

YAŞLI BİREYLERDE AĞRI

PAIN IN OLD PEOPLE

Öznur USTA YEŞİLBALKAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Anahtar Sözcükler: Ağrı, yaşlı birey, ağrı değerlendirmesi, ağrı tedavisi, hemşirelik bakımı

Key Words: Pain, old people, pain assessment, pain management, nursing care

ÖZET

Yaşlı bireylerin çoğu kronik hastalık nedeniyle ağrı sorunu yaşayabilirler. Yaşlı bireylerde başarılı ağrı tedavisi genç bireylerde olduğu gibi dikkatli bir öz geçmiş alınmasına ve fiziksel muayene yapılmasına bağlıdır. Yaşlı bireylerde etkin ağrı tedavisini yapabilmek için kronik hastalıkların ve ağrıya neden olan durumların kontrol altına alınması, hareket ve fonksiyonel durumun sürdürülmesi, bağımsızlığın maksimum hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gibi durumların tam ve sürekli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Bu amaç iyi bir hemşirelik bakımı kadar hasta, aile ve sağlık bakım ekibinin eğitilmesi ile başarılabilir.

SUMMARY

Most old people can experience pain problems because of chronic diseases. Successful management of pain in old people is dependent on a careful history and physical examination as it is in young adults. Accurate and ongoing assessment is essential to effective pain management in old people include control of chronic disease conditions, causing pain, maintenance of mobility and functional status, promotion of maximum independence, and improved quality of life. These goals can be achieved through education of the patient, family, and health care professionals, as well as through provision of good nursing care.

AĞRI KAVRAMI

Ağrı kaynağı ne olursa olsun yaşlı bireylerin en sık dile getirdikleri sorunlardan biridir. Mc Caffery ve Ferrell ağrıyı “ağrısı olan bireyin ifade ettiği şeydir” şeklinde tanımlamaktadırlar. Yaşlı bireylerde ağrı prevalansı tam olarak bilinmemesine karşın, toplumdaki yaşlı bireylerin %70'nin, sağlık bakım kurumlarında tedavi gören yaşlı bireylerin ise % 45-80'nin ağrı yaşadıkları ve yaşlı bireylerde analjezik kullanım prevalansının % 40-50 olduğu bildirilmektedir (Gloth 2000, Freedman

2002, Westley 2004). Yaşlı bireylerde ağrıya neden olan en önemli faktörler kanser ve artritir. Ağrıya neden olan diğer faktörlerse; postherpetik nevralji, polimiyalji, aterosklerotik periferel damar hastalıkları ve diyabetik nöropatidir (Gloth 2000, Larsen 2000, Helme 2001, Freedman 2002). Yaşlı bireylerde ağrı tanınması ve tedavisini pek çok faktör etkilemektedir. Hem yaşlı birey ve ailesinin hem de sağlık bakım profesyonellerinin ağrı sorununun yaşlanmanın ve kronik hastalıklarının doğal bir sonucu olduğuna inanmaları ağrı semptomunun bildirilmesine dolayısıyla da ağrı tanınmasının tam olarak yapılmasını ve uygun ağrı tedavi yöntemlerinin kullanılmasını engellemektedir (Gloth 2000, Luggen 2000, Freedman 2002). Etkin ağrı tanınması yapılabilmesi için aşağıda belirtilen faktörlerin göz önünde bulundurulması gereklidir (Tablo 1).

Tablo 1: Yaşlı Bireylerde Ağrı Tanınmasını Ve Tedavisini Etkileyen Faktörler

Fizyolojik Faktörler	Eğitim Ve Davranışsal Engeller	Düzenleme Ve Politikaya Yönelik Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> - Birçok tıbbi sorunun olması - Görme becerisinde bozulma (Örneğin; ağrı puan ölçeğini kullanamama) - Hafıza bozukluğu - İşitme bozukluğu - Soyutlama sorunları - Yazılı şeyleri tamamlama becerisinde kısıtlama - Yan etkilere karşı hassasiyetin artması - Farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler - Nöropatiler 	<ul style="list-style-type: none"> - Sağlık bakım profesyonellerinin ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve becerisinin yetersiz olması - Ağrıya katlanma - Bireyin ağrının gözlenebilir semptomlarını göstermemesi - Bireyin ağrı kelimesini kullanmaması ve ağrısını bildirmemesi - Bağlılık ve toleranstan korkma - Aşırı dindarlık 	<ul style="list-style-type: none"> - Sıcak ped ve ilaç dışı yöntemlerin kullanılmasına yönelik hemşirelik uygulama politikaları - Düzenlemenin opioid kullanımını kısıtlaması - Birey ve ailenin ağrıyı kontrol altına alan tedavilerden korkması - Hemşirelik uygulamalarına yönelik tanı ve tedavi uygulamalarının sınırlı olması - Mali destek sorunları - Sağlık bakım profesyonellerinin ağrı yönetim eğitiminin az olması

Kaynakça: Luggen AS (2000), Pain, Lueckenotte AG, (Ed), Gerontologic Nursing, Second edition, Mosby, 281-301.

Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ağrı değerlendirmesi ve tedavisini etkileyen faktörleri belirlemek için ağrının beşinci yaşamsal bulgu olarak göz önünde bulundurulmasını ve kan basıncı, nabız, vücut ısısı, ve solunum hızı gibi dikkatli bir şekilde izlenmesi gerektiğini belirtmektedir. JCAHO uygun ağrı değerlendirmesi ve ağrı tedavisi yapılması için ağrı tedavi standartlarını belirlemiştir. Bu standartlar aşağıdaki gibi işbirlikçi ve interdisipliner yaklaşımı vurgulamaktadır (Westley 2004).

Doğrular ve etik: Uygun değerlendirme ve ağrı tedavisi için bireyin doğrularını kabul edin

Ağrı yaşayan bireyleri değerlendirmek: Ağrı varsa ağrının nedenini, yoğunluğunu tüm yaşlı bireylerde değerlendirin. **Ağrı yaşayan bireylerin bakımını yapmak:** Etkili ağrı ilaçlarının istem yapılmasını sağlayan politika ve prosedürleri belirleyin. **Ağrı yaşayan bireylere eğitim yapmak:** Etkin ağrı tedavisi hakkında hasta ve ailesini eğitin. **Bakımı devam ettirmek:** Taburculuk döneminde hastaların semptom yönetimine ilişkin gereksinimlerini belirleyin. **Organizasyon performansını geliştirmek:** Ağrı tedavisini performans değerlendirmesi içine alın ve program geliştirin.

AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Yaşlı bireyin kendi kendine ağrıyı bildirmesi ağrı varlığının en güvenilir göstergesidir. Ağrı tanınması yaşlı bireyin ağrısını hemşireye bildirmesiyle başlamaktadır. Tanılama sırasında ağrının akut, yaşamı tehdit edici ve kronik olma durumunun ayırt edilmesi önemlidir. Çünkü hastalığın ilerlemesi ve akut yaralanma ağrının fark edilememesine yol açabilir. Tablo 2’de yaşlı bireylerde klinik ağrı değerlendirmesi sırasında göz önünde bulundurulması gereken bileşenler yer almaktadır (Larsen 2000, Luggen 2000, Ardery ve ark. 2003, Tsai ve Chang 2004).

Yaşlı bireylerin ağrı değerlendirmesi sırasında ağrı kelimesi yerine “Acı hissediyor musunuz?”, “Şu an bir rahatsızlığınız var mı?”, “Herhangi bir yerinizde acı var mı?” gibi yaşlı bireylerin tercih ettiği kelimeler kullanılmalıdır. Ayrıca ağrı değerlendirmesi sırasında yaşlı bireyin işitsel veya görsel bozukluğunun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hemşire ağrı değerlendirmesi sırasında etkin iletişim yöntemlerini kullanmalıdır. Yaşlı bireyle konuşurken yaşlı bireyin yüzüne bakmalı, göz göze temas kurmalı, yavaş ve normal bir ses tonuyla konuşmalı, çevredeki gürültüleri mümkün olduğunca azaltmalı, ağrı yoğunluğunu geçerli ve güvenilir olan ağrı ölçekleriyle değerlendirmeli ve yazılı materyaller kullanmalıdır.

Değerlendirme araçları ve yazılı materyaller yaşlı bireyin görme durumuna göre hazırlanmalıdır. Örneğin değerlendirme araçları veya yazılı materyaller 14 punto kullanarak yazılabilir Ağrı değerlendirmesi öykü ve fiziksel muayene yoluyla yapılmalıdır. Bu değerlendirme yaşlı birey için çok önemlidir. Çünkü etkin ağrı yönetimi hastalık ve rahatsızlığa yol açan altta yatan nedenin uygun tedavisine bağlıdır. Hastalığa neden olan altta yatan faktör bilindiği zaman, multidisipliner yaklaşım gerekli olmaktadır (Luggen 2000, Ardery ve ark. 2003). Amerikan Geriatrik Topluluğu ağrısı olan yaşlı bireylerde ağrı tanınmasının genel prensiplerini şu şekilde belirtmektedir.

Ağrının varlığı için biyolojik faktör olmamalıdır, yaşlı bireyin ifadesi ağrı yaşadığının en doğru ve güvenilir göstergesidir, hafif ya da orta düzeyde bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerde ağrı basit sorular

ve izleme araçları ile değerlendirilmelidir, yaşlı bireyler var olan şikayetlerine rağmen ağrıyı ifade etmede çekingen olabilirler ve yaşlanmaya bağlı olarak ağrı yaşamayı beklerler,yaşlı bireyler ağrı kelimesinden çok “rahatsızlık” “acımak” ve “incinme” gibi kelimeleri kullanırlar (Luggen 2000).

Tablo 2: Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirmesi

Öykü	Fiziksel muayene	Değerlendirilen diğer değişkenler
Tıbbi öykü Akut hastalık Kronik hastalık Geçirmiş olduğu ameliyatlara Ağrı şikayetini başlatan olaylar	Rutin muayene Kas İskelet muayenesi Nöromuskuler: Güçsüzlük Hiperarjezi Uyuşukluk	Labratuar verileri ve testleri Depresyon ölçeği Beck depresyon ölçeği Zung bireysel değerlendirme ölçeği Geriatrik depresyon ölçeği Barthel bireysel bakım puanlaması Bilişsel değerlendirme Mini mental durum değerlendirme Kısa mental durum anketi Fildelfiya geriatrik merkez MSQ Fonksiyonel değerlendirme Katz günlük yaşam aktiviteleri Lawton enstürmental günlük yaşam aktiviteleri Stanford Sağlık değerlendirme anketi Barthel indeksi
Ağrı öyküsü Yoğunluğu Karakteri Sıklığı Patterni Yeri Süresi Başlatan faktörler İyileştiren faktörler Alevlendiren faktörler Travma öyküsü Düşme Diğer yaralanmalar	Travma bulguları Ezik Enflamasyon Hassasiyet Şişme Fonksiyonel performans Range of motion Kaldırma indirme testi Tinetti yürüme denge testi	Psikososyal değerlendirme Mali durum Sosyal ağ Disfonksiyonel ilişkiler Ağrı değerlendirme skalaları Visual Analog Skala Sayısal Ağrı Puanlama Skalası Basit Tanımlayıcı Ağrı Yoğunluk Skalası Yüz Skalası Yaşam kalitesi ölçümleri Dartmouth COOP Project Profile Mood States Pain/Quality of life
İlaç öyküsü Reçeteli ilaç Reçetesiz ilaç Bitkisel ürünler Yan etkiler Ağrı ilaçları Etki gösteren ilaçlar Etki göstermeyen ilaçlar Reçeteli veya reçetesiz ilaçlar Doğal ilaçlar Yan etkiler		
Önceki ağrı deneyimleri		

Kaynakça: Luggen AS (2000) Pain, Lueckenotte AG (Ed), Gerontologic Nursing, Second Edition, Mosby, 281-301.

Amerikan Geriatrik Topluluğu ağrı değerlendirmesi sırasında dikkat edilmesi gereken şu önerileri sunmaktadır .Yaşlı bireyi kronik ağrı varlığı bakımından değerlendirin, yaşlı bireyin fonksiyonel becerisi ve yaşam kalitesini etkileyen ağrıyı fark edin, bilişsel ve dil sorunu olan yaşlı bireylerde sözsüz ağrı davranışlarını, fonksiyonel değişiklikleri ve sesleri (inleme, ağlama) gözleyin, bilişsel ve dil sorunu olan yaşlı bireylerde bakım verenlerle görüşün, psikiyatrik ve madde bağımlılığı gibi sorunları olan ve ağrı tedavisi güç uygulanan yaşlı bireyler için gerekli konsültasyonu isteyin, ağrı yoğunluğunu, ilaç kullanımını, yanıtını, ağrının aktiviteyle ilişkisini günlük olarak kayıt ederek yaşlı bireyi izleyin, kronik ağrısı olan tüm yaşlı bireylerde ağrının iyileşmesi ve kötüleşmesi, ilaçların pozitif ve yan etkilerini, tedavi komplikasyonlarını yeniden değerlendirin, yaşlı bireyin her bir değerlendirmesinde aynı ağrı değerlendirme araçlarını kullanın (Ebener 1999, Luggen 2000). Yaşlı bireylerin ağrı değerlendirmesi sırasında ayrıca depresyon durumu ve yaşam kalitesi de değerlendirilmelidir (Gloth 2000, Luggen 2000).

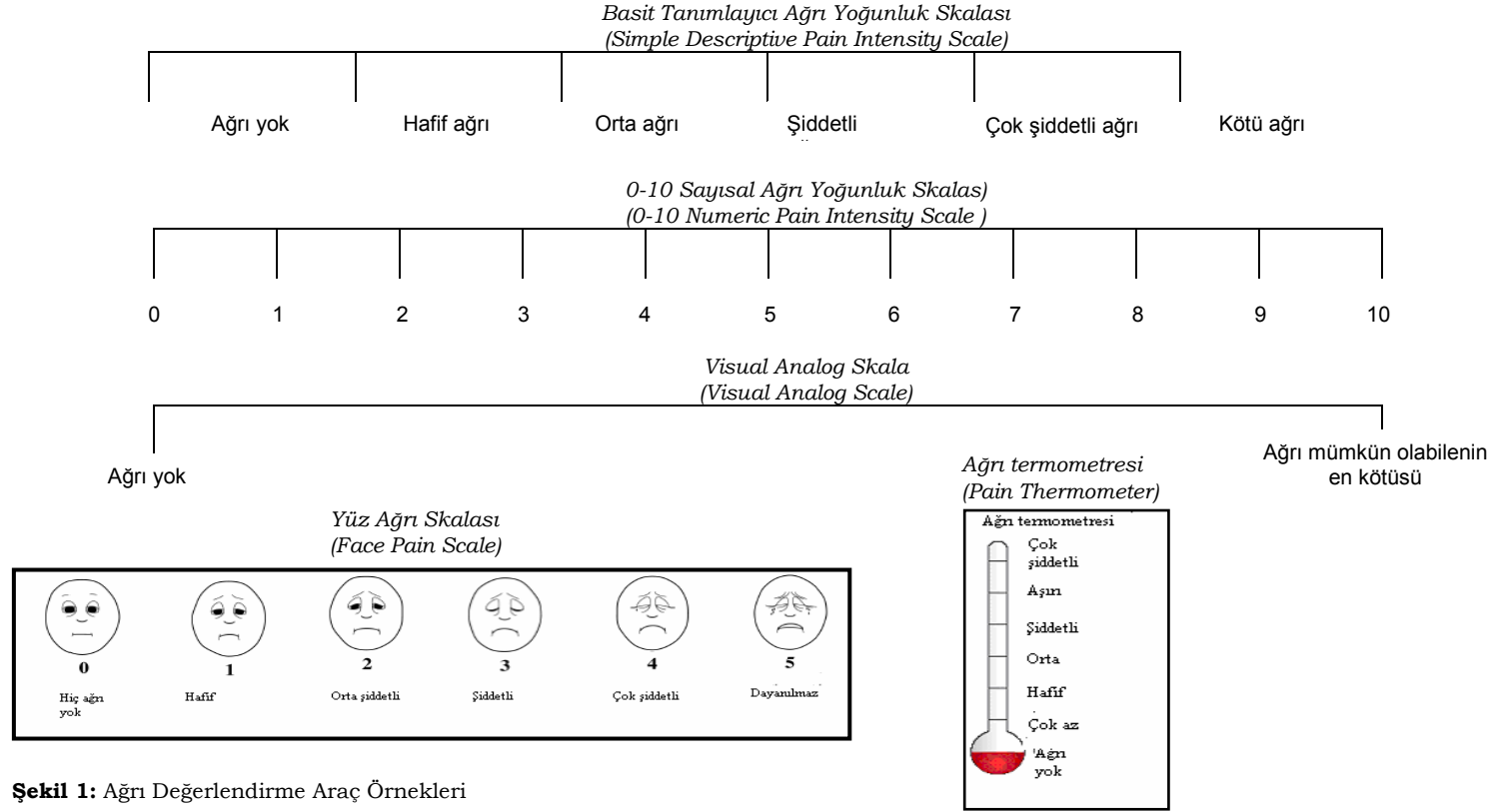
Öykü

Hemşire öykü alırken dikkatli olarak soru sormalı ve yaşlı bireyin ağrı ifadesini tam olarak değerlendirmelidir. Aynı zamanda ağrının özelliğini, yoğunluğunu, yeri, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörleri, ağrının günlük yaşam aktivitelerini yapma becerilerini etkileyip etkilemediği ve var olan kronik hastalıklar değerlendirilmelidir. Sosyokültürel etmenler yaşlı bireyin ağrı davranışını ve ifadesini değiştirebilir. Ayrıca yaşlı bireyin geçmiş ağrı deneyimi, bilgisi, önceden kullandığı ilaçlar, ilaçların yan etkileri ve ağrı tedavisinde kullandığı non-farmakolojik yöntemler değerlendirilmelidir. İlaç öyküsünde hastanın kronik hastalıklar için kullandığı ilaçlar, analjezik ilaçlara karşı alerji durumları değerlendirilmelidir. Yaşlı birey ve ailesinin davranışları ve inançlarının da değerlendirilmesi önemlidir. Çünkü yaşlı birey ve ailesinin ağrı beklentisi, etkili olan veya olmayan analjezik ilaçlar, bağımlılığa ilişkin korkuları, tolerans veya analjezik yan etkilerine ilişkin beklentiler analjeziklerin istekli olarak kullanılmasını etkileyebilir. Son olarak yaşlı bireyin ve ailenin ağrı tedavileri hakkındaki bilgileri değerlendirilmelidir (Larsen 2000, Luggen 2000).

Fizik Muayene

Yaşlı bireylerin ağrı değerlendirmesinde kapsamlı olarak kas iskelet sistemi ve sinir sistemi muayenesi yapılmalıdır. Nörolojik muayenede otonomik, duysal, nörolojik ve sinir yaralanmalarının olduğunu gösteren motor defisit değerlendirilmelidir. Yaşlı bireyler akut ağrı yaşıyorsa kan basıncı, kalp hızı ve solunum hızı değerlendirilmelidir. Aynı zamanda yaşlı birey transfer sırasında, ayağa kaldırma veya pozisyon değiştirme gibi aktivitelerde bulunurken gözlenmez (Luggen 2000, Westley 2004).

Ağrı Değerlendirme Araçları



Ağrı değerlendirme araçları sağlık profesyonellerinin yaşlı bireyin ifade ettiği ağrıyı objektif ve doğru olarak ölçmesini ve ağrıda herhangi bir azalma veya değişme olup olmadığını belirlemesini sağlamaktadır. Yaşlı bireylerin ağrı değerlendirmesinde, 0 ile 10 puan arasında puanlanan, 0 puanın ağrının olmadığı, 10 puanın ağrının çok kötü olduğunu gösteren *Sayısal Ağrı Puanlama Skalası*, *Visual Analog Skala* “ağrı yok”, “ağrı az”, “ağrı çok”, “ağrı çok fazla” şeklinde ağrıyı tanımlamak için kullanılan *Basit Tanımlayıcı Ağrı Yoğunluk Skalası* gibi sözel tanımlayıcı ölçekler ve ağrı termometreleri, yüz ağrı ölçekleri kullanılabilir (Şekil 1) (Gloth 2000, Luggen 2000, Tsai ve Chang 2004, Westley 2004).

Bilişsel Bozukluğu Olan Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirmesi

İletişim kurulamayan ve bilişsel rahatsızlığı olan bireylerde ağrı varlığını gösteren non-verbal (sözsüz) davranışlar (örneğin; huzursuzluk, ajitasyon, geri çekilme, ani göz hareketleri, sarsılma, sürtünme yerinde duramama, yara veya alçı olan bölgeyi koruma, sıkı tutma, pozisyon değiştirme, gergin vücut dili, eğik postür, sesli solunum), ses (örneğin; inleme, ağlama, çığlık atma, bağırma, iç çekme, homurdanma gibi sürekli ses çıkarma), yüz ifadeleri (örneğin; ağzı açarak kaş çatma, gözleri sıkıca kapatma, dişleri sıkma, üzgün ifade, yüz ekşitme, alnı kırıştırma) ve alışılmış aktivite ve davranışlarda değişiklik (örneğin; sinirlilik, bilinç bulanıklığı, yorgunluk, anksiyete, dikkat dağınıklığı) gibi durumların gözlenmesi gereklidir (Ardery ve ark. 2003).

GİRİŞİMLER

Ağrı elle dokunma yoluyla azaltılabilir. Uygun vücut pozisyonu sağlamak ve yaşlı bireyin rahat oturmasını sağlamak için yastık kullanılabilir. Bireyin kendi kendine ağrısını hafifleten pozisyonu alması sağlanmalıdır. Aktivite birçok yollarla bireye yardımcı olabilir. Gaumer, aktivitesi az olan bireylerin aktivite yapmayı daha az tolere edebildiklerini bildirmektedir. Hareketsiz olan bireyler hareketli olan bireylere göre daha fazla acı ve ağrı yaşarlar. Aktivite yoluyla dikkati başka yöne çekme, ağrısı olan bireyde davranış değişikliğine yardımcı olabilir. Anksiyeteyi azaltan aktivitelerin de belirlenmesi önemlidir. Aktiviteyle birlikte analjezik kullanımı gerekli olabilir. Ağrıya neden olan aktiviteden 20-30 dakika önce ilaç verme veya aktivite sonrası ağrı yaşama korkusunu azaltmak veya yok etmek için aktivite sırasında analjezik kullanma bireyin aktivite kapasitesini büyük oranda arttıracaktır. Hemşire bireyin vücudunun ağrıyla baş etme potansiyelini bilmeli ve bu doğrultuda gerekli hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır. Yaşlı bireyin gün boyunca ağrı düzeyi, zamanı, tipi, aldığı ilaç dozu, ilaçların etkisi, ilaçların etki süresini içeren bilgileri haftalık olarak kayıt etmesi sağlanmalıdır. Bu tip bilgi hareketin düzenlemesi, uygun ilaçların

verilmesi, bireyin kendini bakımın bazı yönlerinde kontrolünün olduğunu hissetmesini sağlar. Hemşirenin ağrının psikolojik kontrolünde yer alması bireyi anlamasını ve destek sağlamasını, bireyi rahatlatan ve ağrıyla baş etmesine yardımcı olan uygulamaları (biofeedback yöntemi ve diğer alternatif tedavi yöntemleri) öğrenmesini ve uygulamasını sağlar. McCaffery bireye özgü ağrı tedavisi yapılırken ağrı şiddetlenmeden önce ağrı kontrol yöntemlerinin kullanılmasını, hemşirelik bakım planı hazırlarken bireyin ağrı kontrolünde etkili olan faktörlerin ve bireyin ağrı tedavisine katılma becerisinin göz önünde bulundurulmasını, bireyin ağrıyı nasıl tanımladığının dinlenilmesini, her bir bireyin farklı ağrı tedavi yöntemlerine farklı yanıt gösterdiğinin farkında olunmasını ve bireyin birden fazla ağrı tedavisi yöntemini kullanımını konusunda cesaretlendirilmesini önermektedir (Ebersde ve Hess 1990).

AĞRI TEDAVİSİ

Yaşlı bireylerde ağrı tedavisinin genel prensipleri farmakolojik tedavi ve non-farmakolojik yöntemleri içermektedir (Abrams ve ark 1995, Ardery ve ark. 2003).

FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Yaşlı bireyler analjezikleri içeren birçok ilaç grubuna karşı tahmin edilmeyen şekilde hassastırlar ve sık olarak yan etki yaşamaktadırlar. Çünkü yaşlılık sürecine bağlı olarak ilaç emilimi, dağılımı, metabolize olması ve atılımı etkilemektedir. Bireylerin ilaçlara karşı yanıtının sürekli olarak değerlendirilmesini gerektiren değişikliklerde doz, doz aralıkları veya reçete edilen ilacın düzenlenmesi gereklidir. İlaç seçiminin ağrının tipine ve yoğunluğuna bağlı olarak yapılmasının hatırlanması önemlidir (Abrams ve ark. 1995, Ardery ve ark. 2003). Yaşlı bireylerin farmakolojik tedavisi sırasında; uygun ilaç ve kısa etkili ilaçlar seçilmeli, tek dozluk ilaç reçete edilmeli, tedaviye düşük dozlarla başlanmalı, doz kademeli olarak arttırılmalı, ilaç kombinasyonlarının diğer yan etkileri bilinmelidir (Abrams ve ark. 1995, Ebener 1999, Freedman 2002). Yaşlı bireylerde non-steroidal antienflamatuar analjezikler (NSAA), opioid analjezikler ve adjuvan analjezikler gibi farmakolojik tedaviler kullanılmaktadır (Abrams ve ark. 1995, Luggen 2000, Freedman 2002, Westley 2004).

Hafif Analjezikler

Hafif analjezikler ağrı tedavisinde ilk yaklaşım olarak kullanılmaktadır. Acetaminofen, ibuprofen, naproksen hafif analjezik grubunda yer alan ilaçlardır. Bu ilaçlar lokal düzeyde ağrı algısını baskılayarak ağrıyı bloke eder. Bu grup ilaçları kullanan yaşlı bireylerin sürekli olarak izlenmesi gereklidir. Acetaminofen yaşlı bireyler tarafından iyi tolere edilir ve trombosit fonksiyonlarını etkilemez. Hafif veya orta düzeyde

ağrıyı azaltmak için bu ilaç kullanılmaktadır. Böbrek üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için uzun süreli kullanımından sakınılmalıdır. Çünkü bu ilaç böbrekler tarafından atılmakta ve böbreklerde toksik düzeyde birikebilmektedir. Acetaminofen aspirin kadar analjezik ve antipretik etki göstermekle birlikte antienflamatuar etkisi daha azdır. Acetaminofen gastrik ve renal sorunlara neden olmamasına karşın alkol kullanım öyküsü olan bireylerde hepatik toksisiteye yol açabilir (Abrams ve ark. 1995, Luggen 2000, Helme 2001, AGS Panel 2002, Rao ve Cohen 2004). Non-steroid antienflamatuar ilaçlar özellikle malignan metastaza bağlı hafif veya orta düzeyde artrit ve kemik ağrısını tedavi etmede yararlıdır. NSAA yaşlı bireylerde mide ülseri, böbrek yetmezliği ve kanamaya eğilim gibi çeşitli yan etkilere neden olmaktadır. NSAA bağlı en önemli şikayet hazımsızlıktır. Hazımsızlık antiasid kullanımıyla azaltılabilir veya yemek yeme zamanı ilaç alımına göre ayarlanabilir (Abrams ve ark. 1995, Luggen 2000, AGS Panel 2002). Bununla birlikte sağlık bakım ekibi NSAA kullanımına bağlı olarak herhangi bir semptom olmasa bile gastrik iritasyona yol açabileceğini unutmamalıdır. Ciddi ülserasyon perforasyona ve ciddi kanamaya neden olabilir. Yaşlı bireyin ilaca karşı yanıtı yakından değerlendirilmelidir. Anormal böbrek fonksiyonu, ülser ve kanama öyküsü olan yaşlı bireylerde yüksek doz uzun süreli NSAA kullanımından sakınılmalıdır (Luggen 2000, Helme 2001).

Opioid Analjezikler

Hafif veya orta düzeyde ağrısı olan yaşlı bireyler hafif düzeydeki ağrı kesicilerle tedavi edilemiyorsa opioid ilaç kullanımı düşünülmelidir. Yarılanma ömrü uzun olan opioid ilaç kullanan yaşlı bireylerde sorun görülme olasılığı artmaktadır. Yarılanma ömrü uzun olan ilaçların plazma düzeyi ilaç alındıktan sonraki birkaç hafta içinde yavaş olarak azalır. Bu nedenle yarılanma ömrü uzun olan ilaçların yarılanma ömrü kısa olan ilaçlara göre toksisite riski daha yüksektir. Transdermal fentanil yaşlı bireylere cazip gelen alternatif bir opioiddir. Fentanil bir bant ile subkutan olarak verilmekte ve 72 saat süreyle etki göstermektedir. Etki süresi yaşlı bireylerde daha uzun olabilir. Transdermal fentanil yaşlı bireylerde dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Sürekli ağrısı olan yaşlı bireylerde kullanılması yararlı olabilir. İlaç tedavisinin basitleştirilmesi gereken, ağızdan ilaç alamayan yaşlı bireylerde transdermal ilaç kullanımı yararlı olabilir (Abrams ve ark. 1995, AGS Panel 2002)

Yan Etkiler

Opioid ilaç kullanımına bağlı olarak en sık görülen yan etkiler; bulantı, kusma, ve özellikle prostatik hipertrofisi olan bireylerde idrar retansiyonudur. Yaşlı bireyler ilaçların dağılım ve atılımındaki değişiklikler nedeniyle sedasyon ve solunum depresyonu bakımından daha hassastırlar. Bu özellikle hiç opioid kullanmamış yaşlı bireylerde daha yaygın olarak görülmektedir (Fine 2004). Konstipasyon, opioid

kullanan yaşlı bireylerde en sık görülen sorunlardan biridir, çünkü yaşlı bireylerin çoğu daha önceden barsak sorunları yaşamaktadırlar. Opioid kullanmaya başlayan yaşlı bireylerin dışkı yumuşatıcı veya laksatif kullanımı, yüksek lifli gıda alımı gibi alışkanlıklarının dikkatli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Sağlık bakım ekibi yaşlı birey ve ailesine konstipasyon oluşumu beklemektense konstipasyonu önlemenin önemli olduğunu açıklamalıdır. Opioid kullanan yaşlı bireylerde konstipasyonu önlemek için; sıvı alımı arttırılmalı, beslenmesi düzenlenmeli, yüksek lifli gıdalar eklenmeli, aktivite düzeyi sürdürülmeli veya arttırılmalı ve dışkı yumuşatmak için laksatif ilaçlar verilmelidir (Luggen 2000, Helme 2001).

Bulantı-kusma opioid kullanımından birkaç gün sonra ortaya çıkmasına karşın, bu yan etkileri tedavi etmede koruyucu önlemlerin alınması önemlidir. Yaşlı bireylerde bulantı ve kusmayı kontrol altında tutmak için antiemetik kullanımı değerlendirilmelidir. Hemşire antiemetik ilaç kullanımına bağlı olarak sedasyon meydana gelebileceği konusunda yaşlı birey ve ailesine bilgi vermelidir. Bulantı opioid kullanımına başladıktan sonra 3 gün devam ediyorsa yeni opioid ilaçlar başlanmalıdır (Luggen 2000, Fine 2004).

Opioid kullanımına başlayan yaşlı bireylerde sedasyon ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma görülebilir. Sedasyon genellikle 1-3 gün içinde azalır. Eğer sedasyon geçmezse mutlaka sağlık bakım ekibine haber verilmelidir. Sedasyon geçmeyen ağrı nedeniyle meydana gelen uyku bozukluklarına bağlı olabilir. Hemşire yetersiz ağrı tedavisine bağlı olarak bireyde sedasyon meydana gelebileceğini unutmamalı ve özellikle hızlı, yüksek dozda ilaç kullanan hastalarda solunum depresyonunu (Dakika da 8 den az solunum, oksijen saturasyonun %90'nın altında olması) izlemelidir (Luggen 2000).

Adjuvan İlaçlar

Adjuvan ilaçlar analjezik özelliği olmayan belli kronik ağrı tiplerini tedavi etmeyi sağlayan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. Adjuvan ilaçlar; antikonvulsanlar, antidepresanlar ve bazı sedatif ilaçlardır. Depresyon ve ruhsal sorunların tedavisi ağrı tedavisinin daha etkili olmasını sağlayabilir. Genellikle nöbet tedavisinde kullanılan antikonvulsan ilaçlar postherpetik nevralji, diyabetik nöropati ve fantom eklem ağrısı gibi durumları kontrol altına almada yararlı olmaktadır. Antikonvulsan ilaçlar kan hücre yapısında bozulmaya neden olduğu için kan değerlerinin düzenli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Bazı sedatifler ve tranklizan ilaçlar yaşlı bireylerde konfüzyon artışına ve konstipasyona neden olabilir. Bu ilaçları kullanan yaşlı bireylerin izlenmesi gereklidir. Trisiklik antidepresanların nöropatik ağrı tedavisinde yararlı olduğu bildirilirken kas-iskelet ağrı tedavisindeyse yararlı olduğu belirtilmemektedir. Trisiklik antidepresanlar konstipasyon, bulanık görme, ağız kuruluğu, idrar

retansiyonu ve sedasyona neden olabilir , glokom ve bening prostat hipertrofisi olan bireylerde kullanılmamalıdır. Çünkü aritmi, bilişsel değişiklikler, ortostatik hipotansiyon ve düşmelere neden olabilir. Tedavide kullanılan diğer adjuvan ilaçlar antihistaminikler ve kafein gibi stimulanlar ve sadece kısa süreli tedaviler için kullanılan kortikosteroidlerdir (Gloth 2000, Luggen 2000). Hemşirenin ağrı tedavisi nedeniyle adjuvan ilaç kullanımı başlanan hasta ve ailesini bu ilaçlar hakkında bilgilendirmesi önemlidir. Klinik deneyimler adjuvan ilaç tedavisi başlanan bireylerin analjezik ilaç kullanımına devam etmediğini göstermektedir. Tüm analjezik ilaçlarla birlikte hemşire yaşlı bireyin ağrısını ve adjuvan ilaçların yan etkilerini değerlendirmelidir (Luggen 2000).

NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Farmakolojik ve non-farmakolojik ağrı tedavilerinin birlikte kullanımı yaşlı bireylerde etkili olmaktadır. Bireysel olarak ilaçsız tedavilerin çoğu sadece hafif düzeydeki ağrılarda etkili olmaktadır. Orta düzeyde ağrıda ilaç tedavisi diğer tedavileri tamamlayacak şekilde kullanılmalıdır. Tüm tedavi seçeneklerine karşı bireyin yanıtı değerlendirilmelidir. Farklı alternatif tedaviler fiziksel ve bilişsel/davranışsal olarak sınıflandırılabilir (Ebener 1999, Luggen 2000).

Fiziksel Yöntemler

Fiziksel yöntemler sıcak ve soğuk gibi deri uyarımı, masaj, akupunktur ve sinir stimülasyonu gibi yöntemlerdir (Luggen 2000).

Sıcak ve soğuk uygulama: Sıcak uygulama ağrı ve rahatsızlığı azaltmada yararlıdır. Sıcak deri yüzeyindeki dokularda kan akımını oksijen ve besin dağılımını artırır, kas elastisitesini artırarak eklem sertliğini azaltır. Sıcak uygulama sıcak su şişesi, sıcak pedler, elektrikli battaniyeler ve ısıtıcı lambalar kullanılarak yapılabilir. Uzun süreli bu yöntemleri kullanan yaşlı bireylerde termal yanıkları önlemek için birey ve yakınları bu konuda bilgilendirilmelidir. Soğuk uygulama enflamasyon ve ödemi azaltır, özellikle düşme gibi akut yaralanmadan sonraki ağrıyı azaltır. Sıcak uygulamayla iyileşmeyen kas spasmini azaltır. Soğuk uygulama buz paketleri, kompres, ıslak bez ve battaniyelerle yapılabilir. Yaşlı bireyler ağrıyı azaltmak için genellikle sıcak ve soğuk uygulama yöntemlerini kullanırlar (Luggen 2000).

Masaj: Dokunmanın pek çok şekli yaşlı bireylerin ağrı tedavisinde yararlı olabilir. Masaj, ovma veya yoğurma gibi derin basınç şeklinde veya okşama ve yumuşak bir şekilde yapılabilir. Kemik metastazı veya osteoporotik kemik hastalığı olan bireylerde dikkatli uygulanmalıdır (Luggen 2000, Ardery ve ark. 2003). **Egzersiz;** Egzersiz veya fizik tedavi eklem sertliğini önler, eklem fonksiyonlarını korur, kas spasmini iyileştirir ve bireyin iyilik hissini artırır. Fiziksel terapi başlamadan

önce bireyin tıbbi yönden değerlendirilmesi gereklidir. Çoğu bireyin terapi başlamadan önce kısa süre analjezik kullanması gerekli olabilir (Luggen 2000, Helme 2001). **Akupressure/Akupunktur;** Akupunktur vücudun belli bölgesine elle veya elektriksel uyarıyla iğne takılmasıdır. Akupressure akupunktur noktalarına elle basınç uygulanmasıdır. Bu hemşirelerin eğitim almadan yapabileceği bir tedavi değildir, ulusal sertifikalı sağlık ekibi tarafından yapılmalıdır (Luggen 2000). **Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TESU/TENS);** TENS tedavisinin yaşlı bireylerdeki ağrı tedavisinde yararlı olduğu belirlenmiştir. Birey deri üzerindeki elektrotlar yardımıyla gerektiğinde elektriksel uyarıyı arttırabilir veya azaltabilir. TENS diyabetiklerdeki nöropatik ağrı, spinal ağrı ve nevralji tedavisinde yararlıdır (Luggen 2000, Helme 2001, Ardery ve ark. 2003). **Perkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (PESU/PENS);** PENS tedavisinde ağrıyı azaltmak için uyarı veren temiz sert akupunktur gibi iğne problemleri kullanılır. PENS tedavisinin osteoartritte yararlı olduğu söylenmesine karşın yaşlı bireylerde bu konuya ilişkin çalışmalar bulunmamaktadır (Luggen 2000).

Bilişsel ve Davranışsal Tedaviler

Bu ağrı tedavi yöntemleri ağrı algısını, ağrı davranışını değiştirmekte ve bireyin ağrı üzerindeki kontrol hissini arttırmaktadır. Bu tedavi yöntemleri negatif düşünce ve davranışların değiştirilmesine neden olmaktadır. Hemşireler bireylerin pozitif davranış ve duygular geliştirmesini sağlayan yeni becerileri öğretebilirler. Uyumsuz davranışları, deprese olan ve başa çıkma becerileri yetersiz olan bireyler ruhsal sağlık uzmanlarına veya ağrı kliniklerine yönlendirilirler. Aşağıda hemşirelerin bireylere yönelik kullanabileceği bilişsel/davranışsal tedaviler yer almaktadır (Luggen 2000).

Kendi kendine telkinde bulunma; Kendi kendine telkinde bulunma kısa süreli akut ağrılarda bireyin kendi kendine konuşmasıdır. “Yarın iyi olacak” şeklinde bazı cümlelerle birey kendi kendine telkinde bulunabilir (Luggen 2000). **Meditasyon;** Meditasyon sessiz bir ortamda sakin zihinsel iyiliği sağlamak için bir kelime veya nesneye odaklanmaktır. Birey yavaşça nefes alır ve huzur veren kelimeye odaklanarak nefesini yavaşça verir (Luggen 2000). **Hayal kurma;** Hayal kurma bireyin zihninde canlı bir resim canlandırarak sağlanan mutluluk ve huzur olarak ifade edilmektedir. Bu resim bir güneş, canlı bir orman veya güneşin doğuşu sırasındaki dalgalar olabilir. Bu resim geçmişe ait şeyleri anımsamak olabilir (Luggen 2000, Ardery ve ark. 2003). **Progresif gevşeme;** Progresif gevşeme sırasıyla değişik kas gruplarına kasılma ve gevşeme yaptırmaktır ve genellikle bu uygulama yatağa uzanarak, sakin ve karanlık bir ortamda yapılmalıdır. İşlem sırasında hafif müzik veya gevşeme kasetleri kullanılabilir (Luggen 2000). **Dikkati başka yöne çekme;** Dikkati

başka yöne çekme ağrıyı zihinden uzaklaştıran her şeydir. Radyo, televizyon, video izleme, müzik dinleme, oyun veya puzzle oynama, kitap okuma veya bir şey izleme gibi aktiviteler dikkati başka yöne çekmede kullanılan yöntemlerdir. Bu yöntem sadece hafif düzeydeki ağrı da kullanılmaktadır (Luggen 2000, Ardery ve ark. 2003). **Müzik tedavisi;** Müzik tedavisi yukarıda belirtilen tedavilerle birlikte kullanılabilir. Müzik tedavisi yaşlı bireylerin klinik alanlarda yaygın olarak kullandığı bir tedavidir (Luggen 2000). **Eğitim;** Eğitim bireyin ağrı ve ağrı algılamasında bilişsel rol hakkında bireyleri bilgilendirdiği bilişsel tedavidir. Bireyler ağrıyı azaltma yöntemlerini öğrenirler ve ağrı ve rahatsızlık durumlarını kayıt ederler. Hemşire ağrıya eşlik eden faktörler hakkında bireyleri bilgilendirir (Luggen 2000). **Hipnoz;** Hipnoz yoğun şekilde konsantre olma, hayal kurma ve solunum egzersizleri gibi diğer bilişsel yöntemleri içermektedir. Kendi kendine hipnoz\hayal kurma rahat bir durumda gözleri kapatarak, ve bir şeyin rengini biçimini hayal ederek başlar. Daha sonra ağrı boş bir alana doğru gönderilir. Son olarak gözler açılır (Luggen 2000).

KAYNAKLAR

1. Abrams WB, Beers MM, Berkow R (1995). Pain, The Merck Manual of Geriatrics, Second Edition, 125-153.
2. AGS Panel (2002). The management of persistent pain in older patients, J Am Geriatr Soc. 50(6): 205-224.
3. Ardery G, Herr KA, Titler MG, Sorofman BA, Schmitt MB (2003). Assessing and managing acute pain in older adults: A research base to guide practice, MedSurg Nurs. 12(1): 7-18.
4. Ebener MK (1999). Older Adults living chronic pain:An opportunity for improvement, Journal Of Nursing Care Quality, 13(4): 1-7.
5. Ebersde P, Hess P (1990). Toward healty aging, Human Needs And Nursing Response, Mosby Company, Third. Edition, 222-232.
6. Fine PG (2004). Pharmacological management of persistent pain in older patients, Clin J Pain, 20(4): 220-226.
7. Freedman G (2002). Chronic pain, clinical management of common causes of geriatric pain, Geriatrics 2002; 57(5): 36-41.
8. Gloth FM (2000). Geriatric pain, factor that limit pain relief and increase complications, Geriatrics, 55(10): 46-54.
9. Helme RD (2001). Chronic pain management in older people, European Journal Of Pain, 5: 31-36.
10. Larsen PD (2000). Effective pain management in older patients, AORN Journal 71(1): 205-208.
11. Luggen AS (2000). Pain, Lueckenotte AG,(Ed), Gerontologic Nursing, Second Edition, Mosby, 281-301.

12. Rao A, Cohen HJ (2004). Symptom management in the elderly cancer patients: fatigue, pain, and depression, *Journal Of The National Cancer Institute Monographs* ,32: 150-157
13. Tsai PF, Chang JY (2004). Assessment of pain in elders with dementia, *Medsurg Nurs*, 13(6): 364-390.
14. Westley C (2004). Pain, geriatric self learning module, *Medsurg Nursing* 2004; 13(6): 399-404.