

KANSER AĞRISI VE AĞRI KONTROLÜNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Uzm. Hem. Deniz ÖZTEKİN
Uz.Hem. İkbal ÇAVDAR

*İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu
Araştırma Görevlileri*

Günlük klinik uygulamada rastlanan en yaygın yakınmalardan biri olan ağrı, kişinin yaşamında birşeylerin iyi gitmediğine ilişkin gösterge olabilen önemli duygulanımlardandır. Bireyin biyolojik, ruhsal ve psikososyal sağlık ve iyilik durumları arasındaki karşılıklı etkileşime yönelik bu yakınma olan, biyopsikososyal denge ve uyumun bozulduğu karmaşık subjektif bir deneyimdir(11,14,15).

Ağrı, her bireyin farklı olarak deneyimlemesi nedeniyle, tanımlanması oldukça güç bir kavramdır. Bireysel, kompleks, tümüyle öznel ve hoş olmayan bir duygu olan ağrı, aynı zamanda bireyi, profesyonel yardıma motive eden belirtilerdendir. Önemli hemşirelik girişimlerinden biri olan ağrı ve ona bağlı rahatsızlık hissinin giderilmesi, hemşireliğinin hem sanat ve hem de bilim dalında becerili olmasını gerektirir. Hemşire açısından hastanın ne deneyimlediğini anlayabilmek de, duyarlılık ve sempatik yaklaşımların uygulamaya yansması ile olasıdır. Ağrının giderilmesinde sistematik bir yaklaşım olan hemşirelik süreci, hemşirenin tüm becerilerini sergilemesine olanak sağlayacaktır (1,8).

Normal fizyolojik koşullarda ağrı hoş olmayan bir algılama şekli olarak görünse de amacı, organizmayı zararlı bir saldırıdan korumak ve ilişkili savunma mekanizmalarını ortaya çıkarmaktır. Ancak birçok hastalık durumlarında ağrı, bir fizyolojik savunma mekanizması olmaktan çıkarak, bireyin belli başlı tek yakınma nedeni haline gelebilir. Sözü edilen bu durum "patolojik ağrı"dır ve kronik ağrı grubu içinde yer alan kanser ağrısı da bir patolojik ağrıdır(4,7,15).

Ağrı deneyimleyen hastalarda, ağrı tipinin tanımlanması hemşireler açısından önem taşımaktadır. Kronik ağrı; dakikalarca ya da saatlerce değil, aylarca ve yıllarca devam edebilen, sürekli, inatçı ya da tekrarlayıcı tarzda gelişen, zor olsa da nedeni sıklıkla tanımlanabilen ve 'kronik kötü huylu'

(kanser) ya da 'kronik kötü huylu olmayan' ağrı şeklinde adlandırılan bir algılamadır (4, 8).

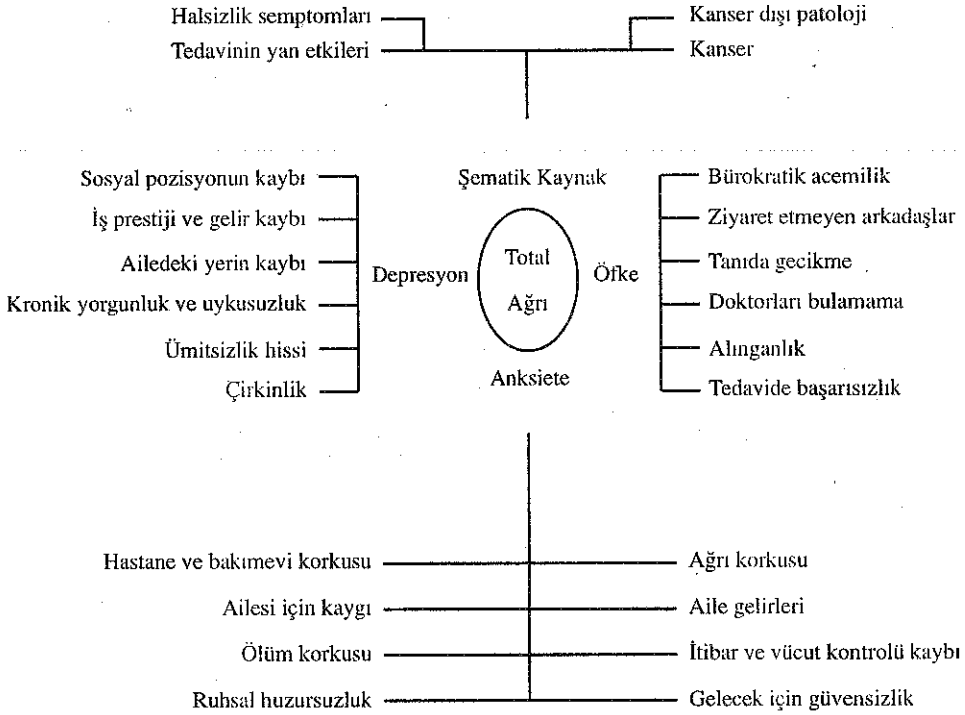
Çağdaş tıbbın ve insanın en önemli sorunlarından olan kanser, korku, umutsuzluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrı, yaşam ideallerinin tehdit altında olması, terk edilme, ölüm gibi, duygu, tepki ve düşünceleri çağrıştırır. Özellikle kanser tanısının sonuçta ağrıyı da beraberinde getirmesi, bireylerin kanser konusunda duyumsadıkları olumsuz duyguların en yoğun yaşananlarından biridir. Kanser ve tedavisi nedeniyle görülen ağrı ve diğer majör sorun odakları ve algısal süreçlerin çözümlenip, yapılanmasında bütüncül yaklaşım ve hemşirelik süreci temel alınmalı, tüm girişim ve yaklaşımlarda hastanın yanısıra, aile / aile yakınları da dikkate alınarak destek ve katılımları sağlanmalıdır (1,2,10).

İlerlemiş kanserli hastalarda, olguların %75'inde bir sorun halinde olan ağrı, kanserli hastaların %25'inde yetersiz ağrı kontrolü sonucu ölüm nedenidir. Yayımlanan çalışmalar kanserli hastaların %30-50'sinin ciddi derece de ağrı duyumsadığını ortaya koymaktadır. Ağrı prevalansı, hastalık ilerledikçe artmakta yanısıra kanserin kaynaklandığı organa bağlı olarak da değişiklik kaydetmektedir. Kanserli hastalarda ağrının ortaya çıkmasında rol oynayan birçok faktör arasında kanserin primer odağı önem taşımaktadır. Kanserlin evresi, metastazların varlığı, kemiklerin tümörle invazyonu, tümörün nöral yapılarla yakınlığı, bazı tümörlerin ağrıya neden olan maddeler oluşturması, hastanın anksiyete ve depresyonu gibi faktörler ise ağrının ortaya çıkmasında ikincil sıradadır. Genel olarak bu faktörlerin tümü ağrının şiddetini belirlemede ve ağrının varlığından çok şiddeti değer kazanmaktadır(6,8).

Araştırmalar, kanser ağrısının yeterince tedavi edilemediğini ortaya koymaktadır (6, 7). Gelişmiş ülkelerde 2600 hastanın kapsama alındığı 12 adet çalışma verilerine göre, kanserli hastaların % 50'sinde ağrı hissini giderilemediği anlaşılmıştır (6).

Kanserli hastalar ile gerçekleştirilen birçok çalışmada ağrının şiddetini etkileyen psikolojik faktörler de irdelenmiştir. Umutsuzluğun ve ölüm tehditinin hastanın diğer yakınmalarına eklendiği ve bunun da ağrı duygulanımını arttırdığı kaydedilmektedir. Bu nedenle ağrılı fiziksel uyarıların yanısıra, psikolojik, sosyal ve ruhsal faktörleri de içeren 'total ağrı' kavramının kullanımının uygun olacağı bildirilmektedir (3,6,16) Şekil 1).

Kanserli hastanın ağrıdan kurtulmaya hakkı olduğu ve bu amaca ulaşmada ağrı kontrolünün gerekliliği kabul edilmeli hasta için yalnızca fiziksel nedenlere bağlı olmayan ağrının fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarını da kapsamına alan geniş ve ayrıntılı bir plan çerçevesinde ele alınmasında hemşirelik bakımının önemli rolü olduğu unutulmamalıdır (3,6,16).



Şekil:I-Hastanın ağrısı algılamasını etkileyen faktörler

Erdine,S.:Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım.Çeviri:Bir DST Uzmanlık Komitesi Raporu.İstanbul,(1992).

Kanser ağrısının giderilmesinde hedef, hastanın sözel olarak ağrısının olmadığını, kontrol altında olduğunu ya da geçtiğini ifade etmesidir. Her hastanın bakım planında multidisipliner ağrı kontrol programı esas oluşturmaktadır. Ağrı kontrol programının en önemli boyutu bu hedefe ulaşılabilecek olduğunun ve gerekli kaynakların var olduğunun hasta tarafından öğrenilmesidir(8,16).

Kanser ağrısının uygun hemşirelik girişimleri ile kontrol altına alınması, gerekli tanı ve tedavi işlemlerinin hasta tarafından tolere edilmesine olanak sağlar. İlerlemiş kanserli hastalarda ağrının kontrol altına alınması, hastanın rahat bir şekilde işlevlerini yerine getirmesini ve olabildiğince ağrıyı duyumsamaksızın huzurlu bir ölüm olgusunu deneyimlemesini sağlamaktadır(8).

Ağrının giderilmesinde ilk basamak iyi bir ağrı değerlendirilmesi yapmaktır. Ağrının değerlendirilmesinde, ağrının süresi ve zaman diliminin tanınması önemlidir. Hastanın genel durumu ve fonksiyonel durumu ise "Karnofsky işlev durumu skalası" kullanılarak ölçülmelidir (16), (Tablo 1). Gelişmiş ülkelerde, onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin ağrı değerlendirme formu kullanarak tanılama yaptıkları ve bu formdan yararlanarak tedavinin yönlendirilmesinde rol oynadıkları bildirilmektedir(3).

Tablo 1

FONKSİYONEL DURUM	PUAN
Normal, yakınma ve hastalık belirtisi yok	100
Normal aktiviteyi sürdürabiliyor. Hastalığa ait minör bulgu ve semptomlar mevcut	90
Çabıyla normal aktivite; hastalığın bazı bulgu ve semptomları mevcut	80
Kendine bakabiliyor; normal aktiviteyi sürdürüyor veya aktif bir iş yapmıyor	70
Arasıra yardım gereksinimi var, fakat ihtiyaçlarını karşılayabiliyor	60
Sıkça tıbbi bakıma ve önemli ölçüde yardıma gereksinimi var	50
Özel bakım ve yardıma muhtaç durumda	40
Ciddi şekilde muhtaç durumda; ölüm yakın değil fakat, hastanede bakım endikasyonu var.	30
Çok hasta, hastanede bakım ve aktif destek tedavisi gerekiyor	20
Hızla ölüme yaklaşıyor; ölmek üzeredir	10
Ölüm	0

Türkoğlu, M.: Kanser ağrısı, İ. Yegül (ed.) Ağrı ve Tedavisi. Yapım Matbaacılık, 1993, s. 76.

Kanser ağrısı kontrolünde multidisipliner yaklaşımın önemli bölümünü analjezikler oluşturmaktadır. Oral yolla uygulanan analjezikler hastanın günlük yaşamında çok önemli bir değişiklik yaratmadığından, diğer tedavi uygulama yollarına oranla daha fazla kullanılırken parenteral yol, oral ve rektal yolun kontrendike olduğu durumlarda kullanılmaktadır(8). Literatürde, parenteral tedavinin, narkotiklerde daha yüksek serum ve doku düzeyi sağladığına işaret edilmekte, bu değinilmektedir. Kas kaybının gözlemlendiği hastalarda intramüsküler ve subkütan enjeksiyon uygulamalarının daha zor ve hastalar açısından ağrılı olduğu bildirilmekte, parenteral uygulamanın ise, ilaç tedavisi yönünden hastanın diğer bireylere bağımlı olmasını gündeme getirebileceği üzerinde durulmaktadır (9).

Literatürde tedaviye cevap vermeyen dirençli ağrı tipinin kalıcı olarak tümüyle giderilemediği vurgulanmakta, ağrının hastayı güçsüz kılarak çaresizlik duygulanımını arttırdığı ve aktif tedavi programlarının hasta tarafından reddedilmesine yol açtığı bildirilmektedir (Jacox ve ark., 1994) (13). Kanser ağrısının kontrol altına alınmasında hastanın sürekli izlemi önem taşımakta, hastada gözlenen non-verbal belirtiler (yüz ifadesi, anksiyete...), otonomik belirtiler (terleme, bulantı, kusma...) değerlendirilmeli, önerilen narkotik analjeziklerin yan etkilerinin izlenmesi hemşirelik bakımının odak noktasını oluşturmaktadır (1). Analjeziklerin kanser ağrısı tedavisinde kullanımı akut ağrı tedavisinden farklılıklar göstermektedir. DSÖ (1990) kanser ağrısının yönetiminde / kontrolünde 3 adım yaklaşımını önermektedir. Bu tedavinin temelde, non-steroidal antiinflamatuar ilaçların (NSAID) ve / veya adjuvan ilaçların kullanımı ile başlamakta, inatçı tarzda ağrının varlığı durumunda ise, kuvvetli opioidlere kadar devam etmektedir. Ağrı deneyimlendiğinde gereksinilenden yüksek doz ile tedaviye başlamanın en iyi yöntem olduğu, hekimin dozajı belirli zaman aralıkları ile azaltarak, ağrı hissini o anda ortadan kalktığı kaydedilmekte, bulantı ve konstüpsiyon gibi yan etkiler açısından ise agresif bir tedavi yöntemi ile analjeziye devam edildiği bildirilmektedir (13).

Aspirin, paracetamol, naproxen gibi non-opioidler hafif şiddette ağrı; codeine, dihydrocodeine, dextropropoxyphene, pentazocine gibi zayıf etkili opioid ilaçlar orta şiddette ağrı; morphine, diamorphine, methadone, pethidine, omnopon gibi şiddetli etkili opioidler ise şiddetli ağrının giderilmesinde kullanılırken, giderek yetersiz kaldıkları gözlenmekte, daha kuvvetli analjezik verilmesi gerekebilmektedir (3,5). Literatürde opioid analjeziye karşı tolerans gelişiminin yavaş, özellikle yaşlı ve debil hastaların hassasiyetlerinin yüksek olduğu kaydedilmekte, yanısıra şu döngüden de kaçınılması gerektiği bildirilmektedir:

Opioid ilaç → uyku hali → yiyecek ve içecek alımında azalma
 Dehidrasyon → bulantı ve kusma → ağrıdaki artış sonucu fazla miktarda
 opioid kullanımı → döngüye yeniden başlama (5)

Çalışmalarda, kanser ağrısı olan hastalar arasında ilaç bağımlılığının düşük olduğu gösterilmekte, doğru ilacın ve gereksinilen dozun, doğru zaman aralıklarında verilmesinin ağrı korkusunu azalttığı ve hastayı ilaç arama zahmetinden kurtarak, bağımlılığı azalttığı vurgulanmaktadır. İleri dönem kanserli hastalarda ağrıların analjeziklere karşı toleransı geliştiği ve daha yüksek dozların gereksinildiği bilinmektedir. Narkotik ajanlara tolerans gelişen hastalarda yüksek analjezik dozların öldürücü etki gösteremediği, bunun yaşamı tehdit eden yan etkilere karşı tolerans gelişimi ile ilintili olduğu vurgulanmaktadır(13).

Kanserli hastalarda ilaç tedavisinin amacı, katılımı sağlamak ve tedaviden çok, ağrıyı minimele indirmektir. Bu nedenle gereksinilen dozun verilmesinin önemi vurgulanmakta, analjezik reçete edilmesinin etkin bir yöntem olmadığı, bunun, fazlasıyla etkilenmeyi de beraberinde getirdiği kaydedilmektedir. Bulantı ve diğer semptomların var olduğu durumlarda dahi, analjeziklerin düzenli ve sürekli kullanımının bir zorunluk, hemşirenin ağrının giderilmesine yönelik kusursuz ağrı tanınması yaparak tedavinin sürdürülmesine katkı sağlamasının ise, yaşamsal olduğu bildirilmektedir (3,13).

Kanser ağrısı kontrolünde kullanılan bazı diğer ilaçların işlevleri ve bu ilaçların kullanımına yönelik hemşirelik girişimleri Tablo 2'de özetlenmektedir (5).

Kanser ağrısının bu karmaşık yapısının bilinmesi, dozu gittikçe artırılan analjeziklere karşı bazı hastaların şiddetli ağrılarının devam etmesi sonucu analjeziklerin kesilmemesi nedenine açıklık getirecektir. İştahta ya da kiloda artma / azalma, konsantrasyon güçlüğü, iritabilite, depresyon, iş kapasitesinde azalmaya, genel durumda bozulmaya yol açarken, depresyon artışına neden olan aktivite kısıtlılığı, sosyal izolasyon ve depresyonun ortaya çıkardığı kronik yorgunluk ve uykusuzluk semptomları ise, şiddeti giderilemeyen ağrıya eşlik edecektir (4,6,16).

Analjeziklerin ağrılı işlemlerden önce verilecek şekilde planlanmasının ve ilacın etkisinin artırılmasında farmakolojik olmayan dokunma, dikkati başka yöne çekme, müzik dinletisi, hayal kurma, masaj gibi relaksasyon tekniklerinin kullanımının yanısıra; sinir yollarını bloke etmek üzere alkol enjeksiyonları, lokal radyoterapi, yüzeysel ağrılar için presakral norektomi, etkileşen ağrılarda kordotomi, nöroşirurjikal sinir kesisi, lignocaine gibi lokal anestetik ajanların bölgesel uygulanması, bölgesel ısı tedavisi, refleksoloji, akupunktur gibi hastaya olan yararlılığı bilimsel olarak kabul edilen yöntemlerin uygulanmasının da önerilen etkin girişimler olduğu kabul edilmektedir (1,5).

Hastanın ağrı ile başa çıkmasına yardımcı olunmasında, temiz, rahat ve güvenli bir ortam sağlanmalı, hastaya sosyal ve mental gereksinimlerinin karşılanacağı konusunda güven verilmelidir. Hastalık ilerledikçe şiddeti artan ağrı, analjeziklerle kontrol altına alınamayacak bir duruma geldiğinde ve hastanın bu ağrıyı ilaç almaksızın atlatabilecek durumda olduğu hemşirelik gözlemleri ile tanılandığında, hekim ile işbirliği yapılmalı, ilaçların uygulama zamanı ertelenmeli ve sık pozisyon değişiklikleri, yatak içinde yastıkla destekleme yöntemleri ve masaj teknikleri gibi hemşirelik girişimleri ile ağrının şiddeti azaltılmalıdır. Bu dönemde hareketsizlik nedeniyle gelişebileceği kabul edilen dekübitüs ülseri, üriner sistem enfeksiyonu, konstüpsiyon ve kontraktür

gibi komplikasyonların giderilmesi yönünden hemşirelik bakım aktiviteleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (1,3,5).

Hasta koruyucu olarak ya da radyasyon nedenleri ile izole edilebilmektedir. Bu dönemdeki uyarıcı yoksunluğu da bireyde depresyon gelişimine zemin hazırlamaktadır. Hastanın çözüme ulaştırmak istediği konularda, hemşirenin uygun ortamı yaratarak gerçek ve rahat bir dinleyici olabilmesi, hemşirenin kendini rahat hissetmediği konularda ekip üyeleri ile işbirliği yapması ve hastaya, gereksindiği psikolojik desteğin sağlanması, durumun hasta tarafından daha rahat kabullenilmesinde etkin olacaktır (3,5,9).

Hemşirenin yumuşak, nazik ve anlayışlı davranışlarının da hastanın ağrıya karşı olan tutumu üzerinde olumlu değişiklikler yaratabilmekte, anksiyete ve stres durumunun iyileştirilmesinde etkili olabilmektedir (3,5).

Tablo 2. Kanser Ağrısında İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri

İLAC	İŞLEVI	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ ve ÖNLEM ALINMASI GEREKLİ DURUMLARI
Diazepam... gibi kas gevşeticiler	Mental relaksasyon	Nadiren, baş dönmesi, uyku hali, konfüzyon Ağız kuruluğu Postüral hipotansiyon İlaç tolerans gelişimi
Temazepam... gibi hipnotikler	Uyku hali	Etkisi kısa süreli olduğundan normalde erken kalkan hastalarda kontrendikasyon Nadiren başağrısı ya da sarhoşluk hali Yaşlı hastalar da endikedir.
Dexamethasone... gibi kortikosteroidler	Antiinflamatuvar etki İyi ve mutlu hissetme İştahta artış	Eğer hasta önerilen dozu alamıyorsa, hekimin bilgilendirilmesi Glikoz ve protein tayini açısından düzenli idrar tahlili Mide iritasyon bulguları gözlemi Yaşam bulguları gözlemi ve kaydı ilaçları ile taburcu edilen hastalarda, steroid kartının verilerek kullanımı konusunda bilgilendirme ve tamamının '1' ile doldurulması gerekliliğinin açıklama Steroidlerin enfeksiyonu maskeleyen durumunun izlemi
Amitriptyline... gibi antidepresanlar	Ruh halinde iyileşme Sedasyon	. İlaç uygulamasının başlangıç devresinde şiddetli sedatif etki . İlacın birden kesilmemesi Ağız kuruluğu, postüral hipotansiyon, konstüpsiyon yönünden gözlem

		Ajitasyon, görsel hallüsinasyonlar, huzursuzluk, titreme yönünden gözlem Miksiyonda zorlanma
Nitrous oxide ve oxygen (entox)	Analjezi sağlayan ve hızlı etki gösteren yöntem İyilik hali	.Hastanın sürekli izlemi .Kateterizasyon ve pansuman gibi ağırlı uygulamalarda uygun yöntemdir.

Sonuç olarak; kanser ağrısının giderilmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde önemsenen, ancak gözardı edilen bir sağlık sorunudur. Kanserle karşı geliştirilen yöntemlerin başarısız kaldığı dönemlerde, palyatif bakım kavramı gün ışığına çıkmakta, günleri sayılı olan hastaların yaşamlarının nitelik yönünden geliştirilmesinde hemşirelik bakım aktivitelerinin önemi anlaşılmaktadır (6,16).

ÖZET

Ağrı deneyimleyen kanserli hastalarda hemşirelik bakımının sürekliliği, ağrı kontrolünün devamının sağlanmasının önemli bir boyutudur. Hemşireler, özellikle tedaviye cevap vermeyen kronik (dirençli) kanser ağrısının kontrolünde / yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemlerin etkileri konusunda bilgili, uygulamaları konusunda gerekli beceriye sahip olmalı, hastalara yönelik gerekli önlemleri almalıdır.

SUMMARY

The Nurse's Role in Management of Cancer Pain:

For clients experiencing cancer pain, continuity of nursing care is essential for maintaining pain control. Nursing staff should be fully conversant with the administration, therapeutic and toxic effects of these drugs. They should be knowledgeable about non-pharmacological methods of pain relief and the precautions necessary to safeguard the patient.

KAYNAKLAR

1. Aksoy, G., Akyolcu, N., Atay, M ve ark: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 10, Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, (1998), s. 11, 18.

2. Akyolcu, N.: Kanserli Hastaların Yaşadıkları Distresin Hastalar ve Hemşireler Tarafından Algılanması, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, (1995), s. 1, 52.
3. Birol L, Akdemir N, Bedük T: İç Hastalıkları Hemşireliği. IV. Baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 6, (1993), s. 96-145.
4. Black JM, Matassarini-Jacobs: Luckman and Sorensen's Medical-Surgical Nursing. 4 th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co, (1993), p. 311, 318-319.
5. Brunner LS, Suddarth DS: The Lippincott Manual of Medical-Surgical Nursing. 2'nd ed., London, Harper and Row Co., (1989), pp 1048-1050.
6. Erdine, S: Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım. Çeviri: Bir DST Uzmanlık Komitesi Raporu, İstanbul, (1992).
7. Ertekin C: Ağrının nöroanatomi ve nörofizyolojisi. İçinden Yegül İ (ed) : Ağrı ve Tedavisi. İzmir, Yapım Matbaacılık, (1993), s. 1.
8. Ignatavicius DD, Bayne MV: Medical-Surgical Nursing. Philadelphia, W.B. Saunders Co., (1991). pp. 107-145.
9. Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer WL: A Nursing Process Approach. 3'rd ed., St. Louis, Mosby – Year Book, Inc., (1993), pp. 221-223.
10. Meyer C: The richness of oncology nursing, *AJN*, 5: 71, (1992).
11. Özkan, S. Gürel, Y., Turgay, M., Kandiyoti, T.: Fiziksel hastalığa eşlik eden ağrı ile psikojen ağrı bozukluğunun klinik ve psikometrik açıdan incelenmesi, *Ağrı Dergisi*, 1:30, (1993).
12. Phipps W, Cassmeyer VL, Sands JK, Lehman VK: Medical – Surgical Nursing. 5'th ed., Missouri, Mosby Year Book Inc., (1995) pp. 428, 435-436.
13. Potter PA, Perry AG: Fundamentals of Nursing: Concepts, process and practice. 4'th ed. Philadelphia, Mosby-Year Book Inc., (1997), p.1184-1185, 1187.
14. Shekleton ME: Pain. In Shekleton ME, Litwack K (eds): Critical Care Nursing of the Surgical Patient. Philadelphia W.B. Saunders Co., (1991), pp 258-284.
15. Türkcan, A., Erdine, S., Verimli, A.: Kronik ağrılı hastalarda psikiyatrik semptomatoloji, (*Ağrı Dergisi*), 1: 13, 1993.
16. Türkoğlu M: Kanser ağrısı. İçinden Yegül, İ (ed) : Ağrı ve Tedavisi. İzmir, Yapım Matbaacılık, (1993), s. 75-82.