

**T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİSE “KARIN AĞRISI” İLE BAŞVURAN
HASTALARA TANI ALANA KADAR KENDİLERİNİN VE
AİLELERİNİN UYGULADIKLARI GİRİŞİMLER VE BU
GİRİŞİMLERİN TANILARINA ETKİLERİ**

Ayşegül SAVCI

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Adnan NARCI

TEZ NO:

2007-AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

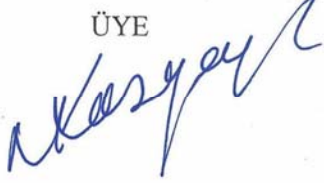
Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi: 25.01.2008

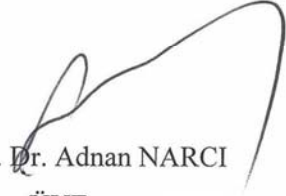
Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

ÜYE



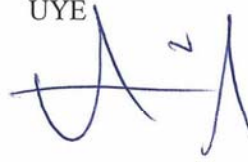
Yrd. Doç. Dr. Adnan NARCI

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Abdullah AYÇİÇEK

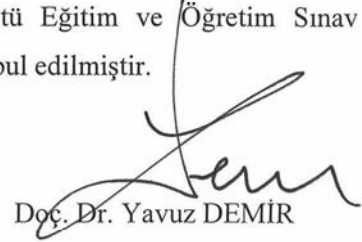
ÜYE



Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Ayşegül SAVCI'nın "Acil servislere karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalara, tanı alana kadar kendilerinin ve ailelerinin yaptıkları girişimler ve bu girişimlerin tanıları üzerine olan etkisi" başlıklı tezi 04./01./2008 tarihinde saat 19.00'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yavuz DEMİR

Enstitü Müdürü



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

| | <u>Sayfa</u> |
|--------------------------|---------------------|
| Kabul ve Onay..... | ii |
| İçindekiler Dizini..... | iii |
| Kısaltmalar Dizini | v |
| Şekiller Dizini..... | vi |
| Tablolar Dizini..... | vii |
| Önsöz..... | viii |
| ÖZET..... | ix |
| SUMMARY..... | xi |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

| | |
|------------------------------|---|
| 1.1. Giriş..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 3 |

2. GENEL BİLGİLER

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Ağrı Kavramı..... | 4 |
| 2.1.1. Ağrının Tanımı..... | 4 |
| 2.1.2. Ağrı Tipleri ve Nitelikleri..... | 6 |
| 2.1.3. Ağrı Fizyopatolojisi..... | 7 |
| 2.1.4. Ağrı Teorileri..... | 8 |
| 2.2. Karın Ağrısı..... | 10 |
| 2.3. Karın Ağrısının Klinik Değerlendirme Prensipleri..... | 11 |
| 2.3.1. Karın Ağrısının Tipleri..... | 12 |
| 2.3.2. Ağrı Desenleri..... | 14 |
| 2.3.3. Ağrının Yeri | 15 |
| 2.3.4. Ağrının Kronolojisi ve Şiddeti | 17 |
| 2.3.5. Ağrıya Eşlik Eden Semptom ve Bulgular | 18 |
| 2.3.6. Ağrıyı Azaltan ve Arttıran Etmenler..... | 18 |
| 2.3.7. Hasta Öyküsü..... | 19 |
| 2.3.8. Fizik Muayene..... | 21 |
| 2.3.9. Labratuvar Bulguları ve Radyolojik İncelemeler..... | 22 |
| 2.4. Akut Karın..... | 23 |

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| 2.5. En Sık Rastlanan Cerrahi Akut Karın Nedenleri..... | 25 |
| 2.5.1. Akut Apendisit..... | 25 |
| 2.5.2. Akut Kolesistit..... | 26 |
| 2.5.3. İntestinal Obstrüksiyon_(İleus)..... | 26 |
| 2.5.4. Akut İntestinal İskemi..... | 27 |
| 2.5.5. Akut Pankreatit..... | 28 |
| 2.5.6. Gastrointestinal Perforasyon..... | 28 |
| 2.5.7. Abdominal Aort Anevrizma Ruptürü..... | 29 |
| 2.5.8. Fıtık_(Herni)..... | 29 |
| 2.5.9. Ektopik Gebelik..... | 30 |
| 2.5.10. Over Kist Ruptürü..... | 30 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM | |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 31 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri..... | 31 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 31 |
| 3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 31 |
| 3.5. Verilerin Toplanması..... | 31 |
| 3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması..... | 32 |
| 3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması..... | 32 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 32 |
| 4. BULGULAR..... | 34 |
| 5.TARTIŞMA VE SONUÇLAR..... | 46 |
| 6. ÖNERİLER..... | 53 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 54 |
| 8. EKLER..... | 60 |

KISALTMALAR DİZİNİ

AAA: Abdominal Aort Anevrizması

IASP: International Association for the Study of Pain

NSKA: Nonspesifik Karın Ağrısı

PID: Pelvik İnflamatuvar Hastalık

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL I: Yerleşim yerlerine göre akut karın ağrılarının neden olan hastalıkları

ŞEKİL II: Kronolojilerine göre karın ağrıları

ŞEKİL III: Ağrı desenlerine göre olası patolojiler

TABLolar DİZİNİ

- Tablo I** : Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri
- Tablo II** : Hastaların Ağrılarını Tanıtıcı Özellikler
- Tablo III** : Hastaların Ağrılarını Arttıran veya Azaltan Etmenler
- Tablo IV** : Hastaların Geçmişteki Karın Ağrısı Deneyimlerindeki Davranışları
- Tablo V** : Hastaların Şimdiki Karın Ağrılarında Hastaneye Gelmeden Önceki Davranışları
- Tablo VI** : Hastaların Tanılarının Yaş Gruplarına göre Dağılımı
- Tablo VII** : Hastaların Tanılarının Cinsiyetlerine göre Dağılımı
- Tablo VIII:** Hastaların Ağrı Şiddeti İle Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması
- Tablo IX** :Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışlarının Yaş Gruplarına göre Dağılımı
- Tablo X** : Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışları İle Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması
- Tablo XI** : Hastaların Hastaneye Geliş Süresi ile Komplikasyon İlişkisi
- Tablo XII** :Hastaların Hastaneye Geliş Süresi ile Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması
- Tablo XIII** : Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışları İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması
- Tablo XIV** : Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışları ile Komplikasyon İlişkisi
- Tablo XV** : Hastaların Hastaneye Geliş Süresinin Yaş Gruplarına göre Dağılımı

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı,
Değerli eleştirileriyle yol gösteren ve araştırmamın her aşamasında destek olan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Adnan NARCI' ya,
Araştırma verilerinin değerlendirilmesi ve yorumlanmasına değerli katkılarından dolayı Sayın Arş. Grv. Kevser Yeter'e, Sayın Öğr. Elemanı Songül Yıldırım'a,
Kütahya Evliya Çelebi Hastanesi'nde görevli tüm ekip üyeleri adına, Sayın Başhekim Opr. Dr. İbrahim Uygun'a ,
Her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen eşime ve aileme teşekkür ederim.

ÖZET

Acil Servise “Karın Ağrısı” İle Başvuran Hastalara Tanı Alana Kadar Kendilerinin ve Ailelerinin Uyguladıkları Girişimler ve Bu Girişimlerin Tanılarına Etkileri

Bu araştırma, acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaların, tanı alana kadar kendilerinin ve ailelerinin uyguladıkları girişimler ve bu girişimlerin tanılarına olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 20 Aralık 2006/ 20 Şubat 2007 tarihleri arasında Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi Acil Servisi’ne karın ağrısı şikayeti ile başvuran 100 hasta oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak; hastaların sosyo-demografik özelliklerinin bulunduğu “Kişisel Bilgiler”, ağrı özelliklerinin yer aldığı “Ağrıya İlişkin Bilgiler”, hastaneye başvurmadan önce yapılan uygulamaların ve acil serviste yapılan tedavi basamaklarının belirlendiği “Uygulamalar” ve tanı sonrasında hastanın takip sürecini içeren “Prognoz” bölümlerinden oluşan “Hasta Bilgi Formu” kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 13.0 Windows paket programı kullanılarak yüzdeler ve khi-kare (Chi-square) analiz tekniğiyle değerlendirilmiştir.

Hastaların aldıkları tanıların yaş gruplarına göre dağılımının literatürle uyumlu olduğu saptanmış ve bu sonuç istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Hastaların karın ağrısındaki davranışları yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaşlı hastaların daha fazla geleneksel uygulamalara başvurdukları ve en az bu grubun hastaneye başvurmayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların karın ağrısındaki davranışları ile yaş grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların hastaneye geliş süreleri ile tanı aldıktan sonra komplikasyon gelişip gelişmediği incelendiğinde en yüksek düzeyde komplikasyon gelişen grubun 6 saat ve üzeri sürede hastaneye başvuran grup olduğu saptanırken, komplikasyon gelişmeyen grubu ise 0–2 saat arasında hastaneye başvuranlar oluşturmuştur. Buna göre hastaların hastaneye geliş süresi ile komplikasyon gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların hastaneye geliş süresi ve yaptıkları uygulamalar ile eğitim durumları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça bireylerin hastaneye daha kısa

sürede başvurdukları ve eğitim düzeyi azaldıkça daha çok geleneksel uygulamalara başvurdukları görülmüştür. Buna göre; hastaların hastaneye geliş süresi ve yaptıkları uygulamalar ile eğitim durumları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Hastaların karın ağrısındaki davranışları ile tanı aldıktan sonra komplikasyon gelişip gelişmediği arasındaki ilişki incelendiğinde; en çok komplikasyon gelişen grubun geleneksel uygulamalara başvuran grup olduğu görülmüştür ve bu sonuç ta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak; hastaların yaşlarının ve eğitim düzeylerinin, karın ağrısındaki davranışlarını etkilediği ve yapılan geleneksel uygulamaların ve zamanında başvurmanın hastalığın seyrini kötüleştirerek, komplikasyonlara neden olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karın ağrısı, acil servis

SUMMARY

The interventions applied by the patients themselves and their families, who admitted to the emergency service with a complaint of abdominal pain, until the diagnosis was made and the effect of these interventions on the diagnosis.

This investigation has been done with the aim to be descriptive of the patients applying emergency service as a complainant of the stomachache and the implementation of their relatives and by themselves, and the effects of those to the diagnosis.

One hundred patients appealed with the stomachache to Emergency Service of Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi between December 20,2006-February 20,2007 have been generated the examples of this investigation.

“The Information Form of Patient” contains parts; the socio-demographic properties of patients’ ”Personal Information” features of ache “Information Related Pain” the determination of the steps of the treatment applied in emergency service and the applications made before the appeal to the hospital “Implementation” the process of observation of patient after the diagnosis “Prognosis” had been used as a tool to collect data.

The data which obtained as a result of the investigation has been evaluated with using SPSS 13.0 Windows Packet Programme and the technique of Chi-Square.

It has determined that the diagnosis obtained from the patients and its result to the age group are appropriate to source and this result has found highly significant statistic ($p<0.001$).

When we analyze the attitudes of patients towards stomachache according to the age group, it has seen that the old patients apply traditional applications mostly and are the smallest group appeal to the hospital.

With the statistic investigation the relationship between the patient's attitudes towards stomachache and the age groups has seen significant ($p<0.05$).

When we analyze the patient's coming period and if the complication appears or not after the diagnosis, it has seen that the advanced level complication has occurred in the group which reached to the hospital in 6 hours or more. Besides, it has seen there has been no complication in the group reached to the hospital in 0-2 hours. According to this result, there is a significant relationship between the patient's coming period and complication ($p<0.05$).

When patients' coming period and the applications are compared it is seen that people whose education level increased, go to hospital in a short time and if the education level is decreased they apply traditional methods much more.

With reference to the correlation between this period, application and their education levels that seems highly significant statistic ($p < 0.001$).

When we examine the relation between patients' attitudes during the stomachache and whether the complication is develop or not after the diagnosis, it seems that complication-developed group applies the traditional methods and this result seems significant statistic too ($p < 0.05$).

Hereby, it is determined that patients' ages and their education levels affect their behavior during the stomachache; and the techniques used traditionally , and not getting on the right time exacerbate the illness's access and cause complications

Key words: Abdominal pain, emergency department

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Ağrı, toplumda en sık görülen şikayetlerden biri olup; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, olası bir doku hasarı ile birlikte seyreden, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan emosyonel ve sensoryal bir duygu olarak tanımlanmaktadır (1,2). Esener'e göre ağrı, herhangi bir dokuda hasar oluştuğunda ortaya çıkan, kompleks ve nahoş bir algılama olup, hastayı doktora getiren en önemli nedendir (3).

Ağrı, bir rahatsızlık durumunda hastanın bilincine vardığı duyuusal bir olaydır ve şiddeti birçok fizyolojik ve psikolojik faktörlere bağlı olarak değişebilir ayrıca kişinin geçmişten gelen bütün deneyimlerini de kapsadığı için sonuçta mutlaka sübjektif özellikler taşır (4,5). Bu nedenle, ağrının belirlenmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı tanımlamasıdır (6).

Karın ağrıları, hemen herkesin yaşamı boyunca en az bir kez karşılaştığı bir durumdur. Karın ağrısının birçok nedeni vardır ve başlı başına bir hastalık değil, bir belirtidir. Karın ağrısı; çoğunlukla karın içi özellikle de sindirim sistemi organlarına ait hastalıklar esnasında karşılaşılan bir semptom olmakla birlikte, periton dışı ve hatta karın dışı başka sistemlere ait hastalıklar sonucu da gelişebilmektedir (5,7,8). Acil servis hasta popülasyonunun %10-15'ini oluşturan karın ağrısı, acil servise geliş nedenlerinin arasında altıncı sırada yer almaktadır (7). Karın ağrısı şikayetinin altında farklı sebepler olabileceği için, bilinçsiz bir şekilde ilaç almamak ve geleneksel birtakım uygulamalardan kaçınmak gerekmektedir(sıcak, soğuk uygulamak, bitkisel çaylar içirmek gibi).

Ülkemizde insanlar hastalandıkları zaman, halen, önce toplumda yaygın bazı inançlara göre tedavi edilmekte, ancak iyileşmeyeceği anlaşıldığında doktora götürülebilmektedir (9,10). Sağlık merkezine karın ağrısı şikayeti ile gelen hastalara tanı alana kadar yapılan uygulamaların çoğu hedefe ulaşmaktan uzak olup, hastanın tanı almasını geciktirmekte ve özellikle cerrahi karın ağrılarında bu gecikme morbidite ve mortalitede artmaya neden olabilmektedir. Hastaların şikayetleri dayanılmaz hale gelmeden hekime başvurmadan kaçınmaları, coğrafi ve ekonomik

nedenlerle veya sosyal güvenceden yoksun olmaları nedeniyle hekime ulaşamamaları, bilimsel olmayan tedavi yöntemlerinin halen kullanılıyor olması, bireylerin kontrolsüz ilaç satın alabilmeleri gibi bir çok faktör bu sorunun süregelmesine neden olmaktadır (10,11).

Akut karın, ani başlayan ve yedi günden daha az süren (genelde 48 saat), acil cerrahi girişim gerektirebilen, karın ağrısının en değişmez yakınmalardan biri olduğu, batın patolojisidir. Akut karın tek başına bir hastalık değil, çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişebilecek bir klinik tablodur (12,13). Akut karın ağrısı ise; daha önce tanı konulmamış, yani bir anlamda daha önce olmamış ve her hastada değişken olabilen bir ağrıdır (14).

Akut karınlı bir hastanın tedavisi çoğu kez acil bir cerrahi girişim gerektirebileceği için hastanın çok iyi değerlendirilmesi ve yakından izlenmesi gerekir (8). Hastaların, sağlık merkezine başvurularındaki gecikmelerinden başka, başvurdukları merkezlerde ve tanıda gecikmelerin yaşanması sorunu tıbbi ve hukuki alanda ciddi boyutlara taşımaktadır (11).

Ayrıca akut karın tablosunun yol açabileceği son derece ciddi sonuçlar göz önünde tutulursa, bireylerin sağlık kuruluşuna geliş sürelerinin çok önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Bireylerin sağlık merkezine başvurularındaki gecikmeler, geleneksel yöntemlerle tedavi yoluna gitmeleri, kontrolsüz analjezik kullanımı ve bunun gibi birçok faktörün bir araya gelmesiyle hastaların tedavi edilmeleri için geçen süre uzamakta; tedavi süresince enfeksiyon, sepsis, yara iyileşmesinde gecikme, yara ayrılması gibi komplikasyonların sıklığı artmakta; uygulanan ek laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon, antibiyotik, destek tedavileri (total parenteral beslenme, kan ürünleri vb), drenler, pansumanlar nedeniyle tedavi maliyeti yükselmekte ve mortalite oranlarında artış görülmektedir. Ayrıca bunlara paralel olarak iş gücü kaybı da söz konusu olmaktadır (11).

Karın ağrısında doğru bir tanıya en kısa zamanda ulaşmak çok önemlidir (8,15,16). Karın ağrısına neden olabilen patolojilerin tedavisi medikal ya da cerrahi olabilir. Özellikle akut karın ağrılarında patolojinin cerrahi olup olmadığının belirlenmesi morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi bakımından önemlidir (17).

Ağrılı hastanın tedavisi kadar, eğitimi de önem taşımaktadır. Artık tıp, hastaların da tanı ve tedaviye etkin bir biçimde katılması ile daha verimli hale gelmiştir. Hasta eğitimi; hekime danışmadan kendi kendilerini geleneksel yöntemlerle tedavi etmelerinin ne denli sakıncalı olduğu, kontrolsüz ağrı kesici kullanımının nelere yol açabileceği gibi birçok alanı kapsamalıdır (18). Bu da ancak iyi planlanmış bir sağlık eğitimi ile mümkündür.

Sağlık eğitimi ile temel olarak; sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak amaçlanır. Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için, toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sağlık ve hastalık konusundaki algılamalarını çift yönlü iletişimle, yani toplumla birlikte saptamak ve eğitim programlarını bunlara dayandırarak geliştirmek ve uygulamak gerekir (19). Dolayısıyla, toplumun sağlık konusunda bilgilendirilmesi, sağlık ekibinin önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin, önemli görevlerinden birisidir. Hemşire, akut karın ağrısı sorunu olan bireylerle hastane dışında da karşılaşabilir. Bu bireylerin akut karın ağrısında tanıyı güçleştirecek ve tedaviyi geciktirecek uygulamaları yapmalarını önlemeli ve zaman kaybetmeden tedavi kurumlarına başvurmalarını sağlamalıdır (16).

1.2. Araştırmanın Amacı

Karın ağrıları, hemen herkesin yaşamı boyunca en az bir kez karşılaştığı bir durumdur. Karın ağrısının birçok nedeni vardır ve başlı başına bir hastalık değil, bir belirti olup neden olan patolojilerin tedavisi medikal ya da cerrahi olabilir. Hastaların tedavisi çoğunlukla acil cerrahi girişim gerektirebileceği için bireyin geleneksel yöntemlerle tedavi yoluna gitmemesi, kontrolsüz ilaç kullanmaması, en kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurması ve burada da değerlendirilmesinin çok iyi yapılması ve yakından izlenmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi bakımından önemlidir (5,7,8,11). Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin bireyleri ağrı konusunda bilgilendirmesi, bilinçli davranmaları için eğitmesi, birey ve toplumda istenen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için önemli ve gereklidir.

Bu araştırma, acil servise karın ağrısı ile başvuran hastalara, tanı alana kadar kendilerinin ve ailelerinin uyguladıkları girişimler ve bu girişimlerin tanılarına olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada hasta ve yakınlarının, karın ağrıları konusunda bilgi düzeyleri, karın ağrısıyla karşılaştıklarında yaptıkları uygulamalar ve varsa kullandıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi, hastaların acil servise karın ağrısı ile başvuruncaya kadar geçen sürenin ve nedenlerinin belirlenmesi, ayrıca karın ağrılarında evde kendi başlarına analjezik ve antibiyotik kullanma durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı Kavramı

2.1.1. Ağrının Tanımı:

Ağrı, acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, bir yandan da ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal tepkilere ve otomatik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (6). Homer yazıtlarından alıntılarda, ağrının “tanrılar tarafından oklarla oluşturulan acı”, olarak görüldüğü bulunmuştur. Ağrı sözcüğünün kökeni ise Yunanca’da ceza anlamına gelen “pain” sözcüğünden gelmektedir (20).

Evrensel bir deneyim olan ve yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı kavramının günümüzde en geçerli tanımı, International Association for the Study of Pain (IASP) tarafından yapılmıştır (21). Ağrı, IASP tarafından; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, olası bir doku hasarı ile birlikte seyreden, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan, emosyonel ve sensoryal bir duygu olarak tanımlanmaktadır (1,2,22,23). Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen bir yapıda olduğundan her zaman sübjektiftir (20).

McCaffery’e göre ise ağrı; “Hastanın söylediği şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir” (20,24). Bu tanım ağrının sübjektif ve çok boyutlu doğasını, bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini yeterince kapsamaktadır (20).

Vücuttaki pek çok rahatsızlık ağrıya neden olur. Esas olarak ağrı, vücut için koruyucu bir mekanizmadır. Herhangi bir doku hasarlandığı zaman ortaya çıkar ve kişiyi ağrı uyaranına karşı bir reaksiyon göstermeye sevk eder (4,22).

Ağrının beden hasarını işaret eden ve öznel bir deneyim olduğunu söyleyebiliriz (25). Bu nedenledir ki, ağrı dediğimiz deneyimi değerlendirirken, fiziksel boyutunun yanı sıra sübjektif özelliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması, hastayı tüm yönleriyle tanımayı, doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntem kullanmayı gerektirir (27).

Ağrı kompleks bir algılama deneyimidir ve iki temel komponenti vardır.

Bunlar :

I – Fizyolojik (fiziksel) veya Periferik komponent

Santral sistemlere giden pür anatomik duyuşal yolları içerir. Bu, duyuşal inputtur (uyarı, stimölus) ve sınırların özellikleri ile birlikte yüksek merkezlerdeki gerçek enformasyonu oluşturur (2).

II – Psikolojik veya Santral komponent

Santral komponent üç majör psikolojik boyut içerir :

- 1) Duyusal diskriminatif boyut
- 2) Motivasyonel – affektif (hissi) boyut
- 3) Kognitif (bilişsel) – değerlendirme boyutu (2).

Bunlar bir deneyim şekli oluşturmak üzere bütünleşir. Santral komponent stimölusun algılanması ve emosyonel cevabı içerir. Bir duyuşal impulsun hoş olan veya olmayan niteliğı, detaylı analizi veya emosyonel unsurlar, önceki deneyimlerin gözden geçirilmesi ve bilişsel tekrar yoluyla modölasyonu burada biçimlendirilir. Ağrıyı belirtmek için her kişi tarafından kullanılan kriterler ve alınacak tavır önemli derecede farklılık gösterir ve bunlardan dolayı uygun bir reaksiyon modeli belirlenir (2).

IASP'ın sınıflandırma komitesi, ağrıyı bir deneyim olarak tanımlamıştır. Bu, “kişiler ile tek tek konuşmadıkça, hiç kimse diğersinin deneyimini bilemez” gerçeğini ortaya koyar. Çünkü ağrının kendisini objektif olarak ölçmek mümkün değildir (2,22). Ağrının aynı zamanda öznel olduğunu, tanım gereğı akson ya da nöronda ne olduğunu değil, kişinin ne hissettiğini anlattığını kabul ederiz (25).

2.1.2. Ağrı Tipleri ve Nitelikleri

Hızlı (akut) ve Yavaş (kronik) Ağrı:

Hızlı ağrı, ağrılı bir uyarandan 0.1 sn sonra hissedilirken, yavaş ağrı ancak 1sn veya daha sonra başlar ve saniyeler hatta dakikalar boyunca artarak devam eder. Hızlı ağrı aynı zamanda; keskin, batıcı, akut ve elektrik ağrı gibi pek çok alternatif isimle de tanımlanır (4).

Yavaş ağrı da genellikle bir doku harabiyeti ile birlikte ve yavaş yanıcı ağrı, sızı, zonklama, kronik ağrı gibi isimlerle tanımlanır (4).

Ağrı; yüzeysel ağrı (cilt kaynaklı), derin ağrı (adale, tendon, eklem, faysa kaynaklı) ve visseral ağrı (iç organ kaynaklı) olarak da sınıflandırılabilir (5).

2.1.3 Ağrı Fiziopatolojisi

Vücudun herhangi bir bölgesinde doku harabiyeti olduğu zaman, bu bölgede lokal olarak salınan mediyatörlerin aljeziklere özel sinir uçları olan nosiseptörleri uymaları ile, ağrının algılanması sağlanır. Ağrının merkezi sinir sisteminin belirli bölgelerindeki nöral yapılarda değerlendirilip zararlı uyarının algılanması ve buna karşı gereken fizyolojik, biyoşimik ve psikolojik önlemlerin harekete geçirilmesine nosisepsiyon denilir (4).

Nosiseptörlerin aktive edilmeleri, buldukları dokularda zararlı etkenlerin oluşturduğu stimulusların, bu serbest sinir uçlarında polarizasyonu başlatmaları ile olur. Bu stimulusların ortak özellikleri dokuya zararlı olmalarıdır (4). Bütün ağrı reseptörleri serbest sinir uçlarıdır. Üç tip uyarıcı ağrı reseptörlerini uyarır; mekanik, termal ve kimyasal. Genel olarak hızlı ağrı mekanik ve termal uyarıcılarla oluşurken; yavaş ağrı ise her üç tip uyarıcıyla da ortaya çıkabilir (4).

Bütün ağrı reseptörleri çıplak sinir uçlarından ibaret olsalar bile, ağrı sinyallerini, MSS'ne iki ayrı yolla iletirler. Bu iki yol en azından kısmen ağrının iki tipine karşılık gelir; hızlı-keskin ağrı yolu ve yavaş-kronik ağrı yolu. Ağrı uyarılarını taşıyan iki farklı tipte sinir lifi mevcuttur; Myelinize A-Delta lifleri, demiyelinize C lifleri (4).

Abdominal organlarda liflerin büyük çoğunluğu C tipi olduğu için bu organlara ait ağrılar genellikle künt, yanıcı ve kemirici vasıflı olarak hissedilirler ve iyi lokalize edilemezler. Parietal periton ise hem A hem de C liflerini içerdiği için ağrı hem daha iyi lokalize edilir, hem de daha keskin olarak hissedilir. Hızlı- keskin ağrı sinyalleri, mekanik yada termal ağrı uyarıcıları ile oluşturulur; bunlar periferik sinirler içinde, ince, hızı 6-30 m/sn olan, A-delta tipi liflerle medulla spinalise taşınır. Diğer yandan yavaş- kronik tip ağrı, özellikle kimyasal uyarıcılarla oluşturulur; fakat aynı zamanda ısrarlı mekanik ve termal uyarıcılar da bu tip ağrıya yol açabilir. Yavaş- kronik ağrı, C tipi liflerle, 0,5 ve 2m/sn'lik bir hızla iletilir (4).

Ağrı inervasyonundaki bu ikili sistem nedeni ile, ani bir ağrı uyarını genelde bir ‘‘çift’’ ağrı hissini oluşturur. A-delta lifleri ile beyne iletilen hızlı, keskin bir ağrıyı, 1sn sonra C lifleri ile iletilen yavaş bir ağrı izler. Keskin ağrı hızla şahsı uyarır ve onun hasar veren uyarandan uzaklaşmasını sağlar. Diğer taraftan yavaş ağrı zaman geçtikçe artar (4).

2.1.4. Ağrı Teorileri

Primitif Teori:

Ağrı konusunda ilk teori Aristo tarafından ileri sürülmüştür. Aristo, ağrının bir duyudan daha çok bir emosyon (his) olduğunu ileri sürmüştür. Ağrıyı, haz duyusunun karşıtı, hoşnutsuzluklar manzumesi olarak tanımlamıştır (2).

Spesifite Teorisi:

Ağrının, stimüle edilen ciltten, spesifik bir beyin merkezine direkt iletim olduğu fikri ilk olarak 1644 yılında Descartes tarafından ileri sürülmüştür. 19. yüzyılda deneysel araştırmalardaki artışla birlikte Mueller, spesifik sinir enerjisi doktrinini ortaya atmıştır. Buna göre; enformasyon yalnızca duyu sinirleri ile beyne iletilir ve duyunun niteliği beyinde sonlanan sinirlerin kendisi tarafından belirlenir. Sinir aktivitesi, stimülusa uyan kodlanmış bilgiyi yansıtır (2).

Modern spesifikite teorisinin babası Max Von Frey'dir. Frey 1895 yılında, ciltte sıcak, soğuk, dokunma ve ağrı duyularını algılayan spesifik reseptörler olduğunu belirtmiş ve spesifik reseptör teorisini ileri sürmüştür. Daha sonraki yıllarda anatomistler değişik dokularda spesifik reseptörleri göstermişlerdir. Bulbusta soğuk reseptörleri, end organlarda sıcak reseptörleri, dokunma reseptörleri olan Meissner korpuskülleri ve serbest sinir uçlarında da ağrı reseptörleri gösterilmiştir (2). Diğer araştırmacılar bunu geliştirerek; spesifik reseptörler, spesifik periferik sinir lifleri, omurilikte spesifik ağrı yolları, talamus ve kortekste spesifik ağrı merkezlerinden oluşan bir sistemi ileri sürmüşlerdir (2).

Spesifite teorisinin analizinde iki yanlış yapılmıştır;1 – Anatomik : Spesifik end organlarla spesifik duyular arasında ilişki olup olmadığu histolojik çalışmalarla

desteklenmemiştir. Örneğin göz ile görme duyusu arasındaki ilişki gibi. 2 – Psikolojik : Duyu niteliğinin spesifik sinir impulsları ile beyine iletiildiği düşünölmüştür. Spesifik sinir impulslarının beyine iletiminde psikolojik komponent hiç düşünölmemiştir (2).

Pattern (Kalıp, Model) Teorileri:

Von Frey'in teorisindeki yetersizlik yeni çalışmaları aktive etmiş ve pattern teorileri olarak adlandırılan bir grup teori ileri sürölmüştür. Goldscheider, ağrı duyusunun son ve kritik belirleyicisinin uyarının süresi ve stimölusların toplamı olduğunu ileri sürmüştür. Bu, pattern teorilerinin temelini oluşturur ve toplama (bir araya gelme) üzerine kurulmuştur. Ağrıyı uyaran sinir impulsları, ciltten algılanan duyuların arka boynuz hücrelerinde toplanması ile oluşturulur ve bu hücrelerin outputu kritik bir seviyeyi aşarsa (bu birikim belli bir seviyeyi geçerse) ağrı hissedilir_(2).

Bu ana düşünöceden köken alan üç temel pattern teorisi ileri sürölmüştür;

1- Primer periferik kalıp teorisi : Nonspesifik reseptörlerden gelen (periferde oluşan) stimölusların toplamıdır. Duyunun niteliği, stimölusun şiddeti ile belirlenir ve oluşturulur. Stimölasyon aşırı olduğunda ağrı duyu olarak algılanır (2).

2- İmpuls kalıbı ve santral toplama teorisi : Livingstone'a göre ağrı, impulsların spesifik santral mekanizmalarda toplanmasıyla oluşur. Bu fikir kozalji ve hayali ekstremite ağrısı gibi değişik kronik ağrı durumlarını açıklamakta kullanılabilir. Periferdeki reseptörlerin anormal stimölasyonu (travmatik bölge gibi), kendi kendini uyaran sinir devreleri oluşturur veya omuriliğın arka boynuzundaki nöronların aktif kalması sonucu anterolateral hücre kolonu yoluyla beyine yayılım impuls ateşi gönderilmesi, kısır bir döngüye neden olur. Beyin bu durumu ağrı olarak algılar. Bu omurilik eksitasyonunun yayılımı, otonom ve motor bulguları açıklamakta önemlidir (2).

3 – Duyusal etkileşim teorisi : Bu teori, hızlı sinir iletimi sistemi ile yavaş sinir iletimi sistemi arasındaki etkileşimi ve sonucunu belirtir. Etkileşim, yavaş sistemin hızlı sistem tarafından ya inhibe edilmesi yada dengelenmesi şeklindedir. Bu, miyelinli ve miyelinsiz duyusal sinir impulsları arasındaki ilişki olarak tanımlanabilir. Bu teoriye göre, periferik sinir yaralanmasından sonra impuls iletimi, ince liflerde (kalın liflere göre) bir artma gösterir. Kalın liflerin inhibe edici veya

dengeleyici etkisi ortadan kalkar. Bu da bir çok patolojik ağrı tiplerini açıklayabilir (2).

Tüm bu teoriler ağrının fizyolojik ve psikolojik komponentlerini birlikte açıklamakta yetersiz kalır. Her iki komponenti açıklayan tek teori multiple « kapı kontrol teorisi » dir (2).

Kapı Kontrol Teorisi:

1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre deriden gelen uyarılar spinal kord ve beyinde modülasyona uğrarlar. Geçmişte spinal kord sadece bir geçiş durağı olarak görülmekteydi. Kapı kontrol teorisinin önemi, spinal kordun sadece bir durak olmadığını, ağrı kontrolünde başlı başına bir engel olarak çalıştığını göstermesidir (4,27).

Deriden gelen uyarılar spinal korda üç değişik sisteme iletilirler. Dorsal kolon, arka boynuz santral transmisyon hücreleri (T hücreleri) ve substantia gelatinosa hücreleri. Substantia gelatinosa'daki kapı hücreleri presinaptik inhibisyona yol açarlar. Bu hücreler büyük ve küçük sinir uçlarını inhibe ederler. Küçük lifler uyarı olmadan iletebilirler. Kuvvetli uyarılar özellikle kalın lifler üzerine etki eder. Bunlar kapı hücrelerini uyarak T hücrelerine transmisyonu etkiler. Melzack ve Wall küçük liflerin kapı hücrelerini inhibe ettiğini, kapıyı açık tuttuğunu ileri sürmektedir. Uyarı uzadığı zaman kalın lifler adapte olmakta ve küçük lifler baskın çıkmaktadır. Küçük liflerin baskın çıkması halinde spinal kordaki kapı açılmakta T hücrelerinden yukarıya doğru akım artmakta ve çıkan yollar aracılığıyla ağrılı uyarı üst merkezlere taşınmaktadır (4).

2.2. Karın Ağrısı

Karın ağrısı; çoğunlukla karın içindeki hastalıklar esnasında karşılaşılan bir semptom olmakla birlikte, periton dışı ve hatta karın dışı başka sistemlere ait hastalıklar sonucu da gelişebilmektedir (5,7,8,28). Acil servis hasta popülasyonunun %10-15'ini oluşturan karın ağrısı, acil servise geliş nedenlerinin arasında altıncı sıradadır (7,29).

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastalarda hastaneye yatış oranı %18-42 oranında değişirken, yaşlı hastalarda bu oran %65dir. Tüm karın ağrılarının üçte biri ise cerrahi sınıflandırma içerisinde olup; gastrointestinal kanal ve onu tamamlayan organ ve dokulara ait hastalıkların pek çoğunda hastanın hekime başvurmasına neden olan önemli yakınmalardan birisi, karın ağrısıdır (30).

Karın ağrısını değerlendirmek için ağrıdan sorumlu mekanizmayı anlamak, sık rastlanan ağrı nedenlerinin ayırıcı yönlerini bilmek, tipik olguları veya klinik tabloları tanımak gerekir. Öyle ki; ağrının özellikleri genellikle ön veya kesin tanının konulmasına yarar sağlar. Ağrının kaynağı iyi bir anamnez, detaylı bir fizik muayene, gerekli laboratuvar ve radyolojik incelemelerin birleştirilmesi ile belirlenebilir (28, 31).

Karın ağrısını oluşturan olaylar genellikle mekanik (örn. intestinal obstrüksiyon), inflamatuvar (örn. perforasyon, apandisit) yada vasküler olaylar (örn. mezenter vasküler oklüzyon) şeklindedir (5).

2.3. Karın Ağrısının Klinik Değerlendirme Prensipleri

Karın içi hastalıklarda önemli spesifik göstergelerden biri ağrı olduğundan, karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrının irdelenmesi çok önemlidir. Karın ağrısı nedenlerinin iyi anlaşılması, tedavinin tıbbi veya cerrahi olarak yönlendirilmesinde hayati öneme sahiptir (15,16,32).

Hastanın ağrıya ait sübjektif deneyimini, ağrının tipi, hastaların ağrı hakkındaki geçmiş deneyimleri, kişilik ve kültür özellikleri belirler. Karın ağrısını sübjektif bir yakınma olmaktan çıkarıp, objektif bir değerlendirme unsuru olarak kullanabilmek için tek yol, ağrı ve niteliği hakkında olabileceği kadar çok bilgi toplayabilmektir (6,14,33). Karın ağrısı ile gelen hastaya;

- Ağrı şu anda nerede duyuluyor?
- Ağrı ne zaman başladı?
- Ağrı nasıl başladı? Aniden mi? Gittikçe artan şiddette mi?
- Ağrı başladığından beri nasıl bir seyir gösterdi?
- Ağrı yer değiştirdi mi?
- Ağrı tipi nasıl?

◆ Ağrı ne kadar şiddetli?

gibi ağrıyı her boyutuyla belirlemek adına sorular sorulur (15).

Şiddetli ağrı ile kıvranan bir hastadan anamnez almak zor olabilir fakat sabırlı olmak ve anamneze gerektiği kadar uzun zaman ayırmak gerekir. Gerekirse hastanın yanında bulunanlardan yardım istenir (15).

2.3.1. Karın Ağrısının Tipleri

Karın ağrısını visseral, somatik ve yansıyan ağrılar olarak 3 ana gruba ayırabiliriz (5).

Visseral Ağrı:

Visserlerin yaygın alanlarındaki ağrı sinir uçlarının uyarılması, visseral ağrıya yol açar (4). Lümenli organlarda distansiyon veya spastik kontraksiyonlar, solid organlarda kapsül gerilmesi, visseral dokunun iskemisi ve kimyasal irritasyonlar sonucu oluşan uyarılar organı saran afferent sinir lifleri ile merkezi sinir sistemine iletilir ve aynı dermatoma uyan alanda ağrı hissedilir (4,5).

Ağrının niteliği genellikle kramp, yanma ve kemirici vasıftadır. Derin, künt, yaygın ve iyi lokalize edilemeyen bir ağrıdır. Terleme, yorgunluk, bulantı, kusma ve solukluk gibi otonomik belirtiler de sıklıkla visseral ağrıya eşlik eder (5).

Buna uygun olarak;

- ◆ Ön barsak lezyonlarının visseral ağrıları epigastrik bölgede,
- ◆ Orta barsak lezyonlarının ağrıları göbek etrafında,
- ◆ Son barsak lezyonlarının ağrıları ise hipogastrik bölgede hissedilirler (5).

Hasta, ağrının olduğu yeri parmağı ile değil eli ile daha geniş bir alanı göstererek tarif etmeye çalışır. Ağrı huzursuz eden bir özelliğe sahiptir. Hasta rahat edebileceği bir pozisyon arar (14,15). Visseral ağrı, hastalığın hafif olduğu başlangıç evrelerinde ortaya çıkar. Akut apandisitinin erken safhasında göbek etrafında duyulan ağrı buna güzel bir örnektir (5). Torasik ve abdominal kavitelere başlayan bütün gerçek visseral ağrılar, otonomik sinirler içinde, özellikle sempatik sinirler içindeki ağrı liflerinde taşınır. Bu lifler ince C tipi liflerdir ve bu nedenle sadece kronik, sızı tarzında ağrıyı iletirler (4).

Somatik (Parietal) Ağrı:

İç organlardaki inflamasyonun parietal peritona ulaştığı zaman ortaya çıkan şiddetli ağrıdır. Visseral ağrının aksine somatik ağrı, belirgin ve hasta tarafından iyi lokalize edilebilen, hareket ve öksürükle artan bir ağrıdır. Batın ön duvarını saran peritondan (parietal periton), barsak mezo kökü ve diyaframı saran peritondan çıkan uyarılar somatik afferent liflerle merkezi sinir sistemine iletilirler. Dolayısıyla bu alanların uyarılmasıyla oluşan ağrılar somatik ağrı karakterindedir (5,14,15). Apandisitteki, başlangıçta göbek etrafında hissedilen ağrının inflamasyon ilerlediğinde sağ alt kadranda (parietal peritonun uyarıldığı bölgede) hissedilmesi somatik ağrı örneğidir (5).

Hasta, karın içi basıncını arttıracak ya da karın içi organ dengelerini etkileyecek her hareketinde, inflame organın parietal periton ile temasında bir değişme olduğundan artan bir ağrı duyar (14). Ağrı keskindir ve hastalar hareket etmekten kaçınırlar. Uyarılan parietal periton bölgesi üzerindeki karın duvarında kasların tonik spazmı (müsküler defans, rijidite) mevcuttur (14,15). İntraabdominal inflamasyon yaygın peritonitteki gibi tüm karına yayılmış olduğunda, bu hareketsizlik, adeta nefes almadan sırtüstü yatmak derecesine varabilir (14).

Yansıyan Ağrı:

İnsanlar sıklıkla esas ağrıya sebep olan dokudan uzak bir vücut kısmında ağrıyı hissederler. Bu ağrıya yansıyan ağrı denir (4,5). Ağrı genellikle visseral organlardan birinde başlar ve vücut yüzeyindeki bir bölgeye yansır. Tipik örnekleri; Safra hastalıklarında sağ omuzda duyulan ağrı, dalak yaralanmalarında sol supraklavikular alanda duyulan ağrı (Kehr belirtisi) dir (15).

Visseral ağrı lifleri uyarıldığı zaman, visserlerden gelen ağrı sinyalleri, deriden gelen ağrı sinyallerini ileten nöronların en azından bazıları tarafından iletilir. Böylece şahıs bu duyuların deriden kaynaklandığı hissine kapılır (4).

2.3.2. Ağrı Desenleri

İnflamatuvar Ağrı:

Bu tür ağrı bir başlangıç noktasından itibaren yavaş yavaş gelişir, yani kreşendosu yavaştır. Başlangıçta belirli aralıklarla olan ağrı, olayın tepe noktasında süreklilik kazanır ve şiddeti sabitleşir. İnflamasyon devam ettiği sürede ağrı şiddetli olarak devam eder. İnflamasyon bitince ağrı hafifler ve kaybolur. Akut apandisitte inflamasyon devam ettiği halde eğer perforasyon oluşursa, lümenin gerginliğinin ortadan kalkmasına bağlı olarak ağrı hafifleyebilir. Fakat bir süre sonra periton irritasyonu nedeniyle ağrı tekrar şiddetlenir (14,15). Akut apandisit, akut kolesisit, akut pankreatit, akut divertikülit inflamatuvar ağrıya neden olurlar (14).

Kolik Ağrı:

Bu tip ağrının nedeni içi boş organların obstrüksiyonu sonucu oluşan düz kas spazmıdır. Renal kolik, biliyer kolik, mekanik barsak obstrüksiyonu, boğulmuş fitik gibi durumlarda ortaya çıkan bu ağrının önemli karakteri devamlı olmayıp, aralıklarla ortaya çıkmasıdır. Obstrüksiyon hızla oluştuğundan ağrının şiddeti de kısa sürede en yüksek noktasına varacaktır. Ağrı tepe noktasında birkaç dakika kadar kalıp sonra biraz azalır ve ağrısız bir süre oluşur. Ağrısız dönemde de hasta huzursuz ve ağrılı olan bölge de rahatsızdır (13,14,15).

İskemik Ağrı:

Bu tür ağrının en bilinen şekli alt ekstremitenin arter tıkanması olmakla birlikte, mezenterik damarların oklüzyonu da aynı türde ağrıya yol açar. İskemik ağrı, arter yada ven tıkanır tıkanmaz, sıfır noktasından derhal zirveye çıkan dik bir kreşendo ile karakterizedir. Organ iskemisi devam ettiği sürece, ağrı aynı şiddette devam eder. Venöz sistemde oluşacak tıkanmalarda ise önceleri staza bağlı olarak batında bir huzursuzluk başlar. Arterler basıya uğrayınca ise iskemik ağrı karakterini alır. Bu tür ağrılar abdominal aorta ve dallarının tıkanması, mezenter arter oklüzyonlarında oluşur (14,15).

Perforan Ağrı:

İçi boş organ perforasyonu ile oluşan ağrılardır. Bu lezyonlar, travmatik olgular hariç, daima organın mukozasında başlar. Yara çok çabuk ulaştığı serozadan geçerken hasta ani olarak ortaya çıkan ve genellikle “bıçak saplanır gibi” diye tanımladığı keskin bir ağrı duyar ve ağrısının yerini çok iyi lokalize eder (14). Duodenal ülser perforasyonu tipik bir perforan ağrı örneğidir. Ağrı şimşek çakar gibi çok şiddetli başlayıp, bir süre sonra şiddeti azalır. İleriki safhada peritonit geliştireceğinden inflamatuvar ağrı karakterinde devam eder (14,15).

Birleşik Ağrı:

Bu ağrı deseninde birden fazla karakterde ağrı bir arada bulunur. Örneğin strangülyasyonlu barsak tıkanmasında önce mekanik tıkanma ağrısı oluşur. Mekanik koliki takiben bağırsakta oluşan iskemiye bağlı iskemik ağrı oluşur. Birleşik ağrı deseni, akut karın tablosuna yol açan hastalığın komplike bir hal aldığını ve acil cerrahi girişim gerektiğini düşündürür (14,15).

Sekil III: Ağrı desenlerine göre olası patolojiler (14)

| Ağrı Desenleri | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| İnflamatuvar | Perforan | Kolik | İskemik | Birleşik |
| Akut apandisit Akut kolesistit Akut pankreatit Akut divertikülit | Peptik ülser per İnce barsak per. | Renal kolik Biliyer kolik Boğulmuş fitik Mekanik barsak tıkanması | Mezenter arter tıkanması | Strangülyasyonlu mekanik barsak tıkanması Strangülyasyonlu boğulmuş fitik |

2.3.3. Ağrının Yeri

Kaynaklandığı organa, visseral, somatik veya yansıyan ağrı olmasına göre karın ağrısının hissedildiği bölgeler farklıdır. Karın ağrılı hastada ağrının karakteri belirlendikten sonra ağrının lokalizasyonu ile ilgili bilgi edinilmelidir. Üreter, testis

hastalıkları, uyluk içinde ağrı oluşturabilirken, omuz ağrısı olaya diyafragmanın da katıldığını belirtir. Biliyer, duodenal veya pankreas ağrıları sıklıkla sırta yayılır. Ağrının lokalizasyonuna göre, akut karına yol açan diğer pek çok hastalık da büyük olasılıkla ayırt edilecektir (14).

Sekil I: Yerleşim yerlerine göre akut karın ağrılarının neden olan hastalıklar (34)

Sağ üst kadran

- Kolesistit, biliyer kolik, kolanjit
- Duodenal ülser, gastrit
- Akut hepatit
- Akut konjestif hepatomegali
- Plevral reaksiyonlu pnömoni
- Plörezi
- Pulmoner emboli
- Subdiyafragmatik abse
- Musküloskeletal kaynaklı
- Herpes zoster
- Akut pyelonefrit
- Angina pektoris

Sol üst kadran

- Dalak rüptürü, splenomegali
- Gastrit, peptik ülser
- Akut pankreatit (bilateral ağrı)
- Aort anevrizması rüptürü
- Splenik arter anevrizması
- Plevral reaksiyonlu pnömoni
- Plörezi
- Pulmoner emboli
- Subdiyafragmatik abse
- Musküloskeletal kaynaklı
- Herpes zoster
- Akut pyelonefrit
- Akut myokard infarktüsü, perikardit

Sağ alt kadran

- Apandisit
- Akut salpenjit
- Dış gebelik rüptürü
- Over kisti torsiyonu
- Mezenterik lenfadenitis
- İnkarere, strangüle kasık fıtığı
- Meckel divertikülü
- Çekum divertikülü
- Enterit
- Psoas absesi
- Üreter taşı, sistit

Sol alt kadran

- Sigmoid divertikülü, Crohn hastalığı
- Akut salpenjit, Endometriosis
- Dış gebelik rüptürü
- İnkarere, strangüle kasık fıtığı
- İnen kolon perforasyonu
- Regional ileit
- Psoas absesi
- Meckel divertikülü
- Üreter taşı, sistit
- Perfore tümör, kolit

Merkezi (umblikus ve çevresi)

- İntestinal obstrüksiyon
- Akut pankreatit
- Strangüle kasık fıtığı
- Dissekan veya rüptüre aort anevrizması
- Üremi
- Mezenterik tromboz
- Divertikülit (ince barsak veya kolon)

2.3.4. Ağrının Kronolojisi ve Şiddeti

Ağrının başlangıcı, ani (saniye yada dakikalar içinde), hızla artan (1-2 saat içinde) ya da yavaş gelişen (saatler içinde) biçimde olabilir (31).

Kişinin ağrıya reaksiyon eşiği ve diğer bireysel etkenlerin rolü göz önüne alındığında, ağrı şiddetine göre etiolojik ayırım yapılamaz. Ağrının başlangıç biçimi, karın ağrısının altında yatan nedeni belirlemeye yardım eder. Başlangıcı ani olan ağrı, intraabdominal bir yıkım olabilir. Örneğin; Abdominal Aort Anevrizması rüptürü, iç organlardan birisinin perforasyonu, ektopik gebelik gibi. Hızlı gelişen ağrı, yoğunluğu ve lokalizasyonu iyi tanımlanabiliyorsa periton inflamasyonunu işaret eder (13). Ağrı orta şiddette ve ani başlangıçlı, ancak hızla şiddetini artırıyor ise, akut pankreatit, kolesistit, biliyer kolik, mezenter iskemisi, divertikülit, intestinal obstrüksiyon düşünülür. Hafif şiddette başlayıp yavaş yavaş yoğunluğu artıyorsa; distal intestinal obstrüksiyon, apandisit gibi olaylar akla gelir (31,33).

Sekil II: Kronolojilerine Göre Karın Ağrıları (31)

| Kronoloji | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ani Başlangıçlı Ağrı | Hızla Artan Ağrı | Yavaşça Artan Ağrı |
| Perfore peptik ülser Aort anevrizma rüptürü Abse veya hematom rüptürü Özefagus rüptürü Ektopik gebelik rüptürü Mezenter infarktüsü Miyokard infarktüsü | Biliyer kolik Kolesistit Renal kolik Proksimal ince bar.obstr. Akut pankreatit Divertikülit Apandisit Mezenter iskemi | Apandisit Kolesistit Akut pankreatit Divertikülit Salfenjit Peptik ülser Ektopik gebelik Piyelonefrit Abse Distal ince bar.obstr. İnkarsere herni İnflamatuar bar. hastalığı |

2.3.5. Ağrıya Eşlik Eden Semptom ve Bulgular

Ağrının yanında, ağrıya eşlik eden diğer semptomlar da ayrıntılı bir biçimde irdelenmelidir. Örneğin kusma genellikle akut karın ağrısına değişik derecelerde eşlik edebilir. Kusma, ağrıyı izliyorsa öncelikle cerrahi bir neden düşünülür. Aksine önce kusma başlayıp, daha sonra ağrının eşlik ettiği durumlarda ise daha çok cerrahi dışı nedenler söz konusudur. Sıklıkla gastroenterit, besin zehirlenmesi, akut gastrit, akut pankreatit ve safra yollarındaki taşlarda görülür (15,30,35).

Ayrıca iştahsızlık, öksürük, baş ağrısı, boğaz ağrısının eşlik edip etmediği de belirlenmelidir. Üriner sistem tutulumu (dizüri, sık idrara çıkma) ve ateş varlığı, ishal, kabızlık, rektal kanama, menstruasyon durumu, sarılık, kilo kaybı ve artrit gibi birlikte olan semptomlar da kaydedilmelidir. Örneğin uzun süreli bir karın ağrısı ile kilo kaybının da olması maligniteyi akla getirir. Ağrı ile birlikte gaz gaita çıkışının durması barsak tıkanıklığını düşündürülebilir (12,30,35). Bununla beraber karın ağrılı hastalarda kardiyopulmoner semptomlar, pnömöni, pulmoner emboli ve miyokard enfarktüsünü tanılama adına sorgulanmalıdır (30).

2.3.6. Ağrıyı Azaltan ve Arttıran Etmenler

Ağrıyı hafifleten ve arttıran pozisyonlar yada ilaçlar tanıda yardımcı olabilir. Epigastriumda orta şiddette ağrı ile başvuran hastanın antiasid yada asit suprese eden ilaçlarla rahatlaması ülser ağrısını düşündürürken, şiddetli ağrıya başvuran hastanın hiç hareket etmemesi, öne eğilmekle rahatlaması, sırt üstü yatmakla rahatsız olması pankreas patolojisini düşündürür. Ayrıca içi boş organ obstrüksiyonlarında, hasta hareket edebilir, kıvrılabilir ve rahatladığı pozisyonları seçerken, peritonitli hasta hareketsiz yaymayı tercih eder, öksürmekten ve derin solunumdan dahi kaçınır (31,33).

Hastanın analjezik alıp almadığı; analjezik alımıyla ağrının kesilmesine, tablonun karışarak tanının gecikmesine yada konamamasına neden olacağından önemlidir ve mutlaka sorgulanmalıdır. Bu nedenle karın ağrısı olan olgularda neden saptanıncaya kadar analjezik kullanılmaması gerekmektedir (12). Ancak kişiler hasta olduklarında, daha önceki deneyimlerinden hareketle; ellerinde mevcut ilaçlardan

herhangi birini kullanabilmekte, yakınlarının tavsiyesi ile ilaç alabilmekte yada eczaneden aldıkları ilaçları kullanabilmektedirler (34).

2.3.7. Hasta Öyküsü

Karın ağrılı hastanın değerlendirilmesinde anamnez ayrıntılı alınmalıdır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, medikal öyküsü, aile hikayesi ağrının nedenini bulmada oldukça önemlidir. Örneğin mezenterik adenit gençlerde görülürken, vasküler ve neoplastik hastalıklar daha ileri yaşlarda görülür. Seksüel olarak aktif bir bayanda ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalıklar veya over patolojileri de olasıdır (8,30,35).

Çocukluk yaş gurubunda karın ağrısı genellikle cerrahi dışı nedenlere bağlıdır. Taşar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, karın ağrısı ile başvuran çocuklarda, en sık saptanan tanı akut gastroenterit olarak bulunmuştur (32,36). Scholer ve arkadaşlarının çalışmasında akut karın ağrısı ile başvuran çocuklar arasında, en sık altı neden sırasıyla; üst solunum yolu enfeksiyonu ve otit, farenjit, viral sendrom, nedeni bulunamayan karın ağrısı, gastroenterit ve akut ateşli bir hastalığın komponenti şeklinde saptanmıştır. Sonuçta akut karın ağrısı ile başvuran çocuk hastaların sadece % 1'ine cerrahi girişim gerekmiştir (35,37).

Acil servislere başvuran karın ağrısı yakınmalı hastaların 2/3'ü kadın olup, bunların çoğu doğurganlık çağındadır. Menstruasyon özellikleri, seksüel alışkanlıklar, obstetrik ve jinekolojik öyküyü içeren tam bir anamnez, karın ağrısı değerlendirmesinin ilk basamağı olmalıdır. Kadın hastalar değerlendirilirken ilk basamak gebeliğin tanımlanmasıdır. Genç kadınlarda birçok sebebe bağlı olarak akut karın tablosu gelişebilir. Bunların çok küçük bir bölümü aynı zamanda gebedir ancak, bu durum tanı konmasını güçleştirecek ve tedavideki gecikme anne ve fetüsün hayatı açısından riskli olacaktır. Ortaya çıkan akut karın tablosu, gebelik ile ilgili olabileceği gibi, gastrointestinal sistemle ilgili de olabilir (30,38,49).

Kadınlarda genel cerrahiye ilgilendiren acil tablolar içerisinde en çok akut apandisit, akut kolesistit ve intestinal obstrüksiyon belirlenmişken, erkeklerde ise perforé ülser, gastrit ve apandisit karın ağrısı ile acil servise başvuru sıralamasında öncelikli olmuştur (30,39).

Yaşlılarda akut karına neden olan hastalıklar gençlerdekine göre farklılık göstermektedir (40). Genç hastalarda akut karın ağrısının en sık sebebi akut apandisit iken, yaşlı hastalarda en sık karşılaşılan karın ağrısı nedenleri; safra yolu hastalıkları (%23), divertikül hastalığı (%12) ve barsak obstrüksiyonu (%11)'dur; hastaların %15'ten azı da nonspesifik karın ağrısı tanısı alır (1,27). Karın ağrısı ile acil servise başvuran popülasyonun yaklaşık % 20 sini 65 yaş üzerindeki hastalar oluşturmakta ve bu hastaların 1/3'e varan kısmına cerrahi müdahale gerekmektedir (40).

Yaşlılarda karın ağrısının tüm nedenleri göz önüne alındığında mortalite oranı % 11- 14'dür. Bu oran genç yetişkinlerin yetmiş katıdır. Bu hastaların bakımında acil servis oldukça kritik bir role sahiptir. Yaşlanmayla birlikte karın ağrılarının doğru teşhis edilme oranı azalır. Bunun nedenleri yaşlılarda değişmiş anatomik özellikler, vasküler acillerin artmış oranı, enfeksiyonlara azalmış yanıt, beraberinde ciddi sistemik hastalıkların olması, hastalıkla ilgili gecikmiş başvurular, atipik semptom, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, yaşlıların aile bireyleri ve sağlık personeli ile iletişimindeki güçlükler sayılabilir (29,30,40,41).

Hasta öyküsü ile daha önceki bir peptik ülser hastalığı, safra kesesi taşı, divertiküler hastalık, inflamatuvar hastalık veya geçirilmiş bir batın operasyonu öğrenilebilir (12,35). Hastanın daha önce batın ameliyatı geçirmiş olması, şimdiki yakınmasının ileusa ait olabileceğini düşündürür. Ayrıca aile öyküsünde hiperlipidemi, ailevi akdeniz ateşi, talasemi gibi hastalıklarda sorgulanmalıdır (15,30,33).

Yinelenen karın ağrısı öyküsü tespit edilen bir hastada daha konservatif davranılarak, acil girişime karar verilmeden önce, uzun süre gözlemde tutulabilir. Ayrıca birçok metabolik hastalık, diabetik ketoasidoz, addison krizi, üremi, hipertansiyon krizi, akut intermitan porfiria da karın ağrısına yol açabilir (35).

Bazı hastalarda, hastaların ciddiyeti ile fizik muayene bulguları arasında uyumsuzluk söz konusu olabilir. Bu durum özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda, yaşlı, beslenme yetersizliği olan, obez, immunsuprese veya steroid alan hastalarda, erken postoperatif dönemde, mental durum değişikliği olanlarda veya paraplejik hastalarda söz konusudur (5,35,38).

2.3.8. Fizik Muayene

Ayrıntılı bir anamnezin ardından, dikkatli bir fizik muayene doğru tanı koymak için çok önemlidir (42). İncelemede, hastaların yürüme, ayakta durma ve oturma sırasında vücutlarına özel pozisyonlar verdikleri, ellerinin birini ağrı bölgesinde tuttukları tespit edilebilir. Hastalar gayet yavaş hareket ederek batın sarsıntısından kaçınabilirler. Periton irritasyonu olanlar bacaklarını fleksiyonda tutarak ağrıyı hafifletmeye çalışırlar. Kolik tarzında ağrısı olanlar ise devamlı şekil değiştirirler. İnfeksiyonu olanlarda yanaklar kırmızı, kanaması olanlarda ise yüz soluktur (14,15).

Batın incelemesinde ise, batının solunuma katılımı, batında kitle ve distansiyon hali, herniasyon, eski operasyon sekelleri vb. gibi durumları tespit etmek mümkündür (15).

İncelemede barsak seslerinin artması veya azalması anlamlıdır. Perforasyonlar gibi peritonun ileri derecede irrite olduğu durumlarda bağırsakların hareketleri kısıtlanır ve tam sessizliğe girebilirler. Akut mekanik barsak obstrüksiyonlarının erken dönemlerinde ise barsak sesleri artmıştır (15).

İnceleme sonrası batın palpasyonuna geçilir. Akut karın ağrısı ile başvuran hastada, mevcut hastalığın doğasını ortaya koymak için yararlanılan fizik muayene yöntemlerinin hemen tümü hastanın somatik ağrısını uyararak hastalık alanının lokalize edilmesini sağlamak amacıyla yapılır (14,33,43). Bu yöntemlerden en önemlisi palpasyonla ağrı duyarlılığının incelenmesidir. Palpasyonla ağrı duyulan bölgeye göre hastalık hakkında bilgi edinilir. Bir diğer yöntem “rebound” duyarlılığıdır. Bu bulguyu ortaya çıkarmak için hekim, hastanın ağrısının en yoğun olduğunu belirttiği yada yüzeysel palpasyonla duyarlılığın en yoğun olduğunu bulduğu karın bölgesine eli ile basar. Bir süre bastırıp hastanın ağrıyı tolere etmeye başladığı sırada elini çeker. Sonuçta parietal periton ile karın iç organın serozal yüzeyi arasında düzensiz temaslar başlar ve hasta belirgin ağrı duyar. Yani “rebound” duyarlılık pozitifdir, kendisine uyan lokalizasyonda intraabdominal inflamasyon vardır (14).

Akut karın ağrılı hastaların fizik muayenesinde önemli başka bir bulgu da karın duvarı kaslarını kasarak oluşturdukları dirençtir. Bu kas direncine “defans” denir. Bu kas direnci hastanın oluşturduğu istemli bir savunmadır. Kas direncinin varlığı karın ağrısının intraabdominal bir olaya bağlı olduğunu düşündürmekle

birlikte, kesin kanıt değildir. Zona zoster, kot kırığı, solunum sorunları, bazı metal zehirlenmeleri gibi karın dışı olaylar da karın kaslarında dirence yol açabilirler. Buna karşın bir gurup karın ağrılı hastada, her türlü çabaya rağmen yenilemeyen, hasta ne kadar istese de değiştirilemeyen bir kas sertliği de saptanabilir. Bu kas direncine “rijidite” denir. Burada intraabdominal olay öylesine ileridir ki, dinlenme sırasında bile parietal periton irritasyonu vardır ve organizma ağrıyı sınırlamak, azaltmak için karın duvarının tüm esnekliğini iptal etmiştir. Bu semptom hastanın istemine bağlı değildir (istemsiz defans). Rijidite nedeni ne olursa olsun, cerrahi girişim gerektiren bir akut karın tablosunu gösteren önemli bir bulgudur. Bu tür hastaların önemli bir bölümünde kesin tanı cerrahi girişim sırasında konur (14).

Ayrıca karın ağrısı şikayeti ile başvuran kadın hastalara ayrıntılı bir pelvik muayene yapılmalıdır (30).

Hastanın vital bulguları izlenmelidir. Postüral değişikliklerin eşlik ettiği taşikardi, genellikle kan kaybı veya volüm azalmasının bir belirtisidir. Karın ağrısına eşlik eden hipotansiyon varsa hızlı müdahaleyi gerektiren sepsis, hipovolemi, miyokart infarktüsü gibi tablolar düşünülebilir. Ayrıntılı sistemik muayene ile karın içi patolojiler dışında karın ağrısı yapan pek çok durum saptanabilir (30,33).

2.3.9. Laboratuvar Bulguları ve Radyolojik İncelemeler

Karın ağrısı ile gelen her hastaya belirli birtakım kan tahlillerinin rutin olarak yapılması uygundur. Hematokrit ve lökosit değerlerini içeren kan sayımı, üre, kreatininin, kan şekeri, kanama zamanı ve pıhtılaşma zamanı, karaciğer enzimleri, amilaz, elektrolitler ve idrar tetkiki de yapılır (15,35). Ayrıca doğurganlık çağında olan tüm bayanlardan gebelik testi istenmelidir (31).

Ayakta ve yatar pozisyonda direk batın grafisi ile obstrüksiyon, perforasyon, safra taşı olup olmadığı anlaşılabilir (44). Akciğer grafisinde ise akut karını taklit edebilecek pnomoni, pnomotoraks, pulmoner emboli, plevral effüzyon gibi patolojiler saptanabileceği gibi subdiyafragmatik apseye işaret edebilecek diyafragma elevasyonu görülebilir (31).

Sadece anamnez, klinik muayene ve laboratuara dayalı diagnostikte tanı ancak %75-85 oranında doğru konur. Akut karında doğru tanı, ultrasonografi

kullanılmadığında %62-87, kullanıldığında ise %83-90 civarındadır (15). Ultrasonografi ve tomografi apandisit, apseler, kitleler, perforasyonlar ve oklüzyonlarda çok değerli bilgiler vermektedir. Ayrıca USG, jinekolojik şikayetleri olan hastalarda ve ektopik gebeliğin tanılanmasında önemli bir tanı yöntemidir. (30,31,35).

Akut karın ağrısı ile başvuran hastaların bir bölümüne belirli bir tanı koyulurken, bir bölüm hasta için ise karın içi cerrahi patolojiden emin olunmakla beraber, bunun lokalizasyonu, yaygınlığı ve olası ilintileri konusunda yeterli kanaat oluşturulamayabilir. İşte bu gruptaki hastalarla, akut karın tanısının kesin olmadığı takibe alınan hastalar için laparoskopi gerek tanısasal, gerekse tedavi edici özellikleriyle önemli faydalar sağlar (45,46,47).

2.4. Akut Karın

Akut karın, ani başlayan ve yedi günden daha az süren (genelde 48 saat), acil cerrahi girişim gerektirebilen, karın ağrısının en değişmez yakınmalardan biri olduğu batın patolojileridir. Akut karın tek başına bir hastalık değil, çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişebilecek bir klinik tablodur (12,13). Karın içi organlardan herhangi birisinde aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilecek kadar ciddi sonuçlara neden olabilen patolojiler “akut karın” adı altında toplanır (8).

Karın ağrısı ile başvuran hastada bu semptomun, kategorik olarak, akut karın ağrısı olup olmadığından emin olunmalıdır. Karın ağrısının uzun zamandır devam eden kronik tipte mi yoksa daha önce önemli bir yakınması olmayan hastada aniden gelişen bir ağrı mı olduğu belirlenmelidir (31). Akut karın ağrısında belirleyici olan kelime “akut”tur; uzun olmayan bir süre önce başlamış ve kreşendosunu yapmakta olan ağrı anlamındadır (14). Nedenine göre bu süre değişebilir. Örneğin; akut apandisitte 6-48 saat, akut kolesistitte 4-5 gün ve akut pankreatitte 6-7 gün kadardır (12).

Karın ağrısına neden olabilen patolojilerin tedavisi medikal yada cerrahi olabilir. Özellikle akut karın ağrılarında patolojinin cerrahi olup olmadığının belirlenmesi morbiditenin azaltılabilmesi bakımından önemlidir (17,35,48). Öncelikli amaç cerrahi girişimin gerekliliğini belirlemek, eğer gerekliyse ivedilikle cerrahi

girişim uygulanmasını sağlamaktır (13). Çünkü akut karın tablosunun altında hayatı tehdit edebilecek, dissekan aort anevrizması, bağırsak obstrüksiyonu yada perforasyonu gibi hastalıklar olabilir. Akut karın nedeni ile başvuran hastaların ancak % 9.3'ü cerrahi girişim gerektirir. Bununla beraber gerekli cerrahi girişimde gecikmenin ciddi, hatta ölümcül sonuçlar doğuracağı da bir gerçektir (31,38).

Karın ağrısından başka, sistemik ve/veya gastrointestinal semptomlar ve lokal bulgular da hastalık tablosuna eklenirler. Çok değerli cihazlara ve ayrıntılı laboratuvar testlerine rağmen, akut karın ağrısı çeken hastalarda doğru tanıya varmak her zaman kolay olmamaktadır (15,42).

Her yerde ve her koşulda ortaya çıkan akut karın ağrılı hastalar bir bütün olarak ele alınırsa, % 45-50 kadarında bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez izlem altında tutulurken ağrıları spontane olarak hafifleyen yada hemen olmasa bile, bir iki gün içerisinde tamamıyla geçen bir karın ağrısı bulunur. Bu tür nedeni belirsiz, tedavisiz yada basit analjeziklerle kaybolan karın ağrılarına nonspesifik karın ağrısı (NSKA) adı verilmektedir (14,31).

NSKA tanısı ile taburcu edilen hastaların daha sonraki dönemlerde karın ağrılarının devam edip etmediği, tekrarlayıp tekrarlamadığı yada hayatı tehdit edici bir klinik durumun ortaya çıkıp çıkmadığı konusunda net bilgiler bulunmamaktadır. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda bu hasta grubunun kısa dönem izlemleri sırasında kolesistit, pankreatit, ileus gibi bazı önemli tanılar aldığı saptanmıştır. Çoğu yayında NSKA tanımının çok doğru olmadığı, bunun yerine “ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı” teriminin daha uygun olacağı görüşü hakimdir (30,31).

Akut karın ağrılı hastalar spektrumunun bir ucunda NSKA var ise, diğer uçta duodenum ülser perforasyonu, mezenter vasküler oklüzyon yada strangülyasyonlu barsak obstrüksiyonu gibi, çok kısa sürede tedavi gerektirecek patolojiler bulunur (14).

Akut karın ağrılı bir hastanın değerlendirilmesindeki en önemli aşamalar iyi alınmış bir anamnez ve tam bir fizik muayenedir. Şuuru açık ve sorulara yanıt veren hastalarda, tek başına ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene aşamasının başarılı bir şekilde tamamlanması, çoğunlukla ek bir incelemeye gerek kalmadan doğru tanı ve dolayısıyla doğru tedavi ile sonuçlanır (30,31,38).

Ağrının fiziksel, duygusal ve algısal boyutlarının olması ve hastayı tüm yönleri ile etkilemesi onu tanımayı ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı gerektirir. Akut karın tablosundaki hastanın izlenmesinde ve hastaya tanı koyulmasında hasta ile en fazla yüz yüze gelen sağlık bakım ekibinin bir üyesi olan hemşirenin rolü önemlidir (6,16). Dolayısıyla hemşirelerinde akut karın hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları şarttır.

2. 5. En Sık Rastlanan Cerrahi Akut Karın Nedenleri

2.5.1. Akut Apandisit

Apandisit, apendiks lümeninin herhangi bir nedenle tıkanması ile başlayan inflamatuvar bir süreçtir. Bu inflamatuvar süreç çoğunlukla ilerleyerek akut apandisit tablosunu ve takiben de apendiks perforasyonu sonucu lokalize veya yaygın peritonit ve sepsisi oluşturabilir. Toplumda görülme sıklığı % 7 civarındadır (5,49).

Tüm yaş grupları içinde en sık rastlanan acillerden biri olup, sağ alt kadranda ağrısı ve akut karın bulguları ile acile başvuran hastalarda en sık tanı akut apandisit (22,50,51). Ayrıca tüm cerrahi prosedürlerin %1' ini oluşturmaktadır (49,52,53). Akut apandisitte karın ağrısı, önce epigastrium ve periumblikal bölgededir, daha sonra ağrı sağ alt kadranda lokalize olur (35). Ağrının bu klasik şekli ve bulantı, kusma gibi eşlik eden semptomlar akut apandisitli hastaların az kısmında görülmektedir (29).

Çocuklarda erişkinlere nazaran daha sık görülür ve 6-12 yaşlar arasında, yani okul çocukluğu döneminde pik yapar. Genç hastalarda akut karın ağrısının en sık nedenidir (49). Bayan hastalarda jinekolojik patolojiler (örneğin over kist rüptürü) akut apandisit tablosu ile karıştırılabilir (52,54). Gebelik sırasında da obstetrik nedenler dışında en sık rastlanan akut karın nedenidir. Gebelikteki akut apandisit insidansı, gebe olmayan popülasyonla aynı olmasına rağmen gebelikteki perforasyon insidansı çok daha yüksektir. Bu durum gebelerde akut apandisit tanısının güç konulmasından kaynaklanır. Tanı koymadaki güçlük ve beraberinde getirdiği komplikasyonlar fetomaternal mortalite ve morbidite artışı getirmektedir (55).

Yaşlı hastalarda da apendikte fibröz doku gelişimi nedeniyle lümende daralma meydana gelmekte, vasküler skleroz, yapısal zayıflama ve erken perforasyon ihtimali artmaktadır (29,53,56).

Apendisitli hastaların büyük çoğunluğu belirtilerin başlamasından 48 saat sonra başvurmakta (29). Perforasyon, olguların % 80'inde ilk 48 saat içinde gelişir ve tanı konulduğunda perforasyon oranı yaklaşık %30-45 arasında bulunmuştur. Batın içinde enfeksiyonu sınırlamakla görevli mekanizmalardan omentum ve komşu barsak ansları perfore olan bölgeyi sınırlarlar. Apendikteki perforasyon, karın içi savunma mekanizmaları ile sınırlandırıldığı durumlarda plastron veya pericekal apse, sınırlandırılmadığı durumlarda ise yaygın peritonitle sonuçlanır. Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvurmaları, evde kendilerinin yaptıkları uygulamalar ve analjezik kullanımı gibi sebeplerle komplikasyonlar meydana gelmektedir. Günümüzde apandisit mortalitesi %0.1-1 arasındadır. Akut veya perfore tüm apandisitlerde komplikasyon oranı %4-5 arasındadır (49,56).

2.5.2. Akut Kolesistit

Akut kolesistit; sistik kanalın taş ile yada fonksiyonel biçimde tıkanması sonucu lümende distansiyon, kese cidarında ödem ve inflamasyonla gelişen safra kesesi iltihabıdır. Olguların % 95'inde etiolojik neden taştır (14,50,57). Klinik olarak sağ üst kadranda yada epigastriumda ağrı mevcut olup sırta ve skapula alt ucuna yayılabilir (8,50). Yetmiş yaşın üzerindeki hastaların yarısından fazlasında safra taşı mevcuttur ve 50 yaş üzerindeki hastalarda akut karın ağrısının en sık nedeni akut kolesistittir. (29).

2.5.3. İntestinal Obstrüksiyon (İleus)

Barsak pasajının durmasıdır. Akut batın kliniği ile acile başvuran hastaların %20'sinde neden gastrointestinal obstrüksiyondur (30,50). Obstrüksiyon erken tanı konarak uygun tedavisinin yapılması gereken acil cerrahi bir durumdur. Gastrointestinal obstrüksiyonların da %60-80'i ince barsak kaynaklıdır. Hastalarda sıklıkla bulantı, kusma ve abdominal rahatsızlık söz konusudur. Barsak sesleri

başlangıçta hiperaktif olup, geç dönemde yada strangüstasyon gelişmesi durumunda hipoaktif hale gelir. Ağrı şiddetinde giderek artış strangüstasyon gelişimi açısından anlamlıdır (50,58).

İnce barsak obstrüksiyonunun çok farklı nedenleri mevcut olup, en sık cerrahi sonrası yapışıklıklar söz konusudur. Herniler ve daha az sıklıkta tümörler de obstrüksiyon nedenidir. Kalın barsak obstrüksiyonunda ise en sık etiolojik faktörler; tümörler, divertiküler hastalık ve sigmoid volvulustur. Gebelerde de en sık sebep adhezyonlardır ve genel popülasyonda %3-5 arasında görülen volvuluslar, gebelikte %25 düzeylerine ulaşır. Mekanik kolon obstrüksiyonu ileri yaş hastalığıdır (30,50,58).

İnce barsak obstrüksiyonlu olgularda temel mortalite ve morbidite nedenleri intestinal iskemi ve infarktır. Obstrüksiyon olgularında erken tanı, strangüstasyon riski gelişmeden elektif koşullarda cerrahi tedavi olanağı sağlayacağından mortalite oranını düşürerek prognozu doğrudan etkileyecektir. Strangüstasyon durumunda semptomların ortaya çıkışından itibaren 36 saat içinde yapılan cerrahi girişimin mortalitesi %8 iken, bu süreyi aşan girişimlerde bu oran %25'e çıkmaktadır. Mortalite ve morbiditeyi en çok etkileyen faktör olguya geç müdahale edilmesidir (50,58).

2.5.4. Akut İntestinal İskemi

Akut intestinal iskemi; başlıca şikayeti karında rahatsızlık hissinden akut şiddetli karın ağrısına varıncaya kadar farklı semptomlarla kendini gösterebilen, klinik tanısı zor olan ve hayatı tehdit eden bir patolojidir. Akut intestinal iskemi tüm gastrointestinal hastalıkların %1-2'sini oluşturmaktadır ve hastaların 2/3'ü kadındır. En sık 50-60 yaşları arasında görülür. İskemi genellikle vasküler tromboemboliye bağlı olmakla beraber, bası, adezyon, volvulus, herni, invajinasyon, vaskülit gibi nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir (8,14,50,51,59).

Son yıllarda tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen akut intestinal iskemide mortalite oranları hala %50-70 oranlarında devam etmektedir. Prognozun kötü olması, sadece tanının geç konmasına bağlı olmayıp, yandaş hastalıklar ve barsak iskemisinin lokal ve sistemik etkilerinin mortalite oranlarını arttırmasından

kaynaklanmaktadır. Ayrıca akut intestinal iskemide peritoneal bulguların ancak bağırsakta iske mi ile doku ölümü sonrası gelişmiş olması, tanıda gecikmeye yol açmaktadır. Bağırsakların ise iskemiy e toleransları düşük olduğundan erken tanı ve acil tedavi onların hayatta kalmaları için çok önemlidir (51,59).

2.5.5. Akut Pankreatit

Akut pankreatit, pankreasın akut enflamasyonudur. Hastalık hafif ödematöz pankreatitten ağır bir klinikle seyreden şiddetli (yada nekrotizan) pankreatite kadar farklı şekillerde seyreder. Şiddetli pankreatitte mortalitesi yüksek lokal veya sistemik komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (60).

Olguların %70-80 kadarında etiolojik ajan olarak safra taşları ve alkol karşımıza çıkar (30,60). Etiolojide bunların yanı sıra travma, duktal tıkanıklıklar, enfeksiyon, ilaçlar, metabolik bozukluklar, ilaçlar sayılabilir (60).

Akut pankreatit, klinik olarak sırta vuran epigastrik ağrı, bulantı, kusma ile kendini gösterir (50). Ağrı kuşak tarzında bele doğru yayılır. Hastalar öne doğru eğilerek ağrıyı azaltmaya çalışırlar (8).

2.5.6. Gastrointestinal Perforasyon

Bağırsak perforasyonu olan olgularda genellikle belirgin peritonit bulguları mevcuttur, ancak immün sistemi baskılanmış yada steroid tedavisi altındaki hastalarda semptomlar maskelenebilmektedir. Spontane barsak perforasyonu genellikle altta yatan barsak duvar bütünlüğünü bozucu bir patolojiye ikincil gelişir. Perforasyon çoğunlukla, peptik ülser hastalığı, ciddi barsak inflamasyonu, infarkt, divertikülit, travma ve obstrüksiyonların komplikasyonları olarak ortaya çıkmaktadır (50).

Peptik ülser perforasyonu, akut karın nedenleri arasında en sık rastlanan sebeplerdendir. En tipik bulguları, hastanın epigastrik bölgesinde bıçak saplanır gibi bir ağrı hissetmesi ve ağrının latent döneminden sonra zirveye ulaşır şiddetle seyretmesi, batında rijidite olmasıdır (8).

Yenidoğan döneminde de nekrotizan enterokolit, mekonyum ileusu, volvulus, intestinal atreziler, Hirschsprung hastalığına bağlı perforasyonlar görülebilir (5).

2.5.7. Abdominal Aort Anevrizma Ruptürü

Akut karın tablosu ile acile başvuran hastalarda bulunan en ölümcül hastalık abdominal aort anevrizması (AAA) ruptürüdür. Anevrizma damar çapının normalin %50'sinden fazla genişlemesidir. 65 yaş üzerindeki popülasyonun %2-5'inde AAA vardır (50,57,61).

Yaşlanan nüfus ile birlikte aterosklerozun neden olduğu AAA prevalansı son otuz yılda önemli derecede artmıştır. Bütün gelişmelere rağmen ne yazık ki AAA ruptürlerinde mortalite %50 civarındadır. Ruptür gelişen hastalar, hızlı şekilde değerlendirilip, acil operasyona alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada AAA ruptüründe ölümlerin daha ziyade başvurudan iki saat sonra olduğu saptanmıştır (57,62).

AAA ruptüründe, karın orta bölgesinde veya böğürde ani başlayan ağrı, şok ve batında pulse eden kitle söz konusudur. Ağrı kasıklara ve uyluğa yansır ve pozisyonla değişmez (62).

2.5.8. Fıtık (Herni)

Popülasyonun %5'inde fıtık vardır. Bunların % 83'ü inguinal, %6'sı femoral, %5'i insizyonel, % 4'ü umblikal, %1'i epigastrik ve %1'i diğer tip fıtıklardır. İnguinal fıtıklar erkeklerde kadınlara oranla 9 kez daha fazla görülürken, femoral fıtıklar kadınlarda erkeklere göre üç kat daha sık görülür (14,30).

Hernilerin inkarserasyon ve strangülasyon olmak üzere iki önemli komplikasyonu vardır. Strangüle fıtıklar acil cerrahi girişim gerektirebilir ve abdominal fıtıkların cerrahisi ile ilgili ölümlerin çoğundan sorumludur. İnsidansı 100.000'de 5 ile 15 arasında değişir. Etkilenen hastaların ortalama yaşı 65'e yakındır(14).

2.5.9. Ektopik Gebelik

Fertilize ovumun, normal yerleşim bölgesi olan uterus kavitesi içinden başka bir anatomik bölgeye yerleşmesidir. Görülme sıklığı yaklaşık 200 gebelikte 1 dir. Ancak daha önce pelvik inflamatuvar hastalık geçirmiş olanlarda, tubal gebelik yaşayanlarda, halen intrauterin aracı bulunanlarda ve daha önce tubal cerrahi girişim geçirenlerde bu oran 20-100 kat artabilir. Olguların %40'ı 20-29 yaş grubundadır (14,39). Rüptüre ektopik gebelik klinik tablosunda, akut karın, hemorajik şok bulguları ve pozitif gebelik testi vardır (39).

2.5.10. Over Kist Rüptürü

Overin benign ve malign kistik lezyonlarının rüptürü ile ortaya çıkarlar. Genellikle genç hasta grubunda görülür (14).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, acil servise “karın ağrısı” ile başvuran hastalara, tanı alana kadar kendilerinin ve ailelerinin uyguladıkları girişimler ve bu girişimlerin tanılarına olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi Acil Servisi’ne karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, 20.12.2006/ 20.02.2007 tarihleri arasında Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi Acil Servisi’ne karın ağrısı şikayeti ile başvuran 186 hastadan oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise; çalışmanın sınırlılıkları dahilinde, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında hastaneye karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve çalışmayı kabul eden basit rasgele yöntemle seçilmiş 100 hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya, Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran, bilinci açık, sözlü iletişim kurabilen, çalışmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek-I) ve Hasta Bilgi Formu (Ek-II) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara, veri toplama

sonrasında uzman görüşlerden yararlanılarak oluşturulmuş “Karın Ağrıları” adlı kitapçık (Ek-III, Ek-IV) ile eğitim verilmiştir.

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması:

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek-I): Hastalara verilecek olan Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu; hastalara yapılacak olan uygulamayı açıklayan ve hastaların bu konuda izin verip vermediklerini içeren, hastaların imzalarının bulunacağı bir formdan oluşmaktadır. Bu çalışmanın etik açıdan uygun olması için hiçbir hasta, onay formunu okuyup imzalamadan araştırmaya alınmamıştır.

Hasta Bilgi Formu (Ek-II): Hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulan Hasta Bilgi Formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerinin bulunduğu “Kişisel Bilgiler”, ağrı özelliklerinin yer aldığı “Ağrıya İlişkin Bilgiler”, hastaneye başvurmadan önce yapılan uygulamaların ve acil serviste yapılan tedavi basamaklarının belirlendiği “Uygulamalar” ve tanı sonrasında hastanın takip sürecini içeren “Prognoz” bölümlerinden oluşmaktadır.

3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması:

Veriler araştırmacı tarafından hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmacı öncelikle hastaya, araştırma hakkında bilgi verdikten sonra çalışmaya katılmak isterse “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu”nu imzalatmıştır. Araştırmacı tarafından; hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda “Hasta Bilgi Formu” uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile birlikte, SPSS 13.0 Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, ağrı özellikleri, yaptıkları uygulamalar ve prognozları ile karşılaştırılmasında yüzdeler ve khi-kare (Chi-square) analiz tekniğinden yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo:I. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı(N:100)

| Hastaları Tanıtıcı Nitelikler | N | % |
|-------------------------------|-----|-------|
| YAŞ GRUPLARI | | |
| 0-19 | 31 | 31.0 |
| 20-39 | 28 | 28.0 |
| 40-59 | 21 | 21.0 |
| 60 ve üstü | 20 | 20.0 |
| Toplam | 100 | 100.0 |
| CİNSİYET | | |
| Kadın | 54 | 54,0 |
| Erkek | 46 | 46,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AİLE | | |
| Çekirdek | 92 | 92,0 |
| Geniş | 5 | 5,0 |
| Yalnız | 3 | 3,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| EĞİTİM DURUMU | | |
| Okur-yazar değil | 12 | 12,0 |
| Okur-yazar | 15 | 15,0 |
| İlkokul | 27 | 27,0 |
| Ortaöğretim | 24 | 24,0 |
| Lise ve üzeri | 22 | 22,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| GELİR DÜZEYİ | | |
| 0-499YTL | 35 | 35,0 |
| 500-999YTL | 56 | 56,0 |
| 1000YTL ve üzeri | 9 | 9,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| SAĞLIK GÜVENCESİ | | |
| Emekli Sandığı | 17 | 17,0 |
| SSK | 66 | 66,0 |
| Yeşil kart | 12 | 12,0 |
| Ücretli | 5 | 5,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| OTURDUKLARI YER | | |
| İl | 80 | 80,0 |
| İlçe | 4 | 4,0 |
| Köy | 16 | 16,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |

Tablo I' de çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre katılan hastaların %31'i 0-19 yaş grubunda, %28'i 20-39 yaş grubunda, %21'i 40-59 yaş grubunda, %20'si ise 60 ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların %54'ü kadın, %46'sı erkektir. Hastaların %92'si çekirdek

aileye mensupken, %5'i geniş aileye mensup, %3'ü de yalnız yaşamaktadır. Ayrıca hastaların %22'si lise ve üzeri eğitim almışken, %24'ü ortaöğretim, %27'si ilkokul, %15'i okur-yazar ve %12'si ise okur-yazar değildir. Yine hastaların %35'i 0-499YTL arası, %56'sı 500-999YTL arası ve %9'u da 1000YTL ve üzeri aylık gelir düzeyine sahiptir. Hastaların %17'si emekli sandığına bağlı, %66'sı SSK'lı, %12'si yeşil kartlı ve %5'i de ücretli olup bunların %80'i il merkezinde, %4'ü ilçede, %16'sı ise köyde oturmaktadır.

Tablo:II. Hastaların Ağrılarını Tanıtıcı İfadelerin Dağılımı

| Ağrıyı Tanıtıcı Nitelikler | N | % |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| AĞRI YERİ | | |
| Sağ üst kadran | 7 | 7,0 |
| Sol üst kadran | 4 | 4,0 |
| Sağ alt kadran | 38 | 38,0 |
| Sol alt kadran | 4 | 4,0 |
| Merkezi (Umblikus ve çevresi) | 47 | 47,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AĞRI ŞİDDETİ | | |
| Hafif | 6 | 6,0 |
| Orta şiddette | 22 | 22,0 |
| Çok şiddetli | 72 | 72,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AĞRI KARAKTERİ | | |
| Yırtılma | 7 | 7,0 |
| Keskin | 19 | 19,0 |
| Yakıcı-sızlayıcı | 22 | 22,0 |
| Kolik | 12 | 12,0 |
| Devamlı,giderek artan | 28 | 28,0 |
| Künt | 12 | 12,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AĞRI KRONOLOJİSİ | | |
| Ani başlangıçlı,giderek artan | 64 | 64,0 |
| Sürekli aynı şiddette, sabit | 24 | 24,0 |
| Aralıklarla gelen | 12 | 12,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AĞRI ŞEKLİ | | |
| Yaygın | 7 | 7,0 |
| Lokalize | 36 | 36,0 |
| Yansıyor | 8 | 8,0 |
| Yayıyor | 49 | 49,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AĞRI SÜRESİ | | |
| 0-2 saat | 36 | 36,0 |
| 3-5 saat | 32 | 32,0 |
| 6saat ve üzeri | 32 | 32,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |

Tablo II' de çalışmaya katılan hastaların ağrılarını tanıttıcı ifadelerin dağılımı verilmiştir. Buna göre; hastaların%7'si ağrı yerini sağ üst kadran, %4'ü sol üst kadran, %38'i sağ alt kadran, %4'ü sol alt kadran, %47'si umblikus ve çevresi olarak göstermişlerdir. Hastaların %6'sı ağrılarını hafif şiddette olarak tariflerken, %22'si orta şiddette, %72'si ise çok şiddetli olarak tarif etmişlerdir. Hastaların %7'si ağrı karakterini yırtılma şeklinde, %19'u keskin, %22'si yakıcı-sızlayıcı, %12'si kolik, %28'i devamlı-giderek artan, %12'si ise künt olarak belirtmişlerdir. Hastaların %64'ü ağrılarının ani başlayıp-giderek arttığını, %24'ü sürekli aynı şiddette, sabit olduğunu, %12'si ise aralıklarla gelen bir ağrıya sahip olduklarını belirtirken; ağrı şekillerini %7'si yaygın, %36'sı lokalize, %8'i yansıyan, %49'u ise yayılan olarak belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %36'sı ağrı sürelerinin başvuru anında 0-2 saat, %32'si 3-5 saat, %32'si ise 6 saat ve üzeri olarak söylemişlerdir.

Tablo: III. Hastaların Ağrılarını Arttıran veya Azaltan Etmenler

| Ağrıyı Arttıran veya Azaltan Etmenler | N | % |
|----------------------------------------------|------------|--------------|
| YEMEK YEMEK | | |
| Artırıyor | 50 | 50,0 |
| Azaltıyor | 3 | 3,0 |
| Etkilemiyor | 47 | 47,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| AYAKTA DURMAK | | |
| Artırıyor | 75 | 75,0 |
| Azaltıyor | 4 | 4,0 |
| Etkilemiyor | 21 | 21,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| SICAK-SOĞUK UYGULAMAK | | |
| Artırıyor | 17 | 17,0 |
| Azaltıyor | 15 | 15,0 |
| Etkilemiyor | 68 | 68,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| ÖKSÜRÜK | | |
| Artırıyor | 53 | 53,0 |
| Etkilemiyor | 47 | 47,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |

Tablo III' de çalışmaya katılan hastaların ağrılarını arttıran veya azaltan etmenler verilmiştir. Buna göre hastaların %50'si yemek yemenin karın ağrılarını arttırdığını, %3'ü azalttığını, %47'si ise etkilemediğini belirtmiştir. Hastaların %75'inin ayakta durmak; ağrılarını arttırırken, %4'ü azalttığını, %21'i ise etkilemediğini söylemişlerdir. Ayrıca hastaların %17'si sıcak-soğuk uygulamaların ağrılarını arttırdığını, %15'i azalttığını, %68'i ise etkilemediğini belirtmişlerdir. Öksürmek hastaların %53'ünün ağrılarını arttırırken, %47'sini etkilememektedir.

Tablo: IV. Hastaların Geçmişteki Karın Ağrısı Deneyimlerindeki Davranışları

| Geçmişteki Karın Ağrısı Deneyimlerindeki Davranışları | N | % |
|--------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| UYGULAMALAR | | |
| Geleneksel Uygulama | 14 | 14,0 |
| İlaç | 29 | 29,0 |
| Hastaneye başvurmuş | 15 | 15,0 |
| Hiçbir şey | 42 | 42,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |
| EVDE İLAÇ KULLANIMI | | |
| Analjezik | 14 | 14,0 |
| Antibiyotik | 3 | 3,0 |
| Antiasit | 12 | 12,0 |
| Birden fazla ilaç kullanmış | 5 | 5,0 |
| Kullanmamış | 66 | 66,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |

Tablo IV' de çalışmaya katılan hastaların geçmişteki karın ağrısı deneyimlerindeki davranışları ve ilaç kullanma durumları verilmiştir. Buna göre; hastaların %14'ü geleneksel uygulamalar yaparken, %29'u ilaç almış, %15'i hastaneye başvurmuş ve %42'si hiçbir şey yapmadan beklemiştir. Ayrıca hastaların %14'ü karın ağrılarında analjezik, %3'ü antibiyotik, %12'si antiasit, %5'i birden fazla ilaç kullandığını, %66'sı ise ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo:V.Hastaların Şimdiki Karın Ağrılarında Hastaneye Gelmeden Önceki Davranışları

| Şimdiki Karın Ağrılarında Hastaneye Gelmeden Önceki Davranışları | N | % |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| UYGULAMALAR | | |
| Geleneksel Uygulamalar | | |
| * Sıcak Uygulama | 11 | 11.0 |
| * Soğuk Uygulama | 3 | 3.0 |
| * Bitkisel Çaylar İçirme | 10 | 10.0 |
| * Birden Fazla Uygulama | 14 | 14.0 |
| İlaç alımı | 29 | 29.0 |
| Hastaneye başvurma | 33 | 33.0 |
| Toplam | 100 | 100.0 |
| ÖNCEKİ SAĞLIK KURULUŞUNDA YAPILANLAR | | |
| Gitmemiş | 69 | 66.0 |
| Ağrı kesici | 11 | 11.0 |
| Acil sevk | 10 | 10.0 |
| Polikliniğe yönlendirme | 5 | 5.0 |
| Gözlem,taburcu | 5 | 5.0 |
| Toplam | 100 | 100.0 |
| HASTANEYE GEÇ GELME NEDENLERİ | | |
| Uzaklık | 11 | 11.0 |
| Geçer diye bekleme | 52 | 52.0 |
| Sevkte gecikme | 6 | 6.0 |
| Hemen gelmiş | 31 | 31.0 |
| Toplam | 100 | 100.0 |

Tablo V' de çalışmaya katılan hastaların şimdiki karın ağrılarında hastaneye gelmeden önceki davranışları verilmiştir. Buna göre; hastaneye gelmeden önce hastaların %11'i sıcak uygulama, %3'ü soğuk uygulama, %10'u bitkisel çaylar içirme, %14'ü ise birden fazla uygulamayı içeren geleneksel uygulamalara başvururken, %29'u ilaç kullanmış, %33'ü ise hiçbir şey yapmadan hastaneye başvurmuştur. Hastaların hastaneye gelmeden önce başka bir sağlık kuruluşunda %11'ine ağrı kesici yapıp gönderildiği, %10'unun hastaneye, acil sevk edildiği, %5'inin polikliniğe yönlendirildiği, %5'inin gözlem yapıp taburcu edildiği saptanırken, hastaların %69'unun başka bir sağlık kuruluşuna gitmediği ortaya konmuştur. Hastaların hastaneye başvurularında %31'inin hemen geldiği, gecikenlerin ise %11'inin uzaklık, %6'sının sevkte gecikme, %52'sinin ise geçer diye beklenmeleri nedenleriyle geç geldikleri saptanmıştır.

Tablo: VI. Hastaların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| TANI | YAŞ GRUPLARI | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------|------|-------|------|-------|------|---------|------|--------|-------|
| | 0-19 | | 20-39 | | 40-59 | | 60 ve ↑ | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Apendisit | 23 | 48.0 | 14 | 29.0 | 7 | 15.0 | 4 | 8.0 | 48 | 48.0 |
| Kolesistit | 0 | 0.0 | 1 | 10.0 | 2 | 20.0 | 7 | 70.0 | 10 | 10.0 |
| Gastrit-Ülser-Mide Perf. | 1 | 8.0 | 5 | 38.0 | 6 | 46.0 | 1 | 8.0 | 13 | 13.0 |
| Jinekolojik | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 | 5.0 |
| Renal | 1 | 20.0 | 2 | 40.0 | 2 | 40.0 | 0 | 0.0 | 5 | 5.0 |
| Akut Batın | 3 | 37.5 | 2 | 25.0 | 1 | 12.5 | 2 | 25.0 | 8 | 8.0 |
| *Diğer | 1 | 9.0 | 1 | 9.0 | 3 | 27.0 | 6 | 54.0 | 11 | 11.0 |
| Toplam | 31 | 31.0 | 28 | 28.0 | 21 | 21.0 | 20 | 20.0 | 100 | 100.0 |

* “Diğer grubu; Colon Ca, pankreatit, ileus, strangüle herni, mezenter arter embolisi, perianal enf., tonsillit”

$\chi^2= 50.611$

SD= 21

p=0.000

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların aldıkları tanılarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo VI’ da verilmiştir. Buna göre; hastaların en çok aldıkları tanı %48 oranı ile apandisit olup, bu tanıyı alan hastaların büyük çoğunluğunun %48 oranında 0–19 yaş grubunda olduğu, en düşük düzeyde ise %8 oranı ile 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. 60 ve üzeri yaş grubunda ise en çok görülen tanı %70 ile kolesistit iken bunu %54’lük oran ile diğer grubundaki tanılarının izlediği ortaya konmuştur. 40–59 yaş grubunda en çok görülen tanının %46 oranında gastrit-ülser-mide perforasyonu olduğu bulunmuştur. Dağılım farkı, yapılan istatistiksel değerlendirme ile ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001^{***}$).

Tablo: VII. Hastaların Tanılarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

| TANI | CİNSİYET | | | | | |
|---------------------------------|----------|-------|-------|------|--------|-------|
| | Kadın | | Erkek | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Apandisit | 25 | 52.0 | 23 | 48.0 | 48 | 48.0 |
| Kolesistit | 8 | 80.0 | 2 | 20.0 | 10 | 10.0 |
| Gastrit-Ülser-Mide Perf. | 5 | 39.0 | 8 | 61.0 | 13 | 13.0 |
| Jinekolojik | 5 | 100.0 | 0 | 0.0 | 5 | 5.0 |
| Renal | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 5 | 5.0 |
| Akut Batın | 3 | 38.0 | 5 | 62.0 | 8 | 8.0 |
| *Diğer | 5 | 45.0 | 6 | 55.0 | 11 | 11.0 |
| Toplam | 54 | 54.0 | 46 | 46.0 | 100 | 100.0 |

* “Diğer grubu; Colon Ca, pankreatit, ileus, strangüle herni, mezenter arter embolisi, perianal enf., tonsillit ”

$\chi^2=10.703$

SD=7

p=0.152

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların aldıkları tanılarının cinsiyete göre dağılımı Tablo VII’ de verilmiştir. Tabloya göre; kadın hastaların en yüksek düzeyde aldığı tanılar % 100 oranında jinekolojik hastalıklardan sonra, %80 oranında kolesistit olduğu saptanmıştır. Erkek hastaların en yüksek düzeyde aldığı tanı %62 oranında akut batından sonra %61 oranında gastrit- ülser- mide perforasyonu gelmektedir. Hastaların cinsiyetlerine göre tanılarının dağılımı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo: VIII. Hastaların Ağrı Şiddeti İle Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması

| CİNSİYET | AĞRI ŞİDDETİ | | | | | | | |
|---------------|--------------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|-------|
| | Hafif | | Orta Şiddetli | | Çok şiddetli | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kadın | 5 | 9.0 | 10 | 19.0 | 39 | 72.0 | 54 | 54.0 |
| Erkek | 1 | 2.0 | 12 | 26.0 | 33 | 72.0 | 46 | 46.0 |
| Toplam | 6 | 6.0 | 22 | 22.0 | 72 | 72.0 | 100 | 100.0 |

$\chi^2= 2.726$

SD= 2

p=0.278

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların ağrı şiddetleri ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması Tablo VIII’ de verilmiştir. Tabloya göre; kadın ve

erkek hastaların ağrı düzeylerinin çok şiddetli olduğu ve her iki grupta %72 oranında eşit olduğu saptanmıştır. Hastaların ağrı şiddetleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo:IX Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| YAŞ GRUBU | KARIN AĞRISINDAKİ DAVRANIŞLARI | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|------|------------|------|----------------|------|--------|-------|
| | *Geleneksel Uyg | | İlaç alımı | | Hastaneye Bşv. | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 0-19 | 14 | 45.2 | 6 | 19.3 | 11 | 35.5 | 31 | 31.0 |
| 20-39 | 5 | 18.0 | 12 | 43.0 | 11 | 39.0 | 28 | 28.0 |
| 40-59 | 6 | 28.5 | 9 | 43.0 | 6 | 28.5 | 21 | 21.0 |
| 60 ve↑ | 13 | 65.0 | 2 | 10.0 | 5 | 25.0 | 20 | 20.0 |
| Toplam | 38 | 38.0 | 29 | 29.0 | 33 | 33.0 | 100 | 100.0 |

* “Geleneksel uygulamalar: sıcak uygulama, soğuk uygulama, bitkisel çaylar içirme”

$\chi^2= 15.371$

SD= 6

$p=0.018$

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo IX’ da verilmiştir. Tabloya göre; %65 ile en yüksek düzeyde geleneksel uygulama yapan ve %25 ile en düşük düzeyde hastaneye başvuran grubun 60 yaş ve üstündeki hastaların olduğu belirlenmiştir. Karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuranların %39’unu 20–39 yaş grubu ve %35.5’ini 0–19 yaş grubu oluşturmaktadır. %18 oranı ile en düşük düzeyde geleneksel uygulamalara başvuranlar 20–39 yaş grubudur. Karın ağrısında %43 oranı ile ilaç kullananların 20–39 yaş ve 40-59 yaş gruplarında oldukları tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların karın ağrısındaki davranışlarının yaş grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo:X.Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışları İle Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması

| CİNSİYET | KARIN AĞRISINDAKİ DAVRANIŞLARI | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|------|------------|------|----------------|------|--------|-------|
| | Geleneksel Uyg. | | İlaç alımı | | Hastaneye Bşv. | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kadın | 16 | 30.0 | 15 | 28.0 | 23 | 42.0 | 54 | 54.0 |
| Erkek | 22 | 48.0 | 14 | 30.0 | 10 | 22.0 | 46 | 46.0 |
| Toplam | 38 | 38.0 | 29 | 29.0 | 33 | 33.0 | 100 | 100.0 |

* "Geleneksel uygulamalar: sıcak uygulama, soğuk uygulama, bitkisel çaylar içirme"

$\chi^2= 5.498$

SD=2

p=0.064

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo X' da verilmiştir. Tabloya göre; geleneksel uygulamalara en yüksek düzeyde başvuran grubun %48 oranı ile erkek hastalar olduğu saptanmışken, en çok hastaneye başvuran grubun %42 oranı ile kadın hastalar olduğu ortaya konmuştur. Karın ağrılarında en fazla ilaç kullanımı %30 oranında erkek hastalarda görülmüştür. En düşük düzeyde hastaneye başvuran grubun %22 oranı ile yine erkek hastalar olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların karın ağrısındaki davranışları ile cinsiyetleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo:XI.Hastaların Hastaneye Geliş Süresi ile Komplikasyon İlişkisi

| KOMPLİKASYON | HASTANEYE GELİŞ SÜRESİ | | | | | | | |
|---------------|------------------------|------|---------|------|----------------|------|--------|-------|
| | 0-2saat | | 3-5saat | | 6saat ve üzeri | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Var | 2 | 12.0 | 6 | 35.0 | 9 | 53.0 | 17 | 17.0 |
| Yok | 34 | 41.0 | 26 | 31.0 | 23 | 28.0 | 83 | 83.0 |
| Toplam | 36 | 36.0 | 32 | 32.0 | 32 | 32.0 | 100 | 100.0 |

$\chi^2= 6.218$

SD= 2

p=0.045

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların hastaneye geliş süreleri ile tanı aldıktan sonra komplikasyon gelişip gelişmemesi arasındaki ilişki Tablo XI' da verilmiştir. Buna göre; en yüksek düzeyde komplikasyon gelişen grubun %53 oranı

ile 6 saat ve üzeri sürede hastaneye başvuran grup olduğu saptanırken, komplikasyon gelişiminin en az olduğu grubu ise %41 oranı ile 0–2 saat arasında hastaneye başvuranlar oluşturmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların hastaneye geliş süresi ile komplikasyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo:XII.Hastaların Hastaneye Geliş Süresi ile Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması

| EĞİTİM DURUMU | HASTANEYE GELİŞ SÜRESİ | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|------|---------|------|-----------------|------|--------|-------|
| | 0-2saat | | 3-5saat | | 6 saat ve üzeri | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Okur yazar değil | 5 | 42.0 | 3 | 25.0 | 4 | 33.0 | 12 | 12.0 |
| Okur yazar | 2 | 13.0 | 3 | 20.0 | 10 | 67.0 | 15 | 15.0 |
| İlkokul | 7 | 26.0 | 8 | 30.0 | 12 | 44.0 | 27 | 27.0 |
| Ortaöğretim | 5 | 21.0 | 13 | 54.0 | 6 | 25.0 | 24 | 24.0 |
| Lise ve ↑ | 17 | 77.0 | 5 | 23.0 | 0 | 0.0 | 22 | 22.0 |
| Toplam | 36 | 36.0 | 32 | 32.0 | 32 | 32.0 | 100 | 100.0 |

$\chi^2=34.489$

SD=8

$p=0.000$

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların hastaneye geliş süresi ile eğitim durumlarının karşılaştırılması Tablo XII' de verilmiştir. Tabloya göre; hastaneye geliş süresi 0-2 saat olan grupta en yüksek düzeyi %77 oranı ile lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların oluşturduğu saptanmıştır. Hastaneye geliş süreleri 6 saat ve üzeri olan grupta ise %67 oranı ile en fazla okur- yazar olanlar oluşturmuştur. Hastaların hastaneye geliş süresi ile eğitim durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildiğinde ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001^{***}$).

Tablo: XIII. Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışları İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

| EĞİTİM DURUMU | KARIN AĞRISINDAKİ DAVRANIŞLARI | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------------|-------------|------------|-------------|----------------|-------------|------------|--------------|
| | *Geleneksel Uyg | | İlaç alımı | | Hastaneye Bşv. | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Okuryazar değil | 5 | 42.0 | 5 | 42.0 | 2 | 16.0 | 12 | 12.0 |
| Okur yazar | 10 | 67.0 | 5 | 33.0 | 0 | 0.0 | 15 | 15.0 |
| İlkokul | 17 | 63.0 | 6 | 22.0 | 4 | 15.0 | 27 | 27.0 |
| Ortaöğretim | 6 | 25.0 | 9 | 37.5 | 9 | 37.5 | 24 | 24.0 |
| Lise ve ↑ | 0 | 0.0 | 4 | 18.0 | 18 | 82.0 | 22 | 22.0 |
| Toplam | 38 | 38.0 | 29 | 29.0 | 33 | 33.0 | 100 | 100.0 |

* "Geleneksel uygulamalar: sıcak uygulama, soğuk uygulama, bitkisel çaylar içirme"

$\chi^2=50.995$

SD=8

p=0.000

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması Tablo XIII' de verilmiştir. Tabloya göre; karın ağrılarında geleneksel uygulamalara başvuran grupta en yüksek düzeyi %67 oranı ile okur yazar olanlar oluştururken, hastaneye başvuranları en çok %82 oranı ile lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olan grup oluşturmuştur. Karın ağrılarında en yüksek düzeyde ilaç kullanımının %42 oranı ile okur yazar olmayan grupta görüldüğü saptanmıştır. Hastaların karın ağrısındaki davranışları ile eğitim durumu arasındaki ilişki istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001^{***}$).

Tablo: XIV. Hastaların Karın Ağrısındaki Davranışları ile Komplikasyon İlişkisi

| KOMPLİKASYON | KARIN AĞRISINDAKİ DAVRANIŞLARI | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|-------------|------------|-------------|----------------|-------------|------------|--------------|
| | *Geleneksel Uyg | | İlaç alımı | | Hastaneye Bşv. | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| YOK | 27 | 32.5 | 24 | 29.0 | 32 | 38.5 | 83 | 83.0 |
| VAR | 11 | 65.0 | 5 | 29.0 | 1 | 6.0 | 17 | 17.0 |
| Toplam | 38 | 38.0 | 29 | 29.0 | 33 | 33.0 | 100 | 100.0 |

* "Geleneksel uygulamalar: sıcak uygulama, soğuk uygulama, bitkisel çaylar içirme"

$\chi^2= 11.366$

SD= 4

p=0.022

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışları ile tanı aldıktan sonra komplikasyon gelişip gelişmediği arasındaki ilişki Tablo XIV’ de verilmiştir. Tabloya göre; en yüksek düzeyde komplikasyon gelişen grubun, %65 oranı ile geleneksel uygulamalara başvuran grup olduğu saptanmıştır. Komplikasyon gelişmeyen grubu ise %38,5 oranı ile hastaneye başvuranlar oluşturmuştur. Karın ağrısında ilaç alan grupta komplikasyon gelişen ve gelişmeyenlerin oranı %29 olarak eşit düzeyde bulunmuştur. Hastaların karın ağrısındaki davranışları ile komplikasyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo:XV. Hastaların Hastaneye Geliş Süresinin Yaş Gruplarına göre Dağılımı

| YAŞ GRUPLARI | HASTANEYE GELİŞ SÜRESİ | | | | | | | |
|---------------|------------------------|------|---------|------|-----------------|------|--------|-------|
| | 0-2saat | | 3-5saat | | 6 saat ve üzeri | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 0-19 | 16 | 52.0 | 10 | 32.0 | 5 | 16.0 | 31 | 31.0 |
| 20-39 | 6 | 21.0 | 10 | 36.0 | 12 | 43.0 | 28 | 28.0 |
| 40-59 | 5 | 24.0 | 9 | 43.0 | 7 | 33.0 | 21 | 21.0 |
| 60 ve↑ | 9 | 45.0 | 3 | 15.0 | 8 | 33.0 | 20 | 20.0 |
| Toplam | 36 | 36.0 | 32 | 32.0 | 32 | 32.0 | 100 | 100.0 |

$\chi^2= 11.652$

SD= 6

$p=0.070$

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların hastaneye geliş sürelerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo XV’ da verilmiştir. Tabloya göre; hastaneye ilk 0–2 saatte başvuranların en yüksek düzeyde %52 oranı ile 0–19 yaş grubundaki hastalar olduğu saptanmışken, 6 saat ve üzeri sürede başvuran grubun ise en çok %43 oranı ile 20–39 yaş grubundakiler olduğu saptanmıştır. Hastaların hastaneye geliş süresinin yaş gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA VE SONUÇLAR

5.1. Tartışma ve Sonuçlar

Çalışmamızda; acil servise “karın ağrısı” ile başvuran hastalara, tanı alana kadar kendilerinin ve ailelerinin uyguladıkları girişimler ve bu girişimlerin tanılarına olan etkileri değerlendirilmiştir.

Hastaların geçmişteki karın ağrısı deneyimlerindeki davranışları incelendiğinde, %14’ünün geleneksel uygulamalara başvururken, %29’unun ilaç kullandığı ve bu grupta en çok kullanılan ilacın da %14 oranıyla analjezikler olduğu ortaya konmuştur (Tablo IV). Özkan ve arkadaşlarının yaptıkları “Bir Üniversite Hastanesi’ne başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutum ve İlaç Kullanma Alışkanlıkları” konulu çalışmada bireylerin hasta olduklarında %11.4’ünün evdeki ilaçları kullandığı, yine Ankara’da sağlık ocaklarına başvuran bireylerde yapılan bir araştırmada hastaların %65.5’inin rahatsızlandıkları zaman evde ne ilaç varsa onu kullandığı tespit edilmiştir (34,63). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. “Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Sıklığı ve Baş Etme Yöntemleri” konulu araştırmada da; Türkiye’de ağrı yakınması ile karşı karşıya olanların % 73’ünün ağrı kesici kullandığı, ağrı kesici kullananların ise ancak %58.4’ünün hekim önerisiyle kullandıkları tespit edilmiştir (64). Kişiler, hasta olduklarında, daha önceki deneyimlerinden hareketle; ellerinde mevcut ilaçlardan herhangi birini kullanabilmekte, yakınlarının tavsiyesi ile ilaç alabilmekte ya da eczaneden aldıkları ilaçları kullanabilmektedirler. Karın ağrılarında ise ağrının analjeziklerle kesilmesi, tablonun karışarak tanının gecikmesi ya da konamamasına neden olabileceğinden, neden saptanıncaya kadar analjezik kullanılmaması gerekmektedir (12).

Hastaların tanılarının yaş gruplarına göre dağılımı, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$)(Tablo VI). Bulgularımıza göre hastaların en fazla aldığı tanı apandisit olup, bu tanıyı alan hastaların büyük çoğunluğunu 0-19 yaş grubu hastalar oluşturmaktadır. Literatürlerde karın ağrısı şikayeti ile acil servislere gelen hastaların NSKA’dan sonra en fazla aldıkları tanı %28 ile apandisittir. Kırıštoğlu’nun çalışması da apandisit vakalarının daha çok çocukluk yaş grubunda ortaya çıktığını belirterek çalışmamızı desteklemektedir (49). Ersoy ve arkadaşları ve Taşar, çalışmalarında çocuklarda karın ağrısının nedenlerinin öncelikle cerrahi dışı

nedenlerle olabileceğini belirtmişler ve en fazla aldıkları tanının ise akut gastroenterit olduğunu ortaya koymuşlardır (32,43). Tekgündüz ve arkadaşları akut karın ağrısı ile hastaneye getirilen çocukların %30-40'ına cerrahi girişim gerekebileceğini ve acil cerrahi nedeninin ise en sık akut apandisit olduğunu belirtmişlerdir (17). Çalışmamızda, 60 ve üzeri yaş grubunda ise en çok görülen tanı %70 ile kolesistit iken bunu %54 lük oran ile diğer grubundaki (Colon Ca, pankreatit, ileus, strangüle herni, mezenter arter embolisi) tanılarının izlediği ortaya konmuştur. Laurell'in çalışmasında ve Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da genç hastalarda akut karın ağrısının en sık nedeni apandisit iken, 50 yaş üzerindeki hastaların en sık nedeninin kolesistit olduğu ve bunu intestinal obstrüksiyonlar, apandisit, pankreatit, divertikülit ve üriner sistem hastalıklarının izlediği belirtilmiştir (29,66). Gürleyik ve arkadaşları da "Abdominal surgical emergency in the elderly" adlı çalışmalarında yaşlılardaki abdominal cerrahi acillerin en başında akut kolesistit olduğunu tespit etmişlerdir (41). Yine literatürde yaş ilerledikçe biliyer sistem hastalıkları başta olmak üzere, malignite, ileus gibi daha ciddi hastalıkların karın ağrısı nedeni olarak ortaya çıktığı belirtilmekte ve bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Hastaların tanılarının yaş gruplarına göre gösterdiği farklılıklar literatürle uyumlu olarak bulunmuştur (15,30,36,50,61,67).

Hastaların tanılarının cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde kadın hastaların en yüksek düzeyde aldığı tanı jinekolojik hastalıklardan sonra kolesistit olarak saptanmışken, erkek hastaların en yüksek düzeyde aldığı tanılar akut batından sonra, gastrit, ülser ve mide perforasyonlarıdır (Tablo VII). Literatürlerde de safra kesesi hastalıklarının kadın hastalarda daha fazla saptanması çalışmamızla paralellik göstermektedir. Hastaların cinsiyetlerine göre tanılarının dağılımı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı olmamasına rağmen, cinsiyetle hasta tanılarındaki ilişki literatürle uyumludur (14,30,39).

Çalışmamızda; kadın ve erkek hastaların ağrı düzeylerinin çok şiddetli olduğu ve bu değerlerin her iki grupta eşit olduğu saptanmıştır (Tablo VIII). Riley ve arkadaşlarının sağlıklı bireylerde yaptıkları psikofiziksel çalışmalarda, kadınlarda erkeklere göre ağrı eşiğinin daha düşük olduğu, ağrı şiddetinin daha yüksek olarak değerlendirildiği ve toleransın daha az olduğu gösterilmiştir (53). Ancak Şahin'in "Ağrı ve Cinsiyet" konulu çalışmasında, majör hastalık durumlarında ağrı

bildirimlerindeki cinsiyet farkının kaybolduğu ve genel olarak değerlendirildiğinde kadınların akut, intermittan ve kronik ağrıya karşı daha savunmasız olmalarına rağmen bireysel durumlarda değişikliğin görülebileceği bildirmiştir (68). Bu alışma bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Akut batın tablosunu oluşturan hastalıklarda çok şiddeti ağrılar söz konusu olabileceğinden, her iki cinste de eşit düzeyde, şiddetli ağrıların olması normal olarak değerlendirilmektedir (69).

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışlarının yaş gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo IX). Çalışmamızda; en yüksek düzeyde geleneksel uygulama yapan ve en düşük düzeyde hastaneye başvuran grubun 60 yaş ve üstündeki hastaların olduğu belirlenmiştir. Ersoy ve arkadaşları “Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım” adlı çalışmalarında, yaşlı hastaların ağrıyı tolere etme eşiklerinin daha yüksek olduğunu ve hastalarda diyabet, immün sistem depresyonu veya ilaç tedavisi mevcut ise akut karın bulgularının daha hafif olabileceğini belirtmişlerdir (43). Diğer yazarlar da yaşlılarda azalmış immün fonksiyonların ve sinir sistemindeki değişikliklerin, ağrının algılanmasını etkilediği, özellikle de doğru şekilde lokalize edilmesini engellediğini bildirmektedirler (11,29,40). Bu bulgular, bu gruptaki hastaların ağrı algılamalarının azalmasının yanı sıra, hastaların yalnız yaşıyor ve sağlık merkezine uzakta oturuyor olabileceklerinden dolayı, hastaneye daha geç başvurduklarını düşündürmektedir. Oysaki, yaş ilerledikçe karın ağrısına neden olabilecek sebeplerin de sayısı artmaktadır. Yaşlı hastaların en az 2/3’ ünde prognozlarını tehlikeye sokabilecek ek bir hastalık mevcut olduğundan ve beraberinde yaptıkları geleneksel uygulamalarla ağrı geçirmeye yatkın yaklaşımları nedeniyle bu hastalarda postoperatif komplikasyonlar fazla, hastanede kalış süresi daha uzun ve mortalite oranları daha yüksek olmaktadır (29,40). Bu nedenle bu hasta grubunun çok daha titizlikle takip edilmesi gerekmektedir. Yaşlıların hastalıkları ve sağlık davranışları konusunda bilinçlendirilmesinin, onların yaşam kalitesini ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini arttıracadı düşünölmektedir.

Hastaların karın ağrısındaki davranışları ile cinsiyetleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, anlamlı fark bulunmamış olmasına rağmen, karın ağrılarında hastaneye en çok başvuran grubun kadınlar olması, erkeklerin ise geleneksel

uygulamalara daha çok başvuruyor olmaları dikkate değer bir sonuç olarak görülmüştür (Tablo X). Von Korff ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada kadınların ağrı bildirimine ve sağlıkları ile ilgili yardım istemeye daha yatkın olduklarını bildirmişlerdir (70). Bu çalışma bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Kadın hastaların ağrı eşiklerinin daha düşük olmasından kaynaklı hastaneye daha çok başvurdukları düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda karın ağrılarında en fazla ilaç kullanımının %30 oranında yine erkek hastalarda olduğu görülmüştür. Isacson ve Berkley çalışmalarında, kadınların daha sık analjezik kullandıklarını ve bunun yanında farklı tedavi yaklaşımlarını denediklerini bildirmiştir (71,72). Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklememektedir. Bu farklılığın, çalışmaların farklı sosyo-kültürel değerlere sahip toplumlardaki bireylerde yapılmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların hastaneye geliş süreleri ile tanı aldıktan sonra komplikasyon gelişip gelişmediği arasındaki istatistiksel değerlendirmede anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo XI). Çalışmamızda, en yüksek düzeyde komplikasyon gelişen grubun 6 saat ve üzeri sürede hastaneye başvuran grup olduğu saptanmıştır. Hastaların geç gelme nedenleri incelendiğinde %52'sinin “geçer diye bekleme”, %11'inin ise uzaklık nedeniyle geç geldiği tespit edilmiştir (Tablo V). Sebebi ne olursa olsun akut karın şikayetleri olan hastaların acil servislere geç başvurması ve tanılarının gecikmesi, tedavi sürecinde birçok istenmeyen durumlar ortaya çıkarmaktadır. Bunların başında tedavi süresinin uzaması, ek komplikasyonların ortaya çıkması, buna bağlı olarak morbidite ve mortalite oranının artması gelmektedir (54,55). Akça ve arkadaşlarının “Travmatik Olmayan Cerrahi Akut Karın Olgularında Gecikmiş ve Yanlış Tanı: 191 Hastanın Değerlendirmesi” adlı çalışması geç gelmiş veya tanı koyulmasında gecikilmiş olan akut karın hastalarında morbidite ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğunu belirterek bizim çalışmamızı desteklemektedir (11). Bireylerin karın ağrılarının altında yatan sebepleri, yapılan yanlış uygulamalar ve gecikme sonucunda oluşabilecek komplikasyonlar konusunda bilinçlendirmenin hastaneye başvurma süresini kısaltacağı düşünülmektedir. Sağlık merkezine başvurmadaki gecikmelerden başka, hastaların başvurdukları merkezlerde de tanıda gecikmelerin yaşanması, sorunu tıbbi ve hukuki alanda ciddi boyutlara taşımaktadır (11). Bu nedenle sağlık

kuruluşlarında takiplerin titizlikle yapılması, 6-12 saatte tanı koyulamayan vakaların mutlaka hastaneye yatırılarak izlenmesi ve gerektiğinde doğru yönlendirmeler yapılması gerekmektedir.

Hastaların hastaneye geliş süresi ile eğitim durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildiğinde ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo XII). Çalışmamızda; hastaneye geliş süresi 0-2 saat olan grupta en yüksek düzeyi %77 oranı ile lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların oluşturduğu saptanmıştır. Bunun yanında karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışları ile eğitim durumu arasındaki ilişki istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo XIII). Sonuçlara göre; karın ağrılarında geleneksel uygulamalara başvuran grupta en yüksek düzeyde %67 oranı ile okur yazar olanlar oluştururken, hastaneye başvuranları en çok %82 oranı ile lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olan grup oluşturmuştur. Ayrıca karın ağrılarında en yüksek düzeyde ilaç kullanımının %42 oranı ile okur yazar olmayan grupta görüldüğü saptanmıştır. Akça ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada okur yazar olan veya ilköğretim seviyesinde eğitim alan grubun geç başvurularının daha yüksek olduğu ve geç gelmelerinin de; kendi kendilerini tedavi etmeye çalışmalarından, şikayetlerini önemsememeye kadar birçok sebebe bağlı olduğunu bildirmişlerdir (11). Özkan ve arkadaşlarının yaptıkları “Bir Üniversite Hastanesi’ne başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutum ve İlaç Kullanma Alışkanlıkları” konulu çalışmada da öğrenim durumu yükseldikçe doktora gitme tutumunun oranı artmakta, evdeki ilaçları kullanma oranının azalmakta olduğu bildirilmiştir (34). Bu çalışmalar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Yapılan bütün çalışmalarda eğitim eksikliğinin, bireylerin sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği ve sonucunda çok önemli komplikasyonlara yol açtığı belirtilmiştir. Bu nedenle sağlık konusunda halk eğitimi önem kazanmakta ve topluma örnek olabilecek hemşirelerin eğitici rolü de ön plana çıkmaktadır.

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların karın ağrısındaki davranışları ile tanı aldıktan sonra komplikasyon gelişip gelişmediği arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo XIV). Çalışmamızda; en yüksek düzeyde komplikasyon gelişenlerin %65 oranı ile geleneksel uygulamalara başvuran grup olduğu saptanmıştır. Karın ağrısında ilaç

alan grupta komplikasyon gelişen ve gelişmeyenlerin oranı %29 olarak eşit düzeyde bulunmuştur. Literatürlerde ağrının analjezikle giderilmesinin, klinik tabloyu değiştirerek ya da kapatarak tanı konmasını engellediği ve dolayısıyla hastaya zarar verdiği belirtilmektedir. Ersoy ve arkadaşlarının, Hülagü ve arkadaşlarının ve Emir'in yaptığı çalışmalar, analjeziklerin kesin tanı konulmadan asla kullanılmaması gerektiğini, kullanıldığında ise hastalığın klinik seyrini değiştirebileceğini göstermiştir (33,43). Ünal ise çalışmasında akut karın ağrısı ile gelenlerde dayanılmaz ağrısı olanların ağrılarının giderilmesinin tanıyı geciktirmediği tam tersine bu olgularda tanının daha kısa zamanda konulduğunu göstermiştir (12). Ayrıca, Akça ve arkadaşları ile Özkan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (5,11,34). Bireylerin hasta olduklarındaki tutumları, sağlığı algılamaları, sağlık bilgi düzeyleri, öğrenim durumları, sağlık kurumlarından beklentileri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bireylerin sağlık merkezine başvurularındaki gecikmeler, geleneksel yöntemlerle tedavi yoluna gitmeleri, kontrolsüz analjezik kullanımı ve bunun gibi birçok etkenin bir araya gelmesiyle hastaların tedavi edilmeleri için geçen süre uzamakta, tedavi süresince enfeksiyon, sepsis, yara iyileşmesinde gecikme, yara ayrılması gibi komplikasyonların sıklığı artmakta, uygulanan ek laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon, antibiyotik, destek tedavileri (total parenteral beslenme, kan ürünleri vb), drenler, pansumanlar nedeniyle tedavi maliyeti yükselmekte morbidite ve mortalite oranlarında artış görülmektedir. Ayrıca bunlara paralel olarak iş gücü kaybı da söz konusu olmaktadır.

Toplumunu oluşturan bireylerin, kendi sağlıkları konusunda bilinçlendirilmesi ve doğru davranışlar kazanmaları, hem olası birçok komplikasyonların önlenmesini sağlayarak sağlık bakımının kalitesini yükseltecek, hem de bireylerin etkin olduğu bir sağlık sistemi, sağlıklı toplumu beraberinde getirecektir. Sağlık eğitimindeki temel amaç ta; sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek ve halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmaktır. Bu sebeple sağlık ekibi üyelerinin, özellikle de hasta ile birebir ve diğerlerinden daha uzun süre ilişki kurabilen hemşirelerin, bireylere doğru bilgiler verebilmesi için öncelikle

kendilerinin karın ağrıları ve akut batın konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir. Bu amaçla sağlık personeline hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

Ayrıca bireylerin hastanelere geç başvurmaları ya da kendi kendilerine tedavi yoluna gitmelerinin sebeplerinden birinin de, sağlık sistemimizdeki aksaklıklar olduğu ortadadır. Yapılan çalışmalarda eğitim eksikliğinin yanı sıra sosyal güvencenin olmamasının da, kişilerin sağlık kuruluşuna başvurma oranını azalttığı ve kendi kendilerini tedavi etme yoluna başvurmayı tercih ettirdiğini göstermiştir (36). Bununla beraber, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kontrolsüz ilaç kullanımı çözümlenmesi gereken bir sorundur. Toplumun ilaç kullanma alışkanlıklarını belirleyecek geniş kapsamlı araştırmalar yapılarak eğitim programları hazırlanmalıdır.

İncelenen diğer yerli literatür verileri, ülkemizde sağlık eğitiminin oldukça yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. İnsanların sağlıklarının korunmasının, hastalıklarının tedavisinden ne derece kolay olacağı açıktır. Dolayısıyla toplumun sağlık konusunda eğitilmesi, sağlık sorunlarının azaltılmasında en etkin yol olacaktır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlıkları'nın eşgüdüm içerisinde bu sorun üzerine eğilmelerinin çok yararlı olacağı düşünülmüştür.

Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için, toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sağlık ve hastalık konusundaki algılamalarını çift yönlü iletişimle, yani toplumla birlikte saptamak ve eğitim programlarını bunlara dayandırarak geliştirmek ve uygulamak gerekir.

6. ÖNERİLER

- Bireylerin kendi kendilerini tedavi etmeye çalışmalarına yol açan, eğitim eksikliği ve bunun dışındaki nedenler üzerinde daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılmalı.
- İlk öğretim düzeyinde, trafik dersleri gibi sağlık dersleri verilmeli.
- Ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçebilmek ve hastaların sağlık kuruluşuna başvurmalarını hızlandırmak amacıyla, eğitim düzeyi yükselterek halk bilinçlendirilmeli.
- Bireylere, karın ağrılarının olası sebepleri, karın ağrılarında çok sık yapılan yanlış uygulamalar ve ne zaman hastaneye başvurmaları gerektiği konularını içeren eğitimler verilmeli.
- Sağlık kuruluşlarında da karın ağrıları ve akut batın konusunda bireylerin bilmeleri gereken bilgileri içeren eğitim kitapçığı verilmeli ve karın ağrılı hastalar titizlikle değerlendirilerek, doğru yönlendirilmeli.
- Hemşirelik bakımı kapsamında yer alan, hemşirelerin eğitici, öğretici, danışmanlık rolleri ile ilgili hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı.
- Öncelikle acil servislerde çalışan sağlık ekiplerine olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına karın ağrıları ve akut batın konulu hizmet içi eğitim programları verilmeli.
- Sağlık sistemimizdeki gerçek aksaklıkları ortaya koyabilecek araştırmalar yapılmalı.

7. KAYNAKLAR

1. Edirne S. Hamzaoglu O. Özkan Ö. Balta E. Domaç M.(2001) Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Prevelansı *Ağrı Dergisi* **13** s: 2,22-30
2. Ganong F. W.(2002) Ağrı Tıbbi Fizyoloji *Nobel Tıp Kitabevi* **3** s:132-140
3. Aydın O. N. (2002) Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bir Bakış *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **3(2)**: 37-48
4. Çavuşoğlu H.(Ed.) Guyton Hall (1996) Tıbbi Fizyoloji *Nobel Kitabevi* İstanbul
5. Emir H. (2001) Karın Ağrısı ve Akut Karın *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak. Pediatrik Aciller Sempozyumu* İstanbul
6. Badır A. Aslan E. F. (2005) Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları *Ağrı*, **17:2** s:44-51
7. Hamzaoglu İ. (2002) Akut Karına Yaklaşım *İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fak. İç Hastalıklarında Aciller Sempozyumu* İstanbul
8. Turan M. Şen M. Koyuncu A.Aydın C. Karadayı K.Canbay E. (2002) Yeni Gelişmeler Işığında Akut Karın *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **24(1)** s:45-52
9. B.Eroğlu S.Sönmez H. Bal Yılmaz (2002) Akut Batın Tanısıyla Opere Olmuş Çocukların Hastaneye Başvurma Sürelerinin ve Ailelerinin Evde İlk Uygulamalarının İncelenmesi *Hemşirelik Forumu Dergisi* **5(2)** s:48-51
10. Altın B. (1994) 0-6 Yaş Grubu Çocukların Gastrointestinal Sorunlarında Sağlık Kurumu Bulunan ve Bulunmayan İki Farklı Bölgede Ailenin Geleneksel Uygulamalarının Araştırılması *Yüksek Lisans Tezi* İstanbul
11. Akça T. Colak T. Kanık A. ve Ark. (2004) Travmatik Olmayan Cerrahi Akut Karın Olgularında Gecikmiş ve Yanlış Tanı: 191 Hastanın Değerlendirilmesi *MN Klinik Bilimler & Doktor* **10/6** s:638-641
12. [http:// www.gata.edu.tr/dahili bilimler/ic Hastalıkları/egitim/aihk/30.pdf](http://www.gata.edu.tr/dahili_bilimler/ic Hastalıkları/egitim/aihk/30.pdf)

13. Oertli D (2005) Acute Abdomen. *Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Universtatsspital Basel* Zürich
14. Sayek İ.(Ed.) Menteş A. (1991) Akut Karın *Temel Cerrahi* **2:107** s:1057-1066
15. Kalafat H. (1997) Akut Karın *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Acil Hekimlik Sempozyumu* s:221-231
16. Erdil F. Elbaş N. (2000) Akut Karın *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği* s: 510-512
17. Tekgündüz S. A. Şengül A. Biçer S. Aldemir H. Aydoğan G. (2005) Çocuk Acil Servisine Akut Karın Ağrısı Yakınması ile Getirilen Olguların Analizi *Bakırköy Tıp Dergisi* 1(2) s:52-56
18. Özvarış Ş. (2001) *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme* Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Ankara
19. Aybaş G. Yetkiner A. Tabak R. (2003) *Sağlık Eğitimi Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslek Lisesi Ders Kitabı* Songür Yayıncılık Ankara
20. Uğurlu A. G. (2003) Cerrahi Girişim Deneyimi Olan ve Olmayan Erişkin Bireylerin Geleneksel Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Karşılaştırılması, *Yüksek Lisans Tezi* İstanbul
21. Aslan E. F. (2003) Cerrahi Girişim Deneyimi Olan ve Olmayan Erişkin Bireylerin Geleneksel Ağrı Geçirme Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi* İstanbul
22. Güleç G. Güleç S. (2006) Ağrı ve Ağrı Davranışı *Ağrı Dergisi* **18(4)** s:5-11
23. Doksat. M. K. (1999) Ağrı ve Psikiyatri *Psikiyatri Dünyası* **1**;23-31
24. Phipps. Monahan. Sands. Marek. Neighbors. (2003) *Medical Surgical Nursing Health and Illness Perspectives Seventh Edition* Mosby; Inc **Chapter12** s:212- 235
25. Sertöz Ö. Noyan A. Mete H. E. (2006) Ağrının Psikososyal Yönü *Ağrı Dergisi* **18(1)**
26. Aslan E. F. (2002) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **6:1** s:8-14

27. Romant. R. P. Niedringhaus D. M. (2004) *Fundamental Nursing Care Pearson Education* New Jersey
28. Telatar H.(Editör) Kapıcıoğlu S.(1993) Karın Ağrısı ve Akut Karın. *Gastroenteroloji* **1** s:22-39
29. Durukan P. Çevik Y. Yıldız M. (2005) Acil Servise Karın Ağrısıyla Başvuran Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi *Turkish Journal of Geriatrics* **8(3)** 111-114
30. Koyuncu N. Soysal S. Öz Saraç M (2005) Acil Serviste Karın Ağrılı Hastaya Yaklaşım *Demet Sağlık Dergisi* **3(3)**19-26
31. Erzin Y. (2004) Akut Karına Klinik Yaklaşım *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyumu* **38** s:239-245
32. Taşar A. M. (2005) Çocuklarda Karın Ağrısı Nedenlerinin Değerlendirilmesi *Gülhane Tıp Dergisi* **47** s:199-203
33. Hülagü S. Gül S. Demirtürk L. KAŞ Y. (1994) Abdominal Ağrılı Hastaya Yaklaşım *Sendrom Dergisi* Mayıs s: 32-40
34. Özkan S. Özbay O. Aycan S. ve ark. (2005) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **4(5)** s: 223-236
35. Erkan T. Akut Karın Ağrısı *İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Pediatrik Aciller Sempozyumu* s:79-84 İstanbul
36. Güven H. Aydoğdu A. Levent E. Özyürek A. R. Parlar A. (2003) Akut karın tablosunda gelen akut romatizmal ateş vakası *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **46(2)** s:1-3
37. Mccollough M. Sharieff Q. G. (2006) Abdominal Pain in Children. *Pediatr Clin N Am* **53** s:107-137
38. Bavunoğlu I. ŞİRİN F. Akut Cerrahi Karını Taklit Eden Cerrahi Dışı Nedenler *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* **1(4)** s:30-36, 2005
39. Kapan S. E. Kapan M. (2005) Gebelik ve Akut Karın *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci.* **1(4)** s:84-89

40. Ağalar F. Özdoğan M. Dadhan Ç. E. Topaloğlu S. Sayek İ. (1999) Akut Karınla Başvuran Geriatrik Hastalarda Cerrahi Tedavi ve Sonuçları *Turkish Journal of Geriatrics* **2(1)** s:1-4
41. Gürleyik G. Gürleyik E. Unalmışer S. (2002) Abdominal surgical emergency in the elderly *Turkish Journal of Geriatrics* **13(1)** s:47-52
42. Brayn E. D. (2006) Abdominal Pain in Elderly Person *Society for Academic Emergency Medicine*
43. Ersoy G. Rodoplu Ü. Ayrık C. (2000) *Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım Sendrom Dergisi* Eylül s:102-109
44. Schwartz MZ.Bulas D. (1997) Acute Abdomen *Laboratory evaluation and imaging* **6** s:65-73
45. Korman U. Selçuk D. (2005) Akut Karında İleri Görüntüleme Yöntemleri *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* **1(4)** s:111-119
46. Çarkman S.(2005) Akut Karında Laparoskopi *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci.* **1(4)** s:67-72
47. Toktay R. Altaca G. Kılıç K. (1995) Akut Karın ve Abdominal Travmanın Tanı ve Tedavisinde Acil Laparoskopi *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi* **1(2)** s:166-168
48. Mössner J.(2002) Akutes Abdomen. *Chirurgische Gastroenterologie* **18** s:266-271
49. Kırıştioğlu İ.(2005) Çocuklarda Akut Batın *Güncel Pediatri Dergisi* **2** s:54-56
50. Selçuk D. Korkman U. (2005) Akut Karında İleri Görüntüleme Yöntemleri *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci.* **1(4)** s:111-120
51. Kurtoğlu M. Yanar H. (2005) Acute Mesenteric Ischemia *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* **1(4)** s:17-23
52. Kayaalp C. Yılmaz S. (1999) Sıklıkla Kullanılan Klinik ve Laboratuar Bulgularının Akut Apandisit ve Over Kist Rüptürünün Ayırıcı Tanısındaki Yeri *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* **6(4)** s:309-312
53. Riley J. L. Robinson M. E. Wise E. A. Myers C. D. (1998) Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta analysis *Pain* **74** s:181-187

54. Yılmaz G. H. Korkmaz Ö. Taçyıldız İ. Keleş C. (2006) Akut Apandisit Öntanısıyla Ameliyat Edilen Hastalarda Saptanan Jinekolojik Patolojiler Türk Cerrahi Derneği Ulusal Cerrahi Kongresi
55. Göçmen E. Bilgiç İ. Ertan T. ve ark. (2005) Gebelikte Akut Apandisit Tanısı *Selçuk Tıp Dergisi* **21** s:59-62
56. Katman Ü. Onur M. R. (2007) Nadir bir akut karın nedeni: Situs İnversus Totalis ve Akut Apandisit *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **14(2)** 137-139
57. Urgo RC. Singh A. (1998) Abdominal Pain In: Plantz SH, Adler JN eds. *NMS Emergency Medicine* Baltimore: Williams&Wilkins; pp:135-166
58. Aren A. (2005) Mekanik Kolon Obstrüksiyonları *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* **1(4)** s:24-29
59. Galeotti R. Parizi T. Vasquez G. Zamboni P. Manfredini R. (2006) Diffuse acute abdominal pain and palpation of the lower limb pulses: what kind of link? *Intern Emerg Med* **1(3)** s:216-218
60. Pekmezci S. Sarıbeyoğlu K. (2005) Akut Pankreatit *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* **1(4)** s:37-44
61. Şahin Ş. (2004) Gender and Pain *Ağrı Dergisi* **16(2)** s:17-25
62. Tüzün H. (2005) Abdominal Aorta Anevrizma Rüptürü *Türkiye Klinikleri j Surg Med Sci* **1(4)** s:102-104
63. Mollahalioglu S. Tezcan S. (2003) Ankara İli Merkez Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi 8. *Halk Sağlığı Kongre Kitabı* s:517-520
64. <http://www.recete.org/faaliyetler/projeler>
(2005) Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Sıklığı ve Baş Etme Yöntemleri
65. Seçkin Ü. Bodur H. Kutsal Y.G. (1998) Yaşlılarda İlaç Tüketimi. *Geriatric Dergisi* **1(1)** s:36-38
66. Laurell H. (2006) Acute Abdominal Pain; *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* s:174

67. Ulualp K. Hamzaoğlu İ. Balkan T. Şirin F. (2000) Seksen Yaşından Büyük Hastalardaki Abdominal Cerrahi Aciller *Ulusal Travma Dergisi* **6:1** s: 36-38
68. Delcore R. at all (2006) Acute Abdominal Pain: Assessment of Acute Abdominal Pain *ACS Surgery Online*
69. Edirne S. (2004) Ağrı Sendromları ve Tedavileri Ankara, 2004
70. Von Korff M. Dworkin S. F. Le Resche L. Kruger A. (1998) An epidemiologic comparison of pain complaints *Pain* **32** s:173-183
71. Giamberardino M. A. Berkley K. J. Lezzi S. De Bigontina P. Vecchiet L. (1997) Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men *Pain* **71** s:187-197
72. Isacson D. Bingefors K. (2002) Epidemiology of analgesic use: a gender perspective *Eur J Anaesthesiol Suppl* **26** s:5-15
73. Bulut H. (2006) Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi* **12-4** s:288 298

8. EKLER

Ek-I: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Hemşire Ayşegül Savcı tarafından Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi Acil Sevisi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hem. Ayşegül Savcı'yı,no'lu tlf ve adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜNÜN

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRMACININ

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

RIZA ALMA İŞLEMİNDE BAŞTAN SONA TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

EK-II**Acil Servise “Karın Ağrısı” İle Başvuran Hastalara Tam Alana Kadar Kendilerinin ve Ailelerinin Uyguladıkları Girişimler ve Bu Girişimlerin Tanılarına Etkileri Anket Formu****Sayın katılımcı;**

Bu form acil servise karın ağrısı ile gelen hastaların gelinceye kadar uyguladıkları girişimleri ve bu girişimlerin hastalıklarının seyrine olan etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Anket kişisel özelliklerle beraber ağrıya ilişkin ayrıntılı bir incelemeyi ve kişilerin yaptıkları uygulamaları ortaya çıkaracak sorular içermektedir. Vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacaktır. Yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Başka bir amaçla kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılıp katılmamanız, sağlığını olumsuz etkilemeyecektir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Afyon Kocatepe Üniversitesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
Ayşegül SAVCI

HASTA BİLGİ FORMU**Kişisel Bilgiler:****Adı Soyadı:****Yaşı:****Cinsiyeti:****Aile tipi:****Eğitim durumu:**

- Okur-yazar değil
- Okur-yazar
- İlkokul mezunu
- Orta ve lise mezunu
- Üniversite mezunu

Aylık gelir düzeyi:YTL**Sağlık güvencesi:**

- Emekli Sandığı
- SSK
- Yeşil Kart
- Ücretli

Oturduğu yer:

- İl Merkezi
- İlçe Merkezi
- Köy / Kasaba

Acil servise geliş saati:**Ağrı'va ilişkin bilgiler:****Ağrının yeri :**

- Sağ üst kadran
- Sol üst kadran
- Sağ alt kadran
- Sol alt kadran
- Merkezi (Umblikus ve çevresi)

Ağrının karakteri:

Yırtılma Keskin Yakıcı, sızlayıcı Kolik Devamlı,giderek artan Künt

Ağrının şekli:

Yaygın Lokelize Yansıyor Yayılıyor

Ağrıyı arttıran /azaltan etkenler var mı?

Yemek yemek Arttırıyor Azaltıyor

Ayakta durmak Arttırıyor Azaltıyor

Sıcak/soğuk Arttırıyor Azaltıyor

Yatmak Arttırıyor Azaltıyor

Öksürmek Arttırıyor Azaltıyor

Diğer:

Ağrının şiddeti: Hafif....

Orta şiddette.....

Dayanılmayacak kadar şiddetli

Ağrı süresi:

Ağrı başlayalı ne kadar süre geçti:

Ani başlangıçlı,giderek artan.....

Sürekli aynı şiddette,sabit....

Aralıklarla gelen,kramp tarzında....

Şekil değiştiren.....

Ağrı beraberinde eşlik eden bulgular var mı?

Bulantı Kusma Rektal kanama Hematemez Hematüri Vajinal

kanama

Diğer:.....

Hikaye:

Daha önce aynı ağrı deneyimi var mı?

.....

Evetse ne yapmış,sonuç ne olmuş?

.....

Abdominal yakınmaları için kullandığı ilaç var mı?

.....

Kronik bir hastalığı var mı?

.....

Alerjisi,içki- sigara alışkanlıkları var mı?:

.....

En son yemek yeme zamanı, iştah durumu nasıl?

.....

Deri rengi(sarılık var mı?) Var Yok

Halsizlik Var Yok

Ateş, üşüme, titreme Var Yok

Üriner bulguları Var Yok

Kardiyopulmoner semptomlar Var Yok

Menstrüal siklus değişikliği Var Yok

Uygulamalar:

Ağrıya ilişkin acil servise başvurmadan önce ;

Kendisi ne yapmış:

.....

.....

Ailesi ne yapmış:

.....

.....

İlaç(ağrı kesici, antibiyotik) almış mı?

.....

Yaptığı uygulamalarla rahatlama sağlamış mı?

.....

Daha önce başka bir sağlık kuruluşuna gitmiş mi? Gitmişse orda ne yapılmış?

.....
Ağrının başlangıcından itibaren ne kadar süre geçmiş? Neden?
.....

Prognoz:

TANI:

Saati:

Uygulanan girişim:

Komplikasyon :

Ek-III. Hasta Eğitim Programı

KÜTAHYA EVLİYA ÇELEBİ DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİSİNE KARIN AĞRISI İLE BAŞVURAN HASTA VE YAKINLARINA KARIN AĞRILARI KONUSU EĞİTİM PROGRAMI

1.GİRİŞ:

Ağrı, bir hastalık durumunda hastanın bilincine vardığı duyuşsal bir olaydır ve şiddeti birçok fizyolojik ve psikolojik faktörlere bağlı olarak değişebilir. İnfanttan erişkin hayata doğru ağrıya duyarlılık artar, daha sonra yaşlılıkla azalır (5).

Ağrı, sübjektif bir olay olduğundan ve kişiden kişiye farklılıklar gösterdiğinden hem değerlendirilmesi hem de tedavisi zordur (1).

Birinci ilke hastanın ağrısının gerçek kabul edilmesi ve hastaya bu izlenimin mutlaka verilmesidir. Ağrı kişinin geçmişten gelen bütün deneyimlerini de kapsadığı için sonuçta mutlaka sübjektif özellikler taşır. Bu nedenle öncelikle hastanın belirttiğı ağrı şiddetine inanılması gerekir. Ağrı şiddeti, takip sürecinin önemli bir parametresidir. Bu nedenle sık aralıklarla değerlendirilmesi gerekir. Hastanın değerlendirilmesinde ağrı eşiğini arttıran ve azaltan durumların ele alınması gerekir (1).

Ağrı toplumda en çok görülen şikayetlerden biri olup, karın ağrıları da hemen herkesin yaşamı boyunca en az bir kez karşılaştığı bir durumdur. Karın ağrısının birçok nedeni vardır. Karın ağrısı başlı başına bir hastalık değil, bir belirtidir. Karın ağrısı; çoğunlukla karın içi ve sindirim sistemi organlarına ait hastalıklar esnasında karşılaşılan bir semptom olmakla birlikte, periton dışı ve hatta karın dışı başka sistemlere ait hastalıklar sonucu da gelişebilmektedir. Acil servis hasta popülasyonunun %10-15'ini oluşturan karın ağrısı, acil servise geliş nedenlerinin arasında altıncıdır (7).

Ne Zaman Doktora Başvurmak Gerekir:

Karın ağrısı sorunu olan kişilerin bazı hallerde kesinlikle doktora başvurması gerekir; Şiddetli, tekrarlayıcı, artan ve devamlı karakterde ağrılar,
Ağrı ile nefesin kesilmesi, baygınlık hissi, kanama, kusma ve yüksek ateş olması,
Karın ağrısının göğse, boyuna ve omuza yayılması,
Dışkıda kan görülmesi,
Karında gerginlik ve şişme olması,

Karın ağrısı sorunuyla doktora gelen kişilerin detaylı muayenesi yapıldıktan sonra bazı hastalıkların ayırımı için, kan testi, idrar testi, ultrasonografi, tomografi gibi görüntüleme testleri istenerek tanıya gidilmektedir.

Karın ağrısı şikayetinin altında aslında anlaşılması ve tanılanması zor bir durumun belirtisi olabileceği için bilinçsiz bir şekilde ilaç almamak ve geleneksel birtakım uygulamalardan kaçınmak gerekmektedir (sıcak, soğuk uygulamak gibi). Ayrıca akut karın tablosunun yol açabileceği son derece ciddi sonuçlar göz önünde tutulursa, bireylerin sağlık kuruluşuna geliş sürelerinin çok önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Ağrılı hastanın tedavisi olduğu kadar, eğitimi de önem taşımaktadır. Artık tıp yalnızca hekimlerin yada sağlık personelinin değil, hastaların da tedaviye etkin bir biçimde katılması ile daha verimli hale gelmektedir. Hastaların gelişi güzel, hekime danışmadan kendi kendilerini tedavi etmelerinin ne denli sakıncalı olduğu, kontrolsüz ağrı kesici kullanımının nelere yol açabileceğinin bilinmesi hasta eğitimi ile mümkündür. Bu nedenle hastaların ağrı konusunda bilgilendirilmesi, bilinçli davranması için eğitilmesi hemşirenin rollerinden birisidir (1).

Ayrıca acil servise gelen hastaların memnuniyetini; hemşirelik bakımının niteliğinin yanı sıra hastalık konusunda bilgi verilmesi, taburculuk kılavuzu verilmesi, sağlık personeli ile iletişim kurulması gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir. Literatürde acil servisten taburcu olan hastalara sözlü bilginin yanı sıra yazılı ve resmi bilginin verilmesinin hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi kolaylaştırdığı ve hastanın tedaviye uyumunu arttırdığı belirtilmektedir (73).

Sağlık eğitimi ile genel anlamda temel olarak; sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak amaçlanır. Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde

davranış değişikliği oluşturabilmek için, toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sağlık ve hastalık konusundaki algılamalarını çift yönlü iletişimle, yani toplumla birlikte saptamak ve eğitim programlarını bunlara dayandırarak geliştirmek ve uygulamak gerekir (19).

2. İHTİYAÇ SAPTAMA

- a) Acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi.
- b) Acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaların karın ağrısı ile ilgili yanlış uygulamalarının ve bilgi eksiklerinin belirlenmesi.
- c) Yöneticiler ve acil servis ekibi ile görüşme (eğitimdeki beklentilerin belirlenmesi).

3. AMAÇ:

Acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaların ve yakınlarının “karın ağrıları” konusunda yanlış bilgi ve tutumlarını, sağlığa zararlı olan geleneksel inanç ve uygulamalarını ortadan kaldırıp, yerine doğru yaklaşımlar ve davranışlar geliştirmelerini sağlayarak, acil serviste uygulanan tanı-tedavi-bakım konusunda memnuniyetlerinin artırılması.

4. HEDEFLER:

- a) Karın ağrıları konusunda yanlış bilgi ve tutumlarının farkına varmalarını sağlayabilme.
- b) Karın ağrılarının olası nedenlerini söyleyebilme.
- c) Karın ağrısında yapılmaması gerekenleri ve yapılmasında sakınca olmayan uygulamaları söyleyebilme.
- d) Karın ağrılarında ne zaman hastaneye başvurmaları gerektiğini saptayabilmelerini sağlayabilme

5. TASLAK PROGRAM

| | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30dk | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanışma ➤ Hasta ve yakınlarına “Hasta Bilgi Formu”nu uygulama ➤ Katılımcıların beklentilerinin gözden geçirilmesi ➤ Eğitimin amacının açıklanması |
| 30dk | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Katılımcılara eğitim broşürlerinin dağıtılması ➤ Katılımcıların sorularını sözel olarak cevaplandırma |
| 15dk | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eğitim sonu değerlendirme |
| 15dk | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Katılımcıların eğitim programını değerlendirmeleri |

6. PROGRAMIN UYGULANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Karın ağrıları konulu eğitim sözel anlatım, yazılı kaynakları okutma, soru-cevap yöntemi şeklinde katılımcılara sunulacaktır.

Eğitim, karın ağrılarının sebepleri, karın ağrılarında çok sık yapılan yanlış uygulamaları, karın ağrılarında ne zaman hastaneye başvurmak gerektiği konularını içermektedir. Bu eğitim sayesinde hastalar ve yakınları tedavi olanaklarından bilinçli bir şekilde yararlanacaklar ve karın ağrıları konusunda doğru yaklaşım ve tutum geliştirebileceklerdir. Ayrıca hasta ve yakınları uygulanan tedavi ve bakım sürecine daha çabuk uyum sağlayarak, verilen sağlık hizmetlerinden memnun kalacaklardır.

EK-IV. KARIN AĞRILARI VE AKUT BATIN EĞİTİM KİTAPÇIĞI

**KARIN AĞRILARI
VE
AKUT BATIN**



**Karın ağrısını dikkate alın!
Birçok hastalık karın ağrısına sebep olabilir...**

AĞRI NEDİR?

Ağrı toplumda en çok görülen şikayetlerden biri olup, sübjektif bir olay olduğundan ve kişiden kişiye farklılık gösterdiğinden hem değerlendirmesi hem de tedavisi zordur.

Ağrı; yüzeysel ağrı (cilt kaynaklı), derin ağrı (adale, tendon, eklem, faysa kaynaklı) ve iç organlardan kaynaklı olabilir.



Karın ağrıları da hemen herkesin yaşamı boyunca en az bir kez karşılaştığı bir durumdur. Karın ağrısının birçok nedeni vardır. **Karın ağrısı başlı başına bir hastalık değil, bir belirtidir.**

AKUT KARIN AĞRISI NEDİR? NEDEN OLUR?

Aniden yani, 6 saat içinde başlayan karın ağrısı ile karakterize karın hastalığı "**akut karın**" olarak anılmaktadır. Ağrıyı takiben 6 ile 12 saat içinde bulantı ve kusma olması genellikle mide-bağırsak sisteminde bir tıkanıklığın göstergesidir.

Bağırsakta olan bir iltihabi bir olay ise kendisini iştahsızlık, bulantı ve kusma gibi belirtilerle gösterir. Ana semptomu karın ağrısı olan akut karın hastalıklarında, ağrının karakteri ve yansıması önemlidir. Ani başlayan karın ağrısı olan her hasta detaylı bir şekilde ele alınmalıdır.

Bir haftayı aşan bir süredir karın ağrısı olan hastada 'akut karın' tablosu düşünülmez, ancak bu durum bir hekim tarafından araştırılmalıdır.

BİRÇOK HASTALIK, KARIN AĞRISINA NEDEN OLABİLİR!

Karının değişik bölgelerindeki ağrıları, o bölgeye has organların hastalıklarının belirtisi olabilir.

Karın sağ üst bölümünde olan ağrılardan: karaciğer, safra kesesi ve yollarının hastalıkları ve ülser sorunları sorumlu olabilir.

Karın sol üst bölümünde olan ağrıların sebebi dalak, pankreas, ve karın şah damarının (aorta) hastalıkları olabilir.

Göbeğin üst bölümünde olan ağrılarda yemek borusu, mide ve on iki parmak bağırsağının, gastrit, ülser ve reflü gibi hastalıkları akla gelmelidir.

Karın sol alt bölümünde olan ağrılarda: kalın bağırsak iltihapları, yumurtalık sorunları, karın şah damarının hastalıkları, idrar sorunları, dış gebelik sorunu ve apandisit problemi olabilir.

Karın sağ alt bölümünde olan ağrılarda: apandisit, idrar sorunları, dış gebelik sorunu, yumurtalık sorunları, fıtık boğulması, safra kesesi ve yolları sorunları düşünülmelidir.

BAŞKA HANGİ SORUNLAR KARIN AĞRISI YAPAR?

Sadece karın boşluğundaki organlar değil akciğer iltihapları, kalp krizleri ve kaburga kırıkları karın ağrısı yaratabilir. Ayrıca bazı kan hastalıkları, kurşun ve morfin gibi madde zehirlenmeleri ve zona gibi hastalıklar da karın ağrısı yapabilir.

AĞRI KESİCİ NEDEN ÖNERİLMİYOR?

Karın ağrısı şikayetinin altında farklı sebepler olacağı ve ağrı kesici hastalığı gizleyebileceği için bilinçsiz bir şekilde ilaç almamak gerekiyor.

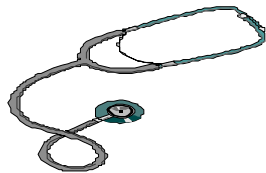




HEKİME DANIŞMADAN AĞRI KESİCİ ALMAYIN!

Karın ağrısının nedeni kesin olarak bilinmiyorsa ve daha önceden bir hekim tarafından tanısı konulmamışsa, ağrı kesici ilaç almayın! (Mide asidinin sorun yarattığı biliniyorsa, asit giderici ilaçlar alınabilir).

NE ZAMAN DOKTORA BAŞVURMAK GEREKİR?



Karın ağrısı sorunu olan kişilerin aşağıdaki hallerde kesinlikle doktora başvurması gerekiyor;

- Şiddetli, tekrarlayıcı, artan ve devamlı karakterde ağrılar!
- Ağrı ile nefesin kesilmesi, baygınlık hissi, kanama, kusma ve yüksek ateş olması!
- Karın ağrısının göğse, boyuna ve omuza yayılması!
- Dışkıda kan görülmesi!
- Karında gerginlik ve şişme olması!
- Kilokaybı ve iştah kaybı olması!
- Ülser, reflü, safra kesesi iltihabı, safra kesesinde taş, kalın bağırsak iltihapları vb. gibi hastalığınız varsa.

DİKKAT!

- Sıcak uygulamalar yapmayın!
(sıcak su torbası, sıcak tuğla gibi)
- Soğuk uygulamalar yapmayın!
- Ağızdan bir şeyler yedirip, içirmeye çalışmayın!
- Ağrı kesici almayın!
- Vakit geçirmeden sağlık kuruluşuna başvurun!

gerekir.Tedavi tamamen saptanan soruna göre düzenlenir.



TANI VE TEDAVİ NASIL YAPILIR?

Karın ağrısı sorunuyla doktora gelen kişilerin detaylı muayenesi yapıldıktan sonra; kan testi, idrar testi, ultrasonografi, tomografi gibi görüntüleme testleri istenerek tanıya gidilir. Tüm bu tanısal işlemlerin yanında hastanın acil serviste gözlem altına alınması hatta yatırılarak izlenmesi

Akut karın tablosunun yol açabileceği son derece ciddi sonuçları söz konusu olduğundan sağlık kuruluşuna en kısa sürede başvurun!

