



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU  
(ERİŞKİN YOĞUNBAKIMLAR HASTALARI İÇİN)



- HASTANIN ADI SOYADI :
- PROTOKOL NO :
- TARİH :
- BÖLÜM :

DAVRANIŞSAL AĞRI SKALASI				
	1	2	3	4
<b>Yüz İfadesi</b>	Gevşek, rahat yüz ifadesi	Gergin yüz ifadesi, kaş çatma	Aşırı gergin, göz kapatma	Yüz buruşturma
<b>Üst Ekstremitte Hareketleri</b>	Hareket yok	Yarı çekme	Tam çekme ve elin yumruk yapılması	Tam çekme, tedaviye direnç gösterme
<b>Mekanik Ventilatöre Uyum</b>	Uyumlu, tolere ediyor	Öksürüyor ancak çoğunlukla tolere ediyor	Ventilatöre uyumlu değil ancak zaman zaman ventile edilebiliyor	Ventile edilemiyor
<b>DAVRANIŞSAL AĞRI SKALASININ DEĞERLENDİRİLMESİ</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 3 ise hastanın ağrısı anlamlı kabul edilir ve tedavi edilmelidir.</li><li>• Ağrı skoru 3 olana kadar saatte bir ağrı değerlendirilmesi yapılmalıdır.</li></ul>				

<b>DOKTOR İSTEMİNE GÖRE İLAÇ UYGULAMALARINDAN SONRAKİ DEĞERLENDİRME SÜRELERİ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>1. IV-SL İLAÇ:15 DK BİR</li><li>2. SC-REKTAL İLAÇ:30 DK BİR</li><li>3. IM İLAÇ:30 DK BİR</li><li>4. P.O,SL,REKTAL İLAÇ:60 DK BİR</li><li>5.TDF(TRANSDERMAL FLASTER 8 SAAT)</li></ul>	<b>6. NONFARMAKOLAJİK UYG. (UYGUN ARALIKLARLA)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a. POZİSYON VERME</li><li>b. TENS</li><li>c. SOĞUK UYGULAMA</li><li>d. MASAJ</li><li>e. GERME</li><li>f. EGZERSİZ</li></ul>
---	--

**TANILAMA VE DEĞERLENDİRME**

TARİH	SAAT	SKALA PUANI	AĞRININ YERİ	UYGULANAN GİRİŞİM	HEMŞ. AD-SOYAD	İMZA

Hastanın her şifte en az bir kez ağrısı tanılır, alınan puana göre belirtilen sıklıkta yeniden ağrı tanılması yapılır.

UYGULAMA VE DEĞERLENDİRME					
TARİH/SAAT	SKALA PUANI	UYGULANAN GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME	HEMŞİRE ADI-SOYADI	İMZA

AĞRISI OLAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIM PLANI	
AMAÇ	HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ
Hastanın ağrısı sonlandırmak veya en aza indirmek	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hastanın ağrısının olup olmadığı, hasta ve yakınlarının ağrıya ilişkin inanç ve değerleri sorgulandı.</li><li>2. Ağrısı olan hasta ağrı tanımlama formu doğrultusunda takip edildi.</li><li>3. Hastanın ağrısının yeri, şiddeti, süresi, sıklığı, ağrıya eşlik eden semptomlar değerlendirilerek ağrı değerlendirme formuna kayıt edilip hekim bilgilendirildi.</li><li>4. Ağrıyı azaltan / arttıran faktörler sorgulandı.</li><li>5. Hastanın yaşam bulguları kontrol edilerek kayıt altına alındı.</li><li>6. Hastanın dikkati ağrıdan farklı yöne çekildi.</li><li>7. Hekim istemine göre analjezik tedavisi uygulandı, kullanılan ilaçların yan etkileri gözlemlendi hasta bilgilendirildi.</li><li>8. Gevşeme teknikleri, solunum egzersizleri öğretilir. Hastanın uygulaması sağlandı.</li><li>9. Gün boyunca dinlenme fırsatları, mümkün olduğunca gürültüsüz ortam ve geceleri kesintisiz uyku olanağı sağlandı, gerektiğinde ziyaretçi kısıtlamasına gidildi.</li><li>10. Hastaya rahat edeceği pozisyon verildi, uygun aralıklarla pozisyon değiştirildi.</li><li>11. Ameliyat olmuş hastalarda hareket ederken insizyon bölgesini desteklemesi ve bütün olarak hareket etmesi konusunda bilgi verildi.</li><li>12. Anksiyete ve korkuları gidermek için açıklayıcı bilgi verildi.</li><li>13. Ağrı kontrolü için hekim orderine göre analjezik uygulandı.3</li><li>14. Ağrı kontrol ilaçları hastanın uyku ve istirahatını bölmeyecek şekilde planlandı.</li></ol>

