

Yetişkin travma hastalarında ağrı şiddeti ve analjezi yaklaşımları

Fatma Eti Aslan*, Dilek Sarıyıldız**, Aysel Gürkan*, Dilek Aygin***

ÖZET

Çalışma, travma hastalarının ağrı şiddeti ve analjezi yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini; İstanbul'da travma nedeniyle iki eğitim hastanesinin acil ünitesine başvuran hastalar oluşturdu. Örnekleme 18-65 yaş aralığında olan 418 travmalı hasta alındı. Araştırmada veriler bireysel özellikler formu ve Mc Gill Ağrı Sorgulama Formunun dördüncü bölümü kullanılarak toplandı. Travma sonrası tüm hastaların ağrısının olduğu ve bunların %14.6 (n=61)'sının ağrısını "şiddetli", % 51.7 (n= 216)'sinin "çok şiddetli", %33.7 (n= 141)'sinin ise "dayanılmaz" olarak tanımladığı saptandı. Ağrısı olan hastaların %85.9 (n=359)'una yalnızca Nonsteroid Antiinflatuar İlaç (NSAİİ)'lerin uygulandığı, %14.1 (n=59)'ine ise NSAİİ'a ilave olarak opioid uygulandığı; bu ilaçların %99.5 (n=416) oranıyla intramusküler yolla verildiği; ağrı tedavisine karşın hastaların %62.9 (n=293)'unun ağrısının geçmediği belirlendi. Bu sonuçlara dayanarak travma hastalarında ağrının halen ciddi bir sorun olarak ele alınmadığını ve acil ünitelerinde etkili bir analjezi yaklaşımının bulunmadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Travma hastaları, ağrı şiddeti, analjezi yaklaşımları, acil unite.

SUMMARY

Pain Severity and Analgesia Approaches in Adult Trauma Patients

This study was carried out descriptive for determine trauma patient's pain severity and pain relief approaches. This scope of the research covered 418 patients who were between 18-65 years and applied to emergency unit of two training hospitals because of the trauma in Istanbul. The data of the research were collected by using individual characteristics form and forth section of Mc Gill Pain Questionnaire form.

It was determined that all patients had pain after trauma. Moreover, 14.6 % (n=61) of the patients defined the pain "severe", 51.7 % (n=216) that they defined the pain "much severe" and 33.7 %(n=141) that they defined the pain "unbearable". Nonsteroid Antiinflatuar Drugs (NSAID) were given only 85.9 % (n=359) that they had pain. Besides, being extra to NSAID opioid was given to 14.1% (n=59) of the patients by 95.5% (n=416) intramuscular approach and 62.9 % (n=293) of the patients, whose pains were not over in spite of the pain treatment

Based on these results, trauma patients' pains still haven't been handled as a serious problem. Also, it can be said that there is not any effective pain relief approach at emergency units yet.

Keywords: Trauma patients, pain severity, analgesia approaches, emergency unit.

* Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

**Sarıkaş Asker Hastanesi, Van, Türkiye

***Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sakarya, Türkiye

Başvuru Adresi:

Prof. Dr. Fatma Eti Aslan

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Haydarpaşa Kampüsü Tıbbiye Cad. Kadıköy- İSTANBUL 34710

Tel.: 0.216 330 20 70 1136 e-posta: etiaslan@ekolay.net

*University of Marmara, Collage of Nursing, Istanbul, Turkey

**Hospital of Sankamis Soldier, Kars, Turkey

***University of Sakarya, Collage of Nursing, Sakarya, Turkey

Correspondence to:

Prof. Dr. Fatma Eti Aslan, University of Marmara, Collage of Nursing, Istanbul, Turkey

Tel.: +90.216 330 20 70 1136 e-mail: etiaslan@ekolay.net

Giriş

Travmaya bağlı oluşan doku hasarı sonucu serotonin, histamin, bradikinin, potasyum, prostaglandinler ve sinir uçlarından salgılanan P madde-leri serbest hale gelmektedir (Bilen 1997, Eti Aslan ve ark.2006). Bu nedenle travmalı hastalarda ilk ve en önemli semptomlardan birisi ağrıdır.

Travmada ağrı bilinen bir gerçek olmasına karşın, primer semptomları maskeleyen, ilaç bağımlılığı ve solunum depresyonuna neden olma korkusu, ağrı kontrolü konusundaki bilgi eksikliği, multidisipliner bir ekip yaklaşımının benimsenmemesi, yeni gelişen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması nedeniyle bu hastalarda etkili bir ağrı tedavisi uygulanmadığı bilinmektedir (Bower ve ark. 2002, Holleran 2002, Eti Aslan 2004).

İstanbul'da travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada 375 travmalı hastanın sadece 64 (%17.1)'üne analjezik verildiği, analjezik verilmiş zamanının travmadan ortalama 189.61, acil üniteye geldikten ise 142.73 dakika sonra olduğu belirlenmiştir (Karaçay ve ark.2006). Travmalı hastalara analjezi yaklaşımı dünyada da pek farklı değildir. Silka ve arkadaşları travma ile acile başvuran hastaların %68' ine (Silka ve ark. 2002), Petrack ve arkadaşları %63' üne (Petrack ve ark.1997), Selbest ve Clark %40' ına (Selbest ve ark. 1990), Wilson ve Pendelton %44'üne (Wilson ve ark. 1989), Puntillo ve arkadaşları %23.5' ine (Puntillo ve ark. 2002), Fullarton ise yalnızca %18'ine (Fullarton 2002) analjezik verildiğini belirlemişlerdir. Bu sonuçlar karşılanmayan bakım gereksinimlerini ortaya koyduğu gibi, aynı zamanda etik bir hata olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Acilde ağrı her ne kadar yol gösterici olarak kabul edilse de, hastanın ağrısının geçirilmesi gerekir. Çünkü tedavi edilmeyen akut ağrıda ortaya çıkan nöroendokrin yanıt sonucu sodyum ve su retansiyonu, hiperglisemi ve negatif nitrojen dengesi; sempatik hiperaktivasyon sonucu ise taşikardi, periferik vasküler direnç artışı, kalp yükünde ve oksijen tüketimindeki artışa bağlı olarak miyokard iskemisi ve enfarktüs riski ortaya çıkar (Bilen 1997, Bower ve ark. 2002, Uyar 2003, Eti Aslan 2004). Buna karşın akut ağrının etkili bir şekilde tedavi edilmesiyle hastanede kalış süresi kısalır, morbidite ve mortalite azalır, hasta memnuniyeti artar. Analjezi tedavisi ile hasta sakinle-

şir. Rahat koopere bir hasta sözlü uyarılara, fizik muayeneye, terapötik iletişime daha iyi yanıt verir (Wilson ve ark. 1989, Selbest ve ark. 1990, Jackson 1995, Petrack 1997, Johnston ve ark. 1998, Silka 2002, Bower ve ark. 2002, Silka ve ark. 2002, Puntillo ve ark. 2002, Fullarton 2002, Swope 2002, Uyar 2003). Bu çalışma yetişkin travma hastalarında ağrı şiddeti ve analjezi yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma İstanbul'da biri Asya diğeri Avrupa Kıtası'nda olmak üzere iki acil travma ünitesinde Temmuz 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

1. Araştırma kapsamına alınan yetişkin travma hastalarının bireysel özellikleri ile travma şekli ve yaralanma bölgesi nasıl dır?
2. Travma sonrası hissedilen ağrı şiddeti ne kadar?
3. Yaralanma ile ağrı şiddeti arasında ilişki var mıdır?
4. Travma sonrası analjezi yaklaşımı nasıl dır?
5. Analjezikler hangi yolla veriliyor?

Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın Evrenini; İstanbul'da travma nedeniyle iki eğitim hastanesinin, acil travma ünitesine başvuran hastalar oluşturdu. Bu uygulama alanlarının seçilme nedeni; transit taşımacılıkta kullanılan E-5 otoyolu üzerinde bulunmaları, bu nedenle travmalı hasta başvurusunun fazla olmasıdır. Araştırmaya başlamadan önce yapılan ön görüşmelerde bu ünitelerde analjezi protokollerinin bulunmadığı belirlendi.

Araştırmanın Örneklemi; evreni temsil edecek birey sayısı travmalı hastaların analjezi uygulamalarından memnuniyet oranları (0.82) dikkate alınarak (Riberio ve ark. 2001), SPSS (Statistical Package for Social Sciences)'te MINITAB paket programı kullanılarak iki yönlü test ile hesaplandı ve örnekleme alınacak travmalı hasta sayısı 418 olarak belirlendi.

Örneklem Kapsamına; Acil travma ünitesine çoklu travma nedeniyle başvuran, on sekiz-altmış beş yaş aralığında, en az ilköğretim mezunu, acil travma ünitesinde ya da ilgili cerrahi ünite de en az üç gündür yatarak tedavi edilen, bilin-

ci açık hastalar alındı.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; bireysel özellikler formu, Kısaltılmış Yaralanma Değerlendirme Ölçeği (KYDÖ) ve Mc Gill Ağrı Sorgulama Formunun dördüncü bölümü kullanılarak toplandı.

Veri Toplama Formları

Bireysel Özellikler Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, travma şekli, yaralanan vücut bölgesi, uygulanan analjezik, dozu, uygulama şeklini belirlemeye yönelik sorulardan oluştu.

Kısaltılmış Yaralanma Değerlendirme Ölçeği (KYDÖ)

Travma hastalarının yaralanma şiddeti ile yaralanma ve ağrı şiddet ilişkisini belirlemek amacıyla KYDÖ kullanıldı (States ve ark.2002, Eti Aslan 2004). Bu ölçekte vücut “baş ve boyun”, “yüz”, “göğüs”, “karın”, “ekstremiteler”, “diğer vücut yüzeyleri” olmak üzere altı ayrı bölgeye ayrılır. Ölçekte; “1” *minör*, “2” *orta derece*, “3” *şiddetli /ölüm tehlikesi yok*, “4” *şiddetli /ölüm tehlikesi var*, “5” *kritik /sağkalım şüpheli*, “6” *ölümcül yaralanmayı gösterir*. Ölçekte en yüksek üç KYDÖ değerinin karesi alınır ve birbirleriyle toplanarak yaralanma şiddet puanı hesaplanır. Buna göre yaralanma şiddet puanı; en hafif “1” ve en ağır “75” arasında değerler alır. KYDÖ puanında tek bölgeden altı puan alan hastanın yaralanma şiddeti otomatikman 75 kabul edilmektedir (Osler 1993, States ve ark. 2002, Eti Aslan 2004, <http://www.trauma.org/scores/ais.html>, erişim tarihi, 28.03.2005). Bu çalışmada genellikle tek vücut bölgesi yaralanmalarıyla karşılaşıldı. Buna göre 12.4 “**bir**”, 12.5-24.9 “**iki**”, 25-37.4 “**üç**”, 37.5-49.9 “**dört**”, 50-62.4 “**beş**”, 62.5-75 “**altı**” puana denk gelmektedir.

Ağrı Şiddeti Değerlendirme Ölçeği

Yetişkin travma hastalarının ağrı şiddetini belirlemek amacıyla Mc Gill-Melzack tarafından geliştirilen, Türk insanı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ve güvenle kullanılabileceği belirlenen (Kuğuoğlu ve ark. 2003), Mc Gill Ağrı Sorgulama Formunun dördüncü bölümünde yer alan ağrı şiddeti değerlendirme ölçeği kullanıldı. Bu ölçek “**hafif**”, “**rahatsız edici**”, “**şiddetli**”, “**çok şiddetli**” ve “**dayanılmaz**” olmak üzere ağrının şiddetini tanımlayan beş kelimedenden oluşmaktadır.

Veri Toplama Formlarının Sınanması

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla örnekleme belirtilen özelliklere uyan 20 hastaya ön uygulama yapıldı. Anlaşılmayan sorular yeniden düzenlendi ve forma son şekli verildi. Bu nedenle ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

Veri Toplama Formunun Kullanılması

Verilerin toplanmasına araştırmanın yapılacağı kurumlardan çalışma izni ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı alındıktan sonra başlandı. Hastalara çalışmanın amacı açıklandı. Böyle bir çalışmada yer almak istemeyen 10 hasta kapsam dışı bırakıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve yakınlarına hasta bilgilendirme formu okutulduktan sonra “*hasta onam formu*” imzalatıldı. Veriler hastanın kendisinden, hemşiresinden ve hasta dosyalarından elde edildi.

Çoklu travma hastasının acil üniteye gelişinden sonraki 24-72. saatler arasında yaralanma ve ağrı şiddeti ile analjezi yaklaşımları değerlendirildi. Bu süreler arasının tercih edilme nedeni 24 saat öncesi henüz bu konuda görüş bildirecek bazı uygulamalarla yüz yüze gelinmemiş olabileceği, 72 saat sonra ise, unutmaya faktörünün etkisiyle sağlıklı veri elde edilemeyeceği ve ayrıca taburcu edilebileceği düşüncesidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada Mc Gill Ağrı sorgulama formunun dördüncü bölümünde yer alan ağrı şiddeti değerlendirme ölçeği kullanıldı. Bu ölçek sadece yetişkin hastalarda kullanıldığı için çocuk ve yaşlılar araştırma kapsamına alınmadı. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar yetişkin travma hastalarına genellenebilir.

Verilerin Değerlendirmesi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden **Ortalama**, **Standart sapma ve Yüzdellik dağılımı** yanı sıra niceliksel verilerde, normal dağılım gösteren ikiden fazla grup karşılaştırmalarında **One-way Anova Testi** kullanıldı. Parametreler arası ilişkiler ise **Pearson Korelasyon Analizi** ile değerlendirildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Araştırma Kapsamında yer alan hastaların %94.5 (n=395) 'inin künt travma ile yaralandığı, ekstremitelerin en fazla (%75.4 ; n=315) yaralanan vücut bölgesi olduğu Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Bireysel Özelliklerin Dağılımı (N=418)

Özellik	N	%
Yaş		
• 18-27 yaş	98	23.4
• 28-37 yaş	106	25.4
• 38-47 yaş	86	20.6
• 48-57 yaş	70	16.
• 58-65 yaş	58	13.9
Cinsiyet		
• Erkek	292	69.9
• Kadın	126	30.1
Travma Şekli		
• Künt	395	94.5
• Penetran	23	5.5
Yaralanan Vücut Bölgeleri		
• Ekstremiteler	315	75.4
• Sırt ve Bel	39	9.3
• Karın ve Pelvis	30	7.2
• Göğüs	15	3.6
•Baş-Boyun	10	2.4
• Yüz	9	2.2

Travmadan sonra hastaların %14.6 (n=61)'sının "şiddetli", % 51.7 (n= 216)'sinin "çok şiddetli", %33.7 (n= 141)'sinin "dayanılmaz" şiddette ağrı tanımladığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Ağrı Şiddetinin Dağılımı (N=418)

Ağrı Şiddeti	n	%
• Hafif	-	-
• Rahatsız Edici	-	-
• Şiddetli	61	14.6
• Çok Şiddetli	216	51.7
• Dayanılmaz	141	33.7
Toplam	418	100

Ağrı şiddeti ile yaralanma şiddeti arasında istatistiksel yönden anlamlı (F:40.483; p:0.001) fark bulundu. Ağrıyı "dayanılmaz" olarak tanımlayanların "yaralanma şiddet puanı" (38.82±5.11) "şiddetli" (31.55±6.29) ve "çok şiddetli" (36.9±5.08) diye tanımlayanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu. Ağrı şiddeti ile yaralanma şiddeti arasın-

da pozitif yönde ve istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı (r: 0.395; p<0.01) ilişki görüldü (Tablo 3). Bu sonuçlar yaralanma şiddeti arttıkça ağrı şiddetinin de arttığını göstermektedir.

Tablo 3. Ağrı /Yaralanma Şiddet İlişkisi (N=418)

Ağrı Şiddeti	Yaralanma Şiddeti *		
	Ortalaması	SS	Test Değeri;p
• Hafif	-	-	F:40.483; p:0.001
• Rahatsız Edici	-	-	
• Şiddetli	31.55	6.29	
• Çok şiddetli	36.9	5.08	
• Dayanılmaz	38.82	5.11	
Ağrı/Yaralanma Şiddet İlişkisi	r = 0.395		0.001

*KYDÖ; Kısaltılmış Yaralanma Şiddeti Değerlendirme Ölçeği=En düşük puan 12.5, en yüksek puan 75'tir.
F: Oneway anova test
r: Pearson korelasyon analizi

Hastaların %85.9 (n=359)'una NSAİİ, %14.1 (n=59)'ine ise, NSAİİ ile birlikte lüzum halinde opioid uygulandığı ve uygulama şeklinin %99.5 (n= 416) oranıyla intramusküler (IM) olduğu belirlendi (Tablo 4).

Analjezik amaçlı kullanılan ilaçların hastaların %64.8 (n=271)'inde 3x1, %34.7 (n=145)'inde 2x1, %0.5 (n=2)'inde ise, 1x1 olarak istem yapıldığı belirlendi. Ayrıca, genel eğilimin sadece ilaç adı ve verilmiş sıklığının yazılması, ilaç dozunun belirtilmemesi şeklinde olduğu gözlemlendi. Hastaların % 62.9 (n=293)'unun bu analjezi yaklaşımı ile ağrısının geçmediği belirlendi.

Tartışma

Çalışmada İstanbul'da iki acil travma ünitesinde yetişkin travma hastalarının ağrı şiddeti ve analjezi yaklaşımları incelendi. Travmadan sonra hastaların % 33.7 (n=141)'sinin "dayanılmaz" %51.7 (n=216)'sinin "çok şiddetli" ağrılarının olduğu belirlendi (Tablo 2). Zahor ve arkadaşları majör travma ile acil üniteye başvuran hastaların %88'inin (Zahor ve ark.2001), Morgan-Johns ve arkadaşları %54'ünün (Morgan-Johns ve ark.2000) çok şiddetli ağrı ifade ettiğini belirlemişlerdir. Bu veriler çalışmamızda elde edilen bulguları desteklemektedirler. Sonuçta travmalı hastaların hepsinde değişik şiddette ağrı görül-

Tablo 4. Analjezi Yaklaşımları (N=418)

Analjezi Yaklaşımı	1. GÜN		2. GÜN	
	n	%	n	%
Analjezik Türü				
• NSAİİ	359	85.9	418	100
• NSAİİ+Opioid*	59	14.1		
Veriliş Yolu				
• IM	416	99.5	418	100
• Oral	2	0.5	-	-

* NSAİİ ile geçmeyen ağrılarda lüzumu halinde kullanılan.

mektedir. Burada önemli olan doğru ağrı tedavisi yaklaşımıyla hasta ağrısının kabul edilebilir düzeye getirilebilmesi olmalıdır.

Hastaların ağrı şiddeti ile yaralanma şiddet puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı ($r:0.395$; $p<0.01$) ilişki olduğu belirlendi (Tablo 3). Bu verilere göre yaralanma şiddeti arttıkça ağrı şiddetinin de arttığı söylenebilir. Ağrı fizyopatolojisi düşünüldüğünde, travma şiddeti ile ağrı şiddetinde ki paralellik beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Travma çoğunlukla şiddetli ağrıya neden olduğu için opioidler özellikle de morfin travmada en sık kullanılan farmakolojik ajandır (Eti Aslan ve ark. 2006). Opioidlerin etkilerinin hızlı başlaması, dozun titre edilebilmesi, vücutta birikmemesi ve ucuz olması tercih edilme sebepleri arasındadır. Opioidin etkisi, kullanılan ajana ve hastaya göre farklılık gösterdiğinden, uygulama yolu, ajan ve doz seçiminde hastanın ve ağrının durumu göz önünde bulundurulmalıdır (Slaughter ve ark. 2002). Bunun yanı sıra ketamin, nitrik oksit ve NSAİİ'ler de bu amaçla kullanılan diğer ilaçlardır. Bu çalışmada hastaların %85.9 (n=359)'una sadece NSAİİ, %14.1 (n=59)'ine ise, NSAİİ ilave olarak opioid order edildiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Opioid analjeziklerin bağımlılık yaratma korkusu ağrı tedavisinin yetersiz olmasında en sık rastlanan nedenler arasındadır. Eloise çalışmasında hemşirelerin bağımlılık yapma riski nedeniyle hastalara istemde bulunulandan daha düşük dozda opioid analjezik verdiklerini belirlemiştir (Eloise 1990). Oysa ki ABD'de değişik nedenlerle opioid tedavisi uygulanan hastalarda bağımlılık gelişme sıklığının %1'den daha az olduğu belirtilmektedir. Opioidlerin IM, IV ve epidural yolla ve-

rilmesi üzerine temellenen çalışmalar, opioidle ilgili solunum depresyonu sıklığının %1'den az olduğunu göstermektedir (Eloise 1990).

Araştırmada NSAİİ ilaçların 3x1, 2x1, lüzum halinde gibi zaman dilimine yayıldığı ve hekim ya da hemşirenin ağrı var/yok takdirine bırakıldığı belirlendi. Oysa ağrı algısı bireyseldir. Bu gerçekten yola çıkılarak travma hastalarında analjezik dozunun hastaya ve ağrı şiddetine göre planlanması ve beklenen ağrılarda olduğu gibi düzenli aralıklarla verilmesi gerekmektedir.

Yeni gelişen ağrı kontrol yöntemlerinin yaygın olarak kullanılmaması da ağrı kontrolünü olumsuz yönde etkileyen bir diğer nedendir. Swope, Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)'nin hemşirelerin zamandan tasarruf sağlamasına yardımcı olduğunu ve hastalara ayrılan zamanı %20 oranında artırdığını belirlemiştir. Yine aynı çalışmada; HKA'nin hastanede kalış süresini kısalttığı ve acil üniteye başvuran 50 hastada IM meperidin yerine IV morfine geçilmesi ile; acile gelişlerin %44, acilde kalma süresinin ise, %25 oranında azaldığı görülmüştür (Swope 2002).

Bu çalışmada hastaların % 99.5 (n=416)'ine analjeziklerin IM yolla verildiği belirlendi (Tablo 4). Oysa travmada değişik derecelerde hipotermi ve dolaşım bozukluğu olması dokuların yetersiz kanlanmasına neden olur. Bu nedenle travmada doku perfüzyonu bozulduğundan başlangıçta emilim az ya da hiç olmayabilir. Buna karşın dolaşım normale döndüğünde aşırı doz riski ve tekrarlayan enjeksiyonların ağrıya neden olmasından dolayı IM yol tercih edilmemelidir. (Bower ve ark. 2002, Holleran 2002, Silka ve ark. 2002, Zahor ve ark. 2002, Uyar 2003, Eti Aslan 2006). Travmada analjeziklerin IV yolla verilmesi ve etkili doz ayarlamasının yapılması gerekir. Silka ve arkadaşları travma hastalarına analjeziklerin IV ve oral yolla verildiğini, en sık kullanılan analjeziklerin morfin, fentanil ve hidromorfon olduğunu belirlemişlerdir (Silka ve ark. 2002). Puntillo ve arkadaşları da travma hastalarının sadece %19.7'sine opioid analjezik verildiğini saptamışlardır (Puntillo ve ark. 2002). Zahor ve arkadaşları ise, travma protokolleri uygulanmadan önce hastaların % 55.6'sına meperidin IM yolla verildiğini, protokollerden sonra ise, hastaların %75.6'sına IV yolla morfin uygulandığını belirlemişlerdir (Zahor ve ark.2002). Bu çalışmanın sürdürüldüğü iki hastanenin acil travma ünitesinde analjezi protokollerinin bulunmadığı belirlendi.

Çalışmada opioidlerin sadece 59 (%14.1) hastaya NSAİİ'ye ek olarak order edildiği ve bu ilaçların IM yolla uygulandığı belirlendi. NSAİİ ilaçların daha çok oral ve IM formları bulunması nedeniyle acil ünitesinde kullanımı sınırlıdır. Buna karşın travma hastalarında IM yolla opioid uygulamasının yeri bulunmamaktadır. Bu bilgilere dayanarak acil ünitelerde analjezinin yeterli, uygun ve doğru uygulanmadığı söylenebilir.

Travma hastalarının % 62.9 (n=293)'u uygulanan analjezikler ile ağrılarının geçmediğini belirtti. Bu bulgular literatürle uyumlu olup; Eloise kontrollü bir travma olarak kabul edilen cerrahi girişim sonrası analjezik tedavisine karşın, hastaların %75'e yakının ağrısının geçmediğini, yine cerrahi girişim sonrası hastaların %80'inin, düzenli ve görünüşte yeterli analjezik kullanmasına karşın, orta ya da şiddetli ağrılarının olduğunu belirlemiştir (Eloise 1990).

Sonuç olarak bu çalışmada travma hastalarında değişik şiddette ağrı görüldüğü ve bu ağrının yaralanma şiddetine paralel olarak arttığı, ancak, acil ünitelerde ağrı geçirme yaklaşımlarının istenilen düzeyde olmadığı belirlendi.

Bu sonuçlara dayanarak, ağrı kontrolü konusunda multidisipliner bir ekip yaklaşımının ve ağrı tedavisini belirleyecek uzman hekim ve hemşirelerin olmamasının, ağrı kontrolünde farklı analjeziklerin reçetelenmesi ile uygulanmasına kadar olan sürenin çok uzun olmasının, ağrı değerlendirilmesinde ideal bir ölçüm aracının olmamasının ve ağrının beşinci yaşam bulgusu olarak hemşire izlem formuna kayıt edilmemesinin ağrı kontrolünde yetersizliklere yol açtığını söyleyebiliriz.

Travma hastalarında yaralanma şiddetini içeren uygun bir ağrı kontrol politikasının geliştirilmesi, ağrının beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi, ağrı tedavisi konusunda multidisipliner bir ekip yaklaşımının benimsenmesi, hemşire, hekim ve hasta arasındaki iletişimin açık ve anlaşılır olması, hastaların kendilerini rahat ifade edebilmesi için uygun ortamın sağlanması önerilmektedir.

Kaynaklar:

Bilen A.: Travma ve ağrı. In: Sözüer E.,editör. Acil Yardım ve Travma El Kitabı., Ankara, Feryal Matbaacılık, 1997. pp. 425-437.

- Bower T.C., Vonderheyden B.A.: Analgesia, sedation, and neuromuscular blockade in the trauma patient. In: Mcquillan K.,editör. Trauma Nursing From Resuscitation Through Rehabilitation. 3.rd., Newyork, W.B.Saunders, 2002. pp.346-358.
- Eloise C.J.: Postoperative pain: patients expectations and experiences, Journal Of Advanced Nursing 1990; 15:89-100.
- Eti-Aslan F.: Politravmada acil bakım. In: Şelimen D.,editör. Acil Bakım. 3. Baskı, İstanbul, Yüce Yayım, 2004. pp. 207-227.
- Eti-Aslan F, Karaçay P.: Travmada ağrı kontrolü. In Eti Aslan F.,Ağrı; Doğası ve Kontrolü, 1. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006. pp. 2-13.
- Fullerton T.: Audit of administration of analgesia, Emergency Nurse 2002; 9(9): 36-4.
- Holleran R.S.: The problem of pain in the emergency care. Emergency Nursing 2002; 37(1): 67-78.
- Jackson A.: Acute pain: its physiology and the pharmacology of analgesia. Nursing Times 1995; 91(16): 27-28.
- Johnston C.C., Gagnon J.A., Fullerton L., Common C., Ladores M., Forlini S.: One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. The journal Of Emergency Medicine 1998; 16(3): 377-382.
- Karaçay P, Eti Aslan F, Şelimen D.: Acil travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi. Ağrı 2006; 18 (1):44-51.
- Kuğuoğlu S., Eti-Aslan F., Olgun N.: Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formunun (MASF) Türkçe'ye uyarlanması. Ağrı 2003; 15(1): 47-52.
- Margon-Johns R., Cutler L., Kaul S., Smith K.: Patient satisfaction with pre-operative analgesia in acute trauma. The Royal Collage of Surgeons of Edinburgh 2000; 45(6): 371-372.
- Osler T.: Injury severity scoring: perspectives in development and future directions. The American Journal Of Surgery 1993; 165:43-51.
- Pasero C.: Pain in the emergency department. AJN 2003; 103(7): 73-74.
- Petrack E.M., Cristopher N.C., Kriwisky J.: Pain management in the emergency department: patterns of analgesic utilization. Pediatrics 1997; 99: 711-714.
- Puntillo K.A., Wild L.R., Morris A.B., Stanik- Hutt J., Thompson C.L., White C.: Practices and predictors of analgesic interventions for adult undergoing painful procedures. American Journal of Critical Care 2002; 11(5): 415-429.
- Selbest M.Clark M.: Analgesic use in the emergency department, Ann Amerc Med. 1990; 19(9): 1010-1013.
- Silka P.A, Roth M.M, Geiderman J.M.: Paterns of analgesic use in trauma patients in the ED. Am. J. Emerg Med. 2002; 20(4): 298-302.
- Slaughter A., Pasero C., Manworren R.: Unacceptable pain levels. AJN 2002; 102(5): 75-77.
- States J.D., Garthe E., Mango N.K.; Abbreviated injury scale unification:the case for a unified injury system for global use. Journal of Trauma-Injury Infection 2002; 4(2): 65-70.
- Swope E.M.: Benefits of proper pain management. In: Marie B.,editör. Core Curriculum for Pain Management Nursing. Vol. 1, Saint Louise, W.B. Saunders, 2002. pp.56-59.
- Uyar M.: Travmalı hastada ağrı kontrolü. Doktor 2003; 17(4): 66-67.
- Wilson J.E., Pendelton J.M.: Oligoanalgesia in the emergency department, Am. J. Emerg. Med. 1989; 7: 620-623.
- Zohar Z., Eitan A., Halperin P., Stolera J., Hadid S., Shemer J., Zveibel F.R.: Pain relief in major trauma patients: an Israeli perspective, The Journal of Trauma 2001; 51 (4):767-772.