



AMELİYAT SONRASI AĞRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

GAMZE OĞUZ ERDEM¹ , HANDE YÜMNÜ² 

ÖZET

Ameliyat sonrası, bireylerin %80'inden fazlası orta ila şiddetli düzeyde akut ağrı yaşar. Kontrol edilemeyen postoperatif ağrı, iyileşmeyi sınırlandırır ve kısa ve uzun vadeli morbidite ile ilişkilidir. Hekimler geleneksel olarak postoperatif ağrı yönetiminden sorumluyken, cerrahi hastalara bakım sağlayan tüm klinisyenler ortak farmakolojik ve girişimsel ağrı yönetimi stratejileri konusunda temel bir anlayışa sahiptir. Bu derlemede, akut ağrının sonuçları, ağrı değerlendirme yaklaşımları ve postoperatif ağrıyı yönetmek için yaygın olarak kullanılan tedavilere genel bir bakış ve hemşirelerin postoperatif ağrı yönetimi rolü ve uygulamaları ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, postoperatif ağrı, ağrı yönetimi, hemşirelik

NURSING APPROACHES TOWARD POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT

ABSTRACT

After surgery, more than 80% of people experience moderate to severe acute pain. Poorly controlled postoperative pain limits healing and is associated with detrimental short-term and long-term morbidity. While physicians have traditionally been responsible for postoperative pain management, all clinicians caring for surgical patients have a basic understanding of common pharmacological and interventional pain management strategies. In this review, an overview of the outcomes of acute pain, pain assessment approaches and commonly used treatments to manage postoperative pain, and the role and practices of nurses in postoperative pain management are discussed.

Keywords: Pain, postoperative pain, pain management, nursing

¹İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK
BÖLÜMÜ İSTANBUL, TÜRKİYE
²BEYKOZ DEVLET HASTANESİ, İSTANBUL, TÜRKİYE

Sorumlu Yazar: GAMZE OĞUZ ERDEM
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK
BÖLÜMÜ, İSTANBUL, TÜRKİYE

Telefon: +908504503439
E-mail: gamze.oguz@atlas.edu.tr

OĞUZ ERDEM G, YÜMNÜ H. AMELİYAT SONRASI AĞRI YÖNETİMİNE İLİŞKİN HEMŞİRELİK
YAKLAŞIMLARI. ATLJM. 2024;4(11).

Gönderim Tarihi: 05 OCAK 2024
Kabul Tarihi: 08 OCAK 2024

GİRİŞ

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku yaralanmasıyla ilişkili duyusal, duygusal ve davranışsal faktörleri içeren kişisel ve öznel bir deneyimdir (1).

Subjektif bir duygu olan ağrının en yaygın ve en çok kullanılan tanımlarından bir tanesini Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association Study of Pain-IASP), var olan veya var olma olasılığı olan doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş olmayan duyusal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlamıştır (2).

Ağrının klinik bakımdan en yararlı tanımlanmasını McCaffery yapmıştır. McCaffery ağrıyı "bireyin söylediği şeydir, eğer birey söylüyorsa vardır" şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımdan yola çıkarak, hastanın ağrıyı ifade etmede en etkili kişinin kendisinin olduğunun belirtilmesi sözlü ya da sözsüz ağrı ifadelerine inanılması açısından çok önemlidir (3).

Ağrının tanımı zordur. Milyonlarca insan geliştirilen ağrı giderme yöntemlerine rağmen akut ya da kronik ağrıya baş etmektedir. Ağrı kaynağı ne olursa olsun bireyler hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilenmektedirler. Amerikan Ağrı Birliği 1996 yılında ağrıyı beşinci yaşam bulgusu olarak ifade etmiş ve tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir (1).

Ağrı farklı özellik ve şiddette ortaya çıkan bir deneyimdir ve kişiye özeldir. Aynı şiddetteki ağrılı uyaran kişiden kişiye farklı şiddette tepki oluştururken aynı kişide değişik şartlarda değişik şiddette ağrıya sebep olabilmektedir. Tüm bireylerin yaşamlarının değişik dönemlerinde deneyimledikleri ağrı, acil dikkat gerektiren, davranış ve düşünceleri etkileyen bir yandan da ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına yöneltten, davranışsal tepkilere neden olan karmaşık bir deneyimdir (4).

Dünyada milyonlarca insan her yıl cerrahi operasyon geçirmekte ve ameliyatın sık görülen komplikasyonu olan ağrıyı deneyimlemektedir (5). Ağrı, hemşirelerin cerrahi birimlerdeki hastalarda en sık karşılaştıkları sorunlardan biridir ve birçok insan için en korkulan belirtiler arasında yer almakta, tedavi edilmezse birçok olumsuz durumla sonuçlanmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı, ameliyattan hemen sonra yaşanır ve cerrahi işlem sırasında doku travmasına karşılık bir yanıt olarak tanımlanır. Giderilmeyen ağrı ise bireylerde bazı rahatsızlıklara

sebepler olarak yaşam kalitesinde düşme ile sonuçlanabilmektedir (6). Bu nedenle hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimi hakkında doğru güncel bilgi ve becerilere sahip olması ve cerrahi birimlerde yatan hastalar için şefkatli bakım vermeleri oldukça önemlidir (7).

Etkili ağrı yönetimi postoperatif bakımın önemli bir bileşenidir. Bununla birlikte, birçok hemşire ve diğer sağlık çalışanları için postoperatif ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi başlıca klinik zorluklardan biri olmaya devam etmektedir (5).

Postoperatif ağrı, ameliyat geçiren hastalar için en önemli endişelerden biridir ve hastaların perioperatif bakımdan memnun olup olmadıklarının güçlü bir göstergesidir. Ne yazık ki, hastaların yaklaşık %88'i ameliyattan sonra orta ile şiddetli düzeyde akut ağrı bildirmektedir. Yönetilmeyen postoperatif ağrı, zararlı fizyolojik etkilerle, artan sağlık hizmetleri kullanımına ve cerrahi sonrası kronik ağrının gelişimine zemin hazırlayan akut ağrı gibi kötü klinik sonuçlara sahiptir. Ağrı yönetimi konusunda araçlar geliştirilirken, yeterince kontrol edilemeyen postoperatif ağrı, çözülmemiş bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Ayrıca, son zamanlarda devam eden yaygın opioid kullanımı, ameliyat sırasında ve sonrasında uzun süreli kullanımın azaltılmasına yönelik baskıyı artırmıştır. Bu nedenle, multimodal analjeziyi sağlamaya ve postoperatif ağrı yönetimini iyileştirmek ve cerrahi sonrası uzun süreli opioid kullanımını azaltmak için yeni müdahaleleri belirlemeye yönelik artan bir ilgi vardır (8).

Şiddetli ağrı, konfor elde edilene kadar sık sık yeniden değerlendirilmeli ve yapılandırılmış multimodal analjezik yaklaşımı kullanılarak acil olarak yanıtlanmalıdır. Multimodal analjezi, anatomik ağrı yollarının farklı bölümleri üzerinde etkili olan ilaçların seçilmesini içerir. Analjezik ilaçlar, ağrı sinyallerini azaltarak veya engelleyerek ağrıyı hafifleten ilaçlardır. Bu ilaçlar genellikle merkezi sinir sistemindeki ağrı sinyallerini etkileyerek çalışırlar. Bazı analjezik ilaçlar, omurilik yolu üzerindeki sinir iletimini etkileyerek ağrıyı azaltabilir (9). Postoperatif ağrı yönetimi hastanın primer hekiminin sorumluluğunda olsa da multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve tüm ekip üyelerini içermelidir. Bu multidisipliner yaklaşım, ağrıyı değerlendirmeyi, önlemeyi ve etkili bir şekilde tedavi etmeyi amaçlar. Hasta merkezli bir bakış açısıyla, ekip üyeleri bir araya gelerek optimal sonuçlar elde edebilir ve hastanın iyileşme sürecini en iyi şekilde destekleyebilirler. Ameliyat geçiren hastaların etkili yönetimi için

postoperatif ağrı ve yaygın olarak kullanılan müdahalelerin anlaşılması gerekir (8).

Bu derleme, postoperatif ağrıyı yönetme ilkeleri, yaklaşımları ve stratejileri hakkında genel bir bakış ve hemşirelerin postoperatif ağrı yönetiminde rolünü sunmayı amaçlamaktadır.

Ağrı Türleri ve Özellikleri

Ağrı, başlangıç süresine göre; akut ve kronik, mekanizmasına göre; nosiseptif ve nöropatik, kaynaklanan bölgeye göre; somatik, viseral, sempatik ve periferik ağrı olarak sınıflandırılmaktadır.

Ağrının patofizyolojisini inceleyen Woolf ve Salter, ağrının duyu sistemini nasıl harekete geçirdiğini açıklamakta ve ağrının normal ve patolojik ayrımını yapmaktadırlar. Normal ağrıyı, mekanik, kimyasal ve termal uyarılar tarafından tetiklenen süreç tepkisi olarak; patolojik ağrıyı ise, inflamatuvar yanıtın ve sinir sisteminin doku hasarına neden olan nöropatik ağrı gibi durumların sinir sistemi üzerindeki etkilerinin incelenmesi olarak tanımlamışlardır (10).

Postoperatif Akut Ağrının Fizyolojisi

Akut ağrı, genellikle bir doku yaralanması, ameliyat veya travma gibi belirgin bir nedenle ortaya çıkan ve kısa süreli bir süreci kapsayan ağrı türüdür. Bu ağrı, vücudun normal iyileşme sürecine eşlik eder ve sonrasında ağrı kronik veya kalıcı olarak kabul edilir. Ağrı, her hasta için özel, çok boyutlu bir deneyimdir. Ağrı deneyimindeki farklılıklar biyolojik tepkiden, psikolojik durum ve özelliklerden ve sosyal bağlamdan etkilenir (9).

Postoperatif ağrı, ameliyattan hemen sonraki ağrıyı ifade eder ve haftalarca, aylarca devam edebilir. IASP, ameliyatı takip eden normal iyileşme süresinin yaklaşık 3 ay olduğunu ve bu süreden sonra herhangi bir ağrının patolojik olarak kabul edilmesi gerektiğini önermektedir. IASP tarafından "gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili veya bu tür bir hasarla tanımlanan hoş olmayan bir duyusal ve duygusal deneyim" olarak tanımlanan ağrı, doku hasarını önlemek veya sınırlamak için bir alarm gibi çalışan ve böylece önemli bir yaşamsal savunma işlevine hizmet eden fizyolojik bir rolü ima eder. Ağrı dört aşamada algılanır; Transdüksiyon, Transmisyon, Modülasyon ve Persepsiyon. Doku zararlı bir uyarıyı algıladığında, transdüksiyon adı verilen bir süreçte bir sinir impulsu üretilir. Transdüksiyon, hasarlı hücreler bradikinin, serotonin,

histamin, prostaglandinler ve P maddesi gibi nosiseptör-duyarılaştırıcı maddeler saldıgında başlar. Nosiseptör-duyarılaştırıcı maddeler, aksiyon potansiyeli olarak bilinen bir akım üretir (11).

Transdüksiyon, yüksek yoğunluklu ve dolayısıyla potansiyel olarak tehlikeli olan mekanik, termik (soğuk veya ısı) ve kimyasal (düşük veya yüksek pH) enerjileri bir elektrik sinyaline, jeneratör potansiyeline dönüştüren ve aksiyon potansiyelinin başlangıcını tetikleyen bir süreçtir (10). Nosiseptörlerin hücre gövdeleri dorsal kök ganglionlarında bulunan primer afferent somatik ve visseral nosiseptif liflerin periferik terminallerinde meydana gelir. Nosiseptörler; güçlü, potansiyel olarak dokuya zarar veren uyarılara yanıt vermek üzere özelleşmiş yüksek eşikli primer duyu nöronları olarak bilinir. Periferik terminaller, çoğu belirli yüksek enerjili uyarılara yanıt olarak açılan ve sırayla sorumlu olan kalsiyum ve sodyum iyonlarına karşı geçirgen hale gelen kanallar olan oldukça özel dönüştürücü proteinler içerir (11).

Ağrı algısı, ağrı modülasyonunun derecesine göre farklılık gösterir. Ağrı algısı ile ilgili çok sayıda teori vardır. Ancak, ağrı mekanizmaları anlayışını zenginleştiren ve ağrının hem fiziksel hem de psikolojik boyutlarını dikkate alan ağrı teorisi Melzack ve Wall (1965)'ün ağrı kapısı teorisi-dir. Yaygın olarak kabul edilen bu teori, omuriliğin dorsal boynuzundaki substantia gelatinosa'da bulunan bir nöral "kapı"nın açılıp kapanarak periferden merkezi sinir sisteminde sinir impulslarının akışını arttırdığı veya azalttığı bir ağrı modüle edici sistemi tanımlar. Bu teoriyi anlamak ve bilgiyi pratiğe uygulamak için, ağrı fizyolojisinin daha iyi anlaşılması gerekir.

Afferent (periferden omuriliğin dorsal boynuzuna kadar) nosiseptif sinir lifleri, lif çapına ve sinir uyarılarının iletim hızına göre A, B ve C olarak sınıflandırılır. En büyük çaplı A lifleri alfa, beta, delta ve gama olarak alt bölümlere ayrılmıştır. Ağrı algısında A-delta (A- δ), A-beta (A- β) ve C duyusal sinir lifleri özellikle ilgi konusudur (12).

Melzack ve Wall (1965), büyük çaplı sinir lifleri (A- β) yoluyla omuriliğe giden bilgi ile küçük çaplı sinir lifleri (A- δ ve C lifleri) yoluyla omuriliğe giden bilgi arasında bir bilgi dengesi olması gerektiğini savunur. Büyük çaplı sinir lifleri, nosiseptif olmayan (ağrısız) bilgi taşır ve küçük çaplı sinir lifleri, nosiseptif (ağrı) bilgi taşır. Büyük sinir liflerinde aktivite miktarı daha fazlaysa, ağrı çok az olmalı veya hiç olmamalıdır. Ancak küçük sinir liflerinde daha fazla aktivite varsa, o zaman ağrı olacaktır.

Tüm bu lifler, omuriliğin dorsal boynuzunun laminası içindeki substantia gelatinosa'da aynı yerde buluşur (12). Bu oldukça önemlidir, çünkü bir kişi kendini yaraladığında, böylece A- δ 'leri bir ağrı mesajı iletmesi için uyardığında, ardından A- β sinir liflerini ovma veya masaj gibi ağrısız bir aktivite ile uyararak, ağrı mesajı modüle edilebilir. Bunun nedeni, A- β impulslarının A- δ 'lerden daha hızlı hareket etmesi ve omuriliğin dorsal boynuzunda buluştukları yerde ağrı mesajını kesintiye uğratabilmesidir. Böylece, mesaj beynin daha yüksek merkezlerine ilerlemeye devam ettiğinde, daha az acı algılanacak şekilde dağılmış veya değişmiş olacaktır (12).

Transmisyon boyunca, elektrik sinyali bilgisi iki tip periferik sinir lifi (A ve C) boyunca omuriliğin dorsal boynuzuna iletilir. Örnek olarak A-delta lifleri, lifleri izole ederek sinyallerin hızlı bir şekilde iletilmesini sağlayan yağlı bir miyelin kılıfı ile kaplanmışlardır. Bu sinirler, yaralanmalarda başlangıçta meydana gelen lokalize, keskin, saplanan ağrıdan sorumludur ve kişiyi hasara karşı uyarır (13).

C-delta miyelinsiz liflerdir, bu nedenle sinyaller daha yavaş hareket eder. Dinlenmeye teşvik eden ve daha fazla hasarı önlemeye çalışan bir yaralanmadan sonra devam eden donuk, ağırlı bir aktivite yaratır. Ağrının farkındalığı algıyı karakterize eder. Somatosensoryel korteks, ağrının yerini belirlemeye ve yorumlamaya yardımcı olur. Uyarılma, motivasyon ve duygular retiküler aktive edici ve limbik sistem tarafından kontrol edilir (13).

İnsan vücudu nosisepsiyonun ağrı deneyimlerini modüle eder. Omuriliğin dorsal boynuzunda bulunan kontrol edici yapılar artan nosiseptif iletimleri modüle eder. Alt beyin sapında bulunan nöronlar bu modülasyonu düzenler. Modülasyon işlemi sırasında, nosiseptif impulslar omurilikte dorsal boynuz çıkıntıları yoluyla iletilir. Omurilik daha sonra serotonin, endojen opioidler (örneğin endorfinler, enkefalinler) ve norepinefrin gibi maddeleri serbest bırakır. Bu modülasyon süreci, ağrı sinyallerinin bir tür filtreleme veya kontrol mekanizması olarak düşünülebilir. Vücut, ağırlı uyaranlara karşı bir yanıt verirken, bu süreç ağrı algısının yoğunluğunu ve süresini düzenleyerek ağrıyı tolere edilebilir seviyelere indirmeye çalışır (13).

Ağrı Yönetimi

Ağrı yönetimi, ağrı mekanizmaları, sınıflandırılması, bireyselleştirilmiş yaklaşım, yaygın olarak kabul edilen ağrı yönetim kılavuzlarının eksik olması, bilgi, psikolojik ve sosyal faktörler dahil olmak üzere birçok sebepten dolayı karmaşık kabul edilmektedir. Ağrı yönetimi,

multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun olarak özelleştirilmelidir. Bu, bir ekip içindeki farklı uzmanların iş birliği yapmasını ve hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntemleri entegre etmeyi içerir. Yapılan son araştırmalar ve gelişmeler, ağrı yönetimindeki stratejilerin sürekli olarak iyileştirilmesine ve hastalara daha etkili yardım sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (14).

Farmakolojik Yöntemler

Ağrı yaşam kalitesini ve fiziksel fonksiyonları önemli ölçüde etkileyen bir sorundur. Bu durum, özellikle yaşlı bireyler, kanser hastaları, postoperatif ve travmatik vakalar gibi belirli hasta gruplarında daha belirgin yaşanmaktadır. Bu bağlamda, ağrının etkili bir şekilde yönetilmesi için farmakolojik tedavi genellikle bir seçenek olarak ele alınır. Bununla birlikte, farmakolojik veya farmakolojik olmayan müdahaleler, risklerin ve faydalarının tartılmasına dayanmaktadır. Sonuç olarak, ağrı yönetimi bireysel ihtiyaçlara, hastanın genel sağlık durumuna ve tedavinin risk ve faydalarına dayanmalıdır. Bu tür bir yaklaşım, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve fiziksel fonksiyonlarını korumak için etkili bir strateji olabilir. Farmakoterapi genellikle birinci basamak veya opioid olmayan analjezikler ve ikinci basamak veya opioid analjezikler olmak üzere iki aşamalı tedavi olarak sınıflandırılır (15, 16, 17).

Non-Opioid İlaçlar

Birçok klinisyen tarafından, tedaviye asetaminofen, steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) gibi opioid olmayan analjeziklerle başlanması ve hastanın ağrısının şiddeti ve yanıtına bağlı kademeli olarak daha güçlü analjeziklere geçilmesi önerilmektedir. Asetaminofen, birincil analjezik olarak kullanılabilir ve hafif ile orta şiddette ağrının tedavisi için diğer ilaçlarla kombinasyon halinde de etkili olabilir. Asetaminofen, NSAİİ'lara benzer analjezik ve antipiretik etkilere sahiptir ancak spesifik bir anti-inflamatuar etkisi yoktur. Ağrı ve ateşi azaltmak için merkezi sinir sisteminde prostaglandin sentezini inhibe eder. Asetaminofenin güvenli dozu, aminotransferaz düzeylerinde asemptomatik yükselme ve hepatotoksisite riskini azaltmak için günde dört gramı geçmemelidir. Bu, ilacın güvenli kullanımının önemli bir kriteridir. Asetaminofenin düşük maliyeti ve belirgin riskleri, tekrarlayan kullanımının olumlu bir risk-fayda oranına sahip olduğunu gösterir. Asetaminofen ve bir NSAİİ kombinasyonunun, tek başına asetaminofen kullanımına göre daha üstün olduğu bildirilmiştir. Bu durum, belirli şartlar ve hastalıklarda kombinasyon tedavisinin daha etkili olabileceğini göstermektedir (16,17,18).

Geleneksel NSAİİ'lerin üç temel etkisi, opioidlere kıyasla daha az analjezik etkileri olmasına rağmen, antiinflamatuvar, antipiretik ve analjezik etkilere sahip oldukları gerçeğini vurgulamaktadır. Ayrıca, bazı geleneksel NSAİİ ilaçları, morfin hasta kontrollü analjezisi (Patient Controlled Analgesia-PCA) ile kullanıldığında morfinin koruyucu etkisini artırabileceği belirtilmektedir. Aynı zamanda geleneksel NSAİİ'lerin uzun süreli kullanımı gastrointestinal, kardiyak, renal ve diğer yan etkilerle ilişkilendirilmiş ve bu nedenle seçici siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri gibi alternatif ilaçlar geliştirilmiştir. COX-2 inhibitörleri, COX-2 enzimini hedef alarak antiinflamatuvar etkileri sınırlar ve gastrointestinal yan etkileri azaltmaya çalışır. Özellikle kardiyovasküler risk taşıyan bireylerde Amerikan Kalp Derneği, NSAİİ'leri (özellikle COX-2 inhibitörlerini) kullanmak yerine asetaminofen, asetilsalisilik asit (aspirin) ve hatta opioidleri önermektedir. Bu durum, kardiyovasküler komplikasyonlara yönelik potansiyel riskleri vurgulamaktadır. NSAİİ'lerin kullanımı bazı durumlarda renal kan akımını sürdürmede rol oynayan prostaglandin sentezini inhibe ederek akut böbrek yetmezliğine neden olabilmektedir (18, 19, 20). NSAİİ'lar geniş bir etki yelpazesine sahiptir ancak uzun süreli kullanımlarının potansiyel riskleri olduğu unutulmamalı ve ilaçlar dikkatle değerlendirilerek kullanılmalıdır. Hastaların özel durumları, sağlık geçmişi ve risk profili göz önünde bulundurularak tedavi seçenekleri hekim tarafından değerlendirilmelidir.

Opiooid İlaçlar

Opiooid analjezikler, akut ağrıdan kronik ağrıya, kansere bağlı ağrıya ve yaşam sonundaki palyatif bakıma kadar geniş bir yelpazeyi içerir. Bununla birlikte, opiooidler kısa vadede çok etkili analjeziklerdir, ancak kanıtlar uzun vadede etkinliğin bazı sınırlamaları olduğunu göstermektedir. Opiooid tedavisi alan hastaların düzenli kontrollerinin yapılması gerektiği ifade edilmektedir. Bu kontrollerde ilaç etkinliği, hastanın ilacı tolere edebilirliği ve doz artırma ihtiyacı gibi konular değerlendirilmelidir. Opiooidlerin kanser dışı ağrının tedavisinde kullanımına ilişkin tartışmalara rağmen, kanser dışı kronik ağrısı olan seçilmiş hastaların tedavisinde etkili yanıt bildirilmiştir. Buna karşılık, kronik ağrının tedavisinde opiooidlerin uzun süreli kullanımı, NSAİİ'lerin uzun süreli kullanımına kıyasla çok az ciddi potansiyel riskle ilişkilendirilebilir. Opiooidlerin uzun süreli kullanımının, özellikle solunum depresyonu, sedasyon, bilişsel ve psikomotor fonksiyon bozukluğu, konstipasyon, bulantı-kusma ve idrar retansiyonu gibi potansiyel riskleri mevcuttur (21, 22, 23, 24, 25).

Non-Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik olmayan tedaviler, ağrılı hastalar için tedavi modalitesine önemli yardımcılarıdır (26). Farmakolojik olmayan yöntemler hafif ağrıya bağımsız olarak kullanılabilir. Ek olarak, orta ile şiddetli ağrı için tamamlayıcı bir seçenek olarak farmakolojik tedavi ile birlikte kullanılabilir. Farmakolojik olmayan tedaviler, ilaç veya başka bir etken madde almayı gerektirmeyen, ancak ağrıyı daha tolere edilebilir hale getiren ve hastaya durumu üzerinde kontrol duygusu veren tedaviler olarak tanımlanmaktadır. Farmakolojik olmayan ağrı yönetimi kapsamında, sistematik araştırma hala çok azdır ve kanıtlar çelişkilidir. Bununla birlikte, farmakolojik olmayan tedaviler birden fazla kategoriye ayrılır: a) bilişsel davranışsal, b) duygusal destek, c) fiziksel teknik, d) rahat bir ortam yaratma ve e) günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olma. Bilişsel-davranışsal: beyin, beden, zihin ve davranışlar arasındaki etkileşimlere odaklanır. Bu uygulama, zihni başka bir şey hakkında düşünme, hipnoz, imgeleme, gevşeme, dikkati dağıtma, nefes alma tekniklerini içerir. Duygusal destek: duyarlı, ilgili ve anlayışlı yaklaşımlara odaklanır. Bu yaklaşımlar, kaygı veya korkuların azalmasını kolaylaştırır ve zorlukların yönetiminde yardım sağlar. Fiziksel teknik: genellikle eklem, kemik, yumuşak doku, dolaşım ve lenfatik sistem dahil olmak üzere vücudun sistem ve yapılarına odaklanır. Bu teknikler arasında konumlandırma, masaj, sıcak/soğuk uygulama yer alır. Rahat bir ortam yaratmak: Stresin yoğunluğunu/miktarını iyileştirmeye ve mümkün olduğunca rahat bir ortam yaratmaya odaklanır. Örnekler şunları içerir: gürültüyü en aza indirmek, hastanın en sevdiği eşyalarını yanına almasını sağlamak ve oda sıcaklığını korumak. Günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak: bu aktiviteleri gerçekleştirmek için gereken desteğe odaklanır; banyo yapmak, yemek hazırlamak ve yürümek (27, 28, 29, 30, 31, 32).

Hemşirelik Yönetimi

Hemşireler, preoperatif ve postoperatif ağrı yönetiminde hayati bir rol oynamaktadır ve bu nedenle kapsamlı bilgi ve beceriye sahip olmaları hasta güvenliği ve memnuniyeti açısından önemlidir (33).

Ameliyat sonrası ağrı hastalar arasında yaygın ve yönetimi iyi olmadığı için sorun olmaya devam etmektedir. Dünya genelinde her yıl 230 milyondan fazla cerrahi işlem yapılmakta ve bu sayı gün geçtikçe artmaya devam etmektedir (34). Türkiye'de ameliyat sonrası dönemde ağrı görülme sıklığı %30 ile %97 arasında değişmektedir (1).

Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (Enhanced Recovery After Surgery -ERAS) protokolleri, ameliyat sonrası ağrıyı azaltmayı ve iyileşmeyi hızlandırmayı hedefler. Bu protokoller, ameliyat sonrası dönemde etkili ağrı yönetiminin önemine vurgu yapmaktadır. Ağrının etkili bir biçimde yönetilmesi, hasta konforunu artırmak, iyileşmeyi desteklemek ve komplikasyonları azaltmak açısından önemlidir. Ağrının etkili bir şekilde yönetilebilmesi için ağrı derecesinin doğru bir şekilde belirlenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Hemşirelerin ağrıyı yönetme ve değerlendirme becerilerinin artırılması, etkili ağrı yönetimi için önemlidir. Hemşireler, hasta bakımında bu önemli görevi yerine getirerek hastaların ağrılarıyla başa çıkmada kilit rol üstlenmektedirler (34).

Akpolat ve ark. (2021)larının yaptığı çalışmada ağrı hemşiresinin sorumluluğunda olmasına rağmen, birçok hemşirenin ağrı tanınması ve tedavisinde yeterli kadar bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde başarı sağlanabilmesi için hemşirelerin ağrı değerlendirmesi, tedavisi ve yöntemleri hakkında eğitimler alması ve bu eğitimlerin sürekli güncellenmesinin devamı önerilmektedir (34).

Eder, Sloan ve Todd (2003) tarafından yapılan bir çalışmada hastalardaki ağrı insidansının yüksek olması yetersiz değerlendirme ve raporlandırmaya bağlanmaktadır (35).

Çelik ve ark. (2018)larının yaptığı araştırmada hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir. Bu sonuç ile; hasta bakım kalite düzeylerini arttırabilmek için hemşirelerin bilgi ve davranışlarının desteklenmesi, eğitim programlarında ise ağrı konusuna önem verilmesi gerektiği görülmektedir (36).

Ameliyat sonrası ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılması için analjezik uygulanmasının yanı sıra hastanın ağrısının değerlendirilmesi (37) ve ağrı yönetiminin sağlanması için hemşirelerin hastaya bakım sürecinde hemşirelik tanısı oluşturmaları gerekir. Başarılı bir ağrı kontrolü için, gerek farmakolojik gerekse farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanmasından önce ağrının çok iyi bir şekilde tanınması (3), hemşirelik girişimlerine dahil edilip uygulamalarda bulunması ve en son elde edilen sonuçların değerlendirilmesinin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde çok önemli bir yeri vardır (34). Günümüzde ağrı hemşireliğinin özel dal olarak geliştiği görülmektedir. Hemşireler cerrahi hastalarda anamnez alma, ağrıyı

değerlendirme ve rapor etme, uygun girişimleri planlama, uygulama ve sonuçları değerlendirme ile ilgili önemli sorumluluklara sahiptir.

Ağrı yönetimine ilişkin ilaç uygulamaları; hastanın solunumu, sedasyon düzeyi, ameliyat öncesi genel durumu, opioid toleransı ile ağrı süresi, ağrının sıklığı, ağrının şiddeti, ağrının bölgesi ve ameliyat esnasındaki anestezi uygulamaları düşünülerek bireyselleştirilmiş dozlarda etkili ağrı yönetimini sağlayacak düzeyde olmalıdır (1).

İyi bir ağrı değerlendirmesi ve ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlamasına, yaşam kalitesinin yükselmesine, komplikasyonların azalması ve hastanede yatış süresinin kısalmasına yardımcı olur (3). Etkisiz ağrı yönetimi ise yara iyileşmesinde gecikme, derin ven trombozu, pulmoner fonksiyon bozuklukları, yetersiz solunuma bağlı atelettazi, pnömoni, bilişsel bozukluklar, anksiyetede artma, morbidite ve mortalitede artma, taburculukta gecikme ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (1) ve tedavi edilmeyen ağrının, korku, öfke, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunları oluşturabileceği unutulmaması gereken bir unsurdur (4).

Sonuç

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili veya bu tür bir hasarla tanımlanan hoş olmayan bir duyuşsal ve duygusal deneyimdir. Postoperatif ağrı, hastanın perioperatif bakımında önemli bir husustur. Yönetilmeyen ağrı, artan sağlık harcamalarına ve cerrahi sonrası kronik ağrı da dahil olmak üzere kötü postoperatif klinik sonuçlara katkıda bulunabilir. Postoperatif ağrının optimal yönetimi, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemlerde etkili tedavilerin kullanıldığı multimodal ve multidisipliner yaklaşımları içerir. Ağrı hemşirelerin en sık karşılaştığı problemlerden biridir ve hemşireler ağrının yönetilmesinden sorumludur. Hemşireliğin profesyonel yaklaşımı ve bütüncül bir şekilde bakımı için ameliyat sonrası ağrı yönetimi ele alınması gereken önemli konulardan biridir. Araştırmalardan da anlaşıldığı gibi hemşireler ameliyat öncesi ağrı yönetimine ilişkin tutum ve etkili şekilde değerlendirme konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Ameliyat öncesi ağrı yönetiminde başarı sağlanması için hemşirelerin ağrı tedavisi, ağrının değerlendirilmesi ve yöntemleri konusunda eğitim alması ve bu eğitimlerin belirli aralıklarda verilerek bilgilerin güncel tutulması önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aslan Eti F, Arlı Karadağ Ş. Ağrı Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. İçinde: Fatma AE (ed). Sağlıkın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş.; 2017:103-133.
- Pain Terms and Definitions. International Association for the Study of Pain(IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> Erişim Tarihi: 29.12.2023.
- Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, ve ark. Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Journal Of Contemporary Medicine*. 2018; 8(1): 60-66. doi: 10.16899/gopctd.388195.
- Uyar M, Korhan Akın E. Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Ağrı*. 2011; 23(4): 139-146. doi: 10.5505/agri.2011.94695
- Mahran GS, Leach MJ, Abbas MS, et al. Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *American Association of Critical-Care Nurses*. 2020; 40. doi:10.4037/ccn2020709.
- Adams SDM, Vraei S, Jalalinia F. Nurses' Knowledge and Attitude towards Postoperative Pain Management in Ghana. *Pain Research and Management*. 2020; 7. doi:10.1155/2020/4893707.
- Madenski AD. Improving Nurses' Pain Management in the Post Anesthesia Care Unit (PACU). *Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects*. 36, 2014, [Erişim Tarihi: 28.12.2023]. ErişimAdresi:https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=nursing_dnp_capstone.
- Mazda Y, Jadin S, Khan JS, et al. Postoperative Pain Management. *CJGIM*. 2021; 16(1): 1-17.
- Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. *BJS*. 2020; 107, 70-80.
- Woolf CJ, Salter MV. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science*. 2000; 288(5472):1765-1768.
- Fornasari D. Pain pharmacology: focus on opioids. *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2014; 11(3):165-168.
- Doody O, Bailey ME. Understanding pain physiology and its application to person with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2019; 23(1): 5-18.
- Mazhaqbeh M, AbuRuz ME. Pain Management: A systematic review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. 2017; 6(1): 75-80.
- Pergolizzi Jr JV, van de Laar M, Langford R, et al., Tramadol/ paracetamol fixed-dose combination in the treatment of moderate to severe pain. *J Pain Res*. 2012; 5: 327-346.
- Dijkstra BM, Berben, SAA, Van Dongen, RT. Review on pharmacological pain management in trauma patients in (pre-hospital) emergency medicine in the Netherlands. *Eur J Pain*. 2014; 18(1): 3-19.
- Groninger H, Vijayan J. Pharmacologic management of pain at the end of life. *Am Fam Physician*. 2014; 90(1): 26-32.
- Prommer EE. Pharmacological Management of Cancer-Related Pain. *Cancer Control: Journal Of The Moffitt Cancer Center*. 2015; 22(4): 412-425.
- Park HJ, Moon DE, Pharmacologic management of chronic pain. *The Korean Journal Of Pain*. 2010; 23(2): 99-108.
- Guindon J, Walczak JS, Beaulieu P. Recent advances in the pharmacological management of pain. *Drugs*. 2007; 67(15): 2121-2133.
- Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. *General Hospital Psychiatry*. 2009; 31(3): 206-219.
- Sciulli MG, Capone ML, Tacconelli S, et al. The future of traditional nonsteroidal antiinflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors in the treatment of inflammation and pain. *Pharmacological Reports*. 2005; 57: 66-85.
- Fine PG. Treatment Guidelines for the Pharmacological Management of Pain in Older Persons. *Pain Medicine*. 2012; 13: S57- S66.
- Abdulla, A, Bone M, Adams N, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age and Ageing*. 2013; 42(2): 151-153.
- Nersesyan H, Slavin KV. Current aproach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options. *Therapeutics And Clinical Risk Management*. 2007; 3(3): 381-400.
- Pujol LA, Monti DA. Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. *J Am Osteopath Assoc*. 2007; 107(7): 15-21.
- He HG, Jahja R, Lee TL, et al. Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. *J Adv Nurs*. 2010; 66(11): 2398-409.
- Menefee LA, Monti DA. Nonpharmacologic and Complementary Approaches to Cancer Pain Management. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2005; 105(5):15-20.
- Boldt I, Eriks-Hoogland I, Brinkhof MW, et al. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 11: CD009177. doi: 10.1002/14651858.CD009177.pub2.
- Salantera, S, Lauri S, Salmi TT, et al. Nurses' knowledge about pharmacological and nonpharmacological pain management in children. *J Pain Symptom Manage*. 1999; 18(4): 289-99.
- Gelinas C, Arbour C, Michaud C, et al. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*. 2013; 18(6): 307-318.
- Polkki TK, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *J Adv Nurs*. 2001; 34(4): 483-92.
- Gorodzinsky AY, Bernacki JM, Davies WH, et al. Community Parents' Use of Non-Pharmacological Techniques for Childhood Pain Management. *Children's Health Care*. 2012; 41(1): 1-15.
- Menlah A, Garti I, Amoo SA, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of Postoperative Pain Management by Nurses in Selected District Hospitals in Ghana. *SAGE Open Nursing*. 2018; 4:1-11. doi:10.1177/2377960818790383.
- Akpolat R, Şişman H, Alptekin D, Gökçe E, Gezer D, Arslan S. Ameliyat sonrası ağrıya yaklaşımların değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2021, 46(2):670-676. doi: 10.17826/cumj.898769.
- Eder SC, Solan EP, Todd K. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2003; 21(4):253-257.doi: 10.1016/S0735-6757(03)00041-X.
- Çelik S, Baş BK, Korkmaz ZN, et al. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018; 14, 17-23. doi:10.5350/BTDMJB.20160905103604.
- Karadağ Arlı Ş. Cerrahi Bakımda Ağrı Yönetimine İlişkin Hemşirelik Girişimleri. *MCBU-SBED*. 2017; 4(3):1013-1020.