

HAYATIN SON DÖNEMİNDE KRONİK AĞRI VE TEDAVİYE ERİŞİM

Meltem UYAR*, Halil ÇETİNGÖK**, N. Süleyman ÖZYALÇIN***

Özet: Başta kanser hastaları olmak üzere hayatın son döneminde hayat kalitesini etkileyen en önemli konu kronik ağrılardır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1986 yılında ortaya atılan basamak modeli yaklaşımı o yıllardan bu yana kanser ağrısının tüm dünyada etkili bir şekilde sağaltımında ana kılavuz olmuştur. Buna karşın ülkemizde genel olarak hekimler ve sağlık çalışanları, hastalar ve yakın çevreleri ile sağlık sisteminden kaynaklanan çeşitli sorunlar kanser hastalarının yeterli ağrı tedavisine erişimleri önünde engel oluşturmaktadır. Bunlar arasında özellikle opiyofobi ve palyatif bakım sistemindeki eksikliklerden bahsetmemiz gerekir.

Anahtar sözcükler: kronik ağrı, kanser, opioid, palyatif bakımı

Chronic Pain and Access to Treatment at the End of Life

Abstract: The most important subject which affects the quality of life is chronic pain at the end of life especially for cancer patients. The World Health Organization analgesic ladder for effective treatment of cancer pain has been the main guide from 1986 to nowadays worldwide. Nevertheless there are a lot of difficulties (be driven from medical doctors and health employees, patients and care givers, health care system) to access enough pain treatment for the cancer patients in our country. We should mention especially the opiophobia and lack of palliative care system among them.

Key words: chronic pain, cancer, opioid, palliative care

Ağrı günümüzde hâlâ kanserin en sık ve en korkulan hastalık sendromu olmaya devam etmektedir (**Davis 2004**). Kanser hastalarında bazen tanı anında, bazen tedavi sürecinde ve bazen ise başarılı olarak tedavi neticelense bile ağrılar sürebilir. Son çalışmalarda kanser ağrısının kanser hastalarında %69'lara varan oranda günlük aktivitelerde kısıtlamaya neden olduğu bildirilmiştir (**Breivik, 2009**). Dünya Sağlık Örgütü kanser ağrısının tüm dünya genelinde etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi amacıyla 1986 yılında basamak modelini ortaya atmıştır. Bu rehber o yıllardan bu yana kanser ağrısının sağaltımında ana kılavuz olmuştur. Her ne kadar rehberin optimal uygulanması durumunda kanser ağrılarında %70-90 oranında azalma sağlayabildiği gösterilmekle birlikte son çalışmalar kanser ağrısının özellikle son dönem hastalarının %60'ında hâlâ devam etmekte olduğunu ve hayat kalitesini ciddi anlamda bozduğunu göstermektedir (**Van den Beuken-van Everdingen, 2007**).

Kanser ağrısının yeterli palyasyonunun sağlanamaması durumunda hastalarda yorgunluk, mutsuzluk, öfke, endişe, yalnızlık duyguları artmaktadır. Hastalarda çaresizlik duygusunun artmasına ve psikolojik olarak çökkünlüğe neden olmaktadır. Kanser hastalarında majör depresif bozukluk %25 ve depresif şikayetler % 58'lere varan oranda ortaya çıkmaktadır (**Pirl, 2004; Massie, 2004**). Depresyon da hastanın mevcut durumunu kötüleştirmekte, tedavi yanıtını azaltmakta ve ağrıların daha da şiddetli hissedilmesine neden olarak bir kısır döngü şeklinde ağrıyı ve depresyonu arttırmaktadır. Ayrıca hastalarda günlük aktivitelerinde kısıtlanma, zihinsel fonksiyonlarda ve sosyal ilişkilerde bozulma da ortaya çıkmakta ve sonuç olarak hayat kalitesi oldukça bozulmaktadır. Tüm bu bileşenlerin ağrı ile birlikte seyri kanserde total ağrı kavramı olarak tanımlanır. Buna karşın ağrının azaltılması veya ortadan kaldırılması hastanın daha keyifli, neşeli ve umutlu olmasını sağlamaktadır. Yeterli ağrı

* Prof Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji BD. Başkanı, Palyatif Bakım Derneği Başkanı

**Uzm. Dr., İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji BD. Yan Dal Uzmanlık Öğrencisi

***Prof. Dr., Türk Algoloji (Ağrı) Derneği Başkanı, Nöromodülasyon Araştırma ve Eğitim Derneği Başkanı

sağaltımı özellikle terminal dönem kanser hastalarının hayat kalitesinin artmasına ve kalan günlerini güzel geçirmelerine yardımcı olmaktadır (Pirl, 2004). Sonuç olarak ağrısız ve huzurlu gerçekleştirilen uyku, yemek yemek gibi temel yaşamsal aktiviteler, güvenli sosyal ilişkiler belki de herkesten çok özellikle terminal dönemi yaşayan kanser hastalarının hakkıdır.

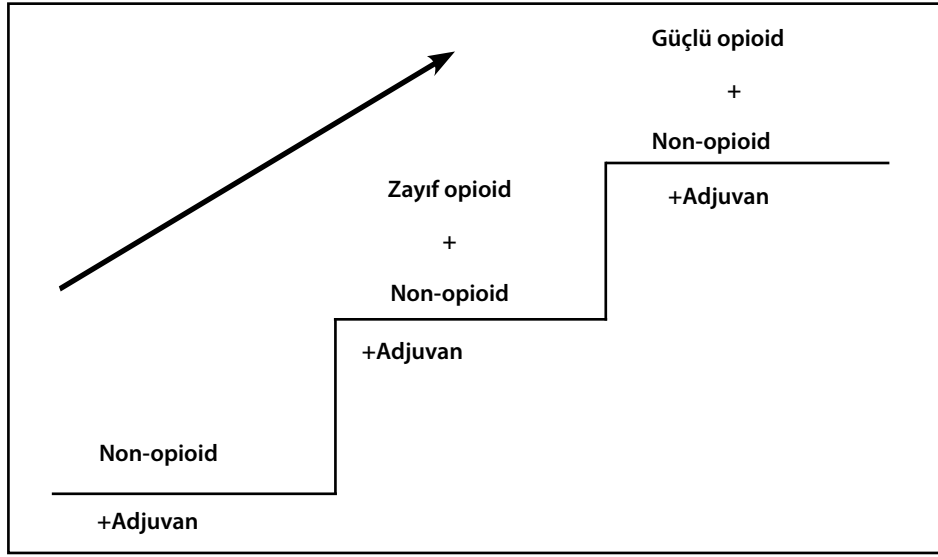
Kanser hastalarında ortaya çıkan ağrının nedenleri açısından bakıldığında kanser ağrısı başlıca üç ana başlıkta ele alınabilir: Bunlardan ilki ağrıya hassas yapıların kanserle invazyonu veya kompresyonu nedeniyle kanserin direk kendisine bağlı ağrılar; ikincisi kanser ile mücadele etmek için uygulanan cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan ağrılar; ve sonuncusu ise kanser hastalarındaki komorbiditelere (diyabetik polinöropati, postherpetik nevralsi, diskopatiler, osteoartrit, romatoid artrit, dekübit ülserleri vb.) bağlı olarak gelişen ağrılardır. Her ne kadar bu şekilde sınıflandırma yapılabilmesi birlikte klinik pratikte kanserli hastaların ağrılarının çoğu zaman buradaki etyolojik nedenlerden bir kaçının bir arada bulunmasıyla oluştuğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında kanserli hastalarda ortaya çıkan ağrılarının hemen kansere bağlanarak bırakılmaması, dikkatle incelenmesi ve özellikle kanser dışı ağrı nedenleri açısından incelenerek ağrının etyolojisine spesifik tedavinin verilmesi amaçlanmalıdır. Buradan hareketle spesifik olarak ağrıyla, nispeten ağırlıklı olarak kanser ağrılarıyla uğraşan;

etyolojiyi saptayarak gerek basamak tedavisi ile medikal tedavi uygulayan ve gerekse medikal tedavinin bir şekilde yeterli ağrı sağaltımını sağlayamadığı hastalarda çeşitli girişimsel tedavileri (Tablo 1) ek olarak uygulayarak kanser ağrısını etkin olarak tedavi eden Algoloji (Ağrı uzmanı) hekimlerinin önemi ön plana çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kanser ağrısının kontrolünü amaçlayan, ağrının şiddetine göre üç basamakta, analjezik olarak adjuvan ilaçların ve non-opioid, zayıf opioid, güçlü opioidlerin kullanıldığı bir tedavi şablonu yayınlamıştır (Şekil 1). Bu merdiven tedavisinde ağrının şiddetine göre basamak seçilmesi, oral yolun öncelikle tercih edilmesi, gün boyu ağrı kontrolünü sağlayacak ajanların kullanılması, tedavinin bireysel olması ve detaylara önem verilmesi amaçlanmıştır. Genellikle ilk basamakta parasetamol ve nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİD) gibi opioid olmayan ilaçlar tek başlarına ya da kombine edilerek kullanılmakta eğer ağrı kontrol edilemezse ikinci basamağa geçilmektedir. İkinci basamakta birinci basamağa ek olarak kodein gibi hafif, zayıf-orta etkili bir opioid seçilmektedir. Ağrı sürerse üçüncü basamağa geçilip zayıf etkili opioidin yerine morfin gibi güçlü bir opioid konmakta ve ağrıyı azaltan dozuna dek titre edilmektedir (Ripamonti, 2011; Coyle 2007). Ana tedaviye yardımcı olarak tüm tedavi basamaklarında ağrının karakterine uygun adjuvan ilaçlar eklenmektedir. Burada önemli nokta her hastada standart olarak mutlaka birinci basamaktan

Tablo 1. Kanser ağrı tedavisinde girişimsel yöntemler

Sempatik bloklar:	Stellat gangliyon bloğu Torakal sempatik blok Çölyak pleksus bloğu Splanjik sinir bloğu Lomber sempatik blok Superior Hipogastrik pleksus bloğu İmpar gangliyon bloğu
Somatik bloklar:	İnterkostal sinir bloğu Brakial pleksus bloğu Kranial sinir blokları Sakral bloklar
Intratekal uygulamalar:	Spinal Port-Pompa implantları
Epidural uygulamalar:	Epidural Port-Pompa implantları
Stimülasyon teknikleri:	TENS Periferik sinir stimülasyonu Spinal kord stimülasyonu Derin beyin stimülasyonu
Ablatif teknikler:	Rizotomi Kordotomi Talamotomi Singularotomi



Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü basamak tedavisi

başlamak yanılığına düşmemek; ağrının şiddeti ve karakterine uygun basamaktan başlamak olmalıdır.

Bu noktada kanser hastalarının yeterli ağrı tedavisine ulaşamamalarının nedenlerini, hekimlere ve sağlık çalışanlarına, hastalar ve yakın çevrelerine ve sağlık sistemine bağlı sorunlar olmak üzere üç ana başlık altında ele alabiliriz. Bu derlemede üç neden üzerinde konuyu ele alarak, hastaların yeterli ağrı tedavisini alamamalarının ülkemizdeki ve dünyadaki nedenleri irdelenmektedir.

Hekimler ve sağlık çalışanları ile ilgili sorunlar

Kanser hastalarının yetersiz ağrı tedavisi nedenlerini hekimler ve diğer sağlık çalışanları açısından değerlendirdiğimizde:

1. Kanser ağrısının değerlendirilmesindeki eksiklikler;
2. Ağrı mekanizması ve tedavisindeki bilgi eksiklikleri;
3. Genel olarak opioid ilaçlara karşı bağımlılık, tolerans ve olası yan etkilerden korkmak olarak özetleyebileceğimiz opiyofobi;
4. Analjezikler özellikle de opioid analjezikler hakkında yeterli bilgi sahibi olunmamasından kaynaklı hiç kullanmama veya düşük dozda kullanma dolayısı ile psödoaddiksiyon yanılığı ve gereksiz yüksek dozda kullanma gibi yaklaşımlar;
5. Yardımcı analjezik kullanımı konusunda bilgi eksiklikleri;

6. Kırmızı veya yeşil reçete yazılması konusunda çekişmeler;

7. Konu ile spesifik ilgilenen algoloji yan dal uzmanlarının sayı azlığı nedeniyle erişimde güçlükler;

8. Diğer hekim ve sağlık çalışanlarının algoloji hakkındaki bilgi eksikleri nedeniyle zamanında yönlendirme yapmamaları sayılabilir.

Özellikle son yıllarda gerek kanser vakalarının hızla artması ve gerekse tedavi alanındaki ilerlemeler sayesinde kanser hastalarının sağkalım sürelerinin uzaması hastanelerde kanser hastası oranının hızla artmasına neden olmuştur. Buna karşın tıp eğitiminde kanser hastası bakımı ve ağrı tedavisi dolayısıyla palyatif bakım konusunda bu gerekliliği karşılayacak müfredat değişikliklerinin yapılmamış olması, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarında ağrı hastası değerlendirme, uygun tedavi algoritmasını uygulama ve gereğinde hastayı ilgili ağrı hekimine yönlendirme konusunda bilgi eksiklerinin devam etmesine neden olmaktadır. Bu konuda önemle değinilmesi gereken nokta özellikle opiyofobidir. Genel olarak opioidlerin bağımlılık yapacağı düşüncesi, kötüye kullanım endişesi ve yan etki korkusu başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları ve hasta-hasta yakınlarının opioid kullanımını ve erişimini sınırlandırmaktadır. Hekim penceresinden bakıldığında opiyofobi kanser ağrılarının giderilmesinde belki de en güçlü ve ucuz yöntem olan opioidleri hiç kullanmama veya terapötik düzeyin çok altında kullanma veya tam tersine bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak aşırı yüksek dozda kullanma

olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastalığın ilerlemesi veya tedaviye bağlı sorunlarla ağrılarının artması ya da opiofobi nedeniyle yetersiz doz opioid kullanımı sırasında hastanın ağrılarının geçmemesi ve ilaç artırımı isteği de hekimler tarafından hatalı olarak addüksiyon ya da bağımlılık olarak algılanabilir. Psödoaddüksiyon dediğimiz bu durum da önemli bir engeldir.

Kanser hastaları ile ilgilenen onkolog, radyasyon onkologu ve cerrahi uzmanlarının başlıca uğraşları olan kanser tedavisi yanında aynı ilgiyi ağrı sağaltımı konusunda göstermemeleri, hastaların yeterli bir analjezik tedaviden mahrum kalmalarına neden olmaktadır. Örneğin yapılan eski bir çalışmada onkologların %57-76'lık ciddi bir kısmı hasta viziti sırasında ağrılarını sormamaktadır (**Von Roenn, 1993**). İşte bu noktada kanser hastalarının etkili ve yeterli bir ağrı tedavisi almaları önündeki en büyük engellerden biri de ağrı hekimlerine yeterince ulaşamamaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde ve dünyada nispeten yeni bir dal olarak ortaya çıkan Algoloji'nin hızla büyümesine karşılık diğer sağlık çalışanları tarafından yeterince bilinmemesi ve hali hazırda algoloji uzmanı-ağrı kliniği sayısının yeterli olmaması özellikle şiddetli ağrısı olan ve girişimsel tedavi gerektiren hastalar açısından engel oluşturmaktadır.

Hasta ve yakın çevreleri ile ilgili sorunlar

Yeterli kanser ağrısı tedavisi erişimini kısıtlayan ikinci büyük başlık hastalar ve hasta ailesi olmak üzere bakım verenlerden kaynaklı problemlerdir. Bunlar arasında ise:

1. Kanserde ağrının doğal sayılması nedenli hekime başvuru eksikliği;
2. Özellikle son dönem hastalarının yeterli bakım desteği verecek yakınlarının olmaması;
3. Tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması nedenli başvuru yapacağı yeri bilememesi;
4. Morfin türü analjezik kullanımının artık tedavi imkanı kalmayan, ölmek üzere olan kanser hastaları için olduğu inanişından kaynaklanan opioid kullanımına direnç gösterme;
5. Morfin türü ilaçları kullanmaya başlarsa daha sonra tedavi olanağının kalmayacağına inanılması;
6. Opioid kullanımının bağımlılığa yol açacağı endişesi;

7. Opioid kullanımına bağlı gelişen yan etkiler açısından sağlık çalışanlarından yeterli yardım alamama nedeniyle olan kullanım kısıtlanmaları sayılabilir.

Aslında hastaların yeterli ağrı tedavisi almaları önündeki önemli engellerden birisi hastalıkları ve prognozu hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaması olmaktadır. Özellikle ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde hastaya kanser olduğunun veya prognozun kısıtlılığından bahsedilmemesi aynı zamanda etik bir sorun olarak yerinde durmaktadır. Hastalığının ciddiyetini bilmeyen hasta gerekli ağrı tedavisinin de peşine düşmemektedir. Diğer taraftan ölümcül bir hastalığı öğrenen hastaların ise ilk tepkileri bunu yadsıma olup, çoğu zaman hastanın kanser ile birlikte ağrılarının tedavisine karşı da direnç göstermesine ve ilaç kullanmamasına neden olmaktadır.

Opioid kullanımının bağımlılık yapacağı düşüncesi de gerek sağlık çalışanlarında ve gerekse hasta-hasta yakınları arasında ilaca ulaşımında ciddi bir engel olarak devam etmektedir (**Manjani, 2014**). Ağrı tedavisinde opioid kullanımının son yıllarda hızla artmakla birlikte hâlâ gerekli ve yeterli seviyeye ulaşmamasında opiyofobinin yeri çok önemlidir. Opiyofobi sağlık çalışanlarının olduğu kadar hastaların da önemli bir sorunudur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılı verilerine göre altı gelişmiş ülke dünya opioid tüketiminin %79'unu yaparken gelişmekte olan ülkelerin tamamı ancak %6 tüketim oranında kalmaktadır (**Manjani, 2014**). Bunun dışında hastaların bir kısmı ağrının kanser takibinde önemli olduğu, optimal analjezinin ağrıyı keserek hastalığın olası progresyonunu maskeleyebileceğine inanmakta ve yeterli analjezik tedavi istememektedir (**Rise, 2008**). Hastaların kanser ve ağrılar konusundaki yanlış inanişları arasında ağrının kanserin kabul edilmesi gereken doğal bir sonucu olduğu ve özellikle ülkemizde morfin verilen hasta mutlaka ölmek üzeredir düşüncesinden hareketle morfin ve türevlerinin kullanımının ölümü kabullenmek olarak değerlendirilmesini sayabiliriz. Her iki inanişte hastaların yeterli analjezik tedavi erişimini kısıtlamaktadır. Hekimlerin kanser ağrısı yanında genel olarak opioid yan etkileri ve bu yan etkilerin hafifletilmesi açısından bilgi yetersizlikleri de hastaların bulantı-kusma, kabızlık, kaşıntı vs gibi yan etkiler konusunda yeterli yardım alamama nedenli ilacı bırakmalarına neden olmaktadır.

Sağlık sistemi ile ilgili sorunlar

Yeterli kanser ağrısı tedavisi erişiminin önündeki engellerden sonuncusu ise sağlık sisteminden kaynaklı sorunlardır. Bunlar arasında ise:

1. Kanser ağrısının sağaltımının öneminin yasa koyucular tarafından yeterli düzeyde algılanmaması;
2. Yurtdışında geniş bir yelpazede tedavi alternatifi sunan özellikle opioid türevi ilaçların ülkemizde oldukça kısıtlı içerik ve kullanım yoluna sahip olması;
3. Yeşil-kırmızı reçete ilaçların gerek hekimlerce yazılması ve gerekse eczaneler tarafından temininden kaçınılması nedenli temin problemleri;
4. Malpraktis yasası ve hatalı uygulamaları nedeniyle özellikle girişimsel ağrı tedavisi açısından hekimlerin defansif tavrı almasına neden olunması;
5. Özellikle terminal dönem hastalarının genel bakım ve ağrı sorunları ile ilgilenecek palyatif bakım alanında ciddi eksikliklerin devam etmesi;

Sarf edilen emeğin sağlık uygulama tebliği açısından geri ödemede hak edilen karşılığı bulamaması gibi ilgili eksiklikler sayılabilir. Kanser sıklığının tüm dünya ile birlikte ülkemizde de hızla artması, son tedaviler ile kanser sağkalım sürelerinin uzaması sağlık hizmeti sunumunda kanser hastalarının payını arttırmıştır. Öte yandan ölümcül bir hastalık olması, içerisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi yoğun, karmaşık ve uzun bir tedavi gerektirmesi, hastanın ve ailesinin tüm yaşantısını sosyal, psikolojik, ve ekonomik olarak derinden sarsması kanser hasta grubunun oldukça hassas, narin bir yere konulmasını gerektirmektedir. Ancak yasa koyucular tarafından bu hassasiyetin yeterince anlaşılabilmesi etkisini ağrı tedavisi de başta olmak üzere pek çok alanda hissettirmektedir. Bu alanda bilgilendirme kampanyaları, bu hasta grubu ve yakınları için özelleşmiş servisler gibi uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır. Özellikle son dönem ve terminal hastaların bakımları, beslenmeleri, ağrıları, yatak yaraları ve tedavilerinin ev ortamında ve yeterli tıbbi bilgisi olmayan yakınları tarafından karşılanamayacağı açıktır. Bu açıdan evde bakım hizmetleri ve palyatif bakım konseptinin gelişimi umut verici olmakla birlikte henüz yeterli denilebilecek seviyenin altındadır (**Komurcu, 2011**). Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı palyatif bakımı 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul etmiş ve

2010'lu yılların başında Palya-Türk Projesi adı altında palyatif bakım çalışmalarını başlatmıştır. 2011 yılında Palya-Türk Projesi öncesinde Türkiye'de toplam 10 (Üniversite 7, Sağlık Bakanlığı 2, özel 1) adet palyatif bakım merkezi bulunmaktaydı. Palya-Türk projesi aile hekimliği üzerine kurulu ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezileri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olarak planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, STK'lar ve gönüllüler projenin bileşenleridir. Proje kapsamında palyatif bakım hizmetlerinin üç farklı seviyede verilmesi amaçlanmıştır. Palyatif Bakım hizmetlerinin kapsamı aşağıdaki gibi özetlenebilir. Yönerge, Palyatif Bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması, Palyatif Bakım bilincinin geliştirilmesi, Palyatif Bakım hizmetlerinin aşamalı olarak 2023 yılına kadar yaygınlaştırılması, Palyatif Bakım alanında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, Palyatif bakım ihtiyacı duyan tüm hastaların bu hizmeti almasının sağlanması amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Türk Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı Kanser Dairesi'nin verilerine göre Palyatif Bakım yatak sayısı 1400'ü geçmiş, yeni açılacak yerlerle yakın hedef 3000 olması planlanmaktadır (**Gültekin, 2015**).

Buna karşın Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanelerin 2006 yılında %30'unda palyatif bakım ünitesi var iken son yıllarda bu oran %50'lere ulaşmıştır (**Meier, 2006; Manjiani 2014**). Diğer taraftan kanser hastalarının özellikle ağrı tedavisi erişimi ile ilgili olarak konuyu daralttığımızda pek çok alt başlık önümüze çıkmaktadır. Örneğin hekim açığı var denilerek tıp fakültesi kontenjanlarının on yıl öncesine nazaran neredeyse üç katına çıkarılması ve bunun yeterli eğitici ve fizik ortam şartlarının hiç arttırılmadan yapılması mevcut tıp eğitiminin kalitesini ciddi anlamda aşağı çekmektedir. Bu da konumuza dönersek zaten ciddi bilgi ve beceri eksikliği olan kanser ağrısı konusunda eksikliğin daha da derinleşmesi ve bu alanda tedaviye ulaşımı hepten bozmasına neden olacağı endişesini ortaya çıkarmaktadır. Diğer taraftan Algoloji'nin yan dal olarak kabulü sonrası, yandal eğitimi alan uzmanlar mecburi hizmet kapsamında bu alanda hiç bir altyapısı olmayan merkezlere atanmakta ve bu da zaten az sayıda hekimin uğraş verdiği bu alanda hastanın hekime ulaşımını kısıtlamakta, verimliliği azaltmakta ve hastalara verilen algoloji hizmetinin

niteliğinde ve niceliğinde ciddi eksikliklere neden olmaktadır. Bu konu ile alakalı olarak son yıllarda hayatımıza giren ve korkutucu örneklerini gördüğümüz malpraktis davaları alanında da hekimi koruyan ciddi düzenlemelerin yapılmaması ağrı ile ilgilenen hekimlerin de özellikle invaziv girişimlerden çekinmesine ve uygulamamasına neden olabilmektedir. Vurgulanması gereken bir diğer nokta ise kanser hastalarında ağrı tedavisinin ana omurgasını oluşturan opioid türevi ilaçların içerik ve verilmiş yolu açısından oldukça kısıtlı içerik sunmasıdır. Özellikle Batılı ülkelerde bu alanda pek çok farklı preparat, pek çok farklı formda hekimlerin kullanımına sunulmakta ve ilgili etki-yan etki profiline göre pek çok tedavi alternatifinin hekimce uygulanabilmesine imkân sağlamaktadır. Ayrıca ilaç fiyat politikası nedeniyle oldukça düşük kâr getiren ve buna karşılık yeşil-kırmızı reçete uygulamalarındaki hatalar nedeniyle ciddi yasal sorunlar ile karşı karşıya kalma korkusu yaratan morfin türevi opioidlerin eczaneler tarafından temini konusunda pek de istekli olunmamasına yol açmaktadır.

Opioidlerin üretim ve tüketimleri uluslararası ve ulusal düzeyde kontrol ve kısıtlama altına alınmıştır. Türkiye’de narkotik madde kullanımı 2313 no’lu Kanun’la düzenlenmiştir (1933 tarihli). Daha sonra genelgelerle kırmızı reçete uygulaması ve reçete edilebilecek dozlar belirlenmiştir.

Bu reçetelerin temini için İl Sağlık Müdürlüğü’ne dilekçe, nüfus cüzdanı fotokopisi reçete bedeli ödendiğini gösterir dekont, faaliyette bir kurum içerisinde bulunduğunun teyit edilmesi gibi bir dizi işlem gerekmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 1985**). Bu uygulamalar opioid reçete etmekte ciddi bir isteksizlik oluşturmakta ve caydırıcı rol oynamaktadır. Reçeteye yazılan ilaç miktarları ve kullanım süreleri ile ilgili de kısıtlamalar mevcuttur (**Sağlık Bakanlığı, 1986**). Bu kısıtlamalar hasta ve hasta yakınlarının eczaneye sıkça gitmesini gerektirmektedir. Doz ihtiyacı artan hastanın tedavi yönetimini olumsuz etkilemektedir. Örnek olarak; S.B. İlaç ve Ecz Gen. Müd / 06.08.2009 / 47 No’lu genelgesi ile Transdermal fentanille ilgili olarak 100 mcg üzerinde kullanım ihtiyacı olan hastalar için hastanın klinik toleransı ve ağrı kontrolüne bağlı olarak 400 mcg/72 saat aşılması şartıyla, gerekçeyi belirtir 3 hekim imzalı bir rapora istinaden kansere bağlı ağrıların kontrolünde bir kırmızı reçeteye sadece 15 günlük gerekli doz yazılabilmekte ve reçete, aksi gerekçeli raporla belirtilmedikçe 10 günden önce tekrarlanamaz hükmü bulunmaktadır.

Buna benzer bir diğer sorunda narkotiklerin rapor çıkarılmasına rağmen sadece çok kısıtlı miktarda yazılabilmesine bağlı olarak hastaların sık sık reçete yazdırmaya gelmek zorunda kalmalarıdır. Elbette yeşil-kırmızı reçetenin kontrole tabi olması bir gerekliliktir ancak aşırı kontrol caydırıcı ve eziyetli olabilmektedir. Bu açıdan ilgili mevzuatın pratikleşmesi kanser hastaları açısından faydalı olabilir.

Dünyada üretilen opioidlerin çoğunun hammaddesi ülkemizde üretilmesine karşın ülkemizde çok sınırlı sayıda opioid mevcuttur (**Komurcu, 2011; University of Wisconsin-Madison Pain Policy Studies Group, 2013**). Hem uzun etkili hem de kaçak ağrıda kullanılan kısa etkili opioid miktarında ciddi yetersizlik vardır. Var olanların bir kısmı ise geri ödeme kapsamına alınmamıştır (**Cleary, 2013**). Örneğin şu an Türkiye’de var olan ve yerli bir ilaç firması tarafından Hacettepe Üniversitesi ile birlikte ve Sağlık Bakanlığının desteği ile üretilen tek oral morfin geri ödeme kapsamı dışındadır. Hükümetin uyguladığı ücret politikaları ve bürokratik engeller opioid ithalatının önündeki engelleri oluşturmaktadır (**Cleary, 2013; Özgül, 2012**).

ATOME (The Access to Opioid Medication in Europe) projesi Avrupa’da opioid ilaçlara erişimi sağlamayı amaç edinmiştir. Bu proje, şiddetli ve orta düzeydeki ağrılar ve opioid bağımlılığının tedavisi için opioid ilaçlarının bulundurulmaması veya uygun durumda kullanılmamasının nedenlerinin araştırılmasına aracı olmaktadır. Bu ilaçların 12 Avrupa ülkesinde yeterince kullanılmamasının nedenlerini araştırıp saptamak, kontrole tabi ilaçların erişimi, bu ilaçların bulunabilirliği ve bütçeden karşılanabilirliğini tesis etmek üzere her ülkenin yapısına uygun olarak yapılmış önerileri ayrıntılandırarak hükümetlere, sağlık çalışanlarına, diğer kilit noktadaki karar verici organlara ve topluma yol göstermeyi hedeflemiştir. Oniki Doğu Avrupa ülkesi; Estonya, Letonya, Litvanya, Polonya, Slovakya, Macaristan, Slovenya, Sırbistan, Bulgaristan, Yunanistan, Kıbrıs ve Türkiye’dir. Bu ilaçlara erişimi arttırmak, bu ülkelerdeki yasal engelleri tanımak ve kaldırmak için politika yapıcılar, doktorlar, üniversiteler ve sivil toplum örgütleri ile yakından çalışmayı ortak platformlar ile işbirliğini arttırmayı hedeflemiştir. ATOME çalışmalarına Aralık 2009 yılında başlamış olup 2015 yılına kadar da devam edecektir (**ATOME mevzuat raporu, 2013**).

Sonuç olarak kanser hastalarının sayıları hızla artmakta ve yeni tıbbi tedaviler ile sağkalım süreleri de uzamaktadır. Diğer taraftan hastaların çoğu

hastalığın erken veya geç döneminde şiddetli ağrılar ile karşılaşmaktadır. Günümüz tıbbında yaşam süresini uzatmanın yanında belki de daha önemli olarak karşımıza çıkan kavram ise hayat kalitesidir. Kanser hastalarının ağrılılarıyla baş etmeleri açısından tedaviye ulaşmalarının önündeki engeller yukarıda özetlemeye çalıştığımız gibi çok çeşitlidir. Bu engellerin aşılması yoluyla etkili ve yeterli bir ağrı tedavisi olarak kalan hayatlarını kaliteli yaşamak tüm son dönem kanser hastalarının hakkıdır.

Kaynaklar

ATOME (2013) *Mevzuat İncelemesi Türkiye Ülke Raporu. Opioid ilaçların erişilebilirliğini ve bulunabilirliğini artırmaya yönelik mevzuat önerileri*, 2013.

Breivik H, Cherny, N., Collett, F. (2009) *Cancer-related pain: a pan European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes*. *Ann Oncol*, 20, 1420-33.

Cleary, J, Silbermann, M., Scholten, W., Radbruch, L., TorodeJ, Cherny N.I. (2013) *Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in the Middle East: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)*. *Annals of Oncology* 24 (Supplement 11): xi51-xi59.

Coyle, N, Layman-Goldstein, M. (2007) *Pharmacologic management of adult cancer pain*. *Oncology (Williston Park)*, 21(2): 10-22.

Davis, M.P., Walsh, D. (2004) *Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control*. *AmJ Hosp Palliat Care* 21:137-42.

Komurcu, S. (2011) *Current Status of Palliative Care in Turkey*. *J Pediatr Hematol Oncol*, 33, (1), (1):S78-80

Meier DE. (2006) *Palliative care in hospitals*. *J Hosp Med. Jan;1(1): 21-8.*

Manjiani, D., Paul, D.B., Kunnumpurath, S., Kaye AD, Vadi-velv, N. (2014) *Availability and Utilization of Opioids for Pain Management: Global Issues*. *The Ochsner Journal* 14:208-215.

Massie, MJ. (2004) *Prevalence of depression in patients with cancer*. *J Natl Cancer Inst Monogr*, (32):57-71.

Özgül, N., Koç, O., Gültekin, M. (2012) *Opioids for Cancer pain: Availability, Accessibility and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Turk Project*, *Annals of Oncology*, 23: 72-4.

Pirl, W.F. (2004) *Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients*. *J Natl Cancer Inst Monogr* (32):32-9.

Reid, C.M., Forbes, K. (2007) *Pain in patients with cancer: still a long way to go*. *Pain* 132:229-30.

Ripamonti CI, Bandieri, E., Roila, F; (2011) *ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines*. *Ann Oncol*, 22 (6): 69-77.

Rise, A.S. (2008) *Clinical pain management (2nd edition). Ethical issues in cancer pain management: 93-99.*

Sağlık Bakanlığı (1985) 5768 numaralı Kontrola tabi uyuşturucu madde ve müstahzarların reçeteleri hakkında genelge, Tarih: 29.5.1985.

Sağlık Bakanlığı (1986) 2677 numaralı Psikotrop ilaç reçeteleri hakkında genelge, Tarih: 2.1.1986.

University of Wisconsin-Madison, Pain Policy Studies Group: *Improving global pain relief by achieving balanced access to opioids worldwide, reports in 2013.*

Van den Beuken-van Everdingen M.H.J., De Rijke JM, Kessels AG. *Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years*. *Ann Oncol*, 18, 1437-49.

Von Roenn J.H., Cleeland C.S., Gonin, R., et al. (1993) *Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group*. *Ann Intern Med*, 119, 121-6.