

PALYATİF BAKIMDA AĞRI YÖNETİMİ

Pain Management in Palliative Care

Aynur ATAMAN KUFACI*
Nuran MUMCU**

ÖZET

Palyatif bakım acı çekmenin önlenmesini, bireyin, ailesinin ya da bakım vericilerin psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasını ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Palyatif bakımda birçok hasta tarafından deneyimlenen ağrı, fark edilmemesi veya yeterli tedavi edilmemesi korkusu ile endişeye sebep olmaktadır. Kontrol edilemeyen ağrı uyku bozuklukları, psikolojik sorunlar, sosyal işlevlerde ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma gibi daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Hemşirelerin ve diğer sağlık hizmetleri sunucularının, acıyı hafifletmek için etkili, verimli ve güvenli ağrı yönetimini bilmesi ve savunması gerekmektedir. Özellikle hasta bireylerle yakın temas özelliği taşıyan hemşirelerin insan onuruna saygı felsefesi ile hareket ederek hastanın ve ailesinin olası en iyi yaşam kalitesini sağlama noktasında önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve tutumları, etkili bir ağrı yönetiminde anahtar rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım; ağrı yönetimi; farmakolojik; non-farmakolojik tedavi; hemşirelik.

ABSTRACT

The concept of pain experienced by many patients in palliative care, which aims to prevent suffering, meet the psychosocial and spiritual needs of the individual, their family or caregivers, and improve their quality of life, continues to be a source of great concern as it may not be noticed or adequately treated at the end of life. Uncontrollable pain can lead to worse health outcomes such as sleep disorders, psychological problems, deterioration in social functions and activities of daily living. Nurses and other healthcare providers need to know and advocate for effective, efficient and safe pain management to alleviate pain. Nurses, who have close contact with sick individuals, have an important role in providing the best possible quality of life for the patient and his family by acting with the philosophy of respect for human dignity. Nurses' knowledge and attitudes about pain management play a key role in effective pain management.

Key Words: Palliative care; pain management; pharmacological; non-pharmacological treatment; nursing.

Sorumlu Yazar:

Adı Soyadı: Öğr. Gör. Aynur ATAMAN KUFACI
Adres: Sinop Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Sinop, Türkiye
e-mail: akufaci@sinop.edu.tr

* Öğr. Gör. Sinop Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Sinop, Türkiye
** Dr. Öğr. Üyesi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik, Ebelik Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

GİRİŞ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalık tanısına sahip olan kişinin acı ve ızdırabının önlenmesi amacıyla tanı anından itibaren başlayan, hasta birey ve ailesinin fiziksel, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayarak yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan disiplinler arası bir bakımdır. (1) Hastalığın tedavisinden ziyade hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını vurgulayan palyatif bakımın temel unsurları arasında hastalık yükünü azaltmak, ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesi yer almaktadır.(2) Palyatif bakım hastalarında bulantı, kusma, yorgunluk gibi semptomların yanı sıra sık karşılaşılan semptomlardan biride ağrıdır. (3)

Ağrı kavramı; vücudun herhangi bir bölümünden kaynaklanan, olası ya da var olan doku hasarına eşlik eden, bireyin geçmişteki deneyimlerini kapsayan, organizmayı tehdit eden, hoş olmayan subjektif bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. (4) Ağrının yetersiz değerlendirilmesini önlemek ve etkili tedavisini sağlamak amacıyla, 1996 yılında Amerikan Ağrı Derneği (APS) ağrı kavramını, yaşamsal belirti olarak tanımlamıştır. (5) Her insanın, yaşamı boyunca mutlaka deneyimlediği çok boyutlu bir kavram olan ağrı fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bireyi etkileyen, kişinin davranış ve düşüncelerini bozan, acil dikkat gerektiren bir korunma mekanizmasıdır. (6) Tedavi edilmeyen ağrı; bireyin fizyolojik fonksiyonlarının yanı sıra kavrama, anlama, düşünme gibi zihinsel fonksiyonlarını bozmakta, bireyin iletişim yeteneğini kısıtlayarak sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemekte, psikolojik sorunlara yol açmakta ve sonuç olarak yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. (4,7)

Hastalığın kendisi, doğrudan veya dolaylı sonuçları, tedavinin erken veya geç yan etkileri ve hastalığa eşlik eden durumlar ağrıya neden olabilmektedir. Alzheimer, Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome/AIDS), ileri dönem organ

yetmezlikleri, tedaviye yanıt vermeyen kanserler, çocuklarda konjenital ve ilerleyici hastalıklar palyatif bakım gerektiren başlıca hastalıklardır ve bu tanılara sahip ilerlemiş hastalığı olan bireyler tarafından hissedilen bir dizi semptomun içinde ağrı da yer almaktadır. (3) Özellikle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan ve görülme sıklığında artış meydana gelen kanserler, kontrolü zor olan ağrı semptomunu da beraberinde getirmektedir. Farklı ülkelerde ve farklı gruplar üzerinde yapılan araştırmalar, ileri kanserli hastaların %60-90'ının orta ya da şiddetli ağrı yaşadığını bildirmektedir. (7,8,9) Palyatif bakımda yaşamın sonuna doğru artan ağrı prevalansı bu alanda çalışan sağlık hizmeti sağlayıcılarının, etkili, verimli ve güvenli ağrı yönetimini savunması gerektiğini göstermektedir. (10) Nitekim Dünya Sağlık Örgütü de palyatif bakımın tanımında, yaşamı tehdit eden hastalık nedeniyle ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hastada ağrının ve diğer problemlerin, erken zamanlama ile yapılan yeterli bir değerlendirme ile belirlenerek hastanın fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasından, acı çekmesinin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamalarla yaşam kalitesinin artırılmasından bahsetmektedir. (11) Bu nedenle hastaya son döneme kadar rahat ve konforlu bir yaşam sunmanın yanı sıra iyi ölümün sağlanmasına yardımcı olmayı hedefleyen palyatif bakımda, yaşam kalitesini ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için etkili ağrı yönetimi önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. (7)

Palyatif Bakımda Ağrının Yönetimi

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte morbiditesi yüksek ve tedavi edilemeyen kanser hastalarının sayısında da artış görülmektedir. 2026 yılına kadar sağ kalan kanser hastalarının sayısının 20 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir. (12) Kanserde en sık görülen ve sorun yaratan semptomların başında ağrı geldiği düşünüldüğünde kansere bağlı ağrı çeken insan sayısının da artacağı

açıktır. Bu durumda güvenli ve etkili ağrı yönetimi kavramı gündeme gelmektedir. ^(12,13) Ağrı yönetimi, ağrının gerçek olduğunu kabul etmekle başlayıp, ağrıyı değerlendirme, altta yatan bozukluğa ek olarak ağrıyı uygun şekilde tedavi etme ve ağrının fiziksel, psikososyal ve ruhsal boyutlarını ele alan geniş ve çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. ^(6,8) Yüksek kaliteli semptom değerlendirmesi ve yönetimi, hastalar ve aileleri için olumlu çıktılarla sonuçlanan bütünsel, hasta merkezli bakım sağlamanın temelidir. ⁽³⁾ Ayrıca yeterli ağrı ve semptom kontrolü sağlamak, iyi ölüm sürecinin parçalarından biri olarak ele alınmaktadır. Ağrının çok boyutlu, karmaşık, dinamik ve öznel bir deneyim olması nedeniyle klinik olarak değerlendirilmesi ve yönetimi zordur. ⁽⁷⁾ Tedavi yaklaşımları ağrının tipine ve doğasına göre değişmekle birlikte yeterli ağrı yönetiminin önünde ağrıya ve analjeziklere yönelik yetersiz bilgi ve korkulu tutumlar, yetersiz değerlendirme, destek ve hasta eğitimi eksikliği, sınırlı iletişim, yeterli analjeziye zamanında erişim eksikliği gibi hasta ve ailesinden, sağlık hizmeti sunucularından ve sağlık sisteminden kaynaklı bazı engeller vardır. ^(13,14)

Ağrı ve tedaviler hakkındaki yanlış anlamalar, ağrı kesici ilaçlar ve yan etkilerle ilgili korku ve endişeler, ağrı ve semptomları bildirme isteksizliği, ağrının hastalığın doğal bir parçası olduğuna ve giderilemeyeceğine dair inanç gibi durumlar ise hasta ve ailesinden kaynaklı engellerdir. ⁽¹⁰⁾ Semptom deneyiminin karmaşıklığı, ağrı ve semptom değerlendirmesi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama yada uygun değerlendirme ölçeğinin kullanılmaması nedeniyle ağrının yetersiz değerlendirilmesi, zaman eksikliği, kullanılan analjezikler ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği gibi durumlar sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan engellerdir. Ağrı ve semptom yönetimine daha az öncelik verilmesi, opioid analjeziklere erişim sorunları, bazı tedaviler için

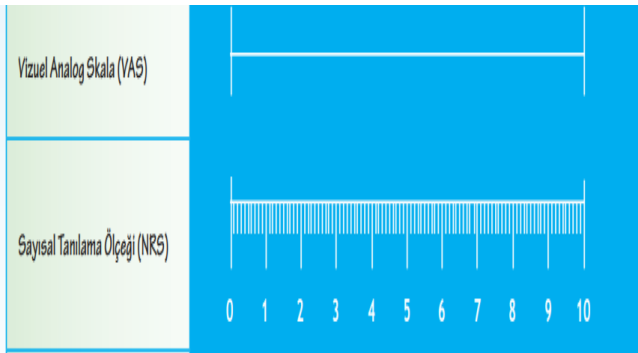
kısıtlayıcı düzenlemeler, etik ikilemler ise sağlık sistemiyle ilgili ağrı yönetimine engel olan durumlardır. ^(7,15) Çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin merkezi sinir sistemi depresyonu sonucu ölüme neden olma, opioid bağımlılığı gibi nedenlerden dolayı narkotik analjezik kullanımı konusunda olumsuz tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir. ^(16,17,18) Oysa "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14. maddesinde, hastanın hayatını kurtarmak ve sağlığını korumak mümkün olmasa dahi ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur" ifadesine yer verilerek ağrının kontrol altına alınmasının önemi hasta hakkı olarak vurgulanmıştır. ⁽¹⁹⁾ Bu durumda ağrıyı tedavi etmede makul olmayan başarısızlık, etik dışı uygulama ve temel insan haklarının ihlali olarak görülmektedir. ⁽²⁰⁾

Palyatif Bakımda Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının varlığının kabul edilmesiyle başlayan ağrı yönetiminde, ağrının değerlendirilmesi, düzenli aralıklarla takip edilmesi ve uygulanan tedavinin etkisinin belirlenmesi önemlidir. Uzmanlar, ağrısı olsun ya da olmasın, klinikte yatan hastalarda günlük olarak, ayaktan takip edilen hastalarda ise hasta ile yapılan her görüşmede ağrı değerlendirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir. ⁽²¹⁾ Ağrının değerlendirilmesinde bireyin kendi bildirimini en doğru yöntemdir. Ağrının şiddeti ve yoğunluğu, ağrının yeri ve ağrının bedensel boyutu, bireye verdiği rahatsızlık hissi, ağrıyı şiddetlendiren veya iyileştiren faktörler, uygulanan tedavinin hastayı rahatlatıp rahatlatmadığı, bireyin acı çektiğini gösteren ağrı davranışları, ağrının hastanın rutin yaşamını ne kadar etkilediği, ağrı toleransı ve başatme yeteneği gibi kavramlar ağrı değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. ^(22,17)

Ağrının şiddetinin değerlendirilmesinde çeşitli ağrı değerlendirme formları ve ölçekleri kullanılmaktadır. Sayısal Ağrı Skalası, Sözel Tanımlama Skalası, Görsel Ana-

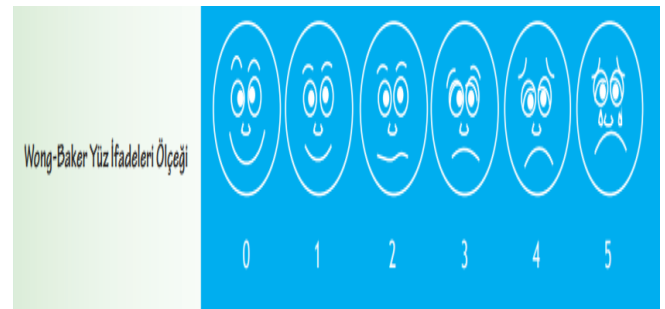
log Skala, Yüz İfadesi Skalası bunlardan bazılarıdır. Literatürde ağrı şiddetinin belirlenmesinde Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale/ VAS) ve Numerik Ağrı Skalasının (NRS)'nin kullanımının (Şekil 1.), ağrının kapsamlı tanılmasında ise çok boyutlu ölçeklerin kullanımının daha uygun olduğu bildirilmiştir. ⁽²¹⁾ Visual analog scale (VAS); basit ve kolay uygulanabilen görsel ağrı skalası olup kısa zamanda ağrı değerlendirmesine imkân sağlarken, Wong Baker Yüz İfadesi Skalası (Şekil 2.) üç yaş üstü çocuklarda, konuşamayan veya bilişsel bozukluğu olan erişkinlerde uygun bir ölçüm aracıdır. Her değerlendirmede aynı skala kullanılarak yapılan değerlendirme daha tutarlı olacağı için, bu noktada dikkatli davranmak gerekmektedir. ⁽¹⁷⁾



Şekil 1. VAS ve NRS ⁽²¹⁾

Hasta ifade edebiliyorsa hastadan ağrı deneyimini ifade etmesi istenmelidir fakat deliryum, bilişsel bozukluk gibi nedenlerden dolayı ağrısını ifade edemeyen, iletişim kuramayan hastalarda davranış değişiklikleri ve sözsüz ağrı belirtileri dikkate alınarak ağrı değerlendirilmesi yapılmalıdır. Çatık kaş, gergin yüz ifadesi, içe dönüklük, inleme, irritabilite, uyku bozuklukları, kaslarda gerginlik gibi sözsüz belirtiler ve kalp hızı, solunum hızı ve kan basıncında artma, terleme, pupiller dilatasyon, taşikardi, oksijen satürasyonunda azalma, bulantı kusma gibi fizyolojik parametreler de ağrı nedeniyle gelişebileceğinden değerlendirmede dikkate alınmalıdır. ⁽²³⁾ Bir hasta çatık kaş, inleme, etkilenen bölgeyi destekleme, ovma

gibi ağrıdan kaynaklanabilecek davranışlar gösteriyorsa, hastanın ağrı yaşadığı varsayılmalı ve farmakolojik veya farmakolojik olmayan yöntemlerden uygun olanının ağrı yönetiminde kullanılmasına fırsat verilmelidir. Etkili ve zamanında tedavi sağlamak ve gereksiz ilaç ve prosedürlerden kaçınmak için hastanın ağrısının yeterli ölçüde değerlendirilmesi önem taşımaktadır. ⁽²⁴⁾



Şekil 2. Wong Baker Yüz ifadesi Skalası ⁽²¹⁾

Ağrı Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Palyatif bakım hastasında ağrının yönetimine, bireyin ağrısını değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçekten elde edilen ağrı puanı sonucuna göre karar verilmektedir. Ölçek ağrı puanı ≥ 4 olan hastalarda tıbbi yaklaşımların yanı sıra farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanımı önerilmektedir. ⁽²¹⁾ Yaşamın son döneminde meydana gelen ağrının tedavisinde farmakoterapi temel tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlar opioid, opioid olmayan ve adjuvan analjeziklerdir. İlaçların kullanım sırası hakkında bilgilendirme yaparak etkili tedaviye yardımcı olması açısından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) analjezik merdiveni kullanılmaktadır. ⁽¹¹⁾ 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen analjezik merdiveni ilk olarak kanser hastaları için yeterli ağrı kesici sağlamak için önerilen bir stratejiyken yıllar içinde çeşitli modifikasyonlardan geçmiştir ve şu anda kanser ağrısının yanı sıra kanser dışı ağrılı durumların tedavisinde uygulanmaktadır.

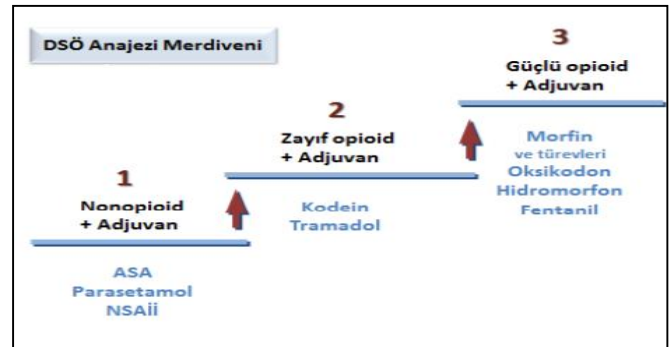
(3,25) Kılavuzun yayımlanmasından önce, birçok hasta hem opioid reçetesi hem de kullanımıyla ilişkili damgalaşma ve korku nedeniyle gereksiz ağrı deneyimlemekteyken, ağrı yönetiminde kademeli yaklaşımı öneren bu rehber dünya çapında ağrının kontrolü için önemli fayda sağlamıştır. (4)

Dünya Sağlık Örgütü analjezik merdiveni, hafif ağrı için basit analjeziklerden orta ve şiddetli ağrı için opioid analjeziklere kadar ağrı yoğunluğuna göre uygun tedaviyi belirtmektedir. Birinci adım opioid olmayan ve hafif ağrı için isteğe bağlı adjuvan analjezikler; ikinci adım hafif ila orta şiddette ağrı için zayıf opioid ve opioid olmayan ve adjuvan analjezikler; üçüncü adım orta veya şiddetli ağrı için güçlü opioid ve opioid olmayan ve adjuvan analjezikler önerilmektedir. (11) Kalıcı ağrı olduğunda bir adım yukarı çıkılması tavsiye edilirken, toksisite veya ciddi yan etkiler durumunda, sağlık çalışanlarına ilaç dozlarını azaltmaları veya bir adım aşağı inmeleri tavsiye edilmektedir. (Şekil 3). (12) Ayrıca bu merdiven tedavisi ağrının şiddetine göre basamak seçilmesi, öncelikle oral yolun tercih edilmesi, ağrı kontrolünün gün boyu sağlanması, tedavinin bireysel olması konusunda öneri sunmaktadır. (4) Merdivenin anahtar kavramı, ağrı hakkında yeterli bilgiye sahip olarak, uygun değerlendirme yaparak en uygun analjezik reçete edilmesidir. Ağrı şiddetini ve yoğunluğunu belirlemek adına ağrı şiddeti skalası ile klinik muayene birlikte ele alınmalıdır ve ağrının yönetimi isteğe bağlı değil günün her saatinde olmalıdır. (25)

Ağrı yönetiminin hedefi ağrıyı azaltırken yan etkileri de azaltmak ve bireyin günlük işlevlerini iyileştirmektir. Kanser ağrısında opioid kullanımına ilişkin çalışmalara bakıldığında orta veya şiddetli ağrısı olan kişilerin yaklaşık %95'inde, 14 gün içinde hiç ağrı kalmadığı ya da hafiflediği belirlenmiştir. Bu hastalar için opioid kullanımını önemli bir tedavi hedefi olarak görülmektedir. Oral

morfin ise orta ya da şiddetli kanser ağrısının tedavisinde altın standart olmaya devam etmektedir. (26)

Opioid analjezikler nörotoksisite, tolerans gelişimi, fizyolojik ve psikolojik bağımlılık, sağlıkla ilgili komplikasyonlar ve kasıtsız aşırı doz ölümlerine neden olabilmektedir. Sedasyon, konfüzyon veya halüsinasyon gibi opioid yan etkileri olduğunda genellikle doz azaltımı veya opioid rotasyonu ile durum yönetilmektedir. Bu noktada son yıllarda bütünleştirici tıp terapileri ve minimal invaziv müdahalelerle ağrı merdiveninin uyumlu hale getirilmesi ve hastaların mevcut tanısı, tedavisi, ilacın riskleri ve yararları göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmesi önerilmektedir. (25,27) Yaşamın son döneminde tedaviye yanıt vermeyen ağrı semptomunun varlığında ise palyatif sedasyon uygulanabilmektedir. Palyatif sedasyonun amacı, bireyin algılama yeteneğini ve bilinç düzeyini azaltarak yaşanan acının ve ızdırabın hissedilmesini önlemektir. Hastanın medikal durumu çok iyi değerlendirilip hasta ve yakınları bilgilendirilerek onamları alındıktan sonra uygulanmalıdır. (12,28)



Şekil 3: DSÖ Analjezi Merdiveni (25)

Ağrı Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Farmakolojik müdahaleleri tamamlayarak ağrı dahil olmak üzere birçok farklı semptomu tedavi etmek için alternatif önlemler sağlayabilen, ağrının duyuşsal, bilişsel,

davranışsal ve sosyokültürel boyutlarını tedavi etmeyi amaçlayan yöntemlerdir. Derin nefes egzersizleri, yoga, gevşeme teknikleri, akupunktur, masaj, refleksoloji, müzik terapi, pozisyon verme, dikkat dağıtma girişimleri gibi uygulamaları kapsayan non-farmakolojik yöntemler hem farmakolojik ajanlar gibi yan etkileri ve ilaç etkileşimleri riski olmadığı için hem de etkili, uygulanabilir ve ucuz oldukları için tercih edilmektedir. (29,30)

Farmakolojik olmayan yöntemler, yaşanan ağrıya toleransı arttırma, fiziksel stresi azaltma, halsizlik hissini azaltma ve analjezik ilaç ihtiyacını azaltma konularında bireye yardımcı olmaktadır. (17) Örneğin ağrı tedavisinde uzun süredir kullanılmakta olan akupunkturun, kanser ağrısını giderdiği, analjezik ilaç dozlarını azalttığına dair önemli kanıtlar bulunmaktadır. (7,12,30)

Müzik terapinin kanser hastalarının ağrı ve kaygı düzeylerine etkisini değerlendirmek için yapılan bir pilot çalışmada müzik terapi sonrası test grubunun ağrı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağladığı görülmüştür. (31) Doksan iki palyatif bakım hastası üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada fiziksel aktivitenin hastalar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesinde artış, ağrıda azalma ve duygu durumunda iyileşme sağladığı belirlenmiştir. (32) Yoganın semptom yönetimindeki rolüne ilişkin yapılan çalışmalarda ise yoganın kaygı, depresyon, yorgunluk, algılanan stres ve ağrıyı azaltmada olumlu etki gösterdiği belirlenmiştir. (30,33)

Etkili palyatif bakımın hedeflerinden biri, kişinin sağlık sorunlarıyla başa çıkmasında kişisel gücünü arttırmak ve psikolojik dayanıklılığını güçlendirmektir. Tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar ağrıyı azaltmanın yanı sıra bireyin esenlik duygusunu arttırmasına da destek olmaktadır. (34) Farmakolojik olmayan ağrı yönetimi daha az ve komplike olmayan yan etkilere sahiptir. Ayrıca, farmakolojik olmayan müdahaleler, daha düşük tıbbi

maliyetler, hastalara daha fazla erişilebilirlik, çeşitlendirme ve kullanım kolaylığı ve daha fazla hasta memnuniyeti gibi başka faydalar da sağlamakla birlikte, hemşireler tarafından bağımsız olarak kullanılabilen yöntemlerdir. (29,35)

Yapılan çalışmalarda farmakolojik olmayan yöntemlerin hemşireler tarafından kabul edilmesine rağmen hemşire sayısının yetersizliği, iş yükünün fazla olması, farmakolojik olmayan yöntemlere aşına olmama, hasta isteksizliği ve hastaların sağlık inançları gibi nedenlerden dolayı yeterli düzeyde kullanılmadığı belirlenmiştir. (35)

Palyatif Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, bir hastanın ağrısını gidermek için etkili bakım sağlama konusunda etik sorumluluğa sahip olmalarının yanı sıra ağrının değerlendirilmesi ve tedavisinin önündeki engellerin farkında olması açısından da önemli bir konumda bulunmaktadır. (10) Hemşirenin diğer sağlık meslek gruplarına göre hastayla daha uzun zaman geçirmesi, hemşirenin hastasını tanıyarak geçmiş ağrı deneyimlerini ve ağrıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesini ve gerektiğinde bu bilgilerden faydalanmasını sağlamaktadır. (36) Hemşireler, ağrı yönetimine en çok dahil olan sağlık profesyonelleridir ve hemşirelerin bilgi ve tutumları, ağrı yönetimi başarısının anahtarıdır. (18)

Birey tarafından hissedilen ağrının şiddeti, ağrıyı ifade etme şekli, ağrıya verilen tepki, ağrı inanışları ve ağrıyla baş etme yöntemleri; sosyokültürel, bireysel ve bilişsel özelliklerden etkilenmekle birlikte bireyler arasında farklı özelliklerle ortaya çıkmaktadır. (36) Bu noktada hemşirenin bireysel farklılıkları dikkate alarak hastanın bilişsel yeteneklerine, gelişim düzeyi ve tercihlerine uygun olan değerlendirme araçlarını kullanması gereklidir. (37)

Optimal ağrı yönetimi için hemşirelerin sistematik ve tutarlı ağrı değerlendirme yapmaları ve ağrının düzenli olarak kaydedilmesi gibi önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler semptom kontrolü için reçete edilen ilaçları kanıta dayalı, etkili dozlarda kullanmalı ve reçete edilen ilaçlar ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlarla başa çıkmadığında hasta adına savunuculuk yapmalıdır. ⁽³⁸⁾ Sağlık sunucularının, hastaların ve hasta yakınlarının ağrı kesici ilaçlarla ilgili bakış açıları, yetersiz ağrı kontrolüne neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşirenin savunuculuk rolü palyatif bakımda ağrı yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca hemşireler ağrı yönetiminde opioidlere erişim engelinin ele alınmasına yönelik ülke düzeyindeki politika oluşturma çalışmalarına da katılarak savunuculuk rolünü uygulayabilmektedir. ⁽⁹⁾ Bunlara ek olarak, hemşireler uygun olduğunda psikolojik yaklaşımlar, fiziksel önlemler, bütünleştirici uygulamalar ve girişimsel teknikler dahil üzere farmakolojik olmayan tedavileri uygulayabilir. ^(10,38) Hemşire, ağrı semptomunun hasta açısından anlamını ve verdiği sıkıntı düzeyini değerlendirerek, bireysel bakım planı oluşturmalıdır. ⁽³⁷⁾ Hemşirenin ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, hastanın ihtiyaç duyduğu konularda rehberlik yapması, ağrıyı dindirmek amacıyla planlanan tedaviyi uygulaması, analjezik ilaçların yan etkilerini ve sonuçlarını takip etmesi, empatik yaklaşım sergileyerek hastayı rahatlatması gibi rolleri bulunmaktadır. ⁽³⁶⁾

Hem hasta hem de yakınları için semptomların ve acıların giderilmesinin yanı sıra iyilik ve yaşam kalitesinin korunmasını içeren palyatif bakımda, tüm semptomların kontrolünde olduğu gibi ağrı kontrolünün sağlanması için de disiplinlerarası bir işbirliğinin yapılması gereklidir. ⁽³⁹⁾ Disiplinler arası işbirliğinin sağlanmasında hemşireler önemli bir konumda yer almaktadır.

Ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan uygulamalar, hemşirelerin bağımsız rollerini rahatlıkla sergileyebilecekleri bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelerin bu konuda güncel araştırmaları takip etmesi, kanıt düzeylerini incelemesi ve sonuçları çalışma alanlarında uygulamaya dönüştürmesi ve süreci izlemesi büyük öneme sahiptir.

SONUÇ

Yaşamın sonundaki bireylerde yeterli ve güvenli bir ağrı değerlendirme yöntemi kullanılması, ağrı semptomunun etkin yönetimi için ilk basamaktır. Değerlendirmenin ardından ağrı yönetiminin önündeki engellerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması, her hasta için en etkili olan farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilere erişilebilirliğin sağlanması, ağrı yönetiminin temel bir sağlık değeri ve bir insan hakkı olduğunun kabul edilmesi, daha iyi bir ağrı yönetimi sağlamak için sağlık hizmeti sağlayıcılarının kanıta dayalı eğitimi tüm sağlık profesyonellerinin sorumluluğu ve görevidir. Sağlık profesyonellerinin büyük bir kısmını oluşturan hemşireler ise istisnasız olarak tüm acıların tedaviye değer olduğunu kabul ederek etik değerlere saygılı, etkili ağrı ve semptom yönetimini teşvik ederek, insancıl ve onurlu bakımı sürekli olarak sürdürmelidir.

KAYNAKLAR

1. Franciosi V, Maglietta G, Espoti DC, Caruso G, Cavanna L, Berté R, et al. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients—a multicenter randomized clinical trial. *Ann Palliat Med.* 2019; 8 (4): 381–389.
2. Woods JD, Woods BN. Palliative care's role in austere medicine. *Wilderness&Environmental Med.* 2022; 33 (1): 102–108.
3. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol.* 2020; 38 (9): 905–914.

4. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Tıp Derg.* 2013; 2 (3): 256–260.
5. Levy N, Sturgess J, Mills P. Pain as the fifth vital sign” and dependence on the “numerical pain scale” is being abandoned in the US: why?. *Br J Anaesth.* 2018; 120 (3): 435–438.
6. İtişgen V, Kara B. Hemodiyaliz hastalarında ağrı yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Derg.* 2016; 2: 18–25.
7. Scarborough B, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *Cancer J Clin.* 2018; 68 (3): 182–196.
8. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol.* 2017; 115 (5): 637–641.
9. Mercadante S, Adile C, Tirelli W, Ferrera P, Penco I, Casuccio A. Barriers and adherence to pain management in advanced cancer patients. *Pain Pract.* 2020; 21 (4): 388–393.
10. Coyne P, Mulvenon C, Paice JA. American society for pain management nursing and hospice and palliative nurses association position statement: pain management at the end of life. *Pain Manag Nurs.* 2018; 19 (1): 3–7.
11. WHO. Pallipedia [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>.
12. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL, Chon TY, Xiao L. The modified WHO analgesic ladder: is it appropriate for chronic non-cancer pain? *J Pain Res.* 2020; 13: 411–417.
13. Allsop MJ, Wright-Hughes A, Black K, Hartley S, Fletcher M, Ziegler LE, et al. Improving the management of pain from advanced cancer in the community: study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *BMJ.* 2018; 8: 1–12.
14. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to pain management as a human right. *Am J Public Health.* 2019; 109 (1): 61–65.
15. Wilkie DJ, Ezenwa MO. Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nurs Outlook.* 2012; 60 (6): 357–364.
16. Verbekt CA, Everdingen MHJ van den B, Schols JMGA, Datla S, Dirksen CD, Johnson MJ, et al. Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J.* 2017; 50: 1–18.
17. Ankey-Yılbaş A, Çelebi N. Palyatif bakımda ağrı tedavisi ve sorunlar. *J Anesth - JARSS.* 2014;22 (3):124–134.
18. Alnajjar MK, Darawad MW, Alshahwan SS, Samarkandi OA. Knowledge and attitudes toward cancer pain management among nurses at oncology nits. *J Cancer Educ.* 2019; 34 (1): 186–193.
19. Hasta hakları yönetmeliği. Sayı: 28994; 2014.
20. Zuccaro SM, Velucci R, Sarzi-Puttini P, Cherubino P, Labianca R, Fornasari D. Barriers To pain management : focus on opioid therapy. *Clin Drug Investig.* 2012; 32: 11–19.
21. Can A. Kanser hastasında kanıta dayalı palyatif bakım. İstanbul: Konsensus Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.
22. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *J Pain.* 2016; 17 (9): 10–20.
23. Sampson EL, West E, Fischer T. Pain and delirium: mechanisms, assessment, and management. *Eur Geriatr Med.* 2020; 11: 45–52.
24. Patel B V., DeZure P. Measurement of pain. *Pain.* 2019; 37: 149–162.
25. Anekar AA, Cascella M. WHO Analgesic ladder. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
26. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. *Cochrane Libr.* 2017; 7 (2): 1–32.
27. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative care and symptom management in older patients with cancer. *Clin Geriatr Med.* 2016; 32 (1): 45–62.
28. Wood H, Dickman A, Star A, Boland JW. Updates in palliative care – overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer. *Clin Med J.* 2018; 18(1): 17–22.
29. Khalil NS. Critical care nurses’ use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Appl Nurs Res.* 2018; 44: 33–38.
30. Satija A, Bhatnagar S. Complementary therapies for symptom management in cancer patients. *Indian J Palliat Care.* 2017; 23 (4): 468–479.
31. Krishnaswamy P, Nair S. Effect of music therapy on pain and anxiety levels of cancer patients: a pilot study. *Indian J Palliat Care.* 2016; 22 (3): 307–311.
32. Myrcik, Dariusz Statowski, Wojciech Trzepizur, Magdalena Paladini, Antonella Corli, Oscar Varrassi G. Influence of physical activity on pain, depression and quality of life of patients in palliative care: a proof-of-concept study. *J Clin Med.* 2021; 10 (5): 1–13.
33. Kumar N, Bhatnagar S, Velpandian T, Patnaik S, Menon G, Mehta M, et al. Randomized controlled trial in advance stage breast cancer patients for the effectiveness on stress marker and pain through sudarshan kriya and pranayam. *Indian J Palliat Care.* 2013; 19: 180–185.
34. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med.* 2017; 6 (3): 237–247.

35. Kia Z, Allahbakhshian M, Ilkhani M, Nasiri M, Allahbakhshian A. Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Complement Ther Med.* 2021; 58: 1-5.
36. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2012; 7 (21): 36–51.
37. Yıldırım Y. Palyatif bakımda hemşirelik çalışmaları. *Türkiye Klin Anesthesiol Reanim - Spec Top.* 2017; 10 (1): 49–56.
38. Perri G-A, Yeung H, Green Y, Bezant A, Lee C, Berall A, et al. A survey of knowledge and attitudes of nurses about pain management in end-stage liver disease in a geriatric palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018; 35 (1): 92–99.
39. Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., Oğuz, G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi.* 2015; 27 (2): 104-110.