

Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler

Yasemin Kuzeyli Yıldırım *, Meltem Uyar**

SUMMARY

Barriers to effective cancer pain management

Pain is one of the most feared consequences of cancer experienced by patients. Despite numerous education programs, intervention strategies and multidisciplinary pain societies, approximately 60% of patients with cancer are experiencing pain. Cancer-related pain may affect patient's life in every way, and therefore it has a great influence on the overall quality of life. Barriers to adequate pain management exist, including those related to health-care professionals, the health-care system, and the patients. The most common barriers to pain management include knowledge deficits, misconceptions about opioids and their side effects, inadequate assessment, and organizational issues. The purpose of this article is to provide information about barriers to effective cancer pain management.

Key words: Cancer pain, pain management, barriers

ÖZET

Ağrı, hastalar tarafından kanserin en korkulan sonuçlarından birisidir. Çeşitli eğitim programlarına, girişim stratejilerine ve multidisipliner ağrı topluluklarına rağmen, kanser hastalarının yaklaşık olarak %60'ı ağrı çekmektedir. Kanser ağrısı, hastanın yaşamının her yönünü etkilemekte ve sonuçta yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi bulunmaktadır. Yeterli ağrı yönetiminde sağlık profesyonelleri, sağlık sistemi ve hastaları kapsayan bariyerler mevcuttur. Ağrı yönetimindeki bariyerlerin en önemli nedenleri bilgi eksikliği, opioidler hakkında olumsuz tutumlar, yetersiz tanılama ve organizasyonla ilgili konuları içermektedir. Bu makalenin amacı; kanser ağrı yönetiminde etkili olan bariyerler hakkında bilgi vermektir.

Anahtar kelimeler: Kanser ağrısı, ağrı yönetimi, bariyerler

(*) İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

(**) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

Başvuru adresi:

Yasemin Kuzeyli Yıldırım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., Bornova, İzmir
e-posta: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr

(*) Ege University School of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing

(**) Ege University Faculty of Medicine, Department of Algology

Correspondence to:

Yasemin Kuzeyli Yıldırım, MD, Ege University School of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Bornova, Izmir, TURKEY
e-mail: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr

Giriş

Kanserle ilişkili ağrı ciddi bir problemdir ve kanserin sıradan bir semptomu değildir (Potter ve ark. 2003, Tafas ve ark. 2002). Ağrı, hastalar tarafından kanserin en korkulan sonuçlarından birisidir. Çeşitli eğitim programlarına, girişim stratejilerine ve multidisipliner ağrı topluluklarına rağmen, kanser hastalarının yaklaşık olarak % 60'ının ağrısının olduğu tahmin edilmektedir (Carver ve Foley 2000, Howell ve ark 2000, Pargeon ve Hailey 1999). Kanser ağrısı, hastanın başta uyku, çalışma, boş zaman aktiviteleri ve ilişkileri olmak üzere yaşa-

mının her yönünü etkilemekte ve sonuçta yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi bulunmaktadır (Tafas ve ark. 2002). Bu nedenle, ağrıyı giderme onkoloji hastalarının yönetiminde hayati bir öneme sahiptir (Potter ve ark. 2003). Kanser ağrısı, olguların % 80-90'ında farmakolojik tedavilerle etkin bir şekilde tedavi edilebilmesine karşın, birçok kanser hastası halen ağrı çekmektedir (Gunnarsdottir ve ark. 2005, Pargeon ve Hailey 1999). Kanser ağrısının yönetimini etkileyen birçok bariyerler tanımlanmıştır. Bu bariyerler sağlık bakımı verenler, sağlık sistemi ve hasta ile ilişkili olabilir (Tablo 1) (<http://www.ama-cmeonline.com>)

Tablo 1: Kanser Ağrısı Tedavisinde Bariyerler

(Cleary 2000, Yeager ve ark. 2000, Cancer Pain Guideline Panel 1994)

Sağlık Profesyonelleri ile İlgili Bariyerler

- Ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliği (Kanser ağrısının fizyopatolojisinin iyi bilinmemesi, opioid analjeziklerin klinik farmakolojilerinin yeterince bilinmemesi, yeni yöntemler hakkında bilgi yetersizliği, kanser ağrısının tedavisi konusunda yetersiz eğitim)
- Ağrının yetersiz bir şekilde tanınması
- Opioid ilaçlar hakkında bağımlılık endişesi
- Opioidlerin yan etkileri hakkında endişeler
- Hastada opioid ilaçlara tolerans gelişme endişesi
- Ağrı tedavisine düşük öncelik verilmesi
- Hasta ağrısının yeterli sıklıkta değerlendirilmemesi
- Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmaması

Hasta ile İlgili Problemler

- Ağrıyı bildirmede isteksiz olma
Doktorun ilgisini alta yatan hastalığın tedavisinden başka yöne çekme endişesi,
Ağrının, kanser hastalığının kaçınılmaz bir sonucu olduğu inancı,
Ağrının hastalığın kötüleştiği anlamına gelmesi korkusu,
“İyi” hasta olmama endişesi
- Ağrı ilaçlarını almada isteksizlik
Bağımlılık veya bağımlı olma korkusu,
Yönetilemeyen yan etkiler hakkında endişeler,
Ağrı ilaçlarına karşı tolerans gelişme endişesi

Sağlık Sistemi ile İlgili Problemler

- Kanser ağrısı tedavisine düşük öncelik verilmesi
- Kontrollü maddelerin düzenlenmesindeki kısıtlamalar
- Tedavinin ulaşılabilirliği veya uygulanabilirliği problemleri

/pain_mgmt/module03/pdf/ama_painmgmt_m3.pdf 2003, Cleary 2000, Paice ve ark. 1998, Cancer Pain Guideline Panel 1994). Ağrı yönetimindeki bariyerlerin en önemli nedeni bilgi eksikliği, reçete edilen ilaçlara karşı olumsuz tutumlar, ağrı yönetimine düşük öncelik verilmesi ve organizasyonel sorumlulukların yokluğu olarak bildirilmektedir (Carver ve Foley 2000, Paice ve ark. 1998, Cancer Pain Guideline Panel 1994, Foley 1993).

Sağlık Bakımı Verenler İle İlgili Bariyerler

Kanser ağrı yönetiminde, hekim ve hemşireler ile ilgili bir çok bariyer tanımlanmıştır (Pargen ve Hailey 1999). Sağlık bakımı veren profesyonellerden kaynaklanan bariyerler; bilgi eksikliği, opioid analjezikler hakkındaki yanlış söylenti ve fikirler ve ağrının yetersiz tanınması olarak sıralanmaktadır.

Bilgi Eksikliği:

Ağrı yönetimindeki belirgin ilerlemelere karşın, kanser ağrısının hastaların tamamında başarılı olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir (Kim ve ark. 2004). Ağrı yönetiminin yeterli olmasındaki en önemli bariyerlerden birisi, sağlık bakım profesyonellerinin tedavi hakkındaki bilgilerinin eksik olmasıdır (Bosh ve Banos 2002, Brockopp ve ark. 1998). Ulusal ve uluslararası bir çok basılı rehber olmasına karşın doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin çoğunun modern ağrı kontrol metotları, ağrı tanılama prosedürleri ve ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin kullanımı ile ilgili spesifik bilgi eksiklerinin olduğu bilinmektedir (Swenson 2001, Ger ve ark. 2000, Pargen ve Hailey 1999, Redmond 1997, Riddell ve Fitch 1997, Clarke ve ark. 1996, Jose Closs 1996, Mccaffery 1992, Vortherms ve ark. 1992). Bilgi eksikliğinin sadece klinik olarak karar vermeyi etkilemediği, aynı zamanda ağrı yönetimi konusunda özellikle opioidlerin kullanımına ilişkin sayısız olağanüstü yanlış fikirleri oluşturduğu bildirilmektedir (Redmond 1997).

Opioidler Hakkında Yanlış Söylenti ve Fikirler:

Opioidlerin kullanımı hakkında bir çok söylenti ve yanlış fikirler bulunmaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin deneyimleri bu inançları kuvvetlendirmektedir. “Bağımlılık korkusu” veya “opi-fobi” kanser ağrısının kötü yönetiminde en yaygın nedenlerden birisidir. Ağrılı hastalarda opioid bağımlılığının % 1’den daha az olduğu düşünülmeye karşın, bir çok çalışmada sağlık bakım profesyonellerinin bu gerçeğin farkında olmadığı ve bu durumu abarttığı belirlenmiştir (Redmond 1997). Opioid kullanımındaki bir diğer yanlış fikir ise; özellikle yaşlılarda ve terminal hastalığı olan bireylerde yaşamı tehdit eden solunum depresyonu korkusudur (Redmond 1997, Jose Closs 1996). Kanser hastalarında tolerans gelişmesi hakkında bilgi eksikliği söz konusudur. Bunun sonucu olarak, bazı hekimler opioid tedaviye başlamada isteksizdir. Hastalık sürecine bağlı olarak ağrının artması, analjezik ajanların dozunda değişiklik gereksiniminin en önemli nedeni olmasına karşın, kanser hastalarında doz artışı gerektiren opioid toleransının bazı düzeylerde gelişebileceği doğrudur (Redmond 1997).

Elliott ve Elliott (1992) tarafından yapılan çalışmada; hekimler kanser ağrı tedavisinde morfin kullanımını ile ilgili 12 yanlış fikir (ilaç toleransı, ilaç bağımlılığı, ilaçlara bağlı yan etkiler, kanser ağrısının dindirilemez olduğu, vb.) belirtmişlerdir. Hekimlerin yaklaşık olarak yarısının ilaç toleransı hakkında bazı yanlış fikirlere sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmanın en önemli bulgularından birisi hekimlerin % 20’sinin kanser ağrısının kaçınılmaz olduğu ve tedavi yoluyla giderilemeyeceğine inanmalarıdır.

Ağrının Yetersiz Tanınması:

Ağrının yeterli bir şekilde tanınması etkili ağrı kontrolünün köşe taşlarından birisidir. Ağrı tanınmasının en önemli elementlerinden birisi ağrıyı hastanın kendisinin bildirmesidir, fakat hekim ve hemşirelerin hastalara ağrıları hakkında soru sormadıkları ve ağrı bildiriminde sıklıkla klinik yargının kullanıldığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Pargen ve Hailey 1999, Redmond 1997).

Ağrının yetersiz tanınması ile ilgili bir diğer neden, sağlık bakım profesyonellerinin kanser hastaları ile iletişimde zorlanmaları ve hastalarla etkileşimden kaçmaları nedeniyle ağrının yüzeysel

olarak değerlendirilmesidir (Heaven ve Maguire 1996, Redmond 1997).

Ağrının tanınması için, ağrı şiddeti ölçekler ile değerlendirilmelidir. Ağrı ölçüm araçları, ağrı deneyiminin farklı boyutlarını ölçmede objektif yöntemler sağlamaktadır. Çeşitli geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının olmasına karşın, klinik uygulamada kullanımı nadirdir ve bazı çalışmalar hekimlerin ağrı özelliklerini tanılamada nadiren standart tanılama prosedürlerini kullandığını göstermektedir (Pargeon ve Hailey 1999, Redmond 1997). Ölçüm araçlarının çoğunun araştırma amacıyla geliştirilmiş olması ve bu nedenle uygulanmasının uzun süre alması, bunların klinik uygulamasını kısıtlamaktadır (Redmond 1997).

Sağlık bakımı verenler ile ilgili bariyerlerin incelendiği bir çok çalışma bulunmaktadır. Ger ve ark. (2000) Tayvan'daki 2 hastanede yaptıkları çalışmada; doktorların çoğu yetersiz ağrı tanınması problemi tanımlamışlardır. Çalışmada doktorların % 72'sinin opioid ilaçların bağımlılık insidansının % 1'den fazla olduğuna (hatta % 30'u insidansın % 10'dan fazla olduğuna) inandıkları bildirilmiştir. Dahası kanser hastaları ağrı kontrolünde analjezik miktarının artırılmasını istediklerinde doktorların sadece % 25'inin hastaların ağrısının olduğuna inandıkları ve doktorların çoğunun ilaca tolerans veya psikolojik bağımlılık geliştigiğine inandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada; hekimler yetersiz kanser ağrı yönetimi bilgisi ve yetersiz ağrı tanınması gibi kendileri ile ilgili bariyerleri belirtmişlerdir.

Birçok çalışma, sağlık profesyonellerinin bilgi ve tutumlarına odaklanmıştır ve bazı çalışmalar hemşireler ve farklı uzmanlık alanları olan doktorların bilgi düzeylerini incelemişlerdir. Sapir ve ark. (1999) İsrail'de hekimlerin kanser ağrısı hakkında bilgi ve tutumlarını incelediği çalışmada; kanser ağrısının etkili yönetiminde bariyerler olarak; ağrı ve tedavi sonuçlarının yetersiz tanınması (% 65), personelin yetersiz bilgisi (% 58), opioidleri reçete etmede tıbbi personelin isteksizliği (% 49) ve hastaların ilaçları alma gönülsüzlüğü (% 40) bildirilmiştir. Hemşirelerin opioidleri uygulama isteksizliği (% 20.3) ve yönetmeliklere ilişkin endişeler (% 19.4) ağrının başarılı olarak giderilmesinde yaygın olan bariyerler değildir.

Kanser hastalarına bakım veren doktor, eczacı ve hemşirelerin kanser ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışma; her üç grupta da katılımcıların yaklaşık

% 90'ının kanser hastaları arasında bağımlılık endişesinin olmadığını saptamıştır. Gruplar arasında ağrı tanınması hakkında hemşirelerin en bilgili ve eczacıların ise en az bilgili olduğu saptanmıştır. Hekimlerin opioidlerin farmakolojisine ilişkin en bilgili oldukları fakat optimal ağrı gidermeyi sağlama ile en az ilgili oldukları saptanmıştır (Furstenberg ve ark. 1998).

Sağlık Sistemi ile İlgili Bariyerler

Sağlık sisteminin, yasa ve politikaların yetersizliği ve opioid analjeziklerin kullanımının kanuni kısıtlaması kanser ağrı yönetiminde sağlık sistemi ile ilgili bariyerlerdir. Ayrıca, kanser ağrısına yönelik tedavi ve palyatif bakıma yönelik ulusal bir politikanın bulunmaması da önemli etkenlerden birisidir.

Opioidler dünyadaki ülkelerin çoğunda tıbbi kullanım için elde edilemez; tıbbi kullanım için elde edilen morfinin % 87'si dünyadaki gelişmiş 20 ülke tarafından kullanılmaktadır (Joranson 1993). Türkiye 1972 yılına kadar dünyanın belli başlı opiyum üreticisi ülkelerinden biri idi. O tarihten sonra haşhaş kapsülünün çizilmesi ile opiyum elde edilmesi yasaklanmıştır. Türkiye'de opiyatlar, Bolvadin ilçesinde Toprak Mahsülleri Ofisi'nce işletilen Afyon Alkaloidleri Fabrikası'nda, kurutulmuş ve ezilmiş haşhaş kapsülünden (önce haşhaş konsantresi elde edildikten sonra, ondan ekstraksiyon ve saflaştırma suretiyle) elde edilir. Opiyum üretmeyi sürdüren Hindistan hariç, diğer üretici ülkelerde de üretim bu şekilde yapılmaktadır (Toprak Mahsülleri Ofisi 2005, Kayaalp 1992).

Opioidler gibi ağrıyı gidermek amacıyla kullanılan bazı ilaçların yasal düzenlemesi devlet veya yerel otoriteler tarafından diğer ilaçlara göre daha ağır olarak düzenlenmektedir (http://www.ama-cme-online.com/pain_mgmt/module03/pdf/ama_painmgmt_m3.pdf, Swenson 2001). Opioidlerle ilgili gerçek problem sadece bu ilaçlara ulaşmadaki güçlük değil, aynı zamanda ne kadar opioid reçete edilebileceği hakkındaki kısıtlayıcı yasaların da varlığıdır (Swenson 2001). Bağımlılık yapma potansiyellerinin yüksekliği, nisbeten fazla suistimal edilmeleri ve opioid ilaç suistimalinin bir çok ülkede eskiden beri önemli sosyal ve halk sağlığı sorunu yaratması nedeniyle opioid analjeziklerin tüketimi uluslararası kontrol altına alınmıştır. Kontrol sistemi ile ilgili çalışmalar, bu yüzyılımızın başından itibaren başlamış ve sistem giderek ge-

liştirilmiştir. Halen uluslararası kontrol ve taraf ülkelerde ulusal kontrol, 1961 Narkotik İlaçlar Tek Sözleşmesi'ne göre yapılır. Bu kontrolün tıp mensupları ile ilgili pratik önemi olan yönü, bu ilaçların hastane-dışı eczanelerden özel kırmızı reçete ile alınabilmesi ve bir çok ülkede ve ülkemizde de opioid reçetesinin yazılımında çeşitli kısıtlamalar getirmesidir. Bir reçeteye yazılabilecek maksimum ilaç miktarı 125 mg ile kısıtlanmış durumdadır (Toprak Mahsulleri Ofisi 2005, Kayaalp 1992). Opioidlerle ilgili kısıtlamalar yasal olarak doğru kabul edilmekle birlikte hem opioidi yazan hekim hem de bu reçeteyi sağlayacak olan eczacıya bir çok yasal zorluk getirmektedir. Hekimlerin önemli bir bölümü bu yasal zorluklardan kurtulmak amacıyla opioid yerine zayıf etkili bir analjezik kullanmayı tercih edebilirler (Erdine 2000).

Hasta İle İlgili Bariyerler

Sadece sağlık profesyonellerinin değil, aynı zamanda hasta ve ailesinin yanlış inanç ve uygulamaları da kanser ağrı yönetiminde önemlidir (Pargen ve 1999). Hasta ve bakımvericinin bilgisi ve ağrı hakkındaki inançları ağrı yönetimini etkileyen önemli konulardır (Cleeland 1987). Etkin kanser ağrı yönetiminde major bariyerlerden birisi hastanın ağrı yönetimi prensiplerine ilişkin bilgisinin yetersiz olması ve yanlış fikirlere sahip olmasıdır (Kim ve ark. 2004, Cleeland ve ark. 1986). Opioid kullanımı ile ilişkili yan etki, bağımlılık ve ilaç toleransının gelişmesi korkusu (Gunnarsdottir ve ark. 2005, Pargen ve Hailey 1999) ve kanser ağrısının hastalığın doğal bir sonucu olduğu gibi olumsuz fikirlere inanmaları nedeniyle; hasta ve aile üyeleri tedaviye uyumda isteksiz olabilirler (Potter ve ark. 2003, Pargen ve Hailey 1999, Cleeland ve ark. 1986). Hastalar doktorunun onlardan sıkılacağı veya iyi hasta olmayacakları endişelerine sahiptirler. Ağrının hastalığın ilerlemesinin bir göstergesi olduğundan korkarlar ve bu olasılıkla yüzleşmek istemezler (Pargen ve Hailey 1999). Bu inançların bir sonucu olarak, bazı hastalar ağrılarını bildirmez, ağrı tedavisini istemezler ve ağrılarının çok olmasına rağmen yetersiz tedaviden şikayet etmezler (Bosch ve Banos 2002).

Morfin benzeri opioid ilaç alan hastaların bir çoğu bağımlılığa neden olacağı için bu ilaçları kullanmaktan korkarlar. Fakat bu olay nadiren görülmektedir (www.cancer.org/downloads/CRI/NC-CN_pain.pdf). Bağımlılık korkusu özellikle yaşlı hastalar için önemlidir. Bununla birlikte, bağımlı-

lık korkusunu destekleyen çok az kanıt bulunmaktadır. Paice ve ark (1998) hastaların % 55.6'sının bağımlılık endişesinin olduğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada; hastanede yatan kanser hastalarının % 71'inin ağrı giderici ilaçlara kolaylıkla bağımlı olunacağına ve % 64'ünün ise gerçek bağımlılık tehlikesi olduğuna inandıkları saptanmıştır (Yates ve ark 2002).

Hastalar yan etkilerin gelişmesi hakkında endişeleri olduğu için genellikle ağrı ilaçlarını önerilen dozlardan daha az alırlar (www.cancer.org/downloads/CRI/NCCN_pain.pdf, Cleeland ve ark. 1986). Ferrell ve ark. (1994) hastaların önerilen dozların sadece % 70'ini aldıklarını bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışma sonucunda hastaların ağrı giderici ilaçların konstipasyon, kusma ve bulantı gibi yan etkiler hakkında endişelerinin olduğu saptanmıştır (Yates ve ark. 2002). Bununla beraber, analjezik ilaçlara bağlı olarak görülen yan etkilerin çoğu önlenebilir veya giderilebilir (www.cancer.org/downloads/CRI/NCCN_pain.pdf). Endişesi olan bireyler, yan etkilerin hem önceden belirlenebileceği hem de bunların yönetilebileceği konularında bilgilendirildiği zaman yan etki korkusunun ağrı kontrolünde daha az güçlü bir bariyer olabileceği bildirilmektedir (Ward ve ark. 2000).

Riddell ve Fitch (1997) Kanada'da 42 kanser hastasının kanser ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarını incelemiştir. 14 maddeyi içeren Hasta Ağrı Formunu'nun modifiye formu kullanılmıştır. Bu formda, hastaların ağrı hakkındaki tutumları, bilgileri ve ağrı yönetimi ile ilgili deneyimleri değerlendirilmektedir. Bu çalışmadaki hastalar kanser ağrı yönetiminde bir çok farmakolojik ve non-farmakolojik tedavileri tanımlamıştır. Hastalar aynı zamanda, ilaçlara bağımlılık korkusu, ilaçların vücutları için kötü olacağı korkusu ve ağrının hastalığın bir süreci olmasını içeren etkili ağrı yönetimi için çeşitli bariyerleri tanımlamışlardır. Hastaların yaklaşık % 25'inin ağrı ilaçlarının vücutları için "kötü" olduğuna inandıklarını ve bu nedenle ilaçlarını düzenli olarak almada veya yeterli dozları almada isteksiz oldukları saptanmıştır.

Kanser hastalarının aile üyeleri ve bakımvericileri, etkili ağrı yönetiminde önemli bir bariyer olarak tanımlanmaktadır (Aranda ve ark. 2004, Yates ve ark. 2002). Aile üyelerinin kanser ağrısı ve onun tedavisi ile ilgili bilgi ve tutumlarının anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada; Lin (2000) Tayvan'lı hasta ve aile üyelerinin kanser ağrısı yönetiminde analjeziklerle ilgili bari-

yerlerini incelemiştir. Bariyer Formu ve Brief Ağrı Envanteri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda hasta ve aile üyelerinin ağrı yönetiminde tutumsal bariyerlere sahip olduğu ve bu endişelerin hastalar ve aile bakımvericiler arasında ilişkili olduğu saptanmıştır. Hasta ve bakımverici endişelerinin hastaların ağrısının nasıl yönetildiği üzerinde etkili olduğu; hasta ve aile bakımvericilerinin yeterli analjezik almaya göre yetersiz analjezik kullanımı ile ilgili daha yüksek endişelere sahip olduğu ve aile bakımverici bariyerlerinin kanser ağrısının yetersiz yönetiminde önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır.

Girişimler

Etkili kanser ağrı yönetiminde; sağlık profesyonellerinin, kanser ağrı tedavisi için geliştirilen rehberler ile eğitilerek farkındalıklarının artırılması önerilebilir (Pargen ve Hailey 1999). Hasta ilgili bariyerlerin çözümünde; hasta ve aile eğitimi, hastaların ve ailelerin karar verme sürecine aktif olarak katılmaları ve tedavi ve uygulamalar konusunda söz sahibi olmaları önem taşımaktadır (de Wit ve ark. 1997).

Kanser ağrısı için sağlık bakım profesyonellerine yönelik en büyük eğitim programı Wisconsin Kanser Ağrı İnisiyatifi (WKAİ) tarafından organize edilmiştir. WKAİ 1986 yılında kanser ağrı yönetimini geliştirmek amacıyla program geliştirmek için kurulmuştur. Bu programlardan birisi olan Kanser Ağrısı Rol Model Programı 1990 yılında başlamıştır. Bu program hekim ve hemşirelerde denenmiş ve onlara kanser ağrısı ile ilgili temel bilgi sağlamıştır. Ayrıca, küçük gruplarda kanser ağrı yönetimi hakkındaki uygunsuz tutumlarını tartışma fırsatı vermiştir (Pargen ve Hailey 1999).

Ağrısı olan kanser hastalarına bakım veren hemşire ve hekimler ağrı tanınması ve ağrıyı azaltmada uygulanacak girişimler hakkında bilgili olmalıdır (Tafas ve ark. 2002). Sağlık bakım üyelerinin tümü için sürekli eğitim gereklidir, böylece yeterli ağrı kontrolü başarılabilir. Breitbart ve ark. ağrı yönetimi deneyimi ile olumsuz tutum ve engeller arasında zıt ilişki olduğunu saptamıştır. Böylece ağrı yönetimi alanında sağlanan eğitim, olumsuz tutumları ve engelleri azaltmaya yardımcı olacaktır (Swenson 2001). Bir çok çalışma, bilgi ve tutumların eğitim girişimlerinden sonra geliştiğini göstermiştir (Weissman ve Dahl 1995, Max 1990, McCaffery et al. 1990, Degner ve ark. 1982).

Hasta eğitimi ve hastanın ağrı ve ağrı tedavisine doğrudan aktif katılımı, etkili ağrı yönetiminin köşe taşlarından birisidir (Ferrell ve Rivera 1997). Dünya Sağlık Örgütü (1990), Amerikan Ağrı Topluluğu (1992), Sağlık Bakım Politikası ve Araştırma Kurumu gibi çeşitli organizasyonlar, hasta eğitimi ve hastaların kendi ağrı tedavisine aktif katılımının önemini vurgulamaktadır (Chang ve ark. 2002, de Wit ve ark. 2001, de Wit ve ark. 1997). Hastanın ağrıya ilişkin bilgi ve tutumunu arttırmaya yönelik eğitimsel girişimler ağrı tedavisini etkileyebilir (de Wit ve ark. 2001). Son yıllarda, ağrısı olan hastalar için çeşitli eğitim programlarının etkililiği görülmüştür. Araştırmalar; eğitim programlarının hastaların ağrı şiddetini önemli derecede azalttığını, bilgisini geliştirebildiğini ve kanser ağrı yönetimi hakkındaki inanışları modifiye edebildiğini göstermiştir (Oliver ve ark. 2001, de Wit ve ark. 2001, de Wit ve ark. 1997, Ferrell ve ark. 1994, Rimer ve ark. 1987).

Ağrı eğitiminin hasta ve aileler için önemli olduğu, etkili eğitim programlarının analjezik rejimine hasta uyumunu geliştirdiği ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmektedir.

Kaynaklar

- American Cancer Society: Cancer Pain: Treatment Guidelines for Patients, www.cancer.org/downloads/CRI/NCCN_pain.pdf, Version I, January 2001.
- American Medical Association: Pain management: Barriers to pain management and pain in special populations. http://www.ama-assn.org/speical/pain_mgmt/module03/pdf/ama_painmgmt_m3.pdf, 2003, Erişim tarihi: Şubat 2005
- Aranda S, Yates P, Edwards H, Nash R, Skerman H, McCarthy A: Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *Eur J Cancer Care*. 2004 Sep; 13: 336-343.
- Bosch F, Banos JE: Religious beliefs of patients and caregivers as a barrier to the pharmacologic control of cancer pain. *Clin Pharmacol Ther*. 2002 Aug; 72(2): 107-111.
- Brockopp DY, Brockopp G, Warden S, Wilson J, Carpenter JS, Vandevier B: Barriers to change: a pain management project. *Int J Nurs Stud*. 1998 Aug; 35: 226-232.
- Cancer Pain Guideline Panel: Agency for Health Care Policy and Research. Management of cancer pain: adults. *American Family Physician* 1994 Jun; 49(8): 1853-1868.
- Carver AC, Foley KM: Complications of cancer and its treatment. In: Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei E, editors *Cancer Medicine*, Fifth Edition, BC Decker Inc, 2000. pp. 2204-2205.

- Chang MC, Chang YC, Chiou JF, Tsou TS, Lin C: Overcoming patient-related barriers to cancer pain management for home care patient. A pilot study. *Cancer Nurs*. 2002 Dec; 25(6): 470-476.
- Clarke EB, French B, Bilodeau ML, Capasso VC, Edwards A, Empoliti J: Patient management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. *J Pain Symptom Manage*. 1996 Jan; 11:18-30.
- Cleary JF: Cancer Pain Management. *Cancer Cont* Mar-Apr 2000; 7; 2: 120-131.
- Cleeland CS, Cleeland LM, Dar R, Rinehardt LC: Factors influencing physician management of cancer pain. *Cancer* 1986 Aug; 58: 796-800.
- Cleeland CS: Barriers to the management of cancer pain. *Oncology* 1987 Apr; 1(2Suppl): 19-26.
- de Wit R, van Dam F, Loonstra S, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, Leenhouts G, Duivenvoorden ., Huijjer Abu-Saad H: Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain. *Eur J Pain*. 2001; 5 (3): 241-256.
- de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, van Buuren ., van der Heijden K, Leenhouts G, Loonstra S: A pain education programme for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain* 1997 Oct; 73(1): 55-69.
- Degner LF, Fujii SH, Levitt M: Implementing a program to control chronic pain of malignant disease for patients in an extended care facility. *Cancer Nurs* 1982 Aug; 5(4): 263-268.
- Elliott TE, Elliott BA: Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 141-148.
- Erdine S: Opioid analjezikler. İçinde, Erdine S., editör. Ağrı, İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002. ss 466-499.
- Ferrell BR, Ferrell BA, Ahn C, Tran K: Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer* 1994 Oct; 74(7, Suppl): 2139-2146.
- Ferrell BR, Rivera LM: Cancer pain education for patients. *Semin Oncol Nurs*. 1997; 13(1): 42-48.
- Foley KM: Supportive care and the quality of life of the cancer patients. In, Devita VT Jr., Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer Principles & Practice of Oncology*, 4th Edition, Philadelphia, JB Lippincott Company, 1993, pp. 2417-2428.
- Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, Pierce K., Dolan M, Roberts L, Silberfarb PM: Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage*. 1998 Jun; 15(6): 335-349.
- Ger LP, Ho ST, Wang JJ: Physicians's knowlegde and attitudes toward the use of analgesic for cancer pain management: a survey of two medical center in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 2000 Nov; 20(5): 335-344.
- Gunnarsdottir S, Serlin RC, Ward S: Patient-related barriers to pain management: The Icelandic Barriers Questionnaire II. *J Pain Symptom Manage* 2005 Mar; 29(3): 273-285.
- Heaven CM, Maguire P: Training hospice nurses to elicit patient concerns. *J Adv Nurs*. 1996 Feb; 23(2): 280-286.
- Howell D, Butler L, Vincent L, Watt-Watson J, Stearns N: Influencing nurse's knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. *Cancer Nurs* 2000 Feb; 23(1): 55-63.
- Joranson DE: Availability of opioids for cancer pain: recent trends, assessment of system barriers, New World Health Organization guidelines, and the risk of diversion. *J Pain Symptom Manage* 1993Aug; 8(6): 353-360.
- Jose Closs S: Pain and elderly patients: a survey of nurses' knowledge and experience. *J Adv Nurs* 1996; 23: 237-242.
- Kayaalp SO: Narkotik (Opioid) analjezikler. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Cilt 2, Altıncı Baskı, Ankara, Hacettepe TAŞ, 1992, ss: 2003-2012.
- Kim JE, Dodd M, West C, Paul S, Facione N, Schumacher K, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C: The PRO-SELF pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncol Nurs Forum* 2004 Nov; 31(6): 1137-1143.
- Lin CC: Barriers to the analgesic management of cancer pain: a comparison of attitudes of Taiwanese patient and their family caregivers. *Pain*. 2000 Oct; 88(1): 7-14.
- Max MB: Improving outcomes of analgesic treatment: is education enough? *Ann Intern Med* 1990 Dec 1; 113(11): 885-889.
- McCaffery M: Pain control. Barriers to the use of available information. World Health Organization Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. *Cancer* 1992 Sep 1; 70 (5 Suppl): 1438-1449.
- McCaffery M, Ferrell B, O'Neill-Page E, Lester M, Ferrell B: Nurses' knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer Nurs* 1990; 13: 21-27.
- Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ: Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001 Apr 15; 19(8): 2206-2212.
- Paice JA, Toy C, Shott S: Barriers to cancer pain relief: fear of tolerance and addiction. *J Pain Symptom Manage*. 1998 Jul; 16(1): 1-9.
- Pargson KL, Hailey BJ: Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. *J Pain Symptom Manage*. 1999 Nov; 18(5): 358-368.
- Potter VT, Wiseman CE, Dunn SM, Boyle FM: Patient barriers to optimal cancer pain control. *Psychooncology* 2003 Mar; 12 (2): 153-160.
- Redmond K: Organizational barriers in opioid use. *Support Care Cancer*. 1997 Nov; 5(6): 451-456.
- Riddell A, Fitch ML: Patients' knowledge of and attitudes toward the management of cancer pain. *Oncol Nurs Forum* 1997 Nov-Dec; 24(10): 1775-1784.
- Rimer B, Levy MH, Keintz MK, Fox L, Engstrom PF, MacElwee N: Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Educ Couns*. 1987 Dec; 10(3): 267-277.
- Sapir R, Catane R, Strauss-Liviatan N, Cherny NI: Cancer pain: knowledge and attitudes of physicians in Israel. *Pain Symptom Manage*. 1999 Apr; 17(4):266-276.
- Swenson CJ: Pain management. In, Otto S., editors. *Oncology Nursing*, Fourth Edition, Mosby, 2001. pp. 865-916.
- Tafas CA, Patiraki E, McDonald DD, Lemonidou C: Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Cancer Nurs*. 2002 Feb; 25(1): 8-14.
- Toprak Mahsülleri Ofisi: 2004 Yılı Haşhaş Raporu, Ankara, 2005.
- Vortherms R, Ryan P, Ward S: Knowledge of, attitudes toward, and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses. *Res Nurs Health* 1992 Dec; 15(6): 459-466.

Ward S, Donovan HS, Owen B, Grosen E, Serlin R: An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Res Nurs Health*. 2000 Oct; 23 (5): 393-405.

Weissman DE, Dahl JL: Update on the cancer pain role model education program. *J Pain Symptom Manage* 1995 May; 10(4): 292-297.

Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, Najman JM: Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manage*. 2002 May; 23(5): 393-405.

Yeager KA, McGuire DB, Sheidler VR: Assessment of cancer pain. In, Yarbro C.H., Frogge M.H., Goodman M., Groenwald S.L., editors. *Cancer Nursing Principles and Practice, Fifth Edition*, Jones and Bartlett Publishers International, 2000, pp. 642-643.