

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KARDİYO-VASKÜLER OPERASYON GEÇİREN
HASTALARIN ERKEN POSTOPERATİF DÖNEMDE AĞRI
İLE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Hemşire Nil Ece COŞGUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2015

**T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KARDİYO-VASKÜLER OPERASYON GEÇİREN
HASTALARIN ERKEN POSTOPERATİF DÖNEMDE AĞRI
İLE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Hemşire Nil Ece COŞGUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Zehra DURNA

İSTANBUL, 2015

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

NİL ECE COŞGUN

İÇİNDEKİLER

1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1.AĞRININ TANIMI VE TARİHÇESİ.....	5
4.2.AĞRI ALGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	5
4.3.AĞRININ SINIFLAMASI.....	8
4.3.1. Fizyolojik- Klinik Ağrı Sınıflandırması.....	8
4.3.2. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması.....	9
4.3.2.1. Akut Ağrı.....	9
4.3.2.2. Kronik Ağrı.....	10
4.3.3. Kaynaklandığı Bölgelere Göre Ağrı Sınıflandırması.....	10
4.3.3.1. Somatik Ağrı.....	10
4.3.3.2. Visseral Ağrı.....	11
4.3.3.3. Sempatik Ağrı.....	11
4.3.4. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması.....	11
4.3.4.1. Nosisptif Ağrı.....	11
4.3.4.2. Nöropatik Ağrı	12
4.3.4.3. Deafferentasyon Ağrısı.....	12
4.3.4.4. Reaktif Ağrı	12
4.3.4.5. Psikosomatik Ağrı	13
4.4. AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ	13
4.5. AĞRI DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ	14
4.5.1. Gözlem	14
4.5.2. Ağrı Hikayesi	14
4.5.3. Klinik Bulgular ve Semptomlar	14
4.5.3.1. Ağrının Yeri	14
4.5.3.2. Ağrının Şiddeti	15
4.5.3.3. Ağrıyı Hızlandıran Faktörler	15

4.5.3.4. Hemşirelik Tanısı	15
4.5.3.5. Planlama	16
4.5.3.6. Hemşirelik Girişimi	16
4.5.3.7. Güvensizlik	16
4.5.3.8. Yanlış Anlamalar	17
4.5.3.9. Korku	17
4.5.3.10.Yorgunluk	17
4.5.3.11.Tekdüzelik	17
4.6. AĞRI ÖLÇEKLERİ	18
4.6.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler	19
4.6.1.1. Sözel Kategori Ölçeği	19
4.6.1.2. Sayısal Ölçekler	19
4.6.1.3. Vizüel Analog Skala (VAS)	20
4.6.1.4. Burfort Ağrı Termometresi	20
4.6.2.Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler	21
4.6.2.1. McGill Melzack Ağrı Soru Formu(MASF)	21
4.6.2.2. Dartmouth Ağrı Anketi.....	22
4.6.2.3.West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi	22
4.6.2.4. Ağrısını Sözel Olarak İfade Etmede Güçlük Çeken Hastalarda Ağrı Ölçümü	23
4.7. AĞRININ BAŞLAMA ZAMANI VE SÜRESİ	25
4.8. AĞRININ NİTELİĞİ	25
5. POSTOPERATİF AĞRI	26
5.1. TANIMI VE ÖNEMİ	26
5.1.1. Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler.	27
5.2. POSTOPERATİF AĞRI TEDAVİ YÖNTEMLERİ	29
5.2.1. Postoperatif Ağrıda Kullanılan Tedavi Yöntemleri	29
5.2.2. Postoperatif Ağrının Farmakolojik Kontrolü	29
5.2.3. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Non-Farmakolojik Yöntemler	31
5.2.3.1. Periferik Yöntemler	31
5.2.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapiler	34
5.2.3.3. Diğer Tedaviler	36

5.2.4. Cerrahi Tedavi Yöntemleri:	37
6. KARDİYO-VASKÜLER CERRAHİ VE AĞRI	38
6.1. KARDİYO-VASKÜLER OPERASYON SONRASI AĞRI KONTROL YÖNTEMLERİ	38
7. AĞRI KONTROLÜNDE HEMŞİRENİN ROLÜ	39
8. MATERYAL VE YÖNTEM	42
8.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	42
8.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	42
8.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	42
8.4. VERİLERİN TOPLANMASI	42
8.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	44
8.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	44
8.7. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ	45
9. BULGULAR	46
9.1. HASTALARIN TANIMLAYICI VE SOSYODEMOGRAFİK BULGULARI.....	46
9.2. HASTALARIN AĞRI İLE BAŞ ETME DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	52
9.3. HASTALARIN AĞRI ŞİDDETİ İLE İLGİLİ BULGULARI	53
9.4. AĞRI ALT BOYUTLARI İLE AĞRI DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK BULGULAR	55
10. TARTIŞMA	69
10.1. HASTALARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI.....	69
10.2. HASTALARIN AĞRI DEĞERLENDİRMELERİNİN KARŞILAŞTIRMASININ TARTIŞILMASI.....	71
11. SONUÇ.....	75
12. TEŞEKKÜR	79
13. KAYNAKLAR	80
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

1. **BAT** : Burford Ağrı Termometresi
2. **BIO-FEEDBACK** : Biyolojik Geri Bildirim
3. **CRP** : Kompleks Rejyonel Ağrı Sendromu
4. **DPQ** : Dartmouth Ağrı Anketi
5. **KVS** : Kardiyo-Vasküler Sistem
6. **MASF** : McGill Melcazk Ağrı Soru Formu
7. **PCA/HKA** :Patient-Controlled Analgesia (Hasta Kontrollü Analjezi)
8. **SPSS** :Statistical Package For The Social Sciences
9. **TENS** : Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
10. **VAS** : Vizüel Analog Skala
11. **WHYMPI** : West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
12. **YBÜ** : Yoğun Bakım Ünitesi

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından
19.09.2014/33-04 kararı ile onaylanmıştır.

Araştırma Proje No:HEM/1332012

TABLolar LİSTESİ

Tablo 8.7.1. :	Korelasyon İlişkileri Değerlendirme Kriterleri45
Tablo 9.1.1. :	Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı46
Tablo 9.1.2. :	Hastaların Ölçümsel Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı48
Tablo 9.1.3. :	Hastaların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı48
Tablo 9.2.1. :	Kardiyo- Vasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Post Operatif Dönemde Ağrı İle Başetmeleri İçin Yapılan Uygulamaların Dağılımı51
Tablo 9.2.2. :	Erken Postoperative Dönemde Ağrı ile Başetmeleri İçin Yapılan Uygulama Puanı Dağılımı52
Tablo 9.3.1. :	Hastaların Ağrı Bölgesi ve Özelliğine Dağılımı53
Tablo 9.3.2. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Ağrı Şiddeti Madde Dağılımı53
Tablo 9.4.1. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Skor Dağılımı54
Tablo 9.4.2. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması56
Tablo 9.4.3. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması57
Tablo 9.4.4. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması57
Tablo 9.4.5. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması58
Tablo 9.4.6. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması59
Tablo 9.4.7. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Sağlık Durumuna Göre Karşılaştırılması60
Tablo 9.4.8. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Yatış Tarihine Göre Karşılaştırılması60

Tablo 9.4.9. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Ameliyat Sonrası Geçen Zamana Göre Karşılaştırılması61
Tablo 9.4.10. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Geçirilen Ameliyat Türüne Göre Karşılaştırılması62
Tablo 9.4.11. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumuna Göre Karşılaştırılması63
Tablo 9.4.12. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Diğer Sağlık Sorununa Göre Karşılaştırılması64
Tablo 9.4.13. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Postoperatif Dönemde Ağrı Yaşanmasına Neden Olan Duruma Göre Karşılaştırılması65
Tablo 9.4.14. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının PCA Ağrı Pompası Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması66
Tablo 9.4.15. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Ağrı Yerine Göre Karşılaştırılması65
Tablo 9.4.16. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları Arasındaki İlişki67
Tablo 9.4.17. :	O an ki Ağrı Şiddeti ile Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları Arasındaki İlişki67
Tablo 9.4.18. :	O an ki Ağrı Şiddeti ile Erken Post operatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri için Yapılan Uygulama Puanı Arasındaki İlişki.....68
Tablo 9.4.19. :	Macgill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları ile Erken Post operatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri için Yapılan Uygulama Puanı Arasındaki İlişki68

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL 4.6. :Ağrı Ölçekleri	18
ŞEKİL 4.6.1.3. : Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizüel Analog Skala).....	20
ŞEKİL 4.6.2.1. : McGill Melzack Ağrı Soru Formu.....	22
ŞEKİL 5.2.2. : Dünya Sağlık Örgütü Basamak Tedavisi.....	31
ŞEKİL 5.2.3.1.a. : Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu.....	33



1.ÖZET

Kardiyo-vasküler cerrahi hastalıkları yıllardır en riskli ve en ölümcül hastalıklar kategorisinde birinci sıralarda yer almaktadır. Kardiyo-vasküler operasyonlar riskli olduğu kadar bu operasyonların post operatif süreci de bir o kadar riskli ve uzun bir süreçtir. Ağrı bu süreçte hastanın genel durumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Kardiyo-vasküler cerrahi girişimlerinin önemli bir ağrı nedeni olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra erken postoperatif dönemde hastayı en çok etkileyen komplikasyonlardan biride ağrı'dır. Postoperatif ağrı düzeyi farklı farmakolojik ve nonfarmakolojik tekniklerle azaltılabilir. Her hastanın ağrıyı algılama düzeyi, tedaviye yanıt süresi ve baş etme yöntemleri farklıdır. Bu çalışma, kardiyak cerrahi sonrası ilk birkaç gün içerisinde hastaların yaşadığı ağrı olgusunu, bunlara yönelik ağrı probleminde uygulanabilecek hemşirelik uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı. Çalışma İstanbul' da bir özel hastanenin kardiyo-vasküler cerrahi biriminde yatan kardiyo-vasküler cerrahi operasyon sonrası en fazla 2 haftadır serviste yatan 25 yaş üstü 80 hasta ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak "Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu", "Ağrıyı Etkileyen Faktörler Formu" ve "McGill Melzack Ağrı Soru Formu" kullanıldı. Araştırma öncesinde gerekli kurum izni ve etik kurul onayı alındı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS programı kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin analizleri sayı-yüzde, Mann-Whitney-U testi, Kruskal Wallis ve Spearman's korelasyon ile yapıldı. Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması $\bar{x} = 58,63 \pm 10,50$ bulundu. Hastaların erken post operatif dönemde ağrı ile baş etmeleri için yapılan uygulama puanı $15,95 \pm 3,14$ bulundu. Araştırmaya katılan hastaların % 56,3'ünün postoperatif ilk 1 haftada olduğu, % 56,3'ünün bypass operasyonu geçirdiği ve % 45'inin operasyon sonrası sağlık durumlarının orta derecede olduğu saptandı. Hasta değerlendirme puanları ile hemşire değerlendirme puanları arasında uyum olduğu gözlemlendi. Hemşireler hastaların ağrılarını değerlendirmeli ve bakım planlarına ağrıyı gidermede kullandıkları baş etme yöntemlerini de dahil etmelidirler.

Anahtar kelimeler: Ağrı değerlendirmesi, kardiyo-vasküler cerrahi, postoperatif ağrı.

2.SUMMARY

CARDIYO VASCULAR DETERMINATION OF LEVELS OF COPING WITH PAIN IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENT UNDERGOING SURGERY

Cardiovascular surgery diseases have taken a major position in categories of the most deadly and risky illness for ages. Cardiovascular operations, besides being risky, postoperative process of them is risky and a long process as well. Pain is one of the most important determinant factors of the patient's general condition in this process.

It is known that cardiovascular surgery interventions are considerable a cause of pain. Additionally, pain is one of the most evident complications which affects patients during the early postoperative term. Postoperative pain grade can be reduced by various pharmacologic and non-pharmacologic techniques. Pain perception grade, duration of response to treatment and strategies of dealing with pain varies according to patients.

This study was planned to analyse the case of pain experienced by patients a few days after cardiac surgery, and also to determine applicable nursing practices intended for pain problems descriptively. The study was conducted with 80 postoperative cardiovascular surgery patients aged over 25 who had been hospitalized for at most two weeks at the cardiovascular unit of a Private University hospital. 'The Form of Descriptive Characteristics Questionnaire', 'The Form of Factors Effecting Pain' and 'Mcgill Melzack Pain Questionnaire Form' were used as a medium of data collection. Prior to the study, consent was gotten from the necessary institutions and approval was also taken from the ethics committee. Statistical analysis of the data was performed using the SPSS program. Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and Spearman's correlation tests were used to determine the percentage value of data analysis. The average age of patients in this study was found to be between 58.63 ± 10.501 . At the patient's immediate postoperative period, an application was initiated for coping with pain and the score was 15.95 ± 3.138 . It was observed that 56.3% of patients who participated in the study at the first week were post-operative, 56.3% had undergone bypass surgery and the postoperative

health status of 45% of the patients was found to be moderate. In conclusion, at the post-operative period, it was observed that support was received from nurses to deal with the issue of the patient's pain assessment, and often they deal with the pain with pharmacological methods.

Keywords: Pain assessment, cardio-vascular surgery, post-operative pain

3.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlunun düşünmeye başlaması ile kafasını kurcalayan temel sorunların başında ağrı gelmiş ve bu sorun günümüze dek insanoğlunun en önemli uğraşları arasında yer almıştır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) 1979 yılında, insanın var olduğu günden bugüne kadar karşılaşmış olduğu ve ileride de karşılaşabileceği evrensel bir deneyim olan ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan mevcut veya olası doku hasarına bağlı gelişen hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyim olarak tanımlamıştır. Ağrı kavramı son yıllarda hemşireliğin önemli ilgi alanlarından birisi olmuştur. Tıp, hemşirelik ve davranış bilimlerinde yapılan ağrı çalışmalarına rağmen hala bakım altında olan birçok hastanın ağrısı yeterince dindirilememektedir. İnsanlığın var olduğu günden beri süregelen ağrının tedavisine tarihsel süreç içinde bakarsak, hastalıkların tedavisi için harcanan çabanın yanında ağrı tedavisi için pek fazla bir şey yapılamadığını görürüz.

Ağrı, bireyden bireye farklılık gösteren diğer bir kişinin anlayamayacağı biyofizyolojik, psikososyal, sosyokültürel değişkenlerin etkilediği öznel bir olgudur. Ağrı tedavisi ancak son yıllarda tıpta güncel ve en çok işlenen konular arasına girmiştir, bir çok hastalığın semptomu olarak görülen ağrı, artık günümüzde bir sendrom olarak ele alınmaktadır. Ağrı tedavisinin geniş tanımına postoperatif akut ağrılar, cerrahi olmayan kronik ağrılar ve kanserle ilgili ağrılar girer. Postoperatif ağrı, cerrahi travma sonucu nöroseptörlerin uyarılması ile başlayan ve genellikle birkaç gün içinde azalması gereken akut ağrıdır. Yapılan araştırmalarda postoperatif ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve hastaların yaklaşık % 50-80 oranında orta şiddette ağrı yaşadıkları bildirilmektedir.

Etkili bir ağrı yönetiminin amacı; sadece fiziksel rahatsızlığı azaltmak değil, aynı zamanda erken ayağa kaldırma, işe dönme, iyileşmenin hızlanması, hastanede kalma süresinin kısalması ve maliyetin en aza indirgenmesini sağlamaktır.

Araştırmanın amacı; Kardiyo-vasküler operasyon geçiren hastaların ağrı baş etme yöntemlerinin belirlenmesini sağlamaktır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. AĞRININ TANIMI VE TARİHÇESİ

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Divanü Lügati't-Türk adlı ilk sözlüğümüzde (XI.yüzyıl), “ağrımak” ve “ağrıĝ” kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi Türkçe’de de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Açlık, susuzluk gibi acı ve ağrı duygusu canlılığa zorunlu olarak eşlik eder (5).

Ağrı Latince “poenos” ceza, intikam, işkence sözcüğünden gelmektedir. Ağrı bilimi Algoloji’dir. Sternbach ağrıyı soyut bir kavram olarak tanımlayıp, doku hasarının bir işareti, bir tehdit ve yaşanmış açılarının kişisel bir deneyimi olarak tanımlar (7).

Ağrıyı tanımlamak zordur. Geliştirilen ağrı giderme yöntemlerine rağmen milyonlarca insan akut ya da kronik ağrı çekmektedir. Ağrı nedeni ne olursa olsun kişiyi hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilemektedir (5).

Uluslar arası Ağrı Araştırmaları Derneği Toksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre “Ağrı vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir.” McCaffery ağrıyı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır diye tanımlamaktadır (5).

Ağrı her zaman kişiye öznedir. Bu nedenle kişiden kişiye büyük farklılıklar taşır. İnsanoğlu doğduğu andan başlayarak birçok uyarana karşı karşıya gelir. Dini, dili, cinsiyeti, kültürü onun emosyonel yapısını oluşturur. Objektif uyarıların yanı sıra bu subjektif özellikleri onun ağrı eşiği adını verdiğimiz, ağrıya karşı yanıtında önemli rol oynar. İşte bu yüzden ağrılı bir uyarana karşı yanıtta kişiden kişiye farklılıklar görülür (6).

4.2. AĞRI ALGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ağrı algısı sadece uyarın yoğunluğu ile açıklanamaz. Bireyin cinsiyeti, yaşı, kültürü ve kişilik özelliklerinin yanı sıra, ağrının bireysel yorumu psikososyal faktörler de ağrı algısını etkiler (3).

Yaş

Kişiler ağrıyla her yaşta deneyimleyebilmektedir. Ancak yaşlara göre ağrıya verilen tepkiler değişmektedir. Kurumsal olarak sinir sisteminde ve ciltte yaş ile birlikte bazı değişiklikler olduğu, bu nedenle yaş ilerledikçe ciltteki değişikliklerden dolayı ağrı türlerinde de değişiklikler olabileceği, yaşla birlikte kütanöz ağrının azalabileceği fakat visseral ağrının artabileceği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda postoperatif ağrıda; yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildiriminin ise zorlaştığı bildirilmektedir (22).

Cinsiyet

Ağrı toleransının erkeklerde daha yüksek olduğu, cinsler arasında bu farkın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı ve genellikle yüksek ağrı toleransının takdir edildiği bilinmektedir. Bu bağlamda ağrıyı erkeklerin kadınlardan daha iyi tolere etmeleri beklenir (21).

Yapılan çalışmalar da hemşirelerin ağrı yaşantısı karşısında erkeklerden sabır göstermelerini beklerken, ağrısı olan kadınların ağrıya yönelik emosyonel yanıtlarını daha kolay kabul ettiklerini göstermiştir. Yine yapılan bazı çalışmalarda kadınların ağrılı işlemlere karşı daha duyarlı oldukları saptanmıştır (22).

Kültür

Bir bireyin kültürel alt yapısı; ortak değer ve davranış standartları ile tutumları kapsar (22). Tüm insanların kültürel geçmişlerine ve yaşadıkları çevreye bakılmaksızın aynı tip “duyusal eşik” sahip oldukları bilinmektedir. Kültürel yapının en etkili olduğu durum “ağrı tolerans” düzeyidir. Örneğin; Hindu dininde insanlar ağrı duymadan ateş ya da çivi üzerinde yürümekte, kendini yakmaktadır. Ağrı toleransındaki farklılıklar ağrıya yönelik farklı etnik tutumları yansıtır. Çoğu kültürde genellikle yüksek ağrı toleransı takdir edilir ve ağrıyı erkeklerin kadınlardan, erişkinlerin de çocuklardan daha iyi tolere etmeleri beklenir (23).

Kişisel Özellikler

Kişinin ağrı algısı ve toleransı kişisel ve diğer psikososyal faktörlerden etkilenir. Rahatsızlık, uykusuzluk, korku, anksiyete, bağımlılık, kızgınlık, üzüntü, depresyon, mental izolasyon ve içe dönüklük ağrı toleransını azaltıcı etki gösterirken, uyku, rahatlama, anlayış, dışa dönüklük, moral artışı, analjezik, anksiyolitik ve antidepresanlar ağrı toleransı ve ağrıya dayanma gücünü artırır (16).

Geçmiş Deneyimler

Geçmiş deneyimler ağrının algılanmasını olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Eğer etkili bir ağrı kontrolü sağlanırsa ileride yaşayacağı ağrıya karşı toleransı yükselecektir (17).

Dikkat

Kişinin dikkatini ağrı üzerinde yoğunlaştırma derecesi de ağrı algılanmasında etkilidir. Dikkatin ağrı üzerinde yoğunlaşması arttıkça ağrı da artar, dikkati başka yöne çekme ağrının azalmasını sağlar. Genellikle başka noktada yoğunlaşma devam ettiği sürece ağrı toleransındaki artış da devam eder (22).

Plasebo

Plasebo alan hastaların yaklaşık %35'i ağrısının önemli ölçüde azaldığını bildirmiştir. Bu oldukça yüksek bir orandır, çünkü yüksek dozda morfin bile hastaların %75' inde dindirebilmektedir. Plaseboların orta ağrıya göre, şiddetli ağrıda, stres ve anksiyetesi yüksek olanlarda daha etkili olduğu gösterilmiştir (21,22).

Ağrı ve Anksiyete İlişkisi

Kaynağı ne olursa olsun tüm ağrılara eşlik eden bazı duyuşsal tepkiler vardır. Bunlardan biri, hatta en önemlisi anksiyetedir. Anksiyete genellikle akut ve kısa süreli

ağrılarda görülür. Anksiyete ve ağrı doğru orantılıdır ve birbirlerinin şiddetini arttırıp azaltabilirler (21).

Anksiyetenin akut ağrı ile ilişkisini araştıran bazı araştırmacılar, preoperatif dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların postoperatif dönemde yoğun ağrı yaşadıkları, ayrıca bu hastaların daha fazla korku, öfke ve kızgınlık gibi davranışsal tepkiler verdiklerini saptamışlardır (21).

4.3. AĞRININ SINIFLAMASI

Ağrıyı değişik biçimlerde sınıflamak mümkündür. Ağrının sınıflanması ağrıya yaklaşımda önemli noktalardan birisidir. Ağrının daha ayrıntılı olarak ele alınması, değerlendirilmesi bu sınıflamalarla daha da kolaylaşmaktadır (1,8).

Ağrıyı şu şekilde sınıflandırabiliriz;

- Fizyolojik – Klinik Ağrı
- Ağrının Başlama Süresine Göre,
- Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre,
- Mekanizmalarına Göre Ağrı

4.3.1. Fizyolojik- Klinik Ağrı Sınıflandırması

Fizyolojik ağrı, yoğun ağrılı uyarana karşı koruyucu bir yanıttır. Ateşten ya da vücuda zarar verecek, tahribata yol açacak uyarılardan kaçmak için nosiseptörlerin uyarılması ile birlikte bir kaçma kurtulma reaksiyonu baslar. Bu nedenle fizyolojik ağrı vücut için hem bir koruma hem de uyarı sistemidir (8).

Klinik ağrı; ise olaya birçok fizyopatolojik süreçler girer. Deri ve başka dokulardaki ağrı reseptörlerinin tümü serbest sinir uçlarıdır. Uyarılar bu reseptörlerle spinal korda taşınır, oradan da spinotalamik yollarla beyne iletilir. Ağrı duyulur, düşünce bilgi ve geçmiş deneyimlere dayanılarak ağrı kaynağının yeri bulunur ve davranış geliştirilir (8).

4.3.2.Süresine Göre Sınıflandırma

4.3.2.1.Akut Ağrı

Ani olarak başlayan, neden olan lezyon ile arasında yer, zaman, şiddet açısından yakın ilişki olduğu, doku hasarı ile başlayıp yara iyileşmesi sürecinde giderek azalan ve kaybolan ağrı tablosudur. Beraberinde, taşikardi, hipertansiyon, solukluk gibi belirtiler bulunur. En sık karşılaşılan akut ağrılar postoperatif ağrı, travma ve yanık ağrıları, akut batin ağrıları, miyokard infarktüsü, doğum ağrıları ve enfeksiyon ağrılarıdır (1).

Akut ağrının, özellikle post operatif ağrının dindirilmemesi, hastanın hastanede kalış süresini uzatır, üretkenliğini azaltır ve uzun süre toplum dışı kalmasına yol açar (1, 8).

Postoperatif ağrı tıpta ağrı konusundaki bunca gelişmeye rağmen hala hem tıbbi, hem de toplumsal bir sorun olmaya devam etmektedir. Eldeki ağrı kontrol yöntemleri ile hiçbir hastanın ameliyat sonrasında ağrı çekmemesi gerekir. Buna karşın bakımda, izlem, değerlendirme gibi girişimsel uygulamalarda farklı yaklaşımlar nedeniyle hastaların neredeyse tümüne yakın bir bölümü ameliyat sonrasında ağrı çekmektedir (21).

Postoperatif ağrılar cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren bir akut ağrı biçimidir. Postoperatif ağrıda çeşitli etkenler rol oynar. Bunlardan:

- Ameliyat yeri, süresi, özelliği, insizyon tipi, intraoperatif travmanın derecesi;
- Hastanın ameliyata fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak hazırlanması;
- Ameliyat ile ilgili ciddi komplikasyonlar;
- Anestezi uygulamaları;
- Ameliyat sonrası bakımın niteliği ve kalitesi;
- Hastada ameliyat öncesi görülen ölüm korkusu;
- Fiziksel güçsüzlük korkusu;
- Anestezi korkusu;
- Cerrahi korkusu;

- Ağrı korkusu;
- Hastane korkusu önemli etkenlerdir

4.3.2.2.Kronik Ağrı

Altı aydan daha uzun süren, kişinin yaşam kalitesini bozan, gerek klinik tablo üzerinde gerekse tedavinin etkinliğinde psikolojik etkenlerin rolünün olduğu kompleks bir tablodur. Kronik ağrıda kişisel ve çevresel faktörlerin rolü de büyüktür.

Kronik ağrıya bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli diğer bozukluklar kronik ağrıyı bir hastalık tablosu haline getirmektedir (6).

Kronik ağrılara bağlı olarak

- Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları,
- Libido ve seksüel aktivite azalması,
- İştahsızlık ve kilo kaybı,
- Kabızlık,
- Psikomotor bozukluklar,
- Irritabilite artışı,
- Hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları gibi semptomlar da ortaya çıkar.

Ağrılı hastanın ekip bilinci ile ele alınması hem hastanın ağrısının çok daha kısa sürede dindirilmesini hem de zaman ve maddi açıdan daha az kayba uğramasını sağlar (26).

4.3.3 Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırma

4.3.3.1. Somatik Ağrı

Somatik ağrı, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Sinir uçlarının tahribi ya da uyarısı ile oluşan yüzeysel ağrı lokalizedir. Genellikle keskin ve yanıcı olarak

tanımlanır. Analjeziklere iyi yanıt verir. Derin somatik ağrı, lokalize değildir. Zonklama, basınç hissi, bıçak batar gibi tanımlanır (6).

4.3.3.2. Visseral Ağrı

Viseral ağrı ise organlardaki sinir uçları daha az olduğu için lokalizasyonu güçtür. Dinstasyon, iskemi, spazm ve kimyasal iritanların uyarısı ile ortaya çıkan bu ağrı keskin, zonklayıcı ve kramp şeklinde tanımlanır (7).

4.3.3.3. Sempatik Ağrı

Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrılardır. CRP (kompleks rejyonal ağrı sendromu) ve kozaljiler örnektir.

Bir başka sınıflandırma ise normal fonksiyon gösteren sinirler ile patoloji sonrası fonksiyonları değişen sinirler arasındaki farka göredir.

- a. **Derin ağrı:** Eklem, tendon, kas ve fasyadan kaynaklanan uyarılar, cilttekinde benzer olarak ince liflerle taşınır ve aynı yollarla iletilir. Genellikle künt ve zonklayıcı tiptedir. İyi lokalize edilemez ve yayılma eğilimindedir.(1,8)
- b. **Yüzeyel ağrı:** Deri ve mukozadan köken alan ağrıdır.(1,8)
- c. **Yansıyan ağrı:** Birey sıklıkla ağrıyı ona neden olan dokudan oldukça uzak bir bölgede hissedebilir. Kardiyak ağrının sol kola, diyafragmatik ağrının sol omuza yansıması gibi (1,8).

4.3.4. Mekanizmalarına Göre Ağrılar

4.3.4.1. Nosisseptif Ağrı

Deri, kas, bağ dokusu ve iç organlarda nosisseptör denen özel ağrı algılayıcılar vardır. Fizyopatolojik olaylarda bunlar uyarılırlar. Somatik doku hasarına bağlı ise, sızlama, bıçak batar gibi, basınç hissi, zonklama şeklinde tarif edilir. Visseral doku hasarına bağlı ise, obstrüksiyona bağlı olanlarda kemirici ve kramp şeklinde, organ kapsülü

ve mezenteri de etkileşmişse sızlama, keskin ve zonklama şeklindedir. Nosiseptif ağrının tedavisinde, aspirine benzer ilaçlar ve morfin gibi merkezi etkili analjezikler kullanılır (6).

4.3.4.2.Nöropatik Ağrı

Nöropatik ağrı, periferik sinirlerde travma veya metabolik bir hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan bir ağrıdır (20). Diyabete veya sinir kompresyonuna bağlı nöropatiler bu gruptandır. Nöropatik ağrı, duysal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrıdır. Normalde ağrılı olmayan uyaranlar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açar. Tekrarlayan uyaranlar ağrının daha fazla artmasına yol açar. Ağrı o anda doku harabiyeti oluşturan patolojinin devam etmemesine rağmen mevcuttur. Hoş olmayan uyuşukluk hissi, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme gibi hisler mevcuttur (19).

Santral nöropatik ağrı: Merkezi sinir sisteminde talamik ağrı, inme sonrası ağrı, parapleji sonrası ağrı, kuadripleji sonrası ağrı gibi ağrıya yol açan bir lezyon vardır. Bu ağrı sendromları tedavisi en zor olan durumlardır (21).

Periferik nöropatik ağrı: Periferik sinir sisteminde postherpetik nevralji, diyabette görülen ağrılı nöropatiler gibi inatçı ağrılı durumlardan sorumlu bir lezyon olduğu durumlardır (21).

4.3.4.3. Deafferantasyon Ağrısı

Periferik veya merkezi sinir sistemi' ndeki lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyaranların merkezi sinir sistemini' ndeki iletimin kesilmesi ile ortaya çıkar. Fantom ağrıları, travmatik paraplejiler gibi (22).

4.3.4.4. Reaktif Ağrı

Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak çıkar. Myofasiyal ağrılar gibi (22).

4.3.4.5. Psikosomatik Ağrı

Psikojenik ağrı da denir. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda doku hasarı varmış gibi algılama olmaktadır (22).

4.4.AĞRININ DEĞERLENDİRMESİ

Ağrı duyusu her zaman öznel olduğu için ağrı değerlendirilirken, fiziksel boyutunun yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve hastanın ağrı bildirimi esas alınmalıdır. Ağrının en kolay değerlendirme yolu, hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak her hasta ile iletişim kurmak olası olası olmadığı gibi, yanıt alınan hastalarda da, yeterli bir ağrı değerlendirilmesi yapmak mümkün olmayabilir (1,8).

Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleriyle tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı ve değerlendirmede uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (7).

Ağrı değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken durumlar;

- Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakılmamalı,
- Değerlendirmenin amacı belirlenmeli,
- Farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı,
- Hastaya ve ağrı nedenine ilişkin güvenilir ve kapsamlı bilgiler elde edilmeli,
- Ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı benimsenmeli,

Ağrı değerlendirmede en güvenilir kaynak ağrıyı yaşayan bireyin ifadesidir. Ancak hastanın ağrısını ifade edemediği durumlarda elde edilen diğer belirtiler de veri olarak kullanılır (21).

4.5. AĞRI DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

4.5.1. Gözlem

Gözlem, özellikle sözel açıklamada bulunamayan multipl travmalı, konuşma fonksiyonu olmayan ya da kaybetmiş veya anestezi altındaki hastaların ağrısını belirlemede önemli bir yöntemdir (23).

4.5.2. Ağrı Hikâyesi

Bireyin yaşantısı boyunca geçirmiş olduğu ağrı deneyimleri, ağrının lokalizasyonu (yeri), süresi ve şiddeti hemşirenin ağrıyı tanılamasında kullanacağı en önemli veri kaynağıdır. Hemşirenin bireyin ne kadar süre önce ağrı olayını yaşamaya başladığını, ağrının günlük normal aktivitelerini nasıl etkilediğini, ağrının nasıl meydana geldiğini bilmesi gerekmektedir. Ayrıca ağrı ile meydana gelen mide bulantısı, baş dönmesi gibi diğer bulguları, ağrının oluşmasına etki edebilecek faktörleri, daha öncede var olan ağrılarını geçirmek için nasıl bir tedaviye başvurduğunu da öğrenmelidir (1,6).

4.5.3. Klinik Bulgular ve Semptomlar

Ağrının yeri, şiddeti, başlangıç zamanı ve süresi, niteliği, günlük normal aktivitelere olan etkileri, ağrıyı hafifletmek için başvuru yöntemleri, ağrıyı oluşturan veya hızlandıran faktörler, ağrıyla beraber görülen diğer semptomlar hakkında bilgi toplanarak ağrı tanılması yapılır (22).

4.5.3.1. Ağrının Yeri

Yüzeysel ağrılar hasta tarafından oldukça doğru bir şekilde belirtilebilir. Fakat iç organlardan kaynaklanan ve olduğu organdan uzak bölgelere yayılan visseral ağrılar ise hasta tarafından tam olarak belirtilemez. Hemşire ağrının yerini tarif ederken, hastaya ön, arka ve yandan verilmiş olan insan şekillerini kullanarak hastaya ağrısı olan yeri

işaretlemesi istenir. Eğer hasta bunu yapamıyorsa ağrılı bölgeleri kendi vücudunda göstermesi istenir (21).

4.5.3.2.Ağrının Şiddeti

Ağrının şiddeti oldukça önemlidir. Ağrı şiddetini değerlendirmede en çok kullanılan ölçekler şunlardır (22).

4.5.3.3.Ağrıyı Hızlandıran Faktörler

Bazen yapılan aktiviteler ağrının oluşmasını hızlandırabilir. Örneğin, çok baharatlı yemekler mide ağrısını arttırabilir. Çevresel faktörler de ağrının artmasına neden olabilir. Fazla sıcak ya da soğuk, aşırı rutubet bazı ağrı tiplerini etkileyebilir. Sıcak bir günde ani bir kas spazmına neden olabilir. Duygusal yönden stres altında olan bir kişide migren ağrısı gelişebilir. Ağrı ile birleşen diğer semptomlar; bulantı, kusma, baş dönmesi, konstipasyon gibi semptomlar ağrı ile beraber görülebilir. Ya da ağrıdan hemen sonra gelişebilir. Ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkileri kişiden kişiye farklılık gösterir. Örneğin; ağrısı olan bir kişi araba kullanırken, diğer bir kişi uyuyamayabilir. Bu durum hemşire tarafından saptanmalıdır (16).

4.5.3.4.Hemşirelik Tanısı

Hemşirenin ağrısı olan hastasına tam ve doğru bakım verebilmesi için ağrıyı her yönüyle teşhis edebilmesi gerekir. Ağrının ne çeşit bir ağrı olduğunu, şiddetini, yerini, aktivitelerini nasıl etkilediğini öğrenmesi verilecek bakım için çok önemlidir. Örneğin; sırt egzersizlerinin hastaya öğretilmesi ile sırt ağrılarının hafifletilmesine yardımcı olunur. Hastanın abdominalinsizyondan kaynaklanan ağrısı varsa, bu kişi egzersizleri daha az yapacaktır. İnsizyon yerinin sarsılması da insizyondan kaynaklanan ağrıyı etkili bir şekilde azaltacaktır. Fakat kişinin göğüs ağrısında bir değişiklik olmayacaktır. Hemşire hastanın ağrısının teşhisinde, ağrı üzerinde etkisi olan tüm faktörlere dikkat etmelidir. Örneğin; lomber bölgesindeki ağrıya bağlı olarak bireyin rahatsızlığı bir hemşirelik tanısıdır. Bu ağrının kaynağı sırtı ilgilendiren bir hasardır. Ağrının tipi derin ve lokalizedir. Ağrının

özelliği lumbosakral bölgede sınırları belli, keskin siyatik sinir boyunca yayılan bir ağrıdır. Eğer spinal korda bir bası varsa bacaklarda hissizlik ve titreme olur. Bu duruma neden olan faktörler fazla ağır obje kaldırma, oturma, merdiven tırmanma gibi aktivitelerde vücut mekaniğini doğru kullanmama, düz bir yatakta yatmama olabilir. Bireye olan etkileri ise fiziksel aktivitelerindeki azalmaya bağlı olarak işyerinde yeterli performansı gösterememe ya da kronik bir ağrı, depresyon, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk görülebilir (17).

4.5.3.5. Planlama

Yaşanılan ağrının giderilmesi için, ağrının oluşmasına neden olan ya da şiddetini arttıran faktörlerin azaltılması ve ağrının nasıl giderileceğine yönelik yöntemler hakkında bilgilerin öğrenilmesi gerekmektedir. Ağrıyı önleyici işlemlerin, ağrı yakınmaları olan hastaların bakım planlarına koyulması gerekir. Postoperatif bakım alan hastalara hemşirelik işlemleri kadar analjeziklerin de düzenli olarak verilmesi gerekmektedir. Böylece iyileşme daha hızlı olacaktır. Örneğin; ağrının tedavisinde sıcak uygulama serotonin üretimini, soğuk uygulama ise norepinefrin üretimini stimüle eder. Bu işlemlerden bir hasta için uygun olabilir. Hemşire sıcak veya soğuk uygulama yapmadan önce hekim istemlerini de göz önünde bulundurmalıdır (8).

4.4.3.6. Hemşirelik Girişimi

Ağrıyı arttıran faktörler monotonluk, yorgunluk, ağrı hakkında yanlış anlamalar ve bireyin ağrısının varlığına insanların güvensizliğidir (21).

4.5.3.7. Güvensizlik

Hastanın ağrısı olduğu zaman hemşire sözel olarak ağrının varlığını kabul ettiğini belirtmelidir. “Bacağınızdaki ağrının size çok ıstırap verdiğini anlayabiliyorum” ya da “Şu an ağrınız hakkında neler hissediyorsunuz” gibi cümlelerle ağrıyı kabul ettiğini hastaya fark ettirmelidir. Hastanın ağrısı hakkında olan açıklamalarını dikkatlice dinlemek gerekir. Bunu hastaya hissettirmek için şöyle bir ifade kullanılabilir. “Bir saat önceki ağrınızla, şimdiki ağrınız arasında ne gibi fark var, bana söyleyebilir misiniz? ” Hemşire bireyin

gerçekte var olan ağrısına inanmadığı ve onunla ilgilenmediği zaman, hasta kişi hemşire bakımından yakınabilir ve hemşirelik işlemlerini reddedebilir. Hemşire hastanın gereksinimlerini karşılamaya hazır olduğunu hastaya hissettirirse hasta mutlu olacak ve hemşire bakımını yapmasında yardımcı olacaktır (22).

4.5.3.8. Yanlış Anlamalar

Ağrısı olan kişinin ağrısı hakkında yanlış değerlendirme yapması tedaviyi güçleştirecek ya da ağrının şiddetinin artmasına neden olacaktır. Bazen hastalar ağrıları ile yanlış anamnez verebilirler. Bu nedenle hemşirenin iyi bir gözlemci olması gerekir (21).

4.5.3.9. Korku

Hemşire hasta hakkında sahip olduğu bilgilere ve izlenimlere dayanarak hastanın korkularını giderebilir. Örneğin; hasta ağrısının sürekli edeceğini düşünerek, bu konuda endişe içindedir. Hemşire hasta hakkında sahip olduğu bilgilere ve izlenimlere dayanarak hastanın korkularını giderebilir. Hastasını korkuları ve endişeleri konusunda konuşmaya cesaretlendirirse ve onunla duygularını paylaşırsa hastaya daha da yardımcı olmuş olur (1).

4.5.3.10. Yorgunluk

Yorgunluk ağrıyı şiddetlendirebileceği için hemşire günlük aktivitelerini yapmada hastaya yardımcı olmalı, onun çok fazla yorulmasını engellemelidir. Ayrıca gece yatmadan önce vereceği analjeziklerle hastanın daha rahat bir gece geçirmesine de yardım etmiş olacaktır (2,7).

4.5.3.11. Tekdüzelik

Tekdüzelik ağrıyı arttırabilir. Ağrının azaltılmasında dikkati başka yöne çekme terapötik olarak kullanılabilir. Cerrahi girişiminden dolayı ağrısı olan hasta bir televizyonda maç izlerken bu ağrıyı hissetmeyebilir. İlginin, dikkatin başka yönde olması hafif ve orta dereceli ağrılarda daha etkilidir. Ayrıca diğer objeler üzerinde yoğunlaşma

akut ağrıyı da hafifletebilir. Örneğin, bir basketbol maçında ayak kemiğindeki kırıktan dolayı ağrısı olan bir adölesan ancak maç bitiminden sonra ağrıyı hisseder. Anksiyeteli, canı sıkılmış ve yalnız olan kişiler ağrılarını daha şiddetli hissederler. Kötü kokuların, yüksek seslerin ve istenmeyen ziyaretçilerin ağrıyı arttırıcı etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hemşire ağrının şiddetini arttırıcı uyarıcıları azaltmaya çalışmalıdır (8).

4.6. AĞRI ÖLÇEKLERİ

Ağrı ölçümü geçerli ve güvenilir olmalıdır. Bu özelliklere sahip olmayan ölçümler kullanıma uygun değildir. Bu nedenle ağrı ölçümlerine başlamadan önce geçerli, güvenilir ve kullanışlı bir yöntemin seçilmesine özen gösterilmelidir (4).

AĞRI ÖLÇEKLERİ

Tek Boyutlu Ölçekler	Çok Boyutlu Ölçekler
• Sözel Kategori Ölçeği • Sayısal Ölçekler • Vizüel Analog Skalası (VAS) • Burford Ağrı Termometresi (BAT)	• McGill Melzack Ağrı Soru Formu • Dartmount Ağrı Soru Formu • West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi • Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı • Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi • Ağrı Algılama Profili • Davranış Modelleri

Şekil 4.6.: Ağrı Ölçekleri

Aslan FE “Ağrı Değerlendirme Yöntemleri”, Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi”. 2012; 6(1):9-17

4.6.1. Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadırlar (4).

4.6.1.1.Sözel Kategori Ölçeği

Sözel kategori ölçeği basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir. Kolay uygulanabilir ve sınıflaması basittir. Ancak, ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma gibi kullanım sınırlılıkları vardır (5).

Davranışsal Yanıt: Sözlü iletişim kurulamayan hastaların ağrıya gösterdiği davranışsal yanıtlar, ağrının tanımlanmasında oldukça önemlidir. Birbirine sıkı bir şekilde değen dişler, alt dudağın ısırılması, sıkıca kapatılmış gözler, buruşturulmuş bir surat ağrının varlığını belirten yüze ait ifadelerdir. Vücudun bir bölümünün veya tümünün hareketsizliği ağrının olduğunun belirtisidir. Örneğin; abdominal ağrısı olan bir kişi bacaklarını flexion durumuna getirir, yan yatar ve bu şekilde hareketsiz kalır. Anlamsız vücut hareketleri ağrının belirtisi olabilir. Örneğin, yatak içinde sürekli bir yandan diğer yana dönme gibi (7).

4.6.1.2.Sayısal Ölçekler

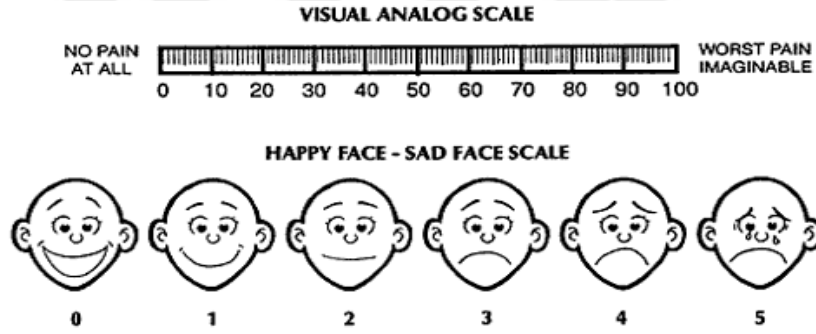
Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. 0-5.0-10.0-100 şeklinde çeşitli sayısal skalalar vardır. Hastaya sırasıyla şu sorular sorulur:

- Şu anda ağrınıza kaç puan veriyorsunuz?

- 0-10 skalasına göre ağrınızın en iyi ve en kötü olduğu sayıları söyler misiniz?
- Sizin için kabul edilebilir ağrı puanı kaçtır. Bu son soru her hastanın tolere edebileceği ağrıyı belirtmek açısından önemlidir (4).

4.6.1.3. Vizüel Analog Skala (VAS)

Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımını yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir (7).



Şekil 4.6.1.3.: Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizüel Analog Skala)

Aslan FE “Ağrı Değerlendirme Yöntemleri”, Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi”. 2012; 6(1):9-17.

Çocuk, yaşlı ve güç iletişim kurulan hasta popülasyonu için geliştirilmiş farklı ağrı ölçüm skalaları bulunmaktadır. Altı yaşından küçük çocuklar için geliştirilmiş yüz resimli ölçekler kullanılmaktadır.

Hangi ölçek kullanılırsa kullanılsın, unutulmaması gereken nokta aynı hastaya aynı ölçek kullanılması gerektiğidir (7).

4.6.1.4. Burfort 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. Ancak, Burford Ağrı Termometresi'nde analjeziklerin dozunu ayarlama hataları olabilir. Ayrıca bu ölçek ağrıyı etkileyebilen tüm faktörleri içermemektedir. Bunun yanı sıra hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlara yer verilmesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir (4).

4.6.2.Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Bazı araştırmacılar çok boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrıların değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirilmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlandırmaktadır. Buna karşın, çeşitli ağrı merkezlerinde uygulanan ve her bir hastaya artan bir yük getiren çok boyutlu ölçeklerin değişik alternatifleri vardır. Bunlar içinde en çok kullanılan McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)'dur (4).

4.6.2.1.McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)

Melzack ve Targerson tarafından 1971 yılında geliştirilen ve birçok araştırmada kullanılan ölçek birçok ülke diline çevrilmiş versiyonları bulunmaktadır. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kuşuoğlu, Eti-Aslan ve Olgun (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek; dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanısı-sorunu, analjezik kullanıyor ise türü ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Bundan sonra Melzack ve Torgerson ağrı kalitesini tanımlayan kelimeleri üç ana başlık altında toplamıştır. (1) Duyumsal (sensory), (2) duygusal (affective) ve (3) değerlendirici (evaluative). MASF'da üç tip ölçü kriter olarak alınmaktadır: Ağrı şiddeti, seçilen kelimenin miktarı ve ağrı şiddeti skorunun tamamı. Bu

ankette ağrı şiddeti skoru, 0 ağrısız ile 5 dayanılmaz ağrı sınırları arasında değerlendirilir (7).

Mc Gill-Melzack PAIN QUESTIONNAIRE

Patient's name: _____ Age: _____
 File No. _____ Date: _____
 Clinical category (e.g., cardiac, neurologic, etc.): _____
 Diagnosis: _____

Analgesic (if already administered): _____

1. Type _____
 2. Dosage _____
 3. Time given in relation to this test _____
 Patient's intelligence: circle number that represents best estimate
 1 (low) 2 3 4 5 (high)

This questionnaire has been designed to tell us more about your pain. Four major questions we ask are:
 1. Where is your pain?
 2. What does it feel like?
 3. How does it change with time?
 4. How strong is it?
 It is important that you tell us how your pain feels now. Please follow the instructions at the beginning of each part.

© R. Melzack, Oct. 1970

Part 2: What Does Your Pain Feel Like?

Some of the words below describe your present pain. Circle ONLY those words that best describe it. Leave out any category that is not suitable. Use only a single word in each appropriate category—the one that applies best.

1. Flickering	2. Lurking	3. Pricking	4. Sharp
5. Quivering	6. Flashing	7. Burning	8. Cutting
9. Pulsing	10. Stinging	11. Dripping	12. Lacerating
13. Throbbing	14. Tingling	15. Stabbing	16. Scalding
17. Beating	18. Itching	19. Burning	20. Smothering
21. Pounding	22. Numb	23. Searing	24. Stinging
25. Dull	26. Tender	27. Freezing	28. Sizzling
29. Aching	30. Itchy	31. Throbbing	32. Stinging
33. Heavy	34. Faint	35. Burning	36. Stinging
37. Fearful	38. Frightful	39. Cruel	40. Violent
41. Killing	42. Spreading	43. Radiating	44. Penetrating
45. Piercing	46. Freezing	47. Burning	48. Stinging
49. Scalding	50. Smothering	51. Stinging	52. Stinging
53. Stinging	54. Stinging	55. Stinging	56. Stinging
57. Stinging	58. Stinging	59. Stinging	60. Stinging
61. Stinging	62. Stinging	63. Stinging	64. Stinging
65. Stinging	66. Stinging	67. Stinging	68. Stinging
69. Stinging	70. Stinging	71. Stinging	72. Stinging
73. Stinging	74. Stinging	75. Stinging	76. Stinging
77. Stinging	78. Stinging	79. Stinging	80. Stinging
81. Stinging	82. Stinging	83. Stinging	84. Stinging
85. Stinging	86. Stinging	87. Stinging	88. Stinging
89. Stinging	90. Stinging	91. Stinging	92. Stinging
93. Stinging	94. Stinging	95. Stinging	96. Stinging
97. Stinging	98. Stinging	99. Stinging	100. Stinging

Part 1: Where is your Pain?

Please mark on the drawings below the areas where you feel pain. Put (I) if internal, or (E) if external, near the areas which you mark. Put (E) if both external and internal.

Part 3: How Does Your Pain Change With Time?

1. Which word or words would you use to describe the pattern of your pain?
 1. Continuous 2. Rhythmic 3. Brief
 4. Steady 5. Periodic 6. Momentary
 7. Constant 8. Intermittent 9. Transient

2. What kind of things aggravate your pain?
 3. What kind of things alleviate your pain?

Part 4: How Strong Is Your Pain?

People agree that the following 5 word represent pain in increasing intensity. They are:

1. Mild 2. Discomforting 3. Distressing 4. Horrible 5. Excruciating

To answer each question below, write the number of the most appropriate word in the space beside the question.

1. Which word describes your pain right now? _____
 2. Which word describes it at its worst? _____
 3. Which word describes it when it is least? _____
 4. Which word describes the worst headache you ever had? _____
 5. Which word describes the worst headache you ever had? _____
 6. Which word describes the worst stomach-ache you ever had? _____

Şekil 4.6.2.1.: McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)

Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 83-92.

4.6.2.2. Dartmouth Ağrı Anketi; (Dartmouth Pain Questionnaire; DPQ)

MASF'ı tamamlayan bir skala olup, kalitesinin değerlendirilmesi eklenmiştir. Bu özellikler; genel duygusal ölçü, ağrının sıklığı (süreç), ağrının şiddeti ve ağrının neden olduğu davranışlardır (4).

4.6.2.3. West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi; (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory WHYMPI)

MASF'a göre daha kısa ve psikometrik yaklaşımla daha klasikleşmiş olarak hazırlanmış bir sorgulamadır. Üç bölümde, 52 maddelik bir soru formudur. Ölçek özellikle

kronik ağrı problemlerinde ağrının genel fonksiyonlar üzerine etkilerini de kapsamaktadır (2).

4.6.2.4. Ağrısını Sözel Olarak İfade Etmede Güçlük Çeken Hastalarda Ağrı Ölçümü

Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken tanımlayamayan hastaların da olacağı unutulmamalıdır. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ), çeşitli amaçlarla kullanılan kateterler, drenler, noninvaziv ve invaziv ventilasyon yöntemleri, tedavi ve bakım girişimleri, aspirasyonlar, pansuman değişimleri, pozisyon değişiklikleri, rehabilitasyon uygulamaları hastalarda ağrıya neden olan faktörler arasında sayılabilir. Bruster ve arkadaşları (1994), yoğun bakımda yatan 5150 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %61'nin ağrı yaşadığını, %33'ünün ise neredeyse sürekli ağrılı olduğunu bildirmiştir. Bu nedenlerle, YBÜ'lerinde ağrı değerlendirilmesini etkileyen bir çok faktör vardır (4).

Yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesini etkileyen faktörler;

- Sözlü iletişimde yetersizlik
- Bilinç düzeyinde değişiklik
- Görüş alanında sınırlılık
- Hareketlerde sınırlılık
- Yaşamı tehdit eden hastalık/yaralanmaya bağlı stres
- İnvaziv monitorizasyon araçlarının varlığı
- Normal uyku, uyanıklık döngüsünün bozulması

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastaların da olacağı unutulmamalıdır. Ağrısını ifade etmekte güçlük çeken hastalar (2);

- Yeni doğanlar
- Ciddi psikolojik bozukluğu olanlar

- Endotrakeal tüpü olan hastalar
- Yaşı 85' in üzerinde olan hastalar
- Sağlık bakım ekibi ile aynı konuşma dilini kullanamayan hastalar

Eğitim düzeyleri veya kültürel yapıları sağlık bakım ekibinden farklı olanlar yer almaktadır (2).

Ağrısını Bildiremeyecek Durumda Olan Hastaların Değerlendirilmesinde İzlenecek Yollar;

1. Hastanın ağrısını bildiremeyeceğinden emin olun. Unutmayın ki en güvenilir ağrı tanımı hasta tarafından yapılabilir (7).
2. Cerrahi girişim, fiziksel travma, invaziv işlemler ya da yara bakımı gibi ağrıya neden olan durumlar ve işlevleri düşünün. Endotrakeal tüpü olan ya da nöromüsküler bloker ilaç alan hastaların ağrı bildirmeyecekleri düşünülür. Puntillo kritik durumda olan 24 yoğun bakım hastasının %63'ünde orta ve ciddi şekilde ağrı bildirdiklerinin, üstelik bunların %80'inin endotrakeal tüpü olduğunu, konuşamadıklarını ancak ağrıyı gözleri ile, hemşirenin kolunu tutarak ya da bacaklarını oynatarak belirtmeye çalıştıklarını belirlemiştir (8).
3. Ağrı belirtisi olabilecek davranışsal tepkileri gözleyin. Bir çalışmada, kırığı nedeniyle hastanede yatan yaşlı hastalarda en yaygın sözsüz ağrı ifadesinin “yüz buruşturma” olduğu bu hastalarda hareket ağrıya neden olduğu için “hareketsiz” yatma eğilimlerinin fazla olduğu belirlenmiştir. Yine yeni doğanların “acı acı” ağlaması, uyku ve yemek alışkanlıklarında değişiklikler ve yüz ifadelerinin ağrı ifade etmede gösterdikleri davranışsal tepkilerin bazıları olabileceği unutulmamalıdır (7).
4. Fizyolojik parametrelerden yararlanın. Ağrısını sözlü ifade edemeyen hastaların ağrı değerlendirilmesinde ağrı davranışlarının yanı sıra fizyolojik parametrelerden de yararlanılabilir. Ancak, yoğun bakım hastalarında ağrı durumunda ortaya çıkan fizyolojik parametrelerin diğer birçok faktörden de etkilenebileceği unutulmamalıdır.
5. Kayıt tutun (7).
6. Davranışsal ağrı ölçeklerinden yararlanın. Ağrının şiddetini değerlendirmede en güvenilir kaynak hastanın kendisi olduğu için yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesi oldukça zordur. Kapsamlı ağrı değerlendirilmesi için kullanılacak

mükemmel bir ölçek bulunmamakla birlikte ağrı davranışlarını değerlendiren ölçekler yoğun bakım hastaları için kullanılabilir. Ağrı değerlendirmesinin kaydı, etkili ağrı yönetimini sağlayarak hastanın ağrısını azaltacaktır. Bu da yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesinde önerilen ağrı değerlendirme araçlarının kullanılması ile mümkün olacaktır. Hastanın vücut duruşunu, yüz ifadesini, ekstremitelerin hareketi ve ventilasyona uyumunu değerlendiren “Davranışsal Ağrı Ölçeği” kullanılabilir (7).

7. Uygun bulunduğu takdirde ağrı değerlendirmesinde ailenin diğer bireylerinden yararlanın. Ağrıdan şüpheleniliyor, ancak hasta bunu ifade edemiyorsa aile bireylerinden birine (anne, eş, kardeş) hastanın önceki ağrı deneyimi ağrıya karşı davranışsal tepkileri, ayrıca şu andaki ağrı şiddeti ve niçin böyle sorularak ağrıya ilişkin bilgi alınmalıdır (7).

4.7. AĞRININ BAŞLAMA ZAMANI VE SÜRESİ

Ağrının ne zaman başladığı, ne kadar süre devam ettiği, tekrarlayıp tekrarlamadığı, eğer tekrarlıyorsa iki ağrı arasındaki sürenin ne kadar olduğu, en son ağrının ne zaman meydana geldiği hemşire tarafından hastaya sorulmalıdır. Bu bilgiler kayıt edilmelidir. Ağrılar arasındaki süre çok önemlidir (8).

4.8. AĞRININ NİTELİĞİ

Kişiler bazı tanımlayıcı sıfatlar kullanarak ağrılarının niteliğini kolayca anlayabilirler. Karın ağrısı olan bir birey ağrısını bıçak batması şeklinde tanımlayabilir. Bazen hasta kişiler ağrılarını tanımlamakta güçlük çekebilir. Çünkü daha önce bu şekilde bir duygu yaşamamışlardır. Ağrının niteliğini tanımlayan bazı terimler vardır. Sızlanma, yanma, kramp, ezici, ıstırap verici, kemirici, belirli aralıklarla gelen, bıçak gibi delici, batıcı gibi terimlerdir (8).

5. POSTOPERATİF AĞRI

5.1.TANIMI VE ÖNEMİ

Postoperatif ağrı cerrahi travmayla başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesiyle sona eren akut patolojik bir ağrıdır (8).

Dünyada her yıl milyonlarca insan cerrahi girişim geçirmekte ve değişik derecelerde postoperatif ağrı çekmektedir. Amata ve arkadaşları ameliyat sonrası hastaların %61'nin şiddetli, %30'unun ise daha hafif ve sadece %9'unun katlanabilir düzeyde çok hafif ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (5).

Ağrıyı gidermek için uygulanan geleneksel ve yetersiz yöntemler, cerrahi klinikler genelinde, belirli bir disiplin altında uygulanamamakta, daha da önemlisi bu eksikliğin operasyon sonrası döneme olumsuz etkileri dikkate alınmamaktadır. Oysa postoperatif ağrı, bir çok organ sisteminin aktivitesini olumsuz etkileyerek fonksiyonlarını bozmaktadır. Bunun sonucu olarak olgular bu dönemde ek sorunlarla karşı karşıya kalmakta, postoperatif dönemde iyileşme sürecinde uzama olup hasta konforu kötüleşmektedir (7).

Son 20 yılda postoperatif ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemlerin bulunmasına rağmen halen yayınlarda uygulamaların yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Yetersiz postoperatif ağrı kontrolünün nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (8).

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

- Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması

Yetersiz ağrı tedavisi, hastanın iyileşmesini etkileyen önemli bir unsurdur. Ağrı çeken hasta hastanede daha uzun süre kalır ve ekonomik ek yük yaratır. Yeterli ve etkili ağrı kontrolü sağlandıkça hastanede yatış süresi kısalmış ve maliyet azalmış olur. Yani; post operatif dönemde hastanın iyi bir konumda olabilmesi; fiziksel ve emosyonel olarak ameliyata iyi hazırlanması, anestezi ve cerrahinin güvenilir olması, fiziksel ve emosyonel travmanın minimal olması ve hastanın mümkün olduğunca kısa süre içerisinde iyileşerek normal hayatına geri dönebilecek şartlarda bulunması ile mümkündür (8).

5.1.1.Postoperatif Ağrıyı Etkileyen Faktörler

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

- Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak yeterince hazırlanmaması
- Cerrahi girişimin yeri ve süresi
- Cerrahi insizyonun uzunluğu
- Cerrahi işlem sırasında hastanın pozisyonu
- İntraoperatif travmanın derecesi
- Cerrahi girişim ile ilgili ciddi komplikasyonlar
- Anestezi uygulamaları
- Cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği ve kalitesi
- Hastada cerrahi girişim öncesi görülen anestezi ve ölüm korkusunun olmasıdır. Postoperatif analjezinin gerekliliği; hastanın postoperatif konforunu sağlamanın yanında ağrının değişik sistemlere olan olumsuz etkilerini de kaldırma gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Cerrahi girişim ve strese karşı pulmoner, kardiyovasküler, gastrointestinal ve üriner sistem disfonksiyonu, kas metabolizması ve fonksiyonunda bozulma, nöroendokrin ve metabolik değişiklikler meydana gelir (7).

Solunum Sistemi: Pulmoner disfonksiyon cerrahi ve anestezi sonrası mortalite ve morbiditeyi belirleyen en önemli nedenlerden biridir. Toraks veya intraabdominal cerrahi insizyonu, yaş, obezite, pulmoner bir rahatsızlığın önceden var olması postoperatif pulmoner disfonksiyon olasılığını arttıran risk faktörleridir (21).

Kardiyo-vasküler Sistem: Potansiyel KVS riski olan hastalarda postoperatif ağrıyı önlemek önemlidir. Postoperatif ağrıya bağlı segmental ve suprasegmental reflekslerin uyarılması sempatik nöronları stimüle ederek taşikardiye, strok volümde ve kardiyak outputta azalmaya yol açar. Dolayısı ile kalbin iş yükünde ve miyokardial oksijen tüketiminde artışa neden olur. Bu durum özellikle koroner iskemisi olanlarda soruna neden olurken miyokard iskemisi ve enfarktüs riski artabilir (21).

Koagülasyon Sistemi: Ağrı, hem stres yanıtı yol açarak hem de mobilizasyonu geciktirerek tromboembolik komplikasyonlarda önemli rol oynar. Major cerrahinin neden olduğu hiperkoagülasyon postoperatif dönemde de devam ederek tromboembolik komplikasyonlara yol açmakta ve postoperatif mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Koagülopatinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte stres yanıtının bir sonucu olduğu kabul edilmektedir (21).

Gastrointestinal sistem: Daha sıklıkla abdominal cerrahi sonrasında olmakla beraber her operasyondan sonra gastrointestinal sistemde bulantı, kusma ve atoni olmaktadır (22).

Endokrin ve Metabolik Sistem: Postoperatif ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler sonucu sodyum ve su retansiyonu, kan sekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktatta artma olur. Bu olaylar devam ederse katabolik bir durum ve negatif nitrojen dengesi meydana gelir (21).

İskelet ve Kas Sistemi: Erken ayağa kalkmayı engelleyen şiddetli ağrı yüzünden hareketliliğin azalması, tromboembolik komplikasyon riskini artırır. Ayrıca artmış

sempatik aktivite alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozu riskinin artmasına neden olur (21).

5.2 POSTOPERATİF AĞRI TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Postoperatif ağrı tedavisinde amaç, hastanın rahatsızlığını en aza indirme veya ortadan kaldırma, iyileşmeyi kolaylaştırma, yan etkilerden kaçınma veya etkili bir şekilde önlemek aynı zamanda hastanın rahat nefes almasını ve hareket etmesini sağlamaktır. Ağrının kontrolüyle hastanede kalış süresi azaltılıp, iyileşme süresi kısaltılabilir. Operasyon sonrası ağrı özellikle ilk 48 saat içinde çok fazladır, daha sonra giderek azalır. Bu dönemlerde farklı ilaç ve yöntemler kullanılır. Perioperatif analjezi ile ağrıyı ortadan kaldıran teknikler postoperatif dönemde de etkilerini gösterir.(1,8)

5.2.1. Postoperatif Ağrıda Kullanılan Tedavi Yöntemleri

- Farmakolojik Yöntemler
- Hasta kontrollü analjezi (PCA)
- Nonfarmakolojik Yöntemler
- Cerrahi Yöntemler

Bu yöntemlerin seçimi hem hekimin bilgi ve görgüsüne hem de hastanın seçimine bağlıdır. Son zamanlarda çeşitli elektronik araçlarla hasta kontrollü analjezi yöntemi gelişmiştir (PCA... vb). Hastaya IV, oral ya da epidural yolla analjezi uygulanabildiği gibi hastanın ağrısının arttığı durumlarda hasta kontrollü analjezi (PCA) yöntemi kullanılabilir (7).

5.2.2. Postoperatif Ağrının Farmakolojik Kontrolü

Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem farmakolojik tedavidir. Postoperatif ağrı kontrolünde; intramusküler, intravenöz, subkutan, oral, rektal, transmukozal, epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA) ve sinir blokları gibi yöntemler kullanılmaktadır (1,7).

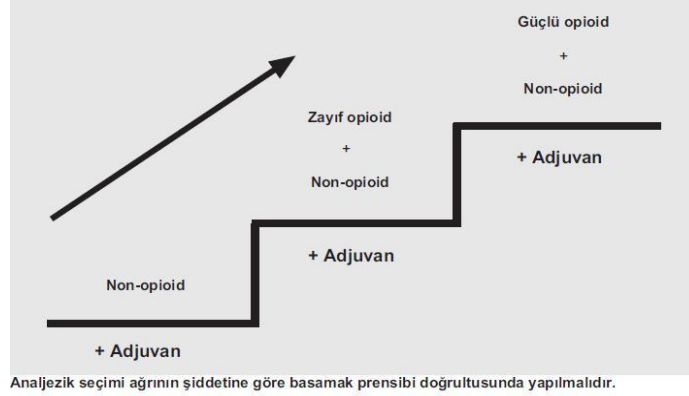
Analjezik Kullanım İlkeleri:

Analjezikler, akut ve kronik ağrı sendromlarında, ağrının semptomatik kontrolünü sağlamak için kullanılan ilaç grubudur. Analjezikler ile semptomatik ağrı tedavisinde hedef, istirahatle ağrısızlık, ağrı ile bölünmeyen gece uykusu, ayakta ve hareketle ağrısızlıktır (7).

Hemşire analjezi kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran özellikler vardır. Bunlar;

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süre birlikte olması
- Hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi; gerektiğinde bunlardan yararlanması
- Ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması
- Planlanan analjezi tedavisini uygulaması ve sonuçları izlemesi
- Hasta ile empati kurması ve sempati sağlamasıdır (8).

Analjezik seçimi ağrının şiddetine göre basamak prensibi doğrultusunda yapılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün basamak tedavisine göre, birinci basamakta non steroid antiinflamatuvar ilaçlar ve parasetamol yer alır. Bununla hastanın ağrısı geçmiyorsa tedaviye ikinci basamak zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol) eklenir. Birinci ve ikinci basamaktaki ilaçlarla ağrı azalmıyorsa üçüncü basamak tedaviler (güçlü opioidler- fentanil, morfin) başlanır. Her basamakta tedaviye destek olacak, kendisi analjezik olmayan ancak ağrılı durumlarda kullanılan adjuvan ilaçlar da eklenebilir. Basamak değişimi için en az 24 saat geçmelidir. Her 3 basamakta da tedavide adjuvan ilaçlar kullanılabilir Analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalıdır. Analjezik kullanımında öncelikle oral yol tercih edilmelidir. Analjezik dozu kişiye özgü olarak belirlenmelidir. Analjezikler düzenli zaman aralıkları ile ağrı başlamadan alınmalıdır. Yan etki profilaksisi ve tedavisi yapılmalıdır. Adjuvan ilaç (antidepresan, antikonvulzan, nöroleptik, kortikosteroid, oral lokal anestezi, anksiyolitik ilaçlar gibi) kullanılmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarının gereksiz korkuları giderilmelidir (2,8).



Şekil 5.2.2.: Dünya Sağlık Örgütü Basamak Tedavisi

<http://www.kanserdeağrıtedavisi.com>

5.2.3. Postoperatif Ağrı Tedavisinde Non-Farmakolojik Yöntemler

5.2.3.1. Periferal tedaviler (fiziksel ajanlarla/cilt stimülasyon yöntemleri),

5.2.3.2. Bilişsel davranışçı terapiler

5.2.3.3. Diğer tedaviler olmak üzere üç grupta incelenebilir (21).

5.2.3.1. Periferal Yöntemler

Periferal teknikler, ağrıyı azaltmada kullanılan deri uyarım girişimlerini içerir. Deri uyarımı ağrıyı gidermek için geçici amaçlı yapıdır. Deri uyarımı girişimleri soğuk-sıcak uygulamalar, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlaması, dinlenme, akupunktur, hidroterapi, TENS, masaj ve terapötik dokunma olarak sınıflandırılır. Deri uyarımı uygun şekilde kullanıldığında inflamasyon, ödem ve fonksiyon kaybına neden olan durumlar üzerinde de etkili olabilmektedir (21).

- a. Sıcak-Soğuk Uygulamalar:** Bu uygulamalar ağrıyı hafifletme ve iyileşmeyi hızlandırma özelliğine sahiptir. Ayrıca ısı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı inhibe eden reflekslerin uyarılmasını sağlar. **Sıcak Uygulama;** Operasyonlardan kırk sekiz saat sonra ve diğer tedavilerle kombine olarak kullanılır. Yüzeysel ya da derin uygulama yapılabilir. Yüzeysel uygulamalar sıcak kompresler, ılık banyo ve parafin

uygulamasını içerir. Sıcak uygulama, ısı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir ve vazodilatasyon etkisi ile ağrıyı azaltır. Yapılan bir çalışmada cerrahi girişim sonrası ağrıyı gidermek amacı ile hastaların % 44'ünün sıcak uygulama yöntemini kullandıkları belirlenmiştir. Sıcaklık kaynağı olarak sıcak su şişesi, sıcak ıslak ya da soğuk kompresler, elektrikli ısı pedleri, sıcak battaniye, sıcak banyo ya da duş kullanılabilir. **Soğuk Uygulama;** Soğuk uygulama tedavi amacıyla, antik çağ hekimliğinden beri, bazı hastalık ve rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmıştır. Soğuk uygulama, ağrının azaltılmasında iki yönde etkili olmaktadır. Birincisi soğuk uygulama ödem ve kas spazmını ortadan kaldırarak ağrıyı giderir ya da azaltır. İkinci olarak periferik sinirlerin iletimini yavaşlatarak ya da bloke ederek ağrıyı gidermede etkili olur (22).

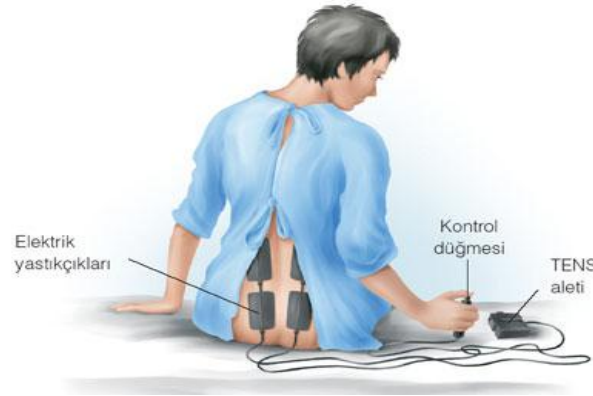
b.Egzersiz: Aktif pasif hareketler, yatak içi hareketler ve ameliyat sonrası ayağa kalkma gibi durumları içerir. Egzersiz hareketi arttırarak kan dolaşımını hızlandırır, kas gerginliğini ve kontraktürleri önleyerek ağrıyı hafifletmektedir (22).

c.Masaj: Masaj insanlığın var oluşundan beri kullanılan eski bir yöntemdir. Pek çok kültürde tedavi ve iyileştirici etkileri nedeni ile kullanılmaktadır. Friksiyon, tapotman, petrisaj, efloraj gibi teknikler kullanılır. Masaj endorfinlerin salınımını uyarmakta, kalın çaplı sinir liflerini uyararak ağrı kontrol kapısını kapatmaktadır. Ayrıca mekanoreseptörleri uyararak dolaşımı hızlandırmakta ve böylece dokuların oksijenlenmesini arttırmaktadır. Losyon, yağ, pudra ya da buz kullanılarak uygulanır. Masaj genellikle diğer tedavilerle kombine bir şekilde kullanılır (21).

d.Pozisyon Verme: Hastaya yardımcı olmak ya da onu desteklemek amacı ile uygulanmaktadır. Bu uygulama, yastıklar, özel yataklar ve ağırlık kaldırma ile desteklenir. Pozisyon değişikliği ağrı gelişimini önleyen, akut ağrıları azaltan, kan dolaşımını arttıran, kasların kasılmasını ve spazmını önleyen bir uygulamadır. Yapılan bir çalışmada pozisyon vermenin ameliyat sonrası en yaygın kullanılan nonfarmakolojik yöntem olduğu saptanmıştır (21).

e.Hareketi Kısıtlama/Dinlendirme: Kesin yatak istirahati gereken ve traksiyonda olan hastalar için uygulanmaktadır. Ancak ağrıyı kontrol etmek için tek başına kullanılmamalıdır. Kırıklarda ve sırt ameliyatlarında kullanılır. Hareketi kısıtlama aynı zamanda ödem oluşumunu azaltabilir (22).

f.Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS): TENS Amerikan Fiziksel Terapi Birliği'nin tanımına göre cilde elektriksel stimülasyon uygulanmasıdır. TENS elektro-analjezi yöntemi ile sinir liflerinin yapay olarak uyarılması ile ağrı iletiminin durdurulması ya da azaltılması amaçlanmaktadır. Postoperatif ağrı kontrolü için insizyonun her iki yanına yerleştirilen elektrotlarla uygulanır. Narkotik alımını ve ağrı şiddetini azaltma etkisi vardır. Farmakolojik ajanların yerine kullanılır. Akut ve kronik ağrıların yönetilmesi ve doğum sancılarının azaltılması üzerine de etkisinin olduğu da bilinmektedir (20).



Şekil 5.2.3.1.a: Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

<http://www.painfreebirthing.com/turkey/tenst.htm>

g.Akapunktur: Çin tıbbının geleneksel tedavi yöntemlerindendir. Akapunkturun uygulanışında beden meridyenlere bölünmekte ve her bir bölümün farklı alanın yönetimini kontrol ettiği düşünülmektedir. Bu bölümlerdeki periferel sinirlere iğne uygulanması ve küçük çapta elektriksel akım verilmesi ile ağrı azaltılmaktadır. Bu yöntem son yıllarda özellikle kanser hastalarında ağrı kontrolünde alternatif tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (20).

h.Terapötik Dokunma: Terapötik dokunma ondokuzuncu yüzyılın başlarında hemşire Dolores Krieger tarafından geliştirilmiştir. Vücuttaki enerji noktalarına dokunarak

uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Terapötik dokunuş bireyde rahatlama oluşturarak ağrıyı azaltır. Terapötik dokunmayı uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim alması gerekir. Terapötik dokunma, kronik ağrısı olan hastalarda da kullanılabilir (21).

i.Hidroterapi: Anlamını termal kaynaklardan alan, suyun tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Sıcak su uygulaması, stres hormonlarını baskılayarak bağışıklık sistemini, dolaşım ve sindirim sistemini uyarır, kan akışını artırır, böylece ağrıya karşı geliştirilen duyarlılığı azaltarak kas gevşemesini sağlar (22).

5.2.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Ağrının algısal, duygusal, davranışsal boyutu olduğu ve ağrılı kişinin sadece algısal değil bireyin ağrıya verdiği anlamlarla ilgili olduğu varsayımından hareketle oluşmuştur. Gevşeme, dikkati başka yöne çekme, dua etme, meditasyon, biyolojik geri bildirim (Bio-feedback), davranış tedavisi ve hipnoz bilişsel teknikler içinde yer alır (22).

a.Gevşeme: Gevşeme eğitimi ilk kez Jacopsan tarafından tanımlanmış, daha sonra ise Herbert Benson tarafından bir teknik olarak bilim alanına kazandırılmıştır. Gevşeme eğitimi kademeli olarak kasları germe ve gevşeme tekniklerini içerir.Gevşeme aynı zamanda hastanın dikkatini ağrıdan uzaklaştırarak ve endorfin salınımını artırarak ağrıyı azaltmaktadır. Gevşeme, anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesidir. Gevşeme ile oksijen tüketimi, kas tonüsü, kalp ve solunum hızının azalması, kan basıncının düşmesi ve deri direncinin artması sağlanmaya çalışılır. Bu yöntem özellikle kronik ağrı, doğum ağrısı, çeşitli tanı ve tedavi işlemlerine bağlı ağrının azaltılmasında etkili olabilmektedir (21).

b.Dikkati Başka Yöne Çekme: Dikkati başka yöne çekme tekniği bireyin dikkatinin ağrı duyusundan uzaklaştırılmasına, dikkatin ağrı dışında bir duruma odaklamasına dayanır. Bu yöntemle, ağrının farkındalığı azalacağı için ağrıya tolerans artar. Genellikle orta ve hafif şiddetli ağrıda çok etkilidir. Dikkati başka yöne çekme yöntemleri ilgi çekici olmalıdır, birden fazla duyuya hitap etmelidir (işitme-görme-dokunma vb.). Dikkati başka yöne çekme yöntemleri yorucu olduğundan iki saatten fazla

uygulanmamalıdır. Uygulama sırasında ağrı şiddetlenirse karışık yöntemler azaltılmalıdır. Müzik dinleme, pazıl ya da diğer oyunlar, konuşmak, komik filmler, televizyon izleme, kitap okuma ve düşünme bu yöntemde yer alır (22).

c.Meditasyon: Meditasyon “kişinin iç huzuru, sükûnet, değişik şuur halleri elde etmesine ve öz varlığına ulaşmasına olanak veren, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimlerine verilen ad” olarak tanımlanır. Bireyin kendi solunumuna, bir kelimeye ya da resme odaklanması ile gerçekleştirilmektedir (21).

d.Dua Etme: Kronik ağrısı olan bireylerin birçoğu ağrıları ile baş etmede dua yöntemini kullanmaktadır. Özellikle yaşlı kişilerde dua etmenin ağrıyı azalttığına yönelik çalışmalar mevcuttur. Bunun yanı sıra kronik ağrının neden olduğu depresyon ve anksiyetenin azaltılmasında da dua yöntemi önerilmektedir (22).

e.Hipnoz: Hipnoz ağrının kontrolünde en sık kullanılan ve uykuya benzer, bilinçte değişim halidir. Hipnozda derin bilinçaltına ulaşma sırasında bireyin hipnozun etki mekanizması ile ağrı nedeni ortaya çıkarılmaya çalışılır. Hipnozun kanser ağrısı, baş, boyun bölgesi ve fantom ağrısında olumlu etkiler sağladığı bilinmektedir. Hipnoz ile ağrının azaltılması, kas gevşemesi, algısal değişme gerçekleşmektedir (21).

f.Biyolojik Geri Bildirim (Bio-feedback): Biyolojik geri-bildirim, fizyolojik bir işlevi kontrol etmeye ya da gevşemeyi sağlamak için hastanın bilgilendirilmesi temeline dayanmaktadır. Örneğin gerilim tipi baş ağrısında, baş ve yüz kaslarından elektrotlar aracılığıyla alınan elektrik aktivitesinin hasta tarafından ses ya da renk olarak algılanması sağlanmakta, böylece hastanın, sesin azalmasından ya da renk değişikliğinden gevşemenin olup olmadığını anlaması sağlanmaktadır. Bu teknikte bireyin vücut ısısı, kalp atış hızı, beyin dalga aktivitesi ve kas gerginliği gibi fizyolojik reaksiyonların ve diğer parametrelerin kontrol edilmesi amaçlanmaktadır (22).

g.Davranış Tedavisi: Hastanın ağrı davranışını ve ağrı yaşantısını artırdığı düşünülen davranışların -öğrenme teorisi temelinde değiştirilmesi esasına dayanmaktadır. Amaç, hastanın işlev düzeyini artırmak, kötü uyumlu davranışlarını azaltmak ve ağrı kesici

ilaç kullanımını önce azaltıp, sonra tümüyle kesmektir. Davranış tedavisinde sosyal beceri eğitimi, stresle başa çıkma ve kendini kontrol eğitimi, kendini daha etkili kılma, anksiyete ile başa çıkma, karar verme gibi konular yer almaktadır (21).

5.2.3.3. Diğer Tedaviler

a.Refleksoloji: Refleksoloji, binlerce yıl önce Hindistan, Çin ve Mısır'da uygulanan, modern çağda da dikkati çeken bir yöntemdir. Ayaklarda bulunan ve bedenin tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine karşılık gelen refleks noktalarına elle masaj yapılarak rahatlatma tekniğidir. Refleksoloji tanısında refleksoloji uzmanı, kişinin ayak tabanındaki beden haritasını okuyarak ve belli noktalara temasla, organlar hakkındaki sıkıntıları büyük oranda tespit eder. Tedavisi ise; genel sağlık durumunu koruyucu özelliği ile terapist üzerine düşen görevi başarı ile gerçekleştirir. Diğer uygulanan terapilerden en önemli farkı bedenin kendini iyileştirme sistemini uyararak harekete geçirmesidir. Böylece tedaviye hiç bir yan etkide oluşmaz. Akut enfeksiyonlarda, ateş durumu, derin ven trombozu, cerrahi durumlar ve açık yaralar, malign melanom vakalarında ve gebeliğin ilk üç ayında düşük ya da erken doğum riski olan hastalarda riskli olduğu belirtilmektedir (1).

b.Plasebo: Plasebo, ağrının kontrol altına alınamadığı durumlarda bireyin ağrıyla baş etme gücünü artırmak için verilen farmakolojik olmayan maddelerdir. Daha çok psikolojik kaynaklı ağrılarda kullanılmaktadır. Plasebo verilen hastaların %30 ile %70'inin kısa süreli olarak ağrısının geçtiği söylenmektedir. Plasebonun ağrıyı, endojenopioid sistemleri uyararak giderdiği düşünülmektedir (21).

c.Aromaterapi: Aromaterapi bitkilerin hoş kokulu bölümlerinden oluşturulan esansiyel yağların inhalasyonla, deriye masaj yaparak ya da internal (oral, vajinal, rektal) yol ile verilmesidir. Yapılan araştırmalar sonucu, yağların güçlü antiseptik, mikrop öldürücü, iyileştirici, hücre yenilenmesini hızlandırıcı etkileri olduğu saptanmıştır. Aromaterapinin stresi azaltarak soğuk algınlığı, nezle ve menstruasyon sorunlarında ve ağrı giderici olarak kullanılabileceği bilinmektedir (21).

d.Müzik: Müziğin dili evrenselidir. Müziğin tedavi edici ve iyileştirici özelliği tarih boyunca görülmüştür. Mental ve fiziksel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için kullanılan müzik terapisi, kullanım kolaylığı nedeniyle ağrı yönetiminde hemşireler için doğal bir araçtır. Müzik terapisinin kullanımı dikkati başka yöne çekme yönteminde olduğu gibi dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklaşmasını sağlar. Müzik terapisi bireyin ağrıya dayanma gücünü artırır. Ayrıca müzik terapisi endorfin salgılanmasını artırır ve bireyi rahatlatır. Müzik terapisinde hastanın hoşlandığı ve istediği müziğin seçilmesi de önemlidir (22).

Müzikle terapiye ilişkin çalışmalarda hastaların stres ve anksiyete düzeylerini düşürdüğü, ameliyat sonrası dönemde daha az analjezik kullanımına neden olduğu, doğum öncesi anneleri psikososyal olarak rahatlattığı ve kanser tedavisinin yan etkilerini azalttığı belirtilmektedir (21).

Müzik terapi hastanelerde; yoğun bakımda, terapötik olarak palyatif bakımda, cerrahi girişimlerde, psikiyatri, onkoloji, kadın doğum, pediatri ünitelerinde, koroner yoğun bakımda, radyasyon ve kemoterapi tedavisinde, tıbbi prosedürlerin uygulandığı durumlarda, ağrı ve anksiyete gibi semptom tedavilerinde, immün fonksiyonların aktive olmasında, beden direncinin ve yaşam kalitesinin arttırılmasında, ve manevi olarak hastanın iyileştirilmesinde kullanılmaktadır (22).

5.2.4. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi tedavi yöntemleri, ağrının farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrol altına alınamadığı, yetersiz kaldığı durumlarda uygulanır. Ağrıda cerrahi tedavi, merkezi sinir sistemine giden ağrı yollarının belirli bölgelerde kesilmesine dayanır. Ancak cerrahi tedavi ağrı tedavisinde en son kullanılmaktadır (8).

6. KARDİYO-VASKÜLER CERRAHİ VE AĞRI

Cerrahi ya da travmatik yaralanma, periferik ve santral sinir sisteminde değişiklikler başlatır. Bu değişiklikler terapötik olarak analjezi seviyesini artırmaya yönelir. Yetersiz post operatif analjezi ya da kontrolsüz perioperatif cerrahi stres cevap tüm major organ sistemlerinde potansiyel olarak patofizyolojik değişiklikleri başlatarak postoperatif morbiditeyi etkileyebilir (5).

Kardiyo-vasküler operasyonlar hastaların çok şiddetli ağrı duymalarına neden olur. Ağrı; insizyon bölgesi, intraoperatif doku retraksiyonu ve diseksiyonu, vasküler kanülasyon bölgeleri, periferik ven ya da arter greftinin çıkarıldığı bölgeler ve göğüs tüpleri gibi pek çok bölgeden kaynaklanabilir (7).

Hastanın ağrı hakkında sözel ve sözel olmayan davranışları gözlenir. Hemşire hastanın ağrısının tipini, yerleşimini ve süresini kayıt eder. Göğüs ağrısı anjina ağrısından ayırt edilmelidir. Hasta, hasta kontrollü analjezi (HKA) ya da reçete edilmiş ilaçlarını kullanması için teşvik edilir. Derin nefes alma ve öksürme egzersizleri esnasında insizyonun fiziksel olarak desteklenmesi ile ağrı azaltılır (21).

Kardiyo-vasküler operasyon sonrası görülen ağrıda en önemli başlangıç noktası göğüs duvarı olmakla birlikte ven greftlerinin çıkartıldığı bölgeler de önemli yer tutmaktadır. Ancak bu bölgelerden kaynaklanan ağrı insizyonel ağrının azaldığı geç postoperatif dönemde hastanın mobilize olmasıyla karşımıza çıkmaktadır (21).

6.1.KARDİYO-VASKÜLER OPERASYON SONRASI AĞRI KONTROL YÖNTEMLERİ

Kardiyak cerrahi sonrası ağrı tedavisindeki gelişmeler, hastaların postoperatif dönemde ventilatöre ve yoğun bakım desteğine gereksinim duydukları süreyi azaltmıştır. Buna karşılık reoperasyonların, acil girişimlerin artması, artık daha çok sayıda yaşlı, eşlik eden kardiyak ve sistemik hastalığı bulunan hastaların ameliyata alınması post operatif analjezi ve sedasyon oluşturmak için kullanılan standart yöntemlerde değişiklik

yapılmasına neden olmaktadır. Bu hastalardaki kronik kalp yetersizliği, hepatik konjesyona ve renal bozukluklara neden olarak ilaç metabolizmalarını da değiştirebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı postoperatif hastaların heterojen bir grup oluşturduğu, sedatif ve analjezik gereksinimin her hasta için farklı olabileceği akılda bulundurulmalıdır (22).

Parenteral uygulamalar

Kardiyak cerrahi sırasında kullanılan anestezi yöntemlerinin pek çoğunda, analjeziklerin etkisi postoperatif dönemde devam etmekte ve analjezik gereksinimini azaltabilmektedir. Minimal hemodinamik değişikliğe neden olması nedeniyle yüksek doz opioid anestezisi popüler bir teknik olmayı sürdürmektedir. Bu yöntem postoperatif dönemde de yoğun bir analjezi ve sedasyon sağlamaktadır. Lokal anestezipler veya spinalopioidlerin etkileri de postoperatif dönemde devam edebilmektedir (21).

7. AĞRI KONTROLÜNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Ağrı giderme, hem ağrıyı çeken kişi hem de ona yardım eden kişiler için karmaşık bir sorun olarak algılanmaktadır. Bu sorun hekim, hemşire ve diğer ilgili sağlık personelinin oluşan bir ekip çalışmasıyla en aza indirgenmeye çalışılır. Hemşireler bu ekip içerisinde ağırlı hasta ile daha uzun süre birlikte olduğundan hastayı iyi bir şekilde gözlemlene ve değerlendirme imkanına sahiptir. Bu nedenle ağırlı hastaya yaklaşım konusunda hemşirenin rolü önemlidir (1). Hemşirenin bu rolü yerine getirebilmesi için ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması, iletişim kurma becerisinin olması ve empati yapabilmesi ağrıyı gidermede etkili bir hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir (22).

Ağrıya yaklaşımda hastanın ve hemşirenin bireysel özellikleri, hasta hemşire etkileşiminde önemli belirleyicidir. Hemşire ve hasta için ağrının ne anlam taşıdığı önemlidir (8). Hemşire, ağırlı hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmelidir. Terapötik bir tutum oluşturabilmek için hemşire ağrı konusunda, kendi duygularını ve inançlarını gözden geçirmelidir. Hemşirenin kendi ağrı inançları ve deneyimleri ağırlı hasta bakımını olumsuz yönde etkilememelidir. Hemşire aynı zamanda, hastanın kendisini nasıl algıladığını saptamalıdır. Ağrısı olan hastalara yeterli eğitim ve destek verilmez ise hastalar

yapılan uygulamaları reddedebilir. Ağrılı hasta bakımında hasta ile hemşire arasında karşılıklı güven oluşması son derece önemlidir (21).

Ağrı karşısında her hasta farklı yanıt ve tepkiler verir. Ağrısı olan hastalar, tükenme, beden bütünlüğünü kaybetme, yalnızlık, bağımlı olma ve ölüm korkusundan dolayı aşırı gergin, endişeli, öfkeli ve hassas olabilirler. Bu nedenle hastaların destek ve cesarete daha fazla gereksinimleri vardır. Hemşire bu durumda hastanın ağrısını ve durumunu çok iyi değerlendirmelidir (22).

Ağrının etkin olarak değerlendirilmesi, ağrı kontrolünün ön şartıdır ve hemşirelik bakımının temel parçalarından biridir. Ağrının etkili bir biçimde giderilmesi ve yönetimi hemşirenin hastasını iyi değerlendirmesi ve ağrısını tanılaması ile mümkündür. Hemşire ağrı değerlendirmesi yaparken, hastanın yüz ifadesini, davranışlarını, aktivite durumunu gözlemleyerek, sözel ifadelerini değerlendirerek hastadaki fizyolojik belirtileri dikkate alarak ağrı tanılaması yapması gerekir. Ayrıca hemşirenin sağlıklı bir değerlendirme yapabilmesi için hastayla iyi bir iletişim kurması gerekir. Hastanın kendisinin dinlendiğinin ve ağrı şikayetinin ciddiye alındığını hissetmesi gerekir. Hastanın ağrısı doğru bir şekilde değerlendirildiğinde daha etkili tedavi edilebilir. Bu bakımdan doğru ağrı değerlendirilmesi, hemşirenin ağrıyı hafifletmesine yönelik uygun yöntemi seçmeleri için önemli bir bilgi sağlayacaktır (16).

Doğru ve etkin bir ağrı tanılaması ve değerlendirmesi yapan hemşirenin bu bilgilerin ışığı altında hemşirelik bakımını planlaması gerekir (1,8),

Ağrılı hastaya bakım veren hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar şöyledir;

- Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmelidir.
- Nedeni ne olursa olsun ağrının bir “yardım arayışı” olduğu unutulmamalıdır.
- Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inançları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır.
- Hastanın bilgi eksiklikleri saptanmalı ve eğitim planlanmalıdır.
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır.

- Ağrının artmasına neden olan problemleri gidermek için plan yapılmalıdır.
- Hastaya daha önce ağrısının giderilmesine nelerin yardımcı olduğu sorulmalıdır.
- Plan hasta ile beraber yapılmalıdır.
- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.
- Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır.
- Hemşire hastanın ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli ve uygulamalıdır.
- Hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan yöntemlerle ilgili hemşirenin, hastayı hazırlaması, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisini ve nasıl uygulanacağıyla ilgili açıklama yapması gerekir (8).

Ağrı, çalıştığı bölüm her ne olursa olsun hemşirelerin en sık karşılaştığı problemlerden biridir. Bu nedenle hemşireler, ağrı yönetiminden sorumludurlar. Bu sorumluluk; ağrıyı tanımlamayı, ağrıyı gidermek için uygun yöntemleri seçmeyi, tedavinin etkinliğini izlemeyi, ağrı yönetimiyle ilgili bilgilenme ve hastalara ağrı yönetimiyle ilgili bilgi vermeyi içerir. Ağrı çeken bireyin bakımında uygun yaklaşımlarda bulunan hemşire, eğitim, bakım, tedavi, araştırma, danışmanlık, destekleyicilik ve rehabilitasyon rollerini de gerçekleştirmiş olacaktır. Hemşireler ağrıyı tanımlamak ve değerlendirmek, ağrıyı gidermede uygun yöntemleri seçmek için gerekli çabayı göstermeli ve ağrıyla ilgili yeni gelişmeleri takip etmelidir (1).

8. MATERİYAL VE YÖNTEM

8.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Kardiyo-vasküler operasyon geçiren hastaların erken postoperatif dönemde ağrı ile baş etme düzeyleri ve ilişkili özellikleri değerlendirme amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu araştırmada ağırlıklı olarak şu sorulara yanıt arandı.

1. Kardiyo-vasküler operasyon geçiren hastaların kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri nelerdir?
2. Ağrı özellikleri nelerdir?
3. Ağrı ile başetmede yapılan girişimler nelerdir?
4. Ağrıyı etkileyen kişisel özellikler nelerdir?
5. Ağrıyı etkileyen hastalık ile ilgili özellikler nelerdir?
6. Ağrı alt boyutları arasında ilişki var mıdır?

8.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma İstanbul il sınırları içerisinde bir üniversite hastanesinin Kardiyo – vasküler Cerrahi Kliniğinde Nisan 2013 – Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

8.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul il sınırları içerisinde bir üniversite hastanesinin Kardiyo - vasküler Cerrahi Kliniğinde, Nisan 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında yatan hastalar çalışmaya dahil edildi ve kurum onayı sonrası Etik Kurul izni alındı.(Ek 1) Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterleri; 1) Hastanın hastanede yatış süresinin iki haftayı geçmemiş olan, 2) Araştırmaya katılmayı kabul eden, 3)18 yaş üzeri ve görüşme için zamanı olan, 4)İletişim engeli olmayan, 5) Yer, durum, zaman açısından oryante olan koopere olan erkek ve kadın hastalar olarak belirlendi. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 80 hastaya ulaşıldı. Çalışmada yer alan tüm hastalara çalışma ve takip programı hakkında ayrıntılı bilgi verilip, hepsinden, yazılı olarak onay alındı.

8.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu onayı, araştırma yapılan iki hastane yönetiminden gerekli yazılı izin alındı (Ek 1-2). Araştırma verilerinin toplanmasında Mc Gill – Melzack ağrı soru formu ile ilgili literatür gözden geçirilerek hazırlanan; Hastalara Yönelik anket formu (Ek 1) ve geçerlilik ve güvenilirliği S.Kuğuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış olan McGill – Melzack ağrı soru formunun Türkçe çevirisi (Ek 3) kullanıldı..

Anket formları 1 ve 2 yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından dolduruldu. Hastaların ise anket formlarını kendilerinin doldurmaları istendi bunu yapamayan hastalara anket formu araştırmacı tarafından yüksek sesle okunarak dolduruldu.

a.Hastalara Yönelik Anket Formu

Bu formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim seviyesi, oturduğu yer gibi sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra daha önceden geçirmiş oldukları operasyonları, şimdiki postoperatif dönem bulguları, yattıkları klinik ve sağlık personeli ile iletişim durumlarına ilişkin sorular olmak üzere toplam 35 soru yer almaktadır (Ek 3).

b.McGill - Melzack Ağrı Soru Formu

Dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanısorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır

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

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı duysal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimeden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF’ nun ikinci bölümünde yer alan

20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyusal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

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

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

8.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma bir üniversite hastanesinde belirli bir dönem içinde yatan hastaları kapsamaktadır.

8.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan 80 hastaya ilişkin veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanıldı.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örnek Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş ve anlamlılık değerleri 0,05’den küçük olduğu için ileri düzey çözümlemelerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız değişken için Mann-Whitney testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal-Wallis testi, ilişki analizleri için ise Spearman’s korelasyon katsayıları kullanıldı. Korelasyon ilişkileri değerlendirme kriterleri Tablo 8.6.1’de belirtildi.

Tablo 8.6.1. Korelasyon İlişkileri Değerlendirme Kriterleri

r_s	İlişki Düzeyi
0 – 0,25	Çok zayıf
0,26 – 0,49	Zayıf
0,50 – 0,69	Orta
0,70 – 0,89	Yüksek
0,90 – 1,00	Çok yüksek

8.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için hastane yönteminden izin alınıp, araştırma etik kurulunca onaylandı. Hastalara araştırma hakkında bilgi verilip, araştırmaya katılmaları konusunda hastalardan izin alındı.

9. BULGULAR

9.1. HASTALARIN TANIMLAYICI VE SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULARI

Tablo 9.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=80)

Demografik Özellik	Kategori	n	%
Yaş Grubu	20-29	1	1,3
	30-39	3	3,8
	40-49	11	13,8
	50-59	25	31,3
	60-69	30	37,5
	70-79	10	12,5
Cinsiyet	Kadın	50	62,5
	Erkek	30	37,5
Medeni Durum	Evli	67	83,8
	Bekar	13	16,3
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	2	2,5
	Okur-yazar	6	7,5
	İlkokul mezunu	23	28,7
	Ortaokul mezunu	20	25,0
	Lise mezunu	20	25,0
	Üniversite mezunu	9	11,3
Meslek	Kamu çalışanı	29	36,3
	Özel sektör	17	21,3
	Serbest meslek	16	20,0
	Ev hanımı	18	22,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	12	15,0
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor	17	21,3
	Farklı nedenlerden çalışmıyor	6	7,5
	Emekli	27	33,8
	Ev hanımı	18	22,5

Oturduğu Yer	Köy	4	5,0
	İlçe	27	33,8
	Şehir	25	31,3
	Büyükşehir	23	28,7
	Diğer (Yurtdışı)	1	1,3
Sosyal Güvencesi	Var	78	97,5
	Yok	2	2,5
Sosyal Güvence	SGK	75	93,8
	Diğer (Özel Sigorta)	3	3,8

Tablo 9.1.1.'de hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine göre dağılımlar verildi. Hastaların yaş değişikliklerine göre frekans dağılımı; 20-29 yaş aralığı için %1,3, 30-39 yaş aralığı için %3,8, 40-49 yaş aralığı için %13,8, 50-59 yaş aralığı için %31,3, 60-69 yaş aralığı için %37,5, 70-79 yaş aralığı için %12,5 olarak izlendi.

Hastaların % 62,5'i kadın, %37,5'i ise erkektir. Hastaların % 83,8'i evli, %16,3'ü ise bekâr olduğu saptandı.

Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığı zaman; %2,5'i okur yazar değil, %7,5'i okur yazar, %28,7'si ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, %25'i lise mezunu, %11,3'ü ise üniversite mezunu olduğu saptandı.

Hastaların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde; %36,3'ünün kamu çalışanı, %21,3'ünün özel sektör, %20'sinin serbest meslek ile uğraştığı, %22,5'inin ise ev hanımı olduğu görüldü.

Hastaların çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %15'inin çalışıyor, %21,3'ünün hastalığı nedeniyle çalışmadığı, %7,5'inin farklı nedenlerden dolayı çalışmadığı, %33,8'inin emekli olduğu, %22,5'inin ev hanımı olduğu saptandı.

Hastaların %5'inin köyde, %33,8'inin ilçede, %31'inin şehirde, %28,7'sinin büyükşehirde yaşadığı belirlendi.

Hastaların sosyal güvencelerine bakıldığında ise, hastaların % 97,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %2,5'inin ise sosyal güvencesi olmadığı gözlenmiş olup, sosyal güvencesi olan hastaların %93,8' inin SGK'lı, % 3,8 'inin ise SGK dışındaki diğer (özel sigorta...vb) sağlık sigortasının bulunduğu saptandı.

Tablo 9.1.2. Hastaların Ölçümsel Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=80)

Özellik	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Yaş	80	58,63	10,501	24	78
Boy (cm)	80	168,81	8,335	150	183
Kilo (kg)	80	77,75	11,122	55	116

Tablo 9.1.2.'de hastaların ölçümsel sosyal demografik özelliklerine göre dağılımı verildi. Hastaların yaş ortalaması $\bar{x} = 58,63 \pm 10,501$ 'dir. Hastaların yaşlarına bakıldığı zaman alt sınır 24, üst sınır 787 olarak gözlemlendi. Hastaların boy ortalaması $\bar{x} = 168,81 \pm 8,335$, kilo ortalaması ise $\bar{x} = 77,75 \pm 11,122$ olarak saptandı.

Tablo 9.1.3. Hastaların Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (N=80)

Demografik Özellik	Kategori	n	%
Sigara Kullanma Durumu	Evet	39	48,8
	Hayır	41	51,2
Alkol Kullanma Durumu	Evet	18	22,5
	Hayır	62	77,5
Genel Olarak Sağlık Durumu	Çok iyi	5	6,3
	İyi	30	37,5
	Orta	36	45,0
	Kötü	9	11,3
Yatış Tarihi	İlk 1 hafta	45	56,3
	1 haftadan daha uzun	35	43,8
Ameliyat Sonrası Zaman	İlk 1 hafta	46	57,5
	İlk 1 hafta sonrası	34	42,5
Geçirilen Operasyon / Hastalık	By-pass	45	56,3
	Koroner anjiyografi	11	13,8
	Stent-balon	8	10,0
	Kapak ameliyatı	15	18,8
	Tetkik	1	1,3

Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	30	37,5
	Hayır	50	62,5
Daha Önce Geçirilen Ameliyat	Kolesistektomi	4	5,0
	Apandektomi	5	6,3
	Göz	5	6,3
	Ortopedi	4	5,0
	Daha önce geçirilen kalp	5	6,3
	Sindirim sistemi	2	2,5
	Kulak-burun-boğaz	5	6,3
Diğer Sağlık Sorunu	Hipertansiyon	37	46,3
	Diyabet	20	25,0
	Kalp yetmezliği	7	8,8
	Hiperlipidemi	10	12,5
	Diğer (Astım)	6	7,5
Post operatif Dönemde Ağrı Yaşanmasına Neden Olan Durumlar	Pansuman yapılırken	7	8,8
	Yataktan kalkarken	26	32,5
	Öksürürken	36	45,0
	Pozisyon verilirken	9	11,3
	İlaç ve tedavi uygulanırken	2	2,5
Ağrı Olduğunda Zorlanılan Aktiviteler	Nefes alıp verme	9	11,3
	Hareket etme	26	32,5
	Uyuma	22	27,5
	Öksürme	22	27,5
	Diğer (Aktif / pasif egzersizler)	1	1,3
Ağrı Kontrolünde Hemşireden Beklentiler	Hemşirelerin daha sık kontrol etmesi	53	66,3
	Ameliyatın ilk günlerinde daha fazla analjezik ilaç verilmesi	44	55,0
	Hemşirelerin daha ilgili ve anlayışlı olması	47	58,8
	İlaç uygulamalarında hemşirenin nazik davranması	36	45,0
	Planlanan tedavinin hemşireler tarafından zamanında, doğru şekilde uygulanması	36	45,0
	Uygulanan ilaç ve tedavinin yan etkileri ile ilgili hemşirelerin bilgi vermesi	45	56,3

	Uygulanan ilaç ve tedavinin yan etkilerinin hemşireler tarafından gözlemlenebilmesi	27	33,8
	Diğer	7	8,8
Ağrı Kontrolünde PCA Ağrı Pompası Kullanılma Durumu	Evet	18	22,5
	Hayır	62	77,5

Tablo 9.1.3.'te hastaların sağlık özelliklerine göre dağılımı verildi. Hastaların %48,8'inin sigara kullandığı, %51,2'sinin ise sigara kullanmadığı belirlendi. Aynı hastaların % 22,5'i alkol kullanırken, %77,5' ise alkol kullanmadığı saptandı.

Hastaların sağlık durumları incelendiğinde; %6,3'ünün sağlık durumunun çok iyi, %37,5'inin sağlık durumunun iyi, %45'inin sağlık durumunun orta, %11,3'ünün sağlık durumunun ise kötü olduğu saptandı.

Hastaların yatış tarihleri incelendiğinde, hastaların %56,3'ünün ilk bir haftalık süreçte yattıkları, %43,8'inin ise bir haftadan daha uzun süredir hastanede yattıkları gözlemlendi.

Hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış sürelerine bakıldığı zaman %57,5'inin ameliyattan sonra ilk bir haftalık süreçte hastanede kaldığı, %42,5'inin ise ameliyat sonrası sürecin bir haftadan uzun olduğu belirlendi.

Geçirilen operasyonlar ele alındığı zaman, hastaların %56,3'ünün koroner by-pass grafisi, %13,8'inin koroner anjiyografi, %10'unun stent balon, %18,8'inin kapalı ameliyat geçirdiği, %1,3'ünün ise tetkik amaçlı tedavi gördüğü gözlemlendi.

Bu hastaların %37,5'inin daha önce aynı ya da farklı nedenlerden dolayı ameliyat geçirdikleri saptandı. Bu operasyonlar incelendiği zaman %6,3'ünün daha önce geçirmiş kalp ameliyatı, apendektomi, göz ve kulak-burun-boğaz ameliyatlarının oluşturduğu, %5'ini ise kolesistektomi ve ortopedi ameliyatlarının olduğu belirlendi.

Diğer sağlık sorunları ele alındığında, hastaların %46,3'ünün hipertansiyon, %25'inin diyabet, %12,5'inin hiperlipidemi, %8,8'iinin ise kalp yetmezliği tanıları olduğu saptandı.

Postoperatif dönemde ağrı yaşanmasına neden olan durumlar ele alındığında hastaların %45'inin öksürürken, %32,5'inin ise yataktan kalkarken ağrı yaşadıkları belirlendi. Ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı nedeniyle hastaların %32,5'inin hareket ederken, %27,5'inin ise uyurken ve öksürürken zorlandıkları saptandı.

Hastaların ağrı kontrolünde hemşirelerden beklentiler ele alındığında ise %66,3'ü hemşirelerin daha sık kontrol etmesini isterken, %58,8'i hemşirelerden daha fazla ilgi beklediğini belirtti. Hastaların %55'i ise daha fazla analjezik kullanılmasını istedi, %45'i ise uygulanan tedavilerden hemşirelerin nazik davranmasını ve uygulanan tedavilerin zamanında ve doğru uygulanmasını bekledikleri gözlemlendi.

Ağrı kontrolünde PCA ağrı pompası kullanma durumları sorgulandığında %77,5'in de PCA kullanılmadığı saptandı.

9.2. HASTALARIN AĞRI İLE BAŞETME DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 9.2.1. Kardiyo-Vasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Postoperatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri İçin Yapılan Uygulamaların Dağılımı (N=80)

Madde	Evet		Hayır		Bazen	
	n	%	n	%	n	%
1. Ağrım olduğunda rahatlıkla hemşireye iletebiliyorum.	69	86,3	5	6,3	6	7,5
2. Ameliyat sonrası hemşire ağrımı sık sık sorguluyor.	50	62,5	11	13,8	19	23,8
3. Hemşire ağrım ile ilgili ayrıntılı bilgi veriyor.	32	40,0	18	22,5	30	37,5
4. Hemşire ağrımı azaltmak için normal yaşantımda ağrı ile nasıl baş ettiğimi sorguluyor.	21	26,3	35	43,8	24	30,0
5. Ameliyat sonrası hangi durumlarda ağrı duyabileceğim konusunda bilgi verildi.	44	55,0	20	25,0	16	20,0
6. Ağrım olduğunu ifade ettiğim zaman hemşire/sağlık memuru çözüm arıyor.	52	65,0	14	17,5	13	16,3
7. Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için uygun pozisyon veriliyor.	27	33,8	27	33,8	26	32,5
8. Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için sıcak/soğuk uygulama yapılıyor.	4	5,0	64	80,0	12	15,0
9. Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için ağrı kesiciler uygulanıyor.	65	81,3	9	11,3	6	7,5
10. Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için egzersizler, aktif-pasif hareketler yaptırılıyor.	29	36,3	15	18,8	36	45,0
11. Dikkati başka yöne çekme tekniği kullanılarak ağrının algılanma şiddeti azaldı.	11	13,8	51	63,7	18	22,5
12. Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak gevşeme teknikleri kullanılıyor.	15	18,8	49	61,3	16	20,0

13. Hemşire tarafından verilen ağrı kesicilerin etkileri devamlı değerlendiriliyor.	45	56,3	14	17,5	21	26,3
14. Verilen ilacın dozu ağrının şiddetine, süresine, özelliğine göre ayarlanıyor.	41	51,2	16	20,0	23	28,7

Kardiyo-vasküler operasyon geçiren hastaların erken postoperatif dönemde ağrı ile baş etmeleri yapılan uygulamalar incelendiğinde; hastaların %86,3'ünün ağrı duyduklarında hemşireye iletebildikleri, %81,3'ünün ağrı olduğunda hemşirelerin analjezik uyguladığı, %65,2'sinde ağrı olduğunda hemşire çözüm aradığı, %56,3'ünde ağrı olduğunda hemşire tarafından etkilerinin gözlemlendiği belirlendi. Bunların yanında hastaların %80'inin ağrıyı azaltmak için sıcak/soğuk uygulama yapılmadığı, %63,7'sinde dikkati başka yöne çekme tekniği kullanılarak ağrıda azalma olmadığı, %61,3'ünde ise ağrıyı azaltmak için gevşeme teknikleri kullanılmadığı izlendi ve hastaların %45'inde ağrıyı azaltmak için aktif pasif egzersizlerin bazı durumlarda kullanıldığı saptandı (Tablo 9.2.1.).

Tablo 9.2.2. Erken Post operatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri İçin Yapılan Uygulama Puanı Dağılımı (N=80)

Özellik	Potansiyel Dağılım	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Erken Postoperatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri için Yapılan Uygulama Puanı	0-28	15,95	3,138	9	23

Hastaların erken postoperatif dönemde ağrı ile baş etmeleri için yapılan uygulamaların puan dağılımı $\bar{x} = 15,95 \pm 3,14$ olarak saptandı.

9.3. HASTALARIN AĞRI ŞİDDETİ İLE İLGİLİ BULGULARI

Tablo 9.3.1. Hastaların Ağrı Bölgesi ve Özelliğine Göre Dağılımı (N=80)

Özellik	Kategori	n	%
Ağrı Yeri	Derinde	36	45,0
	Yüzeyde	27	33,8
	Hem Derinde Hem Yüzeyde	17	21,3
Ağrının Özelliği	Yansıyan	28	35,5
	Kesiliyor gibi	30	37,5
	Kasılır tarzda	28	35,0
	Sürükleyici	30	37,5
	Burkutucu	32	40,0
	Sıcaklık veren	16	20,0
	Kaşıntılı	21	26,3
	Künt	13	16,3
	Yorucu	39	48,8
	Tüketici	36	45,0
	Tiksindirici	28	35,0
	Boğucu	40	50,0
	Dehşetli	29	36,3
Ağrının Zamanla İlişkisi	Devamlı	36	45,0
	Kararlı	27	33,8
	Sabit	17	21,3
	Ritmik	32	40,0
	Periyodik	29	36,3
	Aralıklı	19	23,8
	Genel	25	31,3
	Anlık	30	37,5
	Geçici	25	31,3
Ağrıyı Rahatlatan Unsurlar	Ağrı kesici	50	62,5
	Uyumak	18	22,5
	Egzersiz	12	15,0
Ağrıyı Arttıran Unsurlar	Hareket etmek	34	42,5
	Öksürmek	28	35,0
	Pansuman yapmak	18	22,5

Hastaların ağrı bölgelerine göre dağılımına baktığımız zaman, hastaların %45'inin ağrıyı derinde, %33,8'inin yüzeyde, %21,3'ünün ise hem derinde hem de yüzeyde hissettiği gözlemlendi. Bu hastaların genel olarak göğüs ve sırt bölgelerinde ağrı hissettikleri saptandı.

Hastaların yaşadıkları ağrı özelliğine göre dağılımları incelendiğinde % 50' sinin boğucu, % 48,8' inin yorucu, %45' inin tüketici, % 40' ının boğucu, % 37,5' inin sürükleyici, % 35,5' inin ise yansıyan ağrısının olduğu bulundu. Ağrının zamanla ilişkisine göre hastaların %45'inin ağrısının devamlı,%40'ının ritmik, %37,5'inin ise genel olduğu saptandı (Tablo 9.3.1).

Hastaların ağrısını rahatlatan unsurlar ele alındığında % 62,5' inin ağrı kesicilerle rahatladığı, % 22,5' inin ise uyuyarak ağrısını hafiflettiği görüldü, ağrıyı arttıran faktörler incelendiğinde ise % 42,5' inin hareket ederken, % 35' inin ise öksürürken ağrının arttığı gözlemlendi.

Tablo 9.3.2. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Ağrı Şiddeti Madde Dağılımı (N=80)

Madde	Hafif		Rahatsız edici		Şiddetli		Çok şiddetli		Dayanılmaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. O an ki ağrı şiddeti (2,58 ± 0,759)	3	3,8	36	45,0	35	43,8	4	5,0	2	2,5
2. Ağrının en kötü olduğu an ki şiddeti	1	1,3	1	1,3	19	23,8	43	53,8	16	20,0
3. Ağrının en az olduğu an ki şiddeti	37	46,3	40	50,0	2	2,5	1	1,3	0	0
4. Şu ana kadar geçirilen en kötü dış ağrısı	1	1,3	11	13,8	28	35,0	29	36,3	11	13,8
5. Şu ana kadar geçirilen en kötü baş ağrısı	1	1,3	16	20,0	27	33,8	24	30,0	12	15,0
6. Şu ana kadar geçirilen en kötü karın ağrısı	3	3,8	19	23,8	31	38,8	25	31,3	2	2,5

Tablo 9.3.2.' de McGill – Melzack ağrı soru formunda hastaların o anki ağrı şiddetinin ortalaması $\bar{x}=2,58 \pm 0,759$ olduğu bulundu. Hastaların ağrı şiddeti madde

dağılımında yaşanan ağrı şiddeti dikkate alındığı zaman hastaların %45'inin rahatsız edici, %43,8'inin şiddetli düzeyde ağrı hissettiği, aynı hastaların %53,8'inin ağrısının en kötü olduğu anda çok şiddetli düzeyde, %50'sinin ise ağrının en az olduğu dönemde ağrısının rahatsız edici düzeyde olduğu saptandı.

9.4. AĞRI ALT BOYUTLARI İLE AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 9.4.1 McGill Melzack Ağrı Soru Formu Skor Dağılımı (N=80)

Boyutlarlar	Potansiyel Dağılım	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Duyusal (Sensory)	10-42	24,45	4,452	11	35
Duygusal (Affective)	5-14	9,29	2,225	4	17
Değerlendirici (Evaluative)	1-5	3,06	1,264	1	5
Diğer (Miscellaneous)	4-17	9,06	2,892	3	16
Toplam Ağrı Skoru	20-78	45,71	7,463	16	61

Tablo 9.4.1.' de duyusal alt boyut puan ortalaması $\bar{x} = 24,45 \pm 4,452$ olarak bulunmuş olup skor dağılımının en düşük 11 en yüksek 35 olduğu görülmektedir. Duygusal alt boyut puan ortalaması $\bar{x} = 9,29 \pm 2,225$ olarak bulunmuş olup skor dağılımının en düşük 4 en yüksek 17 olduğu görülmektedir. Değerlendirici alt boyut puan ortalaması $\bar{x} = 3,06 \pm 1,264$ olarak bulunmuş olup skor dağılımının en düşük 1 en yüksek 5 olduğu görülmektedir. Çeşitli alt boyut puan ortalaması $\bar{x} = 9,06 \pm 2,892$ olarak bulunmuş olup skor dağılımının en düşük 3 en yüksek 16 olduğu görülmektedir.

Tablo 9.4.2. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Yaş	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Duyusal	20-29	1	19	0	3,687	0,595
	30-39	3	25,67	5,686		
	40-49	11	25,36	3,171		
	50-59	25	23,56	5,378		
	60-69	30	24,9	4,302		
	70-79	10	24,5	3,342		
Duygusal	20-29	1	7	0	3,456	0,630
	30-39	3	10,67	5,686		
	40-49	11	8,36	2,461		
	50-59	25	9,58	2,02		
	60-69	30	9,33	2,023		
	70-79	10	9,3	1,703		
Değerlendirici	20-29	1	1	0	10,801	0,055
	30-39	3	2,67	1,528		
	40-49	11	3	1,183		
	50-59	25	3,58	1,176		
	60-69	30	2,63	1,189		
	70-79	10	3,5	1,269		
Çeşitli	20-29	1	12	0	5,092	0,405
	30-39	3	7	3,606		
	40-49	11	8	2,191		
	50-59	25	8,88	2,804		
	60-69	30	9,5	3,192		
	70-79	10	9,7	2,541		
Toplam Ağrı Skoru	20-29	1	39	0	2,005	0,848
	30-39	3	46	10		
	40-49	11	44,73	7,35		
	50-59	25	45,08	9,224		
	60-69	30	46,37	6,718		
	70-79	10	47	4,876		

X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi

Tablo 9.4.2.' de McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmaları, Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutlarda ele alındığı zaman istatistiksel açıdan anlamlı bir veri elde edilmedi ($p > 0.05$).

Tablo 9.4.3. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Duyusal	Kadın	50	24,92	4,1	-1,187	0,235
	Erkek	30	23,67	4,957		
Duygusal	Kadın	50	9,28	2,348	-0,222	0,825
	Erkek	29	9,31	2,037		
Değerlendirici	Kadın	50	3,02	1,27	-0,417	0,676
	Erkek	29	3,14	1,274		
Çeşitli	Kadın	50	9,2	2,77	-0,380	0,704
	Erkek	30	8,83	3,119		
Toplam Ağrı Skoru	Kadın	50	46,42	6,609	-0,831	0,406
	Erkek	30	44,53	8,697		

Z_{mwu} : Mann Whitney-U Testi

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmaları, Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir veri elde edilemedi (Tablo 9.4.3.).

Tablo 9.4.4. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	p
Duyusal	Okur-yazar	2	23	2,828	3,188	0,671
	Okur-yazar	6	25,67	3,011		
	İlkokul mezunu	23	23,13	5,216		
	Ortaokul	20	25,65	4,283		
	Lise mezunu	20	24,6	4,07		
	Üniversite	9	24,33	4,583		

Duygusal	Okur-yazar	2	7	0	6,074	0,299
	Okur-yazar	6	9,5	2,665		
	İlkokul mezunu	23	9,77	2,022		
	Ortaokul	20	9,35	2,084		
	Lise mezunu	20	8,7	1,867		
	Üniversite	9	9,67	3,391		
Değerlendirici	Okur-yazar	2	3,5	0,707	5,053	0,409
	Okur-yazar	6	2,5	1,225		
	İlkokul mezunu	23	2,95	1,253		
	Ortaokul	20	3,35	1,137		
	Lise mezunu	20	3,3	1,302		
	Üniversite	9	2,44	1,509		
Çeşitli	Okur-yazar	2	8,5	4,95	12,611*	0,027
	Okur-yazar	6	10,67	2,805		
	İlkokul mezunu	23	7,48	2,711		
	Ortaokul	20	9,3	3,011		
	Lise mezunu	20	9,95	2,235		
	Üniversite	9	9,67	3,041		
Toplam Ağrı Skoru	Okur-yazar	2	42	7,071	5,567	0,351
	Okur-yazar	6	48,33	7,84		
	İlkokul mezunu	23	42,78	8,218		
	Ortaokul	20	47,65	7,686		
	Lise mezunu	20	46,55	6,16		
	Üniversite	9	46,11	6,679		

X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının eğitimi düzeyine göre karşılaştırılması incelendiğinde Çeşitli alt boyutta okur yazar oranının fazla olduğu belirlendi. (p<0,05, p=0,027) hastaların Çeşitli alt boyutta, okur yazar oramı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.(Tablo 9.4.4.).

Tablo 9.4.5. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Sigara Kullanma	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Duyusal	Evet	39	25,1	4,465	-0,917	0,359
	Hayır	41	23,83	4,404		

Duygusal	Evet	39	8,92	2,569	-1,481	0,139
	Hayır	41	9,65	1,791		
Değerlendirici	Evet	39	2,92	1,178	-0,991	0,322
	Hayır	41	3,2	1,344		
Çeşitli	Evet	39	8,79	2,922	-0,844	0,399
	Hayır	41	9,32	2,876		
Toplam Ağrı Skoru	Evet	39	45,74	7,649	-0,130	0,896
	Hayır	41	45,68	7,377		

Z_{mwu}: Mann Whitney-U Testi

Tablo 9.4.6. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Alkol Kullanma	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z _{mwu}	P
Duyusal	Evet	18	25,06	3,749	-0,514	0,607
	Hayır	62	24,27	4,649		
Duygusal	Evet	80	24,45	4,452	-1,013	0,311
	Hayır	18	9,72	2,164		
Değerlendirici	Evet	61	9,16	2,245	-1,517	0,129
	Hayır	79	9,29	2,225		
Çeşitli	Evet	18	3,44	1,381	-0,354	0,723
	Hayır	79	3,06	1,264		
Toplam Ağrı Skoru	Evet	18	9,44	2,727	-1,131	0,258
	Hayır	62	8,95	2,95		

Z_{mwu}: Mann Whitney-U Testi

McGill – Melzack Ağrı Soru Formu puanlarının sigara ve alkol kullanma durumuna göre karşılaştırmaları Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir veri elde edilmedi (Tablo 9.4.5. - Tablo 9.4.6.).

Tablo 9.4.7. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Sağlık Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Sağlık Durumu Algısı	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Duyusal	Çok iyi	5	23,4	5,941	0,476	0,924
	İyi	30	24,37	3,7		
	Orta	36	24,5	5,102		
	Kötü	9	25,11	3,655		
Duygusal	Çok iyi	5	9,8	1,304	1,238	0,744
	İyi	30	9,1	2,383		
	Orta	36	9,31	2,111		
	Kötü	9	9,56	2,744		
Değerlendirici	Çok iyi	5	3,4	0,894	2,595	0,458
	İyi	30	3,13	1,252		
	Orta	36	3,11	1,367		
	Kötü	9	2,44	1,104		
Çeşitli	Çok iyi	5	8,8	3,421	4,197	0,241
	İyi	30	8,63	2,883		
	Orta	36	8,97	2,741		
	Kötü	9	11	2,958		
Toplam Ağrı Skoru	Çok iyi	5	45,4	5,177	1,078	0,782
	İyi	30	45,23	5,923		
	Orta	36	45,56	8,732		
	Kötü	9	48,11	8,268		

X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi

Tablo 9.4.7.'de McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının sağlık durumuna göre karşılaştırılması Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutta ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmedi.

Tablo 9.4.8. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Yatış Tarihine Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Yatış Tarihi	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Duyusal	İlk 1 hafta	45	24,58	4,924	-0,214	0,830
	1 haftadan uzun	35	24,29	3,824		
Duygusal	İlk 1 hafta	44	8,84	2,458	-2,291*	0,022

	1 haftadan uzun	35	9,86	1,768		
Değerlendirici	İlk 1 hafta	44	2,98	1,248	-0,810	0,418
	1 haftadan uzun	35	3,17	1,294		
Çeşitli	İlk 1 hafta	45	8,58	2,856	-1,412	0,158
	1 haftadan uzun	35	9,69	2,857		
Toplam Ağrı Skoru	İlk 1 hafta	45	44,71	8,376	-1,233	0,217
	1 haftadan uzun	35	47	5,966		

Z_{mwu}: Mann Whitney-U Testi * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

McGill – Melzack ağrı soru formu yatış tarihine göre karşılaştırması ele alındığında, Duygusal alt boyutta ilk 1 haftadır yatan hastaların oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05, p=0,022). Yatış süresi ne kadar artarsa hastaların duygusal, mental ve psikolojik durumlarında da doğru orantılı olarak bozulmaların meydana geldiği saptandı (Tablo 9.4.8).

Tablo 9.4.9. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Ameliyat Sonrası Geçen Zamana Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Ameliyat Sonrası	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z _{mwu}	p
Duyusal	İlk 1 hafta	46	24,54	4,875	-0,122	0,903
	1 hafta sonrası	34	24,32	3,875		
Duygusal	İlk 1 hafta	45	8,89	2,452	-2,062*	0,039
	1 hafta sonrası	34	9,82	1,783		
Değerlendirici	İlk 1 hafta	45	2,98	1,234	-0,823	0,411
	1 hafta sonrası	34	3,18	1,314		
Çeşitli	İlk 1 hafta	46	8,57	2,826	-1,530	0,126
	1 hafta sonrası	34	9,74	2,885		
Toplam Ağrı Skoru	İlk 1 hafta	46	44,72	8,283	-1,267	0,205
	1 hafta sonrası	34	47,06	6,045		

Z_{mwu}: Mann Whitney-U Testi * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının ameliyat sonrası geçen zamana göre karşılaştırıldığında Duygusal alt boyutta hastaların ameliyat sonrası ilk 1 haftalık süreç arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05, p=0,039). Postoperatif sürecin uzun olması ile hastaların bu süreçte mental, duygusal ve psikolojik olarak etkilenmeleri

arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Postoperatif sürecin uzun olduğu hastalar incelendiği zaman; bu hastaların anksiyete oranında ve buna bağlı olarak ise ağrı düzeylerinde artış gözlemlendi (Tablo 9.4.9).

Tablo 9.4.10. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Geçirilen Ameliyat Türüne Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Ameliyat Türü	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	p
Duyusal	By-pass	45	24,44	4,779	0,361	0,986
	Koroner	11	24,36	4,081		
	Stent-balon	8	24,88	2,9		
	Kapak ameliyatı	15	24,33	4,88		
	Tetkik	1	24	0		
Duygusal	By-pass	44	9,55	1,797	4,078	0,396
	Koroner	11	8,36	3,695		
	Stent-balon	8	9,38	2,387		
	Kapak ameliyatı	15	9,13	2,031		
	Tetkik	1	10	.0		
Değerlendirici	By-pass	44	3,16	1,2	7,751	0,101
	Koroner	11	2,91	1,3		
	Stent-balon	8	2	0,756		
	Kapak ameliyatı	15	3,47	1,457		
	Tetkik	1	3	0		
Çeşitli	By-pass	45	9,22	2,738	4,177	0,383
	Koroner	11	8	3,066		
	Stent-balon	8	9,75	3,576		
	Kapak ameliyatı	15	8,67	2,717		
	Tetkik	1	14	0		
Toplam Ağrı Skoru	By-pass	45	46,09	7,748	2,541	0,637
	Koroner	11	43,64	7,749		
	Stent-balon	8	46	6,782		
	Kapak ameliyatı	15	45,6	7,337		
	Tetkik	1	51	0		

X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının geçirilen ameliyat türüne göre karşılaştırılması Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutta ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmedi (Tablo 9.4.10).

Tablo 9.4.11. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Ameliyat Geçirme	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Duyusal	Evet	30	24,1	4,626	-0,613	0,540
	Hayır	50	24,66	4,378		
Duygusal	Evet	29	9,59	2,196	-1,314	-0,189
	Hayır	50	9,12	2,246		
Değerlendirici	Evet	29	3,31	1,365	-1,309	0,190
	Hayır	50	2,92	1,192		
Çeşitli	Evet	30	9,3	3,175	-0,340	0,734
	Hayır	50	8,92	2,732		
Toplam Ağrı Skoru	Evet	30	45,87	8,717	-0,368	0,713
	Hayır	50	45,62	6,694		

Z_{mwu} : Mann Whitney-U Testi

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının hastaların daha önce ameliyat geçirme durumuna göre karşılaştırılması Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutta ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmedi (Tablo 9.4.11).

Tablo 9.4.12. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Diğer Sağlık Sorununa Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Diğer Sağlık Sorunu	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Duyusal	Hipertansiyon	37	24,46	3,87	3,700	0,448
	Diyabet	20	24,55	4,883		
	Kalp yetmezligi	7	25,29	5,648		
	Hiperlipidemi	10	25	3,682		
	Diğer (Astım)	6	22,17	6,646		
Duygusal	Hipertansiyon	37	9	2,134	3,147	0,534
	Diyabet	19	9,63	2,813		
	Kalp yetmezligi	7	9,43	0,535		
	Hiperlipidemi	10	10,1	1,792		
	Diğer (Astım)	6	8,5	2,588		
Değerlendirici	Hipertansiyon	37	2,86	1,182	8,063	0,089
	Diyabet	19	3,74	0,991		
	Kalp yetmezligi	7	2,57	1,134		
	Hiperlipidemi	10	3,1	1,37		
	Diğer (Astım)	6	2,67	1,966		
Çeşitli	Hipertansiyon	37	8,84	2,478	8,754	0,068
	Diyabet	19	8,15	3,703		
	Kalp yetmezligi	7	9,71	2,984		
	Hiperlipidemi	10	11,1	2,283		
	Diğer (Astım)	6	9,33	1,751		
Toplam Ağrı Skoru	Hipertansiyon	37	45,16	6,457	5,485	0,241
	Diyabet	19	45,4	9,654		
	Kalp yetmezligi	7	47	6,403		
	Hiperlipidemi	10	49,3	4,218		
	Diğer (Astım)	6	42,67	10,132		

X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının diğer sağlık sorunlarına göre karşılaştırılması Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutta ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmedi (Tablo 9.4.12.).

Tablo 9.4.13. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Postoperatif Dönemde Ağrı Yaşanmasına Neden Olan Duruma Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Ağrı Nedeni	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Duyusal	Pansuman yapılırken	7	23,43	2,573	7,441	0,114
	Yataktan kalkarken	26	23,19	4,656		
	Öksürürken	36	25,64	4,505		
	Pozisyon verilirken	9	25,22	3,801		
	İlaç ve tedavi uyg.	2	19,5	2,121		
Duygusal	Pansuman yapılırken	7	8,29	1,704	4,604	0,330
	Yataktan kalkarken	25	9,16	2,095		
	Öksürürken	36	9,44	2,455		
	Pozisyon verilirken	9	10	2,062		
	İlaç ve tedavi uyg.	2	8,5	2,121		
Değerlendirici	Pansuman yapılırken	7	3	1,633	3,071	0,546
	Yataktan kalkarken	25	3,16	1,405		
	Öksürürken	36	2,94	1,17		
	Pozisyon verilirken	9	3	1		
	İlaç ve tedavi uyg.	2	4,5	0,707		
Çeşitli	Pansuman yapılırken	7	8,43	1,813	3,880	0,423
	Yataktan kalkarken	26	8,46	3,265		
	Öksürürken	36	9,28	2,711		
	Pozisyon verilirken	9	10	3,279		
	İlaç ve tedavi uyg.	2	11	1,414		
Toplam Ağrı Skoru	Pansuman yapılırken	7	43,14	5,9	6,399	0,171
	Yataktan kalkarken	26	43,5	8,905		
	Öksürürken	36	47,31	6,71		
	Pozisyon verilirken	9	48,22	6,016		
	İlaç ve tedavi uyg.	2	43,5	3,536		

X^2_{kw} : Kruskal Wallis Testi

Tablo 9.4.13’de hastaların postoperatif dönemde ağrı yaşanmasına neden olan durumlar Duyusal, Duygusal, Değerlendirici, Çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmedi.

Tablo 9.4.14. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının PCA Ağrı pompası Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	PCA Ağrı Pompası Kullanımı	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Duyusal	Evet	18	24,5	4,926	0,046	0,831
	Hayır	62	24,44	4,348		
Duygusal	Evet	18	9,44	2,281	0,497	0,481
	Hayır	61	9,25	2,226		
Değerlendirici	Evet	18	3,72	1,127	6,101*	0,014
	Hayır	61	2,87	1,245		
Çeşitli	Evet	18	9,5	3,13	0,906	0,341
	Hayır	62	8,94	2,833		
Toplam Ağrı Skoru	Evet	18	47,17	7,786	0,528	0,467
	Hayır	62	45,29	7,378		

Z_{mwu} : Mann Whitney-U Testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tablo 9.4.14’de hastaların postoperatif dönemde PCA ağrı pompası kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında Değerlendirici alt boyutta istatistiksel açıdan anlamlı bir sonu elde edildi. ($p < 0,05$, $p = 0,014$) Hastaların % 77,5’ inde PCA ağrı pompası kullanılmadığı halde ağrı ile baş etme oranlarında artış olduğu saptandı.

Tablo 9.4.15. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanlarının Ağrı Yeriine Göre Karşılaştırılması (N=80)

Alt Boyutlar	Ağrı Yeri	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Duyusal	Derinde	36	23,67	4,672	2,440	0,295
	Yüzeyde	27	25,52	4,535		
	Hem Derinde Hem Yüzeyde	17	24,41	3,658		
Duygusal	Derinde	35	8,97	2,022	4,800	0,091
	Yüzeyde	27	9,22	2,562		
	Hem Derinde Hem Yüzeyde	17	10,06	1,983		
Değerlendirici	Derinde	35	3,06	1,371	0,243	0,886
	Yüzeyde	27	3,15	1,099		
	Hem Derinde Hem Yüzeyde	17	2,94	1,345		
Çeşitli	Derinde	36	8,86	2,91	0,745	0,689
	Yüzeyde	27	9,44	3,297		
	Hem Derinde Hem Yüzeyde	17	8,88	2,176		

Toplam Ağrı Skoru	Derinde	36	44,22	8,623	2,922	0,232
	Yüzeyde	27	47,33	6,967		
	Hem Derinde Hem Yüzeyde	17	46,29	4,87		

Z_{mwu}: Mann Whitney-U Testi

Tablo 9.4.15’de hastaların ağrı hissettikleri bölgelere göre karşılaştırıldığında Duyusal, Duygusal, Değerlendirici, Çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmedi.

Tablo 9.4.16. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları Arasındaki İlişki (N=80)

Alt Boyutlar	Duyusal	Duygusal	Değerlendirici	Çeşitli	Toplam
	r _s	r _s	r _s	r _s	r _s
Duyusal	1	0,324**	0,053	0,146	0,811**
Duygusal	0,324**	1	0,252*	0,037	0,574**
Değerlendirici	0,053	0,252*	1	0,166	0,387**
Çeşitli	0,146	0,037	0,166	1	0,531**
Toplam Skor	0,811**	0,574**	0,387**	0,531**	1

r_s : Spearman's Korelasyon Katsayısı * p<0,05 ** p<0,01

McGill Melzack ağrı soru formu puanları arasındaki ilişki incelendiğinde Duyusal alt boyut ile Duygusal alt boyut arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. (p>0,05, p = 0, 324) Duygusal alt boyut ile değerlendirici alt boyut arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. (Tablo 9.4.16)

Tablo 9.4.17. O an ki Ağrı Şiddeti ile McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları Arasındaki İlişki (N=80)

McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları	O An ki Ağrı Şiddeti	
	r _s	P
Duyusal	0,078	0,494
Duygusal	0,216	0,055
Değerlendirici	0,122	0,284
Çeşitli	0,156	0,166
Toplam Skor	0,209	0,063

r_s : Spearman's Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya katılan hastaların o an ki ağrı şiddeti değerlendirildiğinde Duyusal, Duygusal, Değerlendirici ve Çeşitli alt boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9.4.17).

Tablo 9.4.18. O an ki Ağrı Şiddeti ile Erken Post operatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri için Yapılan Uygulama Puanı Arasındaki İlişki (N=80)

	Erken Post operatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri için Yapılan Uygulama Puanı	
	r_s	P
O An ki Ağrı Şiddeti	-0,031	0,782

r_s : Spearman's Korelasyon Katsayısı

Hastaların o an ki ağrı şiddeti ile baş etmeleri için yapılan uygulamaların puanı incelendiğinde negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 9.4.18).

Tablo 9.4.19. McGill Melzack Ağrı Soru Formu Puanları ile Erken Post operatif Dönemde Ağrı ile Başetmeleri için Yapılan Uygulama Puanı Arasındaki İlişki (N=80)

Alt Boyutlar	Erken Postoperatif Dönemde Ağrı ile Baş etmeleri için Yapılan Uygulama Puanı	
	r_s	P
Duyusal	0,232*	0,038
Duygusal	0,170	0,135
Değerlendirici	0,099	0,383
Çeşitli	-0,026	0,817
Toplam Skor	0,182	0,105

r_s : Spearman's Korelasyon Katsayısı * $p<0,05$

Tablo 9.4.19’da Mc Gill – Melzack ağrı soru formu puanları ile hastaların erken postoperatif dönemde ağrı ile baş etmeleri için yapılan uygulama puanı incelendiğinde duyusal alt boyutta pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. ($p<0,05$, $r_s \rightarrow 0,26 - 0,49$, $r_s \rightarrow 0,038$)

10. TARTIŞMA

10.1.Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Yapılan çalışmalarda genel olarak tüm cerrahi girişimler gibi kardiyovasküler cerrahi girişimlerinde bireylerin hastanede kalış süresini, fiziksel uyumunu, yaşam kalitesini etkileyebilecek erken veya geç dönem komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar ameliyat sonrası dönemde hastane koşullarında uygun bakımla büyük ölçüde önlenmektedir. Ağrı' da bu komplikasyonların başında gelmektedir.

Ameliyat sonrası ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi cerrahi hemşirelik uygulamasının integral bir parçasıdır. Literatürde etkili ağrı yönetiminin bir hasta hakkı olduğu belirtilmekle birlikte uygulamada henüz hastaların ağrısının değerlendirilmesi ve yönetiminde var olan engellerin üstesinden gelinemediği ve engellerin zaman yönetimi, hasta ve hemşirelerin tutum ve inançlarından kaynaklandığı bildirilmektedir. Hemşirelik kayıtlarının incelendiği araştırmalarda, ağrı probleminde ağrı kontrolüne yönelik girişimlerin hemşirenin etkin rol aldığı, en sık kayıt ettiği ve en çok zaman harcadığı durumlar olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada ise hastaların ağrı ile baş etme konusunda başarılı oldukları ve ağrı yönetiminde hemşire ile işbirliği içinde oldukları saptanmıştır.Yılmaz M.,Gürler H. ameliyat sonrası ağrının değerlendirmesi ve yönetimi hemşirelik uygulamalarının bir parçası olup, etkili ağrı yönetiminin hasta hakkı olduğunu, hastaların ağrısının değerlendirilmesi ve yönetilmesinde var olan engellerin üstesinden gelinemediği belirtilmiştir.

Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması $\bar{x} = 58,63 \pm 10,501$ 'dir. Hastaların %62,5'i kadın, %37,5'i ise erkektir. Hastaların % 83,8'i evli, %16,3'ü ise bekâr olduğu saptanmıştır. Hastaların % 28,7'sinin ilköğretim mezunu, % 33,8' inin ilçede yaşadığı, % 97,5' inin sosyal güvencesi olduğu ve % 33,8' inin emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların %48,8' inin sigara , %22,5' inin alkol kullandığı belirlenmiştir. % 37,5' inin geçirilmiş operasyonları olduğu, % 92,6' sının benzer hastalığı olduğu, % 45'inin operasyon sonrası sağlık durumlarının orta derecede olduğu ve hastaların % 57,5 ' inin postoperatif 1. günde olduğu saptanmıştır.

Yılmaz ve Çiftçi' nin çalışmasında (2009) cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, % 28,9' unun kadın, % 71.1' inin erkek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada hastaların %73

‘ünün evli olduğu, hastaların % 68,9’ unun ilköğretim mezunu olduğu ve % 60’ ının emekli olduğu belirlenmiştir. ve bunun hastaların yaş grupları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Yılmaz ve Gürler’ in çalışmalarında ise (2011) hastaların %61.4’ ünün kadın, %83’ünün 40 yaş ve üzerinde, %88’inin eğitim düzeyinin düşük, %68.1’inin il merkezinde yaşadığı ve %60.4’ünün ameliyat deneyiminin olmadığı belirlenmiştir (2).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası ağrının giderilmesi ile ilgili uygulamaların istenilen düzeyin altında olduğu,(hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik..)ameliyat sonrası ağrısı yeterli olarak hafifletilmeyen hastaların hareket etme, etkin soluk alıp verme ve öksürme aktivitelerini yapamadığı bu nedenle ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıyı ele aldığımızda ise hastaların % 45’ inin öksürürken, % 32,5’ inin yataktan kalkarken ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı sebebiyle hastaların %32,5’ inin hareket ederken, %27,5’ inin ise uyurken ve öksürürken zorlandıkları saptanmıştır. Bu konuda ülkemizde yapılan bir çalışmada da (2005) benzer sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelerin ameliyat sonrasında hastaların ağrı nedeni ile yaşadıkları bu sıkıntıları derin soluk alıp-verme, öksürme ve mobilizasyon sırasında yarayı destekleyerek ve hastaya yatakta uygun pozisyon vererek rahatlatma sorumlulukları vardır. Bu çalışmada hastaların %86,3’ ünün ağrı duydukları zaman hemşireye iletebildikleri, % 65,2’ sinin ağrı olduğunda hemşirenin çözüm aradığı, %56,3’ ünde ağrı olduğunda hemşire tarafından etkilerinin gözlemlendiği belirlenmiş ve hemşirelerin bazı durumlarda ağrıyı azaltmak için aktif-pasif egzersizleri kullandıkları gözlenmiştir.

Bilindiği gibi ağrı yönetim sürecinde ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması nedeniyle hastanın tüm yönleri ile tanınması önemlidir. Bunun için hemşirenin doğru öykü alma, sürekli gözlem yapma ve uygun ağrı değerlendirme yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Eti-Aslan ve Badir tarafından yapılan bir çalışmada (2005) hemşirelerin ağrının değerlendirilmesi ve hafifletilmesi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, bu çalışmada ise hemşirelerin ağrının değerlendirilmesi ve hafifletilmesinde hastaya yardımcı olabildiği, hastaların % 86,3’ ünün ağrının azaltılması konularında hemşirelerle iletişime geçebildiği, % 65’ nin ağrısı olduğunda hemşirelerin çözüm aradığını, % 81,3’ ünün ağrısı olduğunda hemşirelerin ağrı kesici

uyguladığını ve % 56,3' ünün uygulanan ağrı kesicilerin etkisinin hemşireler tarafından değerlendirildiğini belirttiği gözlemlendi.

Etkin bir ağrı yönetimi için ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesi ve ağrıya yönelik yapılan girişimin etkili olup olmadığının kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada ağrıyı değerlendirmek için McGill Melzack ağrı soru formu kullanılmıştır. Genellikle ağrı ile ilgili yapılan çalışmalarda ağrıyı değerlendirmek için ölçek kullanılmadığı, Eti Aslan, Aygin ve Sarıyıldız "Travma Geçiren Hastaların Ağrı Yönetimine İlişkin Memnuniyet Düzeyi" isimli araştırmalarında (2007) McGill Melzack ağrı soru formunu kullandıkları gözlenmiştir (34).

Ağrıyı azaltmak için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Bu araştırmamızda genel olarak farmakolojik yöntemler kullanılıyor olsa da bazı durumlarda nonfarmakolojik yöntemler kullanıldığı gözlenmiştir. Araştırmada hastaların % 33,8' i hemşirelerin ağrıyı azaltmak uygun pozisyon verdiğini, %36,3' ü egzersiz ve aktif-pasif hareketler yaptırdığını, % 81,3' ü ise ağrı kesiciler uyguladığını dile getirmiş ve yine hastaların sadece % 5' i hemşirelerin ağrıyı azaltmak için sıcak-soğuk uygulama yaptığını, %13,8' i dikkati başka yöne çekme tekniğini kullandığı, % 18,8' i ise hemşirelerin ağrıyı azaltmak için gevşeme tekniğini kullandığını belirtmiştir. Konu ile ilgili diğer araştırmalarda da çalışmacılar ameliyat sonrası dönemde hemşirelerin hastalara müzik dinletmesi soğuk uygulama, masaj ve gevşeme egzersizleri yaptırmasının hastaların ağrı düzeyini azalttığı ve rahatlamalarına neden olduğunu bulmuşlardır.

10.2. Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Ağrı özelliğine göre gruplandırıldığı zaman hastaların % 35,5' i yansıyan, % 37,5' i sürükleyici, % 40' ı burkutucu, % 48,8' i yorucu, % 50' si boğucu, % 26,3' ü ise kaşıntılı ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan' ın çalışmasında ise yaşlı bireylerin ağrı özelliği incelendiğinde, % 60,7' si sıkıntılı, % 52,3' ü rahatsız edici, % 51,1' i sıkıntı verici, % 47,6' sı yorucu, % 33,3' ü ise yansıyan ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Bu iki makale de genel olarak hastaların ağrı özelliklerine baktığımızda hastaların ağrı özelliklerinde ortak noktaların nitelik ağrı olarak yansıyan ve yorucu ağrı olduğunu görebiliyoruz (33).

Ağrının zamanla ilişkisine göre hastaların % 45' inin ağrısının devamlı, % 40' ının ritmik, % 37,5' inin genel olduğu saptanmıştır. Hastaların ağrı bölgeleri incelendiğinde ise % 45' inin derinde, % 33,8' inin ise yüzeyde olduğu belirlenmiştir. Ağrıyı azaltan ve arttıran etmenler incelendiğinde hastaların % 62,5' i ağrı kesicilerle ağrısının rahatladığını, % 42,5' i ise hareket ederken ağrısının arttığını belirtmiştir. Hissedilen ağrının genel olarak göğüs ve sırt bölgesinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların o an yaşadıkları ağrı şiddeti ortalama puanı $2,58 \pm 0,759$ ' dur. Yaşanılan ağrı şiddeti dikkate alındığında % 3,8' i hafif, % 45' i rahatsız edici, % 43,8' i şiddetli, % 5' i çok şiddetli ve % 2,5' i ise dayanılmaz düzeyde ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan' ın Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi çalışmasında (2013) yaşlı bireylerin o an yaşadığı ağrı şiddeti ortalama puanı 2.4 ± 0.76 'dır. Yaşanılan ağrı şiddeti özelliği dikkate alındığında; %7.1'i hafif, %52.4'ü rahatsız edici, %35.7'si şiddetli, %2.4'ü çok şiddetli ve %2.4'ü dayanılmaz düzeyde ağrısının olduğunu ifade etmiştir (33).

Brown ve ark.nın çalışma grubu ve Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan' ın çalışma grubu arasında yaşlıların bireysel özellikleri açısından benzerlik olmamasına rağmen, ağrı bildirim oranı ve ağrı özelliği bakımından benzerlik bulunmaktadır (33).

McGill Melzack ağrı soru formu puan dağılımı duyuşal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutlarda ele alınmıştır. Hastaların yaş grupları ile, duyuşal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutlar arasında ($p = 0,595$, $p = 0,630$, $p = 0,055$, $p = 0,405$) istatistiksel açıdan anlamlı bir veri elde edilememiştir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre karşılaştırmaları, duyuşal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir veri elde edilememiştir.)

Araştırmaya katılan hastaların McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının eğitimi düzeyine göre karşılaştırılması incelendiğinde hastaların çeşitli alt boyut ile okur yazar oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ve okur yazar oranının fazla olduğu belirlenmiştir.. ($p < 0,05$, $p = 0,027$).

Bu araştırma da hastalar sigara ve alkol kullanımına göre ağrı puanı karşılaştırıldığında, duyuşal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli boyut ile ağrı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların sağlık durumları ile ağrı karşılaştırıldığı zaman istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir.

Ağrı düzeyinin postoperatif süreçle ilişkisini ele alacak olursak hastaların yatış tarihine göre karşılaştırmasında, duygusal alt boyut ile ilk 1 haftadır yatan hastaların oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$, $p=0,022$). Yatış süresi ne kadar uzun olursa hastaların duygusal, mental ve psikolojik durumlarında da bozulmaların meydana geldiği saptanmıştır. Aynı hastaların ağrı soru formu ile ameliyat sonrası geçen zamana göre karşılaştırıldığında duygusal alt boyutta hastaların ameliyat sonrası ilk 1 haftalık süreç arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$, $p=0,039$). Postoperatif sürecin uzun olması ile hastaların bu süreçte mental, duygusal ve psikolojik olarak etkilenmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların geçirdikleri operasyonlar duyusal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutta ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının hastaların daha önce ameliyat geçirme durumuna göre karşılaştırılması duyusal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutta ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Hastaların post operatif dönemde ağrı yaşanmasına neden olan durumlar duyusal, duygusal, değerlendirici, çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Hastaların postoperatif dönemde PCA ağrı pompası kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında değerlendirici alt boyutta istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilmiştir ($p<0,05$, $p=0,014$). Hastaların % 77,5' inde PCA ağrı pompası (hasta kontrollü analjezi / HKA) kullanılmadığı halde ağrı ile baş etme oranlarında artış olduğu saptanmıştır. Ay ve Alpar' ın çalışmasında (2010) hastaların sadece % 56,6' sı ağrı tedavisinde HKA uygulanmadığı ve hemşireler tarafından daima uygulanan bir girişim olmadığı belirtilmiştir (1).

Bu araştırma da hastaların ağrı hissettikleri bölgelere göre karşılaştırıldığında duyusal, duygusal, değerlendirici, çeşitli alt boyutlarda ele alındığında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Araştırmaya katılan hastaların erken post operatif dönemde ağrı ile baş etmeleri için yapılan uygulama puanı incelendiğinde duyusal alt boyutta pozitif yönde zayıf düzeyde

istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. ($p < 0,05$, $r_s \rightarrow 0,26 - 0,49$, $r_s \rightarrow 0,038$) Hastaların ağrı ile baş etmeleri için yapılan uygulamalara bakıldığında %86,3'ünün ağrı duyduklarında hemşireye iletebildikleri, %81,3'ünün ağrı olduğunda hemşirelerin analjezik uyguladığı, %65,2' inde ağrı olduğunda hemşire/sağlık memurunun çözüm aradığı, %56,3'ünde ağrı olduğunda hemşire/sağlık memuru tarafından etkilerinin gözlemlendiği belirlenmiş. Bunların yanında hastaların %80'i ağrıyı azaltmak için sıcak/soğuk uygulama yapılmadığını, %63,7'si ise dikkati başka yöne çekme tekniği kullanıldığını fakat ağrı da azalma olmadığı saptanmıştır. Yılmaz ve Gürler' in çalışmasında (2011) hastaların ameliyat sonrası ağrıya yaklaşımı) hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelerin yalnızca analjezik ilaç yaptığı ve uygulamadan sonra hastanın ağrısının azalıp azalmadığını kontrol ettikleri ancak farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerini uygulamadıkları bulunmuştur (2).

11. SONUÇ

Kardiyo-vasküler operasyon geçiren hastaların erken post operatif dönemde ağrı ile baş etme düzeyleri ve ağrı ile baş etmeleri için yapılan uygulamaların araştırıldığı çalışmanın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz.

1. Çalışmaya 80 hemşire katılmıştır. Hastaların yaş değişiklikleri incelendiğinde ; 20-29 yaş aralığı için %1,3, 30-39 yaş aralığı için %3,8, 40-49 yaş aralığı için %13,8, 50-59 yaş aralığı için %31,3, 60-69 yaş aralığı için %37,5, 70-79 yaş aralığı için %12,5 olarak izlenmiştir. Hastaların % 62,5' i kadın, %37,5'i ise erkektir. Hastaların % 83,8' i evli, %16,3'ü ise bekâr olduğu saptanmıştır.
2. Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığı zaman; %2,5'i okur yazar değil, %7,5'i okur yazar, %28,7'si ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, %25'i lise mezunu, %11,3'ü ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.
3. Çalışmaya katılan hastaların %48,8'inin sigara kullandığı, %51,2'sinin ise sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Aynı hastaların % 22,5'i alkol kullanırken, %77,5' ise alkol kullanmadığı saptanmıştır.
4. Çalışmaya katılan hastaların sağlık durumları incelendiğinde; % 37,5' inin sağlık durumunun iyi, %45'inin sağlık durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların %56,3' ünün ilk bir haftalık süreçte yattıkları, %43,8'inin ise bir haftadan daha uzun süredir hastanede yattıkları gözlenmiştir.
5. Geçirilen operasyonlar ele alındığı zaman, hastaların %56,3'ünün koroner by-pass grafisi, %13,8'inin koroner anjiyografi, %10'unun stent-balon, %18,8'inin kapak ameliyat geçirdiği, %1,3'ünün ise tetkik amaçlı tedavi gördüğü gözlemlenmiştir.
6. Çalışmaya katılan hastaların önceden geçirilmiş operasyonları incelendiğinde % 37,5' inin önceden geçirilmiş operasyon öyküsü olduğu gözlenmiştir. Bu hastaların % 6,3' ünün ise daha önceden geçirilmiş kalp ameliyatı olduğu gözlenmiştir.
7. Hastaların yaşadıkları diğer sağlık sorunları ele alındığında %46,3'ünün hipertansiyon, %25'inin diyabet, %12,5'inin hiperlipidemi (kolesterol), %8,8'iinin ise kalp yetmezliği tanıları olduğu saptanmıştır.
8. Çalışmaya katılan hastaların postoperatif dönemde ağrı yaşanmasına neden olan durumlar ele alındığında %45'i öksürürken ağrısının arttığını ifade ederken, yine post

operatif dönemde ağrı durumunda hastaların % 32,5' inin hareket ederken zorlandıkları gözlenmiştir.

9. Çalışmaya katılan hastaların ağrı kontrolünde hemşirelerden beklentiler ele alındığında %66,3'ü hemşirelerin daha sık kontrol etmesini isterken, %58,8'i hemşirelerden daha fazla ilgi beklerken, hastaların %55'inin ise daha fazla analjezik kullanılmasını istediği gözlenmiştir.

10. Hastaların ağrı kontrolünde PCA ağrı pompası kullanma durumları sorgulandığında %77,5'in de PCA kullanılmadığı saptanmıştır.

11. Bu çalışmada kardiyovasküler operasyon geçiren hastaların erken post operatif dönemde ağrı ile baş etmeleri yapılan uygulamalar incelendiğinde; hastaların %86,3'ünün ağrı duyduklarında hemşireye iletebildikleri, %81,3'ünün ağrı olduğunda hemşirelerin analjezik uyguladığı gözlenmiştir.

12. Hastaların ağrı bölgelerine göre dağılımına baktığımız zaman, hastaların %45'inin ağrıyı derinde, %33,8' inin yüzeyle, %21,3'ünün ise hem derinde hem de yüzeyle hissettiği gözlenmiştir.

13. Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları ağrı özelliğine göre dağılımları incelendiğinde % 50' sinin boğucu, % 48,8' inin yorucu, %45' inin tüketici, % 40' inin boğucu, % 37,5' inin sürükleyici, % 35,5' inin ise yansıyan ağrısının olduğu bulunmuş ve bu hastaların ağrılarının zamanla ilişkisine bakıldığında hastaların %45'inin ağrılarının devamlı olduğu gözlenmiştir.

14. Çalışmaya katılan hastaların ağrılarını rahatlatan faktörler incelendiğinde % 62,5' inin analjeziklerle, % 22,5' inin ise uyku ile rahatladığı gözlenmiş, ağrıyı arttıran faktörler ele alındığında hastaların % 42,5' inin hareket ettiklerinde ağrılarının arttığı bulunmuştur.

15. Çalışmaya katılan hastaların ağrı şiddeti madde dağılımında yaşanan ağrı şiddeti dikkate alındığı zaman hastaların %45'inin rahatsız edici, %43,8'inin şiddetli düzeyde ağrı hissettiği, aynı hastaların %53,8'inin ağrısının en kötü olduğu anda çok şiddetli düzeyde, %50'sinin ise ağrının en az olduğu dönemde ağrısının rahatsız edici düzeyde olduğu gözlenmiştir.

16. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmaları duyuşal, duygusal, değerdendirici ve çeşitli alt boyutlarda ele alındığı zaman tablo 6.4.2' de hasta puanına bakıldığında ($p = 0,595$, $p = 0,630$, $p = 0,055$, $p = 0,405$) istatistiksel anlamlı bir veri elde edilememiştir.

17. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmaları duysal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutlarda ele alındığında tablo 6.4.3’ de hasta puanına bakıldığında ($p = 0,235$, $p = 0,825$, $p = 0,676$, $0,704$) istatistiksel anlamlı bir veri elde edilememiştir.
18. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının eğitimi düzeyine göre karşılaştırılması incelendiğinde tablo 6.4.5’ de hasta puanına bakıldığında ($p < 0,05$, $p = 0,027$) hastaların çeşitli alt boyut ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır
19. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının sigara ve alkol kullanma durumuna göre karşılaştırmaları duysal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutlarda tablo 6.4.5 ve tablo 6.4.6’ te hasta puanına bakıldığında istatistiksel anlamlı bir veri elde edilememiştir. Tablo 6.4.5 hasta puanı ($p = 0,359$, $p = 0,139$, $p = 0,322$, $p = 0,399$), tablo 6.4.6 hasta puanı ($p = 0,607$, $p = 0,311$, $p = 0,129$, $p = 0,723$)
20. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının sağlık durumuna göre karşılaştırılması duysal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutta incelendiğinde tablo 6.4.7’ te hasta puanına bakıldığında ($p = 0,924$, $p = 0,744$, $p = 0,458$, $p = 0,241$) istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.
21. McGill – Melzack ağrı soru formu yatış tarihine göre karşılaştırması ele alındığında, duygusal alt boyut ile tablo 6.4.8’ de hasta puanına bakıldığında ($p < 0,05$, $p = 0,022$) ilk 1 haftadır yatan hastaların oranı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır.
22. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının ameliyat sonrası geçen zamana göre karşılaştırıldığında duygusal alt boyut ile tablo 6.4.9’ de hasta puanına bakıldığında ($p < 0,05$, $p = 0,039$) hastaların ameliyat sonrası ilk 1 haftalık süreç arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır.
23. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının geçirilen ameliyat türüne göre karşılaştırılması duysal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyutta ile tablo 6.5.10’ de hasta puanına bakıldığında ($p = 0,986$, $p = 0,396$, $p = 0,101$, $p = 0,383$) istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.
24. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının hastaların daha önce ameliyat geçirme durumuna göre karşılaştırılması duysal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyut ile tablo 6.4.11’ de hasta puanına bakıldığında ($p = 0,540$, $p = -0,189$, $p = 0,190$, $p = 0,734$) istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

25. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının diğer sağlık sorunlarına göre karşılaştırılması duyusal, duygusal, değerlendirici ve çeşitli alt boyut ile tablo 6.4.12’ de hasta puanına bakıldığında ($p = 0,448$, $p = 0,534$, $p = 0,089$, $p = 0,068$) istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir
26. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının post operatif dönemde ağrı yaşanmasına neden olan durumlar göre karşılaştırılması duyusal, duygusal, değerlendirici, çeşitli alt boyutlar ile tablo 6.4.13’ de hasta puanına bakıldığında ($p = 0,114$, $p = 0,330$, $p = 0,546$, $p = 0,423$) istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.
27. McGill – Melzack ağrı soru formu puanlarının PCA ağrı pompası kullanma durumuna göre karşılaştırılması değerlendirici alt boyut ile tablo 6.4.14’de hasta puanının bakıldığında ($p < 0,05$, $p = 0,014$) istatistiksel anlamlı bir sonu elde edilmiştir.
28. McGill Melzack ağrı soru formunun puanlarının ağrı yerine göre karşılaştırması duyusal, duygusal, değerlendirici, çeşitli alt boyut ile tablo 6.4.15’ te hasta puanına bakıldığında ($p = 0,295$, $p = 0,091$, $p = 0,886$, $p = 0,689$) istatistiksel anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Sonuç olarak ağrı yönetimi ve değerlendirmelerinin daha anlaşılır olabilmesi için;

1. Ağrı ile baş etme yolları konusunda hastaları bilinçlendirmek için hasta ve hasta yakınlarına ağrı ile ilgili verilecek eğitimlerin artırılması ve bu eğitimlerin anlaşılır olmasını sağlamak,
2. Ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemlerin de gelişmesini sağlamak, ilaç dışı yöntemlerle de ağrının azabileceği konusunda hastayı bilgilendirmek ve bu ilaç dışı yöntemleri daha sık kullanabilmesi ve yaygınlaşmasını sağlamak için hemşireler ile işbirliği içinde olmak,
3. Genel olarak hemşirelere ağrı yönetimi ile ilgili eğitim vermek,
4. Gerekli olan durumlarda PCA kullanımı ile ilgili hastalara bilgi ve eğitimi vermek,
5. Hastanelerde ağrılı ile ilgili standart formların geliştirilmesini sağlamak,
6. Analjezik kullanım ilkeleri ile ilgili hem hastaya hem de hemşirelere gerekli eğitimlerin verilmesini sağlamak gerekmektedir.

12. TEŞEKKÜR

Bu çalışmam süresince her türlü yardım ve fedakarlık da bulunan tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan ayrıca bana bu çalışmayı vererek kendimi geliştirmeye yönelik de birkaç adım ileride olmamı sağlayan, çalışmamın yöneticisi danışman sayın hocam Prof. Zehra Durna' ya,

İstatistiksel aşamada her türlü desteği sağlayan sayın Onur Mendi' ye

Tezimin hazırlanması sırasında hep yanımda olan, beni cesaretlendiren ve maddi manevi hiçbir desteği esirgemeyen değerli ailem; annem Leyla Neşe COŞGUN ve babam Ahmet Demir COŞGUN' a teşekkürü bir borç bilirim.

Ve bu çalışmamı canım aileme ithaf ederim.

13. KAYNAKLAR

1. Ay.F, Alpar ŞE., “ Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları”. Ağrı Dergisi 2010;22(1):21-29
2. Yılmaz M, Gürler H. “Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri”.Ağrı Dergisi 2011; 23(2):71-79
3. Özveren H. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler ”. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 83-92.
4. Aslan FE “Ağrı Değerlendirme Yöntemleri”, Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi”. 2012; 6(1):9-17.
5. Büyükyılmaz, F., Astı, T. “Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı”, Ağrı, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimler Dergisi 2009; 12(2):84-93.
6. Çevik K., Zaybak A., “Açık Kalp Ameliyatı Sonrasında Yapılan Egzersizlerin Ağrıya Etkisi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:4.
7. Çöçelli PL., Bacaksız DB., Ovayolu N.“Ağrı Tedavisinde Hemsirenin Rolü”;; Gaziantep Tıp Dergisi 2008, 14(2):53-58.
8. Demiroğlu C., Başar I, Demiroğlu C.C. “Kalp Hastalıkları Tıbbi Tedavisi”, Florence Nightingale Hastanesi,İstanbul; 2000
9. Meriç M. Mercanoğlu F. Koylan N. “Kalp Hastalıkları Semiyoloji ve Tanı Yöntemleri”, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul; 2007
10. Paç M.,Akçevin A., Aka AS., Bükey S. “Kalp ve Damar Cerrahisi” MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; 2004
11. Kılıç M., Gürsel Ö. “ Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü ”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:7, Sayı:21 (2012)
12. Aygin D., Var G. “ Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları ”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi2012;2(2):61-70
13. Uysal H.Y., Acar H.V., Kaya A., Ceyhan A. “Postoperatif ağrı tedavisinde uygulanan hasta-kontrollü analjezi yöntemlerinin retrospektif incelemesi ”, 2013; 4 (2): 159-165
14. <http://www.tard.org.tr/kilavuz/7.pdf>
15. Arslan S., Çelebioğlu A. “Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar ”, İnsan Bilimleri Dergisi 2004

16. Tür H. “ Koroner Arter Cerrahisi Sonrası Fentanil Uygulamalarının Ağrı Kontrolündeki Etkinliğinin Karşılaştırılması ” Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestiziyoloji Anabilim Dalı. Ankara, 2007
17. Erdine S., Çimen A., “ Postoperatif Ağrı ve Tedavisi ”, Türk Toraks Dergisi
18. Düzel V., “ Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması ”Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Adana, 2008
19. <http://www.agritr.com/html/agrisiniflamasi.html>
20. http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/agri_v_akilci_analje/6.pdf
21. <http://www.agrivetedavisi.com/>
22. Aştı Atabek T., Karadağ A., “Hemşirelik Esasları; Hemşirelik Bilim ve Sanatı ”. Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012
23. <http://www.acilservis.pro/agri-algisi-agriyi-etkileyen-faktorler>
24. <http://www.kanserdeağritedavisi.com>
25. <http://www.painfreebirthing.com/turkey/tenst.htm>
26. <http://www.kalpvedamar.com/>
27. Yücel A. Postoperatif Analjezi. İstanbul. 2004: 7-68, 145-157.
28. Erdine S. Sinir Blokları, Ağrının Nörofizyolojisi, Peridural Anestezi. 1.Baskı, İstanbul: Emre Yayıncılık, 1993, 193-194.
29. Alkan İ., Baydaş B., “Ağrı ve Postoperatif Analjezi” Yüzüncü Yıl Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi, 2003, 14 (1):87-90
30. Göldoğan F., Ofluoğlu S., “Ağrı Kontrolünde Temel Yaklaşımlar”, Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Dergisi, 1993, 10(3-4):111-118.
31. Güleç G., Güleç S., “Ağrı ve Ağrı Davranışı”, Ağrı, 2006, 18(4):5-10.
32. Günvar T., “Birinci Basamakta Kronik Ağrı Yönetiminin Temel İlkeleri”, TJFMPC, 2009, 3(3):14-17.
33. Tavşanlı GE., Özçelik H., Karadakovan A., “Ağrısı Olan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi”. Ağrı Dergisi, 2013; 25(3):93-100
34. Aslan FE, Aygün D., Sarıyıldız D., “Travma Geçiren Hastaların Ağrı Yönetimine İlişkin Memnuniyet Düzeyi”, Türkiye Klinikleri Dergisi, 2007;27(5):687-94

EKLER

EK 1



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/356
KONU: Anket hk.

TARİH :16/12/2014

ŞİŞLİ FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nil Ece ÇOŞGUN'un, Prof. Dr. Zehra DURNA'nın tez danışmanlığını yürüttüğü "Kardiyo-Vasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Post-Operatif Dönemde Ağrı İle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını ilâikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Wildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

GELEN EVRAK KAYIT	
TARİHİ	NO'SU
19.12.2014	735



ŞİŞLİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HASTANESİ

SAYI: İDR 2014-574
KONU: Anket hk.

TARİH: 22.12.2014

T.C
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 50400462/356 Sayılı, 16.12.2014 tarihli yazınız.

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Nil Ece COŞGUN' un, Prof. Dr. Zehra DURNA' nın tez danışmanlığını yürüttüğü "Kardiyo – Vasküler Operasyon Geçiren Hastaların Erken Post – Operatif Dönemde Ağrı İle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu hastanemizde gerçekleştirmesi uygundur.

Bilgilerinize sunulur.

Dr. Özey ÜNAL
Başhekim



Dr. Özey ÜNAL
Özel Şişli
Florence Nightingale Hast.
Mesul Müdür



ANKET FORMU

Sayın katılımcı;

“ Kardiyo-vasküler operasyon geçiren hastaların erken post-operatif dönemde ağrı ile baş etme düzeylerinin belirlenmesi” amacı ile planladığım çalışmamda vereceğiniz samimi yanıtlara ihtiyacım var. Vereceğiniz yanıtları çalışma dışında kullanılmayacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

İstanbul Bilim Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Nil Ece COŞGUN

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

3.Boyunuz:

Kilonuz:

4.Medeni Durumunuz:

❖ Evli

❖ Bekar

5. Eğitim Durumunuz:

❖ Okur-yazar değil

❖ Okur-yazar

❖ İlkokul mezunu

❖ Ortaokul mezunu

❖ Lise mezunu

❖ Üniversite mezunu

6 Mesleğiniz:

7. Çalışma Durumunuz:

❖ Çalışıyorum

❖ Hastalığım nedeniyle şuan çalışmıyorum

- ❖ Farklı nedenlerden dolayı çalışmıyorum
- ❖ İşsizim
- ❖ Emekliyim
- ❖ Ev hanımıyım
- ❖ Diğer

8. Oturduğunuz yer

- ❖ Köy
- ❖ İlçe
- ❖ Şehir
- ❖ Büyükşehir
- ❖ Diğer

9. Sosyal Güvenceniz var mı?

- ❖ Evet, Cevabınız evet ise güvenceniz ne?
- ❖ Hayır

10. Sigara kullanıyor musunuz?

- ❖ Evet
- ❖ Hayır

11. Alkol kullanıyor musunuz?

- ❖ Evet
- ❖ Hayır

12. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ❖ Çok iyi
- ❖ İyi
- ❖ Orta
- ❖ Kötü
- ❖ Çok kötü

13. Yatış tarihiniz:

14. Ameliyat sonrası kaçınıcı gündesiniz:

15. Geçirdiğiniz operasyon/ hastalık:

16. Daha önceden geçirdiğiniz ameliyat var mı?

- ❖ Evet, Cevabınız evet ise ne ameliyatı oldunuz?
- ❖ Hayır

17. Varsa diğer sağlık sorunlarınız:

- ❖ Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)
- ❖ Diyabet (Şeker hastalığı)
- ❖ Kalp yetmezliği
- ❖ Hiperlipidemi (Yüksek kolesterol)
- ❖ Diğer

18. Postoperatif (ameliyat sonrası) dönemde ağrı yaşamanıza neden olan durumlar

- ❖ Pansuman yapılırken
- ❖ Yataktan kalkarken
- ❖ Öksürürken
- ❖ Pozisyon verilirken
- ❖ İlaç ve tedavi uygulanırken
- ❖ Diğer

19. Ağrınız olduğu durumlarda yapmakta zorlandığınız aktiviteler

- ❖ Nefes alıp verme
- ❖ Hareket etme
- ❖ Uyuma
- ❖ Öksürme
- ❖ Diğer

20. Ağrı kontrolünde hemşirelerden beklentileriniz;

(Birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

- ❖ Hemşirelerin daha sık kontrol etmesi
- ❖ Ameliyatın ilk günlerinde daha fazla analjezik (ağrı kesici) ilaç verilmesi
- ❖ Hemşirelerin daha ilgili ve anlayışlı olması
- ❖ İlaç uygulamalarında hemşirenin nazik davranması

- ❖ Planlanan tedavinin hemşireler tarafından zamanında, doğru şekilde uygulanması
- ❖ Uygulanan ilaç ve tedavinin yan etkileri ile ilgili hemşirelerin bilgi vermesi
- ❖ Uygulanan ilaç ve tedavinin yan etkilerinin hemşireler tarafından gözlemlenebilmesi
- ❖ Diğer

21. Ağrı kontrolünüzde PCA ağrı pompası kullanılıyor mu?

- ❖ Evet
- ❖ Hayır

Kardiyovasküler operasyon geçiren hastaların erken postoperative dönemde ağrı ile başetmeleri için yapılan uygulamalar; (Evet, Hayır, Bazen olarak belirtilen şıklardan sizi ilgilendiren bölüme (X) işareti ile işaretleyiniz.

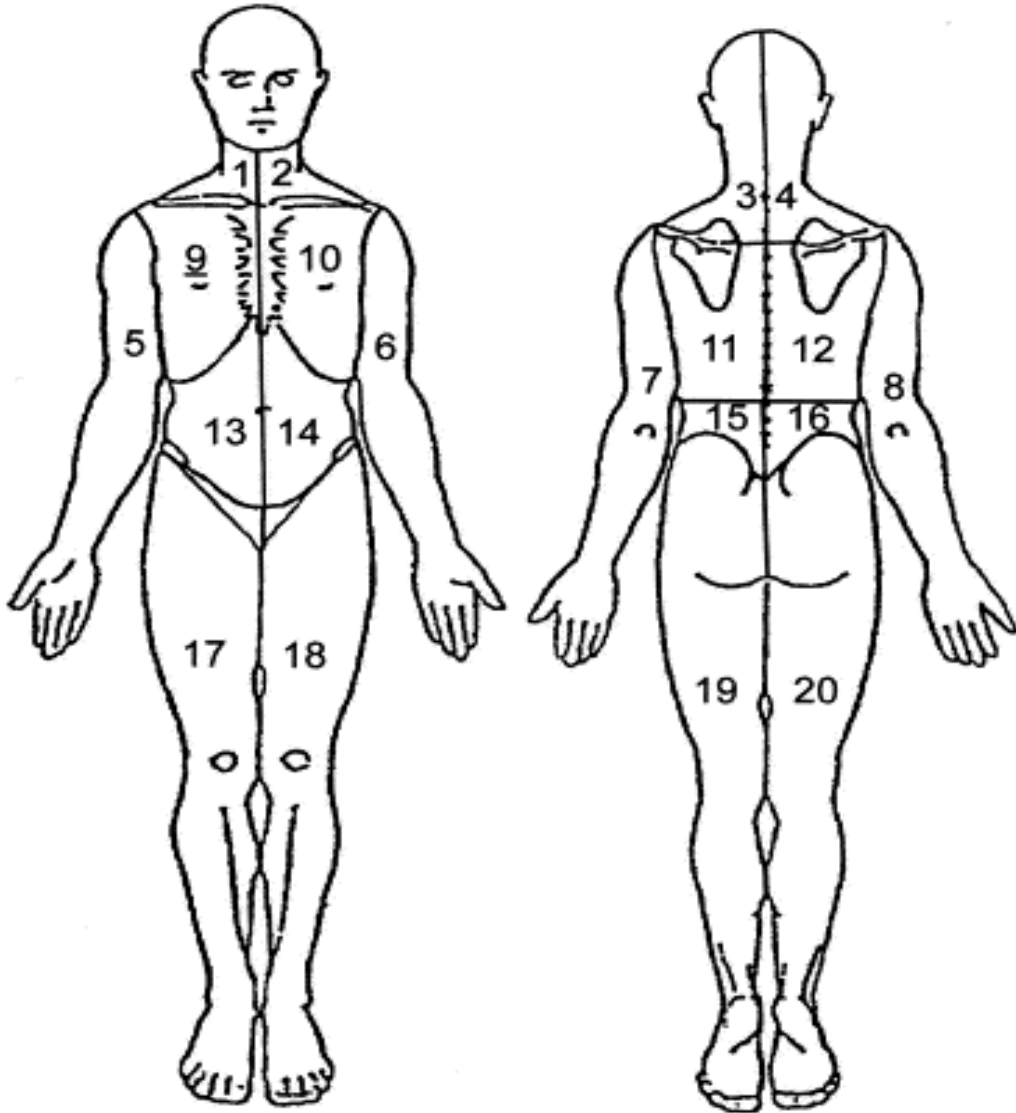
Sıra No:		Evet	Hayır	Bazen
22.	Ağrım olduğunda rahatlıkla hemşireye iletebiliyorum.			
23.	Ameliyat sonrası hemşire/sağlık memuru ağrımı sık sık sorguluyor.			
24.	Hemşire/Sağlık memuru, ağrım ile ilgili ayrıntılı bilgi veriyor.			
25.	Hemşire/Sağlık memuru, ağrımı azaltmak için normal yaşantımda ağrı ile nasıl baş ettiğimi sorguluyor.			
26.	Ameliyat sonrası hangi durumlarda ağrı duyabileceğim konusunda bilgi verildi.			
27.	Ağrım olduğunu ifade ettiğim zaman hemşire/sağlık memuru çözüm arıyor.			
28.	Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için uygun pozisyon veriliyor.			
29.	Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için sıcak/soğuk uygulama yapılıyor.			

30.	Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için ağrı kesiciler uygulanıyor.			
31.	Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak için egzersizler, aktif-pasif hareketler yaptırılıyor.			
32.	Dikkati başka yöne çekme tekniği kullanılarak ağrımın algılanma şiddeti azaldı.			
33.	Uygulanan tedavide periferik/ arteriyel damar yolları, pansuman, varsa dren bakımı gibi işlemler ağrı duymama sebep oluyor.			
34.	Ağrım olduğunda ağrımı azaltmak gevşeme teknikleri kullanılıyor.			
35.	Hemşire/ Sağlık memuru tarafından verilen ağrı kesicilerin etkileri devamlı değerlendiriliyor.			
36.	Verilen ilacın dozu ağrımın şiddetine, süresine, özelliğine göre ayarlanıyor.			

MACGILL MELZACK AĞRI SORU FORMU

1.BÖLÜM: AĞRINIZ NEREDE?

Lütfen aşağıdaki şekil üzerine ağrınızı nerede/nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise **D** harfini, Yüzeyde ise **Y** harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem yüzeyde ise **DY** harflerini yazınız.



2.BÖLÜM: AĞRININ ÖZELLİĞİ

Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır. Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız. Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta sadece uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz.

1. Pır pır eden Titreyen Çarpan Zonklayan Vuran Döven	2. Sıçrayan Yansıyan Fırlayan	3. Diken diken Oyuluyor gibi Deliyorlar gibi Şiş saplanır gibi Şimşek çakar gibi	4. Çok keskin Kesiliyor gibi Yırtılır gibi
5. Kemirici sancı Kasılır tarzda Eziliyor gibi	6. Çekiştirici Sürükleyici Burkutucu	7. Sıcaklık veren Yakıyor gibi Haşlanıyor gibi Dağlayıcı	8. Sızlıyor gibi Kaşıntılı Acıtıcı İğne batar gibi
9. Künt Çıldırta Yaralayıcı Sızlayan Yoğun	10. Hassas Gergin Törpüleyen Keskin	11. Yorucu Tüketici	12. Tiksindirici Boğucu
13. Korku veren Korkunç Dehşetli	14. Cezalandırıcı Bitap düşürücü Dayanılmaz Şiddetli Öldürücü	15. Biçere eden Kör eden	16. Usandıran Sıkıntılı Perişan eden Yoğun tarzda Dayanılmaz
17. Yayılan Dağılan İçe işleyen Delen	18. Sıkıntı verici Uyuşuklaştıran Hissizleştiren Sürükleyici Sıkıştırıcı Yırtıcı	19. Ürperten Üşüten Donduran	20. Sürekli Rahatsız edici Bulantı veren İstirap veren Berbat İşkence eder

3. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ

1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?

1. Devamlı Kararlı Sabit	2. Ritmik Periyodik Aralıklı	3. Genel Anlık Geçici
-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?

.....

3. Neler ağrınızı arttırıyor?

.....

4. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ

İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimedede birleşirler. Bunlar

1. Hafif	2. Rahatsız edici	3. Şiddetli	4. Çok şiddetli	5. Dayanılmaz
-------------	----------------------	----------------	--------------------	------------------

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız.

1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?
2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?
3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?
4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü diş ağrısını hangi kelime tanımlar?
5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?
6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?