T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN AĞRI DENEYİMLERİ VE AĞRI KONTROLÜNE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Fatma AYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN

KONYA-2015

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ABDOMİNAL CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN AĞRI DENEYİMLERİ VE AĞRI KONTROLÜNE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Fatma AYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN

KONYA-2015

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde bilgi ve deneyimleriyle tez çalışmamın her aşamasında bana yardımcı olan Hocam Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN'a, araştırma boyunca yardım desteklerini esirgemeyen eşim Veli, çocuklarım Utku ve Eymen, arkadaşım Ayşe AKALIN ve aileme çok teşekkür ederim.

Fatma AYHAN

Konya/2015

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR……...v
ÖZET..... vi
SUMMARY vii
1. GİRİŞ 1
1.1.Ağrı Tanımı ve Boyutları 4
1.2.Ağrı Sınıflaması..... 4
1.3.Ağrı Teorileri 5
1.3.1. Kapı Kontrol Teorisi 5
1.3.2. Endorfin Teorisi 5
1.3.3.İnteraktif Ağrı Teorisi..... 6
1.4. Ağrının Fizyolojisi..... 6
1.5.Cerrahi Girişim Sonrası Ağrı 7
1.5.1 Cerrahi Girişim Sonrası Ağrı Tanımı ve Prevalansı..... 7
1.5.2.Cerrahi Girişim Sonrası Ağrıyı Etkileyen Faktörler..... 8
1.5.3.Cerrahi Girişim Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkileri 9
1.6.Ağrı Yönetimi 11
1.6.1.Ağrının Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler 11
1.6.2.Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntemler 13
1.7.Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü 14
1.7.1.Hemşirelik Süreci Doğrultusunda Hemşirenin Rolü..... 14
2. GEREÇ ve YÖNTEM 20
2.1.Araştırmanın Türü 20
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 20
2.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi..... 20
2.4.Veri Toplama Araçları 21
2.4.1.Tanılama Formu (EK-A) 21
2.4.2. Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri Formu..... 22
2.5.Ön Uygulama ve Verilerin Toplanması 23
2.6.Araştırmanın Değişkenleri 23
2.6.1.Bağımlı Değişken 23
2.6.2. Bağımsız Değişkenler 23
2.7. Verilerin Analizi..... 23

2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları 24
2.9. Araştırma Soruları 24
2.10.Araştırmanın Varsayımları 24
2.11.Araştırmanın Etiği 24
3. BULGULAR 25
3.1. Hastaların Sosyo-demografik, Sağlık Öyküleri ve Deneyimledikleri Ağrının Özelliklerine İlişkin Bulgular 25
3.2. Bazı Sosyo-demografik Özellikler ve Sağlık Öyküleri ile Deneyimlenen Ağrının Şiddetinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 31
3.3. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Ağrılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular 32
4. TARTIŞMA 40
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Öyküleri ve Ağrı ile ilgili Özeliklerine ilişkin Tanıtıcı Bulguların Tartışılması..... 40
4.2. Hastaların Sosyo-Demografik, Sağlık Öyküsü ile Deneyimledikleri Ağrının Şiddetine ilişkin Bulguların Tartışılması..... 45
4.3. Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Ağrılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerine ilişkin Bulguların Tartışılması 47
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 54
6. KAYNAKLAR 56
7. EKLER 62
EK-A: Anket formu..... 62
EK-B: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan Alınan İzin Belgesi 67
EK-C: Karaman Kamu Hastaneleri Birliği'nden Alınan İzin Belgesi 68
EK-D: Gönüllü Bilgilendirme Formu 69
8. ÖZGEÇMİŞ..... 70

SİMGELER VE KISALTMALAR

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

HKA: Hasta Kontrollü Analjezi

MASF: McGill Melzack Ağrı Soru Formu

TENS: Transkutanoz Elektriksel Sinir Stimulasyonu

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Fatma AYHAN
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2015

Bu araştırma, abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların, cerrahi girişim sonrası ağrı deneyimlerinin ve ağrı kontrolüne yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı türdeki araştırma; 1 Mayıs-30 Ağustos 2013 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, jinekoloji, üroloji) yatan 103 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri, sosyo-demografik ve sağlık özelliklerini değerlendiren "Kişisel Bilgi Formu" ve hastaların ağrılarına yönelik hemşirelik girişimleri ile ilgili görüşlerini değerlendiren "Cerrahi Girişim Sonrası Ağrıya Yönelik Hemşirelik Girişimleri Formu" kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U ve Kruskall-Wallis testi kullanıldı.

Cerrahi girişim sonrası dönemde, hastaların Görsel Kıyaslama Ölçeği'ne göre ortalama 4,40±2,72 şiddette ağrı deneyimlediği, 47,57'sinin deneyimlediği ağrının beklediği şiddette olduğu, %34,95'inin ise orta düzeyde bir ağrı deneyimlediği, %87,37'sinin ağrısının cerrahi girişim alanında olduğu, %57,28'inn en fazla yataktan kalkarken ağrı yaşadığı, %54,37'sinin ağrısı olması nedeniyle hareketlerinin kısıtlandığı, %89,32'sinin ağrılarını ağrı kesicilerin hafiflettiği belirlendi. Daha önce cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı şiddetinin cerrahi girişim geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların çoğunluğunun ağrıları olduğunda rahatlıkla hemşirelerle iletişime geçtikleri, %94,17'sinin ağrısını hemşirenin değerlendirdiği, %88,35'inin hemşire tarafından ağrısı hakkında bilgilendirildiği, %99,03'ünün ağrısının varlığına hemşirenin inandığı, %98,06'inin ağrısı olduğunda hemşirenin en kısa sürede ilacını verdiği, %90,29'unun ağrıya neden olan aktiviteler sırasında neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirildiği belirlendi. Bununla birlikte ağrı değerlendirmesinde hemşirelerin ölçek kullanmadığı ve ağrı niteliğini değerlendirmediği saptandı. Ağrının kontrol altına alınmasında hastaların %75,73'ü sessiz ve sakin bir ortam oluşturulduğunu, %78,64'ü uygun pozisyon almasına yardım edildiğini, %47,57'si ise sıcak/soğuk uygulama yapıldığını belirtirken, masaj, müzik dinleme, düşleme gibi diğer farmakolojik olmayan uygulamaların yapılmadığı belirlendi. Hastaların %96,12'si hemşirelerin uygulamadan sonra ağrılarının azalıp azalmadığını değerlendirdiğini ifade etti.

Sonuç olarak, ağrının tanımlanması ve ağrı yönetilmesi hususunda eksikliklerin olduğu belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda, akut ağrı yönetimine ilişkin standartlar geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Abdominal cerrahi girişim; cerrahi girişim sonrası ağrı; hemşirelik girişimi.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Pain Experience in Abdominal Surgery Patients and Nursing Interventions for the Control of Pain

Fatma AYHAN
Departman of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2015

This research has been carried out with the aim of determining nursing interventions that have been made towards pain experiment and controlling of the pain, patients that have been experienced abdominal surgical operation at the surgical postoperative. A descriptive research was materialized with 103 patients that lie in the surgical clinics of the state hospital (department of general surgery, gynecology and urology) between on May 1th and August 30th 2013. Research datas have been gathered by using "Individual information form" which evaluates socio-demographic and health characteristics as well as "Nursing interventions form postoperative towards pain" which evaluates view of nurses interventions for the patients who have towards pain. While number, percentage, average and standard deviation tests have been used in the evaluation of the data's, Mann-Whitney U and Kruskall-Wallis test in the comparative analysis.

According to "Visual comparison scale" it has been determined that patients have experienced a pain are average intensity 4,40=2,72. 47,57% of patients that have experienced a pain is to be expected intensity, 39,95% of patients have experienced a moderate pain, 87,37% of patients have experienced a pain at the surgical area, 57,28% of patients have experienced a pain best while standing up from bed, 54,37 % of patients are restricted movement's because of pain and the pain of 89,32% of patients make painkillers to relieve. Before patients that were exposed to surgical operation violence of pain is higher than were not exposed to surgical operation to be determined. Most of the patients who has pain easily communicate with the nurses, %94,17 of those indicated the nurse evaluates the pain,%88,31 of those was acknowledged about his pain, %99,03 of those patients indicates that the nurse believe that he/she has pain, %98,06 of those indicates that the nurse give medicine as soon as the patient feel pain, %90,29 of those have been acknowledged about what to do when they feel the pain or during these activities. However, it has been determined that during assessment of pain nurses neither use scale nor evaluate nature of pain. %75,73 of the patients indicates that there have been created a silent environment during the process as taking the pain under control, %78,64 of those indicates that they have been helped to get right position %47,57 of those has seen the hot/cold application, the other applications such as massage, music, rest, imagination that are not pharmacological activities have not been done. 96.12% of patients declared that after application nurses evaluated whether pain decrease or not.

As a result: It obvious that there are shortages about definition and management of pain. In accordance with this result it has been recommended that doing studies for conducted of acute pain standards is to develop.

Key Words: Abdominal surgery; nursing intervention; postoperative pain.

1.GİRİŞ

Cerrahi girişim sonrası hastaların yaşadıkları sorunların başında gelen ağrı; cerrahi travmaya bağlı olarak ortaya çıkan inflamatuar sürecin eşlik ettiği akut bir ağrı türüdür. Son yıllarda ağrı kavramı ve kontrolüne yönelik araştırmalar yoğunluk kazanmış ve hemşirelik bakımı içinde önemli ilgi alanlarından biri olmaya başlamıştır. Günümüzde ağrının fizyolojisi, farmakolojisi, cerrahi teknikler ile cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası bakımdaki teknolojik ilerlemelere rağmen, cerrahi girişimden sonra hastaların %50-90'ının hala orta düzeyden şiddetliye doğru ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (Carr ve Thomas 1997, Dahlman ve ark 1999, Huang ve ark 2001, Idvall ve ark 2002, Pogatzki-Zahn ve ark 2007).

Son yıllarda, Türkiye'de ve yurt dışında yapılan birçok araştırmada cerrahi girişim sonrası ağrı yönetiminin yetersiz olduğu ve bu nedenle hastaların orta düzeyden şiddetliye doğru değişen aralıkta ağrı deneyimledikleri bildirilmektedir (Klopfenstein ve ark 2000, Özer ve Bölükbaş 2001, Mac Lellan 2004, Pogatzki-Zahn ve ark 2007, Samuels ve Fetzer 2009, CDC 2010, Çevik ve Zaybak 2011, Yılmaz ve Gürler 2011, Topcu ve Findik 2012, Çelik 2013). Cerrahi girişim sonrası bu düzeylerde ağrı deneyimlenmesi ağrı yönetiminin yetersiz olduğunu göstermektedir. Ağrı yönetimindeki bu yetersizliğin en önemli nedenleri; ağrı merkezlerinin ve dolayısıyla ağrı biliminin yeni gelişiyor olması, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntem ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması, doktor ve hemşirelerin ağrıyı tanımlama ve değerlendirme konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaması, sağlık çalışanlarının hastaların ağrılarına gereken önem vermemesi ve ağrı tedavisinde ekip çalışmasının sağlanamaması olarak gösterilmektedir (Bölükbaş 1996, Lauzon Clabo 2007, Kituyi ve ark 2011, Dikmen ve ark 2012, Kiekkas ve ark 2015).

Cerrahi girişim sonrası etkin olarak giderilemeyen ağrı, cerrahi girişim ile başlayan stres yanıtın artmasına neden olabilir. Stres yanıt; cerrahi girişim sonrası iyileşme için istendik ve önemli bir tepkidir, ancak stres yanıtın uzun sürmesi iyileşme sürecini olumsuz etkileyerek cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişimine neden olabilmektedir (Shea ve ark 2002, Brown ve ark 2004, Wang ve Keck 2004). Etkin ağrı yönetimi yapılmayan hastalarda cerrahi girişim sonrası

dönemde; pulmoner işlevler gerilemekte ve akciğer kapasitesi azalmakta, kalbin iş yükü, miyokardın oksijen tüketimi, enfeksiyon riski, korku ve anksiyete artmakta, ağrı nedeniyle oluşan hareketsizliğin kan akımını yavaşlaması venöz staza ve tromboembolik komlikasyonlara neden olmaktadır (Aslan 2011). Bütün bu olumsuz hasta sonuçlarına rağmen araştırmalarda halen ağrının giderilmesine yönelik alınan önlemlerin yetersiz olduğu ve hastaların çoğunluğunun ağrısının giderilemediği, ağrı nedeniyle yaşam kalitelerinin düştüğü, günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal etkileşimlerinin bozulduğu, hastanede kalış süresinin uzadığı, morbidite ve mortalite oranının arttığı belirtilmektedir (Özer ve Bölükbaş 2001, Çevik ve Zaybak 2011, Yılmaz ve Gürler 2011, Topcu ve Findik 2012, Çelik 2013). İyi bir ağrı kontrolü, hastayı rahatlatma ve yaşam kalitesini yükseltmenin yanı sıra komplikasyon insidansını ve hastanede yatış süresini azaltmada da etkilidir (McMillan ve ark 2000, Raj 2000, Aslan ve Badır 2005, Lauzon Clabo 2007, Aslan 2011).

Cerrahi girişim sonrası etkin ağrı kontrolü; birey merkezli/bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışı ile gerçekleştirilebilir. Hasta, hemşire ve hekimden oluşan bu ekip içinde hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir (Aslan ve Badır 2005). Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran temel noktalar; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süre birlikte olması nedeniyle hastanın önceki ağrı deneyimleri ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşımı sağlamasıdır (Pasero ve Mc Caffery 2000, Aslan ve Badır 2005). Hemşirelerin geliştirilmiş bakım girişimleri ile ağrı kontrol yöntemlerini doğru değerlendirmeleri; ağrı yönetiminin kalitesi ve hasta konforunun sağlanması açısından gereklidir (Plaisance ve Logan 2006). Bununla birlikte, Bell ve Duffy (2009)'un araştırmasında konu ile ilgili yapılmış 174 araştırma incelemiş ve henüz hastaların ağrısının değerlendirilmesi ve yönetiminde var olan engellerin üstesinden gelinemediği ve bu engellerin zaman yönetimi, hasta ve hemşirelerin tutum ve inançlarından kaynaklandığı bildirilmiştir. Cerrahi girişim sonrası ağrının kontrol altına alınmasında hemşire, hastanın ağrısını bütüncül bir yaklaşımla, bireye özgü, sözlü ve sözsüz ağrı ifadelerini değerlendirerek tanılamalı ve/veya farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle hastaların ağrılarının giderilmesi veya hafiflemesini sağlamalıdır. Ancak literatürdeki pek çok araştırmada

hemşirelerin hastanın bildirdiğinden daha az ağrı deneyimlediğini düşündüğü saptanmıştır (Idvall ve ark 2002, Sloman ve ark 2005, Lauzon Clabo 2007). Bu durum, ağrı deneyimleyen hastanın gereksinim duyduğu bakımı almasını engelleyebilmektedir. Ayrıca hemşirelerin ilaç vermeyi daha ön planda tuttuğu, farmakolojik olmayan uygulamaları yapmada isteksiz oldukları ve hemşire gözlem formlarında hastaların ağrı yönetimine ilişkin yalnızca verilen analjezik ilacın adı ve dozunu kaydettikleri belirlenmiştir (Yılmaz ve Gürler 2011, Dikmen ve ark 2012, Kiekkas 2015). Hemşirelerin ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi, deneyim ve istekli olup olmama durumları tedavinin başarısında belirleyici bir unsur olmaktadır. Bu bilgiler ışığında hemşirelerin hastaların ağrılarını ve ağrıya bağlı olarak yaşadıkları rahatsızlıkları azaltmaları için gevşeme egzersizlerini yaptırma (ROM egzersizleri, bacak egzersizleri), müzik dinletme, kitap okuma, masaj yapma, terapotik dokunma gibi farmakolojik olmayan yöntemleri de uygulamaları önem taşımaktadır (Good ve ark 2001, Good ve ark 2002, Voss ve ark 2004, Good ve Abn 2008, Saito ve ark 2004, Piotrowski ve ark 2003, Degirmen ve ark 2010, Roykulcharoen ve Good 2004, Topcu ve Findik 2012). Lloyd ve Mc Lauchlan (1994)'ın ağrı yönetimine yönelik hemşirelerin tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırma sonucunda, hemşirelerin beklenen ağrılarda hastaların sürekli analjezik almasının gerektiğine inandıkları saptanmıştır. Ancak Wang ve Keck (2004)'in araştırmasında, hastaların cerrahi girişim sonrası analjezik verilmesine rağmen hafif düzeyde ağrı yaşadıkları, analjezik verilmesine ek olarak masaj uygulanmasının analjezik sonrası hafif düzeyde yaşanan ağrı üzerinde etkili olduğu göstermiştir. Konu ile ilgili diğer araştırmalarda da araştırmacılar, cerrahi girişim sonrası dönemde hemşirelerin hastalara müzik dinletmesi (Good ve ark 2001, Good ve ark 2002, Voss ve ark 2004, Good ve Abn 2008) soğuk uygulama (Saito ve ark 2004), masaj (Piotrowski ve ark 2003, Degirmen ve ark 2010) ve gevşeme egzersizleri yaptırmasının (Roykulcharoen ve Good 2004, Topcu ve Findik 2012) hastaların ağrı düzeyini azalttığı ve rahatlamalarını sağladığı saptanmıştır.

Bu bilgiler ışığında araştırma, abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların cerrahi girişim sonrası ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik servislerde yapılan hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi ve etkin ağrı yönetiminin yapılmasına ilişkin öneriler getirmek amacıyla yapıldı.

1.1. Ağrı Tanımı ve Boyutları

Hemen hemen tüm insanların yaşamlarının değişik dönemlerinde deneyimledikleri ağrı; acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, bir yandan da hastayı ağrıyı gidermeyi amaçlayan hareketlere yönelten, davranışsal tepkilere ve otonomik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (Aslan 2011).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatına (IASP: International Association for the Study of Pain) göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşa gitmeyen duyusal ve emosyonel bir deneyimdir (Aslan 2011, Dikmen 2013). Doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan biyolojik bir tepki olmasına karşın ağrı; emosyonel, genetik, kültürel özellikler, inançlar, bireysel faktörlere bağlı olarak değişebilen çok boyutlu bir kavram olması nedeniyle öznel ve subjektif bir deneyimdir (Monsivais ve McNeill 2007). Ağrı; yaşamı tehdit edebilen, bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen, yaşam kalitesini bozan, giderilmediğinde bireyin sağlık ve iyilik hali üzerinde önemli fizyolojik/psikolojik tehditler oluşturan, bireye zorlanma, acı çekme duygusu yaşatan ve kişiyi ağrıdan kurtulmak için sağlık bakım arayışına yönlendiren en önemli yakınmadır (Berry ve Dahl 2000, Kuuppelomaki 2002, Evans 2004, Dikmen 2013). Ağrının birçok tanımı vardır. Klinik olarak en yararlı tanımı McCaffery yapmıştır. Bu tanıma göre; "Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır" (Kocaman 1994, Hudak ve Gallo 1998, Olgun ve Aslan 1998, Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Kutlutürkan 2011). Bu tanım; ağrının subjektif ve çok boyutlu doğasını, bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini yeterince kapsamakta, daha önemlisi ağrı kontrolünde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (Hudak ve Gallo 1998, Olgun ve Aslan 1998, Kutlutürkan 2011, Aslan 20011). Ağrı çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve her zaman kişiye özneldir. Ağrı çok boyutlu bir kavramdır; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur (Dikmen 2013).

1.2. Ağrı Sınıflaması

Ağrı, çok çeşitli şekillerde sınıflandırılır.

1. **Kaynaklandığı bölgeye göre;** somatik ağrı, visseral ağrı, sempatik ağrı
2. **Duyum şekline göre;** ani, keskin, batıcı, yavaş artan, künt, bazen yanıcı
3. **Etyopatojenezine göre;** mekanik, enflamatuvar (yanık ağrısı gibi)
4. **Mekanizmalarına göre;** nosiseptif ağrı, nöropatik ağrı, deafferentasyon ağrısı, reaktif ağrı, psikosomatik ağrı
5. **Başlama süresine göre;** akut ve kronik olarak iki şekilde sınıflandırılır (Raj 2000, Erdine ve ark 2001, Mac Lellan 2004, Kutlutürkan 2011, Dikmen 2013).

1.3. Ağrı Teorileri

1.3.1. Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall (1965)'un kapı kontrol teorisine göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Ağrı geçişini sinir sistemindeki kapı mekanizmaları kontrol eder. Kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır ve ağrı hissedilir. Kapı kapalı ise, uyarılar bilince ulaşmayacağı için ağrı hissedilmez (Mcguire 2006, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Conk ve ark 2013). Bu teoriye göre; vücudun periferinden gelen ağrı uyaranlarını ileten A ve C lifleri, dorsal spinal kordun substantia gelantinosa kısmında ilerler. A ve C lifleri, substantia gelatinosaya geçmişte yaşanılan ağrı deneyimlerini anımsatır. Geçmişte yaşanılan ağrı deneyimleri olumlu ise, korteks substantia gelatinosaya sinyaller göndererek ağrı kapısını kapatır ve ağrı uyaranının üst merkezlere geçişini engeller. Ancak geçmiş ağrı deneyimleri olumsuz ise, korteks substantia gelatinosaya kapıyı kapat sinyallerini gönderemez ve kapı açılarak yoğun ağrı yaşanır (Aslan 2006, Mcguire 2006, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Conk ve ark 2013).

1.3.2. Endorfin Teorisi

Varlıkları 1970'lerin ortalarında belirlenmiş olan, opioid (narkotik) reseptörlerine bağlanarak analjezi yapan ve endojen ile morfin kelimelerinin bileşimi olan endorfinlerin salınımı ilkesine dayanır. Endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyaranların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal korddaki narkotik reseptörlere tutunurlar. Kan ve spinal sıvıya da geçen endorfinler, ağrı liflerini uyaran histamin, bradikinin gibi kimyasal maddelerin salınımını

baskılayarak ağrı algılanmasını azaltmaktadır (Kocaman 1994, Aslan 2006, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

1.3.3. İnteraktif Ağrı Teorisi

Ağrı teorileri, ağrının çok boyutlu özelliğini anlamada yardımcı olmakla birlikte ağrı giderilmesine yardımcı olan ya da engelleyen karmaşık etkileşimi açıklamada yetersiz kalmaktadır. Ağrı ve ağrının giderilmesini anlamak için bakım sisteminin önemli bir değişken olduğu unutulmamalıdır. Ağrısı olan ve ona cevap veren hastalar çeşitli sosyal sistemlerin (aile, kültür, bakım sistemi) içindedir ve sistemler, ağrının algılanmasını, yorumlanmasını, ifade ediliş biçimini ve ağrı giderilmesinde yapılacak/yapılmayacak uygulamaları etkilemektedir. Ayrıca bu sosyal sistemler, hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenlemekte ve ağrı giderilmesini etkilemektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2012, Dikmen 2013).

1.4. Ağrının Fizyolojisi

Ağrıya ilişkin mekanizmaları anlayabilmek için nosisepsiyon kavramının bilinmesi gerekir. Nosisepsiyon; doku hasarı ve ağrı algılaması arasında oluşan karmaşık bir dizi elektrokimyasal olayın tümünü birden tanımlar. Ağrı, nosisepsiyon içinde bir algılanma olayıdır ve diğer algılar gibi nörosensoriyal aktivite ve organik, psikolojik faktörler arasındaki etkileşim tarafından belirlenir (Dikmen 2013).

Ağrı algılamasının başlangıç noktası primer afferent nosireseptörlerdir (özelleşmiş sinir uçları). Ağrının algılanması, periferde bulunan ağrıya hassas nosiseptörlerin aktivasyonu veya hasar görmüş dokulardan salınan mediyatörler tarafından medulla spinalise afferent iletimi ve dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere ileti aşamaları ile gerçekleşir. Ağrı 4 aşamada algılanır.

1. Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinirlerin sensoriyal uçlarında, stimulusun elektiriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır.
2. Ağrının iletilmesi (Transmisyon): İlgili yapılardaki bilginin santral sinir sistemine iletilmesidir.
3. Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon): Transmisyon iletisinin inen nöral yolaklar ile azaltılmasıdır.
4. Ağrının algılanması (Persepsiyon): Bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve sübjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişen, uyarıların algılandığı

son aşamadır (Guyton ve Hall 2007, Kervancıoğlu 2010, Bulut 2013, Dikmen 2013).

1.5. Cerrahi Girişim Sonrası Ağrı

1.5.1.Cerrahi Girişim Sonrası Ağrı Tanımı ve Prevalansı

Cerrahi girişim sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren, derecesi kadar insizyonun tipi ve genişliği ile doğrudan ilişkili olan akut bir ağrıdır. Cerrahi girişim sonrası 12. ve 36. saatler arasında en fazla hissedilen, ikinci ve üçüncü günlerde azalmaya başlayan bir durumdur (Mac Lellan 2004, Smeltzer ve ark 2008, Türgay 2011). Dünyada her yıl yaklaşık 50 milyon insana cerrahi girişim uygulandığı ve bunların hemen hemen tümünde hastaların değişik derecelerde ağrı deneyimlediği bilinmektedir (Aslan 2011). Cerrahi girişim sonrasında deneyimlenen ağrının şiddetine yönelik yapılan araştırmalarda, hastaların orta dereceden şiddetliye doğru değişen aralıklarda ağrı deneyimledikleri belirtilmiştir (Huang ve ark 2001, Idvall ve ark 2002, Sawyer ve ark 2008, Topcu ve Findik 2012, Çelik 2013).

Son 20 yılda cerrahi girişim sonrası ağrının kontrolü için gerek yeni ilaçlar gerekse yeni yöntemler bulunmasına rağmen halen yayınlarda uygulamaların yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Cerrahi girişim sonrası ağrı kontrolünün yetersiz olmasının birçok nedeni vardır. Bu nedenler;

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

- ✓ Yaşlı hastaların ağrıyı yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak görmeleri veya iyi hasta olma düşüncesinde olmaları nedeniyle ağrılarını bildirmemeleri,
- ✓ Cerrahi girişim sonrası erken dönemde analjeziklerin intramüsküler kullanılması,
- ✓ Ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirenin olmaması,
- ✓ Ağrı kontrolü için gereksinim duyulan zamandan sonra istem edilmesi ve uygulanması için geçen sürenin çok uzun olmasıdır (Aslan 2006, Aslan 2011).

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 kısalır ve maliyet azalır. Hekim ve hemşirelerin orta şiddetli ağrıya yaklaşımları, genellikle ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak değil, kısmen azaltmak olmaktadır. Bu durumun nedeni, cerrahi girişim sonrası ağrıyı geçirilen girişimin doğal sonucu olarak görmeleri, çekilmesi ve dayanılması gerektiği şeklinde yorumlamalarıdır. Ayrıca ağrı yönetiminde cerrah, anestezist ve hemşire arasında uyumlu bir ekip çalışması olmadığında, cerrahi girişim sonrası ağrı tedavisi yeterince ve gereğince yapılamamaktadır (Arslan ve Çelebioğlu 2004, Aslan 2006, Aslan ve ark 2007, Aslan 2011, Akyolcu 2012).

1.5.2.Cerrahi Girişim Sonrası Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Cerrahi girişim sonrası ağrının ortaya çıkışında pek çok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörler;

- ✓ Hastanın cerrahi girişimi kabullenmemesi,
- ✓ Önceki ağrı ve cerrahi girişim deneyimleri,
- ✓ İnsizyona bağlı kas dokusu yıkımı,
- ✓ Özellikle batın ve toraksa uygulanan cerrahi girişimlerde hareket, derin nefes alma ve öksürme sırasında kasların kullanımı,
- ✓ Cerrahi girişime ilişkin yerleştirilen tüp ve drenlerin cilt ve kaslarda iritasyona neden olması,
- ✓ Hareket etmede yetersizlik nedeniyle distansiyon,
- ✓ Kişisel bakım uygulamaları,

- ✓ Pansuman değişimi,
- ✓ Cerrahi girişim sonrası yetersiz analjezi kullanımı,
- ✓ İnsizyon bölgesi başta olmak üzere vücudun herhangi bir alanında serum ve kan toplanması sonucu oluşan bası,
- ✓ Aşırı sıkı sütur konulması,
- ✓ Kötü yerleştirilmiş tüp ve drenler,
- ✓ Yara ayrılması,
- ✓ Yara sepsisi ve intraabdominal abseler,
- ✓ Sternum ve kosta gibi stabil olmayan alanlara ilişkin kırıklar,
- ✓ Nazogastrik dekompresyonda yetersizlik sonucu gastrik ya da intestinal distansiyon,
- ✓ Uygun olmayan çevre ve pozisyon nedeniyle gelişen mesane distansiyonu,
- ✓ Flebit ve tromboemboli,
- ✓ Pankreatit, kolesistit, angina pektoris ve miyokardiyal infarktüstür (Aslan 2006, Aslan 2011).

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

- ✓ Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak 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. Anksiyete ve korkunun ameliyat sonrası ağrıda önemli bir belirleyici olduğu kabul edilmektedir (Aslan 2006, Aslan 2011).

1.5.3.Cerrahi Girişim Sonrası Ağrının Sistemler Üzerine Etkisi

Cerrahi girişim sonrası şiddetli ağrıya bağlı olarak akciğer volümünün azalması, miyokardiyal iskemi, mide-bağırsak ve üretra-mesane hareketlerinde

yavaşlama gibi fiziksel etkiler ile birlikte anksiyete ve korku gibi psikolojik etkiler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, cerrahi girişim sonrası ağrı yönetimi karmaşık ve zor bir durumdur (Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Macintyre ve Schug 2007, Smeltzer ve ark 2008, Aslan 2011).

- **Solunum sistemi:** Özellikle batın ve toraksa uygulanan cerrahi girişimlerden sonra ağrı, derin inspiryum ve öksürüğü kısıtlar. Bu durum, akciğer vital kapasitesinde, fonksiyonel rezidüel kapasitede ve zorlu ekspiratuvar volümde azalmaya neden olur. Solunum sisteminin etkin fonksiyon görememesine bağlı olarak cerrahi girişim sonrası hastada hipoksi, atelektazi ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişir (Aslan 2006, Macintyre ve Schug 2007, Smeltzer ve ark 2008).

- **Endokrin ve metabolik sistem:** Cerrahi girişim sonrası ağrının oluşturduğu stres sonucu katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlar azalır. Bu değişiklikler; sodyum ve su retansiyonuna, kan şekerinde, serbest yağ asitlerinde, keton cisimleri ve laktat asit düzeyinde artmaya neden olur. Bu olaylar devam ederse katabolik bir durum ve negatif nitrojen dengesi meydana gelir (Aslan 2006, Smeltzer ve ark 2008, Aslan 2011).

- **Kardiyovasküler sistem:** Şiddetli ağrı, sempatik sinir sistem aktivitesinin ve katekolaminlerin plazma yoğunluklarının artmasına neden olarak, sistemik vasküler direnç, kan basıncı ve miyokardın oksijen tüketimini artırır. Miyokard iskemisi ve infarktüs riski artabilir (Aslan 2006, Macintyre ve Schug 2007, Smeltzer ve ark 2008).

- **İskelet ve kas sistemi:** Erken ayağa kalkmayı engelleyen şiddetli ağrı nedeniyle hareketliliğin azalması, tromboembolik komplikasyon riskini artırır. Ayrıca, artmış sempatik aktivite alt ekstremitelerde kan akımının azalmasına, derin ven trombozu riskinin artmasına neden olur (Aslan 2006, Macintyre ve Schug 2007, Smeltzer ve ark 2008, Aslan 2011).

- **Gastrointestinal sistem:** Sempatik sistem aktivitesinin artması, gastrointestinal motilite ve splenik dolaşımda azalmaya yol açar (Aslan 2006, Macintyre ve Schug 2007,Smeltzer ve ark 2008, Aslan 2011).

- **Üriner sistem:** Ağrı, üretra ve mesanede motilite azalmasına neden olarak idrar yapmayı güçleştirir (Aslan 2006, Macintyre ve Schug 2007, Aslan 2011).

- **Psikolojik etkiler:** Tedavi edilmeyen ağrı; anksiyete, korku, uykusuzluk ve yorgunluğa neden olabilir. Agresif ve saldırgan davranış, anksiyete ve ağrı varlığına işaret edebilir (Macintyre ve Schug 2007).

1.6.Ağrı Yönetimi

Cerrahi girişim sonrası ağrı yönetiminin amacı, hastanın rahatsızlığını en aza indirmek veya ortadan kaldırmak, iyileşmesini kolaylaştırmak, ağrıya verilen otonomik ve somatik refleksleri engellemek, hastanın rahat bir şekilde aktivitelerini yapmasını sağlamaktır. Ağrının kontrolüyle hastanede kalış süresi azaltılıp, iyileşme süresi kısaltılabilir (Yeğül 1993, Kanan 1998).

1.6.1. Ağrının Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

Cerrahi girişim sonrası ağrı kontrolü farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri ile yapılmaktadır. Ağrı yönetiminde en çok kullanılan yöntem ise farmakolojik tedavidir. Cerrahi girişim sonrası ağrı kontrolünde çok sık kullanılan farmakolojik ilaçlar; intramüsküler, intravenöz, subkütan, oral, rektal, transmukozal, epidural, hasta kontrollü analjezi (HKA) ve sinir blokları şeklinde kullanılmaktadır (Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Aslan 2011). Farmakolojik yöntemlerle ağrı yönetiminde, uygulanması gereken bazı ilkeler vardır. Bu ilkeler;

- ✓ İlaçlar etkili dozda kullanılmalı,
- ✓ Narkotik korkusundan vazgeçilmeli,
- ✓ Analjezikler " gerektiğinde" değil "saatinde" uygulanmalı,
- ✓ İlaç dozu, hastanın gereksinimine göre bireyselleştirilmeli,
- ✓ İlacın etkisi değerlendirilmeli,
- ✓ Doz, ağrının süresine ya da alışkanlığa göre değil, ağrının şiddetine göre ayarlanmalı,
- ✓ Hasta için en uygun verilme yolu kullanılmalı,
- ✓ Hasta kontrollü analjezi uygulanacaksa; cihaz hastaya tanıtılmalı, alarm ve butonlar konusunda bilgi verilmelidir (Arslan ve Çelebioğlu 2004).

Ağrı yönetiminde kullanılan ilaçlar

- **Narkotik olmayan analjezikler:** Bu grupta yer alan parasetamol, salisilik asit, metamizol ve nonsteroid antiinflamatuar (indometazin, diklofenak, tenoksikamin, ibuprofen vb.) ilaçlar, hafif veya orta dereceli ağrı tedavisinde, tek başına veya opioidler gibi diğer analjeziklerle beraber kullanılmaktadır. Ayrıca, bu ilaçlar epidural, periferik sinir bloğu gibi tekniklerle birlikte de yaygın bir biçimde uygulanmaktadır (Aslan 2006, Smeltzer ve ark 2008, Aslan 2011).

- **Narkotik olan analjezikler:** Opioidler orta veya şiddetli ağrının tedavisinde kullanılan en önemli ilaçlardır. Petidin, metadon, morfin, eroin, kodein, hidromorfon, buprenorfin, nalbufm, butorfanol en çok kullanılan opioidlere örnek olarak verilmektedir. Opioidler etkilerini, beyin, omurilik ve vücudun diğer bölgelerindeki özgün opioid reseptörlerine bağlanarak göstermektedirler (Ersek ve Poe 2004, Smeltzer ve ark 2008).

- **Adjuvan analjezikler:** Bölgesel analjezi akut ağrının giderilmesinde en etkili yöntemlerden biri olarak gösterilmektedir. Epidural, spinal, paravertebral, periferal sinir bloğu, yara infiltrasyonu, plevra içine ve eklem içine analjezik uygulanmaktadır.

İlaçların uygulama şekilleri

- **Hasta kontrollü analjezi (HKA):** HKA, önceden hazırlanmış analjezik dozunun, hastanın kendi yönetiminde verilmesini içerir. HKA ile narkotik ve narkotik olamayan analjeziklerin birlikte kullanımı yaygın olarak tercih edilmektedir. Sıklıkla intravenöz, oral ve epidural yol kullanılır. HKA'de bir defada alınacak analjezik dozun yanı sıra ilacın hangi aralıklarla alınacağı da belirlenerek infüzyon pompası bu aralığa göre ayarlanır. Böylece sık kullanılma riski elimine edilmiş olur. Uygulamada karşılaşılabilecek olumsuzlukları gidermek için hastaların infüzyon pompasını anlama ve kullanma yetisi dikkate alınarak, mutlaka eğitilmeli ve güvenlik önlemleri alınmalıdır (Aslan 2011, Akyolcu 2012, Dikmen 2013). İlaç tedavisinin hastanın kendi kontrolünde olması anksiyetesini azaltarak ağrı kontrolüne yardım eder. Bu yöntemle, plazmadaki ilaç konsantrasyonunda oluşabilecek değişimler en aza indirgenir (Mcguire 2006).

- **Preemptif analjezi:** Ağrı ortaya çıkmadan kanda analjezi seviyesinin idame şekilde sürdürülmesidir. Genel anestezi altında cerrahi girişim uygulanan hastalarda tercih edilmektedir. Ağrı başlamadan önce analjezi uygulanmaya başlanır (Alon ve Knessl 2000).

- **Epidural Analjezi;** analjezik ilaçların spinal kordun çevresindeki epidural boşluğa yerleştirilen bir kateter yolu ile infüzyonunu içerir. Epidural analjezinin amacı, ilacın doğrudan spinal korddaki opioid (uyuşmayı algılayan) reseptörlere gönderilmesini sağlamaktır. Aralıklı ya da sürekli verilebilir, hemşire tarafından izlenir. Uygulama tekniği ve etkinliği, ilacın dolaşımdaki sürekli düzeyi ve total azalmış dozu ile belirlenir. Toraks, kadın doğum ve büyük abdominal cerrahi girişimlerde uygulanır (Akyolcu 2012, Dikmen 2013).

1.6.2. Ağrı Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Son yıllarda ağrının iletimi ve algılanmasında, hasta konforunun sağlanmasında önemli etkiye sahip olduğu gösterilen farmakolojik olmayan yöntemlerin, tedavi planının önemli uygulamaları arasında yer aldıkları görülmektedir. Bu yöntemler arasında periferal ve bilişsel teknikler ele alınmaktadır (Aslan 2006).

Periferal Yöntemler

Bu teknikler arasında genellikle, soğuk, sıcak uygulama, masaj, egzersiz, terapötik dokunma, vibrasyon, TENS (Transkütanoz Elektriksel Sinir Stimulasyonu) yer almaktadır. Bu uygulamaların en önemli avantajı; hemşireler tarafından kolayca uygulanabilmesi, hasta veya ailelere kolayca öğretilebilmesidir. Bu yöntemler uygun kullanıldığında, akut ağrıda rol alan inflamasyon, ödem, kas spazmı, ilerleyen doku hasarı, fonksiyon kaybı gibi sekonder patolojiler üzerinde etkilidirler (Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Dikmen 2013).

Bilişsel Davranış Yöntemleri

Bilişsel davranış yöntemleri genellikle gevşeme (hipnoz, meditasyon, yoga), düşleme ve müzik dinleme gibi yöntemler, kognitif stratejilerle dikkatin ağrıdan başka alanlara kaydırılmasını sağlayan uygulamaları, bilgilendirmeyi kapsamaktadır (Mac Lellan 2004, Aslan 2006).

1.7. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Etkin cerrahi girişim sonrası ağrı yönetimi; birey merkezli/bireye özgü bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirilebilir. Ağrı yönetiminde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan temel noktalar; hasta ile diğer sağlık görevlileri arasında köprü oluşturmaları, sağlık ekibi içerisinde ağrılı hasta ile uzun süre birlikte olmaları ve girişim sonrası dönemde ağrının tanılanmasında, kontrol altına alınmasında, başa çıkma yollarının uygulanmasında ve hastaya öğretilmesinde hastayı yakından izlemesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşımı sağlamasıdır (Aslan ve Badır 2005, Ay ve Alpar 2010, Dikmen 2013). Bu nedenle, hemşirelerin geliştirilmiş bakım girişimleri ile ağrı yönetimi yapmaları son derece önemlidir (Dikmen 2013).

1.7.1. Hemşirelik Süreci Doğrultusunda Ağrı Kontrolü

Tanılama

Ağrının kişiye özgü bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (Pasero ve McCaffery 2000, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Conk ve ark 2013). Tanılama aşaması; cerrahi girişim öncesi dönemden itibaren başlayıp hasta taburcu oluncaya kadar geçen süreci kapsamaktadır. Ağrısı olan hastanın tanılanmasında hemşire, ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlangıç süresi, hastanın ağrıyı ifade etme şekli, ağrıyı azaltan-arttıran durumlar ve ağrının hasta üzerindeki etkilerine yer vermeli, sözsüz ve otonomik ağrı yanıtlarını değerlendirmelidir. Tanılama süreci, ağrı hikayesi alınmasını ve ağrının belirti ve bulgularının incelenmesini içerir. Ağrı hikayesinin alınmasında bireyin yaşantısı boyunca geçirmiş olduğu ağrı deneyimleri, ağrının lokalizasyonu, süresi ve şiddeti hemşirenin ağrı tanılamasında kullanacağı en önemli veri kayaklarıdır (Dikmen 2013). Kendini ifade edemeyen hastalar ise aşağıdaki belirtiler yönünden izlenmelidir;

- ✓ Ağrıya neden olan işlemlerin yapılması ya da patolojik durumların varlığı,
- ✓ Fizyolojik tepkilerin bulunması,
  - Terleme,

- Kan basıncı ve nabızda değişimler,
- Pupil dilatasyonu,
- Solunum hızında değişimler,
- Ağrılı vücut bölgesini koruyucu davranma,
- Yüzünü buruşturma/suratını ekşitme,
- İnleme/ağlama,
- Huzursuzluk,
- Yaşlı hastalarda konfüzyon artışı,

✓ Vekilinin (aile/bakım vericinin bildirimi),

✓ Bir analjezik denemesine yanıt vermesi (Öztekin 2011, Carpenito-Moyet 2012).

Ağrının Değerlendirilmesinde Ölçek Kullanımı: Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının "var" ya da "yok" olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir (Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Aslan 2011). Ağrı şiddetini değerlendirmede hemşireler, mutlaka hastanın gelişim düzeyi ve yaşına göre ağrı değerlendirme ölçüm araçları kullanmalıdır. Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrının şiddetini ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmekte, hasta ve hastanın bakımını sürdüren sağlık ekibi üyeleri arasında farklı yorumlamanın ortadan kalkmasını sağlamaktadır. Bunun yanında hangi ölçüm aracı kullanılırsa kullanılsın unutulmaması gereken nokta, cerrahi girişim öncesi ve sonrasında aynı hastaya aynı ölçüm aracının kullanılması gerektiğidir (Dikmen 2013). Günümüzde ağrı ölçümünde, tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır (Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Aslan 2011).

- **Tek Boyutlu Ölçekler:** Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (Aslan 2006, Aslan 2011, Dikmen 2013). GKÖ, özellikle akut ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir bir ölçektir (Dikmen 2013).

- **Çok Boyutlu Ölçekler:** Çok boyutlu ölçekler, ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla kullanılır (Melzack ve Katz 1992). "McGill Melzack Ağrı Soru Formu" (MASF), ve Sözsüz Ağrı Skalası (Nonverbal Pain Scala-NVPS) (Melzack ve Katz 1992, Mac Lellan 2004, Aslan 2006, Smeltzer ve ark 2008, Törüner ve Büyükgönenç 2012, Conk ve ark 2013).

Hemşirelik Tanısı

Ağrı deneyimleyen hastalar için hemşirelik tanısı, hastanın kapsamlı tanılanmasına bağlıdır. Çünkü ağrı, bireysel bir deneyimdir. Ağrı kayıtlarında hasta hakkında aynı tıbbi tanı koyulmuş olsa bile hastaların ağrıya gösterdikleri tepkiler, hastadan hastaya değişim gösterebilir. Ağrı, hastanın yaşamının farklı boyutlarını etkilediği için birçok soruna da neden olabilir. Bunlar:

- ✓ Anksiyete ve korku,
- ✓ Baş etme mekanizmalarının yetersizliği,
- ✓ Fiziksel hareketlerde azalma,
- ✓ Kendi kendine beslenememe,
- ✓ Halsizlik, boş zamanlarını değerlendirememe,
- ✓ Kendi günlük bakım ve hijyenini sağlayamama,
- ✓ Ağrının neden olduğu hareketsizliğe bağlı konstipasyon,
- ✓ Cinsel isteksizlik,
- ✓ Uyku bozukluğu,
- ✓ Sosyal izolasyon,
- ✓ Bilgi eksikliği,
- ✓ Yorgunluk
- ✓ Güçsüzlük
- ✓ Düşünme sürecinde bozulmadır (Carpenito-Moyet 2012, Dikmen 2013).

Hemşire hasta hakkında bilgi toplarken bu olası sorunlara karşı uyanık olmalıdır. Ayrıca hemşire ağrıyı değerlendirirken ağrının subjektif ve objektif tanımlayıcı özelliklerini de değerlendirmelidir. Ağrının subjektif tanımlayıcı özellikleri; hastanın ağrısını sözel olarak ifade etmesidir. Ağrının objektif tanımlayıcı özellikleri ise; rahatsızlık-ajitasyon, otonomik yanıtların yaşam bulgularında değişikliğe neden olduğuna dair göstergeler, çeneyi ya da yumruğunu sıkma, ağrılı

bölgeyi sürtme-ovma, homurdanma, yüz buruşturma, kendine odaklanma, alışılmamış postür (dizleri abdomene çekme), dokunulduğu zaman çekme, gözlerini sıkıca kapama ya da fazlaca açık tutma, fiziksel hareketsizlik, konstipasyon, uyku örüntüsünde değişiklikler, iştah ve yemede değişiklikler, bulantı-kusma, yeniden yaralanmaya karşı duyulan korkudur. Ayrıca hemşire, girişimlerinin planlanabilmesi için ağrının ilişkili olduğu faktörü de belirlemelidir. Cerrahi girişim sonrası ağrının en önemli nedeni, cerrahi girişime bağlı doku travmasıdır (Carpenito-Moyet 2012, Dikmen 2013).

Planlama

Ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılması, hemşirenin önemli sorumluluklarından biridir. Hemşirenin, ağrının bireyin yaşamı üzerindeki etkisini anlayabilmesi kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi ile başlar. Hemşirelik süreci, ağrı yönetiminde sistematik bir yöntemin hastaların büyük çoğunluğunda ağrı kontrolü sağlayacağını ortaya koyar. Bu süreç, hastanın algılarını ve ağrıya tepkilerini ortaya koymada farklılıkların anlaşılmasını sağlayarak ağrıya yönelik müdahalelerin bireyselleştirilmesini kolaylaştırır. Her hastanın kendi başına bir birey olarak görülmesi en üst düzeyde bir bakımın planlanması için önemlidir. Hemşire bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştirmek için hemşirelik sürecini kullanır (Aslan 2011, Kutlutürkan 2011, Carpenito-Moyet 2012, Dikmen 2013).

Ağrı yaşayan hastada uygulanacak hemşirelik bakım planı ağrı değerlendirmesi ve yönetimine bağlı olmalıdır. Bu planda başarının sağlanması için, öncelikle belirli bir zaman içinde gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Belirlenecek muhtemel hedeflerden birisi "hastada 2 gün içinde 1 ila 10 aralığında 3. dereceden az olan bir ağrı durumunun sağlanması" olabilir. Bu nedenle ulaşılmak istenen amaçlar, gerçekçi olmak zorundadır (Dikmen 2013). Planlama aşamasında mutlaka girişimlerin uygulanmasından sonra, değerlendirmede kullanılacak beklenen hasta sonuçlarının belirlenmesi önemlidir. Akut ağrıya yönelik beklenen hasta sonuçları;

- ✓ Hasta ağrısının tam ya da kısmen hafiflediğini ifade eder.
- ✓ Hastanın ağrı ile baş edebilmesi için baş etme stratejileri geliştirilir
- ✓ Hastanın ağrıya eşlik eden anksiyete ve depresyon durumu azalır

- ✓ Sözel olmayan davranışlar örneğin gevşemiş yüz ifadesi, gözlerini kısarak bakmanın olamaması ağrıda azalmayı gösterir.
- ✓ Hastanın fonksiyonları ilerler: Bu ilerleme, uyku, beslenme, fiziksel aktivite ve bireysel ilişkilerde görülür (Kutlutürkan 2011, Dikmen 2013).

Hemşirelik Girişimleri

Akut ağrıda uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır;

- ✓ Hasta bir bütün olarak ele alınmalıdır (Aslan 2006, Dicle 2007).
- ✓ Hastanın ağrısı cerrahi girişim sonrası ilk 24-72 saat 2-4 saatte bir, daha sonra hastanın gereksinimine göre 4-8 saatte bir izlenmelidir (Kutlutürkan 2011, Öztekin 2011).
- ✓ Ağrının özelliklerinin değerlendirilmesi yapılırken ağrıyı azaltan ve artıran faktörler, ağrının yeri, şiddeti (ağrı şiddetini değerlendiren ölçekler kullanılmalı), süresi, ağrı ve uyku durumu, ağrının özelliği ya da niteliği (nöropatik, nosiseptif, visseral), ilişkili olduğu semptomlar (örn. baş dönmesi, baş ağrısı, mide bulantısı, terleme, nefes darlığı, kusma), ağrının başlama noktası değerlendirilmelidir (Mac Lellan 2004, Dicle 2007, Smeltzer ve ark 2008, Kutlutürkan 2011, Akyolcu 2012, Carpenito-Moyet 2012).
- ✓ Reçete edilen analjezik ilaçlar zamanında uygulanmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir (Dikmen 2013).
- ✓ Hastanın özelliklerine ve genel durumuna uygun farmakolojik olmayan yöntemler uygulanmalıdır (sıcak soğuk uygulamalar, gevşeme teknikleri, müzik dinletme) (Mac Lellan 2004, Dicle 2007, Kutlutürkan 2011, Carpenito-Moyet 2012, Dikmen 2013).
- ✓ Pozisyona bağlı ağrı azaltılmalıdır. Özellikle abdominal ağrıda, bacakların karına doğru çekilmesi abdominal kas irritasyonunu azaltarak ağrının azalmasını sağlar (Dicle 2007).
- ✓ Bireye gün boyunca dinlenme fırsatları ve geceleri kesintisiz uyku olanağı sağlanmalıdır. Özellikle birey, ağrısı az olduğu zamanlarda kesinlikle dinlenmelidir.
- ✓ Hastanın korkuları tanımlanmalı, bunları gidermek için girişimler planlanmalıdır (Dicle 2007, Dikmen 2013).

- ✓ Ağrının artmasına yol açan nedenler (iştahsızlık, konstipasyon, dizüri gibi) için planlama yapılmalıdır (Dicle 2007).
- ✓ Hastanın daha önceki ağrı deneyiminde ağrısını azaltan girişimler sorulmalı ve buna benzer bilgiler için hastanın kayıtları incelenmelidir (Aslan 2006, Dicle 2007, Smeltzer ve ark 2008).
- ✓ Hasta, hasta yakınları ya da ekip üyelerinin yanlış inançları ve nedenleri saptanmalı, yanlış bilgiler düzeltilmeli, bu konuda eğitim verilmelidir.
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.
- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının bilgi eksikliği giderilmelidir (Aslan 2006, Dicle 2007).
- ✓ Hasta ve yakınları ağrı yönetiminde kullanılan analjeziklerin olası yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir (Smeltzer ve ark 2008).

Değerlendirme

Girişimler uygulandıktan sonra, hasta yanıtları ve değerlendirme bulguları sürekli kaydedilmelidir. Değerlendirme sonucunda belirlenen hedeflere ulaşılamadığında ortaya çıkan yetersiz ağrı kontrolü, hastanın fonksiyonlarında yavaşlama, farmakolojik ya da farmakolojik olmayan yöntemlerin yan etkileri rapor edilmelidir. Duyusal, davranışsal ve bilişsel yanıtları, tedavi öncesi ve sonrasında kıyaslanmalı, ağrının tedaviye yanıtı konusunda son sözün hastaya ait olduğu unutulmamalıdır. Eğer ağrı tedaviye cevap vermediyse, hastadan alınan veriler tekrar gözden geçirilmeli ve yeniden planlama yapılmalıdır (Aslan 2006, Çöçelli ve ark 2008, Carpenito-Moyet ve ark 2012, Dikmen 2013). Değerlendirmede mutlaka ölçek kullanılmalıdır (Kutlutürkan 2011).

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Türü

Bu tanımlayıcı tipteki araştırma, abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların cerrahi girişim sonrası ağrı deneyimleri ve ağrı kontrolüne yönelik yapılan hemşirelik girişimlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Karaman il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Karaman İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Karaman Devlet Hastanesi'nin Genel Cerrahi, Üroloji ile Kadın Hastalıkları ve Doğum servislerinde 1 Mayıs-30 Ağustos 2013 tarihleri arasında yapıldı. Karaman Devlet Hastanesi, şehir merkezinde olup 411 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanenin genel cerrahi servisinde 32 yatak olup, 11 hemşire ve 7 doktor; 12 yataklı üroloji servisinde 5 hemşire ve 1 doktor, 20 yataklı Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde 6 hemşire ve 5 doktor çalışmaktadır.

2.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Karaman Devlet Hastanesi'nin Genel Cerrahi, Üroloji ile Kadın Hastalıkları ve Doğum servislerinde abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar oluşturdu. Hastanenin verilerine göre, 01 Ocak 2012–31 Aralık 2012 tarihleri arasında Genel Cerrahi Servisinde 1344, Üroloji Servisinde 755, Kadın Hastalıkları ve Doğum servislerinde 380 olmak üzere toplam 2479 abdominal cerrahi girişim yapılmıştır. Örnekleme alınacak hasta sayısını belirlemek için evreni belli olan örneklem büyüklüğü formülü kullanıldı (Alpar 2006, Vaajoki ve ark 2011). Hesaplama sonucunda 93 hastanın araştırmaya alınması gerektiği belirlendi. Araştırmanın örneklemine, araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım izni alınan ve örnek seçim ölçütlerine uyan103 hasta alındı.

Örnek Seçim Ölçütleri

- 18-65 yaş arasında olma,
- Kanser dışında herhangi bir tıbbi tanı nedeni ile abdominal cerrahi girişim geçirme,

- Genel anestezi alma,
- Kronik ağrıya bağlı tedavi kullanmama,
- Cerrahi girişim sonrası en az 24 saat hastanede yatma,
- Mental ve psikolojik bir hastalık tanısı bulunmama,
- Elektif (planlanmış) cerrahi girişim geçirmedir.

2.4.Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık öyküsü, ağrı ile ilgili özellikleri ve ağrı kontrolüne yönelik servislerde yapılan hemşirelik girişimlerine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik (Bkz. EK-A) soru formu kullanıldı.

2.4.1.Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Dahlman ve ark 1999, Sandoval 1999, Klopfenstein ve ark 2000, Özer ve Bölükbaş 2001, Idvall ve ark 2002, Botti ve ark 2004, Wang ve Keck 2004, dvall ve ark 2005, Sloman ve ark 2005, Dicle 2007, Idvall ve Berg 2008, Carpenito-Moyet 2012, Koçoğlu ve Özdemir 2011, Yılmaz ve Gürler 2011, Çelik 2013) oluşturulan tanılama formunda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık öyküleri ile ağrı ile ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer aldı.

Sosyo-demografik özellikler bölümünde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, en uzun süre yaşanılan yer, gelir durumu ve aile tipine ilişkin dokuz sorudan oluştu.

Sağlık özellikleri bölümünde, daha önce cerrahi girişim geçirme durumu, geçirilen cerrahi girişim, kronik hastalık durumu, yatılan klinik, tıbbi tanı, şu an geçirilen cerrahi girişimin türü ve cerrahi girişim sonrası kaçıncı günde olduğuna ilişkin yedi soru yer aldı.

Ağrı ile ilgili özellikler bölümü ise; normal yaşamlarında çok sık ağrı deneyimleme ve ağrıyla baş etme durumu, cerrahi girişim sonrası ağrı yaşama durumu, cerrahi girişim sonrası deneyimlenen ağrının beklenen şiddette olup olmadığı, GKÖ'ye göre deneyimlenen ağrının şiddeti, deneyimlenen ağrının

şiddetini tanımlayan ifade, ağrının yeri, en çok ağrı yaşanılan durumlar, en çok uygulamakta zorlanılan aktivite, ağrının şiddetinin değişme durumu, ağrının süreklilik durumu ve ağrıyı hafifleten uygulamalara yönelik on üç sorudan oluştu.

2.4.2.Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri Formu

Hastaların cerrahi girişim sonrası ağrılarının kontrolüne yönelik hemşireler tarafından yapılan uygulamaları değerlendirmeleri amacıyla hazırlanan bu form üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm; hemşirenin hastanın ağrısına yönelik veri toplaması kapsamında; hastanın hemşireye ağrısını rahatlıkla iletebilme durumu, cerrahi girişim sonrası hemşirenin hastanın ağrısını sık sık kontrol etme durumu, ağrıyla ilgili ayrıntılı bilgi alma durumu, ağrının şiddetini değerlendirirken ölçek kullanma durumu, ağrının niteliğini değerlendirme durumu, ağrıyan bölgeyi inceleme durumu, normal yaşamda ağrı ile baş etme sorma durumunu değerlendiren sekiz soru yer aldı.

İkinci bölüm; ağrıyı rahatlatmaya yönelik hemşirelik girişimlerini değerlendirilmesini amaçlayan yirmi sorudan oluştu. Bu sorular; hemşirenin hastanın ağrı ifadesine inanma, ağrının nedenlerini açıklama, ağrının ne kadar süreceği hakkında bilgi verme, cerrahi girişim öncesinde ağrı şiddetinde artma ve azalma yaşanabileceğini ve bunun nedenlerini anlatma, ağrıya neden olan aktiviteler ve bu aktiviteler sırasında neler yapılması gerektiğini anlatma, cerrahi girişim öncesi ve sonrası ağrının nasıl giderileceği konusunda bilgi verme, cerrahi girişim sonrasında ağrının nasıl tedavi edilmesini istediği hakkında konuşma, ağrı deneyimi ile ilgilenme, ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon almaya yardım etme, ağrıyı rahatlatmak için sıcak-soğuk uygulama, masaj yapma, kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırma müzik dinletme ve düşleme yapma için cesaretlendirme, rahat uyuyabilme için sessiz ve sakin bir ortam oluşturma, ağrının giderilmesinde savunucu olarak hareket etme, ağrı kesici ilaçlara gereksinim duyulduğunda hızlı bir şekilde ilacı uygulama, ağrı kesici sorulmasa dahi ağrı kesici ilaç uygulama, ağrı kesicilerin etkilerinden memnun oluncaya kadar ağrı tedavisinde yardım etme durumlarından oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde ise**;** ağrı kontrolüne yönelik yapılan uygulamaların değerlendirilip değerlendirilmediği sorgulandı. Ayrıca hastalara "hemşirelerin

yaptıkları uygulamalar dışında, ağrıyı daha fazla azaltabilecek bir uygulama olup olmadığı" sorusu da yer aldı.

2.5.Ön Uygulama ve Verilerin Toplanması

Veri toplama formları araştırma öncesi, veri toplama formunun anlaşılırlığı ve işlevselliğini saptamak için araştırmanın yapıldığı hastanede abdominal cerrahi girişim geçiren 10 hasta ile yüz-yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulandı. Elde edilen veriler doğrultusunda anketin görünümü üzerinde düzenlemeler yapılarak hastaların sosyo-demografik ve sağlık özelliklerini belirlemeye yönelik oluşturulan tanıtıcı bilgi formu soru kağıdı oluşturuldu. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırma örneklemi dışında bırakıldı. Abdominal bölgeye uygulanan cerrahi girişim sonrası orta ve şiddetli ağrının 1-4 gün (ortalama 2,5 gün) olduğunu (Huang ve ark 2001, Chia ve ark 2002, Çetinkaya ve Karabulut 2010, Çelik 2013) ve cerrahi girişim sonrası ilk 24-48 saat içinde hastalardaki ağrı düzeyinin en yüksek değerde bulunduğunu, daha sonra giderek azaldığını belirten literatür bilgileri doğrultusunda araştırmanın verileri, cerrahi girişim sonrası ikinci günden itibaren hastanın soruları yanıtlamayı kabul ettiği ve rahat olduğu en uygun zamanda, ortalama 15 dakika süren yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplandı.

2.6.Araştırmanın Değişkenleri

2.6.1.Bağımlı Değişken

Hastaların cerrahi girişim sonrası ölçülen ağrı şiddetidir.

2.6.2.Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik özellikleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi.
- Sağlık öyküleri: Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu, kronik hastalık durumu, girişim sonrası kaçıncı günde olduğu.

2.7. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Ağrı skalası ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ile

Bonferroni düzeltmeli Kruskall-Wallis testi kullanıldı. Araştırmada anlamlılık düzeyi p=0,05 olarak kabul edildi. Gruplar arası farklılık incelenirken p<0,05 olması durumunda gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu kabul edildi.

2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Karaman Devlet Hastanesi Genel Cerrahi, Üroloji ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Servislerinde abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar ile sınırlıdır. Kronik hastalık ve daha önce cerrahi girişim geçirme konusunda elde edilen bilgiler hastaların öz bildirimleridir. Ayrıca araştırmada, hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili girişimleri gözlenmedi. Değerlendirme hasta bildirimleri doğrultusunda yapıldı.

2.9. Araştırma Soruları

1. Abdominal cerrahi girişim sonrası deneyimlenen ağrının şiddeti nedir?
2. Abdominal cerrahi girişim sonrası hastaların deneyimledikleri ağrının özellikleri nelerdir?
3. Abdominal cerrahi girişim sonrası deneyimlenen ağrı şiddeti ile sosyo-demografik ve sağlık özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?
4. Hastaların abdominal cerrahi girişim sonrası deneyimledikleri ağrıya yönelik hemşireler tarafından uygulanan girişimlere ilişkin değerlendirmeleri nasıldır?

2.10.Araştırmanın Varsayımları

Örneklem grubunun evreni temsil ettiği ve araştırmaya katılan hastaların görüşlerinin yeterli olduğu varsayıldı.

2.11.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapıldığı, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Karaman İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin (Bkz.EK-B), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Bkz. EK-C) alındı. Araştırmaya alınan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve araştırmadan beklenen yararlar anlatılarak sözlü onayları alındı ve gönüllü katılımları sağlandı (Bkz. EK-D).

3.BULGULAR

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların cerrahi girişim sonrası ağrı deneyimlerinin ve ağrı kontrolüne yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma 103 hastanın katılımı ile gerçekleştirildi. Araştırma bulguları üç bölümde verildi.

Birinci bölümde; hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık öyküleri ve deneyimledikleri ağrının özeliklerine ilişkin bulgular,

İkinci bölümde; bazı sosyo-demografik ve sağlık öyküleri ile deneyimlenen ağrı şiddetinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde ise; cerrahi girişim sonrası hastaların ağrılarına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerini değerlendirmelerine ilişkin bulgular yer aldı.

3.1. Hastaların Sosyo-demografik, Sağlık Öyküleri ve Deneyimledikleri Ağrının Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık öyküleri ve ağrının özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3.1, 3.2, 3.3, 3.4).

Çizelge 3.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=103).

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
18-40 yaş	61	59,22
41-65 yaş	42	40,78
Cinsiyet		
Kadın	72	69,91
Erkek	31	30,09
Medeni durum		
Bekar	18	17,48
Evli	85	82,52
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil/okur-yazar	20	19,42
İlköğretim	51	49,51
Lise	25	24,27
Üniversite	7	6,80
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	67	65,05
Çalışıyor	36	34,95
Sosyal Güvence		
Yok	5	4,85
Var	98	95,15
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	16	15,53
Gelir gidere eşit	81	78,64
Gelir giderden fazla	6	5,83
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	3	2,91
Aile/yakınlar	100	97,09
Yaşanılan Yer		
Köy	42	40,78
İlçe	16	15,53
İl	45	43,69

Araştırmaya katılan hastaların %59,22'sinin 18-40 yaş gurubunda, %69,91'inin kadın, %82,52'sinin evli, %49,51'inin ilköğretim mezunu, %65,05'inin bir işte çalışmadığı, %95,15'inin sosyal güvencesi olduğu, %78,64'ünün gelirinin

giderine eşit olduğu, %97,09'unun ailesi ile birlikte, %43,69'unun il merkezinde yaşadığı belirlendi (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.2. Hastaların sağlık öykülerinin dağılımı (n=103).

Özellikler	Sayı	Yüzde
Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu		
Hayır	59	57,28
Evet	44	42,72
Kronik hastalık durumu		
Hayır	90	87,38
Evet	13	12,62
Yattığı servis		
Genel cerrahi	47	45,63
Üroloi	19	18,45
Jinekoloji	37	35,92
Tıbbi tanı		
Bening prostat hipertrofisi	19	18,45
Apandisit	22	21,36
Akut kolesistit	10	9,71
İnguinal herni	13	12,62
Akut batın	2	1,94
Miyom uteri	9	8,74
Over kisti	14	13,59
Uterin kanama	9	8,74
Polip	5	4,85
Cerrahi girişim sonrası kaçıncı gün		
	(Ort±ss)	
2. gün	76(4,22±2,74)	73,81
3. gün	20(4,75±2,88)	19,44
4. gün ve üzeri	7 (5,29±2,69)	6,75

Katılımcıların %57,28'inin daha önce cerrahi girişim geçirmediği, %87,38'inin kronik hastalığının olmadığı, %45,63'ünün genel cerrahi servisinde yattığı, %21,36'sına apandisit tıbbi tanısı konduğu ve %73,81'inin ise cerrahi girişim sonrası ikinci günde olduğu saptandı (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Hastaların günlük yaşamlarında ağrı yaşama durumları ve ağrıya yönelik yaptıkları uygulamaların dağılımı.

Özellikler	Sayı	Yüzde
Normal yaşantıda çok sık ağrı deneyimleme durumu (n=103)		
Hayır	75	72,82
Evet	28	27,18
Ağrı durumunda yapılan uygulamalar*		
Ağrı kesici alma	69	66,99
Uyuma	20	19,42
Ağrıyan bölgeye masaj yapma	25	24,27
Sıcak uygulama yapma	14	13,59
Diğer uygulamalar **	3	2,91

* Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.
** Diğer uygulamalar içinde; müzik dinleme (n=1), soğuk uygulama (n=1), bitkisel ürün kullanımı (n=1) yer almaktadır.

Hastaların günlük yaşamlarında ağrı yaşama durumları ve ağrıya yönelik yaptıkları uygulamaların dağılımı incelendiğinde; %72,82'sinin çok sık ağrı deneyimlemediği, %66,99'unun ağrısı olduğunda ağrı kesici aldığı belirlendi (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Hastaların cerrahi girişim sonrası deneyimledikleri ağrının özellikleri.

	Sayı	Yüzde
Cerrahi girişim sonrası ağrı yaşama durumu (n=103)		
Hayır	3	2,91
Evet	100	97,09
Ağrı beklenti düzeyi (n=103)		
Evet beklediğim şiddette	49	47,57
Hayır beklediğimden daha az şiddette	33	32,04
Hayır beklediğimden daha fazla şiddette	21	20,39
Ağrının şiddetini belirten ifade (n=103)		
Ağrı Yok	3	2,91
Hafif	29	28,16
Orta	36	34,95
Şiddetli	25	24,27
Çok Şiddetli- Dayanılmaz	10	9,71
Ağrının yeri*		
Cerrahi insizyon bölgesinde	90	87,38
Drenlerin olduğu yerde	10	9,71
Sırtta	11	10,68
Vücudun her yerinde	6	5,83
Ağrının en sık yaşandığı durumlar*		
Pansuman sırasında	25	24,27
Yataktan kalkarken	59	57,28
Yürürken	33	32,04
Öksürürken	50	48,54
Cerrahi girişim sonrası ağrı nedeniyle kısıtlanan aktiviteler*		
Nefes alıp verme	10	9,71
Hareket etme	56	54,37
Uyuma sırasında	23	22,33
Öksürme	47	45,63
Zorlanmadım	9	8,74

*Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.4 (Devam). Hastaların cerrahi girişim sonrası deneyimledikleri ağrının özellikleri.

	Sayı	Yüzde
Ağrı şiddetinde değişme(n=103)		
Artma oldu	3	2,91
Azalma oldu	92	89,32
Değişiklik olmadı	8	7,77
Ağrının periyodu (n=103)		
Sürekli	21	20,39
Aralıklı	82	79,61
Ağrıyı hafifleten uygulamalar*		
Analjezik uygulaması	92	89,32
İstirahat	36	34,95
Egzersiz	14	13,59
Pozisyon değişikliği	18	17,48
Dikkati başka yöne çekme	4	3,88

*Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Hastaların çoğunluğunun (%97,09) cerrahi girişim sonrası ağrı deneyimlediği, yarısına yakınının (%47,57) deneyimlediği ağrının beklediği şiddette olduğu, %34,95'inin orta düzeyde ağrı deneyimlediği, %87,37'sinin ağrısının cerrahi insizyon bölgesinde olduğu, %57,28'inin sıklıkla yataktan kalkarken ağrı yaşadığı, %54,37'sinin ağrı nedeniyle hareket aktivitesinin kısıtlandığı bulundu. Hastaların %89,32'sinin ağrılarının şiddetinde azalma olduğu, %79,61'inin ağrılarının aralıklı olarak tekrarlandığı, %89,32'sinin ağrısını ağrı kesicilerin hafiflettiği belirlendi (Çizelge 3.4).

Araştırmaya alınan hastaların deneyimlediği ağrı şiddeti, GKÖ'ye 4,40±2,72 (min: 1, max: 10) olarak saptandı.

3.2. Bazı Sosyo-demografik Özellikler ve Sağlık Öyküleri ile Deneyimlenen Ağrının Şiddetinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastalara ait bazı sosyo-demografik özellikler ve sağlık öyküleri ile GKÖ'ne göre deneyimlenen ağrının şiddetinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Tanıtıcı özellikler ile GKÖ ortalama puanının karşılaştırılması.

Bireysel Özellikler	**Mean±SD**	**Test**	**p değeri**
Yaş grubu			
18-40 yaş	4,52±2,74	U=0,685	0,494
41-65 yaş	4,21±2,81		
Cinsiyet			
Kadın	4,76±2,98	U=1,692	0,091
Erkek	3,55±1,93		
Medeni durum			
Bekar	3,22±2,07	U=1,912	0,056
Evli	4,65±2,83		
Eğitim Düzeyi			
Okur-yazar değil/ okuryazar	4,35±3,00	KW=0,354	0,986
İlköğretim	4,63±3,00		
Lise	4,08±2,47		
Üniversite	4,00±2,58		
Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu			
Hayır	3,83±2,44	U=2,242	**0,025**
Evet	5,16± 2,99		
Kronik hastalık durumu			
Hayır	4,36±2,79	U=0,542	0,588
Evet	4,69±2,63		
Cerrahi girişim sonrası kaçıncı gün			
2. gün	4,22±2,74	KW=1,506	0,220
3. gün	4,75±2,88		
4. gün ve üzeri	5,29±2,69		

Çizelge 3.5'te hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ve sağlık özelliklerine göre cerrahi girişim sonrası deneyimlenen ağrının şiddetinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer aldı.

Hastaların sağlık öykülerinden daha önce cerrahi girişim geçirme durumu ile ağrı şiddeti ortalama puanları arasında fark olduğu; daha önceden cerrahi girişim geçiren hastaların deneyimledikleri ağrı şiddeti puanın (3,83±2,44), daha önce cerrahi girişim geçirmeyenlerden (5,16±2,99) daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Çizelge 3.5).

Bununla birlikte yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık durumu ve cerrahi girişim sonrası kaçıncı günde olduğu ile GKÖ ağrı şiddeti puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Çizelge 3.5).

3.3. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Ağrılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hasta bildirimlerine göre deneyimlenen ağrının yönetimine yönelik hemşirelerin uygulamalarına ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3.6, 3.7, 3.8).

Çizelge 3.6.Hastaların ağrı ile ilgili veri toplama sırasında uygulanan hemşirelik girişimlerine yönelik görüşleri.

	Evet		**Hayır**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Ağrınız olduğunu hemşireye rahatlıkla iletebildiniz mi?	102	99,03	1	0,97
Cerrahi girişim sonrası hemşire siz söylemeden sık sık ağrınız olup olmadığını sordu mu?	97	94,17	6	5,83
Hemşire ağrınızla ilgili ayrıntılı bilgi aldı mı?	91	88,35	12	11,65
Hemşire ağrınızın şiddetini değerlendirirken ağrının şiddetini ölçen bir skala/ölçek kullandı mı?	0	0,00	103	100,00
Hemşire ağrınızı değerlendirirken ağrınızın niteliğini değerlendirdi mi? (keskin, yanıcı, batıcı vb.)	0	0,00	103	100,00
Hemşire ağrıyan bölgenize bakarak inceledi mi?	70	67,96	33	32,04
Hemşire ağrıyan bölgenizi dokunarak inceledi mi?	45	43,69	58	56,31
Hemşire normal yaşantınızda ağrınızla nasıl baş ettiğinizi sordu mu?	57	55,34	46	44,66

Ağrı ile ilgili veri toplama sırasında uygulanan hemşirelik girişimlerine yönelik hastaların görüşleri Çizelge 3.6'da verildi. Hastaların; tamamına yakınının hemşirelere ağrısını bildirirken sorun yaşamadığı, çoğunluğun ağrılarının hemşireler tarafından sık değerlendirildiği, %88,31'inin ağrıları ile ilgili hemşirelerin ayrıntılı bilgi aldığı, tamamının ağrılarını değerlendirirken hemşirelerin ölçek kullanmadığı ve ağrının niteliğini değerlendirmediği, %67,96'sının ağrıyan bölgelerini hemşirelerin gözlemlediği, %43,69'unun ise ağrıyan bölgelerinin dokunularak incelendiği ve yaklaşık yarısına, hemşirelerin normal yaşantıda ağrı ile nasıl baş ettiklerini sorduğu saptandı (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Hastaların ağrıya ilişkin uygulanan hemşirelik girişimlerine yönelik görüşleri.

	Evet		Hayır	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Hemşire size cerrahi girişim öncesinde, cerrahi girişim sonrası (öksürürken, soluk alıp verirken, ayağa kalkarken vb.) ağrınız olacağı konusunda bilgi verdi mi?	90	87,38	13	12,62
Hemşire size cerrahi girişim öncesinde, cerrahi girişim sonrası ağrınızın nasıl giderileceği konusunda bilgi verdi mi?	80	77,67	23	22,33
Hemşire ağrınız olduğunu söylediğinizde size inandı mı?	102	99,03	1	0,97
Hemşire ağrınız olduğunu söylediğinizde sizinle ilgilendi mi?	96	93,20	7	6,80
Hemşire ağrınızın giderilmesinde sizin savunucunuz olarak hareket etti mi?	73	70,87	30	29,13
Hemşire size ağrınızın nedenlerini açıkladı mı?	96	93,20	7	6,80
Hemşire size ağrınızın ne kadar süreceği hakkında bilgi verdi mi?	93	90,29	10	9,71
Hemşire ağrınızda artma ve azalma yaşayabileceğinizi ve bunun nedenlerini size anlattı mı?	94	91,26	9	8,74
Hemşire sizinle cerrahi girişim sonrasında ağrınızın nasıl tedavi edilmesini istediğiniz hakkında konuştu mu?	64	62,14	39	37,86
Hemşire ağrıya neden olan hareketler sırasında (öksürme, ayağa kalkma, yürüme, soluk alma) size ne yapmanız gerektiğini söyledi mi?	93	90,29	10	9,71
Hemşire ağrı kesici ilaçlara gereksinim duyduğunuzda hızlı bir şekilde ilacınızı uyguladı mı?	101	98,06	2	1,94
Hemşire siz ağrı kesicinizi sormasanız dahi size ağrı kesici ilaç uyguladı mı?	69	66,99	34	33,01

Çizelge 3.7 (Devam). Hastaların ağrıya ilişkin uygulanan hemşirelik girişimlerine yönelik görüşleri.

	Evet		Hayır	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Hemşire sizin rahat uyuyabilmeniz için sessiz ve sakin bir ortam oluşturdu mu?	78	75,73	25	24,27
Hemşire ağrınızı azaltacak uygun bir pozisyon almanıza yardım etti mi?	81	78,64	22	21,36
Hemşire ağrınızı rahatlatmak için sıcak, soğuk uygulama yaptı mı?	29	28,16	74	71,84
Hemşire ağrınızı rahatlatmak için kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırdı mı?	49	47,57	54	52,43
Hemşire ağrınızı rahatlatmak için masaj yaptı mı?	0	0,00	103	100,00
Hemşire ağrınızı rahatlatmak için müzik dinletti mi?	0	0,00	103	100,00
Hemşire sizi düşleme yapmanız için cesaretlendirdi mi?	0	0,00	103	100,00
Hemşire ağrı kesicilerin etkilerinden memnun oluncaya kadar ağrı tedavisinde size yardım etti mi?	90	87,38	13	12,62

Hastaların ağrıya ilişkin uygulanan hemşirelik girişimlerine yönelik görüşleri Çizelge 3.7'de yer almaktadır.

Hastaların %87,38'i, hemşirelerin kendilerine cerrahi girişim öncesinde cerrahi girişim sonrası ağrıları olabileceği ve bu ağrının nasıl kontrol altına alınacağı konusunda (%77,67) bilgi verdiğini, tamamına yakını ağrı ifade ettiklerinde hemşirelerin kendilerine inandığını ve hemşirelerin kendileri ile ilgilendiğini (%93,20), %70,87'si hemşirelerin ağrının giderilmesi konusunda kendilerini savunduklarını ifade etti. Katılımcıların %93,20'si, hemşirelerin ağrının nedenlerini açıkladığını, %91,26'sı ağrıda artma/azalma olabileceğini ve nedenlerini, %90,3'ü ağrının süresi hakkında bilgi verdiğini, %62,14'ü ise ağrının nasıl tedavi edilmesi hususunda kendi isteğinin sorulduğunu ve büyük çoğunluğu deneyimledikleri ağrıya yönelik ağrı kesicilerinin yapıldığını belirtti (Çizelge 3.7).

Ağrıya yönelik yapılan girişimler değerlendirildiğinde hastaların %75,73'ü kendilerine sessiz-sakin bir ortam hazırlandığını, %78,64'ü ağrıyı azaltacak pozisyon almalarına yardım edildiğini, %28,16'sı ağrı azaltmak için soğuk-sıcak uygulama yapıldığını ve %47,57'si ise egzersiz yaptırıldığını ifade etti. Bununla birlikte, hastaların ifadelerine göre, ağrılarını rahatlatmak amacıyla hastalara müzik dinletilmesi, masaj yapılması ve düşleme yapılması için cesaretlendirme girişimlerinin uygulanmadığı belirlendi (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.8. Hastaların ağrıyı azaltmak için uygulanan hemşirelik girişimlerinin sonucunun değerlendirilmesine yönelik görüşleri.

	Evet		**Hayır**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Hemşire ağrınızın azalma ve rahatlama durumunu izledi mi/kontrol etti mi?	99	96,12	4	3,88

Hemşirelerin %96,12'sinin ağrının azalma ve rahatlama durumunu kontrol ettiği belirlendi (Çizelge 3.8).

Hastalara ağrılarının hafifletilmesine yönelik hemşirelerden beklentileri sorulduğunda; %98,13'ü hemşirelerden beklentisinin olmadığını, hastalardan 2'si (%1,94) hemşirelerin kendileri ile ilgilenmelerinin ağrılarını daha fazla azaltabileceğini düşündüklerini ifade etti.

4.TARTIŞMA

Cerrahi girişim sonrası etkin ağrı kontrolü; birey merkezli bütüncül yaklaşım ve multidisipliner ekip anlayışıyla gerçekleştirilebilir. Bu ekipte hemşirelerin; hasta ile diğer sağlık görevlileri arasında köprü oluşturmaları ve sağlık ekibi içerisinde ağrılı hasta ile uzun süre birlikte olmaları nedeniyle hastaya bilgi verilmesinde, cerrahi girişim sonrası dönemde ağrının tanılanmasında, kontrol altına alınmasında ve hastanın yakından izlenmesinde önemli rolleri vardır. Hemşirenin ağrının kontrol altına alınmasındaki rolünü yerine getirebilmesinde; ağrı, ağrı değerlendirme yöntemleri ve ağrı kontrolünde etkin girişimler hakkında bilgisinin olması, etkin iletişim kurabilmesi ve empati yapabilmesi önemlidir. Bu bağlamda, araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası deneyimlediği ağrının özelliklerinin ve ağrı kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, üç başlık altında tartışıldı:

Birinci bölümde; hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık öyküleri ve ağrı ile ilgili özeliklerine yönelik bulgular,

İkinci bölümde; hastaların sosyo-demografik, sağlık öyküsü ve deneyimledikleri ağrının şiddetinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde ise; hastaların cerrahi girişim sonrası ağrılarına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerine ilişkin bulgular tartışıldı.

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Öyküleri ve Ağrı ile ilgili Özeliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların %59,22'sinin 18-40 yaş gurubunda, %69,91'inin kadın, %82,52'sinin evli, %49,51'inin ilköğretim mezunu olduğu, %96,12'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı, %57,28'inin daha önce cerrahi girişim geçirmediği, %87,38'inin kronik hastalığının olmadığı, %45,63'ünün genel cerrahi servisinde yattığı, %21,36'sının tıbbi tanısının apandisit olduğu ve %73,81'inin cerrahi girişim sonrası ikinci günde olduğu belirlendi (Çizelge 3.1, 3.2).

Bu araştırmada, hastaların %27,18'inin normal yaşamlarında çok sık ağrı deneyimlediği saptanmıştır (Çizelge 3.3). Yapılan araştırmalarda bireylerin günlük

yaşamda ağrı deneyimleme oranı %19-77,1 olarak bildirilmektedir (Erdine ve ark 2001, Breivik ve ark 2006, Koçoğlu ve Özdemir 2011, Yılmaz ve Gürler 2011, Yılmazer ve Bilgili 2011). Araştırmalardaki günlük yaşamda ağrı deneyimleme oranları arasındaki farklılık; çalışma grubuna alınan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık durumlarının, ağrıyı algılama, değerlendirme ve baş etme özelliklerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada, bireylerin ağrıya yönelik yaptıkları uygulamalar içinde analjezik kullanımı ilk sırada yer almaktadır (Çizelge 3.3). Benzer şekilde diğer araştırmalarda da, ağrı ile baş etmede en sık kullanılan yöntem analjezik kullanımıdır (Breivik ve ark 2006, Arslan ve Kurşun 2009, Koçoğlu ve Özdemir 2011, Yılmaz ve Gürler 2011, Yılmazer ve Bilgili 2011, Çelik 2013). Literatürdeki bazı araştırmalarda, günlük yaşamda bireylerin değişik düzeylerde ağrı deneyimledikleri ve ağrı ile baş etmek için hekime başvurdukları, reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullandıkları, ayrıca masaj, akupunktur, fizik tedavi gibi farmakolojik olmayan yöntemler kullandıkları bildirilmektedir (Breivik ve ark 2006, Koçoğlu ve Özdemir 2011). Bu araştırma ve diğer araştırmaların bulguları incelendiğinde, bireylerin ağrıları ile baş etmede sıklıkla ilaç kullanımına gittikleri görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, gereksiz analjezik kullanımını azaltmak amacıyla farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması konusunda bireylerin bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, hastaların tamamına yakını (%97,09) cerrahi girişim sonrasında ağrı deneyimlediğini ifade etmiştir (Çizelge 3.4). Literatürde, farklı cerrahi girişimler sonrası hastaların %50-90'ının ağrı deneyimlediği belirlenmiştir (Carr ve Thomas 1997, Dahlman ve ark 1999, Huang ve ark 2001, Idvall ve ark 2002, Pogatzki-Zahn ve ark 2007). Bu araştırmada, ağrı deneyimleyen hastaların oranı literatürden yüksektir. Ağrı deneyimleme oranındaki bu yüksekliğin; araştırmalara katılan bireylerin; sosyo-demografik özelliklerinin, kültürlerinin, geçirdikleri cerrahi girişim türlerinin ve cerrahi girişim sonrası dönemdeki ağrı yönetimlerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların %20,39'unun deneyimledikleri ağrının bekledikleri şiddetten daha çok olduğu belirlendi (Çizelge 3.4). Konu ile ilgili olarak yapılan

araştırmalarda da, hastaların %24-40'ının beklediklerinden daha şiddetli ağrı deneyimledikleri saptanmıştır (Idvall ve ark 2002, Yılmaz ve Gürler 2011, Yılmazer ve Bilgili 2011). Ağrının birey tarafından algılanışı ve ağrı beklentisinin, deneyimlenen ağrının tanımlanmasında en önemli ölçütlerden biridir (Dikmen 2013). Bu araştırmanın ve diğer araştırmaların sonuçlarının farklı olmasının nedeninin, ağrının birey tarafından algılanması, bireylerin ağrı beklentisi ve cerrahi girişim türlerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Araştırmada, hastaların %34,95'inin orta düzeyde ağrı deneyimledikleri saptandı (Çizelge 3.4). Benzer şekilde yapılan araştırmalarda hastaların hafif ile çok şiddetli arasında değişen düzeylerde ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (Huang ve ark 2001, Idvall ve ark 2002, Topcu ve Findik 2012). Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda yapılan bir araştırmada da, hastaların orta düzeyde ağrı deneyimledikleri bulunmuştur (Çelik 2013). Cerrahi girişim sonrası deneyimlenen ağrının farklı düzeylerde deneyimlenmesi; hastaların sosyo-demografik özellikleri (etnik köken, kültürel yapı, ağrıyı kabul etmesi ağrı ile baş etme gibi), sağlık durumları (geçmiş sağlık öyküleri, şimdiki sağlık öyküleri vb.) ,uygulanan cerrahi girişim türü ve cerrahi girişim sonrası ağrının kontrolündeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların %87,38'i ağrının insizyon bölgesinde olduğunu ifade etti (Çizelge 3.4). Benzer şekilde, yapılan araştırmalarda da, hastaların ağrılarının cerrahi insizyon bölgesinde (%81,3-99,7) olduğunu belirlenmiştir (Özer ve Bölükbaş 2001, Büyükyılmaz ve Aştı 2010, Yılmazer ve Bilgili 2011). Cerrahi girişim sonrası ağrının, insizyon bölgesinde olması, dokuda travmaya neden olan cerrahi kesinin, ağrı oluşumunda önemli bir etken olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Cerrahi girişim sonrası dönemde, hastaların yataktan kalkarken (%57,28) öksürme sırasında (%48,54), yürüme esnasında (%32,04) ve pansuman değişimi (%24,27) sırasında ağrı yaşadığı belirlendi (Çizelge 3.4). Bu araştırma ile paralel olarak, yapılan araştırmalarda da, pozisyon değiştirme, yürüme, öksürme/nefes alma, yataktan kalkma, pansuman değiştirme gibi durumların ağrıya neden olduğu bildirilmiştir (Lin ve Wang 2005, Yılmaz ve Gürler 2011, Yılmazer ve Bilgili 2011). Bu bulgu, hemşirelerin, ağrıya neden aktiviteler (pozisyon değiştirme, yürüme, öksürme/nefes alma, yataktan kalkma gibi) ve uygulamalar (pansuman değiştirme)

sırasında ağrının önlenmesi ya da azaltılmasına yönelik girişimleri (insizyon bölgesinin desteklenmesi, analjezik uygulamasının bu aktiviteler öncesi planlanması gibi) uygulamasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Ağrı nedeniyle kısıtlanan aktiviteler incelendiğinde; hastaların hareket etme (%54,37), öksürme (%45,63), uyuma (%22,33) ve solunum (%9,71) aktivitelerinin kısıtlandığı belirlendi (Çizelge 3.4). Benzer şekilde diğer araştırmalarda da öksürme (%96,4, %52,7) (Yılmaz ve Gürler 2011, Yılmazer ve Bilgili 2011), solunum (%97, %46,7, %31,1), hareket etme (%78, %78,3, %84,1) ve uyku (%19,5, %53,6, %43,5) aktivitelerinin farklı oranlarda etkilendiği saptanmıştır (Özer ve Bölükbaş, Yılmaz ve Gürler 2011, Yılmazer ve Bilgili 2011). Bu araştırmada, aktivitelerin ağrı nedeniyle kısıtlanma oranının daha düşük olmasının nedeni, örneklem grubundaki hastalara, klinikte derin solunum ve öksürük egzersizi sırasında insizyon bölgelerinin desteklenmesi hakkında bilgi verilmesi ve ağrı kesici ilaçların gerektiğinde değil saatinde uygulanması olduğu düşünülmektedir. Cerrahi girişim sonrası ağrı; hastalarda öksürme, solunum ve hareket etme gibi aktiviteleri engelleyerek cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişimine neden olabilmektedir (Shea ve ark 2002, Aslan 2011). Bu bilgiler ışığında, cerrahi girişim sonrası, ağrının etkilediği aktiviteler sırasında hastanın desteklenmesi ve hastaya uygun pozisyon verilmesi gibi hemşirelik girişimleri gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Cerrahi girişim sonrası ağrının şiddetindeki değişme durumu sorulduğunda; hastaların %89,32'si ağrı şiddetinin giderek azaldığını belirtti (Çizelge 3.4). Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda yapılan araştırmaların sonuçları da bu araştırma ile paralellik göstermektedir (Çetin ve Eşer 2006, Çetinkaya ve Karabulut 2010). Farklı cerrahi girişim türlerinde yapılan araştırmalarda da hastaların ağrı şiddetlerinin zamanla azaldığı belirlenmiştir (Lynch ve ark 1997, Shea ve ark 2002, Çetinkaya ve Karabulut 2010, Yılmazer ve Bilgili 2011). Cerrahi girişim sonrası oluşan ağrı, cerrahi travmayla başlayıp, giderek azalmakta ve doku iyileşmesi ile sona ermektedir. İnsizyonla ilişkili ağrının zamanla azalması, iyileşme sürecinin normal seyrinde ilerlediğinin göstergesidir. Bu sürecin uzaması ise, hematom, infeksiyon gibi komplikasyonların habercisi olabilmektedir (Aslan 2011, Bulut

2013). Bu nedenle, hemşirelerin ağrının şiddetini ve komplikasyonları takip etmesi olumsuzlukların önlenmesi açısından önemli bir girişimdir.

Araştırmada, hastaların %79,61'inin cerrahi girişim sonrası deneyimledikleri ağrının aralıklı periyotta oluştuğu belirlendi (Çizelge 3.4). Araştırma bulgusuna benzer şekilde; Özer ve Bölükbaş (2001)'ın araştırmasında hastaların %61,6'sının, Büyükyılmaz ve Aştı (2010)'nın araştırmasında %78,7'sinin, Yılmazer ve Bilgili (2011)'nin araştırmasında ise %68,6'sının ağrılarının aralıklı periyotta oluştuğu saptanmıştır. Cerrahi girişim sonrası ağrının aralıklı olması, hastaya dinlenme fırsatı tanımaktadır. Bu nedenle hemşire, ağrının azaldığı dönemlerde ses, ışık vb. uyaranları azaltarak hastanın dinlenmesi için uygun ortam hazırlamalıdır.

Araştırmada hastaların çoğunluğu (%89,32) cerrahi girişim sonrası ağrıyı en fazla hafifleten uygulamanın analjezik uygulaması olduğunu belirtti (Çizelge 3.4). Bu bulguya benzer şekilde diğer araştırmalarda da hastalar (%95,3 ile %99) analjezik uygulamasının ağrılarını hafiflettiğini belirtmişlerdir (Büyükyılmaz ve Aştı 2010, Yılmazer ve Bilgili 2011). Bu araştırmaların bulguları, ağrı yönetiminde farmakololojik girişimlerin önemini ortaya koymaktadır. Literatürde cerrahi girişime bağlı ağrının yönetiminde öncelikle farmakolojik yöntemlerin uygulanması gerekliliği belirtilmekte olup (Aslan 2005, Aslan 2011, Carpenito-Moyet 2012, Dikmen 2013) araştırma bulguları da bu bilgiye uyumludur.

Araştırmada, hastaların cerrahi girişim sonrası 2. günde deneyimlediği ağrı şiddeti GKÖ'ye göre 4,40±2,72 cm'dir. Literatürde, cerrahi girişim türlerine göre hastaların deneyimlediği ağrı şiddeti; abdominal, kardiyak ve ortopedik cerrahisi geçiren hastalarda 5,6 cm (Huang ve ark 2001), abdominal ve toraks cerrahisi geçiren hastalarda 4,3 cm (Chia ve ark 2002), abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda 1,25-3,4 cm (Çetin ve Eşer 2006, Vaajoki ve ark 2011), benign jinokolojik nedenlerle laparoskopik cerrahi girişim geçiren hastalarda 2,5 cm (Bozkurt 2012), kalp-damar cerrahisi uygulanan hastalarda 3,4 cm (Çevik ve Zaybak 2011), ürolojik ve gastrointestinal cerrahi girişim geçiren hastalarda 4,6 cm (Francis ve Fitzpatrick 2013) olarak belirlenmiştir. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda yapılan diğer bir araştırmada ise, hastaların cerrahi girişimden ortalama 32 saat sonra 5,93 cm şiddetinde ağrı deneyimlendiği bildirilmiştir (Çelik 2013). Cerrahi girişim

geçiren hastalar ile kıyaslandığında bu araştırmadaki ağrı şiddeti; bazı araştırmalardan yüksek (Çetin ve Eşer 2006, Çetinkaya ve Karabulut 2010, Vaajoki ve ark 2011, Bozkurt 2012) bazı araştırmalardan ise düşük (Huang ve ark 2001, Çelik 2013) bulunmuştur. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar ile yapılan araştırmalarda ağrı şiddetinin farklı olması; hastaların sosyo-demografik ve sağlık özelliklerinin, klinikteki ağrı yönetiminin ve protokollerinin farklı olması ile açıklanabilir.

4.2. Hastaların Sosyo-Demografik, Sağlık Öyküsü ile Deneyimledikleri Ağrının Şiddetine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada GKÖ'ye göre deneyimlenen ağrının şiddeti ve yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Çizelge 3.5). Literatürde araştırma bulgusuna paralel nitelikte araştırmalar bulunmakla birlikte (Lynch ve ark 1997, Chia ve ark 2002, Roykulcharoen ve Good 2004, Sloman ve ark 2005, De Cosmo ve ark 2008, Kırdemir ve Özorak 2011) yaşlıların gençlerden daha şiddetli ağrı deneyimlediklerini gösteren araştırmalarda da yer almaktadır (Büyükyılmaz ve Aştı 2005, Çelik 2013). Yaş faktörü ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkiye yönelik olarak araştırma bulgularındaki bu farklılık, bireylerin sağlık özellikleri, ağrıyı yorumlamaları ve ağrıya yükledikleri anlamların farklılığı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, hastaların cinsiyetleri ve GKÖ'ye göre deneyimlenen ağrının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Çizelge 3.5). Benzer şekilde literatürdeki araştırmaların bazılarında cinsiyet ve ağrı şiddeti arasında ilişki bulunmazken (Özer ve Bölükbaş 2001, Roykulcharoen ve Good 2004, Sloman ve ark 2005, Kırdemir ve Özorak 2011, Çelik 2013); bazılarında ise, kadın hastaların erkeklerden daha şiddetli ağrı deneyimledikleri belirlenmiştir (Büyükyılmaz ve Aştı 2005, De Cosmo ve ark 2008). Literatürdeki ağrı toleransının erkeklerde daha yüksek olduğu, cinsler arasındaki bu farkın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı ve genellikle yüksek ağrı toleransının takdir edildiği bilgisine dayanarak (Şahin 2004, Aslan 2011, Dikmen 2013), cinsiyete yönelik ağrı deneyimindeki bu farklı

bulguların, hastaların bireysel ve kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Araştırmada eğitim düzeyi ve deneyimlenen ağrının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Çizelge 3.5). Benzer şekilde, bazı araştırmalarda, eğitim düzeyi ve ağrı şiddeti arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Özer ve Bölükbaş 2001, Chia ve ark 2002, Roykulcharoen ve Good 2004, Sloman ve ark 2005, Kırdemir ve Özorak 2011). Abdominal cerrahi girişim sonrası hemşirelik girişimlerinin değerlendirildiği bir araştırmada ise, eğitim düzeyi ile ağrı şiddeti arasında ilişki olduğu; eğitim düzeyinin artması ile deneyimlenen ağrının şiddetinin azaldığı belirlenmiştir (Çelik (2013). Koçoğlu ve Özdemir (2011)'in yetişkin nüfusun ağrı inanışları ve soysa-demografik özeliklerini değerlendirdiği araştırmada da, eğitim düzeyi ile bireylerin ağrı deneyimleri arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ve ağrı şiddetinin karşılaştırıldığı bu araştırmalardaki bulguların farklılığının bireylerin ağrıyla baş etme düzeylerinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Hastaların medeni durumları ve çalışma durumları ile deneyimledikleri ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Çizelge 3.5). Literatürde medeni durum ve cerrahi girişim sonrası ağrı şiddetinin karşılaştırıldığı araştırmaların sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir (Özer ve Bölükbaş 2001, Roykulcharoen ve Good 2004, Sloman ve ark 2005, Good ve Abn 2008, Çelik 2013). Çalışma durumu ve ağrı şiddetinin karşılaştırıldığı araştırma bulguları da bu araştırmanın bulguları ile paraleldir (Özer ve Bölükbaş 2001, Sloman ve ark 2004, Good ve Abn 2008).

Araştırmada daha önceden cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı şiddetlerinin daha yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.5). Bu bulguyu destekler nitelikte, Lin ve Wang (2005)'ın yaptığı araştırmada, ağrıyla ilgili olumsuz deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Bu bulgunun aksine Çelik (2013)'in, Kırdemir ve Özorak (2011)'ın araştırmalarında önceki cerrahi girişim deneyimi ve ağrı şiddeti arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Cerrahi girişim deneyiminin ağrı şiddetine etkisi ile ilgili bulguların farklı olmasının

nedeninin; bireylerin önceki ağrı deneyimlerinin olumlu veya olumsuz olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda, bireylerin önceki ağrı deneyimlerinin olumsuz olması, ağrının algılanması ve yorumlanmasını negatif şekilde etkileyebileceğinden, hastaların ağrıya yönelik geçmiş deneyimlerinin sorgulanması ve kaygılarının azaltılmasına yönelik bilgilendirmenin yapılmasının önemli bir hemşirelik girişimi olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada kronik hastalığı (diyabetes mellitus, hipertansiyon) olan ve olmayan hastalar arasında ağrı şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Çizelge 3.5). Farklı olarak, Çelik (2013)'in araştırmasında kronik hastalığı olan (kanser, diyabetes mellitus, hipertansiyon, bronşit) bireylerin ağrı şiddetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde osteoartrit/artrit, romatoid artrit, migren, disk hernileri ve diyabetik nöropati gibi bazı kronik hastalıklara ağrının eşlik edebileceği belirtilmektedir (Breivik ve ark 2006). Kronik hastalık faktörü ağrının algılanması ve deneyimlenmesini etkilemekle birlikte bu araştırmada, kronik hastalığı olma ve ağrı şiddeti arasında ilişki çıkmaması örnek sayısının az olması ile açıklanabilir.

Araştırmada, cerrahi girişim sonrası gün ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Çizelge 3.5). Bu bulgunun aksine, Lynch ve ark (1997)'ın, Shea ve ark (2002)'ın, Çetin ve Eşer (2006)'in, Good ve Abn (2008)'nın Çetinkaya ve Karabulut (2010)'un, Yılmazer ve Bilgili (2011)'nin araştırmalarında hastaların ağrı şiddetlerinin zamanla azaldığı bulunmuştur. Araştırma bulgularındaki bu farklılığın, araştırmada hastaların çoğunluğunun cerrahi girişim sonrası 2. günde olması, 3. ve 4. günlerde olan hasta sayısının çok az olması, ayrıca diğer araştırmalardaki ağrı ölçümlerinin farklı zaman periyodlarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

4.3. Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Ağrılarına Yönelik Uygulanan Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada, hastanın ağrısına ilişkin veri toplanmasına yönelik olarak, hastaların %99,03'ü ağrısını hemşireye rahatlıkla iletebildiklerini, %94,17'si hemşirenin ağrısını sık sık sorduğunu, %88,31'i hemşirenin ağrıları ile ilgili ayrıntılı

bilgi aldığını,%55,34'ü hemşirenin normal yaşantıda ağrıyla nasıl baş ettiğini sorduğunu ifade etti (Çizelge 3.6). Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında da hastanın ağrısını hemşireye rahatlıkla iletebilme oranı %100, hemşirenin hastanın ağrısını sık sık sorgulama oranı %95,6 olup, bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Aynı araştırmada, ağrı ile ilgili ayrıntılı bilgi alınması %67,5, normal yaşantıda ağrıyla nasıl baş ettiğini sorması %3,3 oranında olup, araştırma bulgularından farklılık göstermektedir. Bu farklılık, hemşirelerin ağrıyı değerlendirmeye başladıklarını göstermesi bakımından olumlu bir sonuçtur. Ağrı yönetim sürecinde, ağrının bireye özgü 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 (Aslan 2002). Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle etkin ağrı yönetimini yapmalı ve bu girişimlerin sonuçlarını değerlendirmelidir (Aslan 2011, Dikmen 2013). Bu sonuçlar doğrultusunda, ağrıya ilişkin veri toplamaya yönelik eksiklikler olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, ağrının değerlendirilmesinde hemşirelerin ölçek kullanmadığı belirlendi (Çizelge 3.6). Türkiye'de yapılan araştırmalarda, ağrının değerlendirilmesinde hiç ölçek kullanılmadığı (Yılmaz ve Gürler 2011, Çelik 2013), yurtdışında yapılan çalışmalarda ise, az da olsa ağrı ölçeği kullanıldığı belirlenmiştir (Idvall ve ark 2002, Idvall ve ark 2004, Eid ve Bucknall 2008, Idvall ve Berg 2008). Etkin ağrı yönetimi için ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesi (Aslan 2002, Yeğin ve ark 2005) ve ağrıya yönelik yapılan girişimin etkili olup olmadığının kontrol edilmesinde ölçek kullanılması gerekmektedir (Prowse 2006). Bununla birlikte yapılan bir araştırmada da, hemşirelerin ağrı tanılaması konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirtilmiştir (Dikmen ve ark 2012). Bu bilgilere yönelik olarak bu araştırma ve diğer araştırmalarda; hemşirelerin ağrı değerlendirme ölçeklerini kullanmama nedeninin, hemşirelerin ağrının ölçek kullanılarak değerlendirilmesinin gerekli olduğuna inanmamalarından, hastanın ifadesinin yeterli olduğunu düşünmelerinden ya da iş yüklerinin fazlalığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, hemşirelerin ağrıyı azaltmaya yönelik uyguladıkları girişimler sonrasında, hastaların %96,12'sinin ağrısının azalıp azalmadığını

değerlendirdikleri bulundu (Çizelge 3.8). Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında bu oranın %94,4 olduğu bildirilmektedir. Dihle ve ark (2006), etkili ağrı yönetiminde en önemli engelin sistematik olarak veri toplama ve değerlendirme yapılmaması olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgular, hemşirelerin yeterli oranda değerlendirme yaptıklarını gösteren olumlu bir sonuçtur.

Bu araştırmada, hastaların hemen hemen hepsinin ağrı ifadelerine hemşirelerin inandıkları belirlendi. Araştırmaya benzer şekilde Idvall ve ark (2002) ve Idvall ve ark (2004)'ın yaptığı araştırmada; hastalar, ağrı ifadelerine hemşirelerin inanması sorusuna 5 üzerinden 4,7 ve 4,6 puan vermişlerdir. Bu araştırmanın aksine Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında hastaların %64'ünün ağrı ifadelerine, hemşirelerin inandıkları belirlenmiştir. Sağlık personelinin hastanın ağrı ifadesine inanmamasının, ağrının ifade edilmesine engel olacağı göz önüne alındığında hemşirelerin, hastaların ağrı ifadelerine tamamıyla inanmaları gerekmektedir.

Bu araştırmada, hemşirelerin ağrıyan bölgeye bakarak incelemesi %67,96, dokunarak incelemesi ise %43,69 olarak bulundu (Çizelge 3.6). Araştırma bulgusuna benzer şekilde Çelik (2013)'in araştırmasında ağrının yerinin tespit edilmesine yönelik uygulamaların %50, Yılmazer ve Bilgili (2011)'nin araştırmasında ise hemşirelerin ağrıyan bölgeyi dokunarak/bakarak incelemesinin %63,5 oranında yapıldığı saptanmıştır. Bu araştırmanın aksine, Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında ağrıyan bölgeyi bakarak incelemenin %6,9, dokunarak incelemenin %0,6 gibi çok düşük bir oranda yapıldığı bulunmuştur. Bu oranlar, ağrının tanımlanmasına yönelik uygulamanın yeterli şekilde yapılmadığını göstermektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin, cerrahi girişim öncesinde, hastalara cerrahi girişim sonrası bazı aktiviteler sırasında ağrı yaşayabilecekleri konusunda bilgi verme oranı %87,38, bu aktiviteler sırasında ne yapabilecekleri hakkında bilgi verme oranı ise %90,29 olarak bulundu (Çizelge 3.8). Araştırma ile benzer şekilde Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında, hemşirelerin her gün hastaların %34'üne bu aktiviteler sırasında ağrılarının devam edip etmediklerini sordukları belirlenmiştir. Idvall ve ark (2002) ve Idvall ve ark (2004)'ın araştırmalarında da hastalar, derin solunum ve dönme egzersizi sırasında hemşirelerin yanlarında olma ve onlara ağrılarını sorma durumlarını 5 üzerinden 3,7 puanla değerlendirmişlerdir. Bu araştırmanın aksine Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında hemşirelerin, cerrahi

girişim öncesinde hastalara bu aktiviteler sırasında ağrı yaşayabilecekleri konusunda bilgi verme oranı %5,8; aktiviteler sırasında ne yapabilecekleri hakkında bilgi verme oranının ise %16,1 gibi son derece düşük bir oranda olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada, aktivite sırasında deneyimlenen ağrıya yönelik hemşirelik girişimlerinin yüksek düzeyde uygulandığı, ancak diğer araştırmalarda hastaların bu gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanmadığı görülmektedir. Ancak Idvall ve Berg (2008) cerrahi girişim sonrası ağrı yönetimine odaklanılması gerektiğini, ağrının daima mevcut olan bir semptom olduğunu, hareket veya farklı aktiviteler sırasında aniden belirdiğini ifade etmişlerdir. Cerrahi girişim sonrası ağrısı yeterli olarak hafifletilmeyen hastaların hareket etme, etkin soluk alıp verme ve öksürme aktivitelerini yapamadığı, bu nedenle cerrahi girişim sonrası komplikasyon gelişme riskinin bu hastalarda daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Shea ve ark 2002, Wang ve Keck 2004). Cerrahi girişim sonrası öksürme, derin soluk alma, hareket etme ya da ayağa kalkma sırasında insizyon bölgesinin desteklenmesi ve uygun pozisyon verilmesi, cerrahi girişimle ilişkili ağrının neden olduğu sorunların önlenmesini/azalmasını sağlayan hemşirelik girişimleridir.

Araştırmada, hastaların çoğunluğu (%93,20) ağrıları olduğunda hemşirelerin onlarla ilgilendiğini ifade etti (Çizelge 3.8). Bu bulguya paralel olarak Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında da, hastalar ağrı ifade ettiğinde hemşirelerin hastayla ilgilenme oranının %98,1 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ağrı ifade eden hastalarla ilgilenme oranının yüksek olmasının, hastaların ağrılarını daha rahat ifade edebilmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin; hastaların %78,64'ü ağrıyı azaltacak uygun bir pozisyon almasına yardım ettikleri, %75,73'üne rahat bir uyku için sessiz ve sakin ortam sağladıkları belirlendi (Çizelge 3.8). Araştırma bulgusuna benzer şekilde Idvall ve ark (2005)'ın araştırmasında hastalar, hemşirelerin ağrılarını azaltacak uygun bir pozisyon almalarına yardım etmesi ve rahat bir uyku için sessiz ve sakin ortam sağlamalarına yönelik uygulamalarını 5 üzerinden 4,3 puanla değerlendirmişlerdir. Çelik (2013)'in araştırmasında bu oranların sırasıyla %53,3 ve %60, Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında ise %50 ve %51 olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın aksine Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında, hemşirelerin %16,7'sinin, hastaların ağrılarını azaltacak uygun bir pozisyon almasına yardımcı oldukları

belirlenmiştir. Bu araştırmada pozisyon almaya yardım etme ve ortama yönelik düzenlemeler yapma girişimlerinin diğer araştırmalardan daha yüksek oranda uygulanıyor olması, hastaların rahat bir uyku uyuyarak dinlenmelerinin sağlaması bakımından olumlu bir sonuçtur.

Bu araştırmada, cerrahi girişim öncesinde cerrahi girişim sonrası ağrının nasıl giderileceği hakkında hastaların %77,67'sine bilgi verildiği belirlendi. Bu bulguya benzer şekilde Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında, hastaların %55'ine bu konuda bilgi verildiği belirlenmiştir. Bu araştırmanın aksine, Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında hastaların %1,9'una bilgi verildiği belirlenmiştir. Literatürde; hastalara cerrahi girişim öncesinde, cerrahi girişim sonrası yaşayacağı ağrı ve ağrı yönetimi ile ilgili bilgi vermenin, ağrı şiddetini azalttığı bildirilmektedir (Goldsmith ve Safran 1999, Sjöling ve ark 2003, Çetinkaya ve Karabulut 2010). Cerrahi girişim öncesi ağrı ve ağrı yönetimine ilişkin bilgi vererek hastalarda anksiyete ve ağrıyı azaltmak, hemşirenin yapması gereken önemli sorumluluklardan biridir. Cerrahi girişim öncesi dönemde değişik düzeylerde yaşanan anksiyete, cerrahi girişim sonrası ağrı şiddetinin artmasına neden olması (Granot ve Ferber 2005) cerrahi girişim öncesinde hastanın bu konuda bilgilendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu bilgiler ışığında, cerrahi girişim öncesi ağrı tedavisi hakkında hastaların yeterli bilgilendirilmemesinin, hastaların ağrı yönetimini olumsuz etkileyebileceği düşünüldü.

Bu araştırmada, hastalara cerrahi girişim öncesi dönemde, hastaların %62,14'üne cerrahi girişim sonrası ağrılarının nasıl tedavi edilmesini istediğinin sorulduğu belirlendi. Idvall ve ark (2004)'ın araştırmasında hastalar, hemşirelerin cerrahi girişim sonrası ağrılarının nasıl tedavi edilmesini istediğini sorma durumunu 5 üzerinden 3,4 puanla değerlendirmişlerdir. Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında bu oran %48 olarak bulunmuş olup bu araştırmanın bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Bu araştırma ve diğer araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde, ağrı yönetimine ilişkin hastaların tercihlerinin alınmasına yönelik yapılan bu girişimin, ağrı yönetiminde hastanın maksimum rolü üstlenmesi ve benlik saygısının yükseltilmesi için yeterli seviyede olmadığı görülmektedir.

Ağrı yönetiminde farmakolojik ağrı giderme yöntemleri değerlendirildiğinde; hastaların, %98,06'sına ağrı kesici ilaçlara gereksinim duyduğunda ilacının hızlı

şekilde uygulandığı, %66,99'una ağrı kesici ilacı kendisi sormasa dahi uygulandığı, %87,38'inin ağrı tedavilerinden memnun oluncaya kadar tedavilerine devam edildiği tespit edildi. Idvall ve Berg (2008)'in araştırmasında; hastaların %65'ine ağrı kesici ilaçlara gereksinim duyduğunda hızlı şekilde uygulandığı, %71'ine ağrı kesici ilacı sormasa dahi uygulandığı, %42'sinin ağrı tedavilerinden memnun oluncaya kadar tedavilerine devam edildiği bulunmuştur. Bu araştırmada, ağrı kesici ilacı hasta sormasa dahi uygulama oranı %67,99 iken, Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında %100, Çelik (2013)'in araştırmasında %96,7 gibi çok daha yüksek oranlarda uygulandığı belirtilmiştir. Ağrı kesici ilaçların gerektiğinde değil saatinde uygulanması, kanda ilaç seviyesinin dalgalanma göstermeksizin belli oranda kalmasını sağlar. Böylece hasta minimum ağrı deneyimler. Bu bakımdan hastalara ağrı kesici ilaçları saatinde uygulanmalıdır.

Bu araştırmada hemşirelerin farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerini uygulanma durumları değerlendirildiğinde hastalara; masaj uygulama, müzik dinletme ve düşleme yapması için cesaretlendirme uygulamalarının hiç yapılmadığı belirlendi. Hastaların %47,57'sine kol bacak, yürüme vb. egzersizler yaptırıldığı, %28,16'sına soğuk-sıcak uygulama yapıldığı bulundu (Çizelge 3.8). Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında da, bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde ağrı durumunda hastaya masaj (%1,1), müzik dinletme (% 0,3), kol bacak, yürüme vb. egzersizler yaptırması (%5), sıcak-soğuk uygulama (%1,7) gibi farmakolojik olmayan uygulamaların yapılma oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Çelik (2013)'in araştırmasında ise hastaların %23,3'üne sıcak-soğuk uygulama,%3,3'üne masaj yapıldığı ve %23,3'ünün çeşitli uygulamalarla ağrıya odaklanmalarının azaltıldığı belirlenmiştir. Literatürde hastaların cerrahi girişim sonrası analjezik verilmesine rağmen hafif düzeyde ağrı yaşadıkları, analjezik verilmesine ek olarak müzik dinletilmesi (Good ve ark 2001, Good ve ark 2002, Voss ve ark 2004, Good ve Abn 2008, Korhan ve ark 2013), soğuk uygulama (Saito ve ark 2004) ve masaj yapılması (Piotrowski ve ark 2003, Wang ve Keck 2004, Degirmen ve ark 2010), gevşeme egzersizleri yaptırılmasının (Roykulcharoen ve Good 2004, Topcu ve Findik 2012), hastaların ağrı şiddetlerini azalttığı ve rahatlamalarını sağladığı saptanmıştır. Ancak, bu araştırma ve diğer araştırmaların sonuçları, ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin çok düşük bir oranda uygulandığını göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin ağrıyla baş etmek için farmakolojik

olmayan yöntemleri kullanmama nedeninin farmakolojik olmayan yöntemleri ve bu yöntemlerin etkisini bilmemeleri, sayılarının az olması nedeniyle iş yüklerinin fazla olması ve bunun sonucunda bu tür uygulamalar için zaman bulamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastalara ağrılarının hafifletilmesine yönelik hemşirelerden beklentileri sorulduğunda; %98,13'ü hemşirelerden beklentisinin olmadığını, %1,94'ü ise hemşirelerin kendileri ile ilgilenmelerini istediklerini belirttiler. Yılmaz ve Gürler (2011)'in araştırmasında hastaların, %88,6'sı hemşirelerden beklentisinin olmadığını, %36,6'sı hemşirelerin ameliyattan sonra ağrısının azalıp azalmadığını daha sık kontrol etmelerini, %31,7'si daha anlayışlı olmalarını ve %14,6'sı ise hemşirelerin daha ilgili olmalarını beklediklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgular göz önüne alındığında, etkin bir ağrı yönetimi için hemşirelerin daha anlayışlı bir tavırla hastalara yaklaşmaları ve hastaların ağrılarını değerlendirmeleri gerektiği söylenilebilir.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Hastaların %97,09'unun cerrahi girişim sonrası ağrısı olduğu ve %47,57'sının beklediği şiddette ağrı deneyimlediği,

2. Cerrahi girişim sonrası deneyimlenen ağrı şiddetinin 4,40±2,72cm (GKÖ) olduğu, %34,95'unun orta şiddette bir ağrı deneyimlediği, %87,38'inin ağrısının insizyon bölgesinde olduğu,

3. En sık ağrının %57,28 oranı ile yataktan kalkarken yaşandığı ve hastaların %54,37'sinin ağrı nedeniyle hareket aktivitesinin etkilendiği,

4. Hastaların %89,32'sinin ağrılarının şiddetinde başlangıçtan bu yana azalma olduğu, %79,61'inin ağrısının aralıklı periyotta olduğu,

5. Ağrıyı hafifleten uygulamalar arasında analjezik uygulamasının (%89,32) ilk sırada olduğu,

6. Daha önceden cerrahi girişim geçiren hastaların ağrı şiddeti puan ortalamalarının (3,83±2,44), diğer gruptan (5,16±2,99) düşük olduğu,

7. Ağrıya ilişkin hemşirelerin veri toplamasına yönelik olarak hastaların: %99,03'ünün, ağrısı olduğunda rahatlıkla hemşirelere iletebildikleri, %88,31'inin yaşadıkları ağrı ile ilgili hemşirelerin ayrıntılı bilgi aldıkları, tamamının (%100), ağrı şiddetlerini ölçmek için hemşirelerin ölçek kullanmadıkları ve ağrılarının niteliğini değerlendirmedikleri tespit edildi.

8. Ağrıya yönelik hemşirelik girişimlerine ilişkin olarak hastaların ifadelerine göre hemşirelerin;

- %99,03'ünün, ağrı ifadesine inandığı,
- %98,06'sının, ağrı kesici ilaca gereksinim duyduklarında hızlı bir şekilde ilgili ilacın uygulandığı,
- %93,20'sine, ağrının nedenlerinin açıklandığı ve ağrısı olduğunu ilettiklerinde kendileriyle ilgilenildiği,
- %47,57'sine, kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler; %28,16'sına ise ağrıyı rahatlatmak için sıcak, soğuk uygulama yaptırıldığı,
- Tamamına (%100) masaj yapılmadığı, müzik dinletilmediği ve düş kurması için cesaretlendirilmediği belirlendi.

9. Ağrıya yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesine ilişkin olarak; hemşirelerin %96,12'sinin hastanın ağrısının azalıp azalmadığını izlediği/kontrol ettiği belirlendi.

5.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Cerrahi girişime bağlı beklenen bir durum olan akut ağrı konusunda hastaların cerrahi girişim öncesi planlı bir şekilde bilgilendirilmesi ve cerrahi girişim sonrası ağrı kontrolünde hasta katılımını sağlayacak uygulamaların yapılması,
2. Akut ağrıya yönelik cerrahi girişim öncesi ve sonrası veri toplanmasına yönelik kliniklere özgü formlar oluşturulması,
3. Akut ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının kullanılması,
4. Akut ağrının kontrolünde, farmakolojik yöntemlerin yanı sıra kullanılabilecek farmakolojik olmayan yöntemler konusunda hemşirelere hizmet içi eğitimin sağlanması,
5. Örneklem sayısı artırılarak kliniklere özgü cerrahi girişim sonrası ağrının niteliklerinin ve kontrolüne yönelik yapılan uygulanmaların belirlenmesi amacıyla yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

Akyolcu N, 2012. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde: Cerrahi Hemşireliği, Editörler: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 335-67.

Alon E, Knessl P, 2000. Prevention and treatment of postoperative pain. Ağrı, 12, 9-14.

Alpar R, 2006. Hipotez testler spor bilimlerinde uygulamalı istatistik. Üçüncü baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, s. 117-202.

Arslan S, Çelebioğlu A, 2004. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. IJHS, 1, 1-7.

Arslan Yaralı S, Kurşun Ş, 2009. Dahili ve cerrahi kliniklerindeki sağlık çalışanlarının erişkin hastalarda ağrı tanılaması ve ağrıya ilişkin uygulamalarının belirlenmesi. İ.U.F.N. Hem Derg, 17, 32-40.

Aslan EF, 2002. Ağrı değerlendirme yöntemleri. CÜHYO Derg, 6, 9-16.

Aslan FE, 2006. Tarihsel süreçte ağrı: Kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi. İçinde: Ağrı doğası ve kontrolü. Editör: Aslan FE, 1. baskı. İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları Ltd Sti, s. 3-9.

Aslan FE, 2011. Ağrı. İçinde: Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Editörler: Karadakovan A, Aslan EF, 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi, s. 145-61.

Aslan FE, Badır A, 2005. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı, 17, 44–51.

Aslan FE, 2005. Akut ağrı. HEAD, 2, 24–31.

Aslan FE, Aygin D, Sarıyıldız D, 2007. Travma geçiren hastaların ağrı yönetimine ilişkin memnuniyet düzeyi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27, 687-94.

Ay F, Alpar ŞE, 2010. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı, 22, 21-9.

Bell L, Duffy A, 2009. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. Br J Nurs, 18, 153-6.

Berry PH, Dahl JL, 2000. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. Pain Manag Nurs, 1, 3-12.

Bölükbaş N, 1996. Cerrahi hastalarının korku ve endişelerini paylaşabildikleri sağlık personeli. Sendrom Derg, 8, 79-80.

Botti M, Bucknall T, Manias E, 2004. The Problem of postoperative pain. IJHS Practice, 10, 257-63.

Bozkurt M, 2012. Jinekolojik laparoskopide veres sonrası kapalı trokar ile açık giriş tekniğinin etkinlik komplikasyon ve postoperatif ağrı açısından karşılaştırılması: Prospektif çalışma. JAREM, 2, 104-8.

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D, 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain, 10, 287–333.

Brown A, Christo PJ, Christopher LW, 2004. Strategies for postoperative pain management. Clinical Anaesthesiology, 18, 703-17.

Bulut H, 2013. Ameliyat öncesi esnası ve sonrası hemşirelik bakımı. İçinde: Hemşirelik esasları, hemşirelik bilimi ve sanatı. Editörler: Aştı TA, Karadağ A, 1. baskı. İstanbul: Akademi yayıncılık, s. 704-24.

Büyükyılmaz F, Aştı T, 2005. Ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanılaması. İ.U.F.N. Hem Derg, 15, 123-39.

Büyükyılmaz FE, Aştı T, 2010. Postoperative pain characteristics in Turkish orthopedic patients. Pain Manag Nurs, 11, 76-84.

Carpenito-Moyet LJ, 2012. Hemşirelik tanıları. Editör: Erdemir F, 13. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 368-70.

Carr ECJ, Thomas VJ, 1997. Anticipating and experiencing post-operative pain: the patients'perspective. J Clin Nurs, 6, 191-201.

Carr ECJ, Thomas VN, Barnet JW, 2005. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. IJNS, 42, 521–30.

Çelik S, 2013. Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 325-30.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010. Inpatient surgery. Erişim tarihi 03 Temmuz. 2013. Erişim adresi, http://www.cdc.gov/nchs/fastats/insurg.htm

Çetin N, Eşer İ, 2006. Hasta kontrollü analjezi yöntemine ilişkin verilen hasta eğitiminin postoperatif ağrının giderilmesine etkisinin incelenmesi. EÜHYO Derg, 22, 15-25.

Çetinkaya F, Karabulut N, 2010. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg, 13, 20-6.

Çevik K, Zaybak A, 2011. Açık kalp ameliyatı sonrasında yapılan egzersizlerin ağrıya etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg, 14, 54-9.

Chia YY, Chow LH, Hung CC, Liu K, Ger LP, Wang PN, 2002. Gender and pain upon movement are associated with the requirements for postoperative patient-controlled iv analgesia: a prospective survey of Chinese patients. Can J Anaesth, 49, 249-55.

Çöçelli L, Bacaksız DB, Ovayolu N, 2008. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Derg, 14, 3-8.

Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, 2013. Pediatri Hemşireliği. Birinci baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, s. 880-90.

Dahlman G, Dykes A, Elander G, 1999. Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery the effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. J Adv Nurs, 30, 866-74.

De Cosmo G, Congedo E, Lai C, Primieri P, Dottarelli A, Aceto P, 2008. Preoperative psychologic and demographic predictors of pain perception and tramadol consumption using intravenous patient-controlled analgesia. Clin J Pain, 24, 399-405.

Degirmen N, Ozerdogan N, Sayiner D, Kosgeroglu N, Ayranci U, 2010. Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. Applied Nursing Research, 23, 153–8.

Dicle A, 2007. Cerrahi hastasında ağrı. İçinde: Hemşirelik bakım planları. Editörler: Akbayrak N, Erkal S, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A, 1. baskı. Ankara: Alter yayıncılık, s. 613-23.

Dihle A, Bjolseth G, Helseth S, 2006. The gap between saying and doing in postoperative pain management. J Clin Nurs, 15, 469-79.

Dikmen Y, 2013. Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Hemşirelik esasları. Editörler: Ataberk Aştı T, Karadağ A, 1. baskı. İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık, s. 633-67.

Dikmen YD, Usta YY, İnce Y, Geli KT, Kaya M, 2012. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. Çağdaş Tıp Derg, 2, 162-72.

Edwards RR, Doleys DM, Fillingim RB, Lowery D, 2001. Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. Psychosom Med, 63, 316-23.

Eid T, Bucknall T, 2008. Documenting and implementing evidence-based postoperative pain management in older patients. Journal of Orthopeadic Nursing, 12, 90-8.

Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M, 2001. Türkiye'de erişkinlerde ağrı sıklığı. Ağrı, 13, 22-30.

Ersek M, Poe CM, 2004. Pain. In: Medical-Surgical Nursing. Lewis SH, Heitkemper MM, Dirksen SR, Eds: 6th ed. USA: Mosby, p. 131-57.

Evans CJ, 2004. Development and validation of the pain treatment satisfaction scale (ptss): A patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain. Pain, 112, 254-66.

Francis L, Fitzpatrick JJ, 2013, Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. Pain Manag Nurs, 14, 351-7.

Good M, Abn S, 2008. Korean and American music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery. Pain Manag Nurs, 9, 96-103.

Good M, Anderson GC, Stanton-Hicks M, Grass JA, Makii M, 2002. Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery. Pain Manag Nurs, 3, 61-70.

Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Lai HL, Roykulcharoen V, Adler PA, 2001. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. J Adv Nurs, 33, 208-15.

Goldsmith DM, Safran C, 1999. Using the web to reduce postoperative pain following ambulatory surgery. Proc AMIA Symp, 161, 780–4.

Granot M, Ferber G, 2005. The Roles of Pain Catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity. Clin J Pain, 21, 439-45.

Guyton AC, Hall JE, 2007. Tıbbi Fizyoloji. Editörler: Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ, 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp kitapevleri, s. 598-608.

Huang N, Cunningham F, Laurito CE, Chen C, 2001. Can we do better with postoperative pain management. Am J Surg, 182, 440-8.

Hudak CM, Gallo BM, 1998. Critical care nursing: a holistik approcah. Seventh ed. New York, Lippincott-Raven Publishers, p. 41-58.

Idvall E, Berg A, 2008. Patient assessment of postoperative pain management – Orthopaedic patients compared to other surgical patients. Journal of Orthopaedic Nursing, 12, 35–40.

Idvall E, Berg K, Brudin L, 2005. Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. Journal of Evaluation in Clinical Prac, 11, 444-51.

Idvall E, Bergqvist A, Silverhjelm J, Unosson M, 2008. Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. Nursing and Health Sciences, 10, 131–6.

Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M, 2002. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. Qual Saf Health Care, 11, 327–34.

Kanan N, 1998. Cerrahide ağrı. İçinde: Cerrahi hastalıkları hemşireliği el kitabı. Editör: Aksoy G, 1. baskı. İstanbul: Birlik Ofset, s. 11-8.

Kiekkas P, Gardeli P, Bakalis N, Stefanopoulos N, Adamopoulou K, Avdulla C, Tzourala G, RN, Konstantinou E, 2015. Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. Pain Manag Nurs, 16, 2-10.

Kırdemir P, Özorak Ö, 2011. Postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacı preoperatif dönemde tahmin edilebilir mi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31, 951-9.

Kituyi WP, Imbaya KK, Wambani JO, Sisenda TM, Kuremu RT, 2011. Postoperative pain management: Clinicians' knowledge and practices on assessment and measurement at Moi Teaching and Referral Hospital. East and Central African Journal of Surgery, 16, 21-4.

Klopfenstein C, Herrmann FR, Mamie C, Gessel EV, Forster A, 2000. Pain intensity and pain relief after surgery. Acta Anaesthesiol Scand, 44, 58-62.

Kocaman G, 1994. Ağrı. Birinci baskı. İzmir, Saray Tıp Kitabevi, s.175-98.

Koçoğlu D, Özdemir L, 2011. Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. Ağrı, 23, 64-70.

Korhan EA, Uyar M, Eyigör C, Hakverdioğlu G, Çelik S, Khorshid L, 2013. The effects of music therapy on pain in patients with neuropathic pain. Pain Manag Nurs, 1, 1-9.

Kutlutürkan S, 2011. Konfor. İçinde: Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri. Editörler: Aştı TA, Karadağ A, 1. baskı. Adana: Nobel tıp kitabevleri, s.128-65.

Kuuppelomaki M, 2002. Pain management problems in patients' terminal phase as assess by nurses in Finland, issues and innovations in nursing practice. J Adv Nurs, 40, 701–9.

Lauzon Clabo LM, 2007. An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. J Adv Nurs, 61, 531-9.

Lin Y, Wang R, 2005. Abdominal surgery, Pain and anxiety: Preoperative nursing. J Adv Nurs, 51, 252-60.

Lloyd G, Mc Lauchlan A, 1994. Nurses attitudes towards management of pain. Nursing Times, 90, 40-3.

Lynch EP, Marissa A, Lazor MA, Gellis JE, Orav J, Goldman L, Marcantonio ER, 1997. Patient experience of pain after elective noncardiac surgery. Anesth Analg, 85, 117-23.

Mac Lellan K, 2004. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. J Adv Nurs, 46, 179-85.

Macintyre P, Schug S, 2007. Acute pain management Apraticel guide. Third edition. China, Elsevier Limited. p. 1160. Erişim tarihi, 10 Ağustos 2013. Erişim adresi, http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=4rHWiKo9Mc0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Pain+management:+A+practical+guide&ots=mKynEX5ntA&sig=09mCMnpCK9dGdvYPfuFhTNedtu0&redir_esc=y#v=onepage&q=Pain%20management%3A%20A%20practical%20guide&f=false

Mcguire L, 2006. Pain: The fifth vital sign. In: Medical surgical nursing, Critical thinking for collobrative care. Eds: Workman ML, Ignatavicius DD, 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders, p. 63- 90.

McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J, 2000. Management of pain and pain-related symptoms in hospitalized veterans with cancer. Cancer Nursing, 23, 327-36.

Melzack R, Katz J, 1992. The MC Gill Pain Questionnaire: Appraised and current status, handbook of pain assessment. Fourth ed. New York, The Guilford Press, p. 152-68.

Monsivais D, McNeill J, 2007. Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignantchronic pain syndromes. Pain Manag Nurs, 8, 64-71.

Olgun N, Aslan EF, 1998. Hemşire ve hekimlerin ağrıya yaklaşımları. Ağrı, 10, 32-6.

Özer N, Bolükbaş N, 2001. Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. AUHYO Derg, 4, 7-17.

Öztekin D, 2011. Ameliyat sonrası bakım uygulamaları. İçinde: Cerrahi hemşireliği uygulama rehberi. Editorler: Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N, 1. baskı. Ankara: İstanbul tıp kitabevi yayıncılık, s. 33-59.

Pasero C, Mc Caffery M, 2000. When patient can't report pain. A J Nurs, 100, 22-3.

Piotrowski MM, Paterson C, Mitchinson A, Kim HM, Kirsh M, Hinshaw DB, 2003. Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: a preliminary study in men. J Am Coll Surg, 197, 1037-46.

Plaisance L, Logan C, 2006. Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. Pain Manag Nurs, 7, 167-75.

Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK, Brennan TJ, 2007. Postoperative pain-clinical implications of basic research. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 21, 3-13.

Prowse M, 2006. Postoperative pain in older people: a review of the literature. J Clin Nurs, 16, 84-97.

Raj PP, 2000. Ağrı taksonomisi. İçinde: Ağrı. Editor: Erdine S, 1. baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, s. 12- 8.

Roykulcharoen V, Good M, 2004. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. J Adv Nurs, 48, 140-8.

Şahin Ş, 2004. Ağrı ve cinsiyet. Ağrı, 16, 17-25.

Saito N, Horiuchi H, Kobayashi S, Nawata M, Takaoka K, 2004. Continuous local cooling for pain relief following total hip arthroplasty. J Arthroplasty, 19, 334-7.

Samuels JG, Fetzer S, 2009. Pain management documentation quality as a reflection of nurses clinical judgment. J Nurs Care Qual, 24, 223-31.

Sandoval LM, 1999. An analysis of concept of pain, J Adv Nurs, 29, 935-41.

Sawyer J, Haslam L, Robinson, S, Daines P, Stilos K, 2008. Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. Pain Manag Nurs, 9, 104-12.

Shea R, Brooks JA, Dayhoff NE, Juanita K, 2002. Pain intensity and postoperative pulmoner complications among the elderly after abdominal surgery. Heart&Lung, 31, 440-9

Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K, 2003. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Educ Couns, 51, 169-76.

Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y, 2005. Nurses assessment of pain in surgical patients. J Adv Nurs, 52, 125-32.

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, 2008. Textbook of medical and surgical nursing. Eleven ed. London, Lippincott Williams wilkins, 258-95.

Topcu SY, Findik UY, 2012. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. Pain Manag Nurs, 13, 11-7.

Törüner EK, Büyükgönenç L, 2012. Çocuk Sağlığı. Birinci baskı. Ankara, Göktuğ Yayıncılık, s. 151-60.

Türgay AS, 2011. Ameliyat öncesi sırası ve sonrası bakım. İçinde: Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. Editör: Ay FA, 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, s.642-71.

Vaajoki A, Pietila AM, Kankkunen P, Julkunen KV, 2011. Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. J Clin Nurs, 21, 708–17.

Voss JA, Good M, Yates B, Baun MM, Thompson A, Hertzog M, 2004. Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. Pain, 112, 197-203.

Wang H, Keck J, 2004. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. Pain Manag Nurs, 5, 59-65.

Yeğin A, Erdoğan A, Hadimioğlu N, 2005. Toraks cerrahisinde ameliyat sonrası analjezi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derg, 13, 418-23.

Yeğül İ, 1993. Postoperatif ağrı tedavisi. Birinci baskı. İzmir, Yapım Matbaacılık, s. 249-54.

Yılmaz M, Gürler H, 2011. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı, 23, 71-9.

Yılmazer T, Bilgili N, 2011. Ameliyat sonrası hastaların ağrı kontrolüne yönelik hemşirelerden beklentileri ve hemşirelerin ağrılı hastaya yönelik girişimleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

7.EKLER

EK-A: ANKET FORMU

Bu araştırma, cerrahi girişim geçiren hastaların yaşadıkları ağrıya yönelik yapılan klinik uygulamaların belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinde isminizi veya herhangi bir kimlik bilginizi belirtmeyiniz. Zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı Fatma AYHAN

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1.Yaşınız:…….

2.Cinsiyetiniz:

1. Erkek 2. Kadın

3.Medeni durumunuz:

1. Bekar 2. Evli

4.Eğitim düzeyiniz:

1. Okur- yazar değil 2. Okur yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5. Üniversite

5. Çalışma durumunuz:

1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor

6. Sosyal güvenceniz:

1. Yok 2. Var

7. Gelir durumunuz:

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla

8. Birlikte yaşadığınız kişiler:

1. Yalnız 2. Aile 3. Yakınlar

9. Yaşanılan yer:

1. Köy 2. İlçe 3. İl

B. Sağlık Öyküsü

10. Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu?

1. Hayır 2. Evet

11. Cevabınız evet ise hangi cerrahi girişimi geçirdiniz?.....

12. Kronik hastalığınız var mı?

1. Hayır 2. Evet

13. Yattığınız servis:

1) Genel cerrahi servisi 2) Üroloji servisi 3) Jinekoloji servisi

14. Tıbbi tanınız: ……

15. Şu anda yapılan cerrahi girişim türü (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır):

……..

16. Cerrahi girişim sonrası kaçıncı gününüzdesiniz?.....

C. Ağrı ile ilgili Özellikler

17. Normal yaşantınızda çok sık ağrı yaşar mısınız?

1. Hayır 2. Evet

18. Normal yaşantınızda ağrı yaşadığınızda ağrınızla nasıl baş edersiniz? (Birden çok yanıt verilebilir)

1) Ağrı kesici alırım
2) Uyurum
3) Müzik dinlerim
4) Sıcak uygulama yaparım
5) Soğuk uygulama yaparım
6) Ağrıyan yere masaj yaparım
7) Diğer ……

19. Cerrahi girişim sorasında ağrı yaşadınız mı?

1) Hayır 2) Evet

20. Cerrahi girişimden sonra ağrı beklediğiniz gibi miydi?

1. Evet beklediğim şiddetteydi
2) Hayır beklediğimden daha az şiddetliydi
3) Hayır beklediğimden daha fazla şiddetliydi

21. Cerrahi girişim sonrası yaşadığınız ağrının şiddetini aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyiniz.



22. Cerrahi girişim sonrası yaşadığınız ağrının şiddetini aşağıdaki ifadelerden hangisi tanımlar?

1) Ağrı yok
2) Hafif
3) Orta
4) Şiddetli
5) Çok şiddetli
6) Dayanılmaz

23. Cerrahi girişim sonrası yaşadığınız ağrının yeri neresiydi? (Birden çok yanıt verilebilir)

1) Ameliyat yerimde
2) Drenlerimin olduğu yerde
3) Sırtımda
4) Vücudumun her yerinde
5) Diğer……

24. Cerrahi girişim sonrası en çok hangi durumlarda ağrı yaşadınız? (Birden çok yanıt verilebilir)

1) Pansuman sırasında
2) Yataktan kalkarken
3) Yürürken
4) Öksürürken
5) Diğer…….

25. Ağrınız sırasında aşağıdaki aktivitelerden hangisini yapmakta zorlandınız/ zorlanıyorsunuz? (Birden çok yanıt verilebilir)

1) Nefes alıp verirken
2) Hareket ederken
3) Uyuma sırasında
4) Öksürme
5) Zorlanmadım

26.Ağrınızın başlangıcından bu yana şiddetinde değişme oldu mu?

1) Artma oldu 2) Azalma oldu 3) Olmadı

27. Cerrahi girişimden bu yana ağrınız sürekli miydi; aralıklı mıydı?

1) Sürekli 2) Aralıklı

28. Cerrahi girişim sonrası hangi uygulamalar ağrınızı hafifletti? (Birden fazla cevap verilebilir.)

1) Ağrı kesici
2) İstirahat
3) Egzersiz
4) Pozisyon değişikliği
5) Dikkati başka yöne çekme
6) Soğuk uygulama
7) Diğer……..

D) AĞRIYA KONTROLÜNE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN BELİRLENMESİ FORMU

AĞRIYA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	EVET	HAYIR
Ağrıya İlişkin Veri Toplama		
1. Ağrınız olduğunu hemşireye rahatlıkla iletebildiniz mi?		
2. Cerrahi girişimden sonra hemşire, siz söylemeden sık sık ağrınız olup olmadığını sordu mu?		

3. Hemşire ağrınızla ilgili ayrıntılı bilgi aldı mı?		
4. Hemşire ağrınızın şiddetini değerlendirirken ağrının şiddetini ölçen bir skala/ölçek kullandı mı?		
5. Hemşire ağrınızı değerlendirirken ağrınızın niteliğini değerlendirdi mi? (keskin, yanıcı, batıcı vb.)		
6. Hemşire ağrıyan bölgenize bakarak inceledi mi?		
7. Hemşire ağrıyan bölgenizi dokunarak inceledi mi?		
8. Hemşire normal yaşantınızda ağrınızla nasıl baş ettiğinizi sordu mu?		
Ağrıyı Rahatlatmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri		
9. Hemşire ağrınız olduğunu söylediğinizde size inandı mı?		
10. Hemşire size ağrınızın nedenlerini açıkladı mı?		
11. Hemşire size ağrınızın ne kadar süreceği hakkında bilgi verdi mi?		
12. Hemşire ağrınızda artma ve azalma yaşayabileceğinizi ve bunun nedenlerini size anlattı mı?		
13. Hemşire size cerrahi girişim öncesi dönemde cerrahi girişimden sonra (öksürürken, soluk alıp verirken, ayağa kalkarken v.b) ağrınız olacağı konusunda bilgi verdi mi?		
14 Hemşire size cerrahi girişim öncesi dönemde, cerrahi girişimden sonra ağrınızın nasıl giderileceği konusunda bilgi verdi mi?		
15. Hemşire sizinle cerrahi girişim sonrasında ağrınızın nasıl tedavi edilmesini istediğiniz hakkında konuştu mu?		
16. Hemşire ağrınız olduğunu söylediğinizde sizinle ilgilendi mi?		
17. Hemşire ağrıya neden olan hareketler sırasında (öksürme, ayağa kalkma, yürüme, soluk alma) size ne yapmanız gerektiğini söyledi mi?		
18. Hemşire ağrınızı azaltacak uygun bir pozisyon almanıza yardım etti mi?		
19. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için sıcak, soğuk uygulama yaptı mı?		
20. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için masaj yaptı mı?		
21. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için kol, bacak, yürüme vb. gibi egzersizler yaptırdı mı?		
22. Hemşire ağrınızı rahatlatmak için müzik dinletti mi?		
23. Hemşire sizi düşleme yapmanız için cesaretlendirdi mi?		

24.Hemşire sizin rahat uyuyabilmeniz için sessiz ve sakin bir ortam oluşturdu mu?		
25. Hemşire ağrınızın giderilmesinde sizin savunucunuz olarak hareket etti mi?		
26. Hemşire ağrı kesici ilaçlara gereksinim duyduğunuzda hızlı bir şekilde ilacınızı uyguladı mı?		
27. Hemşire siz ağrı kesicinizi sormasanız dahi size ağrı kesici ilaç uyguladı mı?		
28. Hemşire ağrı kesicilerin etkilerinden memnun oluncaya kadar ağrı tedavisinde size yardım etti mi?		
Ağrının Azalmasını Değerlendirme		
29. Hemşire ağrınızın azalma ve rahatlama durumunu izledi mi/kontrol etti mi?		
30. Hemşirelerin yaptıkları uygulamalar dışında ağrınızı daha fazla rahatlatabileceğini düşündüğünüz bir uygulama var mı?		
31. Cevabınız evetse nedir?		

EK-D: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların, cerrahi girişim sonrası ağrı deneyimlerini ve ağrı kontrolüne yönelik yapılan hemşirelik girişimlerini belirlemek amacıyla bir yüksek lisans tezi yapmaktayım.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Araştırmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu araştırmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırda yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN	Fatma AYHAN
S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi	S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0 332 2233528	Tel: 0554 5987440

Katılımcının adı-soyadı (Katılımcıların sözel onayları alınacaktır)

8.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1984 yılında Karaman'da doğdu. İlköğretimini Taşkale İlköğretim Okulunda, liseyi Fatih Lisesinde okuyarak Karaman'da tamamladı. Lisans eğitimini Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde 2006 yılında tamamladı. 2006-2010 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nin pediatri kliniğinde hemşire olarak görev yaptı.