



1.AMAÇ: Ağrı değerlendirme skalaları kullanılarak hastanın ağrısının değerlendirilmesi, uygun hemşirelik yaklaşımının planlanarak uygulanması ve hastanın ağrısını en aza indirerek rahatlamasını sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu protokol, ağrılı hastada ağrının şiddetini tespit etmeyi ve tanılama kriterlerine göre kliniklerimizde yatan bütün hastaları kapsar.

3.TANIMLAR:

Ağrı: Mevcut ya da olası doku harabiyeti ile birlikte olan duyuşsal bir deneyim ve hoş olmayan bir duygudur.

Ağrı Taraması:Hastanın ağrı şiddetinin belirlenmesinde hasta gruplarına uygun standardize edilmiş tanılama ve değerlendirme yöntemleri kullanılır.

Ağrı Tanılaması:Hastanın ağrısının yeri,şiddeti,süresi,ağrıyı arttıran ve azaltan nedenler ,günlük yaşam aktivitelerine etkileri ve uyku ile bağlantısının tanımlanmasıdır. Ağrı tanılaması ağrı taramasından elde edilen sonuçları kapsar.

Ağrı Tedavisi: Hastanın tanımladığı ağrının kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin kullanımıdır.

Kontrol altına alınamayan ağrı, olası acil bir durum olarak değerlendirilmeli ve hekime bildirilmelidir.

4. SORUMLULAR:

- Hekimler
- Hemşireler
- Ebeler
- Fizyoterapistler

5.FAALİYET AKIŞI:

5.1. İŞLEM BASAMAKLARI:

a)İşlem öncesi hasta bilgilendirilir.

b)Hastanın sosyo- demografik bilgilerini, hastalıklarını ve kullandığı ilaçları içeren ayrıntılı öykü alınır. Ağrı ile ilgili öyküde, ağrının yeri, şiddeti, niteliği (keskin, künt, batıcı, yanıcı, ezici, zonklayıcı vb.), başlangıç süresi, ağrıyı arttıran/ azaltan durumlar ve hastanın ağrıya yanıtına ait bilgiler alınır.

Hastanın sözüne itimat edilir, hasta “ağrım var” diyorsa mutlaka değerlendirilir.

Ağrıya yönelik hemşirelik bakım planı hazırlanır ve plan doğrultusunda;

- ❖ Ağrıya yönelik pozisyon verilir.
- ❖ Extremiteler yastıkla desteklenir.
- ❖ Ağrıyla baş etme yolları anlatılır.
- ❖ Ağrı kaynaklı endişeler konuşarak giderilir.
- ❖ Ağrının devamlılığı kontrol edilerek hekime bilgi verilir.
- ❖ Doktor onayıyla analjezik uygulanır.



- ❖ Ağrısı, hijyenik bakımını yapmasına engel oluyorsa, protokollere uygun bakım verilir.
- ❖ Ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama yapılır.

c)Uygulamalardan sonra hayati belirtiler ve ağrı düzeyi yeniden değerlendirilir.

d)Kullanılan malzemeler temizlenip kaldırılır.

e)Elde edilen tüm gözlem bulguları kayıt edilir.

- Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir.
- Ağrı değerlendirmesi ağrı öncesi ve uygulama sonrası yapılır.
- Ağrı skoru ve hemşirelik girişimleri Ağrı Değerlendirme Formuna ve hemşire bakım planına kayıt edilir.

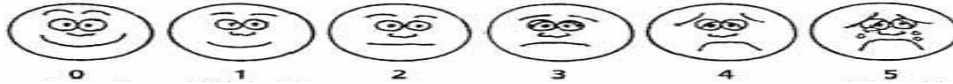
Hastanemizde Kullanılan Ağrı Değerlendirme Skalaları Şunlardır;

0-12 ay bebeklerde NIPS Ağrı Değerlendirme Skalası kullanılır.

NIPS AĞRI DEĞERLENDİRME SKALASI (0-12 ay)			
	0	1	2
YÜZ İFADESİ	Kaslar gevşek-rahat yüz, nötral ifade	Yüzünü buruşturma-gergin yüz kasları, alın kırışıklığı, burun, ağız ve çenede negatif yüz ifadesi	-
AĞLAMA	Sakin-ağlama yok	İnleme, hafif sızlanma, aralıklı ağlama	Güçlü ağlama- sesli bağırma, keskin ses, devamlı ağlama
SOLUNUM ŞEKLİ	Bebek için rahat-normal şekilde	Gergin, düzensiz, normalden hızlı yada nefes tutması mevcut	-
KOLLAR	Rahat- kaslarda sertlik yok, olağan kol hareketleri mevcut	Gergin, kollar düz, sert ve/veya hızlı ekstansiyon, fleksiyon	-
BACAKLAR	Rahat- kaslarda sertlik yok, olağan bacak hareketleri	Gergin, bacaklar düz, sert ve/veya hızlı ekstansiyon, fleksiyon	-
UYANIKLIK DURUMU	Uykuda/ uyanık- sessiz, huzurlu, uykuda veya uyanık ve rahat yerleşimli	Uyanık huysuz, huzursuz ve kıvranan	-

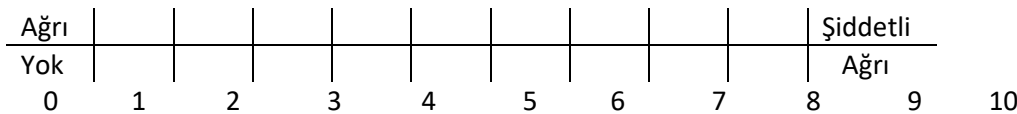
1-7 yaş çocuk ve konuşamayan erişkin hastalarda yüz skalası kullanılır. 7 yaş üzeri ve bilinci açık hastalarda ise numerik skala kullanılır.

Yüz Skalası (1-7 yaş çocuk ve konuşamayan erişkin hastalarda kullanılır)



0 Çok hafif ağrı 1 Hafif ağrı 2 Biraz şiddetli ağrı 3 Şiddetli ağrı 4 Çok şiddetli ağrı 5

Numerik Skala (7 yaş üzeri ve bilinci açık hastalarda kullanılır)



Kendini ifade edemeyen çocuklarda davranışsal ağrı skalası kullanılır.



DAVRANIŞSAL AĞRI SKALASI (ÇOCUKLAR)			
	0	1	2
YÜZ İFADESİ	Gevşek, rahat yüz ifadesi	Gergin yüz ifadesi, buruşuk alın ve yüz	Sıklıkla kaş çatma, çene sıkma ve çenede titreme
AĞLAMA	Sessiz ağlamıyor, uyuyor ya da uyanık	Uysal dinleme, aralıklı ağlama ve şikayetçi olma	(entübe değilse)devam eden gürültülü bağırma, çılgılık-(entübe ise) yüz hareketlerinden anlaşılan sessiz ağlama
NEFES ALMA	Rahat,güçlük yok	Solunum sesinde artma, solunumda güçlüğü gergin görüntü	Nefes alıp vermede zorlanma, soluk soluğa kalma, solunum sayısında artma
AKTİVİTE	Rahat kolayca hareket edebilir	Kıvrınma,öne-arkaya hareket etme, gergin olma	Fleksiyon veya çekme, tekmeleme, bacakları yukarı kaldırma, ağrıdan kurtulmaya çalışma
TESELLİ	Rahat	Bazen dokunma ve konuşma ile güven verilebilir.	Rahatlatılması ve tesellisi zor

Entübe, sedatize yoğun bakım hastalarında ve kendini ifade edemeyen erişkin hastalarda davranışsal ağrı ölçeği kullanılır.

DAVRANIŞSAL AĞRI ÖLÇEĞİ (ERİŞKİN)				
(Entübe, Sedatize Yoğun Bakım Hastalarında ve Kendini İfade Edemeyen Erişkin Hastalarda)				
	1	2	3	4
YÜZ İFADESİ	Rahat	Kısmen gergin	Tamamen gergin (gözlerini kapama)	Yüzünü buruşturma
ÜST EXTREMİTELER	Hareket yok	Kısmen bükülmüş	Parmak fleksiyonuyla tamamen bükülmüş	Sürekli kasılma (retraksiyon)
VENTİLASYONLA UYUM	Ventilasyonu tolere ediyor	Öksürüyor fakat çoğu zaman ventilasyonu tolere ediyor	Ventilatörle uyumsuz	Ventilasyonu kontrol edemiyor

Ağrı Değerlendirme Sıklığı

Hastanın ağrısı ortadan kalkana veya hedeflenen seviyeye düşene kadar, yapılan tedavi göz önünde bulundurularak değerlendirme sıklığı ayarlanır (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1.

Tedavi/ Girişim	Ağrı Değerlendirme Sıklığı
Oral Tedaviler	• Uygulamadan 1- 2 saat sonra
IV Tedaviler	• Uygulamadan 15- 60 dakika sonra
Non-farmakolojik Girişimler	• Uygun aralıklarla
	• İlk 6 saat için her saat,
Majör cerrahilerde	• İkinci 6 saat için 2 saatte bir kez,
Majör cerrahilerde	• Takip eden 12 saat için 4 saatte bir kez,



Cerrahi Girişimler

Orta

ölçekli

- İlk 2 saat için 15 dakikada 1 kez,

cerrahilerde

- Takip eden 4 saat için saatte bir kez

Minimal

- İlk 1 saat için 15 dakikada 1 kez

Skala değerlendirmesinde çıkan skora göre ağrının yeniden değerlendirme sıklığı şöyledir;

- Ağrı yok, 6 saatte bir değerlendirilir.
- Hafif ağrı, 4 saatte bir değerlendirilir.
- Orta şiddette ağrı, 2 saatte bir değerlendirilir.
- Şiddetli ağrı, saatte bir değerlendirilir