Akciğer Kanseri Hastalarında Ağrı Değerlendirme Formu Kullanımının Yeri ve Önemi#

Seher SEVGİLİ, Ayşegül KARALEZLİ, Ali Nihat TOKGÖNÜL, H. Canan HASANOĞLU

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, ANKARA

Bu çalışma, Toraks Derneği 7. Yıllık Kongresi (28 Nisan-1 Mayıs 2004, Belek-Antalya)'nde tartışmalı poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Kanser ağrısının etkili tedavisindeki ilk adım, ağrı şiddetinin ölçülmesi ve derecelendirilmesidir. Ağrı değerlendirme formu bu amaçla geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı; bu formun akciğer kanseri hastalarının ağrısız bir yaşam geçirmelerindeki yerini araştırmaktır. Ağrı değerlendirme formu hastaneye yatırılan 42 (35'i erkek, 7'si kadın) akciğer kanseri hastasına uygulandı. Hastaların yaşları 35-75 (58.32 ± 10.04) yıl arasında değişmekteydi. Hastaların ağrıları basit tanımlayıcı ağrı skalasına göre derecelendirildi. Ağrı tedavisi Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen rehbere göre uygulandı. Hastalar bir-üç hafta arayla 6-12 ay izlendi. Tedavi başlangıcında 42 akciğer kanseri hastasının 17 (%41)'si hafif, 10 (%24)'u orta, 11 (%26)'i şiddetli, 3 (%7)'ü çok şiddetli ve 1 (%2)'i dayanılmaz ağrıya sahipti. Hastaların hepsine basamak tedavisi uygulandı, ilk adımda nonsteroid antiinflamatuvar ilaç verildi. Her hastanın klinik cevabına göre gereken zamanlarda bir sonraki basamağa geçildi. Tedavinin zamanında uygulanmasıyla bir sonraki ağrı atağının önlenmesi de sağlanmış oldu. Ağrının en ağır etkisinin duygulanım, en hafif etkisinin de konsantrasyon üzerine olduğu tespit edildi. Hastaların cevabına göre ağrıyı azaltan en önemli faktör dinlenme (%40), artıran en önemli faktör ise fiziksel aktiviteydi (%26). Çalışmamızın sonunda ağrı değerlendirme formunun klinik kullanım açısından ağrı kontrolünde geçerli ve etkili bir yöntem olduğu düşünülmüştür. Ağrı şikayeti olan malign hastalarda kullanımını önermekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Ağrı, kanser, ağrı değerlendirme formu

SUMMARY

AVAILABILITY OF PAIN ASSESSMENT FORM IN PULMONARY MALIGNANCY PATIENTS

For the effective evaluation and treatment of cancer pain the first step is the measurement and grading of pain intensity. Pain assessment form is a simple instrument designed to improve evaluation of patients' pain. The aim of this study is to show the effectiveness of this easy application and the usefulness of it for the malignant patients' painless life. This form was applied prospectively to 42 (7 female, 35 male) hospitalized lung cancer patients aging between 35-75 (58.32 ± 10.04) years who were suffering from pain. Patients pain grading was evaluated according to simple descriptive pain intensity scale. Management of pain was done by the guideline developed by World Health Organization (WHO). Patients were followed by one-three week intervals for 6-12 month and medications, patients responses were recorded. From 42 lung cancer patients 17 (41%) had mild pain, 10 (24%) middle, 11 (26%) severe, 3 (7%) very severe and 1 (2%) had worst possible pain at the beginning of the treatment. We started pain management according to WHO guideline with nonsteroidal antiinflammatory drug to almost all patients. According to each patients' clinical situation we passed to next step. By applying treatment in time, next pain attack could be prevented. According to the results pain had most severe effect on senses and least severe effect on concentration. To be in rest is the most reducing factor of pain (40%) and to be tired is the most augmenting factor of pain (26%). At the end of this study we conclude that the pain assessment form is valid and effective for cancer pain control and recommend it for the assessment of pain in the patients who had pulmonary malignancy.

KEY WORDS: Pain, cancer, pain assessment form

GİRİŞ

Tüm dünyada akciğer kanseri prevalansı zamanla artmaktadır ve kanser ağrısının yetersiz tedavisi sık karşılaşılan bir durumdur (1). Akciğer kanseri hastalarının %70'den fazlasında hastalık boyunca ağrı şikayeti gelişmektedir (2). Bu durumun temel nedenlerinden biri kanser ağrısının klinisyenler tarafından yeterince değerlendirilememesi ve ağrı idaresinin yetersizliğidir (3). Ağrının ilk değerlendirmesi sırasında hastanın hikayesi ayrıntılı olarak alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı ve psikososyal durumu incelenmelidir (4). Klinisyen hastanın ağrı durumunu standart ağrı skalalarından biriyle kendi ifadelerine göre uzun bir süre takip etmelidir. Tedavi planı sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli nokta ağrı değerlendirimidir. Ağrının tipi, nedeni ve şiddeti mutlaka sorgulanmalıdır (1,5).

Bu çalışmada belirtilen amaçları içeren ağrı değerlendirme formu akciğer kanseri hastalarına uygulanmış ve bu formun kanser ağrısı takibindeki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Prospektif olarak yapılan bu çalışmaya hastaneye yatırılarak izlenen ve ağrı yakınması olan 42 akciğer kanserli hasta alındı ve altı ay-bir yıl boyunca belirli aralarla ağrı değerlendirme formu uygulanarak takip edildi (Şekil 1). Hastaların yaşları 35-75 (58.32 ± 10.04) yıl arasında idi. Hastaların 7 (%16.7)'si kadın, 35 (%83.3)'i erkekti. Bu form ağrı tedavisinin başlangıcında hastalara uygulandı ve bir-üç hafta aralarla verilen tedavi ve hastaların ağrı dereceleri kaydedildi. Hastalara ağrının başlangıç zamanı, karakteri, yeri, şiddeti, ağrıyı azaltan ve artıran faktörler, ağrıyla ilgili semptomlar, ağrının uyku, fiziksel aktivite, iştah, konsantrasyon, sosyal ilişkiler, duygular üzerine olan etkileri ve ağrının gerçek nedeni konusunda sorular yöneltildi. Hastaların ağrı derecelendirmesi basit tanımlayıcı ağrı skalasına göre hafif, orta, şiddetli, çok şiddetli ve dayanılmaz ağrı şeklinde tanımlandı.

Ağrı tedavisi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen basamak tedavisi protokolüne göre planlandı (6,7). DSÖ tarafından ağrının şiddeti esas alınarak üç basamaklı ağrı kontrolü tedavisi geliştirilmiştir. Hafif ağrıda birinci basamak tedavi uygulanmakta, nonopioid ilaçlarla nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) ile tedaviye başlanmaktadır. Ağrı şiddeti artmaya devam ederse ikinci basamağa geçilmekte ve zayıf opioidler tedaviye eklenmektedir. Üçüncü basamakta ise kontrol edilemeyen ciddi ağrılar için güçlü opioidler kullanılmaktadır. Tüm basamaklarda nöroleptikler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, kortikosteroidler ve bifosfonatlar gibi adjuvan ilaçlar tedaviye eklenebilmektedir.

SONUÇLAR

Akciğer kanserli 42 hastanın 19 (%45)'u epidermoid kanser, 9 (%21)'u adenokanser, 7 (%17)'si küçük hücreli akciğer kanseri, 5 (%12)'i malign mezotelyoma ve 2 (%5)'si metastatik akciğer kanseri tanılarıyla izlendi. Şekil 2'de basit tanımlayıcı ağrı skalasına göre tedavi başlangıcında hastaların ağrı derecelerinin dağılımı görülmektedir. Tedavi başlangıcında hastaların 17 (%41)'sinde hafif, 10 (%24)'unda orta, 11 (%26)'inde şiddetli, 3 (%7)'ünde çok şiddetli ve 1 (%2)'inde dayanılmaz ağrı şikayeti vardı. Tüm hastalara DSÖ ağrı tedavisi protokolüne göre ilk basamakta NSAİİ uygulandı. Kırkiki akciğer kanseri hastasının tedavi süresince ağrı basamaklarına göre dağılımı Şekil 3'te görülmektedir.

Çalışmanın başlangıcında hastaların birçoğu birinci basamakta yer alırken, zamanla üçüncü basamak daha fazla önem kazandı. Çalışma süresince uygulanan basamak tedavisi sayesinde yeterli ağrı kontrolü sağlanabildi ve hastaların yaşam kaliteleri de olumlu etkilendi. Hastalardan 11 (%26.2)'inde ağrı kontrolü için ilaç tedavisi dışında yöntemlere başvuruldu. Beş (%11.9) hasta radyoterapi aldı, 6 (%14.3) hasta operasyona alındı. Ağrının hayat kalitesini etkileyen faktörler olan uyku, iştah, fiziksel aktivite, konsantrasyon, sosyal ilişkiler ve duygular üzerine olan etkileri Şekil 4'te görülmektedir. Ağrının en ağır etkiyi duygular üzerine, en hafif etkiyi de konsantrasyon üzerine yaptığı kaydedildi. Hastalara ağrılarının gerçek nedeni sorulduğunda farklı cevaplar alındı. Hastaların çoğu akciğerdeki yara nedeniyle (%54.7) ağrılarının olduğunu ifade etti, bir kısmı sigara kullanımı (%26.2), travma (%11.9) veya stres (%7.2) nedeniyle ağrıları olduğunu düşündü. Ağrıya eşlik eden semptomlar sorgulandığında sıklıkla parmak uçlarında karıncalanma, mide bulantısı ve kusma tanımlandı. Hastaların verdiği cevaplara göre ağrıyı azaltan faktörler sırasıyla hareket kısıtlaması, gün içerisinde olma ve sıcak hava; artıran faktörler ise fiziksel aktivite, gece ve soğuk hava şeklinde kaydedildi.

Ağrı Değerlendirme Formu

1. Şiddet:

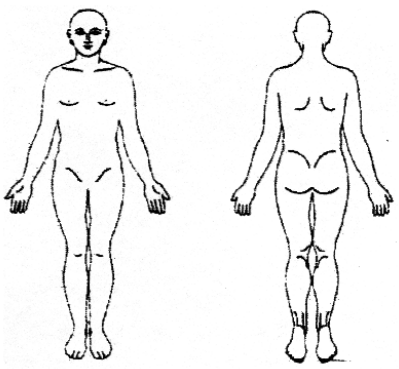
Hemşire : _____
Hasta : _____
Tarih : _____

AĞRI SKALASI

Ağrı yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tahmin edilemeyecek kadar şiddetli ağrı

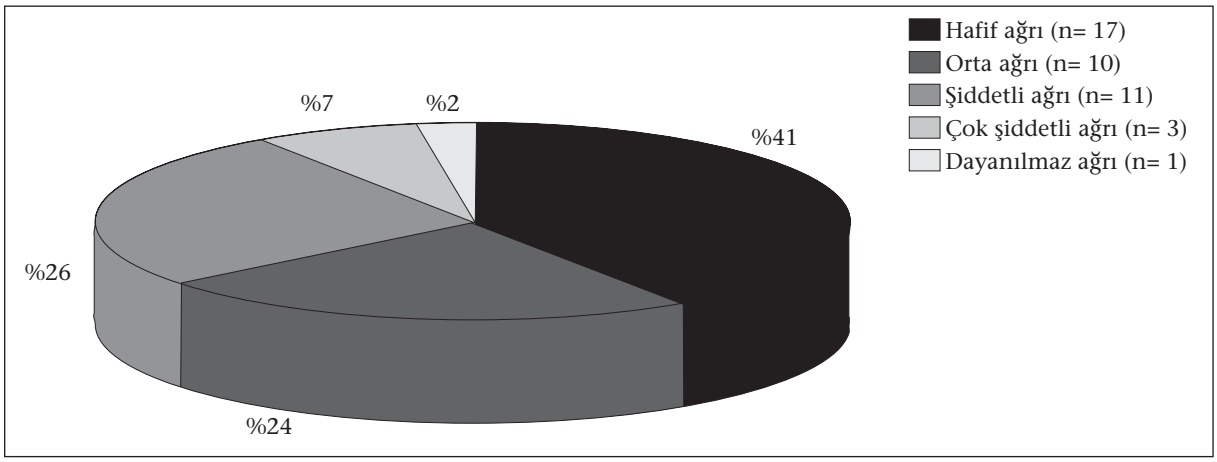
Ağrı derecesi .....mm

2. Ağrınız nerede? (İ= İç)
   Hasta ya da hemşire bir işaret koyar. (D= Dış)

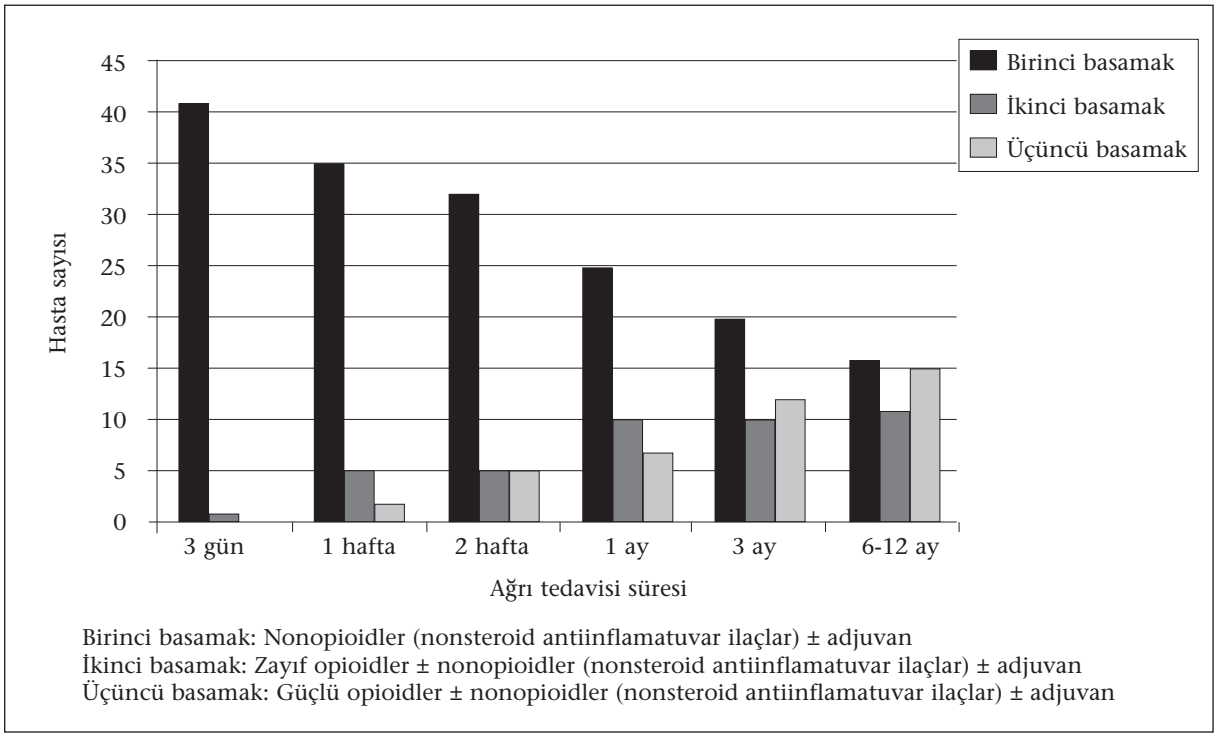


3. Ağrınız ne zaman ve nasıl başladı?
   Ağrınızı tetikleyen herhangi bir şey var mı?
   _____
4. Ağrınız ne zamandır var?
   Sürekli mi yoksa aralıklı mı?
   Düzenini ya da meydana gelen değişikleri tanımlayınız?
   _____
   _____
5. Ağrınızın neye benzediğini kendi kelimelerinizle açıklayınız.
   _____
   _____
6. Ağrıyı azaltan faktörler nelerdir? _____
   _____
7. Ağrıyı şiddetlendiren faktörler nelerdir? _____
   _____
8. Geçmişte yardımı olan etmenleri yazınız. _____
   _____
9. Geçmişte yardımı olmayan etmenleri yazınız _____
   _____
10. Ağrınıza eşlik eden diğer septomlar nelerdir? _____
    _____
11. Ağrınızın aşağıda sıralanan durumları etkileme biçimini yazınız:
    Uyku? _____
    İştah? _____
    Fiziksel aktivite? _____
    Konsantrasyon? _____
    Duygular? _____
    Sosyal ilişkiler? _____
12. Şu anda ağrınıza neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? _____
    _____
13. Şu anda uygulanan analjezik tedavi? _____
    _____
14. Plan/yorumlar _____

Şekil 1. Florida/Tampa'da bulunan H. Lee Moffitt Kanser Merkezi ve Araştırma Enstitüsü'nde geliştirilen ağrı değerlendirme formu.



Şekil 2. Basit Tanımlayıcı Ağrı Skalasına göre tedavi başlangıcında hastaların ağrı derecelerinin dağılımı.



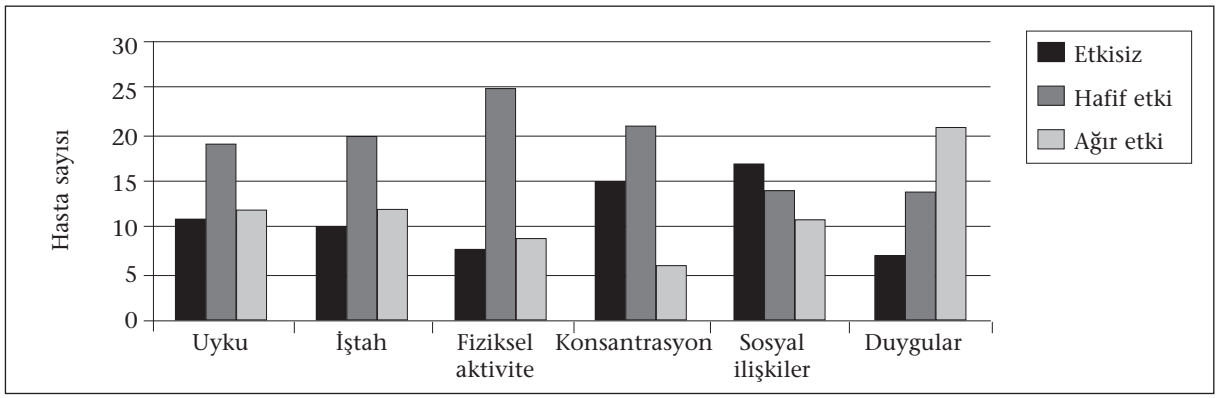
Şekil 3. Kırkiki akciğer kanseri hastasının tedavi süresince ağrı basamaklarına göre dağılımı.

TARTIŞMA

Tüm dünyada 14 milyonun üzerinde yaşayan kanser hastası mevcuttur ve her yıl milyonlarca hasta yeni kanser tanısı almaktadır. Tanı anında hastaların üçte birinde hafif-orta şiddetli ağrı bildirilmiştir. Ağrı derecesi ve oranı tümör tipi, hastalığın evresi, metastaz varlığı gibi faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte ileri dönem kanser hastalarında %60-90 oranında ağrı kaydedilmiştir. Aslında uygun tedavi ile %90 kanser hastasında ağrı kontrolü mümkün olmasına rağmen yapılan çalışmalar ağrının genellikle yetersiz tedavi edildiğini göstermektedir (5,8,9).

Bir kanser hastasında tümör progresyonu, cerrahi, tanı ve tedavide kullanılan diğer girişimsel yöntemler, kemoterapötik ajanların ve radyoterapinin toksik yan etkileri, infeksiyonlar, kas krampları gibi nedenlerle ağrı gelişmektedir (5,10).

Akciğer kanseri ağrısının yetersiz tedavisinde etkili faktörleri sağlık sistemlerine ait problemler, hastala-



Şekil 4. Akciğer kanseri hastalarında ağrının hayat kalitesini etkileyen faktörler üzerine etkisi.

ra ve sağlık çalışanlarına bağlı problemler şeklinde sınıflandırabiliriz. Sağlık sistemleriyle ilgili problemler; yanlış analjezik kullanım politikaları, palyatif bakıma gereken önemin verilmemesi, gerekli eğitim programlarının yeterince düzenlenmemesi ve ilaç yönetmelikleriyle (ulaşılabilirlik) ilgili problemlerdir. Hastalara ait en önemli faktörler; yaş, cinsiyet ve hastalığın derecesidir. Ayrıca, hastanın ayaktan veya yatarak takip edilmesi de ağrının derecesinin saptanmasını ve tedavisini etkilemektedir. Hastaların bazı davranış problemleri de anamneze yansımaktadır. Bunlar; hastaların iyi hasta olarak görülmek amacıyla ağrıyı bildirme korkusu, kanser ağrısının kaçınılmaz olduğu inanışı, ağrının artmasının kanserin ilerlediğinin bir göstergesi olduğu korkusu, opioid toleransı, bağımlılık ve yan etkileri konusunda aşırı endişedir. Sağlık çalışanlarına ait davranışlar ise hastaların kendi ağrılarını doğru değerlendirmedikleri ve ağrı tedavisine katılmayacakları inanışı, kanser ağrısının sadece orta-ağır derecede olduğunda tedavi edilmesi gerektiği inanışı, opioid toleransı, bağımlılık ve yan etkileri konusunda aşırı endişe ve ağrı değerlendirimi konusunda eğitim eksiklikleridir (8,11). Çalışmamızda uyguladığımız ağrı değerlendirme formu; hasta ve sağlık çalışanlarına ait bu gibi davranışsal yanlışlıklara imkan vermediği için ağrı seviyesinin daha iyi tespitini ve dolayısıyla etkin tedaviyi planlamamızı sağlamaktadır.

Klinisyenlerin kanser ağrısını değerlendirme durumları tedavinin planlanmasındaki önemli adımlardan biridir. Yapılan çalışmalar öncelikle ağrı değerlendiriminde yetersizlik olduğunu göstermiştir. Ağrısı olan her kanser hastasının ağrısının zamanında ve uygun bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesini isteme hakkı vardır. Günümüzde ağrı değerlendiriminin her zaman gerektiği şekilde yapılmadığı bilinmektedir (8).

Akciğer kanseri ağrısı tedavisinde ilk adım ağrı değerlendirimidir. Öncelikle ağrının sadece fiziksel bir problem olmadığı ama aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarının da olduğunun kabul edilmesi gerekir. Bu nedenle ağrı tedavisinde en iyi sonuç konuya ekip olarak yaklaşıldığında elde edilebilir. Kanser ağrısı olan bir hastayla karşılaşıldığında hastaların ağrı derecesi konusunda verdikleri bilgilere güvenilmelidir. Hastalara ağrıları düzenli olarak sorulmalıdır, çünkü hastalar kendilerine sorulmadığı sürece ağrıları hakkında bilgi vermemektedir. Hastalara zaman ayrılmalı; ağrılarının giderilmesi gerektiği, ağrıyla yaşamanın gerekmediği, neden ağrı hissettikleri anlatılmalı, ağrı tedavisi konusunda bilgiler verilmelidir. Planlanan tedavide hastaların kendi ağrı derecelendirmeleri esas alınmalıdır. Ağrının şiddeti değerlendirilmeli, bunun için ağrının günlük aktiviteleri etkileyip etkilemediği sorgulanmalıdır. Ağrı hakkında detaylı bir hikaye alınmalı; ağrının yeri, niteliği, yayılımı, şiddeti, sürekli mi aralıklı mı olduğu, onu artıran ve azaltan sebepler, duyusal değişikliklere sebep olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bu çalışmada da hastalara bir-üç hafta aralarla düzenli olarak ağrı değerlendirme formu uygulanmış, hastaların kendilerinden ağrılarını derecelendirmeleri istenmiş, tedavide bu derecelendirme esas alınmış, hastalara ağrının farklı boyutlarına yönelik sorular yönlendirilmiştir. Akciğer kanseri ağrısının, ağırdan hafife doğru; hastaların duyguları, uyku, iştah, sosyal ilişkileri, fiziksel aktiviteleri ve konsantrasyonu etkilediği fark edilmiştir.

Ağrının yerinin mümkün olduğunca hızlı bir şekilde belirlenmeye çalışılması önemlidir. Bu amaçla

kullanılan vücut çizelgesi yönteminde hastadan insan vücudu resmi üzerinde ağrının olduğu bölgeyi işaret etmesi istenir. Ağrı şiddetinin ölçülmesinde sözlü tanımlama skalası ya da sayısal oranlama skalası kullanılır. Sözlü tanımlama skalasında hastadan o andaki ağrı şiddetini en iyi tanımlayan kelimeyi söylemesi istenir (yok, hafif, orta, şiddetli ve dayanılmaz). Sayısal oranlama skalasında skala üzerinde 0 ağrı olmadığını, 10 ise mümkün olan en kötü ağrıyı ifade eder (2,12).

Ağrı değerlendirimi sırasında hastaların psikolojik durumları değerlendirilmeli, ağrılarının sebebini bilip bilmedikleri, depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri, fonksiyonel kapasiteleri ile ilgili sorular sorulmalıdır. Ardından hastaların fizik muayeneleri yapılmalı ve gerekli tahlilleri planlanmalıdır (2,5,8,11,12). Ağrı değerlendirimi düzenli olarak uygulanmalı, ağrı tedavisinin sonuçları düzenli aralıklarla monitörize edilmeli, hastaların durumuna göre tedavide bir sonraki basamağa geçilmelidir. Çalışmamızda hastalara ağrılarının gerçek nedeni sorulduğunda %54.7 oranında hasta akciğerdeki yara nedeniyle ağrısı olduğunu ifade etmiş, bunu sigara kullanımı (%26.2), travma (%11.9) ve stres (%7.2) izlemiştir. Bu cevaplar hastaların psikolojik durumlarını değerlendirmede dikkate alınmıştır.

Günümüzde ağrının dört farklı boyutu olduğu düşünülmekte ve ağrı değerlendiriminde de bunlarla ilgili soruların yöneltilmesi önerilmektedir. Bu boyutlar; duyusal düzey (ağrınızın niteliği nedir), ruhsal düzey (sizi ne kadar rahatsız ediyor), bilişsel boyut (ağrınız hakkında ne düşünüyorsunuz), davranışsal boyut (hekimin gözlemine göre hasta nasıl bir tepki veriyor; inleme, yüzünü buruşturma, bir vücut bölgesini tutma) şeklindedir (13).

Çalışmamızda kullanılan ağrı değerlendirme formu o andaki ağrının şiddetini ölçmeyi amaçlayan bir Görsel Analog Skala ve ağrının yerini belirlemeyi amaçlayan bir vücut çizelgesi içerir. Formda ağrının iştahı ya da uykuyu ne şekilde etkilediği, ağrıyı azaltan ve artıran faktörler de bulunmaktadır. Bu yöntem kullanılarak hastanın analjezik tedavisine verdiği yanıt ve o andaki ağrı durumu değerlendirilir. Böylece tedavinin ağrı başladıktan sonra "gerektiğinde" değil "zamanında" uygulanması ve bir sonraki ağrı atağının önlenmesi sağlanır.

Aslında kanser hastalarının ağrılarını değerlendirmeye yönelik bu basit yönteme kolayca ulaşabilmek mümkün olmasına rağmen ağrı değerlendirimi ülkemizde halen bazı onkoloji kliniklerinin ve ağrı merkezlerinin dışında rutin olarak uygulanmamaktadır. Burada tedaviden sorumlu kişilerin değerlendirme yöntemleri hakkında bilgisiz olmaları, doktor başına düşen hasta sayısının çok olması, hastaya yaklaşım eksikliği yani hasta-doktor ilişkisinin istenen düzeyde olmaması gibi faktörler önemli rol oynamaktadır. Etkisiz kanser ağrı tedavisinin sebeplerinden biri de analjezik protokolüne tam olarak uyulmamasıdır. Hastaların ağrı formları sadece doldurulmakla kalmayıp aynı zamanda da muhafaza edilmelidir. Bu özellikle hastaların değişen analjezik ihtiyacını tespit etmek ve tedaviye verdiği cevabı değerlendirmek açısından önemlidir (2).

Yapılan bir çalışmada ağrı polikliniklerine başvuran 174 kanser hastasında %92.5 oranında tedavi öncesi orta-ağır derecede ağrı şikayeti olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi ilaçların düşük dozla kullanılması, yetersiz ilaç kullanımı ve kuvvetli opioidlerin kullanımına karşı gösterilen direnç olarak belirtilmiştir (7). Bizim çalışmamızda tedavi başlangıcında %41 oranında hafif, %24 oranında orta şiddette ağrı tespit edilmiştir. Hastaların tedavileri DSÖ protokolüne göre uygulanmış, vaktinde uygulandığı için basamak tedavisinin faydaları görülmüştür. Dermal fentanil türü ilaçlarla daha az tolerans geliştiğinden üçüncü basamak tedavisine geçme konusunda korkularımızın yersiz olduğu fark edilmiştir.

Kontrol edilmemiş ağrı; depresyon, intihar girişiminde artma, uykusuzluk, düşük hayat kalitesi, kanser tedavisini kabul etmede zorlanmayla sonuçlanmaktadır (11). Ayrıca ağrı; mobiliteyi kısıtlayarak tromboembolik komplikasyonlara yol açabilir, öksürmeyi zorlaştırarak bronkopnömoni riskini artırabilir, hastanın moralinin bozulmasına neden olur, immün sistemi güçsüz kılarak kemoterapiye olan toleransı azaltabilir, dolayısıyla sağkalım olumsuz yönde etkilenir.

Kanser ağrısı tedavisinde bireysellik özellikle önemlidir. Hastalar tanıları, hastalığın evresi, ağrıya olan cevapları ve kişisel tercihleri açısından farklı özellikler gösterdiğinden kanser ağrısı tedavisi her birey için ayrı planlanmalıdır (8,9).

Ağrının beşinci vital bulgu olarak kabul edilmesini, ağrı şiddeti skalalarını ateş, nabız, solunum, kan

basıncı tespiti ile birlikte doldurmayı öneren yayınlar vardır (2). Hastaların düzenli olarak ağrıları sorgulandığında aldıkları tedavi ne olursa olsun daha az acı çektikleri kaydedilmiştir (14).

Çalışmamızın sonucunda ağrı değerlendirme formunun klinik kullanım açısından ağrı kontrolünü sağlamada geçerli ve etkili bir yöntem olduğu düşünülmüştür. Rutin ağrı değerlendirimi hastaları ağrı semptomlarını bildirmeye yöneltmekte, doktorları yeni ağrı kaynaklarını bulmaya ve bunları tedavi etmeye yönlendirmektedir. Özet olarak malign her hastanın ağrısının değerlendirilmesinde rutin olarak ağrı değerlendirme formunun kullanılması gerektiği ve yine bu değerlendirmeye göre uygun ve zamanında yapılan basamak tedavisindeki değişikliklerin hastaların yaşam kalitesini arttırılabildiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Montgomery F. Palliative care managing chronic cancer pain. Hospital Pharmacist 2001;8:215-8.
2. Rhodes DJ, Koshy RC, Waterfield WC, et al. Feasibility of quantitative pain assessment in outpatient oncology practice. J Clin Oncol 2001;19:501-8.
3. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. N Engl J Med 1996;335:1124-32.
4. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Intern Med 1993;119:121-6.
5. O'Neill B, Fallon M. ABC of palliative care: Principles of palliative care and pain control. BMJ 1997;315:801-4.
6. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: WHO, 1986.
7. Schug SA, Zech D, Dorr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. Pain Symptom Manage 1990;5:27-32.
8. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, et al. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995;310:1034-7.
9. Jacox A, Carr DB, Payne RB. New clinical–practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. N Engl J Med 1994;330:651-5.
10. Klave PA, Simoff M, Prakash SB. Palliative care. Chest 2003;123:284-311.
11. Starck PL, Sherwood GD,McNeill JA. Pain management outcomes: Issues for advanced practice nurses. The Internet of Advenced Nursing Practitice 2000. Volume 4 Number 1
12. Au E, Loprinzi CL, Dhodapkar M, et al. Regular use of a verbal pain scale improves the understading of oncology inpatient pain. J Clin Oncol 1994;12:2751-5.
13. Syrjala KL. The measurement of pain. Cancer pain manegement 1987;46:105-11.
14. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1996;335:1124-32.

Yazışma Adresi

Seher SEVGİLİ

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Göğüs Hastalıkları Bölümü

Bilkent, ANKARA

e-mail: sevgiliseher@yahoo.com