	Var	142	39.6
	Yok	218	60.4

* Okuryazar olan, okur yazar olmayan, ilköğretim mezunu

** Lise ve üniversite mezunu

Tablo 1’de hastaların %61.4’ünün kadın, %83’ünün 40 yaş ve üzerinde olduğu; %88’inin düşük eğitilmiş olduğu, %68.1’inin Sivas il merkezinde yaşadığı ve %60.4’ünün ameliyat deneyiminin olmadığı görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Ameliyat Türüne Göre Dağılımı (N=360)

Ameliyat türü	Sayı	%
Kalp-akciğer ameliyatı	110	30.6
GİS Ameliyatı*	92	25.5
Üriner Sistem Ameliyatı**	73	22.2
Diskektomi	14	3.9
TAH+BSO	66	18.3
Mastektomi	5	1.4

*Kolesistektomi, Gastrektomi, Karaciğer Ameliyatı, Barsak Rezeksiyonu

**Nefrolitotomi, Prostatektomi

Tablo 2’de hastaların %30.6’sının kalp-akciğer ameliyatı, %25.5’inin GİS ameliyatı, %22.2’sinin üriner sistem ameliyatı, %18.3’ünün TAH+BSO (total abdominal histerektomi+bilateral salfinjooferektomi), %3.9’unun diskektomi ve %1.4’ünün mastektomi ameliyatı olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Hastaların Günlük Yaşamlarında Sık Ağrı Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı (N=360)

Günlük Yaşantılarında	Sayı	%
Sık Ağrı Yaşıyor	231	64.2
Sık Ağrı Yaşamıyor	129	35.8

Tablo 3’de hastaların %64.2’sinin günlük yaşamlarında sık ağrı yaşadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların Günlük Yaşamlarında Ağrıyla Baş Etme Durumlarına Göre Dağılımı (N=360)*

Ağrıyla Baş Etme Durumları	Sayı	%
Ağrı kesici ilaç kullanma	295	81.9
Uyuma	91	25.4
Sıcak uygulama yapma	13	3.6
Hastaneye gitme	64	17.8

**Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler N üzerinden alınmıştır.*

Tablo 4’de görüldüğü gibi hastaların günlük yaşamlarında ağrı ile baş etmek için %81.9’unun ağrı kesici ilaç kullandığı, %25.4’ünün uyuduğu, %17.8’inin hastaneye gittiği, %3.6’sının sıcak uygulama yaptığı belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca bireylerin müzik dinleme, soğuk uygulama ve masaj gibi yöntemleri yapmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 5. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Beklenti Düzeylerine Göre Dağılımı (N=360)

Ameliyat sonrası beklenen ağrı	Sayı	%
Beklediği şiddette	65	18.1
Beklediği şiddetten az	154	42.8
Beklediği şiddetten fazla	141	39.2

Tablo 5’de görüldüğü gibi hastaların %42.8’i ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıyı beklediğinden daha az, %39.2’si beklediğinden daha fazla, %18.1’i ise beklediği şiddette bulmuştur.

Tablo 6. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrının Yerine Göre Dağılımı (N=360)*

Ameliyat sonrası ağrı yaşanan bölge	Sayı	%
Ameliyat bölgesi	347	96.4
Dren bölgesi	181	50.3
Ameliyat bölgesi dışında sırt ağrısı	63	17.5
Bacak ağrısı	13	3.6

**Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler N üzerinden alınmıştır.*

Tablo 6’da hastaların %96.4’ünün ameliyat yerinde, %50.3’ünün drenlerin olduğu yerde, %17.5’inin ameliyat bölgesi dışında sırt ağrısı ve %3.6’sının bacak ağrısı yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 7. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Durumlara Göre Dağılım (N=360)*

Hastaların ameliyat sonrası dönemde en fazla ağrı yaşadığı durumlar	Sayı	%
Pansuman sırasında	193	53.6
Yataktan kalkarken	295	81.9
Yürürken	165	45.8
Öksürürken	347	96.4

**Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler N üzerinden alınmıştır.*

Tablo 7’de görüldüğü gibi hastaların %96.4’ünün öksürürken, %81.9’unun yataktan kalkarken, %53.6’sının pansuman sırasında ve %45.8’inin yürürken ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 8. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Sırasında Yapmakta Zorlandıkları Aktivitelere Göre Dağılım (N=360)*

Hastaların ağrı yaşadıkları sırada yapmakta zorlandıkları aktiviteler	Sayı	%
Soluk alma	192	46.7
Hareket etme	282	78.3
Uyuma	193	53.6
Öksürme	347	96.4

**Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler N üzerinden alınmıştır.*

Tablo 8’de hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı sırasında %96.4’ünün öksürme, %78.3’ünün hareket etme, %53.6’sının uyuma, %46.7’sinin soluk alma sırasında zorlandıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Ağrıyı İlişkin Veri Toplama				
Ağrısı olduğunu hemşireye rahatlıkla iletebilme	360	100	0	0
Ameliyattan sonra hemşirenin hasta söylemeden sık ağrısı olup olmadığını sorması	344	95.6	16	4.4
Hemşirenin ağrıyla ilgili ayrıntılı bilgi alması	243	67.5	117	32.5
Hemşirenin ağrının şiddetini ölçen bir form kullanması	0	0	360	100.0
Hemşirenin ağrıyan bölgeye bakarak incelemesi	25	6.9	335	93.1
Hemşirenin ağrıyan bölgeye dokunarak incelemesi	2	0.6	358	99.4
Hemşirenin normal yaşantıda ağrıya nasıl baş ettiğini sorması	13	3.3	348	96.7
Ağrıyı Rahatlatmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri				
Hemşirenin ameliyat öncesi dönemde hastaya ameliyattan sonra (öksürürken, soluk alıp verirken, ayağa kalkarken v.b) ağrısının olacağı konusunda bilgi vermesi	21	5.8	339	94.2
Hemşirenin ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra ağrının nasıl giderileceği konusunda bilgi vermesi	7	1.9	353	98.1
Hemşirenin hasta ağrısı olduğunu ifade ettiğinde hastayla ilgilenme durumu	353	98.1	2	0.6
Hemşirenin ağrıya neden olan hareketler sırasında (öksürme, ayağa kalkma, yürüme, soluk alma) ne yapılması gerektiğini söylemesi	58	16.1	302	83.9
Hemşirenin ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon alma konusunda hastaya yardım etmesi	60	16.7	300	83.3
Hemşirenin ağrıyı rahatlatmak için sıcak, soğuk uygulama yapması	6	1.7	354	98.3
Hemşirenin ağrıyı rahatlatmak için masaj yapması	4	1.1	356	98.9
Hemşirenin ağrıyı rahatlatmak için kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırması	18	5.0	342	95.0
Hemşirenin ağrıyı rahatlatmak için müzik dinletmesi	1	0.3	359	99.7
Ağrı kesici ilaç uygulama	360	100	0	0
Ağrının Rahatlamasını Değerlendirme				
Hemşirenin ağrının azalma ve rahatlama durumunu izlemesi/kontrol etmesi	340	94.4	7	1.9

Tablo 9’da hastaların tamamının (%100) hemşireye ağrısı olduğunda rahatlıkla iletebildiğini, %95.4’ünün kendileri ifade etmeden hemşirenin ağrısı olup olmadığını sorduğunu, %67.5’inin yaşadıkları ağrı ile ilgili hemşirelerin ayrıntılı bilgi aldıklarını, tamamının (%100) hemşirenin ağrının şiddetini ölçmek için bir form kullanmadığını, %93.4’ünün ağrıyan bölgeye bakarak, %99.4’ünün ağrıyan bölgeye dokunarak incelemediğini, %96.7’sinin hemşirenin normal yaşantıda ağrıyla nasıl baş ettiklerini sormadığını, %94.2’sinin hemşirenin ameliyat öncesi dönemde hastaya ameliyattan sonra (öksürürken, soluk alıp verirken, ayağa kalkarken v.b) ağrısının olacağı ve %98.1’inin ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra ağrının nasıl giderileceği konusunda bilgi vermediğini, %98.1’inin hemşirenin ağrısı olduğunu ifade ettiğinde kendisiyle ilgilendiğini, %83.9’unun hemşirenin ağrıya neden olan hareketler sırasında (öksürme, ayağa kalkma,yürüme, soluk alma) ne yapılması gerektiğini söylemediğini, %83.9’unun ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon alma konusunda hemşirenin kendisine yardım etmediğini, %98.3’ünün hemşirenin ağrıyı rahatlatmak için sıcak, soğuk uygulama, %98.9’unun masaj, %95’inin kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırmadığını, %99.7’sinin ağrıyı rahatlatmak için müzik dinletmediğini, %99.4’ünün ağrı kesici verdikten sonra ağrısının azalıp azalmadığını izlediği/kontrol ettiğini ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Günlük Yaşadıkları Ağrıyla Baş Etme Durumlarına Göre Dağılım (N=360)

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Hastaları Ağrı İle Baş Etme Şekilleri											
	İlaç			Uyku			Sıcak Uygulama			Hastaneye		
	Kullanan	Kullanmayan	Test	Uyuyan	Uyumayan	Test	Yapan	Yapmayan	Test	Giden	Gitmeyen	Test
	Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %	
Yaş 40 yaş altı 40 yaş ve üzeri	65 100.0 230 78	0 0 65 22	$X^2=17.47$ $p<0.05$	26 40 65 22	39 60 230 78	$X^2=9.10$ $p<0.05$	0 0 13 4.3	65 100.0 282 95.6	$P=0.137$ $p>0.05$	13 20 51 17.3	52 80 244 82.7	$X^2=0.26$ $p>0.05$
Cinsiyet Kadın Erkek	169 76.5 126 90.6	52 23.5 13 9.4	$X^2=11.59$ $p<0.05$	52 23.5 39 28.1	169 76.5 100 71.9	$X^2=0.92$ $p>0.05$	13 5.9 0 0	208 94.1 139 100.0	$X^2=8.48$ $p<0.05$	38 17.2 26 18.7	183 82.8 113 91.3	$X^2=0.133$ $p>0.05$
Eğitim durumu Düşük eğitim* Yüksek eğitim**	256 79.8 39 100.0	65 20.2 0 0	$X^2=9.63$ $p<0.05$	91 28.3 0 0	230 71.7 39 100.0	$X^2=14.79$ $p<0.05$	13 4 0 0	308 96 39 100.0	$P=0.376$ $P>0.05$	50 15.6 14 35.9	271 84.4 25 64.1	$X^2=9.82$ $p<0.05$
Yaşadığı yer İl içi İl dışı	193 78.8 102 88.7	52 21.2 13 11.3	$X^2=5.20$ $p>0.05$	78 31.8 13 11.3	167 68.2 102 88.7	$X^2=17.46$ $p<0.05$	13 5.3 0 0	232 94.7 115 100.0	$X^2=6.33$ $p>0.05$	39 15.9 25 21.7	206 84.1 90 78.3	$X^2=1.81$ $p>0.05$
Ameliyat deneyimi Var Yok	129 90.8 166 76.1	13 9.3 52 23.9	$X^2=12.55$ $p<0.05$	39 27.5 52 23.9	103 72.5 166 76.1	$X^2=0.594$ $p>0.05$	0 0 13 6	142 100.0 205 94	$X^2=8.78$ $p<0.05$	26 18.3 38 17.4	116 81.7 180 82.6	$X^2=0.45$ $p>0.05$

* Okuryazar olan, okur yazar olmayan, ilköğretim mezunu ** Lise ve üniversite mezunu

Tablo 10’da yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre günlük yaşantılarındaki ağrı ile baş etme şekilleri incelendiğinde 40 yaş altı bireylerin tamamının (%100) ağrı kesici ilaç kullandığı, %40’ının uyuduğu görülmektedir. Hastaların günlük yaşamlarında yaşadıkları ağrı ile baş etme için ilaç kullanma durumları ve uyuma davranışları ile yaş grupları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Erkeklerin %90.6’sının ağrı kesici ilaç kullandığı, kadınların %5.9’unun sıcak uygulama yaptığı saptanmış ve cinsiyet ve ağrıyla baş etme şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Eğitim durumuna göre ağrıyla baş etme şekillerine bakıldığında yüksek eğitimli bireylerin tamamının (%100) ağrı kesici ilaç kullandığı, %28.3’ünün uyuduğu ve %35.9’unun hastaneye gittiği saptanmıştır. Hastaların günlük yaşantılarında yaşadıkları ağrı ile baş etme şekilleri ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastaların yaşadığı yer ile ağrıyla baş etme şekillerinin dağılımı değerlendirildiğinde ağrı kesici ilaç kullanma, sıcak uygulama ve hastaneye gitme şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaz iken ($p > 0.05$), uyuma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Ameliyat deneyimi olan bireylerin %90.8’inin ameliyat deneyimi olmayanların ise %76.1’inin ağrı kesici ilaç kullandığı ve %6’sının sıcak uygulama yaptığı saptanmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 11. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Beklenti Düzeylerinin Dağılımı (N=360)

	Beklediği şiddette		Beklediği şiddetten az		Beklediği şiddetten fazla		Toplam		Test
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş									
40 yaş altı	26	40	26	40	13	20	65	100.0	$X^2=28,73$ $p< 0.05$
40 yaş ve üzeri	39	13.2	128	43.4	128	43.4	295	100.0	
Cinsiyet									
Kadın	39	17.6	103	46.6	79	35.7	221	100.0	$X^2=3,72$ $p>0.05$
Erkek	26	18.7	51	36.7	62	44.6	139	100.0	
Eğitim durumu									
Düşük eğitim*	65	20.2	116	36.1	140	43.6	321	100.0	$X^2=53,40$ $p< 0.05$
Yüksek eğitim**	0	0	38	97.4	1	2.6	39	100.0	
Yaşadığı yer									
İl içi	65	26.5	103	42	77	31.4	245	100.0	$X^2=42,33$ $p< 0.05$
İl dışı	0	0	51	44.3	64	55.7	115	100.0	
Ameliyat deneyimi									
Var	0	0	78	54.6	64	45.1	142	100.0	$X^2=52,52$ $p< 0.05$
Yok	65	29.8	76	34.9	77	35.3	218	100.0	

* Okuryazar olan, okur yazar olmayan, ilköğretim mezunu

** Lise ve üniversite mezunu

Tablo 11’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası ağrı beklenti düzeylerinin dağılımına bakıldığında; 40 yaş altı bireylerin %40’ının ameliyat sonrası yaşadıkları ağrının beklediklerinden daha az şiddetli, 40 yaş ve üzeri bireylerin %43.4’ünün ameliyat sonrası ağrılarının beklediklerinden daha az şiddetli olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplararası fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların %46.6’sının ameliyat sonrası yaşadıkları ağrının beklediklerinden daha az şiddetli, erkeklerin ise %44.6’sının beklediklerinden daha şiddetli olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplararası fark anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$). Düşük eğitim düzeyi olan bireylerin ameliyat sonrası yaşadıkları ağrının beklediklerinden daha şiddetli, yüksek eğitim düzeyi olan bireylerin ise %97.4’sinin beklediklerinden daha az şiddetli olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). İl içi yaşayanların %42’sinin ağrılarının beklediklerinden daha az şiddetli, il dışında yaşayanların ise %55.7’sinin beklediklerinden daha şiddetli olduğu belirlenmiş ve gruplar arası bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ameliyat deneyimi olanların tamamının ameliyat sonrası yaşadıkları ağrının bekledikleri şiddette olmadığı, %54.6’sının beklediklerinden daha az şiddetli olduğu, ameliyat deneyimleri olmayanların ise %35.3’ünün beklediklerinden daha şiddetli olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 12. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Bölgelerinin Dağılımı

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Ağrı Yaşadıkları Bölgeler																			
	Ameliyat Yerinde Ağrı			Dren Yerinde Ağrı			Sırt Ağrısı			Bacak Ağrısı										
	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test								
	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%						
Yaş																				
40 yaş altı	65	100.0	0	0	P=0.137	26	40	39	60	X²= 3,33	0	0	65	100.0	X²=16.82	0	0	65	100.0	p=0.137
40 yaş ve üzeri	282	95.6	13	4.4	p>0.05	155	52.5	140	47.5	p>0.05	63	21.4	232	78.6	p< 0.05	13	4.4	282	95.6	p>0.05
Cinsiyet																				
Kadın	208	94.1	13	5.9	X²=8,48	77	34.8	144	65.2	X²=54.55	63	28.5	158	71.5	X²=48,03	0	0	221	100.0	X²=21,44
Erkek	139	100.0	0	0	p<0.05	104	74.8	35	25.2	p<0.05	0	0	139	100.0	p<0.05	13	9.4	126	90.6	p<0.05
Eğitim durumu																				
Düşük eğitim*	308	96	13	4	P=0.376	154	48	167	52	X²=6,28	63	19.6	258	80.4	X²=9.27	13	4	308	100.0	X²=1,69
Yüksek eğitim**	0	0	39	100.0	p> 0.05	27	69.2	12	30.8	p> 0.05	0	0	39	100.0	p<0.05	0	0	39	100.0	p> 0.05
Yaşadığı yer																				
İl içi	232	94.7	13	5.3	X²=6,33	117	47.8	128	52.2	X²=1,95	39	15.9	206	84.1	X²=1,32	0	0	245	100.0	X²=28,73
İl dışı	115	100.0	0	0	p> 0.05	64	55.7	51	44.3	p> 0.05	24	20.9	91	79.1	p>0.05	13	11.3	102	88.7	p< 0.05
Ameliyat deneyimi																				
Var	142	100.0	0	0	X²=8,78	78	54.9	64	45.1	X²=2,03	13	9.2	129	90.8	X²=11,31	13	9.2	129	90.8	X²=20,70
Yok	205	94	13	6	p< 0.05	103	47.2	115	52.8	p> 0.05	50	22.9	168	77.1	p< 0.05	0	0	218	100.0	p< 0.05

* Okuryazar olan, okur yazar olmayan, ilköğretim mezunu

** Lise ve üniversite mezunu

Tablo 12’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ağrı yaşadıkları bölgelerin dağılımına bakıldığında 40 yaş altı bireylerin tamamının (%100) ameliyat yerinde ve bacakta, 40 yaş ve üzeri bireylerin %52.5’inin dren yerinde ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplararası fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). 40 yaş ve üzeri bireylerin %21.4’ünün sırt ağrısı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p< 0.05$).

Erkeklerin tamamının ameliyat yerinde, %74.8’inin dren yerinde, %9.4’ünün bacağına, kadınların %28.5’inin sırtında ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p< 0.05$).

Yüksek eğitilmiş bireylerin %19.6’sının sırt ağrısı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Düşük eğitilmiş bireylerin %96’sının ameliyat yerinde, yüksek eğitilmiş bireylerin %69.2’sinin dren yerinde ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamsız bir fark olduğu bulunmuştur ($p> 0.05$).

İl içinde yaşayanlar ile il dışında yaşayanların ağrı yaşadıkları bölgeler arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede bacak ağrısı dışında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte il dışından gelen bireylerin ameliyat yeri, dren yeri ve sırtta daha fazla ağrı yaşadığı belirlenmiştir.

Ameliyat deneyimi olanların tamamının ameliyat yerinde, %9.2’sinin bacakta, ameliyat deneyimi olmayanların %22.9’unun sırtta ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p< 0.05$).

Tablo 13. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Durumların Dağılımı (N=360)

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Ağrı Yaşadıkları Durumlar																
	Pansuman Sırasında Ağrı			Yataktan Kalkarken Ağrı			Öksürürken			Yürürken							
	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%					
Yaş																	
40 yaş altı	39	60		52	80	13	20	65	100.0	0	0	26	40	39	60	$X^2=1,08$	
40 yaş ve üzeri	154	52.2	141	47.8	251	85.1	44	14.9	282	95.6	13	4.4	139	47.1	156	52.9	$p>0.05$
Cinsiyet																	
Kadın	91	41.2	130	58.8	182	82.4	39	17.6	208	94.1	13	5.9	102	46.2	119	53.8	$X^2=0.24$
Erkek	102	73.4	37	26.6	113	81.3	26	18.7	139	100.0	0	0	63	45.3	76	54.7	$p>0.05$
Eğitim durumu																	
Düşük eğitim	155	48.3	166	51.7	269	83.8	52	16.2	308	96	13	4	152	47.4	169	52.6	$X^2=2.75$
Yüksek eğitim	38	97.4	1	2.6	34	87.2	5	12.8	39	100.0	0	0	13	33.3	26	66.7	$p>0.05$
Yaşadığı yer																	
İl içi	141	57.6	104	42.4	201	82	44	18	232	94.7	13	5.3	128	52.2	117	47.8	$X^2=12.69$
İl dışı	52	45.2	63	54.8	102	88.7	13	11.3	115	100.0	0	0	37	32.2	78	67.8	$p<0.05$
Ameliyat deneyimi																	
Var	116	81.7	26	18.3	103	72.5	39	27.5	129	90.8	13	9.2	51	35.9	91	64.1	$X^2=9.29$
Yok	77	35.6	141	64.7	192	88.1	26	11.9	218	100.0	0	0	114	52.3	104	47.7	$p<0.05$

* Okuryazar olan, okur yazar olmayan, ilköğretim mezunu

** Lise ve üniversite mezunu

Tablo 13’de bireylerin pansuman sırasında, yataktan kalkarken, öksürürken ve yürürken yaşadıkları ağrı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p < 0.05$).

Erkeklerin %73.4’ünün pansuman sırasında, tamamının öksürürken, kadınların ise % 94.1’inin öksürürken ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve gruplar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Yüksek eğitilmiş bireylerin %97.4’ünün pansuman sırasında daha fazla ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Yüksek eğitilmiş bireylerin %87.2’sinin yataktan kalkarken, tamamının öksürürken ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamsız bir fark olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Ameliyat deneyimi olanların %81.7’sinin pansuman sırasında, ameliyat deneyimi olmayanların tamamının öksürürken, %88.1’inin yataktan kalkarken ve %52.3’ünün yürürken ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve gruplar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 14. Hastaların Yapılan Ameliyat Türüne Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Beklentisi

Ameliyat Türü	Ağrı Beklentisi Düzeyi								
	Beklediği şiddette		Beklediği şiddetten az		Beklediği şiddetten fazla		Toplam		Test
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kalp-akciğer ameliyatı	36	32.7	45	40.9	29	26.4	110	100.0	X²=76.63 p< 0.05
GİS Ameliyatı*	7	7.6	31	33.7	54	58.7	92	100.0	
Üriner Sistem Ameliyatı**	0	0	37	50.7	36	49.3	73	100.0	
Dissektomi	0	0	13	92.9	1	7.1	14	100.0	
TAH+BSO	22	33.3	25	37.9	19	28.8	66	100.0	
Mastektomi	0	0	3	60	2	40	5	100.0	

*Kolesistektomi, Gastrektomi, Karaciğer Ameliyatı, Barsak Rezeksiyonu

**Nefrolitotomi, Prostatektomi

Tablo 14’de hastaların şu anki ameliyat türlerine göre ameliyat sonrası ağrı beklenti düzeylerine bakıldığında; kalp akciğer ameliyatı olan bireylerin %40.9’sinin, dissektomili bireylerin %92.9’unun, TAH+BSO’lu bireylerin %37.9’unun, mastektomi ameliyatı olan bireylerin ise %60’ının ağrılarının bekledikleri şiddetten az olduğu; GİS ameliyatı olanların ise ameliyat sonrası ağrılarının bekledikleri şiddetten daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p< 0.05).

Tablo 15. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Bölgelerinin Dağılımı (N=360)

Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Bölgeler												
Ameliyat Türü	Ameliyat Yerinde Ağrı			Dren Yerinde Ağrı			Sırt Ağrısı			Bacak Ağrısı		
	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test
	Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %	
Kalp-akciğer	110 100.0	0 0	X²=49.50	64 58.2	46 41.8	X²=95.42	20 18.2	90 81.8	X²=88.04	0 0	110 100.0	X²=45.23
GİS ameliyatı	91 98.9	1 1.1	p< 0.05	53 57.6	39 42.4	p< 0.05	8 8.7	84 91.3	p< 0.05	0 0	92 100.0	p< 0.05
Üriner S. ameliyatı	73 100.0	0 0		49 67.1	24 32.9		0 0	73 100.0		12 16.4	61 83.6	
Dissektomi	14 100.0	0 0		14 100.0	0 0		13 92.9	1 7.1		1 7.1	13 92.9	
TAH+BSO	54 81.8	12 12.8		0 0	66 100.0		22 33.3	44 66.7		0 0	66 100.0	
Mastektomi	5 100.0	1 5.6		1 20	4 80		0 0	5 100.0		0 0	5 100.0	

*Kolesistektomi, Gastrektomi, Karaciğer Ameliyatı, Barsak Rezeksiyonu

**Nefrolitotomi, Prostektomi

Tablo 15'te kalp-akciğer, üriner sistem, diskektomi ve mastektomi ameliyatı olan bireylerin tamamının, GİS ameliyatı olanların %98.9'unun, TAH+BSO ameliyatı, olan bireylerin ise 81.8'inin ameliyat yerinde, diskektomi ameliyatı olan bireylerin tamamının, üriner sistem ameliyatı olan bireylerin ise %67'inin dren bölgesinde ağrı yaşadıkları görülmektedir. Tabloda ayrıca diskektomili hastaların %92.9'unun, TAH+BSO'lu hastaların 33.3'ünün ve kalp akciğer ameliyatı olan hastaların ise %18.2'sinin ameliyat bölgeleri dışında sırt ağrısı ve üriner sistem ameliyatı olan hastaların %16.4'ünün bacak ağrısı olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 16. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Yaşadıkları Durumların Dağılımı (N=360)

Ağrı Yaşadıkları Durumlar													
Ameliyat Türü	Pansuman Sırasında Ağrı			Yataktan Kalkarken Ağrı			Öksürürken Ağrı			Yürürken			
	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	Yaşayan	Yaşamayan	Test	
	Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		
Kalp-akciğer	44 40	66 60	$X^2=52.42$	99 90	11 10	$X^2=74.46$	110 100.0	0 0	$X^2=333.32$	64 58.2	46 41.8	$X^2=27.37$	
GİS ameliyatı	42 45.7	50 54.3	$p<0.05$	86 93.5	6 6.5	$p<0.05$	92 100.0	0 0	$p<0.05$	43 46.7	49 53.3	$p<0.05$	
Üriner S. ameliyatı	61 83.6	12 16.4		56 76.7	17 23.3		73 100.0	0 0		36 49.3	37 50.7		
Diskektomi	14 100.0	0 0		1 7.1	13 92.9		1 7.1	13 92.9		14 100.0	0 0		
TAH+BSO	31 47	35 53		57 86.4	9 13.6		66 100.0	0 0		22 33.3	44 66.7		
Mastektomi	1 20	4 80		4 80	1 20		5 100.0	0 0		0 0	5 100.0		

*Kolesistektomi, Gastrektomi, Karaciğer Ameliyatı, Barsak Rezeksiyonu

**Nefrolitotomi, Prostektomi

Tablo 16’da görüldüğü gibi diskektomili hastaların tamamının (%100), üriner sistem ameliyatı olan hastaların %83.6’sının pansuman sırasında, kalp akciğer ameliyatı olan hastaların %90’ının, GİS ameliyatı olan hastaların ise %93.5’inin yataktan kalkarken, kalp akciğer, GİS, üriner sistem, mastektomi ve TAH+BSO ameliyatı olan hastaların tamamının öksürürken ve diskektomili hastaların tamamının yürürken ağrı yaşadığını ifade ettikleri belirlenmiş ve gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 17. Hastaların Ameliyat Türlerine Göre Ameliyat Sonrası Ağrı Sırasında Yapmakta Zorlandıkları Aktivitelerin Dağılımı (N=360)

Ağrı Sırasında Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler												
Ameliyat Türü	Soluk Alma			Hareket Etme			Uyuma			Öksürme		
	Zorlanan	Zorlanmayan	Test	Zorlanan	Zorlanmayan	Test	Zorlanan	Zorlanmayan	Test	Zorlanan	Zorlanmayan	Test
	Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %		Sayı %	Sayı %	
Kalp-akciğer	65 59.1	45 40.9	X²=16.11	88 80	22 20	X²=39.75	76 69.1	34 30.9	X²=55.52	110 100.0	0 0	X²=47,28
GİS ameliyatı*	49 53.3	43 46.7	p>0.05	66 71.7	26 28.3	p< 0.05	61 66.3	31 33.7	p< 0.05	81 88	11 12	p< 0.05
Üriner S.ameliyatı**	36 49.3	37 50.7		71 97.3	2 2.7		27 37	46 63		73 100.0	0 0	
Dissektomi	13 92.9	1 7.1		14 100.0	0 0		13 92.9	1 7.1		14 100.0	0 0	
TAH+BSO	28 42.4	38 57.6		39 59.1	27 40.9		19 28.8	47 71.2		66 100.0	0 0	
Mastektomi	1 20	4 80		2 40	3 60		0 0	5 100.0		3 60	2 40	

*Kolesistektomi, Gastrektomi, Karaciğer Ameliyatı, Barsak Rezeksiyonu

**Nefrolitotomi, Prostektomi

Tablo 17’de görüldüğü gibi diskektomi ameliyatı olan hastaların tamamının, üriner sistem ameliyatı olan hastaların ise %97.3’ünün hareket etmede, diskektomili hastaların %92.9’unun, kalp-akciğer ameliyatı olanların %69.1’inin uyumada; kalp-akciğer, diskektomi, TAH+BSO ve üriner sistem ameliyatı olan hastaların ise tamamının öksürürken zorlandıklarını ifade ettikleri belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastaların hemşirelerin ağrıyı hafifletmek için yaptığı uygulamalardan memnuniyet durumuna bakıldığında hastaların tamamının memnun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 18. Hastaların Hemşirelerin Yaptıkları Uygulamalar Dışında Ağrılarını Daha Fazla Hafifleteceğini Düşündükleri Uygulamaların Var Olup Olmadığına İlişkin Dağılımı (N=360)

Hemşirelerin yaptıkları uygulamalar dışında ağrılarını daha fazla hafifleteceğini düşündükleri uygulama	Sayı	%	Toplam
Var	41	11.4	
Yok	319	88.6	

Tablo 18 incelendiğinde hastaların %11.4’ünün hemşirelerin yaptıkları uygulamalar dışında ağrılarını daha fazla hafifleteceğini düşündükleri uygulamalar olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 19. Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrılarının Hafifletilmesinde Hemşirelerden Beklentileri

Hastaların Ameliyat sonrası ağrılarının hafifletilmesinde hemşirelerden beklentileri	Sayı	%
Daha sık kontrol edilmesi	15	36.6
Ameliyatın ilk günlerinde daha fazla analjezik ilaç verilmesi	1	2.4
Müzik dinletme	2	4.9
Daha anlayışlı olma	13	31.7
Daha ilgili olma	6	14.6
İlaç uygularken daha yavaş olma	2	4.9
Ziyaretçi kısıtlaması	2	4.9
Toplam	41	100.0

Tablo 19’da ameliyat sonrası ağrının hafifletilmesinde hastaların %36.6’sının hemşirelerin daha sık kontrol etmelerini, %31.7’sinin daha anlayışlı olmalarını ve 14.6’sının ise daha ilgili olmalarını beklediklerini ifade ettiklerinin belirlendiği görülmektedir.

VI. TARTIŞMA

Evrensel bir deneyim olan ağrıyı azaltmaya yönelik ilerlemelere rağmen bireylerin hala çeşitli düzeylerde ağrı yaşadığı belirtilmektedir (Piotrowski ve ark. 2003). Türk Eczacılar Birliği ve Türk Algoloji Derneğinin 1999 yılında "Türkiye'de Erişkinlerin Ağrı Sıklığı ve Baş Etme Yöntemleri" konulu araştırmalarında; erişkinlerin %63.5'inin, 2001'de yapılan bir başka ağrı sıklığı çalışmasında ise %63.7'sinin ağrı yaşadığı saptanmıştır. (Önder ve ark. 2002, Erdine 2001). Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde hastaların %64.2'sinin normal yaşantılarında sık ağrı yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların yarıya yakınının ameliyattan sonra ağrı düzeyini beklediklerinden daha az buldukları belirlenmiştir. Carr ve Thomas (1997)'in bu konuda yaptığı çalışmada da hastaların çoğunluğunun ameliyattan sonra beklediklerinden daha az ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Birçok kültürde ameliyat girişiminin çok ciddi olduğu ve yüksek düzeyde ağrıya neden olacağına ilişkin bir yargı vardır. Bu nedenle özellikle orta ve büyük ameliyat olacak bireyler çok şiddetli ağrı yaşayacakları düşüncesiyle ameliyata girmektedirler. Ancak ameliyat sonrası dönemde bekledikleri kadar şiddetli ağrı yaşamazlar. Çalışmamızda da kalp akciğer ameliyatı olan bireylerin yarıya yakınının, üriner sistem ve mastektomi ameliyatı olan bireylerin yarısından fazlasının ve diskektomi ameliyatı olan bireylerin tamamına yakınının ameliyat sonrası ağrı beklenti düzeylerinin bekledikleri şiddetten daha az olduğu belirlenmiştir.

Ağrıyla baş etme stratejileri kognitif, davranışsal ve emosyoneldir (Elander, Barry 2003). Çalışmamızda hastaların %81.9'unun günlük yaşantılarında yaşadıkları ağrı ile baş etmek için ağrı kesici ilaç kullandıkları saptanmıştır. Ağrı konusunda yapılan çalışmalarda da bireylerin ağrı yaşadıklarında ilk önce kolay uygulanabilir ve etkisinin hızlı olması nedeniyle ağrı kesici ilaç almayı tercih ettikleri, hekim ve hemşirelerin de aynı nedenle hastanın ağrısını gidermede ilk önce ilaç verme yolunu seçtikleri belirlenmiştir (Önder ve ark. 2002, Erdine 2001, Karadeniz 1989). Çalışmamızda da benzer nedenlerle hastaların ağrı yaşadıklarında ağrıdan bir an önce kurtulmak için ağrı kesici ilaç kullanmayı tercih ettikleri düşünülmektedir. Ancak bilindiği gibi ağrı yönetiminde ağrı kesici ilaç dışında ilaç dışı yöntemlerle de ağrı düzeyi azaltılabilir.

Karadeniz (1997)'in ilaç dışı ağrı giderme yöntemlerinden masajın etkisini belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada, hastaların %15'inin sıcak uygulama ve masaj yaparak, %15'inin ise istirahat ederek ağrılarını rahatlattığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada masaj uygulamasından sonra hastaların ağrı skorlarının masaj öncesine göre azaldığı, plazma endorfin düzeylerinin ise arttığı belirlenmiştir. Çalışmamızda hastaların günlük yaşadıkları ağrıyı rahatlatma yolu olarak ilaç dışı yöntemleri (nonfarmakolojik) kullanmadıkları saptanmıştır. Bireylerin ağrıyla baş etmek için ilaç dışı yöntemleri kullanmama nedeni olarak ilaç dışı yöntemleri ve bu yöntemlerin etkisini bilmemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Ağrı yaş, eğitim, cinsiyet, kültürel özellikler ve geçmiş deneyimlerden etkilenen bir kavramdır. Dolayısıyla bireylerin ağrı ile baş etme şekilleri de bu faktörlerden etkilenmektedir. Bu çalışma kapsamındaki bireylerin günlük yaşantılarında ağrı ile baş etmek için ilaç kullanma durumları yaşa göre farklılık göstermekte olup, 40 yaş ve üzeri yaş grubundaki bireylerin daha az ağrı kesici ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu bireylerin daha az ağrı kesici ilaç kullanmaları; yaşadıkları ağrıyı yaşın ilerlemesi ve kader sonucu olarak görmeleri ve kendiliğinden geçmesini beklemeleri ile açıklanabilir.

Yaşla birlikte ağrı sıklığının arttığı bildirilmektedir (Güneş ve ark. 2005, Erdine ve ark.2001). Bunun yanında bazı çalışmalarda yaşlı bireylerin ağrıyı yaşlılığın bir sonucu olarak görmeleri nedeni ile ağrılarını ve ağrı ile ilgili duygularını sözel olarak ifade etmedikleri belirtilmektedir (Prowse 2007, Chung ve Lui 2003). Prowse (2007)'nin belirttiğine göre; MacIntyre ve ark. (2003) ve Gloth (2001) yaşın ilerlemesiyle ağrı eşiği ve ağrı algılamasında klinik olarak önemli değişimler olmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Anestezistler Birliği akut yaşanan ağrı durumunda yaşın ağrının algılanmasında azalmaya neden olmadığını bildirmiştir (Prowse 2007). Yosipovitch ve ark. da (2004) dermatolojik ağrılı işlem sırasında ağrı eşiğinde yaşın etkili olmadığını bildirmiştir. Çalışmamızda ise 40 yaş altı bireylerin anlamlı olmamakla birlikte ameliyat yerinde daha fazla, 40 yaş ve üzeri bireylerin ise dren yerinde ve bacakta daha fazla ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Günlük yaşamdaki ağrıyla baş etmek için 40 yaş ve üzeri yaş grubundaki düşük eğitimli ve ameliyat deneyimi olmayan kadınların nonfarmakolojik yöntemlerden sıcak uygulamayı kullandıkları belirlenmiştir. Bu bulgunun ağrıyla baş etmek için genellikle orta ve ileri yaştaki kadınların deneyimleri ve sosyokültürel özellikleri ile öğrendikleri bazı geleneksel uygulamaları (kiremite oturma, baş sarma) daha fazla oranda kullanmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda erkeklerin kadınlara göre günlük yaşamlarında yaşadıkları ağrı nedeniyle daha fazla ağrı kesici ilaç kullandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Önder ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada ise bizim bulgumuzdan farklı olarak kadınların (%96.9) erkeklere göre (%79.1) daha fazla ağrı kesici kullandıkları saptanmıştır.

Bir kişinin ağrı eşiğini (ağrı davranışı) dile getirmesi bireyin sosyal ve kültürel özelliklerinden etkilenir (Finnstro ve Söderhamn 2006, Baht, Kozlovski, Simon 2000). Lin ve Wong (2005) ağrıyı, fizyolojik, duyusal, affektif, kognitif, davranışsal ve sosyokültürel boyutları içeren eşsiz ve kişisel bir deneyim olarak tanımlamışlardır. Yapılan çalışmalarda ağrının algılanması, ağrı toleransı, ağrının ifade edilmesi, ağrı eşiği ve analjeziklere karşı alınan cevabın bireyin cinsiyetine ve yaşına göre farklılık gösterdiği, erkeklerin kadın ve çocuklara göre ağrıyı daha iyi tolere ettikleri ve kadınların erkeklere göre ağrı eşiklerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Garofalo ve ark. 2006, Güneş ve ark. 2005, Chung ve Lui 2003, Erdine ve ark. 2001, Bendelow 1993). Ancak çalışmamızda bu bulgulardan farklı olarak erkeklerin ameliyat sonrası ameliyat yerinde, dren bölgesinde ve bacaklarda kadınlara göre, kadınların ise sadece sırt ağrısını erkeklere göre daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Garofalo ve ark. (2006)'nın çalışmasında da ilk ağrılı termal uyaranda erkeklerin kadınlara göre daha fazla ağrı yaşadığı, ancak sonraki ağrılı uyaranlarda kadınların erkeklere göre daha yoğun ağrı yaşadıkları saptanmıştır. Baht, Kozlovski, Simon (2000)'un belirttiğine göre; Fillingin ve Maixner (1995) çalışmalarında kadınların erkeklere göre ağrılı uyaranlara daha duyarlı olduklarını gösterirken, Riley ve ark. (1998) kadınlar ve erkekler arasında ağrı yaşama şiddeti yönünden fark olmadığını bildirmişlerdir. Baht, Kozlovski, Simon (2000) erkeklerin peridontal cerrahi öncesi ağrı beklentilerinin daha fazla olduğunu ancak cerrahi girişim sonrası kadınlara göre daha az ağrı yaşadıklarını bulmuşlardır. Yosipovitch ve ark.

(2004) ise çalışmalarında ağrı eşiğinin cinsiyetler arası farklılık göstermediğini belirlemiştir. Yapılan bir çalışmada erkeklerin ağrıyı ifade etmeyi bir kadın davranışı olarak değerlendirdiği (hanım evladı veya kadınsı olarak) ve bu nedenle toplumda erkeklerin ağrılarını ifade etmelerine izin verilmediğini belirttikleri saptanmıştır (Bendelow 1993). Kadın ve erkeklerde ağrının algılanmasındaki farklılığın en önemli nedeni ağrının oluşum mekanizmasındaki nöroaktif maddelerin cinsiyete ve hormonlara bağımlı olarak her iki cinste farklı üretilmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Erdine ve ark.2001, Güneş ve ark. 2005).

Çalışmada ağrıyla baş etmek için ağrı kesici ilaç kullanma davranışı eğitim düzeyine göre farklılık göstermiştir. Yüksek eğitim düzeyindeki bireylerin tamamının ağrıları olduğunda ağrı kesici ilaç kullandıkları saptanmıştır. Önder ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada ise ilkokul mezunu ve daha alt eğitim düzeyi olan bireylerin daha fazla oranda ağrı kesici ilaç kullandıkları saptanmıştır. Chung ve Lui (2003)'nin ameliyat sonrası ağrı yönetimi ve hasta memnuniyetini belirleme ile ilişkili yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerin eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre ameliyat sonrası daha az ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Yosipovitch ve ark.'nın (2004) çalışmasında da dermatolojik ağrılı işlem sırasında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin eğitim düzeyi düşük bireylere göre daha az ağrı yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamızda ameliyat sonrası ameliyat yeri, sırt ve bacakta yaşanan ağrının eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Chung ve Lui (2003)'nin çalışmasında ameliyat sonrası drenin yerleştirildiği alanda ağrıyı en az okuryazar olmayanlar, en fazla üniversite mezunlarının yaşadığı saptanmıştır.

Bilindiği gibi ameliyat sonrası hafifletilmeyen ağrı hastalarda öksürmeyi, etkin soluk alıp vermeyi ve hareket etmeyi engelleyerek ameliyat sonrası komplikasyon gelişimine neden olabilmektedir (Yeğin, Erdoğan ve Hadimioğlu 2005, Wang ve Keck 2004, Özyuvacı, Altan ve Yücel 2003, Shea ve ark. 2002, Huang ve ark. 2001). Bu çalışmada bireylerin %96.4'ünün ağrı sırasında öksürme, %78.3'ünün hareket etme, %53.6'sının uyuma ve %46.7'sinin soluk almada zorlandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Özer ve Bölükbaş (2004)'in çalışmasında da çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde hastaların %97'sinin ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı nedeniyle etkin

soluk alıp veremediği, %78'inin hareketlerinin sınırlandığı ve %19.5'inin de uyuyamadığı bulunmuştur. Ameliyat sonrası öksürme, derin soluk alma, hareket etme ya da ayağa kalkma sırasında hastanın ve yaranın desteklenmesi ayrıca hastaya yatakta uygun pozisyon verilmesi hastaların ameliyat sonrası ağrı nedeni ile yaşadıkları bu sıkıntıların azalmasını sağlayan hemşirelik girişimleridir. Ancak çalışmamızda hastaların, hemşirelerin çoğunluğunun ağrıya neden olan öksürme, ayağa kalkma, yürüme ve soluk alma sırasında kendilerini desteklemediklerini ve ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon almaları konusunda yardım etmediklerini ifade ettikleri bulunmuştur.

Abdominal ameliyat diyafragma yakın olması ve abdominal alanda sinir geçişlerinin çok olması nedeniyle bütün ameliyatlarda ameliyat alanında en şiddetli ağrının yaşandığı ameliyat türüdür ve üst abdominal ameliyatı olan hastaların %70'inin şiddetli ağrı yaşadığı bildirilmektedir (Lin ve Wang 2005, Roykulcharoen ve Good 2004). Çalışmamızda da üst abdominal ameliyatı olan hastaların (kalp-akciğer, TAH+BSO, GİS) ameliyat yerinde, öksürürken ve yataktan kalkarken daha yoğun ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Lin ve Wang (2005)'in çalışmasında üst ve alt abdominal ameliyat olan hastaların tamamının pozisyon değiştirme, öksürme/soluk alma, konuşma ve uyku sırasında VAS'a göre şiddeti ortalama 3.2-6.5 olan ağrı yaşadıkları saptanmıştır.

Literatürde etkin ağrı yönetimi için ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Eti 2002). Çalışmamızda hastaların ifade ettiğine göre hemşirelerin tamamının hastanın ağrısını değerlendirmek için bir ağrı ölçüm skalası kullanmadığı saptanmıştır. Dihle ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin ağrı skalasını çok nadir kullandıkları, Özer ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin yalnızca %18.7'sinin ağrı skalası kullandıkları belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Hemşirelerin ağrı skalası kullanmamaları veya kullanım oranlarının az olmasının nedenleri olarak; hemşirelerin ellerinde uygun bir ölçme aracının olmaması, bu araçları kullanabilmek için yeterli bilgi donanımına sahip olmamaları, ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesinin gerekli olduğuna inanmamaları ya da iş yükünün fazlalığı düşünülebilir. Bunun yanı sıra hemşirenin hastanın ağrıyan bölgesine bakarak ve

dokunarak incelenmesi de ağrıya neden olan kaynağın belirlenerek ortadan kaldırılabilmesi için yapılması gereken önemli bir girişimdir. Ancak gözlemlerimiz ve hasta ifadeleri hemşirelerin çoğunluğunun bu hemşirelik girişimini yapmadıklarını göstermektedir. Bu ameliyat sonrası yaşanan ağrının etkin olarak hafifletilememesine neden olabilmektedir.

Hastaların ağrısına yönelik bir girişim yapıldıktan sonra ağrının azalıp azalmadığını kontrol etmek ağrı yönetiminin etkinliği için önemli bir diğer hemşirelik girişimidir (Prowse 2007, Arslan ve Çelebioğlu 2004). Bu çalışmada ameliyat sonrası ağrının rahatlatılmasına ilişkin yapılan ağrı kesici ilaç sonrasında hastaların çoğunluğunun hemşirelerin ağrının azalıp azalmadığını kontrol ettiklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuca göre çalışmanın yapıldığı cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ağrı kesici ilaç verdikten sonra ilacın etkinliğini kontrol etme gerekliliğinin farkında oldukları söylenebilir. Bu konudaki farkındalıklarının yüksek olmasına rağmen çalışmamızda hemşirelerin ameliyat sonrası yaşanan ağrıya yönelik yalnızca ağrı kesici ilaç yaptıkları, diğer ağrı giderme yöntemlerini (nonfarmakolojik) uygulamadıkları belirlenmiştir. Oysa hemşirelere eğitimleri sırasında ağrı kavramı ve yönetimine ilişkin yeterli bilgi verilmekte, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler öğretilerek stajlar sırasında hastalar üzerinde pekiştirilmektedir. Ayrıca nonfarmakolojik yöntemler hemşirelerin özel eğitim gerektirmeden uygulayabileceği girişimlerdir (Karadeniz 1989, Karadeniz 1997). Ancak gözlemlerimiz ve hastaların ifadelerine göre hemşirelerin analjezik kullanma oranını azaltacak ve bağımsız olarak karar verebileceği bu yöntemleri kullanmadıkları, daha çok analjezik uygulama yöntemini seçtikleri görülmektedir. Çalışmamızda hastaların, hemşirelerin ağrılarını azaltmak için ağrı kesici ilaç verdiğini, çoğunluğunun sıcak-soğuk uygulama, masaj, kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizleri yaptırmadığı ve müzik dinletmediğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin genellikle ilaç verme yolunu seçme nedenleri arasında ağrı konusunda doğrudan sorumluluk almaktan kaçınmaları ya da bağımlı işlevleri olan ilaç vermenin daha az sorumluluk gerektirdiği sayılabilir. Oysa yurt dışında hemşireler tarafından yaygınlık gösteren nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı yönetiminde etkinliğini araştıran çalışmalarda ve ülkemizde yapılan çalışmalarda; ameliyat sonrası dönemde hemşirelerin hastalara masaj yapması, müzik dinletmesi, empati yaparak terapötik dokunması,

dikkatini başka yöne çekmesi, soğuk uygulama yapması, gevşeme egzersizleri uygulaması ve pozisyon vermesinin hastaların ağrı düzeylerini azalttığı ve rahatlamalarına neden olduğu bildirilmektedir (Carr ve Thomas 1997, Karadeniz 1997, McCaffery ve ark. 1992, Piotrowski ve ark. 2003, Roykulcharoen ve Good 2004, Wang ve Keck 2004).

Ameliyat öncesi ağrı ve yönetimine ilişkin bilgi vererek hastalarda anksiyete ve ağrıyı azaltmak hemşirenin yapması gereken önemli sorumluluklardan biridir. Ameliyat öncesi dönemde değişik düzeylerde yaşanan anksiyete ameliyat sonrası ağrının da artmasına neden olabilir (Vaughn ve ark. 2007, Roth ve ark. 2005, Carr, Thomas ve Barnet 2005, Kocaman 1994). Ameliyat öncesi dönemde hastaya bilgi vermek ağrı ve anksiyete düzeyini, kullanılacak analjezik sayısını ve dozunu azaltır, normal günlük aktivitesine daha kısa sürede dönmesine yardımcı olur ve hasta memnuniyetini artırır. Çalışmamızda hastaların ifadelerine göre hemşirelerin çoğunluğunun ameliyat öncesi dönemde hastaya ameliyattan sonra ağrısının olacağı ve ameliyattan sonra ağrının nasıl giderileceği konusunda bilgi vermediği saptanmıştır. Bizim bulgularımıza benzer şekilde Dihle ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada da, hemşirelerin hastalara ameliyat öncesi dönemde ağrılarının nasıl giderileceği ile ilgili bilgi vermediği belirlenmiştir. Bu durum hastaların ameliyat öncesi dönemde yaşadıkları anksiyetenin bilinmezlik nedeniyle devam ettiği ve hastaların daha fazla ağrı yaşadıklarını düşündürmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda, hastalara ameliyat öncesi dönemde yaşayacağı ağrı ve ağrı yönetimine özgü sözel ya da kitapçık aracılığıyla bilgi verme ve ilaç dışı ağrı rahatlatma yöntemlerini içeren ameliyat öncesi hazırlığın, hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağladığı, hastaların anksiyetesini ve ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıyı azalttığı, hastalarda ağrı ile ilgili olumlu bir tutum geliştirdiği bulunmuştur (Carr, Thomas ve Barnet 2005, Lin ve Wang 2005, Sauaia ve ark 2005, Özalp ve ark. 2003, Sjöling and at all 2003, Goldsmith ve Safran 1999, Karayurt 1998).

İnsanların önceki ağrı deneyimleri sonradan yaşanan ağrının şiddetini etkilemektedir. Önceden yaşanan iyi ağrı deneyimleri sonradan yaşanan ağrı deneyimine dayanma gücünü artırmakta ve ağrı ile baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Karadeniz 1997, Kocaman 1994). Lin ve Wang (2005)'ın yaptığı bir çalışmada ağrıyla ilgili olumsuz

deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda ise ameliyat deneyimi olmayanların ameliyat deneyimi olanlara göre yataktan kalkarken, yürürken ve öksürürken daha fazla ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu sonucun temel nedeni; daha önce ameliyat deneyimi olan bireylerin önceki ameliyat deneyimlerinde aktiviteleri sırasında ağrı hissetmemek ya da ağrıyı hafifletmek amacıyla ne yapmaları gerektiğini hemşire, doktor ya da diğer hastalardan öğrenerek bunları uygulamaları şeklinde açıklanabilir. Bu nedenle hastaneye yatan bireylerin günlük yaşamlarındaki ve önceki ameliyat deneyimlerindeki ağrıyla baş etme şekillerini öğrenmek ameliyat sonrası yaşanacak ağrı ile baş etme stratejileri belirlemede önemli ve gereklidir. Ancak çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun hastalara normal yaşamlarında yaşadıkları ağrıyla nasıl baş ettiklerini sormadıkları belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların tamamının ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelerin yaptığı uygulamalarından memnun olduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde Scott ve Hodson (1997)'ın yaptığı çalışmada da ameliyat deneyimi olan hastaların çoğunluğunun ağrı tedavisinden memnun olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olmasının, onların var olan diğer tedavi seçeneklerini bilmemelerinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Svensson ve ark. (2001) ve Sauaia ve ark.'nın (2005) yaptıkları çalışmalarda da hastaların %81 ve %87 oranında ameliyat sonrası ağrılarına yönelik yapılan tedaviden memnun oldukları belirlenmiştir.

Hastaların beklentileri ve algılamaları hemşirelik bakımından memnuniyetlerini etkileyen önemli faktörler olarak tanımlanmaktadır (Algier ve ark. 2005). Hemşirelerin hastalarına bakım verirken onların beklentilerini karşılamak için ne beklediklerini bilmeleri gerekir. Ancak Algier ve ark. (2005)'nin belirttiğine göre yapılan çalışmalarda hastalar ve hemşirelerin bakım ile ilgili algılamalarının benzer olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmalarda hemşireler bakımın duygusal ve psikolojik yönlerini ve klinik yeterliliği daha önemli bulurken, hastalar bakımın fiziksel ve tıbbi yönlerini daha önemli bulmuşlardır. Bölükbaş (1992)'ın yaptığı çalışmada da ameliyat olacak hastaların çoğunluğunun hemşirelerden hemşirelik bakımı olarak ameliyat öncesi dönemde ateş, nabız ve tansiyonlarını ölçmelerini ve ilaç uygulamalarını beklerken, yalnızca %7'sinin

hasta eğitimi beklediği belirlenmiştir. Bu sonuç hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olmasının hastaların hemşirelerden beklentilerinin ilaç verme ve kan basıncı ölçme ile sınırlı olmasından kaynaklandığını düşündürebilir. Çünkü hemşirelerin çoğunluğu ilaç verme ve yaşam bulgularını genellikle aksatmadan yerine getirmekte ve kayıt etmektedir. Hastaların ağrı kesici ilaç dışında diğer ağrı yönetim seçeneklerini bilmemeleri nedeniyle ağrısı olduğunu söylediğinde ağrıyı giderme yolu olarak ağrı kesici ilaç verildiyse bu durumun hasta bireyi memnun etmiş olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin yaptıkları uygulamalar dışında ağrılarını daha fazla hafifleteceğini düşündükleri uygulamalar olduğunu düşünen hastalar hemşirelerin ağrıları olduğunda kendilerini daha sık kontrol etmelerini, daha anlayışlı ve daha ilgili olmalarını önermişlerdir. Bölükbaş (1992)'ın ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri ile ilgili çalışmasında da hemşirelerden ilgi, güler yüz, hoşgörü ve anlayış bekledikleri belirlenmiştir.

VII. SONUÇLAR

Araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Hastaların %61.4'ünün kadın, %83'ünün 40 yaş ve üzerinde olduğu; %60.8'inin ilköğretim, %88'inin düşük eğitilmiş olduğu, %68.1'inin Sivas il merkezinde yaşadığı ve %60.4'ünün ameliyat deneyiminin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

2. Hastaların %30.6'sının kalp-akciğer ameliyatı, %25.5'inin GİS ameliyatı, %22.2'sinin üriner sistem ameliyatı, %18.3'ünün TAH+BSO (total abdominal histerektomi+bilateral salfinjooferektomi), %3.9'unun diskektomi ve %1.4'ünün mastektomi ameliyatı olduğu saptanmıştır. (Tablo 2).

3. Hastaların %64.2'si günlük yaşamında sık ağrı yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 3).

4. Hastaların günlük yaşamlarında ağrı ile baş etmek için %81.9'unun ağrı kesici ilaç kullandığı, %25.4'ünün uyuduğu, %17.8'inin hastaneye gittiği, %3.6'sının sıcak uygulama yaptığı belirlenmiştir. Hastaların tamamının ağrıyla baş etmek için müzik dinleme, soğuk uygulama ve masaj gibi yöntemleri uygulamadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

5. Hastaların %42.8'i ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıyı beklediğinden daha az, %39.2'si beklediğinden daha fazla, %18.1'i ise beklediği şiddette bulmuştur (Tablo 5).

6. Hastaların %96.4'ünün ameliyat yerinde, %50.3'ünün dren yerinde, %17.5'inin sırtında ve %3.6'sının bacaklarında ağrı yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 6).

7. Hastaların %96.4'ü öksürürken, %81.9'u yataktan kalkarken, %53.6'sı pansuman sırasında ve %45.8'i yürürken ağrı yaşadıklarını ifade etmiştir (Tablo 7).

8. Ameliyattan sonra yaşadıkları ağrı sırasında hastaların %96.4'ü öksürürken, %78.3'ü hareket ederken, %53.6'sı uyuma ve %46.7'si soluk alma sırasında zorlandığını ifade etmiştir (Tablo 8).

9. Hastaların tamamının (%100) hemşireye ağrısı olduğunda rahatlıkla iletebildiğini, %95.4'ünün kendileri ifade etmeden hemşirenin ağrısı olup olmadığını sorduğunu, %67.5'inin yaşadıkları ağrı ile ilgili hemşirelerin ağrıyla ayrıntılı bilgi aldıklarını, tamamının (%100) hemşirenin ağrının şiddetini ölçmek için 0-10 arası derecelendirilmiş bir form kullanmadığını, %93.4'ünün ağrıyan bölgeye bakarak, %99.4'ünün ağrıyan bölgeye dokunarak incelememediğini, %96.7'sinin hemşirenin normal yaşantıda ağrıyla nasıl baş ettiklerini sormadığını, %94.2'sinin hemşirenin ameliyat öncesi dönemde hastaya ameliyattan sonra (öksürürken, soluk alıp verirken, ayağa kalkarken v.b) ağrısının olacağı ve %98.1'inin ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra ağrının nasıl giderileceği konusunda bilgi vermediğini, %98.1'inin hemşirenin ağrısı olduğunu ifade ettiğinde kendisiyle ilgilendiğini, %83.9'unun hemşirenin ağrıya neden olan hareketler sırasında ne yapılması gerektiğini söylemediğini, %83.9'unun ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon alma konusunda hemşirenin kendisine yardım etmediğini, %98.3'ünün hemşirenin ağrıyı rahatlatmak için sıcak, soğuk uygulama, %98.9'unun masaj, %95'inin kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırmadığını, %99.7'sinin ağrıyı rahatlatmak için müzik dinletmediğini, %99.4'ünün ağrı kesici verdikten sonra ağrısının azalıp azalmadığını izlediği/kontrol ettiğini ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 9).

10. Hastaların tamamının hemşirelerin ağrıyı hafifletmek için yaptığı uygulamalardan memnun olduğu belirlenmiştir.

11. Hastaların %11.4'ünün hemşirelerin yaptıkları uygulamalar dışında ağrılarını daha fazla hafifleteceğini düşündükleri başka uygulamalar olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

12. Ameliyat sonrası ağrının hafifletilmesinde hastaların %36.6'sının hemşirelerin daha sık kontrol etmelerini, %31.7'sinin daha anlayışlı olmalarını ve %14.6'sinin ise daha ilgili olmalarını bekledikleri bulunmuştur (Tablo 19).

VIII. ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Çalışmamızda bireylerin yaşadıkları akut veya kronik ağrı ile baş etmek için çoğunlukla (%81.9) ağrı kesici ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Oysa bilindiği gibi yapılan çalışmalarda günlük yaşanan ağrılarda ilaç dışı yöntemlerden bazılarının oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. Buna göre bireylerin/toplumun ağrının azaltılmasına/giderilmesine yönelik yöntemler ve bu yöntemlerin uygulanma şekilleri konusunda kitle iletişim araçları ve yazılı broşürler kullanılarak bilgilendirilmesi,

2. Ağrının etkin olarak hafifletilmesindeki yetersizliklerden biri hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin ağrı, ağrı yönetimi ve değerlendirilmesine ilişkin yetersiz bilgi ve inançlarının olmasıdır. Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin ağrının nonfarmakolojik yönetimi konusunda bilgi ve inançlarının yeterli olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık personelinin ağrı ve ağrının nonfarmakolojik yönetimi konusunda hizmet içi eğitim programı ile duyarlı hale getirilmesi,

3. Etkin bir ağrı yönetimi için gerekli olan ilk basamak ayrıntılı veri toplamaktır. Çalışmamızda hastaların ifadelerine göre hemşirelerin hastaların ağrısı ve ağrı ile baş etme şekillerine ilişkin yeterli veri toplamadıkları belirlenmiştir. Bu sonuca göre hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile hastaneye yatan bireylerden ağrı ve baş etme şekillerine yönelik ayrıntılı veri toplama formu geliştirilmesi ve yöneticiler tarafından formların kullanılıp kullanılmadığının denetlenmesi,

4. Çalışmamızda hemşirelerin hastalara ameliyat sonrası yaşayacakları ağrı ve ağrı yönetimine yönelik bilgi vermedikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesinde yaşanılacak ağrı ve ağrı yönetimi ile ilgili bilgisi olmayan hastaların daha yoğun anksiyete ve ağrı yaşadıkları bildirilmektedir. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde hastaların ameliyat sonrası yaşayacağı ağrı ve ağrının yönetimine ilişkin sözel ya da yazılı bilgi vermesi,

5. Çalışmamızda hemşirelerin tamamının ameliyat sonrası yaşanan ağrıya analjezik ile müdahale ettikleri belirlenmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda ise ameliyat sonrası ağrının hafifletilmesinde ilaç dışı yöntemlerden bazılarının oldukça etkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ameliyat sonrası yaşanan ağrının hafifletilmesi için analjezik ilaç kullanmanın yanı sıra nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaları konusunda hizmet içi eğitim programları ile duyarlandırılması önerilmektedir.

IX. ÖZET

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi, Beyin Cerrahisi, Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Üroloji ve Göğüs Cerrahisi kliniklerinde genel anestezi alarak orta ve büyük cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ile ilgili görüşleri ve memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanmış hastaların bireysel ve hastalık özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) ve hastaların ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları ile ilgili değerlendirmelerini içeren Ameliyat Sonrası Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi Formu (Ek 2) aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan 360 hastanın %61.4'ünün kadın, %38.9'unun 51-61 yaşları arasında; %60.8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %68.1'inin Sivas il merkezinde yaşadığı ve %60.4'ünün ameliyat deneyiminin olmadığı belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun günlük yaşamlarındaki ağrı ile baş etmek için ağrı kesici ilaç kullandığı ve tamamının nonfarmakolojik yöntemleri kullanmadığı, 18-28 ve 29-39 yaş bireylerin, erkeklerin, okuryazar olmayan, lise ve üniversite mezunu bireylerin ve ameliyat deneyimi olanların diğer gruplara göre daha fazla ağrı kesici ilaç kullandığı saptanmıştır. Hemşirelerin ağrının şiddetini ölçmek için derecelendirilmiş bir form kullanmadığı, çoğunluğunun hastaya günlük yaşamlarında ağrıya nasıl baş ettiklerini sormadığı, ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra ağrının nasıl giderileceği konusunda bilgi vermediği ve hastalara nonfarmakolojik yöntemleri uygulamadığı belirlenmiştir. Bunların yanı sıra hastaların tamamının hemşirelerin ağrıyı hafifletmek için yaptığı uygulamalardan memnun olduğu bulunmuştur.

X. SUMMARY

This study was carried out as defining to describe options related to nursing practises about postoperative pain and satisfaction of patients' who had medium and major surgery in Cardiovasculer Surgery, Norosurgery, General Surgery, Gynecological Surgery, Urology and Thorax Surgery clinics in Cumhuriyet University. Data were collected by means of Personal Information Form (Add 1) including personal and disease features of patients and Determination of Nursing Practices Related to Postoperative Pain Form (Add 2) developed by researcher. Data were evaluated by SPSS packet program. Chi-square and frequency were used to evaluate data.

It was determined that 360 patient participating in this study of them %61.4 were women, of them %38.9 were 51-61 years old, of them %68 had graduated primery school, of them %68.1 has been lived in Sivas Center and of them %60.4 had not surgery experience. It was established that many of patients used a painkiller and all of them didn't nonpharmacological interventions to cope with pain in daily live, patients who were 18-28 and 29-39 years old, men, not literate, had graduated secondary and university and had not surgery experience, used more painkiller than the other to cope with pain in daily live. It vas determined that nurses participating in this study didn't use a form that was degreed to evaluate pain violent, many of them didn't ask how patient coped with pain in daily live, didn' t give information before the surgery about how patient was relieved and didn't practice nonpharmacological interventions to the patients. It was also established that all of the patients were satisfied with nurses' practices to relieve the pain.

KAYNAKÇA

1. Algier L. ve ark (2005), Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerinin Önemi Algılamaları, C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1):33-40
2. Arslan S, Çelebioğlu A (2004), Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, ss:1-7
3. Aslan F, Badır A (2005), Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları, Ağrı, 17(2):44-51
4. Aytar G, Yeşildal N (2004), Yatan Hasta Memnuniyeti, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3:10-14
5. Baht E, Kozlovsky A, Simon H, (2000), Effect of Gender on Acute Pain Prediction and Memory in Periodontal Surgery, Eur J Oral Sci 2000; 108: 99-03
6. Baran G (2003), “Hasta ve Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Değerlendirmeleri”, Hemşirelik Forumu, 6(5):25-29
7. Baruk B (1999), “Cumhuriyet Üniversitesi Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşirelerin Postoperatif Ağrıyla Değerlendirmeleri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas
8. Bendelow G (1993), Pain Perceptions, Emotions and Gender, Sociology of Health&Illness, 15(3):273-294
9. Berker E, Dinçer N (2005), Kronik Ağrı ve Rehabilitasyon, Ağrı, 17(2):10-16
10. Biley F, (2000), The Effects On Patient Well-being of Music Listening as a Nursing İntervention: A Review of Literature, Journal of Clinical Nursing, 9:668-677
11. Botti M, Bucknall T, Manias E, (2004), The Problem of Postoperative Pain, İnternational Journal of Nursing Practice,10:257-263
12. Bölükbaş N, (1992), Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 21-28
13. Brown A and at all, (2004), Strategies for Postoperative Pain Management, Clinical Anaesthesiology, 18(4):703-717
14. Carr E, Thomas V (1997), Anticipating and Experiencing Postoperative Pain: The Patients’ Perspective, Journal of Clinical Nursing, 6:191-201

15. Carr E, Thomas V, Barnet J (2005), Patient Experiences of Anxiety, Depression ve Acute Pain After Surgery: A longitudinal Perspective, *International Journal of Nursing Studies*, 42:521-530
16. Chung J, Lui J, (2003), Postoperative Pain Management: Study of Patients' Level of Pain and Satisfaction with Health Care Provisers' Responsiveness to Their Reports of Pain, *Nursing and Health Sciences*, 5:13-21
17. Dahlman G, Dykes A, Elander G (1999), Patients' Evaluation of Pain and Nurses' Management of Analgesics After Surgery. The Effect of A Study Day on The Subject of Pain For Nurses Working at The Thorax Surgery Department, *Journal of Advanced Nursing*, 30(4):866-874
18. Dihle A and at all, (2006), The Gap Between Saying and Doing in Postoperative Pain Management, *Journal of Clinical Nursing*, 15:469-479
19. Doksat K, (1999), Ağrı ve Psikiyatri, *Psikiyatri Dünyası*, 1:23-31
20. Elandar J, Barry T, (2003), Analgesic Use and Pain Coping Among Patients With Haemophilia, *Haemophilia*, 9:202-213
21. Erdine S ve ark., (2001), Türkiye'de Erişkinlerin Ağrı Prevelansı, *Ağrı*, 13 (2-3):22-28
22. Esther M and at all, (2007), Postoperative Pain- Clinical Implications Of Basic Research, *Best Practice&Research Clinical Anaesthesiology*, 21(1):3-13
23. Eti Aslan F, (2002), "Ağrı Değerlendirme Yöntemleri" *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 6(1):9-16
24. Eti Aslan F, Badır E, (2005), "Ağrı Kontrolü Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları", *Ağrı*, 17:2,ss:47-51
25. Eti Z ve ark., (2005), Acute Pain Service Organization, *Marmara Medical Journal*, 18(1):1-5
26. Evans C and at all., (2004), "Development and Validation of The Pain Treatment Satisfaction Scale: A Patient Satisfaction Questionnaire for Use İn Patients With Chronic or Acute Pain, *Pain*, 112:254-266
27. Finnstro B, Söderhamn O, (2006), Conceptions of Pain Among Somali Women, *Journal of Advanced Nursing*, 54(4):418-425

28. Garofalo J.P and at all., (2006), The Role of Mood States Underlying Sex Differences in the Perception and Tolerance of Pain, *Pain Practice*, 6(3):186–196
29. Gepstein R and at all., (2007), Efficacy and Complications of Patient-Controlled Analgesia Treatment After Spinal Surgery, *Surgical Neurology*, 67(4):360-366
30. Goldsmith D, Safran C, (1999), Using The Web to Reduce Postoperative Pain Following Ambulatory Surgery, *Prog AMIA Symp.*, 780-784
31. Good and at all., (2001), Relaxation and Music to Reduce Postsurgical Pain, *Journal of Advanced Nursing*, 33(2):208-215
32. Green C, Tait A (2002), Attitudes of Healthcare Professionals Regarding Different Modalities Used To Manage Acute Postoperative Pain, *Acute Pain*, 4:15-21
33. Gromol K, (1991), Managing Postoperative Pain, 21(12):42-46
34. Guyton C.A, Hall E.J, *Tıbbi Fizyoloji*, 2001, Nobel tıp Kitabevleri, İstanbul
35. Güneş ve ark., (2005), Hekim ve Hemşirelerin Hastaların Yaş ve Cinsiyetlerine Göre Ağrıya Verdikleri Yanıtlara İlişkin İnanışları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergidi*, 21(1):145-156
36. Huang N and at all.,(2001), Can We Do Better with Postoperative Pain Management, *American Journal of Surgery*, 182:440-448
37. Idvall E and at all., (2001), Ouality Indicators in Postoperative Pain Management, *Scand J Caring Sci*, 15:331-338
38. Idvall E, (2002), Postoperative Patients in Severe Pain But Satisfied with Pain Relief, *Journal of Clinical Nursing*,11(6):841-844,
39. Idvall E, (2002), Nursing Documentation of Postoperative Pain Management, *Journal of Clinical Nursing*, 11(6):734-740
40. Idvall E and at all., (2005), Differences Between Nurse and Patient Assesments on Postoperative Pain Management İn Two Hospitals, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(5):444-451
41. Karadeniz G, Hemşirelerin Ağrıya ve Ağrısı olan Hastalara Yaklaşımları Konusunda Bilgilerinin Saptanması, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 1989, Sivas

42. Karadeniz G, Masajın Ağrıyı Giderme ve Endorfin Salınımı Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1997, Ankara
43. Karayurt Ö (1998), Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):20-26
44. Klopfenstein C and at all, (2000), “Pain İntensity and Pain Relief After Surgery”, Acta Anaesthesiol Scand, 44: 58-62
45. Klopper H and at all., (2006), Strategies in Assessing Postoperative Pain:A South African Study, İntensive and Critical Care Nursing, 22:12-21
46. Kocaman G, (1994) Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Tıp Kitabevi, İzmir
47. Lellan K, (2004), Postoperative Pain: Strategy For İmproving Patients Experiences, Journal of Advanced Nursing, 46(2):179-185
48. Lewis S. M (1996), Medical Surgical Nursing, Mosby, A Times Mirror, Company
49. Lin Y, Wang R (2005), Abdominal Surgery, Pain and Anxiety: Preoperative Nursing, Journal of Advanced Nursing, 51(3):252-260
50. Manias E, (2003), Pain and Anxiety Management in Postoperative Gastro-Surgical Setting, Journal of Advanced Nursing, 41(6):585-594
51. McCaffery and at all., (1992), Pain Relief Using Cutaneous Modalities, Positioning, and Movement, The Hospice Journal, 8(1/2)
52. McDonnell and at all., (2003), Acute Pain Teams and The Management of Postoperative Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis, Journal of Advanced Nursing, 41(3):261-273
53. Önal S, (2006), Analjezik Adjuvanlar, Ağrı, 18(4):10-23
54. Önder E ve ark. (2002), Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 18 Yaş ve Üstü Bireylerin Ağrı Kesici Kullanımı Ve Bu Konudaki Bazı Bilgilerinin Saptanması, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 23(1).
55. Özçayır T, (2002), “Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı”, Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, 15-19 Mayıs, Antalya

56. Özer ve ark., (2006), Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi, davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi, *Ağrı*, 18(4):36-43
57. Özer N, Bölükbaş N, (2001), Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrıyı Tanımlamaları ve Hemşirelerin Ağrılı Hastalara Yönelik Girişimlerinin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4:1, ss:7-16
58. Özyuvacı E, Altan A (2003), Preemptif Analjezi, *Sendrom*, 15(7):48-53
59. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A, (2003), Postoperatif Ağrı Tedavisi, *Sendrom*, 15(8):83-100
60. Piotrowski and at all., (2003), Massage as Adjuvant Therapy in Management of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study in Men, *J Am Coll Sug*, 197:1037-1046
61. Prowse M (2007), Postoperative Pain in Older People: A Review of The Literature, *Journal of Clinical Nursing* 16, 84–97
62. Pudner R, 2001, *Concept of Pain and Surgical Patient*, Nursing The Surgical Patient, Toronto
63. Roykulcharoen V, Good M, (2004), Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain, *Journal of Advanced Nursing*, 48(2):140-148
64. Roth W and at all., (2005), Dissatisfaction With Postoperative Pain Management-A Prospective Analysis of 1071 Patient, *Acute Pain*, 7:75-83
65. Sandoval L.M., (1999), An Analysis of Concept of Pain, *Journal of Advanced Nursing*, 29(4):935-941
66. Saaia A and at all., (2005), Postoperative Pain Management In Elderly Patients: Correlation Between Adherence to Treatment Guidelines and Patient Satisfaction, *J Am Geriatr Soc*, 53:274-282
67. Schafheutle E, Cantrill J, Noyce P, (2001), Why is Pain Management Suboptimal On Surgical Wards, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6):728-737
68. Scott B, Hodson M, (1997), Public perceptions of postoperative pain and its relief, *Anaesthesia*, 52: 438-442
69. Shafiq and at all., (2007), Implementation and Function of Acute Pain Management Service: Age Khan University Hospital Experience, *Pak J Med Sci*, 23(2):301-303”

70. Shea R and at all, (2002), Pain İntensity and Postoperative Pulmoner Complications Among The Elderly After Abdominal Surgery, *Heart&Lung*, 31(16):440-449
71. Siedliecki S, Good M, (2006), Effect of Music on Power, Pain, Depression and Disability, *Journal of Advanced Nursing*, 54(5):553-562
72. Sjöling M and at all., (2003), The Impact of Preoperative Information on State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction with Pain Management, *Patient Education*, 51(2):169-76.
73. Sloman R and at all.,(2005), Nurses Assesment of Pain in Surgical Patients, *Journal of Advanced Nursing*, 52(2):125-132
74. Solomon P (1999), Congruence Between Healt Professionals' and Patients' Pain Ratings: A Review of The Literature, *Scand J Caring Sci*, 15:174-180
75. Söderhamn O, Idwall E, (2003), Nurses' İnfluence on Quality of Care in Postoperative Pain Management: A Phenomenological Study, *İnternational Journal of Nursing Practice*, 9:26-32
76. Svensson I, Bjorn Sjostrom B, Haljamae H, (2001), Influence Of Expectation And Actual Pain Experiences On Satisfaction With Postoperative Pain Management, *Europen Journal Of Pain*, 5: 125-133
77. Terzi C, 2002, Temel Cerrahi Bilimler, Uşşak Matbaacılık, İzmir, ss:3-20
78. Tükel ve ark. (2004), Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4):205-214
79. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Anestezi Uygulama Kılavuzları, Postoperatif Ağrı Tedavisi, Mart 2006
80. Uyar M (2002), "Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı", Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, 15-19 Mayıs, Antalya
81. Wang H, Keck J, (2004), Foot and Hand Massage as an İntervention for Postoperative Pain, *Pain Management Nursing*, 5(2):59-65
82. Watson J and at all (2001), Relationship Between Nurses' Pain Knowledge and Pain Management Outcomes for Their Postoperative Cardiac Patients, *Journal of Advanced Nursing*, 36(4):535-545

83. Williams B, Wheatley R, (2000), Epidural Analgesia for Postoperative Pain, The Royal College of Anaesthetist, 2:68-71
84. Varlı ve ark. (2005), Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım, Hacettepe Tıp Dergisi, 36: 111-128
85. Voss A and at all., (2004), Sedative Music Reduces Anxiety and Pain During Chair Rest After Open-Heart Surgery, Pain, 112:1197-203
86. Vaughn F and at all, (2007), Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain, AORN, 85(3):589-594
87. Yağız A, (2006), Ağrı Tedavisinde Soğuk Uygulamalar, Ağrı, 18(2):5-140
88. Yeğin A, Erdoğan A, Hadimioğlu N, (2005), Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Toraks Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Analjezi, 13(4): 418-423
89. Yıldırım Y, Uyar M, (2006), Etkili Kanser Ağrı Yönetimindeki Bariyerler, Ağrı, 18(3):12-19
90. Yılmaz M, (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2):69-74
91. Yosipovitch G. and at all., (2004), Do Ethnicity and Gender Have An Impact On Painthresholds in Minor Dermatologic Procedures?A Study on Thermal Pain Perception Thresholds in Asian Ethnic Groups, Skin Research and Technology; 10: 38–42
92. Yücel A, Çimen A, (2005), Nöropatik Ağrı: Mekanizmalar, Tanı ve Tedavi, Ağrı, 17(1):5-9

EKLER

EK 1
KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş.....
2. Cinsiyetiniz ?
 - a. Kız
 - b. Erkek
3. Eğitim düzeyi.....
4. Yaşanılan yer
 - a) İl
 - b) İlçe
 - c) Köy
5. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
 - a. Evet
 - b. Hayır
6. Cevabınız evet ise ne ameliyatı oldunuz?
7. Şu anda yapılan ameliyatın türü
8. Normal yaşantınızda çok sık ağrı yaşar mısınız?
 - a. Evet
 - b. Hayır
9. Normal yaşantınızda ağrı yaşadığınızda ağrınızla nasıl baş edersiniz?
 - a) Ağrı kesici alırım
 - b) Uyurum
 - c) Müzik dinlerim
 - d) Sıcak uygulama yaparım
 - e) Soğuk uygulama yaparım
 - f) Ağrıyan yere masaj yaparım
 - g) Diğer
10. Ameliyattan sonra ağrı beklediğiniz gibi miydi?
 - a. Evet beklediğim şiddetteydi
 - b) Hayır beklediğimden daha az şiddetliydi
 - c) Hayır beklediğimden daha şiddetliydi
11. Ameliyattan sonra yaşadığınız ağrının yeri..... (Birden çok yanıt verilebilir)
 - a) Ameliyat yerimde
 - b) Drenlerimin olduğu yerde
 - c) Sırtımda
 - d) Vücudumun her yerinde
 - e) Diğer.....
12. Ameliyattan sonra en çok hangi durumlarda ağrı yaşadınız? (Birden çok yanıt verilebilir)
 - a) Pansuman sırasında
 - b) Yataktan kalkarken
 - c) Yürürken
 - d) Öksürürken
 - e) Diğer.....
13. Ağrınız sırasında aşağıdaki aktivitelerden hangisini yapmakta zorlandınız/zorlanıyorsunuz?
 - a) Soluk alamıyorum
 - b) Hareket edemiyorum
 - c) Uyuyamıyorum
 - d) Öksüremiyorum
 - e) Zorlanmadım

Ek 2

AĞRIYA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİ FORMU
Hasta No:

1) Ameliyattan sonra yaşadığınız ağrıyla ilgili hemşireler hangi uygulamaları yaptı?

	EVET	HAYIR
AĞRIYA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARI		
Ağrıya İlişkin Veri Toplama		
1. Ağrınız olduğunu hemşireye rahatlıkla iletebildiniz mi?		
2. Ameliyattan sonra hemşire siz söylemeden sık sık ağrınız olup olmadığını sordu mu?		
3. Hemşire ağrınızla ilgili ayrıntılı bilgi aldı mı?		
4. Hemşire ağrınızın şiddetini ölçen 0-10 arası derecelendirilmiş bir form kullandı mı?		
5. Hemşire ağrıyan bölgenize bakarak inceledi mi?		
6. Hemşire ağrıyan bölgenizi dokunarak inceledi mi?		
7. Hemşire normal yaşantınızda ağrınızla nasıl baş ettiğinizi sordu mu?		
Ağrıyı Rahatlatmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri		
8. Hemşire size ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra (öksürürken, soluk alıp verirken, ayağa kalkarken v.b) ağrınız olacağı konusunda bilgi verdi mi?		
9. Hemşire size ameliyat öncesi dönemde ameliyattan sonra ağrınızın nasıl giderileceği konusunda bilgi verdi mi?		
10. Hemşire ağrınız olduğunu söylediğinizde sizinle ilgilendi mi?		
11. Hemşire ağrıya neden olan hareketler sırasında (öksürme,ayağa kalkma,yürüme, soluk alma) size ne yapmanız gerektiğini söyledi mi?		
12. Hemşire ağrınızı azaltacak uygun bir pozisyon almanıza yardım etti mi?		
13. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için sıcak,soğuk uygulama yaptı mı?		
14. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için masaj yaptı mı?		
15. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırdı mı?		
16. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için müzik dinletti mi?		
Ağrının Rahatlamasını Değerlendirme		
17. Hemşire ağrınızın azalma ve rahatlama durumunu izledi mi/kontrol etti mi?		

2. Hemşirelerin ağrınızı hafifletme/azaltmayla ilgili yaptıkları uygulamalardan memnun kaldınız mı?

3. Hemşirelerin yaptıkları uygulamalar dışında ağrınızı daha fazla rahatlatabileceğini düşündüğünüz bir uygulama var mı?

a. Evet

b. Hayır

4. Cevabınız evetse nedir?