

DERLEME/REVIEW

AĞRI DEĞERLENDİRMESİNDE TEK BOYUTLU ÖLÇEKLERİN KULLANIMI*

Maide YEŞİLYURT **

Saide FAYDALI ***

Alınış Tarihi/Received	Kabul Tarihi/Accepted	Yayın Tarihi/Published
06.01.2019	16.09.2020	30.09.2020

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:

Yeşilyurt M, Faydalı S. Ağrı değerlendirilmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 23(3): 444-451. DOI: 10.17049/ataunihem.508877

ÖZ

Ağrı bireyin yaşamını olumsuz etkileyen bir deneyimdir. Ağrı yönetiminin etkin olup olmadığına karar verebilmek için ağrının geçerli bir ölçüm aracı değerlendirilmesi gerekmektedir. Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece “var ya da “yok” şeklinde değerlendirme yapılması yeterli olmamaktadır. Bu yüzden etkin ağrı yönetiminin ilk basamağı ağrının uygun değerlendirme aracı/araçları ile değerlendirilmesidir. Günümüzde ağrı değerlendirilmesinde tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Bu derlemede, ağrı şiddeti değerlendirilmesinde kullanılan tek boyutlu ağrı ölçekleri ile ilgili bilgi verilecektir.

Anahtar kelimeler: Ağrı; ağrı değerlendirilmesi; ağrı değerlendirme araçları

ABSTRACT

Use of One-Dimensional Scales in Pain Assessment

Pain is an experience that individuals life affect negatively. In order to be able to decide whether or not the pain management is effective, the pain must be assessed with a valid measurement tool. The easiest way to evaluate pain is to ask the patient whether he or she is in pain. However, it is not enough to make an evaluation as “present or not”. Therefore, the first step of effective pain management is evaluating of the pain with appropriate assessment tools / tool. Today, one-dimensional and multidimensional scales are used in assessing pain. In this review, information about the one-dimensional pain scales used in assessing pain severity will be given.

Keywords: Pain; pain assessment; pain assessment tools.

* Bu çalışma 02.11.2017 -05.11.2017 tarihleri arasında II. Uluslararası X. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulmuştur.

****Sorumlu Yazar:** Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Araş. Gör.), Orcid ID: 0000-0003-3365-7829, e-posta: myesilyurt@konya.edu.tr

*** Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Doç. Dr.), Orcid ID: 0000-0001-7923-689X, e-posta: sdfydl@gmail.com

GİRİŞ

Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı 1994 yılında ağrıyı; mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilgili hoş olmayan, duyusal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlamıştır. Bu tanım ağrının birçok boyutunu açıklamaktadır. Ağrının yönetiminde fiziksel boyutunun yanı sıra öznelliğine de dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir (1). McCaffery 1968’de ağrıyı “Ağrı; hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlayarak; bireyin sözlü ya da sözsüz ağrı ifadesini ortaya koymakta ve bireyin ağrı bildirimini göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (2). 1996 yılında Amerikan Ağrı Derneği ağrıyı beşinci yaşam bulgusu olarak ifade etmiştir. Bu tanım bize ağrının hayati belirtilerin bir göstergesi olarak görülebileceğini, bireyin yaşam bulguları alınırken ağrının da kesinlikle değerlendirilip uygun yönetiminin sağlanması gerektiğini göstermektedir (3).

Ağrı değerlendirmesinde interdisipliner bir ekip yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir. Çekirdek ekibi hekim, hemşire ve hastanın oluşturduğu, gerektiğinde anestezi uzmanı, fizyoterapist ve diğer sağlık profesyonellerinin de yer aldığı bu ekipte hemşirelerin vazgeçilmez rolleri vardır (4). Hemşirelerin kendilerinin ve diğer ekip üyelerinin gerçekleştirdiği ağrı giderme önlemlerinin etkinliğini değerlendirmesi önemlidir.

Bu ekip üyeleri içinde ağrı değerlendirme ve kontrolünde hemşirenin görevini diğer ekip üyelerinden ayıran, önemli ve farklı kılan;

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha fazla sürede birlikte olması
- Hasta ile birlikte çalışırken doğru iletişim becerilerini kullanarak hastanın daha önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiği zaman bunlardan yararlanması
- Ağrı ile başa çıkma uygulamalarını hastaya öğretmesi, rehberlik etmesi
- Ağrı ile başa çıkmada farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemleri kullanması
- Planlanan tedavi planını uygulaması ve sonuçlarını izlemesi
- Hasta ile empati kurabilmesidir.

Hemşirenin ağrılı hastaya bakım süreci ilk olarak ağrı değerlendirmesi ile başlar. Süreç içerisinde hastanın ağrısının tekrar tekrar değerlendirilmesi

gerekir. Tedavi ve bakım sürecinde ağrının değerlendirilmesi; düzenli aralıklarla her shift değişiminde, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, ameliyat türü ve beklenen ağrı şiddetine göre belirlenen aralıklarla, her yeni ağrı bildiriminde, parenteral analjezik uygulamasından 30 dakika sonra, oral uygulamalardan bir saat sonra, diğer ağrı giderici işlemlerden sonra yapılmalıdır (5).

Ağrılı hastanın tanı ve tedavisini doğru yönetebilmenin en önemli koşulu, hastanın ağrısının doğru değerlendirilmesi ile başlar. Ağrının şiddetinin değerlendirilmesi ve verilen tedaviye yanıtının gözlenmesi önemli olup, bu ölçümlerin düzenli olarak yapılması gerekmektedir. Ağrı yönetim sürecinde ağrının kişiye özel bir bulgu olması nedeniyle hastanın tüm yönleriyle tanınması önemlidir. Ağrı değerlendirme hemşirelerin bağımsız bir fonksiyonudur. Bunun için hemşirelerin hasta öyküsünü doğru alma, sürekli gözlem yapma ve uygun değerlendirme yöntemlerini kullanma konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Değerlendirme süreci hastanın da aktif bir şekilde katılımı ile gerçekleştirilmelidir.

Ağrılı hastanın değerlendirilmesi öncelikle gözlemlerle başlar. Hastanın davranışları, yüz ifadesi, inlemesi, etkilenen bölgeyi destekleme ovma vb. davranışlarına bakılması gerekmektedir (4,6). Bunun yanında sağlık personelleri arasında ortak bir dil oluşturması için ağrının herkes tarafından kabul edilmiş bir araçla değerlendirilmesi gerekmektedir (7). Ağrının ilk değerlendirilmesinde ve tedavi etkinliğinin izlenmesinde birçok tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Çok boyutlu ağrı ölçekleri ağrının yeri, ortaya çıkış zamanı, şiddeti, tipi, başlatan ve sonlandıran faktörler, ağrının olduğu bölge, kişinin ağrıyı ifadesi gibi ağrının tanımlanmasına ilişkin çoklu faktörleri sorgular. Tek boyutlu ölçekler ise sadece ağrının şiddetini değerlendirme amacı taşır. Tek boyutlu ölçekler ile hastanın ağrı şiddetini sayısal, sözel, görsel ya da bunların birlikte kullanımı ile geliştirilen karma ölçekler ile tanımlaması istenir (Resim 1) (7-14).

Oluşturduğumuz görselde ağrı şiddeti ölçümünde kullanılan bu tek boyutlu ölçeklerin sayısal, sözel, görsel ve karma olarak gruplandırılmış hali sunulmuştur (Resim 1).



* Görsel yazılar tarafından oluşturulmuştur. Yazıya atıf yapılmadan kullanılmamalıdır.

Resim 1. Gruplandırılmış ağrı şiddeti ölçekleri*

Ağrının değerlendirilmesinde hastaların aktif katılımını sağlamak önemlidir. Özellikle hastanın kendi ağrısını değerlendirdiği ve işaretlediği tek boyutlu ağrı değerlendirme ölçeklerinde hastanın ölçeği anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve bunun sonucunda bir karar verip değerlendirme yapması beklenmektedir. Bunun için hastalarda bu ölçeklerden hangisini kullanıldığı önemlidir (15).

Sayısal Ölçekler

Sayısal ölçekler kullanımı kolay ve etkili olduğu için sık kullanılan tek boyutlu ağrı şiddeti ölçekleri arasındadır (16). Sayısal ölçekler 4, 5, 6, 11, 21 ve 101 maddelik ölçek çeşitlerini içerir. Uygulamada hastalardan ağrı şiddetlerini en iyi tanımlayan sayıyı seçmeleri istenir. Sıfır ağrı olmadığını gösterirken, en yüksek sayı ise hayal edilebilecek en kötü ağrıyı ifade eder (17). Sayısal

ölçekler ağrı şiddeti ölçümünde geçerli ve güvenilir bulunduğu için klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (18). Sayısal ölçeklerin yönetilmesi kolay ve skorlaması basittir ayrıca ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırmada, puanlama ve kayıta yararlı oldukları için uygulamada sıklıkla tercih edilirler. Ancak kültürler ve diller arasında sayısal ölçeklerin kullanımı ile ilgili minimal çeviri zorlukları bulunmaktadır (7,19). Yapılan bir çalışmada 11 maddelik sayısal ölçek 65 yaş üstü bireylerde ağrı değerlendirmesi için geçerliliği, güvenilirliği ve tercih edilebilirliğinin yüksek olması nedeniyle en uygun araç olarak görülmektedir. Ayrıca 11 maddelik sayısal ölçeğin hafif-orta derecede bilişsel bozukluğu olan bireylerde de uygun olduğu bildirilmektedir (17).

Sözel Ölçekler

Sözel ölçekler basit/tanımlayıcı ölçek olarak da belirtilmekte olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesi ile değerlendirme yapılmış olur. Ağrı şiddeti hafif ağrıdan dayanılmaz ağrıya kadar sıralanır (7). Sözel ölçekler genelde 4 ya da 5 maddelik bir ölçek olup hastanın kendi ağrısını ifade eden kelimeyi seçmesi ile değerlendirme yapması istenir (20). Kolay uygulanır, skorlaması/puanlaması basittir. Geçerli ve inanılır düzeydedir. Ağrının çok yönlü özelliğini yansıtmada başarısı yüksektir. Ayrıca yaşlı nüfusta daha uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Kullanımdaki dezavantajları ise; ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanmaması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağlı kalma durumlarıdır. Ayrıca literatürde sözel ölçeklerde hastaların uçlardaki kelimelerin yerine ortada yer alan kelimeleri kullanmaya yöneldikleri belirtilmektedir (7).

Görsel Ölçekler

Yüz ağrı ölçeği(YAÖ); Ölçeğin çeşitli türlerinde 6, 7, 9 ya da 11 yüz ifadesi kullanılır. Okuma ve yazma gerektirmediği için kolay bir araçtır ve okuma yazması olmayan bireylerde kullanımı oldukça uygundur. YAÖ hastaların ağrı şiddetini tanımlayan 7 ağırlı yüz ifadesine sahip yatay bir ölçektir (21). Ağrı yoğunluğunu artan düzeyde temsil eden altı yüz ifadesinin görsel tasvirleri kullanılarak ve metrik puanlaması 0-10 şeklinde uyarlanarak kullanım için daha uygun hale getirilmeye çalışılmıştır. Yüz ağrı ölçeği revize hali ağrı şiddeti değerlendirmesinde yetişkin ve pediatrik popülasyonda yaygın olarak kullanılmaktadır (10,18). YAÖ görsel olarak tasvir edilen çeşitli yüz ifadelerine dayanır. Ağrı yoğunluğunu ölçmek için yüz ifadelerinin kullanımı ilk olarak çocuklar arasında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Daha sonra yetişkinler, yaşlılar ve bilişsel bozukluğu olan hasta popülasyonunda kullanılmak üzere doğrulanmıştır. (22). Hunter ve ark. (23) çalışmasında YAÖ hassas ve seçici bulunmuştur. Çocuklarda YAÖ kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda, tüm çocuklarda anlamlı ayırım yapma yeteneğine sahip oldukları vurgulanmaktadır. Kim ve Buschmann'ın (24) çalışmasında yaşlı yetişkinlerde klinik uygulamada ağrı şiddeti ölçümünde 11'li yüz ağrı ölçeği kullanım uygunluğu desteklenmiştir. Van Giang ve ark. (25) çalışmasında yetişkinlerde akut postoperatif ağrı ölçümünde 11'li yüz ağrı ölçeği uygun bulunmuştur. Wong Baker YAÖ klinik

pediatrik uygulamalarda kullanılmak üzere ağrı şiddeti ya da ağrı miktarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ağrı yok ifadesi genellikle gülümseyen yüzle, en çok ağrı ifadesi ise ağlayan yüzle gösterilir. Stuppy'nin (26) çalışmasında belirtildiğine göre, ölçekte gülen ve ağlayan ifadelerin uç noktalarda olmasının kavram kargaşasına yol açtığını ileri sürmüşlerdir. Yine Stuppy'nin (26) çalışmasında belirtildiğine göre Kuttner ve Lepage, en fazla ağrı ifadesine sahip yüz ifadesinde gözyaşı varlığının küçük çocuklar için uygun olabileceğini ancak büyük çocuklar için gelişimsel olarak uygun olmayacağını ileri sürmüşlerdir. Ölçeğin yetişkinler tarafından kullanıldığında gözyaşlarının bir kültürel önyargı ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak oval biçimli yüzler yetişkin görünümü olduğu için yetişkinlerde daha uygun olduğu düşünülmektedir (24,26).

Görsel kıyaslama ölçeği(GKÖ); GKÖ ilk defa 1921 yılında Hayes ve Patterson tarafından geliştirilmiştir. Standart GKÖ genel kabulü ile 100 mm'lik bir hattan oluşan yarı boyutlu, sıralı bir ölçektir. Ölçeğin bilimsel olarak kabul edilen bu standart uzunluğu kolay ve nicel değerlendirme sağlamayı amaçlamaktadır. Duygu durumu ölçmek için ilk olarak kendinden puanlanarak kullanılan GKÖ 1969 yılında Zealley ve Aitken tarafından kullanılmıştır. Ağrılı hastalarda GKÖ ile yapılan çalışmalara bakıldığında yatay olarak GKÖ'nin daha çok kullanıldığı görülmüştür (27).

GKÖ genellikle 10 cm uzunluğunda, yatay ya da dikey, "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir hat olarak tanımlanmaktadır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş de olabilmektedir. Ayrıca ağrı tanımlama için kullanıldığında hat üzerine yerleştirilen ağrı tanımlayıcı ifadelerle de sahip olabilir. GKÖ, tedavi etkilerine karar vermede birçok çalışma için başarılı bir değerlendirme aracı olmuştur (21, 28, 29). GKÖ günlük pratikte ağrının değerlendirilmesi için kullanılan oldukça yaygın bir ölçektir. Bu değerlendirmede 0 -10 arasında değişen ağrı ortalama puanları verilmektedir. Buna göre "0" ağrının olmadığını belirtirken ortalama GKÖ değerinin 1-4 olması hafif, 5-6 olması orta şiddette, 7-10 olması ise şiddetli ağrıyı ifade etmektedir (30). Uygulamada hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arası ağrı şiddetine uyan herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu belirtilir. Hastalar şimdiki ağrılarının yerini tutan çizgideki uzaklığı işaretlerler. İşaretledikleri nokta ve ağrı yok arası mesafe santimetre olarak

kayda alınır (18). GKÖ'nün kullanım sınırlılıklarına bakacak olursak; kavramsal olarak karışık olduğu söylenebilir ayrıca bazı hastalar için zor ve soyut bir kavram ifade edebileceği düşünülmektedir. GKÖ'nün kullanımı ile ilgili zorluklar özellikle yaşlı nüfusta yaygın olan anlama eksikliği ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yaşlılarda GKÖ kullanımı halen tartışmalıdır (31). GKÖ ile ilgili yapılmış araştırmalara bakacak olursak, akut karın ağrısı için GKÖ kullanılarak yapılmış bir çalışmada; GKÖ akut karın ağrısının nicel değerlendirilmesi için ve bu tür klinik ağrılarda önemli değişikliklerin tespiti için uygun bir araç olarak görülmüştür (32). Yaş özellikle GKÖ kullanımında ve uygulanabilirliğinde öncelikli olarak ilişkilidir. Gençlerde ağrı şiddetinin ölçümünde geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, yaşlılar arasında GKÖ kullanımında zorluklar tanımlanmıştır (31).

Analog renkli devamlı ölçek (ARDÖ); GKÖ cetveline benzer bir ölçektir. Ölçeğin bir yüzünde 100 mm'lik bir cetvel diğer tarafında açık pembe renkten koyu kırmızıya kadar gittikçe renk değişikliği olan şerit vardır. Ağrısızlıkla, dayanılmaz ağrı uç noktaları arasında renk farklılığı ve karşılığı olan ölçüler ile değerlendirme yapılmaktadır. (Yeşil renk=Ağrı yok, Kırmızı renk=Hayal edilebilecek en şiddetli ağrı). ARDÖ ile GKÖ sonuçları karşılaştırıldığında benzerlik saptanmıştır. Ancak hastanın renk körlüğü olması, şeritte basılı renklerin solması ya da değişmesi gibi dezavantajları olduğu belirtilmektedir (8,33).

Renklerin kullanıldığı bir diğer ölçek renk çemberi ölçeği (colour circle pain scale) Aziato ve ark. (13) tarafından geliştirilmiştir. Gana'da ameliyat sonrası dönemde yetişkin hastalar üzerinde geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Hastalar tarafından sayısal ölçekler ve Wong Baker YAÖ'ne göre daha yüksek tercih oranına sahip olduğu bulunmuştur.

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını ifade etmekte güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastalarında olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu hasta grupları özellikle hassas popülasyondaki yoğun bakım hastaları, yeni doğanlar, çocuklar olarak ifade edilebilir (5). Bu bölümde hassas gruptaki bu bireyler için kullanılan ağrı değerlendirme ölçekleri ele alınmıştır.

Davranışsal Ağrı Ölçeği; Yoğun bakım ünitelerinde hastalar invaziv girişimler (dre, kateter takılması, endotrakeal tüp uygulanması vs.) gibi birçok ağrı oluşturan nedenlerle karşı

karşıya karşı karşıya kalmaktadır. Bu amaçla sıklıkla yoğun bakım hastalarında ağrıyı değerlendirmek için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği olan Davranışsal Ağrı Ölçeği (DAÖ) kullanılmaktadır. Ayrıca beyin yaralanması, yanığı, deliryumu, bilişsel bozukluğu olan hastalarda da kullanılmaktadır. Yüz ifadesi, üst ekstremiteler hareketleri ve ventilasyona uyumu içeren üç alt ölçekten oluşmaktadır (6,34-36). Yapılan bir sistematik incelemede iletişim kuramayan yoğun bakım hastaları için en uygun ölçeğin Davranışsal Ağrı Ölçeği olduğu belirtilmiştir(37). Davranışsal ağrı ölçeği dışında yoğun bakımda kullanılan geçerlik güvenilirliği sağlanmış diğer ağrı ölçekleri ise Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formu, Yetişkinler için Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği'dir (6).

Oucher-Fotoğrafik Ağrı Ölçeği Oucher ölçeği, çocuğa görüntülerle daha kolay ilişki kurmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Oucher'da iki dikey ağrı skalası vardır: Daha büyük çocuklar için 0-10 arasında sayısal derecelendirme ölçeği ve daha küçük çocuklar için farklı ağrı ifadesi için renkli çocuk yüzleri (ağrı şiddetini, artan seviyelerini gösteren yüzlerin altı fotoğrafı) kullanılır. Ağrı şiddetini 0'dan "acıma yok" 10'a kadar "sahip olabileceğiniz en büyük incinme" olarak değerlendirmesi istenir. Ölçekte gerçek bir çocuk tasvir edilmiştir. Bunun dışında çocuklarda kullanılan ağrı ölçekleri (38, 39);

The Crying, Requires Increased Oxygen Administration, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness (CRIES) Ölçeği; Otuz ikinci gestasyonel haftadan başlayarak yenidoğan ve 6 ay arası çocuklarda özellikle yoğun bakımlarda,

Children and Infants Postoperative Pain Scale (CHIPPS) Ölçeği, Sadece davranışsal maddeleri içeren bu skala 0-5 yaş grubu çocukların ameliyat sonrası akut ağrılarda,

The Faces. Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC) Ölçeği, Altı ay ila 5 yaş arası çocuklarda akut ağrı, postoperatif ağrı ve yoğun bakımdaki akut ağrılarda,

Evaluation Enfant Douleur (EVENDOL) Ölçeği, Sıfır ila 7 yaş grubu arası çocuklarda akut ağrılarda,

Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS), Bir ile 5 yaş arası çocukların akut ve prosedural ağrılarda kullanılmaktadır.

Ağrı ölçekleri ile ilgili hasta tercihleri ve algıları üzerine bazı karşılaştırma çalışmaları yapılmıştır. Eriksson ve ark. (40) ameliyat sonrası dönemde

11 maddelik sayısal ölçek hakkında hasta algısı üzerine yaptıkları çalışmada; hastalara göre sayısal ölçeklerin ağrı yönetiminde önemli olduğu, ağrılarını tanımlamaları için sayısal ölçek ile birlikte diyaloga da ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Ek olarak ağrı şiddetine yönelik algı farklılıklarının belirlenmesinin hastaların bireysel bakım gereksinimlerine ilişkin sağlık profesyonellerine yol göstereceği vurgulanmıştır.

Ameliyat sonrası dönemde 621 Türk hastanın ağrı ölçek tercihlerinin karşılaştırıldığı tanımlayıcı bir çalışmada tercih oranları sırasıyla YAÖ %97.4, sayısal ölçek %88.6, sözel ölçekler %84.1, GKÖ %11.4 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumları ile ölçek tercihleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (41). Tüm bu ölçeklerin örnekleri, avantaj ve dezavantajları Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Tek Boyutlu Ağrı Ölçekleri İle İlgili Bilgiler

Ölçek Tipi	Örnekleri	Avantajları	Dezavantajları
Sayısal ölçekler	4,5,6,11,21 ve 101 maddeli sayısal ölçekler	Ağrı şiddetinin tanımını kolaylaştırır. Puanlama ve kayıta kolaylık sağlar. Güvenilirdir. Skorlaması basittir. Yönetilmesi kolaydır (7).	Kültürler ve diller arasında minimal çeviri zorlukları bulunmaktadır. Okuma yazma bilmeyi gerektirir (19).
Sözel ölçekler	4 maddelik ölçek 5 maddelik ölçek	Uygulaması kolaydır. Sınıflaması basittir. Geçerli ve inanılır düzeydedir. Ağrının çok yönlü özelliğini göstermede başarısı yüksektir (7).	Ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlıdır. Hastaların uç noktalardaki kelimeler yerine ortaldaki kelimeleri seçmeye meyilli olması sayılabilir (7).
Görsel ölçekler	*YAÖ YAÖ revize hali *GKÖ (düz çizgi şeklinde) Analog renkli devamlı ölçek	Okuma yazma bilmeyenler de kolay uygulanır. Küçük çocuklar için uygundur. Yetişkin, yaşlı ve bilişsel bozukluğu olan hastalar için uygundur (10,22). Diğer tek boyutlu ölçeklere göre ağrı şiddeti ölçümünde daha güvenilir ve başarılıdır (7,18). Birden çok görsel kıyaslama ölçeği bulunduğundan her ölçeğin hitap ettiği uygun bir yaş grubunun bulunduğu söylenebilir. Kullanım tercihi hastanın yaş, bilinç gibi özellikleri dikkate alınarak yapılabilir. (31,26).	YAÖ’lerinde gülen ve ağlayan yüz ifadelerin uç noktalarda olmasının kavram kargaşasına yol açtığı düşünülmektedir. Bu ölçeklerde gözyaşı varlığının küçük çocuklar için uygun olabileceğini ancak büyük çocuklar için gelişimsel olarak uygun olmayacağı düşünülmektedir (26). GKÖ bazı hastalar için kavramsal olarak karışık olabilmekte ayrıca zor ve soyut bir kavram ifade edebilmektedir. Anlama eksikliği olan yaşlı nüfusta yüz ifadeleri uygun bulunurken, GKÖ’nin kullanımı zordur (31). Renkli ölçeklerin kullanımında hastanın renk körlüğü olması ya da şeritte basılı renklerin solma ya da değişmesi gibi dezavantajları söz konusudur (8).

*YAÖ: Yüz Ağrı Ölçeği, GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

Karma Ölçekler

Hem sayısal, hem sözel, hem de görsel ifadelerin bir arada bulunduğu bu ölçeklerde hastaların daha kolay anlayıp yorumlama yaptığı bilinmektedir. Sayısal ifadeli GKÖ, Sayısal ifadeli YAÖ, Wong Baker YAÖ, Sözel– sayısal ağrı derecelendirme ölçeği karma ölçeklere örnek verilebilir (5).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hem sağlık personellerinin hem de hastanın değerlendirme aracı ile ilgili bilgi sahibi olması, ölçeği anlayabilmesi, kolay ve pratik bir şekilde kullanabilmesi önemlidir. Özellikle hastanın kendi ağrısının şiddetini ortaya koyduğu tek boyutlu ölçeklerin nasıl kullanılacağını bilmesi, ölçme aracını algılaması ve yanıtlayabilmesi doğru ölçek seçimine bağlıdır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı: Her iki yazar da fikir ve tasarım aşamasının planlanmasında eşit oranda katkı

sağlamıştır. Çalışmanın literatür taraması ve makalenin hazırlanması MY tarafından, çalışmanın değerlendirmesi aşaması ise SF tarafından gerçekleştirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Coll MA, Ameen JRM, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. 2004; 46(2):124-33.
2. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2): 84-93
3. NPC and JCAHO (National Pharmaceutical Council Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations). Pain: Current Understanding of Assessment Management and Treatments. Editor: Patricia H. Berry, C Richard Chapman, Edward C Covington, June L, DahlJeffery A, Katz Christine Miaskowski&Michael J, Mclean. 2001;s21 <http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf> (04 Nisan 2016)
4. Deniz B, Çöçelli, LP, Ovayolu, N, Özgür, S. Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Ağrı. 2008; 20(3):26-36.
5. Eti-Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Editörler: Karadakovan A. Eti-Aslan F. Akademisyen Kitabevi, 2014, 3. Baskı, Ankara, Türkiye, s:127-48.
6. Çelik S. Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Yönetimi.2016. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016;20(1):1-8
7. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 6(1):9-16.
8. Güzeldemir ME. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom. 1995; 6(7):11-21.
9. Jensen MP, Miller LMD, Fisher LD. Assessment of Pain During Medical Procedures: A Comparison of Three Scales. The Clinical Journal of Pain. 1998; 14(4): 343-9.
10. Hicks CL, Von Baeyer C L, Spafford P A, Van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale - Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain.2001; 93(2):173-83.
11. Jenkins L H H, Spencer LE D, Weissgerber L A J, Osborne C L A, Pellegrini CJE. Correlating an 11-Point Verbal Numeric Rating Scale to a 4-Point Verbal Rating Scale in the Measurement of Pruritis. Journal of Perianesthesia Nursing.2009; 24(3):152-5.
12. Oliveira A M, Batalha LM C, Fernandes A M, Gonçalves JC, Viegas RG. Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: linearidade, discriminabilidade e amplitude. Revista de Enfermagem Referência. 2014;4(3): 121-30.
13. Aziato L, Dedey F, Marfo K, Asamani JA, Clegg-Lamprey J N A. Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. BMC Nursing. 2015; 14(42):2-9.
14. Wysham NG, Miriovsky B J, Currow DC, Li JEH, Samsa GP, Wilcock A ve ark. Practical Dyspnea Assessment: Relationship Between the 0 e 10 Numerical Rating Scale and the Four-Level Categorical Verbal Descriptor Scale of Dyspnea Intensity. Journal of Pain and Symptom Management. 2015;50(4): 480-7.
15. Tan S, Özyurt G. Hastaların en kolay anladığı ağrı değerlendirme yöntemi hangisidir? Anestezi Dergisi. 2006; 14(3): 171-5.
16. Tandon M. Singh A. Saluja V. Dhankhar D. Pandey C. Jain P. Validation of a new objective score vs Numeric Rating Scale for the evaluation of acute pain: A comparative study. Anesthesiology and Pain Medicine 2016;6(1):1-5.
17. Van Dijk FMJ. Kappen HT. van Wijk AJM. Kalkman C. Schuurmans JM. The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. Journal of Clinical Nursing. 2012;21:3018-24. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04288.x
18. Li Li, Liu X, Herr K. Postoperative pain intensity assessment: A comparison of four scales in Chinese adults. Pain Medicine.2007; 8(3): 223-34.
19. Hawker AG. Mian S. Kendzerska T. French M. Measures of adult pain. Arthritis Care and Research.2011;63(11):240-52.
20. Edelen OM, Saliba D. Correspondence of Verbal Descriptor and Numeric Rating Scales for Pain Intensity: An Item Response Theory Calibration. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2010; 65(7): 778-85.
21. Doğan KS, Ay S, Oztuna D, Aytur KY, Evcik D. The utility of the Faces Pain Scale in the assessment of shoulder pain in Turkish stroke patients: its relation with quality of life and psychologic status. International Journal of Rehabilitation Research. 2010;33(4): 363-7.
22. Jastrzab G. Kerr S. Fairbrother G. Misinterpretation of the Face Pain Scale-Revised in adult clinical practice.Acute Pain.2009;11(2):51-5.
23. Hunter M. Mcdowell L. Hennessy R. Cassey J. An evaluation of the face pain scale with young children. Journal of Pain and Symptom Management.2000;20(2):122-9.

24. Kim JE, Buschman TM. Reliability and validity of the Face Pain Scale with older adults. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(4):447-56.
25. Van Giang N, Chiu H, Tahi DH, Kuo SY, Tsai PS. Validity, Sensitivity, and Responsiveness of the 11-Face Faces Pain Scale to Postoperative Pain in Adult Orthopedic Surgery Patients. *Pain Management Nursing*. 2015; 16(5):678-4.
26. Stuppy DJ. The Faces Pain Scale: Reliability and validity with mature adults. *Applied Nursing Research*. 1998; 11(2):84-9.
27. Ahearn EP. The use of analog scales in mood disorders: A critical review. *Journal of Psychiatric Research*. 1997; 31(5):569-79.
28. Gücü A, Erdolu B, Ay D, Toktaş F, Eriş C, Vural AH, ve ark. The Evaluation of Patient Satisfaction With Visual Analog Scale After Treatment of Varicosities With Endovenous Laser Ablation: Case Series. *Damar Cerrahi Dergisi*. 2014; 23(1): 29-33.
29. Ahmad K, Noor Shaza A, Hilwani K, Muhammed A, Nurul A, Nik A. The assesment of acute pain in prehospital care using verbal numerical rating and visual analog scales. *The Journal of Emergency Medicine*. 2015;49(3):287-93.
30. Ayan M, Taş U, Söğüt E, Arıcı S, Karaman S, Esen M ve ark. Primer dismenore ağrılı hastalarda diklofenak sodyum ve parasetamol tedavi etkinliklerinin Vizüel Analog Ölçek kullanılarak karşılaştırılması. *Ağrı*. 2013; 25(2):78-82.
31. Gagliese L, Weizblit N, Ellis W, Chan V W S. The measurement of postoperativepain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*. 2005;117(3): 412-20.
32. Gallagher JE, Bijur EP, Latimer C, Silver M. Realibity and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. *American Journal of Medicine*. 2002;20(4):287-90.
33. Altan H, Çevik H, Doğru S, Coşgun A, Süren M, Okan İ. The Pain colour of children with toothache n Turkish population. *BMC Oral Health*. 2019; 19:2-8.
34. Çelik S. Ağrı. İçinden: Eti Aslan F, Olgun N, Editörler. *Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. Birinci Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016, s. 157-67.
35. Demir Y. Yoğun Bakım Ünitesinde Ağrı Deneyimi ve Ağrının Değerlendirilmesi: Literatür İncelemesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(1):24-30.
36. Ringdal M, Johansson L, Lundberg D, Bergbom I. Delusional memories from the intensive care unit: experienced by patients with physical trauma. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(6): 346-54.
37. Rahu MA, Grap MJ, Ferguson P, Joseph P, Sherman S, Elswick RK. Validity and sensivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American Journal of Critical Care*. 2015;24(6): 514-24.
38. Reisli R. Çocukluk çağında ağrının değerlendirilmesi. 2018. Ağrı Bülteni. 1: 1-11. Erişim linki: <http://algoloji.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/AGRI-BULTEN-2018-1.pdf.01> Eylül 2020).
39. Huguet A, Stinson JN, McGrath PJ. Measurement of selfreported pain intensity in children and adolescents. *J Psychosom Res*. 2010;68(4):329-36.
40. Eriksson K, Wikström L, Arestedt K, Fridlund B, Broström A. Numeric rating scale: patients perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*. 2014; 27(1): 41-6.
41. Yazici Sayin Y, Akyolcu N. Comparison of pain scale preferences and pain intensity according to pain scales among Turkish patients: A descriptive study. *Pain Management Nursing*. 2014; 15(1): 156-64.