

DERLEME

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Özgül KARAYURT*

Özay AKYOL**

Alınış Tarihi:4.05.2007

Kabul Tarihi:27.08.2007

ÖZET

Yoğun bakım üniteleri en iyi teknolojiler ve iyi yetişmiş personelle donatılmasına rağmen ağrı yeterince önemsenmemektedir.

Tüm yoğun bakım hastalarının ağrı için yüksek riskli oldukları bilinmektedir. Ödem, enfeksiyon, iskemi immobilizasyon, invaziv ve non invaziv araçların kullanımı ağrıya neden olabilir. Uygulanan hemşirelik girişimleri de (aspirasyon, çevirme, pansuman değişimi, vb.) ağrının nedeni olabilir. Özellikle entübe ve sedasyonda olan, bilinci bozulan yoğun bakım hastaları sözel iletişim kuramadıklarından ağrılarını ifade edemeyebilir. Ağrının değerlendirilmesinde en güvenilir kaynak hastanın kendisidir. Bu nedenle yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesinde sözlü ve sözsüz parametrelerin, ağrıya verilen davranışsal belirtilerin bulunduğu ölçeklerin kullanılması önemlidir.

Yoğun bakım hemşirelerinin hastayla en fazla birlikte olan ekip üyesi olmaları, onları yakından izlemeleri nedeniyle ağrının değerlendirilmesi ve giderilmesinde büyük sorumlulukları vardır.

Bu makalede yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesinin önemi, ağrıya neden olan faktörler, ağrının belirtileri, yoğun bakım hastasında ağrı değerlendirmesini etkileyen faktörler ve ağrı değerlendirilmesinde kullanılacak ölçeklere yer verilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, ağrı değerlendirme ölçeği, hemşirelik

ABSTRACT

Assesment of Pain in Intensive Care Patients

Pain might be neglected in intensive care units although they are equipped with the state of art technologies and well-educated staff.

It is known that all intensive care patients are at high risk of pain. Eudema, infection, ischemia, immobilization, using invasive or non-invasive equipment may cause pain. In addition, used nursing interventions such as aspiration, changing patient position may excite pain. Especially patients who are exposed to intubation, those with disturbed consciousness, those who are sedated may not report their pain since they cannot communicate verbally. Actually, the most reliable source of information for evaluation of pain is patients themselves. For this reason, there must be scales which include verbal and non-verbal parameters, behavioral responses to pain in intensive care units.

Critical care nurses play the most important role in evaluation and relief of pain in intensive care patients since they are the staff who spend time most with the patients and follow them closely.

This article is about the importance of pain evaluation, causes of pain, signs of pain, factors which affect pain evaluation and scales which can be used for pain evaluation in intensive care patients.

Keywords: Critical care unit, pain assesment scale, nursing

* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Yard. Doç. Dr)

** Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Yüksek Lisans Öğrencisi)

GİRİŞ

Yoğun bakım hastalarında yaygın olarak görülen ağrı, hastaların pek çoğu tarafından hafiften şiddetliye kadar deneyimlenmektedir (Pasero 2003). Puntillo (1990) Amerika'da iki hastanede yapılan bir çalışmada, yoğun bakımdan çıktıktan sonra görüşülen 24 hastanın, %63'ünün hafiften şiddetliye ağrı yaşadıklarını göstermiştir. Bruster ve arkadaşları (1994), İngiltere'de yoğun bakım-da yatan 5150 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %61'nin ağrı yaşadığını, %33'ünün ise neredeyse sürekli ağrılı olduğunu saptamışlardır.

Yoğun bakım hastalarında yetersiz ağrı yönetiminin pulmoner komplikasyonlar, ciddi vazokonstriksiyon, oksijen tüketiminde artma, doku iskemisi, depresyon ve anksiyete gibi fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlara neden olduğu, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Stanik- Hutt 1998, Chong and Burchet 2003). Bu kanıtların ışığında yoğun bakım hastalarında ağrıyı yönetmek önemlidir.

Bu makale, yoğun bakım ünitesinde ağrı yönetiminde, büyük sorumlulukları olan hemşirelere rehber olması amacıyla yazılmıştır. Makalede, yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesinin önemi, ağrıya neden olan faktörler, ağrının belirtileri, yoğun bakım hastasında ağrı değerlendirmesini etkileyen faktörler ve ağrı değerlendirilmesinde kullanılacak ölçeklere yer verilmektedir.

YOĞUN BAKIM HASTASINDA AĞRIYA NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Yoğun bakım hastasında ağrıya neden olan faktörlerin akut hastalık, cerrahi girişimler, travma, invaziv/noninvaziv araçlar ve immobilite olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hemşirelik ve tıbbi girişimlerin de (aspirasyon, pozisyon verme, pansuman değişimi, katater yerleşimi ve çıkartılması, endotrekeal

tüp yerleştirilmesi ve çıkartılması) ağrının nedeni olabildiği gösterilmiştir (Pasero 2003, Chong and Burchet 2003, Stanik- Hutt 1998, Puntillo 1990). Puntillo ve arkadaşları (2001), yoğun bakım ve acil hastalarında yaptığı çalışmada (n=6000), hastaların yaşadığı ağrının yaygın olarak uygulanan altı işlemle ilişkili (çevirme, drenlerin çıkartılması, trakeal aspirasyon, femoral kateterin çekilmesi, santral venöz kateter yerleştirilmesi, yara pansumanının değiştirilmesinin) olduğunu saptamışlardır. Stanik ve arkadaşları (2001), yoğun bakım ünitesinde travma nedeniyle yatan hastaların %96'sı yaralanmalarından dolayı %36'sı santral venöz kateterler, arteriyel kateterler, göğüs tüpleri, nazogastrik tüpler, foley kateterler ve ortopedik fiksasyon araçları ve yara direnleri nedeniyle ağrı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Young ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, 44 yoğun bakım hastasının pozisyon verilmesi ve göz bakımı öncesi ve sonrası ortalama ağrı puanı davranışsal ağrı ölçeği kullanılarak (0-12) karşılaştırılmış, pozisyon verilmeden önce ağrı puanı 3.36 iken verildikten sonra 5.02'ye yükseldiğini belirtmişlerdir. Göz bakımı öncesi sonrası ortalama ağrı puanı arasında bir farklılık saptamamışlardır.

YOĞUN BAKIMDA AĞRI DEĞERLENDİRMESİNİ ENGELLEYEN FAKTÖRLER

Ağrının çok boyutlu doğası ve subjektifliği nedeniyle objektif olarak değerlendirmesinin oldukça güç olduğu belirtilmektedir. Yoğun bakımda ağrı değerlendirmesini engelleyen faktörler hastaların iletişiminin sınırlı olması, hastaların hızla değişen hemodinamik durumları, bilgi eksikliği, yoğun bakım hastaları için standart ağrı değerlendirme aracının kullanılmaması olarak belirtilmektedir (Shannon and Bucknall 2003, Erdek 2003, Pasero 2003).

Hastaların İletişimlerinin Sınırlı Olması

En güvenilir ağrı belirtisi, hastanın sözel ifadesidir. Fakat yoğun bakım hastalarında entübasyon, sedasyon, bilinç kaybı ve yorgunluk hastaların sözel olarak ağrı ifadesini engellemektedir (Shannon and Bucknall 2003, Erdek 2003, Pasero 2003). Yoğun bakım hasta-ları sıklıkla bilinçsiz ve değerlendirilmesi zor olduğu için, hafifletilemeyen ve tedavi edilemeyen ağrı yönünden yüksek risk grubunda ele alınmaktadır (Pasero 2003, Stanik- Hutt 1998, Young et al. 2006).

Hastaların Hızla Değişen Hemodinamik Durumları

Yoğun bakım hastalarının, hemodinamik durumlarının hızla değişmesi nedeniyle acil gereksinimlere öncelik verilebildiği için ağrı değerlendirilmesi ihmal edilebilmektedir (Shannon and Bucknall 2003).

Bilgi Eksikliği

Ağrının tanınması ve yönetiminde, hekim ve hemşirelerin bilgi düzeyinin de önemli olduğu belirtilmektedir (Pasero 2003, Erdek 2003). Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin, entübe veya bilinç düzeyi azalmış hastada, ağrıyı nasıl değerlendirdiklerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %39.6'sı yoğun bakım hastasında ağrıyı nasıl değerlendireceklerini bilmediğini, %37.4'ü ise hastanın davranışlarını izleyerek ağrıyı değerlendirdiğini, %22'sinin ağrı ölçeği kullandığını belirtmiştir (Eti-Aslan ve ark. 2003).

Yoğun Bakım Hastaları İçin Standart Bir Ağrı Değerlendirme Aracının Olmaması

Ağrı tanınmasında ağrı değerlendirme araçlarının kullanılması önerilmektedir. Zaman almayan, doğru, basit bir ağrı değerlendirme aracı yoğun bakımda değerlidir. Ağrı yönetiminin kaydı yoksa hasta bakımının devamlılığını sağlamak çok zordur. Yoğun bakımda ağrı değerlendirmesinin

kayıt edilmesi ile ilgili az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar, tıbbi dosyaların, muayenelerin ve görüşmelerin gözden geçirilmesine dayanmakta ve ağrı tedavisinin yetersizliğini vurgulamaktadır (Gelinas et al. 2004, Blenkarn et al. 2002, Odhner et al. 2003).

Gelinas ve arkadaşları, (2004) hasta dosyalarının gözden geçirilmesiyle, entübe yoğun bakım hastalarının ağrısını tanımlamak amacıyla yaptıkları retrospektif çalışmanın sonucunda, hastaların dosyalarında birçok potansiyel ağrı göstergesinin (vücut hareketleri, ventilatöre uyumsuzluk, iletişim çabası, yüz ifadeleri ve muayeneye reaksiyon) kaydedildiğini göstermişlerdir. Ancak bu kayıtların genellikle eksik olduğunu, hemşireler ve hekimlerin tüm bu gözlemlerini, tıbbi dosyalara kaydetmediğini belirtmişlerdir. Puntillo ve arkadaşları (2002), abdominal veya torasik cerrahi sonrası yoğun bakımda olan entübasyon, sedasyon nedeniyle iletişimi sınırlı hasta grubunda ağrı tanılama ve girişim kaydetme aracının Ramsay sedasyon ölçeği ile birlikte hemşireler tarafından kullanımını incelemişlerdir. Çalışmaya katılan 11 hemşireden 10'u ağrının ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde aracın sistematik bir metot olduğunu belirtmişlerdir.

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA AĞRININ BELİRTİ VE BULGULARI

Ağrılı uyarıların algılanmasında talamus ve korteks önemli yapılardır. Ağrı mekanizmasında talamusun görevi, ağrılı uyarının kortekse iletilmesini sağlamaktır. Ağrının merkezinin talamus olmasına karşın ağrı algısının doğduğu yer kortektir. Ancak ağrı algısı, hastanın daha önceki ağrı deneyimleri, emosyonel durumu ve kognitif fonksiyonları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir ve bu faktörler aynı

zamanda hastanın ağrıya verdiği tepkileri de etkilemektedir. Orga-nizma ağrıya otonomik (fizyolojik), psikolojik ve kas iskelet sisteminde oluşan değişimlerle (davranışsal) tepki vermektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin ağrı nedeniyle oluşan belirtileri bilmesi, hastaların ağrısının değerlendirilmesinde yardımcı olacaktır (Badir ve Eti- Aslan, 2003).

Psikolojik Belirtiler

Konfüzyon, anksiyete, korku, öfke, zihinsel ve sözel işlevlerde değişimler, kızgınlık, huzursuzluk psiko-lojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Pasero 2003).

Fizyolojik Belirtiler

Ağrı, otonom sinir sistemini aktive eder. Sempatik sinir sisteminin akut ağrıya yanıtı, terleme, göz yaşarması, bulantı ve kusma, solgunluk, kan basıncı, kalp hızı ve solunumda artma, parasempatik sinir sisteminin ise ağrıya yanıtı kan basıncı, kalp hızı ve solunumda azalmadır (Cheever 1999, Brown et al. 2004).

Davranışsal Belirtiler

Ağrı nedeniyle kas iskelet sisteminde oluşan tepkiler, kasılma, yumruk sıkma, hasara uğrayan organ ya da bölgenin uyarandan uzağa çekilmesi, hareketsiz kalma, dişini sıkma, başını öne doğru eğme ve yüzünü buruşturma, ritmik hareketlerle sallanma, tekmeleme, kişiye özgü pozisyon ve postür olarak belirtilmektedir. Ağrıya karşı verilen bu tepkiler her ne kadar bireysel de olsa ağrısını bildirmede güçlük çeken hastalarda geneldir ve ağrı davranışı olarak tanımlanmaktadır (Pasero 2003, Badir ve Eti-Aslan 2003).

Davranışsal ve fizyolojik belirtiler, sedatize olan yoğun bakım hastalarının ağrısını değerlendirmede birlikte kullanılmalıdır (Pasero and McCaffery 2000, Puntillo 2003, Pasero 2003, Herr et al. 2006).

YOĞUN BAKIMDA AĞRI ŞİDDETİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Hastanın ve sağlık ekibinin ağrıya yaklaşımı, tıbbi öykü, geçmiş ağrı deneyimleri, sosyoekonomik durum, yaş ve kronik analjezik kullanımından etkilenmektedir.

Ağrıyı Değerlendirmede Öncelik Sırası;

- 1- Hastanın kendi ağrı ifadesi
- 2- Ağrıya neden olabilecek patolojik durum veya işlemlerin varlığı
- 3-Davranışsal belirtiler
- 4-Fizyolojik belirtileri içermektedir (Pasero 2003).

1-Hastanın Kendi Ağrı İfadesi

Hastanın kendi ağrı bildirimini ağrı şiddetini değerlendirmede birinci sırada yer almaktadır. Çünkü bu, hastanın ağrısının en güvenilir belirtisidir. Yoğun bakım hemşireleri, hastanın durumu uygun oldukça, sözlü ağrı bildirimini almaya çalışmalıdır. Yoğun bakım hastalarının ağrının değerlendirilmesinde evet veya hayır yanıtı kabul edilebilir. Örneğin, hasta uyanık fakat kollarını hareket ettiremiyorsa ya da konuşmıyorsa gözlerini bir defa kapatarak ağrısının olduğunu, iki defa kapatarak ağrısının olmadığını ifade edebilir.

2- Ağrıya Neden Olabilecek Patolojik Durum veya İşlemlerin Varlığı

Hastanın travma ya da cerrahi bir işlem geçirmesi, endotrakeal tüp yerleştirilmesi ve çıkarılması gibi patolojik durum ve işlemlerin ağrıya neden olduğu bilinerek ağrı değerlendirmesi ve yönetimi planlanmalıdır.

3-Davranışsal Belirtiler

Hastanın ağrıya verdiği dişlerini sıkma, yüzünü buruşturma, gözlerini kapatma, kasılma gibi davranışsal tepkiler ağrı şiddetini değerlendirmede, üçüncü sırada yer almaktadır.

4-Fizyolojik Belirtiler

Kan basıncında, kalp hızı ve solunum sayısında artma, oksijen saturasyonunda azalma gibi fizyolojik belirtiler ağrı değerlendirmesinde dördün-cü sırada yer almakta ve sedasyonda olan hastalarda davranışsal belirtilerle birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (Pasero

2003, Chong and Burchet 2003, Stanik-Hutt 1998).

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA KULLANILMASI ÖNERİLEN AĞRI DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

Ağrının şiddetini değerlendirmede en güvenilir kaynak hastanın kendisi olduğu için, yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesi oldukça zordur. Bugün tüm yoğun bakım hastaları için uygun, evrensel ağrı değerlendirme aracı yoktur. Hastaların

durumuna göre farklı araçlara gereksinim duyulmaktadır.

Ağrı değerlendirmesinin kaydı, etkili ağrı yönetimini sağlayarak hastanın ağrısını azaltacaktır. Bu da yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesinde önerilen ağrı değerlendirme araçlarının kullanılması ile mümkün olacaktır. Literatürde belirtilen yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirmede kullanılacak ölçekler aşağıda özetlenmiştir.

Davranışsal Ağrı Ölçeği

Tablo 1. Davranışsal Ağrı Ölçeği

Değerlendirme Parametreleri	Davranışsal Belirtiler	Girişimden Önce	Girişimden Sonra	Açıklama
Yüz ifadesi	1.Rahat			Sakin, rahat bir yüz, doğal ifade “rahat” olarak tanımlanır
	2.Kısmen gergin			
	3.Tamamen gergin (gözlerini kapama)			
	4.Yüzünü buruşturma			
Üst Extremiteler	1.Hareket yok			Kaslarda sertlik olmaması, ya da zaman zaman rasgele hareketler “hareket yok” olarak tanımlanır.
	2.Kısmen bükülmüş			
	3.Parmak fleksiyonuyla tamamen bükülmüş			
	4.Sürekli kasılma (retraksiyon)			
Ventilasyonla Uyum	1.Ventilasyonu tolere ediyor			Ventilasyona tepki göstermemesi “ventilasyonu tolere ediyor” olarak yorumlanır
	2.Öksürüyor fakat çoğu zaman ventilasyonu tolere ediyor			
	3.Ventilatörle uyumsuz			
	4.Ventilasyonu kontrol edemiyor			

Kaynak: Payen et al. (2001) Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale'den uyarlanmıştır.

Kendini sözlü ifade edemeyen çocuklarda ağrı davranışlarını değerlendirmek amacıyla, 1993 yılında, hastanın vücut duruşunu, yüz ifadesini, ekstremite ve ventilasyonla uyumunu içeren 'Davranışsal Ağrı Ölçeği' geliştirilmiştir. Ölçeğin erişkin yoğun bakım hastaları için geçerlik ve güvenilirliği Payen ve arkadaşları tarafın-

dan test edilmiş ve yoğun bakım hastalarında kullanılabilir hale getirilmiştir. Davranışsal ağrı ölçeği (DAÖ), yüz ifadesi, üst ekstremiteler hareketleri ve mekanik ventilasyona uyum olmak üzere üç bölüm ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her bir bölüme 1-4 arasında bir puan verilmektedir. Ölçekten elde edilen en düşük ağrı puanı 3 ve en yüksek ağrı puanı 12'dir. Puanın

artması, ağrı şiddetinin arttığını göstermektedir. Birinci maddeler ağrının olmadığını, ikinci maddeler hafif, üçüncü maddeler orta, dördüncü maddeler ise şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır (Tablo 1). DAÖ'nin güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0.94 olarak bildirilmiştir (Payen et al. 2001, Badır ve Eti-Aslan 2003). Davranışsal ağrı ölçeğinin yoğun bakımda sedasyonda olan hastalarda "Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği" ya

da "Motor Hareket Değerlendirme Ölçeği" ile birlikte kullanılması önerilmektedir (Payen et al. 2001).

Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği

Ramsay sedasyon düzeyi ölçeği 1974'te hastanın sedasyon düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek sedasyon düzeyini 1'den 6'ya kadar puanlayarak tanımlamaktadır. Puanın artması sedasyon düzeyinin arttığını göstermektedir (Tablo 2) (Puntillo et al. 2002).

Tablo 2. Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği

Hastanın Tepkileri	Puan
Hasta anksiyöz, ajite, huzursuz	1
Hasta oryante, koopere ve sakin	2
Hasta yalnızca komutlara yanıt veriyor	3
Hafifçe sarsma ya da yüksek sesle uyarana yanıt veriyor	4
Hafifçe sarsma ya da yüksek sesle uyarana yavaş yanıt veriyor	5
Hafifçe sarsma ya da yüksek sesle uyarana yanıt yok	6

Kaynak: Puntillo et al. (2002) Use of a pain assessment and intervention notation (P.A.I.N.) tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluations'dan uyarlanmıştır.

Motor Hareket Değerlendirme Ölçeği (MHDÖ)

Yoğun bakım hastalarında sedasyon ve ajitasyon düzeyini değerlendirmek için Devlin ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Motor hareket derlendirme ölçeği (MHDÖ), mekanik ventilasyondaki hastanın aşırı doz sedasyon alma riskini azaltarak, sedasyon ajanının uygun dozda verilmesini, uzun süreli sedasyon alanlarda mekanik ventilasyonda kalma süresi ve yoğun bakımda kalma süresinin

azaltılmasını sağlamaktadır. MHDÖ'nün güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0.83 olarak bulunmuştur. MHDÖ, 0 ile 6 puan arasında değerlendirilir. Sıfır puan, hastanın ileri derecede, 1-2 puan hafif derecede sedasyonda olduğunu, 3-sakin ve huzurlu, 4-6 puan ise hastanın huzursuz ve ajite olduğunu göstermektedir. Puan arttıkça huzursuzluk ve ajitasyonun derecesi artmaktadır (Tablo 3).

Ağrılı uyarın orbital, sternal veya tırnak diplerine kuvvetli olarak uygulanmalıdır (Devlin et al. 1999).

Tablo 3. Motor Hareket Değerlendirme Ölçeği

PUAN	YANIT	AÇIKLAMA
0	Cevapsız	Ağrılı uyarınla hareket yok
1	Yalnızca ağrılı uyarına cevap verme	Ağrılı uyarınla ekstremitelerini hareket ettirme, gözlerini açma ya da uyarına doğru başını çevirme
2	Dokunma ya da ismine cevap verme	Yüksek sesle ismi söylendiğinde ya da dokunulduğunda ekstremitelerini hareket ettirme, gözlerini açma ya da uyarına doğru başını çevirme
3	Sakin ve koopere	Hareket için dışarıdan uyarı gerekmez, çarşafını düzeltir emirlere uyar

4	Huzursuz ve koopere	Hareket için dışarıdan uyarı gerekmez, çarşafını atar, üstünü açar tüplerini çıkartır ve emirlere uyar
5	Ajite	Hareket için dışarıdan uyarı gerektirmez, yatağın dışına çıkmaya çalışır, emirlere uymaz
6	Tehlikeli olarak ajite, ve koopere değil	Hareket için dışarıdan uyarı gerektirmez, hasta tüp ve kateterlerini çıkartır. Bir taraftan bir tarafa döner, çalışanlara vurur, yatağın dışına çıkmaya çalışır, sakinleştirilemez.

Kaynak: Devlin et al. (1999); Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with the mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit'den uyarlanmıştır.

Çocuklar İçin Davranışsal Ağrı Ölçeği

Yüz ifadesi, bacaklar, hareket, ağlama ve teselli olma ölçeği, Merkel ve arkadaşları tarafından 1997 yılında çocuklarda ağrıyı değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bu araç; yüz ifadesi, bacaklar, hareket, ağlama ve teselli

olmayı içeren beş bölümden oluşmaktadır. Her bir bölüm 0–2 puan olmak üzere ölçek toplam puan 0–10 puan arasında değerlendirilir (Merkel et al. 1997). Ağrı puanının artması ağrı şiddetinin arttığını göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Çocuklar İçin Davranışsal Ağrı Ölçeği

Değerlendirme Parametreleri	0	1	2
Yüz	Yüzde ifade veya gülümseme yok	Bazen yüzünü buruşturma, kaşlarını çatma	Devamlı olarak kaşlarını çatma, çenenin titremesi
Bacaklar	Normal pozisyonda veya gevşemiş	Huzursuz, gergin	Tekmeleme
Hareket	Normal pozisyon, normal hareket, sessizce yatış	Yerinde duramama, ileriye doğru yönelme, gergin	Sert, ani hareketler, sıçrama
Ağlama	Ağlama yok (uyanık veya uyuyor)	İnleme, bazen keyifsiz	Durmadan ve hıçkırarak ağlama, sıklıkla keyifsiz
Teselli olma	Memnun, mutlu, rahat	Dokunmakla, sarılıp kucaklamakla, konuşmak ve dikkatini dağıtmakla rahatlar	Rahatlatmak ve teselli etmek zordur.

Kaynak: Merkel et al (1997) The FLACC: A behavioral scale for scoring post-operative pain in young children'dan uyarlanmıştır.

Yetişkinler İçin Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği

Bu ölçek, çocuklarda ağrı değerlendirilmesinde kullanılan davranışsal ağrı ölçeği temel alınıp yetişkin hastalara uygun olarak yeniden düzenlenmesi ile oluşturulmuştur.

Çocuklar için davranışsal ağrı ölçeğinin ağlama, bacaklar ve teselli olma bölümleri çıkartılarak uyanıklık, fizyoloji (yaşam bulguları) ve solunumu değerlendirme bölümleri eklenmiştir. Yetişkinler için sözel olmayan ağrı ölçeği beş bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin her biri 0–2 puan arasında değerlendirilir.

dirilmekte olup toplam puan 0–10 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0–2 puan ağrı yok, 3–6 puan hafif ağrı ve 7–10 puan şiddetli ağrıyı göstermektedir. Hastanın konfo-

runu en üst düzeyde tutmak için, girişimlerden önce ve sonra dört saatte bir ağrı değerlendirilmesi için kullanılması önerilmektedir (Tablo 5) (Odhner et al. 2003, Wegman 2005).

Tablo 5. Yetişkinler İçin Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği

Değerlendirme Paraetreleri	0	1	2
Yüz	İfade veya gülümseme yok	Bazen yüzünü buruşturma, ağlama, kaşlarını çatma, başını öne doğru eğme	Sıklıkla yüzünü buruşturma, ağlama, kaşlarını çatma, başını öne doğru eğme
Hareket	Sessizce yatış, normal pozisyon	Dikkatli ve yavaş hareket etme	Huzursuz, yerinde duramama, aşırı hareket etme
Uyamıklık	Sessizce yatış Vücudunu ve ellerini hareket ettirememesi	Ağrıyan vücut bölgesinde gerginlik, hassasiyet	Katı, sert görünüm
Fizyoloji (yaşam bulguları)	Stabil yaşam bulguları 4 saat içinde değişiklik yok	4 saat içinde *SKB>20mmHg artma Kalp hızı>20/dk artma **SS>10/dk artma	4saat içinde *SKB>30mmHg artma Kalp hızı>25/dk artma **SS>20/dk artma
Solunum	**SS/ ***SpO2 ventilatöre uyumlu	4 saat içinde **SS>10 veya ventilatöre orta düzeyde uyumsuz ***SpO2 %5 azalma	4 saat içinde **SS>20 ventilatöre ciddi uyumsuzluk ***SpO2 %10 azalma

Kaynak: Wegman (2005), Toll for pain assessment 'den uyarlanmıştır.

*SKB= Sistolik kan basıncı, **SS= Solunum Sayısı, ***= SpO2= Oksijen saturasyonu

Sonuç olarak, yoğun bakım hastaları çeşitli düzeylerde ağrı deneyimlemektedirler. Hastaların deneyimledikleri ağrının etkili yönetimi için doğru değerlendirilmesi gereklidir. Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetiminin önemli basamaklarından biri kurumsal politika ve stratejiler geliştirilmesidir.

Bu stratejiler şunlardır;

Tüm yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesinin sistematik olarak yürütülmesi,

Ağrıyı değerlendirmede öncelik sırasının (kendi ifadesi, ağrıya neden olabilecek patolojik durum veya işlemlerin varlığı, fizyolojik ve davranışsal belirtiler) kullanılmasını destekleyen prosedür ve politikaların hazırlanması,

Ağrıyı ifade edemeyen hastalarda önerilen ölçeklerin kullanılması ve kayıt edilmesi,

Bilinçsiz, entübe veya nöromüs-küler bloker alan ve sedatize hastaların ağrı için yüksek riskte oldukları göz önünde bulundurulmasıdır (Pasero 2003).

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile en fazla birlikte olan ekip üyesi olmaları ve onları yakından izlemeleri nedeniyle ağrının değerlendirilmesi ve giderilmesinde büyük sorumlulukları vardır. Ağrı, beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edildiğinden, kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı, ısı gibi dikkatli ve düzenli ölçülmeli, kaydedilmelidir (Pasero and McCaffery 1997, Stanik-Hutt 1998, Haljamae and Stomberg 2003, Sarıcaoğlu ve ark. 2005).

KAYNAKLAR

- Badir A, Eti-Aslan F** (2003). Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir sorun: Ağrı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 7(2): 100–108.
- Blenkharn A, Faughnan S, Morgan A** (2002). Developing a pain assessment toll for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 18:332–341.
- Brown AK, Chiristo PJ, Wu CL** (2004). Strategies for postoperative pain management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 18 (4):703–717.
- Bruster S, Jarman B, Bosanquet N et al.** (1994). National survey of hospital patient. *British Medical Journal* 309: 1542–1546.
- Cheever K** (1999). Reducing the effects of acute pain in critically ill patients. *Dimens of Critical Care Nursing* 18 (3):14–23.
- Chong CA, Burchett, Kenneth, R** (2003). Pain management in the critical care. *CEPD Rewiews* 3: 183–186.
- Devlin JW, Boleski G, Mlynare M et al.** (1999). Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with the mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine* 27: 1271–1275.
- Erdek M** (2003). Pain in the critically ill patient. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 7: 161–165.
- Eti-Aslan F, Badir A, Selimen D** (2003). How do intensive care nurses assess patients' pain?. *Nursing in Critical Care* 8(2): 62–67.
- Gelinas C, Fortier M, Viens C et al.** (2004). Pain assessment and management in critically ill intubated patients: retrospective study. *American Journal of Critical Care* 13(2): 126–135.
- Haljame H, Stomberg MW** (2003). Post-operative pain management- practice guidelines. *Current Anaesthesia & Critical Care* 14: 203–206
- Herr K, Patrick J, Coyne PJ et al.** (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 7(2): 44–52.
- Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR et al.** (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring post-operative pain in young children. *Pediatric Nursing* 23: 293–297.
- Odhner M, Wegman D, Freeland N et al.** (2003). Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimens of Critical Care Nursing* 22(6): 260–267.
- Pasero C, McCaffery M** (1997). Pain Ratings: The fifth vital signs. *American Journal of Nursing* 2.15–16.
- Pasero C, McCaffery M** (2000). When patients can't report pain. *American Journal of Nursing* 10(9): 22–23.
- Pasero C** (2003). Pain in the critically ill patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 6: 422–425.
- Payen JF, Oliver B, Jean-Luc B et al.** (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine* 29(12): 2258–2263.
- Puntillo KA** (1990). Pain experience of intensive care unit patients. *Heart&Lung* 19(5): 526–533
- Puntillo KA, White C, Morris AB et al.** (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from thunder Project II. *American Journal of Critical Care* 10(4):238–251.
- Puntillo KA, Stannard D, Mias-kowski C et al.** (2002). Use of a pain assessment and intervention notation (P.A.I.N.) tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluations. *Heart & Lung* 31(4): 303–314.
- Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Dal D ve ark.** (2005). Yoğun bakımda analjezi ve sedasyon. *Hacettepe Tıp Dergisi* 36: 86–90.
- Shannon K, Bucknall T** (2003). Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive and Critical Care Nursing* 19: 154–162.
- Stanik-Hutt JA** (1998). Protocols for practice: Applying research at the bedside. *Critical Care Nurse* 18(5):85–88.
- Stanik-Hutt JA, Soeken KL, Belcner AE et al.** (2001). Pain experience of traumatically injured patients in a critical care setting. *American Journal of Critical Care* 10(4): 252–259.
- Wegman D** (2005). Tool for pain sssessment. *Critical Care Nursing* 25(1):14–15.
- Young J, Siffleet J, Nikoletti S et al.** (2006). Use of Behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 22: 32–39.