

Multipl Skleroz Hastalarında Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik *Pain Management in Patients with Multiple Sclerosis and Nursing*

Öz



Ağrının Multipl sklerozun (MS) bir semptomu olmadığı düşüncesi devam etse de, birçok çalışma MS hastalarının yarısından fazlasının ağrı şikayeti olduğunu doğrulamıştır. MS'te ağrının nedeni birçok farklı mekanizma ile ilişkilidir. Ağrıya neden olan durumların çoğu önlenebilir, ortadan kaldırılabılır veya iyileştirilebilir ve kronikleşen durumlarda hastaya uygun stratejiler seçilerek ağrısı yönetilebilir. Ağrı yönetimi multidisipliner bir ekip anlayışını gerektirir. Bu ekip içinde hemşireler önemli bir role sahiptir. Hemşireler, MS hastalarına özgü ağrı tipi ve tedavi seçeneklerinin farkında olmalı ve buna yönelik gerekli olan bakımı sağlamalıdır. Bu makalenin amacı MS hastalığında görülen ağrıların doğası, nedenleri, tedavisi ve hemşirelik bakımı ile ilgili kavramları güncel literatür doğrultusunda tartışmak ve ilgili literatüre katkı sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Multipl skleroz, ağrı yönetimi, hemşirelik

Abstract

Although the idea that pain is not a symptom of Multiple sclerosis (MS) continues, many studies have confirmed that over half of MS patients complain of pain. Different mechanisms are associated with causation of pain in MS. Most of the conditions causing pain can be prevented, eliminated or improved, and the remaining patients with chronic pain are managed with strategies that are useful in approaching chronic pain in other situations. Pain management requires a multidisciplinary team approach. Nurses play an important role in this team. Nurses should be aware of the type of pain and treatment options specific to MS patients and should provide the care. The aim of this article is to discuss the nature, causes, treatment and nursing care of the pain in MS disease in accordance with the current literature and to contribute to the relevant literature.

Keywords: Multiple sclerosis, pain management, nursing

Öznur Erbay Dallı¹ 
Yasemin Yıldırım² 

¹ Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

*Bu makale Multipl Skleroz Hemşirelik Sempozyumu (24-25 Mart 2018, Gaziantep)'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Erbay Dallı Ö, Yıldırım Y. Pain Management in Patients with Multiple Sclerosis and Nursing. *J Educ Res Nurs.* 2021;18(1):96-100.

Corresponding Author: Öznur Erbay Dallı
E-mail: oznurerbay@gmail.com

Received: November 2, 2018
Accepted: May 5, 2020



Copyright@Author(s) - Available online at
www.jer-nursing.org
Content of this journal is licensed under a
Creative Commons Attribution-NonCommercial
4.0 International License.

Giriş

Multipl skleroz (MS), sinir sistemindeki nöronlarda myelin kılıfı hasarı (demyelinizan) ve sinir sistemi dokularında bozulmalarla (nörodejeneratif) karakterize bir hastalıktır.¹ Dünya çapında 2.5 milyon kişiyi etkileyen bu hastalık kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmekte ve en çok 20 ile 40 yaş arasındaki bireyleri etkilemektedir.² Ülkemizde MS epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar henüz sürdürülmekte olup 34-101/100.000 olabileceği tahmin edilmektedir.³ Multipl sklerozda patolojik bulgu olarak serebral hemisferler, optik sinirler, serebellum, beyin sapı ve spinal kordda multifokal demiyelinizan plaklar bulunmaktadır. Hastalarda merkezi sinir sisteminde (MSS) tutulum yeriyile ilişkili olarak duyuşsal, motor, otonomik ve koordinasyon bozukluklarını içeren çeşitli semptomlar görülmektedir. Bunlara ek olarak daha subjektif yakınmalar olan psikiyatrik bozukluklar, yorgunluk ve ağrı da yaygın görülen semptomlardır.^{4,5}

Ağrının hastalar tarafından MS'in en kötü semptomlarından biri olarak tanımlanması ve ağrının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle son yıllarda bu konuya ilgiyi artırmıştır. MS "ağrısız" bir hastalık gibi düşünülse de⁶, yapılan araştırmalar kronik ağrının hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu göstermektedir.⁷⁻¹¹ Yapılan bir meta-analize göre MS hastalarında ağrı prevalansı, çalışmalarda %55-70 arasındadır.¹² Ağrı; akut, subakut ya da kronik olabileceği gibi vücutta birden fazla bölgede yerleşik de olabilmektedir.¹³ MS ağrı mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte hastalık tipi, hastalık süresi, yaş, engellilik derecesi ve depresyon gibi eşlik eden komorbid hastalıkların ağrı gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir.¹⁴⁻¹⁶

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ağrı yönetiminde hemşirelerin MS hastalarına özgü ağrı tipi ve tedavi seçeneklerinin farkında olması ve buna yönelik girişimler planlaması önemlidir. Bu nedenle bu derleme ile MS hastalığında görülen ağrıların doğası, nedenleri, tedavisi ve hemşirelik bakımı ile ilgili kavramların güncel literatür doğrultusunda tartışılması amaçlanmıştır.

Ağrı Nedenleri ve Tipleri

İyileşme ve yinelemelerle giden, kronik bir hastalık olan MS'de ağrıya çoğu zaman müdahale edilmemektedir. Multipl sklerozda ağrı sıklıkla başta, sırtta olup, nöropatik ağrı ve ağrılı spazmlar şeklinde görülmekte ve yaygınlık oranı %30-85 arasında değişmektedir.¹⁷⁻¹⁹ Çalışmalar

Tablo 1. Multipl Sklerozda Ağrı Prevalansı

	Sayılaştırılmış prevalans (%)	% 95 güven aralığı
Genel ağrı prevalansı	63	55-70
Baş ağrısı	43	33-52
Nöropatik ekstremitte ağrısı	26	7-53
Sırt ağrısı	20	13-28
Ağrılı spazmlar	15	8,5-23
Lhermitte belirtisi	16	10-25
Trigeminal nevralsi	3,8	2-6

Tablo 2. Multipl Sklerozda Ağrı Tipleri

Truini ve ark. ¹⁶ göre sınıflandırma (2013)	O'Connor ve ark. ¹² göre sınıflandırma (2008)
Nöropatik Ağrı	
Devam eden ekstremitte ağrısı (%12-28)	Sürekli merkezi nöropatik ağrı
Trigeminal nevralsi (%2-5)	Aralıklı merkezi nöropatik ağrı
Lhermittefenomeni (%15)	Aralıklı merkezi nöropatik ağrı
Ağrılı tonik spazmlar (%6-11)	Kas-iskelet ağrısı
Spastisite ağrısı (% 50)	Kas-iskelet ağrısı
Nosiseptif Ağrı	
Optik nörit ile ilişkili sinir gövdesi ağrısı (%8)	
Sırt ağrısı (%10-16)	Kas-iskelet ağrısı
Migren (%34)	Nöropatik ve nöropatik olmayan ağrı
Gerilim tipi baş ağrısı (%21)	Nöropatik ve nöropatik olmayan ağrı
Tedaviye bağlı ağrı	
Diğer	

arasında da ağrı tanımları ve örneklem özellikleri değişim gösterdiğinden ağrı prevalansı ve şiddetini doğrudan karşılaştırma güçleşmektedir. Foley ve ark.'larının¹⁰ MS'de ağrı sıklığını incelediği meta-analiz ve sistematik çalışmasına göre ağrı prevalansları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastalarda ağrının etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte etkileyen faktörler değişiklik göstermektedir. Ağrı, doğrudan sinir hasarına bağlı veya MS'in sinir sistemi tutulumu belirtileri nedeniyle dolaylı olarak ortaya çıkabilirken aynı zamanda ilaç tedavisinin bir yan etkisi olarak da görülebilmektedir.²⁰

Ağrı nedenleri çoklu mekanizmalar ile ilişkilidir ve bu ağrılar; enflamasyona bağlı akut ağrı; MSS lezyonlarıyla ilgili kronik veya aralıklı nöropatik ağrı; spastisiteye bağlı sekonder ağrı; yüksek motil nöron lezyonlarından gelen spazmlar ve kas krampları; uygunsuz vücut pozisyonlarının benimsenmesinden ve genel fiziksel bozulmadan kaynaklanan kas-iskelet ağrısı şeklinde ortaya çıkmaktadır.^{12,20} Ülkemizdeki MS hastalarında ağrı ve ağrının klinik özelliklerle ilişkisini inceleyen bir çalışma sonucunda hastaların %77'sinde nöropatik ağrı; %21'inde

Lhermitte belirtisi, %1'inde trigeminal nevralsi, %55'inde nöropatik ekstremitte ağrısı saptanmıştır. Hastaların %60'ında nosiseptif ağrı; %12'sinde yaygın eklem-ekstremitte kas ağrısı, %47'sinde baş ağrısı, %1'inde ağrılı tonik spazm bulunmuştur. Hastaların sadece %2'sinde tedaviye bağlı ağrı görülmüştür.²¹

Ancak Truini ve ark.'ları¹⁶ semptomlara ve altta yatan mekanizmalara göre ağrının daha etkili bir şekilde sınıflandırılacağı ve tedavi edilebileceğini önermiştir. Önerilen yeni mekanizmaya dayalı sınıflandırmaya göre MS ile ilişkili ağrı tipleri Tablo 2'de açıklanmıştır.^{12,16,20}

Santral (Merkezi) Nöropatik Ağrı

MSS kaynaklı ağrı MS'te yaklaşık %30 düzeyinde görülebilen ve hastaların ciddi derecede acı çekmesine neden olan önemli bir semptomdur.²² Çoğunlukla bilateral görülen ve gece artan, fiziksel aktivite ile kötüleşen, ağırlıklı olarak bacaklar ve ayakları etkileyen, sürekli, acı verici, batıcı veya yanıcı bir ağrı olarak tanımlanmaktadır.²³ Santral nöropatik ağrı, MSS'deki miyelinin sinirlerin hasarının bir sonucudur ve iki mekanizma tarafından şiddeti artabilmektedir. Bu mekanizmalar,²⁰

1. Sinir hasarına yanıt olarak demiyelinize lezyonlarda ektopik uyarıların üretilmesi,
2. Afferent A-delta ve C ağrı yollarının modülasyonunu ortadan kaldıran inhibitör uyarıların beyin tarafından durdurulmasıdır.

Ağrıyı engelleyen uyarıların bulunmaması nedeniyle normal eşiğin altında olan periferik reseptörlerden gelen uyarılar bile ağrı olarak algılanmaktadır.²⁰

Aralıklı Merkezi Nöropatik Ağrı

Lhermitte fenomeni: Multipl sklerozu olan bazı hastalarda boyunun öne eğilmesi sırasında omurilikte boylu boyunca hissedilen çok kısa süreli ama şiddetli bir elektriklenme hissi oluşmaktadır. Bu his Lhermitte fenomeni olarak bilinmektedir. Kişi normal pozisyonuna geri döndüğünde bu his kaybolmaktadır.²⁴ Bu duruma asıl neden olan MS'in servikal omurilikte neden olduğu demiyelinizasyondur ancak diğer servikal omurga bozukluklarında da (örn; pernisyöz anemi, servikal herpes zoster gibi) ortaya çıkabilmektedir.²⁴

Trigeminal nevralsi: Trigeminal nevralsi (TN), trigeminal sinirin olduğu alanda ani, genellikle tek taraflı, kısa süreli batıcı ağrı olarak tanımlanmakta ve 60 yaş üzerindeki bireyleri etkilemektedir. Altmış yaşın üzerindeki bireylerde binde 0,1-0,2 oranında görülmekte ve insidansı yılda 4-20/100.000 kişi olarak değişmektedir.^{25,26} Multipl skleroz olgularında ise prevalansı %2 ile %6,3 arasında bildirilmektedir.^{14,27} Trigeminal nevralsi kısa süreli ancak şiddetli ağrı nöbetlerine yol açmaktadır. Ataklar arasında hastalar genellikle asemptomatiktir.²⁸ Multipl skleroz ile ilişkili TN'nin bilateral olma olasılığı daha yüksektir ve yaş olarak daha genç grupta görülebilmektedir.²³

Kas-İskelet Ağrısı

Kas iskelet ağrısı MS'de sık olarak görülmektedir. Ağrının anormal yürüyüş, anormal postür, uzun süren hareketsizlik ve tekerlekli sandalye kullanımıyla ağırlaştığı düşünülmektedir.²⁰

Sırt ağrısı: Multipl skleroz hastalarında sırt ağrısı prevalansı %10-16 arasında değişebilmektedir.¹² Bazı çalışmalar sırt ağrısı ve ekstremitelerde yanmanın MS hastaları tarafından bildirilen en yaygın şikâyet olduğunu belirtmektedir.^{29,30} Kronik sırt ağrısı spastisite, kötü postür ve uygun olmayan oturma şekillerine ek olarak çoğunlukla dejeneratif değişiklikler ve eklem problemleri ile sonuçlanan paravertebral kaslardaki anormal streslere bağlı oluşmaktadır.²⁰ Bu durum omurilikte osteoporoz ve demiyelinizan lezyon gibi altta yatan durumlardan kaynaklanmaktadır.³⁰

Ağrılı tonik spazmlar: Ağrılı tonik spazmlara komşu sinirlere yayılmış hasarlı aksonlardan spontan boşalmalar neden olmaktadır. Bu durum bazal gangliyonlarda, beyin sapında, internal kapsül ve spinal kordda bulunan demiyelinizan lezyonlarla ilişkili olmaktadır.³¹ Dokunma, hareket, hiperventilasyon veya duyu durumu ile tetiklenebilmekte ve günde birkaç kez ortaya çıkabilmektedir. Bu ağrılar iki dakikadan az sürmektedir.²³

Mikst Tip Nöropatik ve Nöropatik Olmayan Ağrı

Baş ağrısı: Multipl skleroz baş ağrısına neden olabilmektedir.²⁰ Migren ile MS arasındaki ilişki biyolojik açıdan makul ve genel çalışmalarla doğrulanmıştır.^{32,33} Migren MS hastalarında normal nüfusa göre üç kat daha fazla görülmektedir. Bunun yanı sıra MS-migrenli hastalar MS-migrensiz hastalara göre daha semptomatiktir.³³ Yapılan bir çalışmada MS hastalarında her türlü baş ağrısının yaşam boyu yaygınlığının %35,5 olduğu; hastaların %21,4'ünde yoğun bir baş ağrısı, %16'sında migren, %1,9'unda her ikisinin de mevcut olduğu belirlenmiş, ayrıca migreni olan MS hastalarının %9,2'sinde aura bulunduğu saptanmıştır.²⁹

Multipl Sklerozdaki Ağrı Yönetimi

Multipl sklerozdaki ağrı, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri olmak üzere iki şekilde yönetilmektedir. Aşağıda her tedavi şekli ayrıntılı ele alınmıştır.

Farmakolojik Tedavi

Multipl sklerozdaki ağrının farmakolojik tedavisine ilişkin sınırlı sayıda randomize plasebo kontrollü çalışmalar olması nedeniyle konuyla ilişkili bilgi genellikle gözlem raporlarına ve klinik deneyimlere dayanmaktadır.^{36,34} Yapılan randomize plasebo kontrollü çalışmaların çoğu ağrının türü ve şiddeti hakkında ayrıntılı bilgi vermemektedir. Daha çok yaşam kalitesi veya spastisite ile birlikte değerlendirilmiştir.^{20,35} Çalışmalar narkotik ilaç türevlerine ilişkin değerlendirmelerde bulunmuş ancak nöropatik ağrının tedavisinde uzun süredir popüler olan (amitriptilin ve karbamazepin) veya şu anda popüler olan (pregabalın ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri) ilaçlarla ilgili belgelenmiş randomize plasebo kontrollü çalışmaların eksikliği bulunmaktadır.^{20,35}

Ağrılı tonik spazmların tedavisi: Ağrılı tonik spazmların tedavileri değişkenlik göstermektedir. Baklofen, benzodiazepinler, gabapentin ve karbamazepin gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Açık etiketli çalışmalarda gabapentin ve tiagabinin etkili olduğu bildirilmiştir.^{36,37} Bir başka açık etiketli çalışmada, botulinum toksininin bu ağrı tipi için etkili olduğu bulunmuştur.³⁸ Bunlara rağmen bu ağrı tipinin tedavisinde kanıta dayalı çalışmalar hala yeterli değildir.

Sırt ağrısının tedavisi: Multipl skleroz hastalarında sırt ağrısını tedavi etmek için non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) veya opioidlerden yararlanılmaktadır.^{20,34}

Nöropatik ağrıların tedavisi: Amitriptilin, nortriptilin ve klomipramin MS'te santral nöropatik ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılan trisiklik antidepressanlardır. Yan etkileri arasında uyusukluk, konstipasyon, üriner retansiyon ve hipotansiyon bulunmaktadır. Yaygın olarak kullanılmasına rağmen, optimal doz rejimleri için kanıt, MS hastalarının randomize klinik çalışmalarında değerlendirilmemiştir.³⁴ Bu tip ağrıların yönetiminde antiepileptik ilaçlar da kullanılmaktadır. Sıklıkla karbamazepin, gabapentin, pregabalın, levetirasetam ve lamotrijin kullanılan antiepileptik ilaçlar arasındadır. Fakat advers etkiler bu ilaçlara eşlik etmekte ve bu durumu tolere edemeyen birçok hastada kullanımlarını sınırlayabilmektedir.³⁴ Multipl skleroz hastalarının ağrı tedavisi için bazı antiepileptik ilaçlar uygun olsa da bu konuda yapılan az sayıdaki çalışmalar nedeniyle bu tedavinin kanıtı zayıftır.³⁴ İntratekal baklofen, MS'li

spinal lezyonu olan hastalarda kullanılmaktadır. Ancak yine kanıt intratekal tedavinin uygulanmasını destekleyecek kadar yeterli değildir.³⁴ Opioidler, MS hastalarında ağrıyı hafifletmek için tercih edilebilmektedir. Ancak nöropatik ağrıdaki rolü tartışmalıdır. Literatür, MS'de nöropatik ağrı tedavisinde oral morfin ve tramadol'un etkileri konusunda yetersizdir.³⁴ Bir diğer ilaç grubu olan anesteziik ve antiaritmik ajanlardan lidokain ve mexiletine, tonik nöbetler ve paroksizmal ağrılarda kullanılmaktadır. Bazı hastalarda iyi sonuçlar alınmıştır, ancak bu sadece gözlemsel kanıtlar olarak kabul edilmektedir.³⁴ Kanabinoidler iyi tasarlanmış, randomize, plasebo kontrollü çalışmalarda incelenen az sayıdaki ağrı tedavileri arasında yer almaktadır. Kanıta dayalı olarak, kanabinoid kullanımı ile advers olayların sıklığı ve şiddeti arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle kanabinoidlerin MS'de nöropatik ağrı için ana terapi seçeneği haline gelmesi durumunda bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.^{20,34}

Trigeminal nevrالجinin tedavisi: Trigeminal nevrالجinin tedavisi idiyopatik TN'nin araştırmalarına dayanmakta ve genellikle karbamazepin ve lamotrijin gibi antiepileptik ilaçlardan oluşmaktadır.^{20,34} Gabapentin, topiramet ve prostaglandin E1 analogu misoprostolün bazı açık etiketli çalışmalarda etkili olduğu rapor edilmiştir.²⁰ Tıbbi tedaviye dirençli hastalar için Gasserian gangliyon perkütan teknikleri, gama knife cerrahisi ve mikrovasküler dekompresyon, en umut verici invaziv tedavi seçenekleri oluşturmaktadır.²⁸ Trigeminal nevrالجیه yönelik ilaçlarla ilgili çalışmaların çoğunluğunun açık etiketli tasarımı olması kanıt açısından yetersiz kalmaktadır. Örneklem boyutunun yetersizliği ve etik kaygılar nedeniyle plasebo kontrollü çalışmalar yapılamaması, TN'nin optimal tedavisi için kanıt sunma seçeneklerini daha da sınırlandırmaktadır.²⁰

Lhermitte fenomeni tedavisi: Lhermitte fenomeni yaşayan birçok birey buna yönelik tedavi alma arayışına girmemektedir. Kalıcı durumlarda, sıklık ve şiddeti azaltmak için düşük bir karbamazepin dozu kullanılmaktadır.^{24,34}

Nonfarmakolojik Tedavi

Multipl skleroz hastaları tarafından kullanılan üç tür nonfarmakolojik yöntem mevcuttur: diyet takviyeleri (örneğin vitaminler ve mineraller); yoga da dahil olmak üzere egzersiz yöntemleri; ve akupunktur, şiroterapi ve masaj terapisi gibi geleneksel ve tamamlayıcı alternatif tıp (GETAT) yöntemleri.³⁹ Bununla birlikte osteopatik manipülatif tedavi (OMT), fizik tedavi ve davranış terapisi gibi tedaviler diğer seçenekleri oluşturmaktadır.³⁹

Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler, MS hastalarının semptom tedavisinde giderek popüler olmaya başlamıştır.^{39,40} Bir araştırmada MS hastalarının %50-75'inin GETAT kullandığı saptanmıştır.⁴¹ Araştırmalar GETAT yöntemi kullanan MS hastalarının genellikle fonksiyonel iyileşme bildirdiğini, semptom şiddetinin azaldığını ve tedaviden memnuniyet-sizliğin azaldığını belirtmiştir.^{40,42} Bu tedavilerin popülaritesine rağmen, yararları konusunda çok az bilimsel kanıt bulunmaktadır.⁴⁰

Tai Chi, meditasyon ve hipnoterapi, yaşam kalitesini artırmak ve MS'de ağrıyı azaltmak için kullanılabilir seçeneler arasında gösterilmektedir.⁴³ Birkaç çalışma refleksolojinin ağrı tedavisinde olumlu etkilerini bildirmiştir ancak MS'deki ağrı tedavisinde randomize kontrollü klinik çalışmaların azlığı söz konusudur.^{42,43} Ülkemizde MS hastalarına uygulanan refleksolojinin ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel bir çalışmada; ağrıya ait puan ortalamalarında yedinci haftadan, yorgunluğa ait puan ortalamalarında beşinci haftadan itibaren gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur.⁴⁴ Çalışmanın sonucunda refleksoloji uygulamasının MS hastalarının ağrı puanı ve yorgunluk düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir.⁴⁴

Kendi kendine hipnoz eğitimi ile ilerleyici kas gevşemesi etkilerini karşılaştıran yarı deneysel bir çalışmada, MS hastalarında ağrı şiddetinde ve ağrı girişiminde azalma görülmüştür.⁴⁵ Ancak MS ağrısında hipnoz kullanımı konusunda herhangi bir randomize kontrollü çalışmaya rastlanmamıştır. Bir pilot çalışma MS hastalarında bel ağrısı için farmakolojik olmayan bir ağrı tedavisi yöntemi olarak transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunun klinik önemi olduğunu göstermiştir.⁴⁶ Ancak yine bu alanda hiçbir randomize kontrollü çalışma mevcut değildir.

Ağrının Yönetimi ve Hemşirelik

Ağrı, MS hastalarının yaşamını pek çok yönünü olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ağrının etkin ve uygun olarak değerlendirilmesi önemlidir. Ağrının uygun şekilde değerlendirilmesi ağrı yönetiminin ön şartıdır ve hemşirelik bakımının önemli unsurlarından biridir.⁴⁷

Multipl skleroz hastasının ağrı değerlendirmesinde hemşire ilk olarak, var olan ağrının doğasını anlamak için kapsamlı bir öykü almalıdır. Hasta öyküsü alınırken hemşire; ataklar, hareketsizlik, eşlik eden hastalık (örn; osteoporoz, migren, disk hernisi) ve psikososyal konular da dahil olmak üzere ağrıya katkıda bulunan olası faktörleri göz önünde bulundurmalıdır.^{48,49} Ağrı ile ilgili tanımlayıcı semptomları belirlemek için ağrının sıklığı, şiddeti, şekli, süresi, başlangıcı, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri tespit etmelidir. Ağrı değerlendirilmesinde görsel ve sayısal skalalardan yararlanılabilir. Tanımlanan ağrı tipine göre uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler seçilerek hastanın ağrısına yönelik girişimler planlanır.^{48,49}

Değerlendirme süreci sırasında hemşire ayrıca hastanın ağrısının günlük aktiviteler üzerindeki etkisini, MS ile ilişkili diğer semptomları ve psikososyal refahı da göz önünde bulundurmalıdır. Hemşire ve hasta birlikte mevcut ağrı yönetim stratejilerini tartışmalı ve hasta tarafından kullanılan başa çıkma davranışları belirlenmelidir.^{48,49}

Hemşire, hastanın ağrı deneyimini doğrulamalı ve uygun ağrı yönetimi stratejilerini uygulayarak devamlı değerlendirmeyi sağlamalıdır.^{48,49} Hemşire ayrıca hastayı egzersiz programları gibi değerlendirme ve rehabilitasyon girişimleri için bir fizyoterapist ve/veya mesleki terapistle yönlendirebilir. Bunun yanı sıra hemşire hastanın ağrısının yönetiminde yardımcı olabilecek düşük maliyetli terapilerin de farkında olmalıdır.^{48,49} Fox ve ark.'ları⁵⁰ meditasyonun çeşitli ağrı türlerinde sonuçları iyileştirdiğini belirtmiştir.

Multipl skleroz hastalarında ağrının yaşam kalitesine etkisi ve erken müdahalenin önemine yönelik bilgilendirme yapılması hastaların genel iyilik haline katkıda bulunarak ağrının neden olduğu komplikasyonları azaltmaktadır.¹⁷ Yapılan bir çalışmada MS hastalarının ağrı nedeniyle günlük aktivitelerinin ciddi şekilde sınırlandığı bildirilmiştir.⁵¹ Özelleşmiş kronik ağrı yönetimi kliniklerine erişimi olan multidisipliner bir rehabilitasyon yaklaşımı, MS hastalarında ağrıya bağlı engelliliği en aza indirebilecektir. Bu hastalarda spastisite yönetimi, psikolojik ve psikososyal destek, aktivitenin ve katılımın sınırlandırılmasına neden olan kronik ağrıya etki eden faktörler gibi konulara daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.⁵¹

Sonuç

Multipl sklerozdaki ağrı, nörolojik engelliliğe neden olan, çoğunlukla gözden kaçan ve uygun şekilde tedavi edilmeyen bir komplikasyondur. Multipl skleroz hastalığı ciddi ağrılara neden olabilmekte ve bu durum hastalarda artan depresyon, kaygı ve yorgunluğa yol açmakla birlikte yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Multidisipliner bir ekip ile MS hastalarında ağrı yönetilebilir. Bu ekibin içinde özellikle hastalara primer bakım veren hemşirelerin rolü tartışılmazdır. Hemşireler ağrı tarifleyen MS hastalarına en iyi biçimde hemşirelik bakımı sunmak için hastalarda görülebilecek ağrı tiplerini bilmeli, ağrıya ne-

den olabilecek altta yatan nedenleri doğru şekilde değerlendirmeli ve önerilen farmakolojik tedaviyi uygun şekilde hastaya uygulamalıdır. Ayrıca hemşire ağrının fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi boyutlarını göz önünde bulundurarak MS hastasının ağrı yönetimine tamamlayıcı nonfarmakolojik yaklaşımları da dahil etmelidir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – Ö.E.D., Y.Y.; Tasarım – Ö.E.D.; Literatür Taraması – Ö.E.D.; Yazıyı Yazan – Ö.E.D., Y.Y.; Eleştirel İnceleme – Ö.E.D., Y.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedir.

Finansal Destek: Herhangi bir finansal destek yoktur.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – Ö.E.D., Y.Y.; Design – Ö.E.D.; Literature Search – Ö.E.D.; Writing Manuscript – Ö.E.D., Y.Y.; Critical Review – Ö.E.D., Y.Y.

Conflict of Interest: The authors do not report any conflicts of interest.

Financial Disclosure: There is no financial support.

Kaynaklar

- Huang WJ, Chen WW, Zhang X. Multiple sclerosis: pathology, diagnosis and treatments. *Exp Ther Med.* 2017;13(6):3163-3166. [Crossref]
- Hunter SF. Overview and diagnosis of multiple sclerosis. *Am J Manag Care.* 2016;22(Suppl 6):S141-150.
- Heydarpour P, Khoshkish S, Abtahi S, Moradi-Lakeh M, Sahraian MA. Multiple sclerosis epidemiology in Middle East and North Africa: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology.* 2015;44(4):232Y244. [Crossref]
- Newland PK, Naismith RT, Ullione M. The impact of pain and other symptoms on quality of life in women with relapsing-remitting multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2009;41(6):322-328. [Crossref]
- Solaro C, Trabucco E, Messmer Uccelli M. Pain and multiple sclerosis: pathophysiology and treatment. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2013;13(1):320. [Crossref]
- Ehde DM, Osborne TL, Jensen, MP. Chronic pain in persons with multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2005;16(2):503-512. [Crossref]
- Beiske AG, Pedersen ED, Czujko B, Myhr KM. Pain and sensory complaints in multiple sclerosis. *Eur J Neurol.* 2004;11(7):479-482. [Crossref]
- Svensden KB, Jensen TS, Hansen HJ, Bach FW. Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. *Pain.* 2005;114(3):473-481. [Crossref]
- Seixas D, Sá MJ, Galhardo V, Guimarães J, Lima D. Pain in portuguese patients with multiple sclerosis. *Front Neurol.* 2011;2:20. [Crossref]
- Foley PL, Vesterinen HM, Laird BJ, et al. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis. *Pain.* (2013);154(5):632-642. [Crossref]
- Drulovic J, Basic-Kes V, Grgic S, et al. The prevalence of pain in adults with multiple sclerosis: a multicenter cross-sectional survey. *Pain Med.* 2015;16(8):1597-1602. [Crossref]
- O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, Markman JD, Dworkin RH. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification. *Pain.* 2008;137(1):96-111. [Crossref]
- Grasso MG, Clemenzi A, Tonini A, et al. Pain in multiple sclerosis: a clinical and instrumental approach. *Mult Scler.* 2008;14:506-513. [Crossref]
- Solaro C, Bricchetto G, Amato MP, et al. The prevalence of pain in multiple sclerosis: a multicenter cross-sectional study. *Neurology.* 2004;63(5):919-921. [Crossref]
- Bermejo PE, Oreja-Guevara C, Díez-Tejedor E. Pain in multiple sclerosis: prevalence, mechanisms, types and treatment. *Rev Neurol.* 2010;50(2):101-108. [Crossref]
- Truini A, Barbanti P, Pozzilli C, Crucci G. Mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. *J Neurol.* 2013;260:351-367. [Crossref]
- Khan F, Pallant J. Chronic pain in multiple sclerosis: prevalence, characteristics, and impact on quality of life in an Australian community cohort. *J Pain.* 2007;8(8):614-623. [Crossref]

18. Benson C, Kerr BJ. Pain and cognition in multiple sclerosis. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014;20:201-215. [\[Crossref\]](#)
19. Broła W, Mitosek-Szewczyk K, Opara J. Symptomatology and pathogenesis of different types of pain in multiple sclerosis. *Neurol Neurochir Pol*. 2014;48(4):272-279. [\[Crossref\]](#)
20. Ekram ARMS, Louisa Ng, Amatya B, Khan F. Chronic pain in multiple sclerosis: an overview. *Am J Intern Med*. 2014;2(2):20-25. [\[Crossref\]](#)
21. Akpınar Z, Tokgöz OS, Gümüş H. Multipl sklerozda ağrı ve klinik özelliklerle ilişkisi. *TJN*. 2014;20(3):79-83. [\[Crossref\]](#)
22. Osterberg A, Boivie J, Thuomas KA. Central pain in multiple sclerosis-prevalence and clinical characteristics. *Eur J Pain*. 2005;9(5):531-542. [\[Crossref\]](#)
23. Lalkhen AG, Bedford JP, Dwyer AD. Pain associated with multiple sclerosis: epidemiology, classification and management. *Br J Neurosci Nurs*. 2012;8(5):267-274. [\[Crossref\]](#)
24. Al-Araji AH, Oger J. Reappraisal of Lhermitte's sign in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005;11(4):398-402. [\[Crossref\]](#)
25. Manzoni GC, Torelli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. *Neurol Sci*. 2005;26(Suppl 2):s65-67. [\[Crossref\]](#)
26. Mueller D, Obermann M, Yoon MS, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. *Cephalalgia*. 2011;31(15):1542-1548. [\[Crossref\]](#)
27. Putzki N, Pfriend A, Limmroth V, et al. Prevalence of migraine, tension-type headache and trigeminal neuralgia in multiple sclerosis. *Eur J Neurol*. 2009;16(2):262-267. [\[Crossref\]](#)
28. Obermann M, Katsarava Z. Update on trigeminal neuralgia. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(3):323-329. [\[Crossref\]](#)
29. Martinelli Boneschi F, Colombo B, Annovazzi P, et al. Lifetime and actual prevalence of pain and headache in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2008;14(4):514-521. [\[Crossref\]](#)
30. Maloni HW. Pain in multiple sclerosis: an overview of its nature and management. *J Neurosci Nurs*. 2000;32(3):139-144. [\[Crossref\]](#)
31. Yates TJ, Crawley F. Paroxysmal symptoms in multiple sclerosis masquerading as transient ischaemic attacks. *BMJ Case Rep*. 2010;23:1-4. [\[Crossref\]](#)
32. Kister I, Caminero AB, Herbert J, Lipton RB. Tension-type headache and migraine in multiple sclerosis. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(6):441-448. [\[Crossref\]](#)
33. Kister I, Caminero AB, Monteith TS, et al. Migraine is comorbid with multiple sclerosis and associated with a more symptomatic MS course. *J Headache Pain*. 2010;11(5):417-425. [\[Crossref\]](#)
34. Solaro C, Messmer M. Pharmacological management of pain in patients with multiple sclerosis. *Drugs*. 2010;70(10):1245-1254. [\[Crossref\]](#)
35. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: revision. *Eur J Neurol*. 2010;17(9):1113-e88. [\[Crossref\]](#)
36. Solaro C, Uccelli MM, Guglieri P, Uccelli A, Mancardi GL. Gabapentin is effective in treating nocturnal painful spasms in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2000;6(3):192-193. [\[Crossref\]](#)
37. Restivo DA, Tinazzi M, Patti F, Palmeri A, Maimone D. Botulinum toxin treatment of painful tonic spasms in multiple sclerosis. *Neurology*. 2003;61(5):719-720. [\[Crossref\]](#)
38. Al-Smadi J, Warke K, Wilson I, et al. A pilot investigation of the hypoalgesic effects of transcutaneous electrical nerve stimulation upon low back pain in people with multiple sclerosis. *Clin Rehabil*. 2003;17(7):742-749. [\[Crossref\]](#)
39. Bowling AC, Stewart TM. Current complementary and alternative therapies for multiple sclerosis. *Curr Treat Options Neurol*. 2003;5(1):55-68. [\[Crossref\]](#)
40. Apel A, Greim B, Zettl UK. How frequently do patients with multiple sclerosis use complementary and alternative medicine? *Complement Ther Med*. 2005;13(4):258-263. [\[Crossref\]](#)
41. Carlson MJ, Krahn G. Use of complementary and alternative medicine practitioners by people with physical disabilities: estimates from a national us survey. *Disabil Rehabil*. 2006;28(8):505-513. [\[Crossref\]](#)
42. Hughes CM, Smyth S, Lowe-Strong AS. Reflexology for the treatment of pain in people with multiple sclerosis: a double-blind randomised sham-controlled clinical trial. *Mult Scler*. 2009;15(11):1329-1338. [\[Crossref\]](#)
43. Huntley A, Ernst E. Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review. *Complement Ther Med*. 2000;8(2):97-105. [\[Crossref\]](#)
44. Arslan GG, Yücel ŞC, Gökçen M. Türkiye'de 2000-2016 yılları arasında refleksoloji uygulamasıyla ilgili yapılan çalışmaların sistematik analizi. *Spatula DD*. 2017;7(1):32-37. [\[Crossref\]](#)
45. Jensen MP, Barber J, Romano JM, et al. A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 2009;57(2):198-221. [\[Crossref\]](#)
46. Nayak S, Matheis RJ, Schoenberger NE, Shiflett SC. Use of unconventional therapies by individuals with multiple sclerosis. *Clin Rehabil*. 2003;17(2):181-191. [\[Crossref\]](#)
47. Çöçelli PL, Bacaksız DB, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gazi-anteop Tıp Dergisi*. 2008;14:53-58.
48. Burke T, Dishon S, McEwan L, Smrtka J. The evolving role of the multiple sclerosis nurse: an international perspective. *Int J MS Care*. 2011;13(3):105-112. [\[Crossref\]](#)
49. Halper J. The evolution of nursing care in multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 2000;2(1):14-22. [\[Crossref\]](#)
50. Fox SD, Flynn E, Allen RH. Mindfulness meditation for women with chronic pelvic pain: a pilot study. *J Reprod Med*. 2011;56(3-4):158-162.
51. Khan F, Amatya B, Kesselring J. Longitudinal 7-year follow-up of chronic pain in persons with multiple sclerosis in the community. *J Neurol*. 2013;260(8):2005-2015. [\[Crossref\]](#)