



Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi

Pain management of elderly in nursing homes

Filiz ÖZEL, Yasemin YILDIRIM, Çiçek FADİLOĞLU



Özet

Amaç: Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların ağrı yönetim durumunun belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma Şubat-Temmuz 2012 tarihleri arasında İzmir'de iki huzurevinde yapıldı. Çalışmaya toplam 82 yaşlı birey katıldı; veriler Yaşlı Tanıtım Formu, Mini-Mental Skala, McGill Ağrı Skalası (MAS), Ağrı Yönetim Envanteri ile toplandı.

Bulgular: Çalışmada yaşlı bireylerin en yüksek oranlarda %64.6 diz ve %58.5 baş ağrısı yaşadıkları belirlendi. Çalışmaya katılan yaşlıların ağrı yönetiminde en yüksek oranda %96.3'ü ağrı kesici kullandıkları ve kullandıkları yöntemler arasında en yüksek oranda dinlenme ve dikkati başka yöne çekme ($X=5.76\pm 0.87$) ve reçete edilen ağrı kesiciyi almayı ($X=5.69\pm 0.87$) yararlı buldukları belirlendi.

Sonuç: Yaşlı bireylerde ağrının farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kullanılarak yönetilmesi önemlidir. Bu nedenle yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde en çok kullandığı yöntemlerin belirlenmesi ve bakım planına entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Ağrı; ağrı yönetimi; yaşlılık.

Summary

Objectives: The aim of this study was to determine pain management status of the elderly in nursing homes.

Methods: The descriptive study sample included 82 elderly who presented to two nursing homes in İzmir between February-July 2012. In this study, Elderly Identification Form, Mini-Mental Scale, McGill Pain Scale (MAS) and Pain Management Inventory were used as the data collection tool.

Results: It was determined that the highest rates of complaints the elderly individuals had were knee pain (64.6%) and headache (58.5%) in this study. Of the elderly people participating in the study, 96.3% took pain relievers for pain management and according to their statements, of the pain management methods they used, resting and directing attention to something else ($X=5.76\pm 0.87$) and taking prescribed pain relievers ($X=5.69\pm 0.87$) were very beneficial.

Conclusion: In elderly individuals, it is important to use pharmacological and non-pharmacological methods for pain management. Therefore, it is recommended to determine the most frequently used methods for pain management by the elderly and to integrate them into the care plan.

Key words: Pain; pain management; elderly.

Giriş

Yaşlanma, evrendeki tüm canlılarda molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan fiziksel, işlevsel, bilişsel ve biopsikososyal işlevlerde azalmaya neden olan evrensel ve doğal bir süreçtir.^[1] Türkiye İstatistik Kurumu 2008 verilerine göre Türkiye'de

nüfusun %6.8'i 65 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmektedir.^[2] Ülkemizde hızlı nüfus artışı, endüstrileşme ve kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm, ekonomik sorunların varlığı, kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek ailenin yaygınlaşması sonucunda konutların küçülmesi nedeniyle yaşlılar için uygun ve yeterli olmaması,

6. Akademik Geriatri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (22-26 Mayıs 2013, Çeşme, İzmir).

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
Department of Internal Medicine Nursing, Ege University Faculty of Nursing, İzmir, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 31.03.2013 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 16.07.2013

İletişim (Correspondence): Dr. Filiz Özel. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Turkey.
Tel: +90 - 232 - 388 11 03 e-posta (e-mail): ozelfiliz85@hotmail.com

gençlerin yaşlılığa bakış açısı, kuşaklar arası iletişim bozuklukları, sağlığın bozulması ve bağımlılık yaşlıların evde bakımını güçleştirmekte ve yaşlılar huzurevlerine yerleştirilmektedirler.^[3]

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık dönemine özgü sorunlar da artış göstermektedir.^[4] Bu sorunlardan en önemlilerinden biri özellikle huzurevinde yaşayan yaşlılarda görülen ağrıdır.^[5] Literatür incelendiğinde yaşlılarda ağrı prevalansının %88.5-%99.7 arasında olduğu belirtilmektedir yaptıkları çalışmada 80-84 yaş grubunda kronik ağrı oranını %31 olarak bulmuşlardır.^[6-8] Farklı çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı oranını %50-57.9 olarak saptanmıştır.^[5,9] Uluslararası Ağrı Çalışmaları Teşkilatı'na (IASP) göre ağrı bir duyum ve hoşaga gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznedir. Bu nedenle hasta bir duyuyu ağrı olarak tanımlıyorsa, bunu ağrı olarak kabul etmek gerekir.^[10,11] Ağrının ölçme ve değerlendirilmesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Ağrının değerlendirilmesi, bilişsel durum, ağrının akut ya da kronik oluşu, kanser ve diğer kronik hastalıklarda oluşan ağrıya göre değişiklik gösterebilir.^[12] Yaşlı bireylerde ağrı; depresyon, sosyal izolasyon, uyku problemleri, aktivitenin bozulması ve sağlık servisi kullanımı ve ekonomik zararlara neden olmaktadır.^[5,9,13-17]

Yaşlılarda ağrı nedenlerinin başında kas iskelet sistemi ve romatizmal hastalıklar gelmektedir. Bunlar arasında osteoartrit, spondilozis, bel ve bacak ağrıları, romatoid artrit, fibromiyalji, osteoporoz ve sekonder miyopatiler yer almaktadır.^[8,18] Bunların dışında yaşlılarda kronik ağrıya yol açan nedenler malignite, diyabetik nöropati, vasküler hastalıklar, viseral kaynaklı ağrılarıdır.^[8,19]

Altmış beş yaş ve üstü bireylerde kemik kırılabilirliği ve kronik hastalıklarla ilişkili ağrı oranı artmasına karşın yaşlılarda ağrı tedavisinde ihmal olduğu bildirilmektedir.^[20] Yaşlılar ağrıdan kurtulmak için farmakolojik metodlar, dinlenme ve dikkati başka yöne çekme gibi çeşitli non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadırlar. Ancak ağrı azaltma yöntemi olarak en çok analjezik tedavisi kullanılmaktadır.^[21]

Ağrının kontrolü ve giderilmesinde hemşirelik yaklaşımlarının ilaç uygulamaları kadar etkili olduğu

belirtilmektedir. Ağrılı hastanın bakımında önemli sorumluluklar üstlenen hemşirenin, ağrının kontrolü ve giderilmesinde yardımcı olabilmesi için hastaların ağrı davranışlarının ve hemşirelerin ağrılı hastayı nasıl tanımladıklarının bilinmesi gerekmektedir.^[22] Yaşlı hastalar için, kendi kendine ağrı yönetimi veya tedaviler sağlığı düzeltici ve sağlık bakım harcamalarını azaltıcı olmalıdır. Gerçekçi ve doğru amaçlar ve birlikte yapılabilecek bir plan ile yaşlıların ağrı yönetimi sağlanabilir.^[23] Tüm bunlardan yola çıkılarak bu çalışma huzurevinde yaşayan yaşlıların ağrı yönetim durumunun belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma Şubat-Temmuz 2012 tarihleri arasında İzmir'de iki huzurevinde yapılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden huzurevinde yaşayan, ağrısı olan, yatağa bağımlı olmayan ve Mini-Mental Skaladan 24-30 arasında puan alan yaşlılar çalışmaya dahil edilmiştir. Bilişsel ve mental problemi olan ve iletişim kurulamayan yaşlı bireyler çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Çalışmada veri toplama süresi boyunca örneklem seçim kriterlerine uygun 82 yaşlı çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak; Yaşlı Tanıtım Formu, Mini-Mental Skala, McGill Ağrı Skalası (MAS), Ağrı Yönetim Envanteri kullanılmıştır.

Yaşlı Tanıtım Formu

Konuya ilişkin literatür ışığında çalışmacılar tarafından hazırlanan 14 soruluk anket formu kullanılmıştır.^[3,11,21] Anket formu sosyo-demografik, yaşının sağlık durumu ve kalınan huzureviyle ilişkili soruları içermektedir.

Mini mental skala

Skala, yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan 30 üzerinden değerlendirilmekte ve 24-30 puan arası normal kabul edilmektedir.^[24]

McGill Ağrı Skalası (MAS)

McGill Ağrı Skalası Melzack tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. Ağrının duysal, hissi ve değerlendirme boyutlarını içermektedir. MAS'dan farklı

puanlar elde edilebilir. En basit puanlamada, soru formunun ikinci bölümünde seçilen kelimelerin sayısı 0-78 arasındadır ve dördüncü bölümdeki mevcut ağrı yoğunluğu 1 (hafif)-5 (dayanılmaz) arasındadır.^[23,25,26] Birçok çalışma MAS'ın geçerli, objektif ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. McGill Ağrı Skalası'nın Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.^[27]

Ağrı Yönetim envanteri

Ağrı Yönetim envanteri (AYE); ağrı yönetim metotları ve bu metotların etkisini incelemek üzere geliştirilmiştir. AYE, 22 maddelik Likert tipli (0-6) bir ölçekdir. AYE'yi dolduran birey eğer yöntem kullanmıyorsa uygun olan seçeneği işaretleyecek, eğer son hafta herhangi bir yöntemi kullanmışsa uygun olan seçeneği işaretleyecek ve yöntemin ağrı yönetiminde ne kadar yararlı olduğunu en iyi tanımlayan seçeneği/sayıyı işaretleyecektir. Ölçekten üç farklı sonuç ortaya çıkmaktadır: (a) son kullanılan yöntemlerin listesi, (b) kullanılan yöntemlerin toplam sayısı, (c) her bir yöntemin yararlılık oranı. AYE'nin iç tutarlılığı (Cronbach alpha 0.76) olarak saptanmıştır.^[28,29] Literatür incelendiğinde AYE'nin bir envanter olması ve sadece yöntem sorgulaması içermesi nedeniyle geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasına gerek olmadığı bildirilmiştir.^[29] Bu nedenlerle envanterin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yürütülmemiştir.

Etik

Çalışmada yaşlı bireylere çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş olup, sözlü ve yazılı izinleri alınarak uygulanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için tüm kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmada kullanılan formların Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya alınan 82 katılımcının sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Yaşlıların %52.4'ü 70-79 yaş grubunda, çoğunluğu (%57.3) erkek, %32.9'u lise mezunu ve çoğunluğu (%95.1) dul/bekardır. Yaşlıların %53.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu; %76.8'inin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların tıbbi özelliklerine bakıldığında ise %86.6'sında kronik hastalık bulunmakta ve %74.4'ü sürekli ilaç kullanmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlıların sosyo-demografik ve tıbbi özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
60-69 yaş	34	41.5
70-79 yaş	43	52.4
80 yaş ve üzeri	5	6.1
Cinsiyet		
Erkek	47	57.3
Kadın	35	42.7
Medeni durum		
Evli	4	4.9
Bekar/Dul	78	95.1
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar değil	9	11.0
Okur-yazar	12	14.6
İlkokul	23	28.0
Ortaokul	11	13.4
Lise	27	32.9
Sosyal güvence		
Yok	38	46.3
Var	44	53.7
Çocuk sahibi olma		
Evet	63	76.8
Hayır	19	23.2
Kronik hastalığa sahip olma durumu		
Var	71	86.6
Yok	11	13.4
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Evet	61	74.4
Hayır	21	25.6
Toplam	82	100

Yaşlı bireylerin %51.2'sinin beş-dokuz yıl huzurevinde kaldığı, %82.9'unun iki kişilik odada kaldığı saptanmıştır ve yaşlıların çoğunluğu (%70.7) huzurevinde kalmaktan çok memnun olduklarını ifade etmiştir (Tablo 2).

Yaşlıların en yüksek oranlarda %64.6 diz ve %58.5 baş ağrısı yaşadığı; en düşük oranlarda ise %7.3 oranında bel ağrısı yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlılar ağrı özelliklerini %59.8 oranında sızlıyor gibi, %50 yorucu, %75.6 hassas, %52.4 zonklayan ve %11 kasılır tarzda şeklinde tanımlamıştır (Tablo 3). Yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde %58 non opioid

Tablo 2. Yaşlıların huzurevi ile ilişkili özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Huzurevinde kalma süresi		
1-4 yıl	30	36.6
5-9 yıl	42	51.2
10 yıl ve üzeri	10	12.2
Huzurevinde odada kalan kişi sayısı		
1 kişilik oda	7	8.5
2 kişilik oda	68	82.9
4 kişilik oda	7	8.5
Huzurevinde kalmaktan duyulan memnuniyet		
Çok	58	70.7
Orta	24	29.3
Az	0	00.0

Tablo 3. Yaşlılarda ağrının özellikleri

	Sayı	%
Ağrı yeri		
Baş	48	58.5
Boyun-Omuz	38	46.3
Bel	6	7.3
Sırt	7	8.5
Kalça	24	29.3
El ve dirsek	29	39.2
Diz	53	64.6
Ayak bileği	26	31.8
Ağrı özelliği		
Sızıyor gibi	49	59.8
Yorucu	41	50.0
Hassas	62	75.6
Zonklayan	43	52.4
Kasılır tarzda	9	11.0

analjezik kullandıkları saptanmıştır. Yaşlı bireyler o anki ağrı şiddetini $X=1.9\pm 0.4$, en kötü ağrı şiddetini $X=4.5\pm 1.03$ ve en az ağrı şiddetini $X=3.8\pm 1.6$ oranında tanımlamışlardır.

Çalışmaya katılan yaşlıların ağrı yönetiminde en yüksek oranda %96.3'ü ağrı kesici; %95.1'i onları anlayabilen biri ile konuşma, aynı oranda dinlenme ve aktiviteler arası dinlenme dönemleri planlamayı kullanmaktadırlar. Buna karşın, yaşlıların ağrı yönetiminde kalp hızını, kan basıncını veya diğer fizyolojik ölçümleri izleyerek biyolojik geri bildirim

kullanma, meditasyon veya rehber eşliğinde hayal kurma gibi rahatlama yöntemlerini ve Transkütanöz Elektriksel Stimülasyonu (TENS) hiç kullanmadıkları; en düşük oranda ise ağrıyı başlatan ve arttıran yiyeceklerden kaçınma ve atel veya kuşak kullanarak ağrılı bölge/bölgeleri desteklemeyi kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaşlıların ağrı yönetim yöntemlerinin yararlılık puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek oranda dinlenme ve dikkati başka yöne çekme ($X=5.76\pm 0.87$), reçete edilen ağrı kesici alma ($X=5.69\pm 0.87$) şek-

Tablo 4. Yaşlıların kullandıkları ağrı yönetim yöntemleri ortalamalarının dağılımı

Ağrı yönetim yöntemleri	Sayı	%
Ağrılı bölgeye/bölgelere masaj yapmak	65	79.3
Stresi kontrol altına almaya yardımcı yöntemleri (biriyle konuşma, solunum egzersizi yapma vb) kullanmak	31	37.8
Beni anlayabileceğini düşündüğüm kişilerle konuşmak	78	95.1
Dinlenmek	78	95.1
Ağrılı bölgeye/bölgelere soğuk uygulama yapmak	2	97.6
TV izleme, bir şeyler okuma veya çalışma gibi dikkati başka yöne çeken teknikleri kullanmak	64	78
Kalp hızını, kan basıncını veya diğer fizyolojik ölçümleri (solunum, vücut ısısı vb) izleyerek biyolojik geri bildirim (biyofeedback) kullanmak	-	-
Sıcak su havuzu veya küveti kullanmak ya da sıcak duş almak	39	47.6
Hekimin önermediği veya reçete etmediği ağrı kesici ilacı kullanmak	10	12.2
Ağrıyı başlatan veya arttıran yiyeceklerden kaçınmak	4	4.9
Ağrı konusunda destek gruplarına (hasta dernekleri, toplantılar vb) katılmak	29	35.4
Egzersiz yapmak	24	29.3
Ağrılı bölgeye/bölgelere sıcak uygulama yapmak	77	93.9
Hekim tarafından reçete edilen antidepresan ilaç almak	13	15.9
Meditasyon veya rehber eşliğinde hayal kurma gibi rahatlama yöntemlerini kullanmak	-	-
Transkütanöz Elektriksel Stimülasyon (TENS) kullanmak	-	-
Atel veya kuşak kullanarak ağrılı bölge/bölgeleri desteklemek	4	4.9
Hekim tarafından reçete edilen ağrı kesici ilaç almak	79	96.3
Ağrıyı artıracak fiziksel aktiviteden kaçınmak	31	37.8
"..... yapabilirim" gibi olumlu telkinler kullanmak	12	14.6
Aktiviteler arasında dinlenme dönemleri planlamak	78	95.1
Kişisel dini inancından aldığı desteğe odaklanmak	33	40.2

linde sıralanmıştır. En düşük puan ortalaması ise ağrılı bölgeye/bölgelere soğuk uygulama yapma ($X=1.02\pm 0.15$) ve atel veya kuşak kullanarak ağrılı bölge/bölgeleri desteklemek ($X=1.08\pm 0.39$) yer almaktadır (Tablo 5).

Tartışma

Ağrı yaşlılarda sıklıkla karşılaşılan şikayetlerden biri olmasına karşın, pek çok yaşlı ağrının yaşlılığın normal bir sonucu olduğunu düşünmektedir.^[30] Literatür incelendiğinde yaşlılarda ağrı prevalansının %88.5-99.7 ve kronik ağrı oranının %31-64.7 olduğu bildirilmiştir.^[7,8] Geriatri kliniğinde yatan yaşlı bireylerde ağrı oranı %67.3 olarak bildirilirken; huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı oranı %50-57.9 arasında olarak bildirilmektedir.^[5,9,31]

Ağrısı olan yaşlı bireylerin en yüksek oranlarda %64.6 diz ve %58.5 baş ağrısı yaşadığı; en düşük

oranlarda ise %7.3 bel ağrısı yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda yaşlılarda görülen ağrının %74.2-78.2'sinin eklem ağrısı ve %50.5'inin yaygın ağrı deneyimlediği bulunmuştur.^[8,32,33] Kronik ağrısı olan yaşlı bireylerin %19.5'nin dizde, %16.5'inin kalçada ve %11.5'inin ağrı yaşadığı belirtilmiştir.^[34]

Yaşlılar ağrı özelliklerini %59.8 oranında sızlıyor gibi, %50 yorucu, %75.6 hassas, %52.4 zonklayan ve %11 kasılır tarzda şeklinde tanımlamıştır (Tablo 3). Yıldız ve ark.nın^[5] (2009) çalışmasında yaşlıların %36.4'ü sızlayıcı ağrı, %3.6'sı da künt ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %96.3'ünün ağrı kesici ve bu yaşlı bireylerin de %58'nin non opioid analjezik kullandıkları saptanmıştır. Bıyık ve ark. (2002) yaşlı bireylerin analjezik kullanma oranını %42.9; Güler ve ark. (2009) ise %90,6 olarak saptamış-

Tablo 5. Yaşlıların kullandıkları ağrı yönetim yöntemlerinin yararlılık puan ortalamalarının dağılımı

Ağrı Yönetim Yöntemleri	Ortalama	SS
Ağrılı bölgeye/bölgelere masaj yapmak	3.29	1.52
Stresi kontrol altına almaya yardımcı yöntemleri (birisiyle konuşma, solunum egzersizi yapma vb) kullanmak	1.73	1.16
Beni anlayabileceğini düşündüğüm kişilerle konuşmak	5.03	1.24
Dinlenmek	5.76	0.87
Ağrılı bölgeye/bölgelere soğuk uygulama yapmak	1.02	0.15
TV izleme, bir şeyler okuma veya çalışma gibi dikkati başka yöne çeken teknikleri kullanmak	5.76	0.87
Kalp hızını, kan basıncını veya diğer fizyolojik ölçümleri (solunum, vücut ısısı vb) izleyerek biyolojik geri bildirim (biofeedback) kullanmak	-	-
Sıcak su havuzu veya küveti kullanmak ya da sıcak duş almak	2.28	1.50
Hekimin önermediği veya reçete etmediği ağrı kesici ilacı kullanmak	1.12	0.32
Ağrıyı başlatan veya arttıran yiyeceklerden kaçınmak	0.94	1.19
Ağrı konusunda destek gruplarına (hasta dernekleri, toplantılar vb) katılmak	1.81	1.35
Egzersiz yapmak	1.75	1.26
Ağrılı bölgeye/bölgelere sıcak uygulama yapmak	3.90	1.23
Hekim tarafından reçete edilen antidepresan ilaç almak	1.19	0.48
Meditasyon veya rehber eşliğinde hayal kurma gibi rahatlama yöntemlerini kullanmak	-	-
Transkütanöz Elektriksel Stimülasyon (TENS) kullanmak	-	-
Atel veya kuşak kullanarak ağrılı bölge/bölgeleri desteklemek	1.08	0.39
Hekim tarafından reçete edilen ağrı kesici ilaç almak	5.69	0.97
Ağrıyı artıracak fiziksel aktiviteden kaçınmak	1.82	1.30
"..... yapabilirim" gibi olumlu telkinler kullanmak	1.14	0.35
Aktiviteler arasında dinlenme dönemleri planlamak	4.89	1.04
Kişisel dini inancından aldığı desteğe odaklanmak	1.78	1.17

SS: Standart sapma.

lardır.^[35,36] Farklı bir çalışmada analjezik kullanan yaşlı bireylerin %16'sı narkotik olmayan analjezik, %32'si zayıf opioidler, %26'sı morfin veya türevi ilaçlar kullanırken ve %27'sinin adjuvan ilaç kullandığı bulunmuştur.^[37] Hwang ve ark.^[33] tarafından yapılan çalışmada ise ciddi ağrı olan yaşlı bireylerin %80 oranında opioid kullandığı belirtilmektedir.

Güncel geriatric rehberler ağrı yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin kullanımını önerirken, yapılan çalışmalar yaşlı bireylerde ağrı yönetiminin sınırlı ve yetersiz olduğunu göstermiştir.^[38,39] Bu nedenlerle klinik bakımda ağrı yönetim stratejilerinin hangilerinin kullanıldığı önemli yer tutmaktadır.^[40]

İlaç dışı ağrı yönetim metotları ağrıyı gidermede basit ve pahalı olmayan hemşirelik girişimleridir.^[39] Nonfarmakolojik ağrı yönetim yöntemleri fizik-

sel ve kognitif -davranışsal stratejileri içermektedir.^[40] Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde en çok oranda ağrılı bölgeye soğuk uygulama (%97.6) ve sıcak uygulama (%93.9) yapma, hekim tarafından tavsiye edilen ağrı kesicileri kullanma (%96.3), onları anlayabilen biri ile konuşma (%95.1), dinlenme (%95.1) ve aktiviteler arası dinlenme dönemleri planlamayı (%95.1) kullanmaktadırlar (Tablo 4). Sonuçlarımızla paralel olarak Ferrell ve ark.^[41] (1994) yaşlı kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada yüzeysel ısı uygulamasının bu bireyler arasında popüler olduğunu bulmuşlardır. Yaşlılara yönelik yapılan çalışmalarda ise sıcak ve soğuk uygulama oranları %10.5-28.3'tür ve çalışmamızda bulunan oranlardan daha düşük olduğu görülmüştür.^[32,42] Literatürde paralel olarak yaşlı bireylerde %47.8-78 oranında reçeteli analjezik kullanımı ve ağrılı dönemde %48.1-50.1 oranında yaşlıların inaktiviteyi tercih ettikleri belirtilmektedir.^[42,43] Vü-

çudun tam veya kısmi olarak immobilizasyonu ve özel vücut bölgelerine pozisyon verilmesinin ağrı yönetiminde oldukça yararlı olabileceği ve %15.8-35 oranında egzersiz, %20 oranında dinlenme ve %3 oranında uykuda pozisyon değişikliğinin ağrıyı azalttığı belirtilmektedir.^[21,32,40,42] Literatür incelendiğinde onları anlayan biri ile konuşma “biraz yararlı” şeklinde tanımlanmıştır.^[21] Ağrı yönetiminde onları anlayan biri ile konuşma oranlarının yüksek olmasının örneklem grubunun huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerden oluşması nedeniyle yaşlı bireylerin birbirlerine destek olması ve birbirleriyle konuşarak ağrıyı aşması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %79.3’ü ağırlı bölgeye masaj uygularken; %78’i dikkati başka yöne çekme tekniklerini kullanmaktadır. Masaj hem anksiyolitik hem de analjezik olan oksitosinin salınımını uyarır ve masajın ağrı şiddeti ve anksiyeteyi azaltan ve gevşemeyi sağlayan önemli bir hemşirelik girişi mi olduğu saptanmıştır. Fischer (1990) hemşirelerin müzik tedavisinde anahtar rol oynadığını ifade etmektedir.^[40] Literatür incelendiğinde yaşlı bireylerin %57.6 oranında ağırlı bölgeye masaj uyguladığı; dikkati başka yöne çekme ise %15 oranında kullandığı görülmektedir.^[21,43] Çalışmamızda yaşlı bireylerin %40.2 oranında dini inançtan aldığı desteğe odaklandığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda %15.2 oranında yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde dua ettikleri saptanmıştır.^[43]

Çalışmamızda yaşlı bireylerin en düşük oranda ağrıyı başlatan ve arttıran yiyeceklerden kaçınma ve atel veya kuşak kullanarak ağırlı bölge/bölgeleri desteklemeyi kullandıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde biyolojik geri bildirim, meditasyon veya rehber eşliğinde hayal kurma gibi rahatlama yöntemlerini ve Transkütanöz Elektriksel Stimülasyonu (TENS) hiç kullanmadıkları bulunmuştur (Tablo 4). Türkiye’de henüz bu yöntemlerin tanınmaması ve bilinmemesi nedeniyle hiç kullanılmadığı düşünülmektedir.

Yaşlıların ağrı yönetim yöntemlerinin yararlılık puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek oranda dinlenme ve dikkati başka yöne çekme ($X=5.76\pm 0.87$), reçete edilen ağrı kesici alma ($X=5.69\pm 0.87$) şeklinde sıralanmıştır (Tablo 5). Literatür incelendiğinde yaşlı bireylerin %80 oranında doktora gitme ve

%47-67.8 oranında ağrı kesici kullandıkları ve bu yöntemleri çok yararlı buldukları belirtilmektedir.^[21,34,42] Yaşlı bireylerin %46’sı aktivite kısıtlamasını kullandığını ve bu yöntemi çok yararlı bulduğunu bildirilmektedir.^[21,32] Yapılan çalışmalarda kognitif baş etme %36 oranında ve biraz yararlı olarak tanımlanırken; azim %52 ve duygusal destek %50 oranında yararlı bulunmuştur.^[21,42]

En düşük puan ortalaması ise ağırlı bölgeye/bölgelere soğuk uygulama yapma ($X=1.02\pm 0.15$) ve atel veya kuşak kullanarak ağırlı bölge/bölgeleri desteklemek ($X=1.08\pm 0.39$) yer almaktadır (Tablo 5). Çalışmamızda soğuk uygulama yapma yöntem olarak fazla oranlarda kullanılmasına karşın yararlılığının düşük bulunması doktor kontrolünde olmadan bilinçsiz bir şekilde yapılması şeklinde açıklanabilir. Literatürde yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde %44 oranında sıcak/soğuk uygulaması ve %46 oranında dini aktiviteleri yararlı buldukları bildirilmektedir.^[42] Yapılan farklı bir çalışmada ise yaşlı bireyler sıcak uygulamayı biraz yararlı diye, soğuk uygulamayı ise çok yararlı şeklinde tanımlamışlardır.^[21]

Bu çalışmanın sonucunda, ağrı yönetiminde yaşlı bireyler tarafından kullanılan yöntemlerin hemşirelik bakım planı içine dahil edilmesi ve bunların kullanımına yönelik hasta ve aile eğitimlerinin yapılması önerilmektedir. Ayrıca, ağrı yönetiminde çeşitli nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların yapılması da önerilmektedir.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Cangöz B, Gökçe Kutsal Y, Kızıl-Özel ET, Baran Z. Üç farklı yaşlı hastalığı: Genel bilişsel işlevler, bellek, depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri açısından incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2012;15(3):284-91.
2. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları (2009). <http://www.tuik.gov.tr>.
3. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6(4):227-39.
4. Altıparmak S, Horasan GD. Huzurevlerinde kalan yaşlılarda kaza sıklığı ve kaza ile ilişkili faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2012;15(3):292-8.
5. Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir Huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. Türk Geriatri Dergisi 2009;12(3):156-64.

6. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89(2-3):127-34.
7. Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazıcıoğlu N. Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Türk Geriatri Dergisi* 2009;12(4):190-7.
8. Ordu Gokkaya NK, Gokce-Kutsal Y, Borman P, Ceceli E, Dogan A, Eyigor S, et al. Pain and quality of life (QoL) in elderly: the Turkish experience. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(2):357-62.
9. Gümüş AB, Keskin G, Orgun F. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı ve yaşam aktiviteleri: Depresyon, anksiyete ve somatizasyon yönünden bir inceleme. *Türk Geriatri Dergisi* 2012;15(3):299-305.
10. Berker E, Dinçer N. Chronic pain and rehabilitation. *Agri* 2005;17(2):10-6.
11. Rodriguez CS. Pain measurement in the elderly: a review. *Pain Manag Nurs* 2001;2(2):38-46.
12. Herman AD, Johnson TM 2nd, Ritchie CS, Parmelee PA. Pain management interventions in the nursing home: a structured review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(7):1258-67.
13. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis* 2012;3(6):465-71.
14. Lemola S, Richter D. The course of subjective sleep quality in middle and old adulthood and its relation to physical health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2013;68(5):721-9.
15. Hutton L, Frame R, Maggo H. The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study. *NZ Journal of Physiotherapy* 2009;37(2):85-92.
16. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:38.
17. Noro AM, Hakkinen UT, Laitinen UJ. Determinants of health service use and expenditure among the elderly Finnish population. *Health Services Research* 2012;25:174-80.
18. Bhagat S, Ostör AJ. Diagnosing joint pain in the older people. *Practitioner* 2010;254(1725):17-21.
19. Gündüzoğlu NÇ, Karadakovan A. Yaşlılarda ağrı yönetimi. *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri* 2011;2(2-3):41-8.
20. Cavalieri TA. Management of pain in older adults. *J Am Osteopath Assoc* 2005;105(3 Suppl 1):S12-7.
21. Jakobsson U. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain Manag Nurs* 2004;5(4):137-43.
22. Baran G. Hasta ve hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin değerlendirmeleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2003;6(5):24-9.
23. Davis GC, White TL. A goal attainment pain management program for older adults with arthritis. *Pain Manag Nurs* 2008;9(4):171-9.
24. Aksüllü N. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2002.
25. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002;6(1):9-16.
26. Eti-Aslan F. Ağrının değerlendirilmesi ve ölçümü. Eti-Aslan F. (Ed): Avrupa SS: Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. 2006. s. 85-8.
27. Kuşuoğlu S, Eti Aslan F, Olgun N. McGill Melzack ağrı soru formunun Türkçeye uyarlanması. *Ağrı* 2003;15(1):47-52.
28. Davis GC. Improved sleep may reduce arthritis pain. *Holist Nurs Pract* 2003;17(3):128-35.
29. Parlar S, Fadiloglu C, Argon G, Tokem Y, Keser G. The effects of self-pain management on the intensity of pain and pain management methods in arthritic patients. *Pain Manag Nurs* 2013;14(3):133-42.
30. Yücel H, Kayıhan H. Pain, physical performance and balance in the elderly at hospital. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(3):e103-5.
31. Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, D'Amico F, Policicchio D, Postacchini D, et al. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51(3):273-6.
32. Brown ST, Kirkpatrick MK, Swanson MS, McKenzie IL. Pain experience of the elderly. *Pain Manag Nurs* 2011;12(4):190-6.
33. Hwang U, Richardson LD, Harris B, Morrison RS. The quality of emergency department pain care for older adult patients. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(11):2122-8.
34. Zanolchi M, Maero B, Nicola E, Martinelli E, Luppino A, Gonnella M, et al. Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL). *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47(1):121-8.
35. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Geriatri* 2002;5(2):68-74.
36. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2009;31(4):367-73.
37. Bernabei R, Gambessi G, Lapane K. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998;279(23):1877-83.
38. Stewart C, Leveille SG, Shmerling RH, Samelson EJ, Bean JF, Schofield P. Management of persistent pain in older adults: the MOBILIZE Boston Study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(11):2081-6.
39. Yıldırım Y. Kanser ağrısının non-farmakolojik yöntemlerle kontrolü. *Kanser ve palyatif bakım. İzmir: Meta Basım; 2006.*
40. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6 Suppl):S205-24.
41. Ferrell BR, Ferrell BA, Ahn C, Tran K. Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer* 1994;74(7 Suppl):2139-46.
42. Barry LC, Kerns RD, Guo Z, Duong BD, Iannone LP, Reid MC. Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a Veterans Affairs Medical Center. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(6):950-6.
43. Yu HY, Tang FI, Yeh MC, Kuo BI, Yu S. Use, perceived effectiveness, and gender differences of pain relief strategies among the community-dwelling elderly in Taiwan. *Pain Manag Nurs* 2011;12(1):41-9.