

Verkjameðferð aldraðra:

Fræðileg samantekt

Rakel María Magnúsdóttir

LOKAVERKEFNI TIL BS-PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINENDUR: Guðrún Dóra Guðmannsdóttir og Brynja Örlygsdóttir

JÚNÍ 2011



HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Ég vil byrja á því að þakka leiðbeinendum mínum þeim Brynju Örlygsdóttur og Guðrúnu Dóru Guðmannsdóttur fyrir alla aðstoðina og góða leiðsögn við gerð þessa verkefnis. Ég vil einnig þakka Kolbeini Þorsteinssyni fyrir yfirlestur á verkefninu og síðast en ekki síst fjölskyldu og vinum fyrir einstakan stuðning í gegnum allt námið. Sérstaklega vil ég þakka móður minni Söndru Sveinbjörnsdóttur sem hefur alltaf hvatt mig áfram og verið til staðar í blíðu og stríðu. Takk.

Útdráttur

Aldraðir eru stór og vaxandi hópur sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins. Mörgum kvillum og sjúkdómum sem hrjá þennan aldurshóp fylgja verkir. Rannsóknir hafa sýnt að langvinnir verkir eru tvöfalt algengari hjá öldruðum en í yngri aldurshópum og byrði langvinnra verkja hjá öldruðum er því þung. Hjá eldra fólki valda verkir oft skertum lífsgæðum og minni getu í athöfnum daglegs lífs sem svo leiðir til aukins kostnaðar í hjúkrun þessa aldurshóps. Verkir aldraðra leiða oft einnig til félagslegrar einangrunar, svefntruflana og andlegrar vanlíðunar sem síðan leiðir til aukinnar notkunar heilbrigðisþjónustu. Tilgangur þessa verkefnis var að skoða hvaða verkjameðferðir hafa reyst árangursríkastar við verkjum hjá öldruðum. Hefðbundnar verkjameðferðir, þá aðallega verkjalyf, hafa reynst vel, en aukaverkanir eru oft margar og þær eru algengari og oft alvarlegri meðal aldraðra. Óhefðbundnar og viðbótarmeðferðir hafa einnig gefið góða raun, en góðar klínískar rannsóknir sem styðja verkun óhefðbundinna meðferða eru fáar. Það getur verið erfitt fyrir aldraða að nálgast þjónustu við verkjavandamálum vegna hindrana eins og lélegs efnahags og erfiðleika við að athafna sig í daglegu lífi. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um þessi vandamál og hafi þekkingu og getu til þess að meta verki aldraðra og veita árangursríka verkjameðferð.

Lykilorð: verkir, aldraðir, verkjameðferðir, áhrif verkja

Abstract

The Icelandic population is growing older, and therefore depending more on the health care system. Most diseases that affect this age group are accompanied by pain, but studies have shown that chronic pain is twice as common in elderly than in younger age groups. Burden of chronic pain in the elderly is therefore high. Moreover, pain often causes impaired quality of life and decreases the ability to perform activities of daily living causing increased cost of nursing care. Purpose of this study was to review the literature of the most effective pain managements for the elderly population. Pharmaceutical medication, are effective but can cause side effects that are more common and often serious for the elderly. Alternative and complementary treatments have also given good results, but good clinical studies to support their efficacy are lacking. It can be difficult for the elderly to access services for pain management, due to barriers such as poor income and difficulty to perform activities of daily living. It is important for nurses to be aware of these problems and have the knowledge and ability to assess pain in elderly and provide effective pain management.

Key words: pain, elderly, pain management, effect of pain

Efnisyfirlit

| | |
|---|-----|
| Þakkarorð | iii |
| Útdráttur | iv |
| Abstract | v |
| Efnisyfirlit | vi |
| Listi yfir myndir | vii |
| Inngangur | 1 |
| Fræðileg samantek | 3 |
| Verkir | 3 |
| Algengi verkja meðal aldraðra | 5 |
| Verkjamat aldraðra | 6 |
| Verkjameðferð aldraðra | 9 |
| Verkjalyf | 12 |
| Óhefðbundnar verkjameðferðir aldraðra | 14 |
| Umræður | 19 |
| Lokaorð | 22 |
| Heimildaskrá | 23 |

Listi yfir myndir

| | |
|---|----|
| Mynd 1. Verkjastigi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). Leiðbeiningar í verkja- meðferð (Landspítali háskólasjúkrahús, 2010, bls.8)..... | 12 |
|---|----|

Inngangur

Aldraðir eru stór og vaxandi hópur sjúklunga innan heilbrigðiskerfisins. Mörgum kvillum og sjúkdómum sem hrjá þennan aldurshóp fylgja verkir. Hjá eldra fólki valda verkir oft á tíðum skertum lífsgæðum og minni getu í athöfnum daglegs lífs (ADL) sem svo leiðir til aukins kostnaðar í hjúkrun og umönnun þessa aldurshóps (Weiner, Rudy, og Gaur, 2001a). Neikvæð áhrif langvinnra verkja á lífsgæði og getu fólks aukast verulega með aldrinum (Ray, Lipton, Zimmerman, Katz og Derby, 2011). Verkir aldraðra geta leitt til félagslegrar einangrunar og svefntruflana, og tengsl eru á milli verkja og þunglyndis. Af þessu leiðir aukin notkun á heilbrigðisþjónustu hjá þessum aldurshópi, en algengasta ástæða þess að aldraðir leiti til heilbrigðiskerfisins eru vandamál tengd verkjum (Wirth, Hudgins, og Paice, 2005).

Eins og í öðrum vestrænum ríkum fer meðalaldur Íslendinga hækkandi ár frá ári. Meðalaldur Íslendinga er há í alþjóðlegum samanburði, og því kemur ekki á óvart að dánartíðni er að sama skapi lág. Nú á dögum geta íslenskar konur búist við að verða 83 ára og íslenskir karlar 79 ára (Hagstofa Íslands, 2011). Árið 2010 voru Íslendingar 67 ára og eldri samtals 33.015 eða 10,3 % af þjóðinni. Í mannfjöldaspá Hagstofu Íslands er því spáð að árið 2060 verði þessi fjöldi orðinn 91.721. eða 21% af þjóðinni (Hagstofa Íslands, 2011). Þegar talað er um fjölgun í eldri aldurshópum er málið tvíþætt; lengra líf og einnig að fjölmennari kynslóðir eru að komast á efri ár. Þessari þróun hlýtur þá að fylgja aukning á aldurstengdum sjúkdómum og kvillum, þar sem tíðni til dæmis krabbameins, hjarta- og æðasjúkdóma eykst með hækkandi aldri. Að auki má nefna ýmsa sjúkdóma þar sem tíðni vex með hækkandi aldri eins og slitgigt, beinþynningu, Parkinson og heilabilunarsjúkdóma eins og Alzheimer. Flestir þessara sjúkdóma hafa í för með sér færnitap og þeim fylgja oft en

ekki einhverskonar verkir (Pálmi V. Jónsson, 2005). Þrátt fyrir að mikið af rannsóknum hafi verið birtar sem sýna algengi verkja og tegundir verkjameðferða við bráðum verkjum, langvinnnum verkjum og verkjum hjá krabbameinssjúklingum hefur minni áhersla verið lögð á rannsóknir á verkjum aldraðra. En samkvæmt niðurstöðum úr RAI-matstækinu sem er mælitæki á heilsufari og hjúkrunarþörf aldraðra, voru 48,33% íbúa á Íslandi sem dvöldu í hjúkrunarrýmum árið 2009 með verki (Júlíana Sigurveig Guðjónsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Guðrún Björg Guðmundsdóttir og Marta Jónsdóttir, 2011). Þar sem afleiðingar langvinnra verkja hjá öldruðum hafa í flestum tilfellum neikvæð áhrif á heilsu og lífsgæði þeirra (Magni, Marchetti, Moreschi, Merskey, og Luchini, 1993), er mikilvægt að vekja athygli á þessu vandamáli. Ástæður verkja eldra fólks eru margþættar og ýmsar hindranir geta verið á viðeigandi mati og meðferð, eins og heilabilunarsjúkdómar, örorka og skyntruf- lanir svo fátt eitt sé nefnt (Pálmi V. Jónsson, 2005). Því er mikilvægt að vita hvort aldraðir séu að fá rétta verkjameðferð og hvort þessu vandamáli sé yfir höfuð sinnt nógu vel innan heilbrigðiskerfisins. Með þetta í huga var tilgangurinn með þessu verkefni að gera fræðilega samantekt á algengustu verkjameðferðum aldraðra og skoða hvaða verkjameðferðir hafa reynst árangursríkastar.

Fræðileg samantekt

Við heimildaleit var notast við gagnagrunna Pubmed og Scopus. Notast var við leitarorðin: pain, pain in elderly people, pain management og alternative and complementary therapy for pain. Leitað var eftir greinum sem komu út á tímabilinu 1999 – 2011. Mikið af heimildum voru til um þetta efni og reynt var eftir bestu getu að fara í gegnum þær sem tengdust efninu og þær síðan flokkaðar niður eftir notagildi. Frekari heimildaleit var svo unnin út frá þessu efni, meðal annars með því að skoða heimildalista þessara greina.

Verkir

Alþjóðlegu verkjafræðisamtökin International Association for the Study of Pain (IASP) skilgreina verk sem “óþægilega skynjun eða tilfinningu vegna raunverulegra eða hugsanlegra vefjaskemmda, eða honum er lýst á þann hátt” (IASP, 1979, bls. 248-252). Þessi skilgreining er viðurkennd og skýr. En því má ekki gleyma að verkur er einstaklingsbundin upplifun, og sú skilgreining á verkjum sem einna mest er notuð innan hjúkrunarfræðinnar nú, er skýring sem bandaríski hjúkrunarfræðingurinn Margo McCaffery kom með árið 1968 „Verkur er það sem einstaklingur segir hann vera og er til staðar meðan sá hinn sami segir að hann sé til staðar“ (McCaffery, 1968, bls. 62). Árið 1965 settu Ronald Melzack og Patrick Wall fram kenningu um svokallað „sársaukahlið“ í mænunni (The Gate Control Theory). Þessi kenning fjallar um það að sársaukaboð sem berast með skyntaugum líkamans fara í gegnum nokkurskonar hlið í mænunni og þaðan til heilans. Þessi hlið stjórna flæði boðanna til heilans. Ef

önnur skynboð berast til mænunnar á sama tíma og sársaukaboðin til dæmis við snertingu, þrýsting, hita eða kulda, verður samkeppni í hliðinu um hvaða boð fái forgang. Þannig er reynt að stöðva boðin í „sársaukahliðinu“ áður en að þau berast til heilans með hinum ýmsum verkjameðferðum (Melzack og Wall, 1965).

Verki má flokka á margan hátt. Upp úr 1960 kom fram flokkun á verkjum sem enn er mikið notuð í dag, það er skipting í bráðaverki og langvinna verki. Bráðaverkur kemur í kjölfar slysa, meiðsla, bráðaveikinda eða skurðaðgerða og varir ekki lengur en veikindin ganga yfir, oft miðað við þrjá mánuði. Langvinnur verkur er þá verkur sem hefur varað lengur en þrjá mánuði. Langvinnum verkjum er svo oft skipt í illkynja og góðkynja verki. Illkynja langvinnir verkir hafa verið kallaðir krabbameinsverkir en geta líka stafað af öðrum hratt versnandi sjúkdómum eins og MND, MS og alnæmi (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Góðkynja langvinnir verkir oft kallaðir krónískir verkir geta verið gigtarverkir, taugaverkir, höfuðverkir, bakverkir og aðrir stoðkerfisverkir (Thomas, 2000). Skilin eru ekki alltaf skýr og sjúklingar geta verið með bæði langvinna og bráða verki á sama tíma (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Í þessari samantekt verður aðallega fjallað um langvinna verki aldraðra og þá helst góðkynja.

Skipta má verkjum í fjóra flokka eftir meinalífeðlisfræði þeirra (in pathophysiologic terms). Það eru vefjaskemmdaverkir, taugaverkir, geðrænir verkir og verkir af óþekktum uppruna. Vefjaskemmdaverkir (nociceptive pain) eru algengasta tegund verkja, þeir koma annað hvort frá stoðkerfi og/eða húð eða frá innri líffærum (Mishra, Bhatnagar, Gupta, Goyal, Jain og Chauhan, 2009). Þá verða sársaukanemar í viðkomandi vef fyrir ertingu og senda sársaukaboð til heilans. Átæðan getur verið til dæmis tognun, stunga, nýrnasteinar eða slitgigt (Magnús Jóhannsson, 2005). Oft getur verið erfitt að finna uppruna vefjaskemmda-

verkja frá innri líffærum, meðal annars vegna þess að verkjatauganetið þar er mun gisnara, ógleði og blóðþrýstingsfall eru algengir fylgikvillar þessara verkja (Mishra o.fl., 2009). Taugaverkir (neuropathic pain) koma vegna skemmda einhvers staðar í taugakerfinu, það getur til dæmis gerst við brjóskað í hrygg, vegna aflimunar eða ristils sem er algeng veirusýking sem leggst á skyntaugarnar. Það er erfiðara að meðhöndla taugaverki en vefjaskemmdaverki og þeir svara hefðbundnum verkjalyfjum mun verr. Einnig eru til geðrænir verkir sem eru sálíkamlegir verkir sem oft getur verið erfitt að skilgreina og skilja, þar sem geðrænir þættir eru taldir hafa mest áhrif, bæði á tilurð og framgang verkjarins. Að lokum eru það verkir af óþekktum uppruna, það eru óljósir og oft langvinnir verkir sem engin skýring finnst á. Orsökina getur verið vegna gamalla meiðsla sem hafa jafnað sig en taugaboðum verki eru enn til staðar (Magnús Jóhannsson, 2005).

Algengi verkja meðal aldraðra

Byrði langvinnra verkja hjá öldruðum er mikil, og hafa margar rannsóknir sýnt að langvinnir verkir eru tvisvar sinnum algengari hjá öldruðum en yngri aldurshópum (Cuellar, 2005). Bandarísk könnun sem mæla átti algengi verkja meðal aldraðra var gerð með slembiúrtaki þar sem póstlisti var sendur til 5,897 manns, svarhlutfallið var 61%. Niðurstöðurnar sýndu að um 60% aldraðra hafa upplifað langvinna verki (Watkins, Wollan, Melton, og Yawn, 2008). Aðrar rannsóknir hafa sýnt að meira en fjórðungur aldraðra þjáist af langvinnnum verkjum og allt að helmingur aldraðra á hjúkrunarheimilum glímir við langvinna verki (Thomas og Cavalieri, 2002). Þó tengslin milli hækkandi aldurs og langvinnra verkja séu ekki að fullu þekkt (Ray, Lipton, Zimmerman, Katz, og Derby, 2011), þá má að hluta skýra þau með aldurstengdum sjúkdómum og kvillum sem algengir eru hjá eldri aldurshópum

eins og gigt, hjarta og æðasjúkdómum og beinþynningu svo eitthvað sé nefnt (Weiner, og Hanlon, 2001b). Evrópsku verkjafræðisamtökin The European Federation of International Association for the Study of Pain (EFIC) halda því fram að langvinnir verkir séu stórt heilbrigðisvandamál og sjúkdómur í sjálfu (Niv og Devor, 2007).

Samkvæmt reglugerð nr. 546/1995 frá heilbrigðis og tryggingamálaráðuneytinu ber að meta aðbúnað og heilsufar íbúa á öldrunarstofnunum. Við það mat skal stuðst við alþjóðlegt mælitæki, Resident Assessment Instrument (RAI) (Reglugerð um mat á aðbúnaði og heilsufari íbúa á öldrunarstofnunum. nr. 546/1995, 2. gr.). RAI-matstækið er viðamikilið mælitæki á heilsufari og hjúkrunarþörf og gefur tölulegar niðurstöður bæði um hjúkrunarþörf og um gæði þjónustu á hjúkrunarheimilum. Svokallaðir kvarðar eru skilgreindir í matstækinu, til dæmis vitrænn kvarði, verkjakvarði, þunglyndiskvarði og virkni-kvarði. Samkvæmt niðurstöðum úr RAI-matstækinu voru 48,33% íbúa á Íslandi sem dvöldu í hjúkrunarrýmum árið 2009 með verki (Júlíana Sigurveig Guðjónsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Guðrún Björg Guðmundsdóttir og Marta Jónsdóttir, 2011). Verkir aldraðra virðast því vera algengt vandamál hér á landi eins og annar staðar.

Verkjamat aldraðra

Rannsóknir hafa sýnt að verkir eru vangreindir og undirmeðhöndlaðir hjá 53% sjúklinga sem þjást af miðlungsverkjum og 30% sjúklinga sem þjást af miklum verkjum (McDonald, Shea, Fedo, Rose, Bacon, Noble, og Stewart, 2008). Í stórri könnun meðal aldraðra á hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum þar sem úrtakið var 21.380 einstaklingar var helmingur þeirra með langvinna verki. Hins vegar var einungis fjórðungi þeirra sem þjáðust af langvinnum verkjum gefin verkjalyf síðasliðiðinn mánuð og minna en helmingur þeirra var skráður

fast á verkjalyf (Herr, 2010). Þessar tölur bera vott bæði um háa verkjatiðni og að ekki sé alltaf brugðist rétt við.

Þar sem hjúkrunarfræðingar eru það heilbrigðisstarfsfólk sem er í mestum samskiptum við sjúklingana, eru þeir í lykilstöðu til að greina verki. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingur skimi eftir verkjum hjá öllum sjúklingum. Hægt er að gera það með með einföldum spurningum eins og „Líður þér illa? Ertu með einhverja verki?“ ef sjúklingur svarar játandi þarf ítarlegra mat að fara fram (Arnstein, 2011). Þegar kemur að því að meta verki er mikilvægt að afla allra nauðsynlegra upplýsinga um verkina, eins og ástæðu, styrkleika og aðra tengda þætti (Herr, 2010). Til eru margskonar viðurkennd matstæki og aðferðir til þess að meta verki hjá mismunandi sjúklingahópum s.s. verkjakvarðar og lýsing á verkjasögu. Matstæki ættu að vera auðveld í notkun, nógu næm til að greina breytingar yfir tíma og svörun við inngripum og ættu að byggja á gagnreyndri þekkingu (Horgas og Miller, 2008). Til eru nokkrar tegundir af verkjakvörðum, en þeir hjálpa sjúklingi að tjá styrk verkja. Einn þeirra er tölukvarði sem hefur mikið verið notaður við mat á verkjum. Þá eru sjúklingar beðnir um að ímynda sér kvarða á bilinu núll og upp í 10 (0-10), þar sem 0 þýðir enginn verkur og 10 eins mikill verkur og sjúklingurinn getur ímyndað sér að hægt sé að hafa (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Það getur reynst sumum erfitt að hugsa óhlutbundið og hæfileikinn til þess minnkar oft með aldrinum. Aldraðir geta því átt í erfiðleikum með að nota tölukvarðann en á því eru auðvitað margar undantekningar (Marie, 2002). Ekki eru allir sammála um gæði þessa mælitækis og margir vilja síður nota það, sem er miður því að kosturinn við tölukvarðan er að margar fagstéttir nálgast verki á þennan hátt og því er komið sameiginlegt tungumál sem eykur líkur á því að sjúklingar fái betri verkjameðferð (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Önnur tegund verkjakvarða er svokallaður andlitskvarði. Á honum eru myndir af sex andlitum sem hvert hefur sitt svipbrigði. Fyrsta andlitið er skælbrosandi og

það síðasta er grátandi, sjúklingurinn er beðinn um að benda á það andlit sem lýsir best líðan hans (Ball og Bindler, 2006). Andlitskvarðinn gæti því hentað betur fyrir aldraða sem til dæmis þjást af heilabilunarsjúkdómum eða öðru sem kemur í veg fyrir að þeir geti notað tölukvarðann.

Í samanburðarrannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum þar sem mæld var staðsetning og styrkleiki verkja hjá öldruðum, könnuð verkjameðferð og árangur meðferða og truflun á daglegri virkni vegna verkja kom í ljós að 90% tjáðu staðsetningu verkja, 57% styrk verkja, 47% verkjameðferð, 38% árangur verkjameðferða og 37% truflun á daglegri virkni. Næstum allt eldra fólkið talaði um staðsetningu verkja og meira en helmingur styrk verkja. Færri töluðu um verkjameðferð og enn færri árangur verkjameðferða og truflun á daglegri virkni. Flestir þurftu aðstoð við að tjá sig og koma orðum að verkjum fyrir utan staðsetningu og styrkleika. Þátttakendur voru alls 106 og bjuggu allir á hjúkrunarheimilum (McDonald, Shea, Fedo, Rose, Bacon, Noble, og Stewart, 2008). Þetta gæti bent til þess að flestir aldraðir þurfi hjálp við að tjá sig um verki, koma orðum að því sem þeir vilja segja og hvatningu.

Mikið vinnuálag á hjúkrunarheimilum og sjúkrahúsum getur verið ein ástæða þess að verkir eru illa greindir hjá öldruðum sem þar dvelja. Þar að auki virðast hjúkrunarfræðingar gera minna úr bráðum verkjum og þoli við verkjum en einstaklingarnir sjálfir (Takai, Mitani, Okamoto, Koyama, og Honda, 2010). Hjúkrunarfræðingar þurfa að upplýsa sjúklinga um rétt þeirra til að fá verkjamat og meðferð. Þeir eiga að trúá sjúklingum þegar þeir tjá sig um verki og líðan. Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk þurfa að þekkja sögu sjúklingsins þar á meðal heilsufar, sjúkdóma og meðferðir áður en verkjamat og meðferð fer fram (Herr, 2010).

Að lokum er vert að minnast á að við verkjamat þarf einnig að finna undirliggjandi orsök og ferli verkja. Fylgjast þarf almennt með ástandi sjúklings, árangri og mögulegum fylgikvillum. Skoða sálræna þætti sem tengjast sársauka, koma auga á áhættuþætti og aðferðir sem tengst gætu fyrri upplifun sjúklings af verkjum og verkjameðferð. Einnig er mikilvægt að þekkja hindranir sem staðið gætu í vegi fyrir góðri verkjameðferð eins og þegar sjúklingar neita að greina frá verkjum eða vilja ekki taka inn verkjalyf (Arnstein, 2011). Til að veita góða verkjameðferð, þurfa hjúkrunarfræðingar að velta fyrir sér eigin persónulegri og faglegri reynslu, gildum, viðhorfum og menningu allt þetta getur hugsanlega haft í för með sér hindranir á gæðum verkjamats og meðferða (Auret og Schug 2005). Sé byggt á slíkum upplýsingum getur hjúkrunarfræðingur sett fram meðferðaráætlun sem mætir þörfum hvers sjúklings fyrir sig.

Verkjameðferð aldraðra

Góð verkjameðferð er mikilvægur þáttur í allri hjúkrun sjúklinga sem þjást af verkjum. Þegar kemur að hjúkrun aldraðra, reynir sérstaklega á vandað verkjamat og meðferð vegna þess hversu varnarlausir og háðir öðrum þessir einstaklingarnir geta verið. Þeir þurfa margir stöðuga umönnun og aðstoð við lyfjatöku. Líkamlegir og andlegir kvillar valda því að oft er erfitt fyrir aldraða að tjá sig um verki til dæmis vegna heyrnarskerðingar, málstols og heilablunar (Takai o.fl. 2010). Einnig geta litlar væntingar og vonir um að losna við verkina haft áhrif á tjáninguna (McDonald o.fl. 2008). Í tvíblindri rannsókn sem gerð var á þrjátíu öldruðum einstaklingum með slitgigt var kennslumyndband notað sem kenndi þeim að tjá verki sína. Styrkur verkja og truflun á athöfnum daglegs lífs (ADL) vegna verkja voru svo





könnuð. Helmingur þátttakenda horfði á myndband með sérfræðingi sem lýsti mikilvægi upplýsinga um slitgigt og verki. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að fræðsla um verki og kennsla í því að tjá sig um verki auðveldar eldra fólki að tjá sig og lýsa verkjum. Þetta sýnir að þörf er á að aðstoða eldra fólk við að tjá sig um verki og veita því fræðslu svo að það leiði til góðrar verkjameðferðar (McDonald o.fl., 2011).

Til að veita góða verkjameðferð er oft gott að vinna í þverfaglegu teymi þar sem til dæmis læknar, sjúkraþjálfarar og hjúkrunarfræðingar vinna saman. Til viðbótar ættu hjúkrunarfræðingar að leitast við að þekkja hindranir í verkjameðferðum, geta greint bráða verki, langvinna verki og verki sem fylgja lífshættulegum sjúkdómum. Einnig að nýta sér nýjustu kenningar og þekkingu í verkjastjórnun á klínískum vettvangi og þekkja líkamlega, félagslega og andlega þætti verkja (Arnstein, 2011).

Hugræn atferlismeðferð fellur vel að verkjameðferð vegna þeirra sálrænu vandamála sem fylgja iðulega langvinnnum verkjum. Langvinnir verkir valda oft skerðingu á virkni og líkamlegri getu einstaklinga sem getur í kjölfarið haft slæm áhrif á sjálfsmyndina. Hugsanir geta haft áhrif á skap, lífeðlisfræðilegt ástand og hegðun. Á sama hátt getur skap, lífeðlisfræðilegt ástand og hegðun haft áhrif á eðli hugsana, þetta virkar í báðar áttir. Í hugrænni atferlismeðferð læra einstaklingar að tileinka sér árangursríkari leiðir en þeir áður gerðu, til að hugsa og hegða sér (Turk og Meichenbaum, 1999). Það hefur margsýnt sig að sálrænir þættir eins og ótti, kvíði og depurð tengjast þróun langvinnra verkja og eftir því sem að vandamálið eykst verða þessir tilfinningalegu þættir meira áberandi. Til dæmis er meira en helmingur einstaklinga sem þjást af langvinnnum verkjum einnig haldinn þunglyndi. Kvíði, fælmi og svefnvandamál eru einnig áberandi (Wright, 2004).

Lykilinn að viðeigandi verkjameðferð er í sumum tilfellum að finna hjá sjúklingnum sjálfum og því er mikilvægt að spyrja og hlusta á hann (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Góð samvinna læknis, hjúkrunarfræðings og sjúklings skiptir höfuðmáli. Mikilvægt er að vera með opin huga, vera tilbúin að læra og leita aðstoðar eða frekari sérfræðiþekkingar þegar óvissa myndast (Arnstein, 2011). Sérhver hjúkrunarfræðingur, án tillits til hlutverks eða sérhæfingar ber ábyrgð á að vernda skjólstæðinga sína fyrir meiðslum og óæskilegum framgangi sjúkdóma og draga út þjáningum. Til að það gangi sem best, sérstaklega þegar kemur að öldruðum, þarf að vinna í sameiningu með skjólstæðingnum, ættingjum hans og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum til að auka líkur á góðri verkjameðferð (Arnstein, 2011). Margar rannsóknir styðja góðan árangur af notkun ýmissa verkjalyfja eins og fjallað verður um hér á eftir. En hjúkrunarfræðingar geta notað annað en lyf til að lina verki hjá sjúklingum til að mynda tónlist, slökun, nudd, afþreyingu, nærveru, sjúklingsfræðslu og aðstoð við að draga úr erfiðum tilfinningum eins og ótta, kvíða og reiði. Áherslan í verkjameðferð ætti að vera lögð á að veita hugarró með því að hlusta, trúna, að bjóða hjálp og veita útskýringar eftir bestu getu. Hjúkrunarfræðingar geta alltaf boðið hughreystandi inn grip eins og umhyggju, nærveru og hjálp við að leiða hugann frá sársaukanum (Arnstein, 2011). Sjúklingur á rétt á því að fá viðeigandi meðferð við verkjum og sú umræða að verkjameðferð flokkist sem sjálfsögd mannréttindi fer vaxandi (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006).

Verkjalyf. Lyf eru algengasta meðferðin við verkjum í dag. Í ljósi þess er mikilvægt að hafa í huga að þegar fólk eldist breytast efnaskiptin í líkamanum, lyfjahvörf breytast eins og frásog, dreifing, umbrot og útskilnaður. Til viðbótar við þessar breytingar eru aldraðir yfirleitt með fleiri greinda sjúkdóma og kvilla en yngra fólk og taka inn fleiri lyf sem eykur hættuna á óæskilegum milli- og aukaverkunum (Caporali, Cimmino, Sarzi-Puttini, Scarpa, Parazzini, Zaninelli, Ciocci, og Montecucco, 2005).

| | |
|---|---|
|  | Laus við verki |
|  | Verkur enn til staðar sterkir ópíóíðar / morfín |
|  | Verku enn til staðar veikir ópíóíðar / kodein eða tramol |
|  | Verkur parasetamol / NSAID |

Mynd 1. Verkjastigi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). Leiðbeiningar í verkjameðferð (Landspítali háskólasjúkrahús, 2010)

Það má segja að verkjastigi WHO (sjá mynd 1) sé almennt viðurkennd viðmiðun fyrir þær verkjalyfjameðferðir sem notaðar eru í dag. Hann er meðal annars notaður í klínískum leiðbeiningum um meðferð krabbameinsverkja á Landspítalanum. Stiginn var í fyrstu hugsaður sem leiðbeinandi í verkjameðferð krabbameinssjúklinga en hefur seinna verið nýttur í meðferð allra vefjaskemmdaverkja (Mishra, Bhatnagar, Gupta, Goyal, Jain, og Chauhan, 2009). Í fyrsta þrepi stigans er mælt með ávísun parasetamols og/eða bólgueyðandi NSAID-

lyfja, ef engin frábending er til staðar. Ef verkur er enn til staðar þrátt fyrir að sjúklingur hafi fengið þessi lyf, þá er farið upp á annað þrep en þar er mælt með veikum ópíóíðum til dæmis kódeini eða tramóli til viðbótar við lyf á þrepi eitt. Ef sjúklingur er enn með verki, þá er farið upp á þriðja þrep þar sem mælt er með sterkum ópíóíðum sem geta verið morfíntöflur eins og contalgin eða morfín stungulyf. Fjórða þrepið táknað að sjúklingur sé laus við verki (Landspítali háskólasjúkrahús, 2010).

Oft er fyrst ráðlagt að gefa öldruðum lyf með staðbundna verkun það eru parasetamol og bólgueyðandi NSAID lyf eins og mælt er með í verkjastiga WHO (Landspítali háskólasjúkrahús, 2010). Vegna aukaverkana af völdum NSAID-lyfja sem geta verið blæðingar í meltingarvegi, hækkaður blóðþrýstingur eða skert nýrnastarfsemi, er parasetamol yfirleitt notað sem fyrsta lyf. Eldra fólk er sérstaklega viðkvæmt fyrir þessum aukaverkunum NSAID-lyfja og ef þau eru notuð sem fyrsta lyf hjá öldruðum er það yfirleitt í styttri kúrum. Parasetamol hefur tiltölulega fáar aukaverkanir nema í of stórum skömmtum og þá eru það aðallega lifrarskemmdir (Mishra o.fl. 2009).

Ef þessi lyf duga ekki eru gefin lyf sem flokkast sem veikir ópíóíðar, það eru fyrst og fremst kódein en einnig tramól eins og talað var um hérna á undan. Ef það dugar ekki er farið yfir í sterka ópíóíða þar sem morfín er viðmiðunarlyfið (Mishra o.fl. 2009). Ópíóíðar geta valdið hægðatregðu og venjulega er þörf á hægðalosandi lyfjum með gjöf þessara verkjalyfja, og þetta á sérstaklega við um eldra fólk. Aðrar algengar aukaverkanir ópíóíða eru ógleði, munnþurrkur, þvagteppa, rugl og syfja (Trescot, Datta, Lee, og Hansen, 2008). Það myndast alltaf líkamlegt þol við langtímagjöf á ópíóíðum, verkunartíminn styttest og það þarf að gefa stærri skammta. Einnig er mikilvægt að minnka skammta hægt þegar hætta á meðferð til að koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni (Mishra o.fl., 2009). Í sumum tilvikum ofmeta lækna og hjúkrunarfræðingar hættuna á fíkn í ópíóíða og ópíóíðskyld verkjalyf og hafa verið tregir

til að ávísa og gefa nægilega skammta af þessum lyfjum við verkjum, bæði vegna hættunar á fíkn og á aukaverkunum. En það má ekki gleyma því að ópíóíðar eru oft nauðsynleg lyf við miklum verkjum hjá öldruðum og jafnvel stundum þau einu sem virka (McCaffery, Grimm, Pasero, Ferrell, og Uman, 2005). Það er mikilvægt að hafa þetta í huga þegar verið er að meðhöndla verki aldraðra með ópíóíðum og ópíóíðskyldum verkjalyfjum.

Óhefðbundnar verkjameðferðir aldraðra. Óhefðbundnar meðferðir má skilgreina sem “mismunandi tegundir meðferða sem eru annaðhvort notaðar sem sjálfstæð meðferð eða til viðbótar við aðra meðferð en er ekki hluti hefðbundinna læknavísinda sem viðurkennd eru innan heilbrigðiskerfisins”(Armishaw og Grant, 1999, bls. 133). Dæmi um óhefðbundnar verkjameðferðir eru slökun, nálastungumeðferð, náttúrulyf, tónlistarmeðferð, ilmolíumeðferð og svæðanudd (Dusek o.fl., 2011). Meðferðir sem flokkast sem óhefðbundar eru taldar vera yfir 1800 og það hefur verið mismunandi hvernig þær eru flokkaðar (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006). Innan heilbrigðisstofnunar Bandaríkjanna (National Institute of Health) er sérstök deild fyrir óhefðbundnar meðferðir sem nefnist National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Þar er óhefðbundnum meðferðum skipt í fimm flokka. Einn af þessu fimm flokkum er, heildræn kerfi lækninga og dæmi um slík kerfi eru kínversk læknisfræði og náttúrulyf (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006).

Talið er að verkir séu ein algengasta ástæða þess að fólk notar náttúrulyf (Astin, 1998). Í reglugerð um markaðsleyfi náttúrulyfja hjá velferðarráðuneytinu eru náttúrulyf skilgreind þannig að þau innihaldi eitt eða fleiri virk efni sem finnast í náttúrunni. Þau eru ætluð til inntöku eða staðbundinnar notkunar á húð eða slímhúð, hafa einungis ábendingar við vægum sjúkdómum og eru ekki lyfseðilsskyld (Reglugerð um um markaðsleyfi náttúrulyfja

og skráningu jurtalyfja sem hefð er fyrir. nr. 142/2011, 2. gr.). Bandaríkjamenn eyða milljörðum dala árlega í óhefðbundnar meðferðir, þar með talið náttúrulyf (Wirth o.fl. 2005). Ekki er vitað hversu algeng notkun náttúrulyfja er hér á landi en það væri vert að skoða. Vandamálið með náttúrulyf er skortur á góðum rannsóknum sem styðja virkni og öryggi á neyslu þeirra (Davis og White, 2008; Landlæknisembættið, 2008). Flestar rannsóknir sem gerðar hafa verið sýna þó takmarkaða virkni náttúrulyfja við verkjum. Omega-3 fitusýrur hafa komið einna best út úr rannsóknum. Þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á Lýsi og omega 3-fitusýrum hafa sýnt fram á virkni þeirra við verkjum, aðallega við vöðvaverkjum og liðverkjum (Wirth, Hudgins, og Paice, 2005). En ekki má gleyma að náttúrulyf geta valdið auka- og milliverkunum eins og önnur lyf. Ýmsar milliverkanir náttúrulyfja í bland við önnur lyf hafa verið kannaðar, til að nefna dæmi þá getur það valdið ógleði, uppköstum og auknum kvíða ef Jóhannesarjurt (St. John's Wort) sem notuð er við kvíða og verkjum er tekin með sertralíni (Zoloft) (Wirth o.fl. 2005).

Nálastungumeðferð er hluti af hefðbundinni kínverskri læknisfræði. Nálastungur eru meðal elstu lækningameðferða í heiminum. Nálastungusérfræðingar vinna þannig að þeir örva ákveðna punkta á líkamanum með því að stinga örþunnum nálum í gegnum húðina. Þetta ferli kemur reglu á flæði qi sem þýðir lífsorka í gegnum leið sem þeir kalla meridians (lengdarbaug) (Birch o.fl., 2004). Í nútíma vísindarannsóknum hefur verið sýnt fram á að nálastungur hafa áhrif á mið- og úttaugakerfið. Þessi áhrif ásamt sálrænum þáttum eru talin breyta verkjaskynjun, þótt nákvæmt ferli sé ekki að fullu þekkt (Audette og Ryan, 2004). Talið er að þegar nálastungumeðferð er notuð við verkjum, virðist sem nálin örvi sama stað í miðtaugakerfinu og ópíóíðar örva, sem hefur þar af leiðandi verkjastillandi áhrif á líkamann. En það hefur enn ekki verið vísindalega staðfest (Koski o.fl., 2009). En samt sem áður hafa rannsóknir sýnt fram á gagnsemi nálastungumeðferða við verkjum eins og liðverkjum, spen-

nuhöfuðverk, mígreni, verkjum í mjóbaki og hálsi. Nýlegar rannsóknir hafa einnig sýnt góðan árangur nálastungumeðferða við vefjagigt og verkjum eftir uppskurði (Birch o.fl., 2004). Í Bandaríkjunum er nálastungumeðferð algeng meðal aldraðra, en niðurstöður rannsóknar á 1597 einstaklingum 65 ára og eldri sýndu að 14% af þeim sem höfðu notast við óhefðbundnar meðferðir höfðu farið í nálastungumeðferð á síðustu 12 mánuðum (Astin, Pelletier, Marie, og Haskell, 2000). Ekki er vitað til þess að svipaðar rannsóknir hafi verið gerðar á Íslandi og því ekki hægt að álykta hvort að aldraðir séu að nýta sér þessa þjónustu hér á landi. Nálastungumeðferð er yfirleitt örugg og henni fylgja fáar aukaverkanir, sem eru þá einna helst roði eða erting á stungusvæði. Nálastungumeðferð gæti því verið valkostur við meðferð á verkjum hjá öldruðum þar sem henni fylgja fáar aukaverkanir og rannsóknir hafa bent á gagnsemi hennar við verkjavandamálum.

Notkun á óhefðbundnum meðferðum er algeng. Það sýndi rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum um notkun óhefðbundinna meðferða á 31.044 fullorðnum einstaklingum 18 ára og eldri, sem leiddi í ljós að 36% svarenda höfðu notað einhvers konar óhefðbundnar meðferðir síðastliðna tólf mánuði fyrir könnunina. Meðferðir eins og hugleiðslu, dáleiðslu, höfuðbeina- og spjaldhryggsmeðferð, nálastungur, nudd, ilmolíumeðferðir og náttúrulyf. Í rannsókninni kemur fram að sjúklingar velja yfirleitt þessar meðferðir vegna þess að aðrar hefðbundnar meðferðir eins og lyf þar með talið verkjalyf hafa reynst ófullnægjandi eða hafa valdið aukaverkunum sem voru óþolandi (Barnes, Powell-Griner, McFann, og Nahin, 2004). Niðurstöður rannsóknar sem einnig var gerð var í Bandaríkjunum um ástæður þess að sjúklingar nota óhefðbundnar meðferðir sýndu að ein af algengustu ástæðunum fyrir notkun óhefðbundinna meðferða er meðal annars langvinnir verkir (Astin, 1998). Rannsókn sem gerð var með slembiúrtaki og heimsendum póstlista á 1597 einstaklingum 65 ára og eldri í Bandaríkjunum þar sem svarhlutfallið var 51% sýndi að 41% þeirra hafði notað óhefðbundnar

meðferðir á síðustu 12 mánuðum (Astin, 2000). Ekki er vitað til að svipuð rannsókn hafi verið gerð hér á landi á öldruðum einstaklingum. En í rannsókn sem byggir á landskönnuninni „Heilbrigði og aðstæður Íslendinga“ sem þau Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir birtu í Læknablaðinu um notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi kom fram að alls höfðu tæp 32% svarenda nýtt sér óhefðbundnar meðferðir síðastliðna 12 mánuði. Þó kom ekki fram í þeirri rannsókn hversu stór hluti þeirra voru aldraðir né hve margir notuðu þessa þjónustu vegna verkja. Í ályktun þeirra er talað um að Íslendingar noti óhefðbundnar meðferðir í umtalsverðum og vaxandi mæli (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir 2010).

Hér hefur aðeins verið fjallað um tvær tegundir óhefðbundinna meðferða, náttúruylf og nálastungur og hverning þær hafa gagnast við verkjavandamálum. En tegundir óhefðbundinna meðferða eru fjölmargar (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006) og notkun þeirra virðist vera að færast í vöxt hér á landi. Vegna þess hversu auðvelt er að tileinka sér mikið af þeim óhefðbundnu meðferðum sem í boði eru, geta hjúkrunarfæðingar gegnt mikilvægu hlutverki í því að innleiða óhefðbundnar meðferðir og hjálpað sjúklingum að tileinka sér þær til að ná hámarksárangri.

Heimildagreining; notkun óhefðbundina meðferða.

| Heimild | Tilgangur | Rannsóknarsnið / Aðferð og úrtak | Niðurstöður / Umræður |
|---|--|---|--|
| Astin, Pelletier, Marie, og Haskell, (2000). | Kanna notkun óhefðbundina meðferða meðal aldraðra í Bandaríkjunum. | Slembiúrtak, póstsundur spurningalisti. 1597 einstaklingar 65 ára og eldri svöruðu könnuninni. Svarhlutfallið var 51%. | Alls höfðu 41% svarenda notað óhefðbundnar meðferðir á síðustu 12 mánuðum. Niðurstöður sína verulega aukningu á notkun óhefðbundina meðferða hjá öldruðum. |
| Barnes, Powell-Griner, McFann, og Nahin, (2004). | Kanna notkun óhefðbundina meðferða í Bandaríkjunum. | Slembiúrtak, stöðluð viðtöl. 31,044 einstaklingar 18 ára og eldri tóku þátt. Svarhlutfallið var 74,3%. | Alls höfðu 36% svarenda notað óhefðbundnar meðferðir á síðustu 12 mánuðum. Notkun óhefðbundina meðferða fer vaxandi í Bandaríkjunum. |
| Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson, og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, (2010). | Kanna notkun óhefðbundinar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. | Slembiúrtak, póstsundur spurningalisti. 1532 einstaklingar 18-75 ára svöruðu könnuninni. Svarhlutfallið var 60,03%. | Alls höfðu tæp 32% svarenda nýtt sér óhefðbundnar meðferðir síðustu 12 mánuði. Íslendingar nota óhefðbundnar meðferðir í umtalsverðum og vaxandi mæli. |

Umræður

Neikvæð áhrif langvinnra verkja á lífsgæði og getu fólks aukast verulega með aldrinum (Ray o.fl. 2011). Þrátt fyrir að mikið af rannsóknum hafi verið birtar sem sýna algengi verkja og tegundir verkjameðferða við bráðaverkjum, langvinnum verkjum og verkjum hjá krabbameinssjúklingum hefur minni áhersla verið lögð á rannsóknir á verkjum aldraðra (Magni o.fl. 1993). Ekki hafa margar rannsóknir verið gerðar á algengi verkja meðal aldraðra á Íslandi. En vonir eru bundnar við RAI-matstækið og niðurstöður úr því til að fylgjast með algengi verkja hjá öldruðum á hjúkrunarheimilum hér á landi (Júlíana Sigurveig Guðjónsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Guðrún Björg Guðmundsdóttir og Marta Jónsdóttir, 2011).

Sumir hafa viljað setja verki inn sem fimmta lífsmarkið til viðbótar við blóðþrýsting, púls, öndun og hita. Því talið er að meiri líkur séu á að verkir séu meðhöndlaðir á viðeigandi hátt ef þeir eru metnir með sama hætti og önnur lífsmörk (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Þetta er stefna sem ætti að fylgja því að þó að ekki sé hægt að mæla verki með sama hætti og önnur lífsmörk með talningu eða tölum sem birtast á skjá, þá er verkjamat ekki síður mikilvægt og ætti að vera sett inn sem fimmta lífsmarkið. Verkjamat og verkjameðferð ætti einnig að byggja á bestu fánlegu niðurstöðum úr rannsóknum á verkjum og taka mið af félagslegum aðstæðum og þörfum hvers og eins (Herr, 2010). Til eru nokkrar tegundir af verkjakvörðum sem hjálpa sjúklingum að tjá styrk verkja. Einn þeirra er tölukvarði sem er mikið notaður, en sumir aldraðir geta átt í erfiðleikum með að nota hann. Annar kvarði er andlitskvarðinn á honum eru myndir af sex andlitum sem hvert hefur sitt svipbrigði og sjúklingurinn á að benda á það andlit sem lýsir best líðan hans (Ball og Bindler, 2006). Þessi kvarði getur hentað betur í sumum tilfellum eins og þegar sjúklingar þjást af heilabilu-

narsjúkdómum en gæti verið móðgandi í öðrum tilfellum. Þetta er kvarði sem er mikið notaður fyrir börn (Ball og Bindler, 2006), og er því frekar barnalegur, aldraðir geta verið viðkvæmir fyrir því og gætu túlkað það sem lítilsvirðingu.

Sú meðferð sem helst er notuð við verkjum aldraðra er lyfjameðferð. Lyf virka oft mjög vel en þau geta verið kostnaðarsöm og geta valdið óæskilegum aukaverkunum sem eru oft algengari meðal aldraðra (Caporali o.fl., 2005). Ekki er vitað um algengi annara meðferða við verkjum hjá öldruðum hér á landi, eins og óhefðbundinna meðferða en slíkt væri nánari skoðunar virði. Nálastungumeðferðir hafa til dæmis gagnast vel við verkjum (Birch o.fl., 2004) og kannski þyrfti að upplýsa aldraða betur um óhefðbundnar meðferðir við verkjum svo að þeir geti tekið upplýsta ákvörðun um val á verkjameðferð. Það ætti því að vera hluti af sjúklungafræðslu aldraðra að upplýsa þá um óhefðbundnar meðferðir.

Hugræn atferlismeðferð hefur reynst vel við að hjálpa fólki að vinna á ýmsum tilfinningalegum þáttum og það hefur sýnt sig að langvinnir verkir minnka til muna þegar sálrænu þættirnir eru meðhöndlaðir (Cuellar, 2005). Ekki er vitað hvort að hugræn atferlismeðferð hefur verið notuð við verkjameðferð aldraðra hér á landi en það væri gaman að sjá hvort sú meðferð gæti gagnast öldruðum sem þjást af langvinnu verkjum. Hugræn atferlismeðferð gæti gagnast á hjúkunarheimilum hér á landi, henni fylgja ekki aukaverkanir og ef hún gagnast við verkjavandamálum þá myndi lyfjakostnaður minnka og sjúklingunum líða betur.

Skortur á starfsfólki bæði á sjúkrahúsum og hjúkunarheimilum getur komið í veg fyrir góða verkjameðferð aldraðra. Þegar lítill tími gefst til að sinna öðru en því allra nauðsynlegasta, þá hlýtur það að bitna á gæðum verkjameðferða. Það er margt sem mætti skoða í sambandi við verkjameðferð aldraðra hér á landi. Hjúkunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk gætu til dæmis verið opin fyrir fjölbreyttari leiðum í verkjameðferðum og lagt meiri áherslu á fræðslu fyrir aldraða um verki og verkjameðferð. Í ljósi þess að verkir

eru mjög algengir meðal aldraðra hér á landi (Júlíana Sigurveig Guðjónsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Guðrún Björg Guðmundsdóttir og Marta Jónsdóttir, 2011) þá er mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinga sem vinna með öldruðum að vera upplýstir um þetta vandamál og leitast við að draga úr því eftir bestu getu. Það er hægt að gera með því að nota leiðir í verkjamati og verkjameðferðum sem sýnt hefur verið fram á að virki vel fyrir þennan aldurshóp. Vonandi hefur þessi samantekt varpað ljósi á vandamálið og vakið hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk til umhugsunar um nýjar leiðir í verkjameðferðum fyrir aldraða og ýmislegt sem bæta mætti þar að lútandi.

Lokaorð

Ofangreind fræðileg samantekt sýnir að verkir eru algengari meðal aldraðra en yngri aldurshópa og oft illa greindir og vanmeðhöndlaðir. Í ljósi þess er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um þetta vandamál og kynni sér betur greiningu og meðferð verkja hjá öldruðum. Margt getur staðið í vegi fyrir góðu verkjamati aldraðra eins og aldurstengdir sjúkdómar og kvillar. Tjáskipti geta því reynst erfið og góð samvinna læknis, hjúkrunarfræðings, sjúklings og ættingja hans skiptir höfuð máli í góðu verkjamati og meðferð.

Verkjameðferð getur verið flókin hjá öldruðum sérstaklega vegna þess að þeir þola verkjalyf oft illa vegna aukaverkana og milliverkana við önnur lyf. Tengsl eru á milli langvinnra verkja og þunglyndis og kvíða því hefur hugræn atferlismeðferð gagnast vel við verkjavandamálum almennt og það mætti skoða það frekar í sambandi við verkjameðferð fyrir aldraðra.

Óhefðbundnar meðferðir eru algengar og notkun þeirra er að færast í vöxt hér á landi. Aldraðir eru einn sá hópur sem notar óhefðbundnar meðferðir helst til dæmis náttúrulyf. Fáar rannsóknir styðja gagnsemi náttúrulyfja við verkjum en omega 3-fitusýrur hafa gagnast vel við ýmsum tegundum verkja eins og liðverkjum og verkjum vegna slitgigtar. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar þekki helstu náttúrulyf sem notuð eru við verkjum, verkun þeirra og mögulegar aukaverkanir og milliverkanir við önnur lyf. Nálastungur hafa reynst vel sem meðferð við verkjum en ekki er vitað í hvaða mæli aldraðir nýta sér þá meðferð hér á landi. Það ætti að vera hluti af sjúklingafræðslu aldraðra að fræða þá um óhefðbundnar meðferðir gagnsemi þeirra og aukaverkanir svo að þeir geti tekið upplýsta ákvörðun um notkun slíkra meðferða.

Í þessu verkefni hefur verið fjallað um hvaða meðferðir hafa reynst árangursríkastar við verkjum hjá öldruðum, algengi verkja meðal aldraðra, helstu hindranir í greiningu og meðhöndlun verkja hjá öldruðum og hvað betur má gera í þeim efnum.

Heimildaskrá

- Anna Gyða Gunnlaugsdóttir (2006). Hjúkrunarfræðilegt mat á verkjum. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa* (bls. 19-39). Reykjavík: Hið íslenska Bókmenntafélag.
- Armishaw, J og Grant, C. C. (1999). Use of complementary treatment by those hospitalise with acute illness. *Archives of Disease in Childhood*, 81(2), 133–137.
- Arnstein, P. (2011). *Clinical Coach for Effective Pain Management*. Philadelphia. F. A. Davis Company.
- Astin, J. A., Pelletier K. R., Marie, A. og Haskell, W. L. (2000). Complementary and alternative medicine use among elderly persons: One-year analysis of a Blue Shield Medicare supplement: *The Journal of Gerontology*, 55(1), 4-9.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *Journal of the American Medical Association*, 279(19),1548-1553.
- Audette, J.F. og Ryan, A. H. (2004). The role of acupuncture in pain management. *Physical Medicine Rehabil Clinic North America*, 15(4), 749–772.
- Auret, K. og Schug, S. (2005). Underutilization of opioids in elderly patients with chronic pain: Approaches to correcting the problem. *Drugs & Aging*, 22(8), 641–654.
- Ball, J. W. og Bindler, R. C. (2006). *Child health nursing: Partnering with children and families*. New Jersey: Persons prentice hall.

- Barnes, P., Powell-Griner, E., McFann, K. og Nahin, R. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults. *Seminars in Integrative Medicine*, 2(2), 54-71.
- Birch, S., Hesselink, J. K. og Jonkman, F. A. (2004). Clinical research on acupuncture: What have reviews of the efficacy and safety of acupuncture told us so far? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(3), 468–480.
- Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2010) *Læknablaðið*, 96(4), 267-73.
- Caporali, R., Cimmino, M. A., Sarzi-Puttini, P., Scarpa, R., Parazzini, F., Zaninelli, A., Ciocci, A. og Montecucco, C. (2005). Comorbid conditions in the AMICA study patients: Effects on the quality of life and drug prescriptions by general practitioners and specialists. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 35(1), 31–37.
- Cuellar, N. G. (2005). Hypnosis for Pain Management in the Older Adult. *Pain Management Nursing*, 6(3), 105-111.
- Davis, G. C. og White, T. L. (2008). A goal attainment pain management program for older adults with arthritis. *Pain Management Nursing* 9(4), 171-179.
- Farrar, J. T., Young, J. P., LaMoreaux, L., Werth, J. L. og Poole, R. M. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11- point numerical pain rating scale. *Pain*. 94(9), 149–158.
- Hagstofa Íslands (2011). *Hagtölur mannfjöldi*. Sótt 28. apríl 2011 af <http://www.hagstofa.is>.

- Herr, K. (2010). Pain in the older adult: An imperative across all health care settings. *Pain Management Nursing*, 11(2), 1-10.
- Horgas, A. og Miller, L. (2008). Pain assessment in people with dementia. *American Journal of Nursing*, 108(7), 62–70.
- International Association for the Study of Pain [IASP] (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 248-252.
- Jensen, M. P. og Barber, J. (2000). Hypnotic analgesia of spinal cord injury pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 28, 150–168.
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *Pain* 146(3), 235-237.
- Júlíana Sigurveig Guðjónsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Guðrún Björg Guðmundsdóttir og Marta Jónsdóttir, (2011). Verkir og verkjameðferð á Sóltúni. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 87(4), 6-9.
- Koski, B. L., Dunn, K. S. og Shebuski, M. R. (2009). Daily activity patterns of an adult experiencing lower back pain undergoing electro-acupuncture: A case study. *Pain Management Nursing*, 10(4), 188-196.
- Landlæknisembættið (2008). *Óhefðbundin meðferð*. Sótt 4.mai 2011 á www.landlaeknir.is.
- Landspítali háskólasjúkrahús (2010). *Klínískar leiðbeiningar um meðferð krabbameinsverkja*
Sótt 13. maí: <http://www.landspitali.is>

- Linda, A. L. og Gordh, T. E., (2009). Research on genes predisposing for chronic pain: A challenge for pain researchers in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Pain* (1), 24-26.
- Linton, S. J. (2010). Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: A case study. *Scandinavian Journal of Pain* (1), 50–54.
- Lög um græðara nr. 34/2005.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Merskey, H. og Luchini, S.R. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the national health and nutrition examination: I Epidemiologic follow-up study. *Pain* (53), 163-168.
- Magnús Jóhannsson. (2005). Verkir og verkjameðferð (bæklingur). Seltjarnarnes: Lyfjastofnun.
- Marie, B. S. (2002). *Core Curriculum for Pain Management Nursing*. Philadelphia: Saunders.
- McCaffery, M. (1968). *Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interactions* (bls. 62-64). Los Angeles: UCLA Students Store.
- McCaffery, M., Grimm, M. A., Pasero, C., Ferrell, B. og Uman, G. C., (2005). On the meaning of “drug Seeking”. *Pain Management Nursing* 6(4), 122-136.
- McDonald, D. D., Shea, M., Fedo, J., Rose, L., Bacon, K., Noble, K. og Stewart, J. (2008). Old er adult pain communication and the brief pain inventory short form. *Pain Management Nursing* 9(4), 154-159.

- McDonald, D. D., Gifford, T. og Walsh, S. (2011). Effect of a virtual pain coach on older adults; pain communication: A pilot study. *Pain Management Nursing* 12(1), 50-56.
- Melzack, R og Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science* 150(699), 971–979.
- Mishra, S., Bhatnagar, S., Gupta, D., Goyal, G.N., Jain, R. og Chauhan, H. (2009). Management of neuropathic cancer pain following WHO analgesic ladder: A prospective study. *American Journal of Hospice & Palliative*, 25(6), 447-451.
- Niv, D. og Devor, M (2007). Position paper of the European Federation of IASP Chapters (EFIC) on the subject of pain management. *European Journal of Pain*, 11(5), 487-489.
- Pálmi V. Jónsson (2005). Líkamlegar breytingar. Í Hörður Þorgilsson og Jakob Smári (ritstj.) (2005). *Árin eftir sextugt: Handbók um efri árin*. Reykjavík: Forlagið.
- Ray, L., Lipton, R. B., Zimmerman, M. E., Katz, M. J. og Derby, C. A., (2011). Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain*, 152(1), 53-59.
- Reglugerð um um markaðsleyfi náttúruylfja og skráningu jurtalyfja sem hefð er fyrir. nr. 142/2011.
- Reglugerð um mat á aðbúnaði og heilsufari íbúa á öldrunarstofnunum. nr. 546/1995.
- Sarzi-Puttini, P., Cimmino, M. A., Scarpa, R., Caporali, R., Parazzini, F., Zaninelli, A., Atzeni, F. og Canesi, B. (2005). Osteoarthritis: An overview of the disease and its treatment strategies. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 35(1), 1–10.

- Shin, S. Y., og Kolanowski, A. M. (2010). Best evidence of psychosocially focused nonpharmacologic therapies for symptom management in older adults with osteoarthritis. *Pain Management Nursing, 11*(4), 234-244.
- Somers, T. J., Wren, A. A. og Keefe, F. J. (2011). Understanding chronic pain in older adults: Abdominal fat is where it is at. *Pain, 152*(1), 8–9.
- Takai, Y., Mitani, N. Y., Okamoto, Y., Koyama, K. og Honda, A. (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Management Nursing, 11*(4), 209-223.
- Thomas, A., og Cavalieri, D.O. (2002). Pain management in the elderly. *Journal of the American Osteopathic Association Clinical Practice 102*(29), 481-485.
- Thomas, S. P. (2000). A phenomenologic study of chronic pain. *Western Journal of Nursing Research, 22*, 683-705.
- Trescot, A.M., Datta,S. , Lee, M. og Hansen, H., (2008). Opioid pharmacology. *Pain Physician, 11*(2), 133-153.
- Turk, D.C. og Meichenbaum, D. A (1999). Cognitive Behavioral Approach to Pain Management. Wall & R. Melzack(ritstj.). *Textbook of pain* (bls. 1337-1347). Edinborg - London: Churchill Livingstone.
- Watkins, E. A., Wollan, P. C., Melton, L. J., og Yawn, B. P. (2008). A population in pain: Report from the Olmsted county health study. *Pain Medicine, 9*(2), 166–74.

- Weiner, D., Rudy, T. og Gaur, S. (2001a). Are all older adults with persistent pain created equal? Preliminary evidence for a multiaxial taxonomy. *Pain Research & Management*, 6(3), 133–141.
- Weiner, D. K. og Hanlon, J. T. (2001b). Pain in nursing home residents: Management strategies. *Drugs and Aging*, 18(1), 13–29.
- Weissman, D., Gordon, D. og Bidar-Sielaff, S. (2004). Cultural aspects of pain management. *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 715–716.
- Wirth, J. H., Hudgins, J. C. og Paice, J. A. (2005). Use of herbal therapies to relieve pain: A review of efficacy and adverse effects. *Pain Management Nursing*, 6(4), 145-167.
- Wright, J. H. (ritstj.) (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy*. Arlington Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Yu, Y. H., Tang, F. I., Yeh, M. C., Kuo, B. I. T. og Yu, S. (2011). Use, perceived effectiveness, and gender differences of pain relief strategies among the community-dwelling elderly in Taiwan. *Pain Management Nursing*, 12(1), 41-49.
- Póra Jenný Gunnarsdóttir (2006). Viðbótarmeðferðir í hjúkrun. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.), *Frá Innsæi til Inngripa* (bls. 341-357). Reykjavík: Hið Íslenska Bókmenntafélag.