

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GERİATRİK KANSER HASTALARINDA AĞRI VE KAYGI  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Ezgi MUTLUAY  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

MERSİN-2012

MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRLİK ANABİLİM DALI

**GERİATRİK KANSER HASTALARINDA AĞRI VE KAYGI  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Ezgi MUTLUAY  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Sabire YURTSİVER

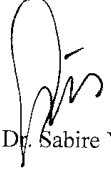
TEZ NO: 223

MERSİN 2012

**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan **“Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışma, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 28.08.2012



Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkanı



Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

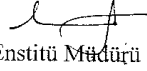


Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIÖK

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28.08.2012. tarih ve ...20.12/23.7.... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.



Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU

## TEŞEKKÜR

Mesleki gelişimimde büyük katkısı olan, çalışmamın planlanmasını, yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek olan sevgili hocam ve değerli danışmanım Sayın **Doç. Dr. Sabire YURTSEVER**'e,

Yüksek lisans öğrenim sürecimde, akademik bilgi ve tecrübeleri ile destek olan sevgili hocalarım, Sayın **Yrd. Doç. Dr. Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ**'a ve Sayın **Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK**'a,

Tez çalışmam sırasında istatistiksel verilerimi yorumlamada bana yardımcı olan, değerli hocam, Sayın **Dr. Semra ERDOĞAN**'a,

Hayatımın her aşamasında bana güvenen, yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem **Seher MUTLUAY**, sevgili babam **Ramazan MUTLUAY**, canım kardeşim **Ece MUTLUAY**'a,

Çalışmam süresince benden yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım **Şeyda BİNAY**, **Ebru YILDIZ**, **Ulviye ÖZCAN**, **Ayşegül YİRİK** ve **Şenay ŞERMET**'e,

Çalışmamı kurumlarında yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne,

Çalışmamı yürüttüğüm dâhiliye ve onkoloji servislerinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	vii
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	ix
<b>ÖZET</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Yaşlılık.....	5
2.2. Yaşlanma ve Kanser .....	6
2.3. Ağrı .....	7
2.3.1. Ağrı Kavramı ve Tanımı.....	7
2.3.2. Ağrının Özellikleri.....	9
2.3.3. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler.....	10
2.3.4. Ağrının Sınıflandırılması.....	12
2.3.4.1.Ağrının Süresine Göre Sınıflandırılması.....	12
2.3.4.1.1.Akut Ağrı.....	12
2.3.4.1.2.Kronik Ağrı.....	12
2.3.4.1.3. Sürekli Ağrı.....	12
2.3.4.2.Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması.....	13
2.3.4.2.1.Somatik Ağrı.....	13
2.3.4.2.2.Visseral Ağrı.....	14
2.3.4.2.3.Sempatik Ağrı.....	14
2.3.4.3. Ağrının Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Sınıflandırılması.....	14
2.3.4.3.1.Nosiseptif Ağrı.....	14

2.3.4.3.2.Nöropatik (Nonnosiseptif) Ağrı.....	14
2.3.4.3.3.Psikojenik Ağrı.....	15
2.3.4.3.4.Deafferentasyon Ağrı.....	15
2.3.4.3.5.Reaktif Ağrı.....	15
2.3.4.4. Ağrının Etiyolojik Faktörlere Göre Sınıflandırılması15	
2.3.5. Kanser Ağrısı.....	15
2.3.5.1. Kanser Ağrısı Sendromları.....	17
2.3.5.2.Kanser Ağrısını Etkileyen Faktörler.....	19
2.3.5.3. Kanser Ağrısı ile Başetme Yöntemleri .....	20
2.3.5.3.1.Farmakolojik Yöntemler.....	20
2.3.5.3.1.1.Opioid/Narkotik Olmayan Analjezikler.....	21
2.3.5.3.1.2. Opioid/Narkotik Analjezikler .....	21
2.3.5.3.1.3. Adjuvan Analjezikler.....	22
2.3.5.3.2.Nonfarmakolojik Yöntemler.....	22
2.3.5.3.2.1. Mekanik Girişimler.....	23
2.3.5.3.2.2. Kognitif-Davranışsal Teknikler.....	24
2.3.5.4.Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi.....	25
2.3.5.4.1.Ağrı Değerlendirmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar.....	27
2.3.5.4.2.Kanser Ağrısının Değerlendirilmesinde Ölçek Kullanımı.....	28
2.3.5.5. Ağrısı Olan Yaşlı Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı.....	29
2.4. Kaygı (Anksiyete) Kavramı.....	32
2.4.1. Kaygı Çeşitleri.....	33
2.4.1.1.Durumluk Kaygı.....	33
2.4.1.2. Sürekli Kaygı.....	34
2.4.2.Kaygı Düzeyleri.....	35
2.4.3.Kaygı Nedenleri.....	36
2.4.4. Kaygı Belirtileri.....	37
2.4.5. Kaygı ve Yaşlılık .....	37

2.4.6. Kaygı ve Kanser .....	38
2.4.7. Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ile Kaygı Arasındaki İlişki...	40
2.5. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	42
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>43</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri .....	43
3.3. Araştırmanın Evreni.....	44
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	44
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
3.6. Verilerin Toplanması.....	45
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	45
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	45
3.6.1.2. Mc Gill Ağrı Soru Formu (MASF).....	46
3.6.1.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI).....	47
3.7. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması.....	48
3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	49
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>50</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>103</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>121</b>
6.1. Sonuçlar.....	121
6.2. Öneriler.....	124
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>125</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>143</b>
EK- 1. Veri Toplama Formu.....	143
EK -2. Mc Gill Ağrı Soru Formu (MASF).....	152
EK- 3. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği.....	154
EK -4. Mersin 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı .....	155
EK- 5. Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları.....	157
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>160</b>

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 2.1.</b> Akut, Kronik Ağrı ve Kanser Ağrısının Özellikleri.....	13
<b>Çizelge 2.2.</b> Ağrıyı Yönetiminde Kullanılan Mekanik, Davranışsal Teknikler.....	23
<b>Çizelge 2.3.</b> Kanserle İlişkili Ağrının Psikososyal Spiritüel Alanlarındaki Anahtar Bileşenleri.....	40
<b>Çizelge 3.1.</b> MASF'nun Alt Boyutları, Soruların Numaraları, Puan Aralıkları, Minimum - Maksimum Değerleri.....	47
<b>Çizelge 4.1.</b> Hastaların MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Minimum-Maximum Değerleri.....	51
<b>Çizelge 4.2.</b> Hastaların McGill Ağrı Soru Formuna Göre Ağrı Özellikleri.....	52
<b>Çizelge 4.3.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları.....	53
<b>Çizelge 4.4.</b> Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	61
<b>Çizelge 4.5.</b> Hastaların Yaşlılığı ve Hastalıklarını Algılama Durumlarına Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	63
<b>Çizelge 4.6.</b> Uygulanan Tedavilerin Dağılımı.....	65
<b>Çizelge 4.7.</b> Hastalara Uygulanan Kemoterapi Kür Sayısı ve Radyoterapi Işın Sayılarının Dağılımı.....	65
<b>Çizelge 4.8.</b> Hastaların Radyoterapi/Kemoterapi Nedeniyle Yaşadıkları Semptomlara Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	67
<b>Çizelge 4.9.</b> Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	73
<b>Çizelge 4.10.</b> Ağrı Tedavisine Yönelik Uygulanan Analjeziklerin Dağılımı.....	82



<b>Çizelge 4.11.</b> McGill Ağrı Soru Formuna Göre Ağrıyı Arttıran ve Azaltan Faktörler.....	83
<b>Çizelge 4.12.</b> Ağrının Giderilmesi İçin Alınan Önlemler.....	84
<b>Çizelge 4.13.</b> Hastaların Ağrıya Yönelik Aldıkları Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	85
<b>Çizelge 4.14.</b> Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	90
<b>Çizelge 4.15.</b> Hastaların Ağrıya Bağlı Sosyal Faaliyetlere Katılma, Yaşamdan Zevk Alma ve Diğer İnsanlarla İlişkilerinin Etkilenme Durumu.....	100
<b>Çizelge 4.16.</b> Hastaların McGill Ağrı Soru Formu Total ve Alt Ölçek Puanları İle Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Ölçek Puanları, Bu Puanların Birbirleriyle Korelasyonu.....	101

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GYA:** Günlük Yaşam Aktivitesi

**IARC:** Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu

**IASP:** International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı)

**ISNCC:** The International Society of Nurses in Cancer Care (Uluslararası Kanser Bakım Hemşireleri Birliği)

**MASF:** Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

**NSAİİ:** Nonsteroid Antienflamatuar İlaç

**SEER:** Surveillance Epidemiology and End Results

**STAI:** State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri)

**STAI-I:** Durumluk Kaygı Envanteri

**STAI-II:** Sürekli Kaygı Envanteri

**WPD:** World Population Data (Dünya Nüfus Verileri)

## ÖZET

### Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Bu çalışma, geriatrik kanser hastalarının ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma kapsamına, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Dahiliye I Servisi, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Mersin Devlet Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi, Tıbbi Onkoloji Servisi ve Radyasyon Onkoloji Servislerinde yatan ve tedavi alan 65 yaş ve üzeri 106 hasta alınmıştır.

Araştırmanın verileri, 65 yaş ve üzerindeki bireyleri tanıttıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların ağrı özelliklerini belirlemek amacıyla “McGill Ağrı Soru Formu” ve hastaların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılarak toplanmıştır.

Elde edilen veriler, SPSS 11.5 paket programında student t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi olarak  $p<0.05$  alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 70,16 olup, %79,2'si 65-74 yaş arasında idi. Hastaların %54,7'sinin erkek, %82,1'inin evli, %55,7'sinin okuryazar/ilköğretim mezunu, %83,0'ının herhangi bir işte çalışmadığı, %63,2'sinin eşi ile birlikte yaşadığı ve %56,6'sının gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Hastaların %48,1'inin hastalık süresinin bir yıldan az olduğu, %62,3'ünde başka bir kronik hastalık bulunduğu, %57,5'nin ağrının en kötü halini “dayanılmaz” olarak ifade ettiği, %55,7'sinin “günde birçok kez” ağrı yaşadığı, %90,6'sının ağrı tedavisi aldığı ve tümünün deneyimledikleri ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilediği belirlenmiştir. Araştırmada hastaların ağrı sıklıkları ile durumluk sürekli kaygı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

Geliri giderine eşit olan, hastalık süresi beş yıldan fazla olan, kendini “çok hasta” olarak algılayan, kemoterapi/radyoterapi nedeni ile “ sık sık” ya da “bazen” bulantı – kusma yaşayan, gün içinde “sürekli” ağrı deneyimleyen, ağrıyı gün içinde “öğle ve öğleden sonra” ya da “sabah ve akşam” daha çok deneyimleyen, ağrıyı “hem derinde hem de yüzeyde” hisseden, ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemlerin etkili olmadığını ifade eden, ağrı nedeniyle GYA'lerinden beslenme, hareket, giyinme, yemek, ev / bahçe işleri ve uyku aktiviteleri “çok” etkilenen, banyo, el-yüz yıkama, boşaltım aktiviteleri “orta” derecede etkilenen hastaların McGill Ağrı Soru Formu ölçek toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kemoterapi/radyoterapi nedeni ile “sık sık” iştahsızlık ve “sık sık” diyare-konstipasyon yaşayan, gün içinde “sürekli” ağrı

deneyimleyen, ağrıyı gün içinde “sabah ve akşam”deneyimleyen, ağrıyı “hem derinde hem de yüzeyde” hisseden, ağrı nedenini hastalık ve kader olarak tanımlayan, ağrı kontrolüne ilişkin bilgi alan, ağrı kontrolüne ilişkin bilgiyi doktor, hemşire ve aileden alan, ağrı nedeniyle GYA’lerinden beslenme, hareket, ev / bahçe işleri ve ziyaret etme aktiviteleri “çok” etkilenen, banyo, boşaltım, giyinme aktiviteleri “orta” derecede etkilenen hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, kanser, ağrı, kaygı

## **ABSTRACT**

### **Determination of Correlation Between Pain and Anxiety Levels at Patients With Geriatric Cancer.**

**This study aims to determine correlation between pain and anxiety levels at patients with geriatric cancer in a descriptive way.**

**The study is included by 106 hospital patients who are 65-years-old and over treated at Internal Medicine 1 of Mersin University Health Research and Training Center Outpatient Chemotherapy Unit, Mersin State Hospital Outpatient Chemotherapy Unit, Medical Oncology Service and Radiation Oncology Service.**

**The study data is collected by “Personal Information Form” which includes descriptive characteristics of 65-years-old and over individuals, “McGill Pain Questionnaire Form” which includes pain features of patients and “State and Trait Anxiety Inventory” which includes the anxiety levels of patients.**

**The obtained data is evaluated with student t test, one way ANOVA test and Pearson correlation test at SPSS 11.5 package programme. Mean and standard deviation values are used as descriptive statistics. Statistical significance level is determined as  $p < 0.05$ .**

**Seventy nine point two percent of the patients included in the study are between 65-74 years old and the mean age of them is 70,16. It is determined that 54,7% is male, 82,1% is married, 55,7% is literate/elementary school graduate, 83,0% is unemployed, 63,2% lives with his/her partner and 56,6 % has low income.**

**Also, it is concluded that disease duration of 48,1% is less than one year, 62,3 % has another chronic illness, 57,5% stated that the worst state of illness as unbearable, 55,7% is exposed to pain ‘several times in a day’, 90,6% is under pain treatment, and pain affects all of them in a bad way in their daily activities.**

**In the study it is determined that there is a meaningful and positive relationship between the frequency of pain and permanent anxiety level of patients.**

**The scale total score mean of McGill Pain Questionnaire Form of the patients who have equal income and expenditure, whose disease duration are more than five years, who define themselves as ‘very sick’, who ‘frequently’ or ‘occasionally’ suffer nausea-vomiting because of chemotherapy/radiotherapy, who experience frequent pain in a day, who experience more pain ‘at noon and afternoon’ or ‘in the morning and evening’, who feels the pain ‘both superficially and profoundly’, who expresses that the precautions against pain control is deficient, who affected ‘much’ in daily life activities such as nutrition, mobility, dressing, food, gardening, housekeeping and sleeping and who affected**

**‘moderately’ in bath, hand-and-face washing and elimination is significantly high (p<0,05).**

**The scale total score of State and Trait Anxiety Inventory of the patients who ‘frequently’ experience lack of appetite and diarrhea-constipation, who experience the pain ‘permanently’ in a day, who experience the pain ‘in the morning and evening’, who feel the pain ‘both superficially and profoundly’, who defines the reason of the illness as destiny and illness, who get information related to pain control, who get the information related to pain control from the doctor, the nurse and the family, who affected ‘much’ in daily life activities such as nutrition, mobility, gardening, housekeeping and visiting and who affected ‘moderately’ in bath, dressing and elimination is significantly high (p<0,05).**

**Keywords: Old, Cancer, Pain, Anxiety.**

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi, ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi, gelişen yaşam koşulları genel nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasına yol açmış ve dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmiştir (1, 2). Yaşlanma; her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süreğen, organizmada zaman içerisinde ortaya çıkan geri dönüşsüz, yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümüdür (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1998 yılı raporuna göre 1975 yılında doğumdan itibaren 59 yıl olan yaşam beklentisinin, 1995 yılında 65'e yükseldiği ve 2025 yılında 73 yıla ulaşacağı bildirilmiştir (3, 4).

Türkiye'de de yaşlı nüfus yıllar içinde artma eğilimi içinde olmuştur. 2010 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları'na göre yaklaşık 73,5 milyon kişinin, 5 milyon 300 binini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır (5, 6). Ayrıca; yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının 2025 yılında %16,0'a, 2050 yılında ise %30,0'a yükseleceği tahmin edilmektedir (3, 5).

Görüldüğü gibi son yıllarda dünyada yaşlı nüfusu ve ortalama yaşam süresi giderek artmaktadır (7). Ancak, yaşam süresinin artması kronik hastalıkların da artmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıklara baktığımızda Türkiye'de ve dünyada kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı kanser almaktadır (8). Tüm kanser vakalarının %50'si 65 yaş üzerinde görülmekte ve 65 yaş üzeri ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyak nedenlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (9). Yapılan bir araştırmada da 65 yaş üzerindeki kişilerde kanser gelişme olasılığının daha genç olanlara göre on kat daha fazla olduğu bulunmuştur (10).

Yaşlılıkla birlikte kanser görülme sıklığının ve kanser mortalitesinin artmasının nedeni yaşla birlikte gerçekleşen hücresel ve moleküler değişimlerdir. Beklenen yaşam süresi uzadıkça dokuların mutajen etkilere uğrama olasılıkları artmakta ve bu da kanser oluşumuna ortam hazırlamaktadır (11). Kanser mortalitesine baktığımızda ise kanserlerin yaklaşık %17'sinin 55 yaşından sonra artış gösterdiği görülmüştür (12). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde de tüm kanserlerin %60'ının ve kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %70'inin 65 yaş ve üzeri bireylerde meydana geldiği bildirilmiştir

(13). Ayrıca, Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) verilerine göre ABD’de kanser prevalansı 65 yaş altında 100.000’de 207.4 iken, 65 yaş ve üstünde bu 100.000’de 2163.9 olduğu belirtilmektedir (14).

Görüldüğü gibi dünyada ve Türkiye’de kanser tanısı alan bireylerin sayısında artış olmaktadır. Hem kanser tanısı almak, hem de eşlik eden birçok semptom bireyleri biyo-psiko-sosyal yönden etkileyerek, yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır. Bu semptomların başında ise “ağrı” şikâyeti gelmektedir. Kanser hastasında ağrı, hastanın yaşam kalitesini bozabilmekte, umutsuzluğa neden olarak hastalıkla baş edebilmesini güçleştirebilmektedir (15). Yapılan araştırmalara göre kanser hastasında ağrı olasılığı hastalığın tanı aşamasında %28, aktif antikanser tedavi döneminde %50-70, ileri dönemde %64-80 olarak bulunmuştur (16-18). Ayrıca, yaklaşık olarak her üç kanser hastasından birinin ağrı yaşadığı, yeni kanser tanısı alan hastaların %25’inin, tedavisi yapılan hastaların %33’ünün, metastazı olan hastaların %50’sinin ve ileri evre kanser hastalarının %90’dan fazlasının ağrı deneyimlediği tahmin edilmektedir (16-19). Kanser ağrısı; tümör ve tümöre bağlı gelişen vücuttaki yapısal değişiklikler (%62-78), tedaviler (%19-25), kanserle ilişkili olmayan faktörler (%3-10), hareketsizlik, inflamasyon, sinirlerin baskı altında kalması, etkilenen organa kan desteğinin azalması ya da engellenmesi nedeniyle görülebilmektedir (18-20).

Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komisyonu ağrıyı “azaltılmadığı zaman fizyolojik ve psikolojik karşıt etkileri olan yaygın bir deneyim” olarak tanımlamaktadır (21). Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı ise hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir. Bu nedenle ağrı kognitif, motivasyonel, affektif, davranışsal, psikolojik ve fiziksel boyutları içermektedir (22). Özellikle, orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu belirlenmiştir (23, 24). Won ve ark. (25)’nin bakım evlerinde yaptığı çalışmada; yaşlıların % 26,3’ünün ağrısının olduğu, günlük ağrı ile kötü/zayıf yaşam kalitesi göstergeleri arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Ağrının bilişsel öğeleri bireyin hastalığına bağlı ortaya çıkan semptomlara verdiği anlamı, hastanın ağrısını kontrol altına alamayacağı düşüncesi ve bireyin geleceğine ilişkin kaygılarını içine alır (26). Ahles ve ark. (27) çalışmalarında, ağrılarının sebebini hastalıklarının ilerlemesi olarak gören kanser hastalarının depresyon



ve kaygı düzeylerinin, ağrılarını hastalığın ilerlemesi olarak görmeyenlere göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Spiegel ve Bloom (28)'un çalışmalarında: metastatik meme kanseri olan hastaların, ağrıları olduğunda hastalıklarının ilerlediğini düşünmelerinin, ağrı derecesini etkileyen önemli bir etken olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu bireylerin depresyon ve kaygı puanları, bu şekilde düşünmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (28).

Bilindiği gibi kanser tanısı, yaşamı tehdit eden, süregelen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorun olması nedeniyle bu tanıyı almış bireylerde en önemli anksiyete nedenidir (29,30). Bu nedenle kanser hastalığı psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli yüksek olan, ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır (31, 32).

Anksiyete/ kaygı ise, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten veya dıştan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur (33). Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakta, hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk ve keder yaşanmasına sebep olmaktadır (34). Yaşlı kanser hastalarında kanser tanısına ek olarak yaşlanmaya bağlı biyolojik, fizyolojik ve psikolojik işlevlerde gerilemenin ve yetersizliklerin ortaya çıkması, iş veriminin azalması, günlük yaşam işlevlerindeki bağımlılık düzeyinin artması, hastaneye yatma ve ölümcül bir tanıya sahip olma nedeniyle bireyde ölüm korkusu başlıca kaygıya neden olan durumlardır (35, 36). Kanser tanısı ve tedavilerine yanıt olarak ortaya çıkan ve sıklıkla göz ardı edilip, tedavi edilmeyen bir semptom olan anksiyete, hastalığın ilerlemesi, uygulanan tedavilerin yan etkileri sonucu ve ağrı sıklığının/şiddetinin artması ile de artış göstermektedir (29, 37).

Anksiyetenin kanser hastalarındaki insidansının %50'nin üzerinde olduğu ve kanser hastalarının yaklaşık %30'unda kronik anksiyetenin mevcut olduğu belirtilmektedir (38). Strang ve Qvarner (39) da kansere bağlı ağrı yoğunluğunun anksiyete ve depresyon bildirimini, fiziksel ve sosyal fonksiyon alanlarında bozulmalar ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişiklikler, hastalarda ağrının algılanmasını ve yaşlı bireylerin ağrıyı tanımlama yeteneklerini etkilemektedir (23, 24). Yaşlı kanser hastalarında ağrı, yönetimi ve tedavisi oldukça zor bir sorundur. Yaşlılarda kanser ağrısı ile ilgili tahminler sınırlı olmakla birlikte, bir çalışmada huzurevine kabul edilen kanser hastalarının ağrı prevalansının %30 olduğu görülmüştür (40). Kanser tanısı alan bireylerde ağrının kontrol altına alınamaması hastanın fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmesine, sosyal iletişiminin ve yaşam kalitesinin bozularak bir kısır döngüye girmesine sebep olmaktadır.

Görüldüğü gibi kanser hastalarında özellikle de yaşlı popülasyonda ağrı, bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemekte bireyde, korku, öfke ve anksiyeteye neden olmaktadır. Ancak; ağrının kontrol altına alınması ile bireylerin korku ve anksiyetesinin azalabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bireylerin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spirüüel iyilik hallerinin sürdürülmesinde ve yaşam kalitelerinin artmasında ağrının kontrol altına alınması oldukça önemlidir. Bu konuda hasta ile en çok birlikte olan ve hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi ve bakımından sorumlu olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin kanıt temelli uygulama yapmasında bu konunun araştırılması son derece önemlidir. Ayrıca yapılan çalışmalarda yaşlı kanser hastalarının ağrı ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar sınırlıdır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, geriatric kanser hastalarının, ağrı ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi, bu bireylerde ağrı ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Yaşlılık

Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fiziksel ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak değerlendirilmekte olup, yaşam sürecinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal bir evresidir (41, 42). DSÖ ise yaşlılık dönemini, kronolojik açıdan 65 yaş ve üzeri grup olarak kabul etmektedir (43).

Yaşlılık, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gündemde olan ve her geçen gün önemi daha da artan konulardan biridir. Çünkü 20. yüzyılın başlarından itibaren doğurganlık hızının düşmesi, yaşam süresinin uzaması, beslenme koşullarındaki iyileşme ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ile yaşlı nüfus dünya genelinde hem sayısal olarak, hem de toplam nüfus içindeki payı yönünden artmakta ve 21. yüzyılda “nüfus yaşlanması” ve beraberinde getireceği sorunlar dikkati çekmektedir (44, 45).

Bugün dünyada yaşlı nüfusun artış oranları incelendiğinde; 1950 yılında 60 yaş ve üzerinde bütün dünyada 200 milyon kişi yaşarken, 1970 yılında bu rakamın 291 milyona ulaştığı, günümüzde ise dünya üzerinde 60 yaşın üzerinde 600 milyon kişinin yaşamakta olduğu vurgulanmakta olup 2025 yılında ise yaşlı nüfusun 1.2 milyara, 2050’de de 2 milyara yaklaşacağı tahmin edilmektedir (5). Bu rakamlar doğrultusunda yaşlı nüfusun artış oranının, tüm nüfusun artış oranının iki katı hıza sahip olduğu ve 2025 yılında 60 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının tüm dünya nüfusunun %14’ünü oluşturacağı gerçeği de açıkça görülmektedir (46).

2010 Dünya Nüfus Verilerine (World Population Data-WPD) göre, gelişmekte olan ülkelerin yaşayan yaşlı nüfusuna baktığımızda bu oran % 6 dır. Dünyadaki yaşlıların ise % 66’sı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta olup 2050 yılında bu oranın % 80 ‘e yükseleceği düşünülmektedir. Gelişmiş batı ülkelerinin nüfus dağılımları incelediğinde ise, yaşlıların nüfusa oranının, dünya genelindeki oranların üzerine çıkmaya başladığı görülmektedir. WPD 2010 verilerine göre, gelişmiş olan ülkelerde 60 yaş ve üzerindeki nüfusun tüm nüfusa oranının %16 olduğu görülmektedir (46, 47).

Türkiyede yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasında yer

almaktadır. Türkiye’de 1950’lerden bu yana ortalama yaşam beklentisinin artması ve doğurganlık hızlarının düşmesi nedeniyle 60 yaş ve üzeri nüfus sürekli bir artış göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2009 yılı Adrese Dayalı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre ülkemiz nüfusunun %7’sini ve yaklaşık 72,5 milyon kişinin 5 milyon 80 bini 65 yaş ve üzeri nüfusu oluşturmaktadır (48). Ayrıca, ülkemizde doğumdan beklenen yaşam süresi 2007 yılı için kadında 74.2, erkekte 69.3 olurken, 2011 yılı için bu oranların kadında 77.1 ve erkekte ise 72.0 olduğu bildirilmektedir (49).

Görüldüğü gibi, tüm dünyada ve Türkiye’de insan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı bireylerin nüfusa katılım oranlarının giderek artması nedeniyle yaşlı nüfusa ilişkin sorunlar günümüzde daha fazla önem kazanmaktadır (41, 50).

## **2.2.Yaşlanma ve Kanser**

Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşlılarda kronik ve dejeneratif hastalıkların insidansı artmakta ve bu hastalıklar bireylerde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (51). Kanser, kronik hasalıklar içinde Türkiye’de ve dünyada kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (52). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedeni ölüm olduğunu tahmin etmektedir (53).

Yeni kanser vaka sayısında ve kansere bağlı ölenlerin sayısında her geçen gün artış görülmektedir (54, 55). Tüm kanser vakalarının %80’i 65 yaş üzerinde görülmekte ve 65 yaş üzeri ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyak nedenlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (9, 56). 65 yaşın üzerindeki kişilerde gençlere göre kanser insidansının 11, kanser mortalitesinin ise 15 kat daha fazla olduğu görülmüştür (57). Tüm dünyada geriatrik kanser hastalarının sayısı 2000’ de 1.3 milyon iken 2050’ de bu sayının 2,6 milyonu bulacağı, 75 yaş ve üstünde ise 2000 ile 2050 arasında üç kat daha artacağı, popülasyonun da %30’ dan, % 42’ ye çıkacağı tahmin edilmektedir (58).

Yaşın ilerlemesi ile kanser insidansının artmasının nedeni yaşam süresinin uzaması ile hücrelerin genetik, çevresel etkenlere maruz kalarak normal yapılarını yitirmesi, tümörün gelişmesi ve yeterli mutasyonun birikmesi için bireyin yeterince uzun süre yaşamasıdır. Çünkü karsinogenezis onlarca yılda tamamlanan çok basamaklı bir süreçtir (11, 59, 187). Karsinogenezin geç dönemlerine ait hücrelerin dokularda

birikimi, endokrin ve immün sistemlerdeki değişiklikler, yaşı bağlı telomeraz instabilitesi, hücrelerin apoptozis ve yenilenme yeteneğini kaybetmesi yaşlılarda kanser gelişimine yol açan mekanizmalardır (59, 60). Bu nedenle kanserin yaşla birlikte artması doğaldır.

Kanser tanısı alan hastaların fiziksel, sosyal, ruhsal fonksiyonlarını, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal iletişimlerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biri ağrıdır (61, 62).

## **2.3.Ağrı**

### **2.3.1. Ağrı Kavramı ve Tanımı**

Ağrı, her insanın yaşamının bir döneminde mutlaka deneyimlenmekte ve günümüzde beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir. Ağrıyı her bireyin farklı deneyimlemesi nedeniyle tanımlanması oldukça güç bir kavramdır. Bireysel, karmaşık, öznel ve hoş olmayan bir duygu olan ağrı, aynı zamanda bireyi profesyonel tıbbi yardım almaya zorlayan bulguların başında gelmektedir (63, 198).

Ağrı, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, davranışsal tepkilere ve otomatik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir (64). Ayrıca, fiziksel ve mental hastalıklarda, değişik şiddetlerde ortaya çıkan evrensel bir semptom olmasına karşın yönetimi de oldukça zordur.

Ağrının tarihi ise insanlık tarihi kadar eskidir. Prehistorik dönemin insanı, ağrı ve acılarını dindirmek için bazı içgüdüsel davranışlarda bulunurdu. Örneğin; ağrıyan, yaralanan organlarını dere ya da göllerin soğuk sularına daldırırlar ya da güneşte kızdırılmış taş parçalarını ağrılı bölgelerinin üzerine bastırarak ağrılarını dindirmeye çalışırlardı. Eski Yunan Uygarlığında ise atom teorisini ağrıya uygulayan Democritus (MÖ.460-362) ilk ağrı teorisinin babasıdır. Ona göre ağrı vücuttaki keskin partiküllerin, atomların normal kendi halindeki atomlara çarparak meydana getirdiği bir rahatsızlıktır. Modern tıbbın babası olan Hipokrat ise, ağrıyı vücuttaki bir dengesizlik olarak tanımlarken, Eski Roma Uygarlığında Galen, ağrının dokuların bütünlüğünün bir şekilde bozulmasına bağlı olarak bilinçte meydana gelen alt bozukluk olduğu kanısına

varmıştır (65). Görüldüğü gibi ilk çağlardan günümüze ağrı ve ağrı nedenlerine yönelik değişik tanımlamalar yapılmıştır.

Ağrı çalışma alanındaki verimliliği olumsuz yönde etkilemesi, emosyonel ve fiziksel hastalıklarla birlikte prevalansının artması sebebi ile sağlık ekibini ilgilendiren önemli bir sorundur. “Ağrı“ sözcüğünün kökeni Yunancada ceza anlamına gelen “pain” sözcüğünden gelmiş ve yıllarca tanrılar tarafından verilen ceza olarak düşünülmüştür. Latince "poena", Grekçede “poine” ve Fransızca’da “peine” anlamına gelen ağrı; ceza, intikam, işkence kelimeleri ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır. İlk çağlarda tanrı tarafından bir günahın karşılığı olarak cezalandırılma olarak kabul edilmiş, sonraları bedensel ya da zihinsel acı çekme olarak tanımlanmıştır (66).

Ağrı kavramı, pek çok araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Biyologlara göre ağrı, doku harabiyeti sonucu ortaya çıkmaktadır. Velioglu ve ark.’nın aktardığına göre Sternback, ağrıyı subjektif bir olay olarak tanımlamış, kişisel bir deneyim olduğunu, başkası tarafından paylaşılmadığını, açıklamasının bireyden bireye farklılık gösterdiğini, olası doku hasarını gösteren zararlı bir uyarın olduğunu ve organizmayı zarardan korumaya çalışan bir yanıt örüntüsü olduğunu ifade etmiştir (66). Erdine’nin aktardığına göre Merskey ise ağrıyı; gerçekte mevcut olan veya potansiyel doku hasarı ile birlikte bulunan, hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel tecrübe olarak tanımlamıştır (67,68). Bunun yanı sıra ağrının oluşumuna ilişkin birçok kuram bulunmaktadır. En çok kabul göreni Melzack ve Wall (69) tarafından ortaya atılan “kapı kontrol” kuramıdır. Bu kurama göre ağrı algılanması, sinir sistemi tarafından değiştirilebilen karmaşık algılayıcı bir deneyimdir. Cilt, organ ve dokulardan gelen duyular, ağrı biçiminde algılanmadan önce bir kapı kontrol sistemi tarafından denetime uğrarlar. Kapı kontrol mekanizması, spinal kordun arka boynuzundaki substantia gelatinosa olarak bilinen ve kapı gibi görev yapan bir grup ufak nöronun oluşturduğu bir bölgedir (66, 69, 142).

Kapı kontrol kuramına göre, deriden gelen uyarınlar spinal kordda üç değişik sisteme iletilirler. Dorsal kolon, arka boynuz santral transmisyon hücreleri (T hücreleri) ve substantia gelatinoza hücreleri. Substantia gelatinozadaki kapı hücreleri presinaptik inhibisyona yol açarlar. Bu hücreler büyük ve küçük sinir uçlarını inhibe eder. Kuvvetli uyarınlar özellikle kalın lifler üzerine etki eder. Bunlar kapı hücrelerini uyararak T hücrelerine transmisyonu etkiler. Melzack ve Wall küçük liflerin kapı hücrelerini inhibe

ettiğini, kapıyı açık tuttuğunu ileri sürmektedir. Uyarın uzadığı zaman kalın lifler adapte olmakta ve küçük lifler baskın çıkmaktadır. Küçük liflerin baskın çıkması halinde spinal korddaki kapı açılmakta T hücrelerinden yukarıya doğru akım artmakta ve çıkan yollar aracılığı ile ağırlı uyarın üst merkezlere taşınmaktadır (70, 93, 96, 106).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan ağırı tanımını, bütün dünyanın kabul ettiğı ağırı tedavisinin babası olarak kabul edilen Bonica'nın öncülüğünde 300 bilim adamının bir araya gelmesi ile 1973 yılında kurulan Uluslararası Ağırı Araştırmaları Teşkilâtı (International Association for The Study of Pain-IASP) tarafından 1979 yılında yapılmıştır (71). IASP' a göre ağırı: “ gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, hoş olmayan duyusal ve emosyonel deneyim” ve “ bir korunma mekanizması” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım ile ağırının ne kadar kompleks olaylar zinciri olduğı ifade edilmektedir. Ağırı çok boyutlu bir deneyimdir ve her kişi için özeldir. Ağırı, çocukluk çağından itibaren yaşanan deneyimler ile öğrenilir. Ağırıya karşı oluşan reaksiyon değışken olup bireylerin kişilik özellikleri, duygu durumu, etnik alt yapısı, geçmiş deneyimleri, ağırı ile baş edebilme becerisi ve ailenin tutumu gibi faktörler ile belirlenir (72-74, 141).

### **2.3.2.Ağırının Özellikleri**

Uluslararası Ağırı Araştırmaları Teşkilâtı, ağırı tanımının yıllardır geniş bir kitle tarafından kabul görmesine karşın, klinik olarak en yararlı ağırı tanımını hemşire olan Mc Caffery'nin yaptığı düşünölmektedir. Çünkü Mc Caffery' nin “ Ağırı hastanın söylediğı şeydir. Eğer söylüyorsa vardır. Ona inanmak gerekir” şeklinde yaptığı ağırı tanımını, ağırının öznel ve çok boyutlu doğasını, bireyin sözlü ve sözsüz ağırı ifadesini yeterince kapsamakta, daha da önemlisi ağırı kontrolünde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini göstermektedir (74). Ağırı, insanın bütün yaşantısını içeren ve hoşla gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznel dir. Öznel olması nedeniyle ağırının üç temel özelliğinden söz edilmektedir (67, 68, 74).

Ağırının birinci özelliğı; vücudun belli bölgesinden kaynaklanmış olmasıdır. Bu özelliğı ile ağırı, bir uyarı sistemi olarak görev yapmaktadır. Ağırının ikinci özelliğı; bireyin geçmişte yaşadıkları ile doğrudan bağlantılı olmasıdır. Çevremizdeki insanların

çeşitli ağırlı olaylara karşı davranışlarının farklı olduğu bilinmektedir. Bazıları daha dayanıklı, bazıları ise daha dayanıksızdır. Algısal ağrı eşiği adı da verilen bu durum vücudun bir özelliği olarak karşımıza çıkar. İşte bu özelliğin belirlenmesinde; insanın kültürel özellikleri, yaşam biçimi, bulunduğu çevre, aldığı eğitim, cinsiyeti, dili, dini ve diğer inançları da etkili olmaktadır. Bu özellik ülkeden ülkeye, kişiden kişiye, cinsiyetten cinsiyete ve kültürden kültüre farklılık gösterebilir. Bu nedenle insanlar ağrıyı farklı algılayabilirler. Ağrının üçüncü özelliği ise kolaylıkla ölçülemeyen, öznel ve kişisel bir duygu olmasıdır. Ağrı, başta beyin olmak üzere vücudun birçok sisteminin içine girdiği ve değerlendirildiği karmaşık bir olaydır. Bu nedenle ağrı çeken bireylerde ağrıdan kurtulma ve kaçma gibi eylemlerde bulunma, ağrının uzaması halinde ise bireylerde kişilik değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ağrı hastanın günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamaya neden olmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ise ağrının daha fazla kötüleşmesine yol açmakta ve ağrı bir kısır döngü oluşturmaktadır (67,68, 74).

### **2.3.3. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler**

Bireyin ağrı yoğunluğunun farkında olmasına “ağrı algısı” denir. Ağrının algılanması periferdeki ağrı reseptörleri ile başlar. Ağrıyı algılayan reseptörlere nosiseptörler denir. Nörolojik reseptörler olan nosiseptörler, ağırlı ve ağırlı olmayan uyarıyı ayırt edebilir. Bu reseptörler; deride, kan damarlarında, deri altı dokusunda, kaslarda, organlarda, periostta, eklemlerde ve fasyada bulunan serbest sinir uçlarıdır. Stimulasyondan sonra periferik nosiseptörler olarak bilinen afferent yollar sinirsel impulsları santral sistemine getirir (75-77). Bu nedenle ağrı nörofizyolojik bir süreçtir (78).

Ağrı algısını etkileyen faktörler yaş, cinsiyet, kültürel yapı, bireylerin önceki ağrı deneyimi ve ağrının birey için taşıdığı anlamdır. Her hastanın bu özellikleri göz önüne alınarak ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Bireyin ağrı algısını etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir:

**Yaş:** Ağrı her yaşta deneyimlenebilir. Ancak yaşlara göre ağrıya verilen tepkiler değişmektedir (79). Yaş, ağrıya dayanabilme yeteneğini etkiler. Çocuklar, alışılmamış bir şey olduğu için ağrıdan korkar ve çoğu zaman ağlayarak ona karşı bir tepki verirler.



Daha yaşlı bireyler ise ne beklenebileceğini bilebilir, ağrıyı kimseyi rahatsız etmeden, kendi içine çekilerek sessiz bir şekilde yaşayabilirler. Eti Aslan'ın postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı ve ağrı bildiriminin ise azaldığı belirlenmiştir (80).

**Cinsiyet:** Epidemiyolojik, psikofiziksel ve prevalansla ilgili çalışmalar ağrının kadınlarda daha fazla ve daha değişken olduğunu göstermektedir. Kadınlarda erkeklere oranla şiddetli, sık aralıklı ve uzun süreli ağrı şikâyetleri daha sık görülmektedir (81). Cinsiyete özgü sıklık erkeklerde %56.8, kadınlarda % 70.8' dir (82). Türkiye' de yetişkinlerde ağrı prevalansını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada da kadınların daha fazla ağrı çektikleri belirlenmiştir (83). Ağrıda cinsiyet farkının genetik, psikolojik, nöral, hormonal, anatomik faktörlerle ve yaşam tarzı ile ilgili olduğu ve kültürel farklardan etkilendiği belirtilmektedir (81).

**Geçmiş Deneyimler:** Kadın ve erkek yaşamları boyunca farklı ağrı deneyimlerine sahiptir. Geçirilmiş deneyimler ve o anki ağrıya neden olan durumun birey için anlam ve önemi ağrı algısı üzerinde son derece etkili olmaktadır. Eğer bireyin önceki deneyimleri olumsuz ise, ağrı beklenen bir durum olacak, anksiyete artacak ve anksiyetenin neden olduğu kas gerginliği mevcut ağrının şiddetini artırarak hastanın daha fazla ağrı deneyimlemesine neden olacaktır (80).

**Kültür:** İnsanlar yetiştikleri toplumun değer, yargı ve tutumlarına göre nasıl hasta olunacağını öğrenmektedirler. Bu nedenle kültürel yapı bireyin ağrı algılama eşiğini, ağrı tolerans düzeyini ve ağrı yaşadığında analjezik isteme durumunu etkilemektedir. Örneğin, Yahudiler ağrıları geçse bile ağrıdan yakınma eğilimindedirler. Amerikalılar ise ağrı yaşadıklarında duygusal tepki vermemeye çalışmakta ancak kronik ağrıda bireylerde sosyal izolasyon görülmektedir. Ayrıca ağrıya verilen tepki, kültürel alt yapının etkisindedir ve hemşire için ağrıyı objektif olarak değerlendirmek önemlidir. Bu nedenle hemşireler inilti, yüz buruşturma, aktivitelerin sınırlanması, ağrılı bölgeye basınç uygulama, ovalama gibi rahatsızlık belirtilerine karşı duyarlı olmalıdırlar. Çünkü bu davranışlar pekçok kültürde ağrı ifadesi olabilmektedir (84).

**Ağrıyı Oluşturan Durumun Anlam ve Önemi:** Ağrısının hemen azalacağına ve kısa sürede iyileşeceğine inanan bir birey, kanserde olduğu gibi yaşamı boyunca ağrı duyacağını bilen bireyden farklı tepki verme eğilimindedir. Örneğin, İkinci Dünya Savaşı' nda yaralanan askerlerle yapılan bir çalışmada, ağır yaralananların % 25' inin

ağrıdan yakındığı ve analjezik istedikleri saptanmıştır. Ancak doku hasarı askerlerinkine benzeyen, cerrahi girişim geçirmiş sivil erkeklerde ise ağrı nedeniyle analjezik isteme oranının % 80 olduğu görülmüştür (79).

Ağrının kontrol altına alınmasında, ağrı algısını etkileyen faktörlerin bilinmesi ve ağrının patofizyolojik açıdan sınıflandırılması gerekmektedir.

#### **2.3.4. Ağrının Sınıflandırılması**

Ağrı çok boyutlu bir kavram olduğu için sınıflandırması da karmaşıktır. Ağrı süresine, başladığı zamana, kaynaklandığı bölgeye, mekanizmasına, etiyolojik faktörlere göre sınıflandırılabilir.

##### **2.3.4.1. Ağrının Süresine Göre Sınıflandırılması:**

###### **2.3.4.1.1. Akut Ağrı**

Ani olarak başlayan, neden olan lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, doku hasarıyla başlayıp, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan ağrı tablosudur. Nedenine göre genellikle dindirilebilir bir ağrıdır ve ağrı nöbetleri altı aya kadar sürebilir (85, 86).

###### **2.3.4.1.2. Kronik Ağrı**

Altı aydan uzun süren ağrılardır. Ağrı yoğunluğu hafiften şiddetliye kadar değişebilir Ağrı bir saniye ya da daha kısa zamanda ortaya çıkar, yavaş yavaş saniyeler içinde artar, sürekli veya aralıklı olarak tekrarlar (70, 87).

###### **2.3.4.1.3. Sürekli Ağrı**

Daha çok kanser ve diğer terminal hastalıklarda görülen ağrı türüdür. Terminal hastalıkta hastaların rahat ettirilmesi önemlidir, bu bakımdan narkotiklere ve gerekirse

cerrahi girişimlere başvurulur (88). Akut, kronik ağrı ve kanser ağrısının özellikleri Çizelge 2.1’de gösterilmektedir (89).

**Çizelge 2.1.** Akut, Kronik Ağrı ve Kanser Ağrısının Özellikleri

<b>Akut Ağrı</b>	<b>Kronik Ağrı</b>	<b>Kanser Ağrısı</b>
Ağrının nedenleri tanımlanabilir	Nedenini bulmak zordur	Genellikle nedeni tanımlanabilir
Süresi kısadır	Birkaç aydan daha uzun sürer	Süresi değişkendir
Başlangıcı anidir		Başlangıcı çeşitlidir
İyi tanımlanır	İyi tanımlanabilir veya tanımlanamaz	İyi tanımlanabilir veya tanımlanamaz.
Sınırlıdır	Sınırlı değildir	Sınırlı değildir.
İyileşme ile ağrı azalır	İyileşme süresi boyunca kalıcıdır	İyileşme süresi boyunca kalıcıdır
Geri dönüşümlüdür	Tükenme veya kullanılmazlık	Tükenme veya kullanılmazlık
Belirti ve bulguları objektiftir	Objektif belirtileri yoktur	Objektif belirtileri yoktur.
Ağrıya anksiyete eşlik eder	Ağrıya depresyon ve yorgunluk eşlik eder	Ağrıya depresyon, yorgunluk ve anksiyete eşlik eder.
Ağrı yoğunluğu hafiften şiddetliye kadar değişebilir	Ağrı yoğunluğu hafiften şiddetliye kadar değişebilir.	Ağrı yoğunluğu hafiften şiddetliye kadar değişebilir.
Otonomik yanıtlar vardır: - Kalp hızı ↑ - Kan basıncı ↑ - Pupil dilatasyonu ↑ - Kas gerilimi ↑ - GI motilite ↑ - Tükürük salgısı ↑	Otonomik yanıtlar yoktur	Otonomik yanıtlar yoktur

**Kaynak:** Swenson CJ. Pain management. In: Otto S. Eds. *Oncology Nursing*, 4<sup>th</sup> Ed. Mosby, 2001: 865-916.

### 2.3.4.2. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması:

#### 2.3.4.2.1. Somatik Ağrı

Vücudun organlar dışında cilt, kas ve eklemlerini de içeren bütün bölgelerinde oluşan, daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Aniden başlar, keskindir ve iyi lokalize edilir. Travma ve kırık ağrıları örnek verilebilir (88).

#### **2.3.4.2.2. Visseral Ağrı**

İç organlardan kaynaklanır. Künt ve iyi lokalize edilemeyen, genellikle yayılan bir ağrıdır. Pankreas ağrısının omuza, apandisit ağrısının karına yayılması örnek verilebilir (88, 90, 91).

#### **2.3.4.2.3. Sempatik Ağrı**

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ortaya çıkan ağrılardır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar aylar sonra başlar, gittikçe şiddetini artırır. Deri hassas ve soğuktur. Damar kökenli ağrılar örnek verilebilir (88, 91).

#### **2.3.4.3. Ağrının Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Sınıflandırılması:**

##### **2.3.4.3.1. Nosisseptif Ağrı**

Nosisseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyarılar, nosisseptörlerce algılanır. Fizyopatolojik olayların nosisseptörleri uyarmasına bağlı oluşan somatik ve visseral ağrılardır (88, 92).

##### **2.3.4.3.2. Nöropatik (nonnosisseptif) Ağrı**

Periferik veya santral sinir sisteminde travma veya metabolik bir hastalığın sonucunda oluşur. Ağrı batıcı, saplanıcı, aralıklı ve kısa sürelidir. Diyabetik nöropati gibi. Nöropatik ağrı, nörolojik bir yapı veya işlevin değişmesiyle ortaya çıkar. Nöropatik ağrının nosisseptif ağrıdan en belirgin farkı, nosisseptif uyarının sürekli olması ve sorunu başlatan bir fonksiyon bozukluğunun olması sonucu sinirin mekanik olarak duyarlı hale geldikten sonra ektopik bir uyarı yaymasıdır (92).

#### **2.3.4.3.3. Psikojenik Ağrı**

Anksiyete, stres ve depresyon gibi psikişik ve psikososyal sorunların arttırdığı veya bu şekilde ifade edilen ağrılardır (88, 93).

#### **2.3.4.3.4. Deafferentasyon Ağrısı**

Periferik veya santral sinir sisteminin yaralanması sonucunda somato sensoriyel uyarıların merkezi sinir sistemine iletimi kesilir. Bunun sonucunda deafferentasyon ağrısı ortaya çıkar. Travmatik parapleji, fantom ağrısı gibi (88).

#### **2.3.4.3.5. Reaktif Ağrı**

Sürekli, künt, sızlayıcı ve derin ağrıdır. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı gibi (88).

#### **2.3.4.4. Ağrının Etiyolojik Faktörlere Göre Sınıflandırılması:**

Ağrının sebebine göre yapılan sınıflamadır. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı, artrit ağrısı ve kanser ağrısı bu grupta yer alır. Örneğin kansere, sistemik hastalıklara veya uygulanan tedaviye bağlı olarak ortaya çıkar. Ancak daha önceden var olan veya halen var olan kanser dışında bir neden de ağrıya yol açabilir (88).

#### **2.3.5. Kanser Ağrısı**

Kanser, bireyi biyo-psiko-sosyal açıdan etkileyen temel sağlık sorunlarından birisi olup hastanın yaşamını olumsuz yönde etkileyen birçok rahatsız edici semptomla yol açmaktadır (15). Bu semptomlar hastayı sadece fiziksel olarak olumsuz etkilemekle kalmayıp, psikolojik olarak da çıkmaza sokarak, hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına ve kısır döngüye girmesine neden olmaktadır. Bu kısır döngüyü sıklıkla tetikleyen faktörlerin başında ise “ağrı” şikâyeti gelmektedir (94). Kanser hastalarının en büyük korkularının; kanserin ölümcül bir hastalık olması ve hastalığın şiddetli ağrıya neden olması olduğu gösterilmiştir (95, 207).

Kanser ağrısının insidansını belirlemek güçtür, fakat uzmanlar tüm kanser tiplerini ve kanser evrelerini göz önünde bulundurduğunda kanser ağrısının %40-80 arasında olduğu ve ağrının kanser hastaları tarafından deneyimlenen en yaygın semptom olduğu konusunda fikir birliği içindedirler (89). Ağrı prevalansının, kanser tanısı yeni konulmuş hastalarda %28, aktif olarak kanser tedavisi gören hastalarda %50-70 ve ileri dönem kanser hastalarında ise %64-80 olduğu görülmüştür (96). Bu sıklık terminal dönemde %90'a kadar ulaşmaktadır. Ayrıca her gün yaklaşık 3,5 milyon kişinin kansere bağlı olarak ağrıdan yakındığı tahmin edilmektedir (97, 98). Aktif kanser tedavisi alan hastaların yaklaşık olarak üçte biri, ileri evre kanser tanısı alan hastaların üçte ikisinin ise önemli oranda ağrı deneyimlediği bildirilmiştir (98).

Devam eden veya dindirilemeyen, tedavi edilmeyen kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında olumsuz etkiye yol açabilmektedir (61). Ağrı anksiyete ve duygusal sıkıntıya neden olmakta, iyilik haline zarar vermekte, bireyin fonksiyonel kapasitesini olumsuz yönde etkilemekte, bireyin aile, sosyal ve mesleki rollerini yerine getirme yeteneğini engelleyebilmektedir. Bu etkileri nedeniyle ağrının hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle etkilediği ve azalttığı görülebilmektedir (61, 95, 98). Ayrıca orta düzeyde veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastalarda uyku düzeninde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, çalışma kapasitesinde ve sosyal etkileşimde azalma görülmektedir. Ayrıca ağrının bireylerde anksiyete, korku, konsantrasyon kaybı ve kontrol kaybına neden olduğu görülmüştür (61, 99, 211).

Ancak, dünyada tüm kanser hastalarının % 25'inin şiddetli ağrısı dindirilmeden yaşamını kaybettiği belirtilmektedir (89). DSÖ verilerine göre ise farmakolojik yöntemlerle ağrının %80'i kontrol altına alınabilmektedir (100). Kanser ağrısı bireylerin %80-90'ında farmakolojik tedavilerle etkin bir şekilde tedavi edilebilmesine karşın, pratikte bu oran %30-40 civarında kalmakta ve birçok kanser hastası ağrı çekmektedir (101, 102).

Bu başarısızlığın nedenleri şu şekilde sıralanabilmektedir;

**Sağlık personeline ait nedenler:** Sağlık profesyonellerinin ağrı yönetimi hakkında bilgi eksikliğinin olması, kanser ağrısının fizyopatolojisinin iyi bilinmemesi, ağrının yetersiz bir şekilde tanılanması, hastanın ağrısının yeterli sıklıkta değerlendirilmemesi, kanser ağrısının tedavisi konusunda yetersiz eğitim, opioidlerin

yan etkileri ve opioid ilaçlar hakkında bağımlılık endişesi, ağrı tedavisine öncelik verilmemesi, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmaması ve yeni yöntemler hakkında bilgi yetersizliğidir (101, 102).

**Hasta ve ailesine ait nedenler:** Hastanın ağrısını bildirmede isteksiz olması, ağrının kanser hastalığının kaçınılmaz bir sonucu olduğu inancı, ağrının hastalığı kötüleştirici anlamına gelmesi korkusu, “iyi” hasta olmama endişesi, ağrı ilaçlarını almada isteksizlik, bağımlılık veya bağımlı olma korkusu, yönetilemeyen yan etkiler hakkında endişeler ve ağrı ilaçlarına karşı tolerans gelişme endişesidir (103, 104).

**Sağlık sistemine ait nedenler:** Kanser ağrısının tedavisine önem ve öncelik verilmemesi, opioid kullanımındaki sınırlamalar, ilaçlara ulaşmada zorluklar ve tedavinin ulaşılabilirliği veya uygulanabilirliği ile ilgili sorunlardır (103, 104).

### **2.3.5.1. Kanser Ağrısı Sendromları**

Kanser ile ilişkili ağrı sendromları akut veya kronik ağrıdır. Akut ağrı sıklıkla anjiyografi, endoskopi, biyopsi gibi tanı işlemleriyle veya cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi terapötik girişimlerle ilişkilidir. Kronik ağrı ise genellikle tümör infiltrasyonu ile ilişkili olup kemik-yumuşak doku infiltrasyonu, içi boş organların obstrüksiyonu, sinir, kan ve lenf damarlarının bası altında kalması sonucu ortaya çıkmaktadır. Kanserli hastalarda ağrı sendromları etyolojilerine göre üç büyük grupta toplanabilir (105).

➤ **Ağrıya duyarlı yapıların tümörle invazyonu veya kompresyonuna bağlı ağrılar:**

- Kemiğin invazyonu,
- Sinir kökleri ve pleksusların kompresyonu,
- Tümörün sinir dokusuna infiltrasyonu,
- Kan damarlarının infiltrasyonu,
- Kan damarlarının tıkanması,
- İçi boş veya sert organ duktuslarının tümör ile tıkanması,
- Faysa, periost ve diğer ağrıya hassas yapıların tüm enfeksiyonu,

- Müköz membran ve diğer ağrıya hassas yapıların infeksiyon ve inflamasyonu ile ağrı gelişebilmektedir (106).

Kanser hastalarının %77'sinde görülen ağrının nedeni tümörle ilgili nedenlerdir. Malignant hücrelerin kemik, sinirler, visseral ve yumuşak dokuya proliferasyonu gibi direkt tümörle ilgili nedenler ağrı nedenidir. Direkt tümörle ilgili nedenlerden kaynaklanan ağrı tipleri aşağıda belirtilmektedir:

➤ **Kanser tanı ve tedavisine (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi) bağlı ağrılar:**

- Tanı işlemlerine bağlı ağrılar (endoskopi, lomber ponksiyon, kan örnekleri, angiografi, biyopsi)
- Cerrahi tedaviye bağlı ağrılar
  - ✓ Akut postoperatif ağrı,
  - ✓ Kronik ağrılar
  - ✓ Kronik postoperatif ağrı
  - ✓ Mastektomi
  - ✓ Radikal boyun diseksiyonu
  - ✓ Lenf ödem
  - ✓ Torakotomi
  - ✓ Fantom ekstremiteler
- Kemoterapiye bağlı ağrılar
  - ✓ Akut (gastrointestinal distres, mukozit, miyalji, eklem ağrıları, kardiyomiyopati, pankreatit ve ekstremitelere yayılan ağrılar)
  - ✓ Kronik
- Radyoterapiye bağlı ağrılar
  - ✓ Akut ( cilt yanıkları, gastrointestinal kramplar, mukozit, kaşıntı sonucu ortaya çıkan ağrılar)
  - ✓ Kronik ( kemik nekrozu, fibrozis, pnömoni, miyelopati, barsak ülserleri ya da tıkanıklığı)

Kanser hastalarının %19'unda görülen ağrının nedeni kanser tedavisi sırasındaki uygulamalara bağlı görülen ağrılardır. Kansere bağlı cerrahi girişime maruz kalan hastaların %30'unda hafif, %30'unda orta şiddette ve %40'unda çok şiddetli postoperatif



ağrılar görülmektedir. Kemoterapi tedavisi ise çoğunlukla akut ağrılara neden olmaktadır. Metastaz tedavilerinde özellikle uygulanan radyoterapi uygulamaları sırasında ise hastaların sıklıkla baş ağrısından şikayet ettiği belirtilmektedir (106, 107).

➤ **Kanserli hastalarda kanser dışı nedenlere bağlı ağrılar:**

Kanser hastasında görülen her ağrının nedeni kanser olmayabilir. Kanser hastalarının %3-7.5'unda ağrı kanser dışı bir etkene bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Ağrının hemen kansere bağlanmaması, nedeninin tam olarak araştırılması gerekir. Bu ağrılar genellikle diğer hastalık veya yaralanmadan oluşan akut ağrılar (baş ağrısı, herpes zoster vb.) olabileceği gibi, sekellere bağlı gelişen yada hastalıkların komplikasyonları sonucunda gelişen (diabetik nöropati, migren vb.) kronik ağrıdır (108). Ancak, kanser hastalarında özellikle ileri evrede ağrının nedeni tek bir etyolojiye dayanmamaktadır. Bir kanser hastası aynı zamanda hem tümöre, hem de tümör tedavisine bağlı olarak ağrı duyabilmektedir (105).

### **2.3.5.2.Kanser Ağrısını Etkileyen Faktörler**

Kanserin primer olarak kaynaklandığı bölge ağrının ortaya çıkmasında en önemli faktördür. Primer tümör tipi, hastalığın evresi, metastazların varlığı, tümörün nöral yapılara yakınlığı, hastanın psikolojik durumu ağrı oluşumunda ve ağrının derecesinde rol oynamaktadır (105, 110).

Ayrıca, kanser ağrısı deneyimleyen bireylerin ağrı ile ilgili çocukluk dönemine ait korkularının olması, geçmişte ağrı ile ilgili olumsuz deneyimler yaşaması, kanserin potansiyel olarak öldürücü bir hastalık olduğunu bilmesi, kanser hakkında olumsuz inançlarının varlığı, kanserin neden olduğu fizyolojik ve psikolojik sorunları (halsizlik, depresyon, kaşeksi) yaşaması bireylerin ağrı algısını etkileyen nedenlerdir. Ağrı düzeyini arttıran faktörler bireylerde öfke, içe dönme, çaresizlik, bağımlılık, depresyon ve anksiyeteye neden olmaktadır. Ağrı düzeyinin ve stresin artmasına neden olan bu faktörler, kanserin olumsuz ve yıkıcı yönünü pekiştirmekte ve ağrı yaşantısı kısır döngü haline gelmektedir (71). Bu süreçte ağrı ile baş etmek bireyin yaşam kalitesini arttırmada önemli olabilmektedir.

### **2.3.5.3. Kanser Ağrısı ile Başetme Yöntemleri**

Kanser ağrısı hastalarda tanı anında %30 oranında iken hastalığın ilerlemesiyle %65-85'e kadar çıkmaktadır. İleri dönem kanser hastalarında da ağrı, hastaya en çok sıkıntı veren semptomdur. Ancak hastaların %85-95'inde uygun antikanser ve farmakolojik tedavi ile kanser ağrısı giderilebilmektedir. Kanser ağrısı ile başetmede amaç ağrının tamamen kesilmesi değil, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini iyileştirecek düzeyde azaltılmasıdır. Bu nedenle bireyin fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini etkileyen her ağrı tedavi edilmelidir. Ağrının psikolojik ve fiziksel bileşenlerinin olması nedeni ile hastanın ağrısını geçirmek için birden fazla yöntem gereklidir. Dikkatli bir tanılamadan sonra, en uygun yöntem veya bu yöntemlerin kombinasyonu seçilerek, hastalara ve ailelere mevcut ağrının, multidisipliner yaklaşımla büyük ölçüde giderilebileceği anlatılmalıdır (111, 112).

Ağrı ile başetmede kullanılan yöntemler aşağıda belirtilmiştir:

#### **2.3.5.3.1. Farmakolojik Yöntemler**

Günümüzde hastanın ağrısını kontrol etmek, ağrının kaynağını, ağrının santral sinir sisteminde iletimini değiştirmek ve engellemekle mümkündür. Kanser ağrısının ise semptomatik kontrolünü amaçlayan çeşitli yöntemler mevcuttur. Prensipte; en basit, en az invaziv, risk/fayda oranı en düşük yöntemden başlanmasıdır. Kanser hastasında öncelikle uygulanması gereken sistemik farmakolojik tedavidir. Farmakolojik ajanların uygun şekilde kullanımıyla çoğu hastanın ağrısı büyük oranda azaltılmaktadır (113).

Farmakolojik ağrı tedavisinde,

- Hafif ağrı: non-opioid analjezikler başlanmalı + analjezi yeterli olmadığında düşük doz güçlü kuvvetli opioidlere geçilmelidir.
- Orta şiddette ağrı: güçlü opioidler+/non-opioidler uygulanmalıdır.
- Şiddetli ağrı: güçlü opioid kullanılmalıdır.
- Adjuvan ilaçlar: tüm basamaklarda kullanılabilir.
- İnvazif girişimler: alternatif ya da yardımcı olarak tüm basamaklarda uygulanabilmektedir (114).

Kronik kanser ağrısının farmakolojik tedavisinde ise analjezik kullanımı yaklaşımı farklıdır. Bu hastalarda tedaviye genellikle nonopioid bir analjezikle

başlanmaktadır ve daha etkili ağrı kontrolü gerektiğinde, opioidlere geçilmektedir. DSÖ'nün de önerdiği bu tedavi, hastadan hastaya ve ağrının yerine göre farklılık göstermekle birlikte bütün hastalarda kullanılabilir.

Kanser hastasında analjezik kullanımının en önemli ilkesi analjezik merdiven sistemine göre kullanılması gerekliliğidir. Bu nedenle DSÖ ağrı tedavisi için üç basamaklı bir merdiven sistemi önermiştir. Bu sistemin üç standart ajanı aspirin ve benzeri nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ), kodein ve morfindir. Hafif ağrılar, önce aspirin gibi non opioid analjeziklerle tedavi edilir. Nonopioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalar için, zayıf etkili opioidlerin (kodein) tek başına veya opioid olmayan analjeziklerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Buna karşın şiddetli ağrısı olan hastalar için ise özellikle morfin gibi güçlü opioidlerin tek başına veya kombinasyon şeklinde verilmesi gerekmektedir (110, 115, 116).

Görüldüğü gibi ağrının kontrol altına alınmasında kullanılan en yaygın yöntem analjezik ilaç tedavisinin kullanılmasıdır. Çünkü analjezik ilaç tedavisi genellikle etkili, düşük riskli ve ucuzdur. Kanser ağrısında hangi ilaç veya yöntem kullanılırsa kullanılsın, dikkat edilmesi gereken nokta, etki süresi dikkate alınarak analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlamak üzere, ilacın hastanın isteği dışında belli aralıklarla uygulanmasıdır. Ayrıca ilacın verilme yolu, dozu ve düzeni her hasta için ayrı ayrı planlanmalı; ağrının şiddeti ve süresi, hastanın fiziki, mental ve beslenme durumu, ilacın farmakolojisi, yan etkileri ve en iyi uygulama yolu değerlendirilmelidir (98,110, 117).

#### **2.3.5.3.1.1. Opioid/Narkotik Olmayan Analjezikler**

En çok kullanılan analjezik ajanlardır. Bunun nedenlerinden birisi reçete gerektirmediği için elde edilme kolaylığı, diğer nedenleri ise ciddi yan etkilerinin azlığı ve ağrı gidermede etkili olmalarıdır (89).

#### **2.3.5.3.1.2. Opioid/Narkotik Analjezikler**

Opioidler orta ve şiddetli ağrının yönetiminde kullanılan primer ilaçlardır. Zayıf etkililer ve güçlü etkililer olmak üzere ikiye ayrılan bu ilaçlar, morfine benzer doğal,

yarı yapay, yapay tüm ilaçları ve bağlanma yerlerini kapsamaktadır. Güçlü analjezik etki ile birlikte, santral sinir sistemi üzerinde depresyon, az veya çok tolerans ve bağımlılık yapma özelliklerine sahiptirler (118).

#### **2.3.5.3.1.3. Adjuvan Analjezikler**

Analjezik olarak sınıflandırılmayan, ancak bazı ağrılı durumlarda faydalı olabilen ilaçlara adjuvan analjezikler denir. Adjuvan ilaçlar, bazı özel durumlarda primer ağrı kesiciler olarak kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra opioid dışı analjeziklerle veya opioidlerle kombine olarak da kullanılabilirler. Bunlar antidepresanlar (amitriptilin, desipramin), anksiyolitikler, antikonvülzanlar (klonazepam, fenitoin, karbamazepin, valproik asit, gabapentin), kortikosteroidler (deksametazon, prednizon), lokal anestetikler (lidokain, kapsaisin, prilokain), bifosfonatlar, nöroleptikler, kas gevşeticiler (baklofen), antihistaminikler, psikostimülanlar ve kalsitonindir. Ağrı sendromunun narkotiklere yanıt vermediği durumlarda ve ağrı ile depresyon, uykusuzluk, anksiyete ve ajitasyon gibi sorunlar analjeziklerle giderilemediği zaman kullanılabilirler (71, 119).

#### **2.3.5.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler**

Ağrının yönetimindeki ilerlemelere karşın kanser ağrısının, hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememektedir. Bu durum; hastaların fonksiyonel durumunda ve yaşam kalitelerinde azalmaya, yorgunluklarının artmasına, uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulmasına neden olmaktadır (61, 120, 121). Bütün bunlar hem hastaları hem de bakım verenleri kanser ağrısının yönetiminde farklı arayışlara yönlendirmiştir (16). Bu nedenle kanser ağrısı için farmakolojik tedavi seçenekleriyle birlikte nonfarmakolojik tedavi seçenekleri ve tamamlayıcı tıp girişimleri kullanılmaya başlanmıştır (122, 123). Nonfarmakolojik yöntemler farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ağrının yönetiminde oldukça etkili olması, yan etkilerinin olmaması ve ekonomik olarak yük getirmemesi nedeniyle sık kullanılmaktadırlar (71, 124). Ağrı yönetiminde kullanılan ilaç dışı yöntemler farklı şekillerde sınıflandırılabilirler. Bunlar genel olarak; fiziksel,

bilişsel, davranışsal ve diğer tamamlayıcı yöntemlerdir. Ağrı yönetiminde kullanılan mekanik, davranışsal teknikler Çizelge 2.2’de gösterilmektedir (71, 89).

**Çizelge 2.2.** Ağrıyı Yönetiminde Kullanılan Mekanik, Davranışsal Teknikler

Mekanik Girişimler	Davranışsal Girişimler	Kognitif-Davranışsal Girişimler
Deri stimülasyonu Teröpatik dokunma Basınç uygulama Masaj Sıcak/soğuk uygulama Mentol uygulama TENS	Gevşeme Dikkati başka yöne çekme Hayal kurma Müzik Dua etme Oyun tedavisi Biyofeedback Hipnoz	Progresif kas gevşemesi Biofeedback Hipnoz Otojenik eğitim Meditasyon Yoga

**Kaynak:** Kocaman G. *Ağrı: Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı, İzmir: Kanyılmaz Matbacılık, 1994:1-20.  
Swenson C.J. Pain management. In: Otto S. Eds. *Oncology Nursing*, 4<sup>nd</sup> Ed. Mosby, 2001: 865-916.

#### 2.3.5.3.2.1. Mekanik Girişimler

**Deri Stimülasyonu:** Deri stimülasyonu büyük çaplı lifleri aktive ederek ağrı mesajını taşıyan küçük çaplı lifleri inhibe eder ve ağrı olarak hissedilen uyarıların geçişine kapıyı kapatır. Deri stimülasyonu terapötik değil, ağrıyı gidermek için palyatif amaçlı yapılmaktadır (125).

**Egzersiz:** Egzersiz subakut ve kronik ağrı tedavisi için önemlidir. Egzersiz zayıf kasların güçlenmesine, koordinasyon ve dengenin yeniden oluşturulmasına yardım ederek, hasta konforunu artırır ve kardiyovasküler kondüsyonu sağlar (125).

**Masaj:** Masaj hem fiziksel hem de mental gevşeme sağlar. Ayrıca masaj stresi azaltır, yorgunluğu geçirir, uykuyu sağlar, endorfinlerin uyarılması yoluyla ağrıyı azaltır. Tedavi edici masajın algılanan ağrı yoğunluğu, anksiyete ve gevşeme üzerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada; Ferrell-Torry ve Glick (126) kanser hastalarında masajın algılanan ağrı ve anksiyeteyi azalttığı ve gevşemeyi sağladığı saptanmıştır.

**Deriye Mentol Uygulama:** Mentol içeren maddenin lokal olarak uygulanışı da bir tür eksternal analjezi sağlar. Eksternal analjezinin amacı, analjeziğin deriden absorpsiyonu değil sıcaklık, serinlik gibi bir deri duyusu oluşturmasıdır (71).

**Transkütan Sinir Stimülasyonu (TENS):** Kapı Kontrol Teorisi, ağrı kontrolü için bir çok yöntemin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bunlardan birisi de TENS'dir. Bu yöntemde, elektrik enerjisi elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınır (71).

#### **2.3.5.3.2.2. Kognitif-Davranışsal Teknikler**

Kognitif-davranışsal teknikler duyuşsal faktörlerde oluşturdukları değişiklik yolu ile etki gösterirler (71).

**Gevşeme:** Özellikle kronik ağrıda en çok karşılaşılan sorunlardan birisi anksiyete, gerginlik ve kas kontraksiyonu ile birlikte stres yanıtı oluşturmaktadır. Gevşeme, anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesidir (71).

**Otojenik gevşeme (kendi kendine gevşeme):** Otojenik metod, zihnin istirahat halinde bir vücut imajı üzerine konsantre olması ile kaslarda tam bir gevşeme elde edilmesidir.

**Dikkati Başka Yöne Çekme:** Ağrıda, dikkati başka yöne çekme yöntemi, dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklaşmasıdır. Bu uyarın basınç ya da sıcaklık gibi ağrıdan daha az rahatsız edici bir duyu olabilir. Bu yöntem, bir tür duyuşsal koruyucudur.

**Hayal Kurma:** Bilişsel-davranışsal ağrı yöntemlerindedir. Duyuyu ve hayal gücünü kullanarak zihinde bir görüntü oluşturmak yoluyla ağrı deneyiminin değiştirilmesini içerir. Bu yöntem gevşeme sağlayarak, emosyonel durumu etkileyip, ağrı algısını değiştirerek ve dikkati dağıtarak ağrıyı hafifletmektedir (122). Ağrı dindirme amaçlı düşünme, kişide ağrının şiddetini azaltan duyuşsal imajlar geliştirmek için düş gücünü kullanmasıdır (71).

**Müzik Dinleme:** Araştırmacılar müziğin akıl, vücut ve ruh arasında bir denge oluşturduğunu belirtmektedirler. Müzik dinlemenin beyindeki alfa dalgalarını uyardığını belirten bir çalışmada, alfa dalgalarının endorfin salınımını uyardığı ve bir relaksasyon durumu yarattığı, böylece de sadece ağrının azaltılmasında değil aynı zamanda kan basıncı, kalp hızı ve diğer fizyolojik cevapların azaltılmasında rol oynadığı saptanmıştır (127).

**Biyofeedback:** İnsanın normal ve normal dışı olan ve kendisinin farkında olmadığı fizyolojik tepkilerinin bir araç yardımı ile farkında olduğu ve bir eğitim programı içinde otonom faaliyetlerini (beden sıcaklığı, ter bezi salgısı v.b.) istenilen yönde düzenlemeyi öğrendiği bir yöntemdir. Biyolojik geri-bildirim, fizyolojik bir işlevi kontrol etmeye ya da gevşemeye yardım amacıyla hastanın bilgilendirilmesidir (128).

**Hipnoz:** Hipnoz değişen duygu, psikolojik durum ve minimal motor fonksiyonu içeren, dikkatin belirli bir noktaya odaklaşmasını sağlayan kompleks bir yöntemdir (123). Lioffi ve arkadaşlarının pediatrik kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hipnozun hastaların ağrı ve anksiyete düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir (129).

**Progresif Kas Gevşemesi:** Progresif gevşeme tekniği, insan vücudundaki büyük kas gruplarının (elle başlayan, ayakla biten kas grupları) iradeli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içerir. Anderson ve ark. (130)'nın kanser hastaları ile yaptığı çalışmada relaksasyon tekniğinin uygulandığı grupta daha az ağrı hissedildiği saptanmıştır.

Ağrı kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Ancak ağrının kişiye öznel bir semptom olması nedeniyle hasta tüm yönleri ile ele alınmalı, sürekli gözlem yapılmalı ve ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemler kullanılmalıdır (123, 131).

#### **2.3.5.4.Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi**

Kişiye özgü ve subjektif bir his olan ağrının, etkin ve doğru tedavi edilebilmesi için hastanın ağrısını iyi ifade edebilmesi, yeterli ve doğru olarak değerlendirilmesi gerekir (132). Ancak ağrıyı algılama, tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu nedenle ağrı dediğimiz deneyimi değerlendirirken fiziksel boyutunun yanı sıra öznel göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (131, 133, 134). Bu nedenle hastadan ayrıntılı öykü almak, hastayı devamlı gözlemek, uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak hastanın başlangıçtaki değerlendirilmesi için oldukça önemlidir (80, 82, 135).

Kanser hastalarının ağrı açısından değerlendirilmesinde izlenecek yollar şu şekilde sıralanabilir;

- Ağrısı olan hastanın değerlendirilmesine öncelikle gözlemlle başlanır. Hastada şu özelliklerin varlığı değerlendirilir;
  - Ağrıyı azaltıcı davranışlar,
  - Kullanılan ilaçlar,
  - Hastanın aktivitesindeki artış ya da azalma,
  - Yüz ifadesi, sinirlilik, inleme, iç çekme gibi davranışlar,
  - Postürü, topallama ya da yürüyüş bozukluğu,
  - Etkilenen bölgeyi ovuşturma ya da destekleme,
  - Sık sık pozisyon değiştirme ya da aynı pozisyonda sürekli kalma gibi özellikler.
- Hastanın genel öyküsü alınır. Öyküde;
  - Demografik bilgiler,
  - Mevcut hastalık öyküsü,
  - Kullanılan ilaçlar,
  - İlaç alerjisinin olup olmadığı,
  - Geçmiş tıbbi öykü,
  - Geçmiş ağrı öyküsü,
  - Uygulanan tedaviler ve etkileri değerlendirilir.
- Hastanın ağrı öyküsü alınır. Ağrı öyküsünde;
  - Ağrının başlangıcı,
  - Ağrının süresi,
  - Ağrının yeri,
  - Ağrının şiddeti, niteliği, zaman ve durumlara göre değişimleri,
  - Ağrının özellikleri,
  - Ağrıyı rahatlatan ve arttıran faktörler değerlendirilir.
- Klinik muayene yapılır. Klinik muayenede;
  - Fizik muayene
  - Ağrıya verilen yanıt
  - Ağrının nabız, solunum, kan basıncına olan etkisi değerlendirilir (71, 131, 136).



Her yaş grubunda olduğu gibi, yaşlılarda da ağrı değerlendirmesinde en önemli faktör hastanın kendi ifadesidir. Ancak, yaşlı bireyler sıklıkla ağrıyı olduğundan az bildirmeye eğilimlidirler. Ayrıca yaşlılarda var olan diğer tıbbi problemler ve semptomlar değerlendirmeyi daha da güçleştirebilir. Yaşlı hastalarda işitme ve görme bozuklukları, algılamada kısıtlılık, depresyon, eşlik eden hastalıklar, mental durum değişimleri, ağrıdan bağımsız veya ağrı ile birlikte seyreden günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan fonksiyonel durum, ilaç veya alkol bağımlılığının varlığı ağrı değerlendirilmesini zorlaştıran faktörlerdir (132, 137, 215).

Yaşlı hasta ile hemşire arasında doğru bir iletişim kurulmalı, hastayı değerlendirirken ilerleyen yaş ile beraber fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel değişimler de göz önüne alınarak, çok yönlü bir yaklaşımla değerlendirilmelidir (119, 132, 138).

#### **2.3.5.4.1. Ağrı Değerlendirmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar**

- Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere ön yargı ile bakılmamalı,
- Ölçümün amacı belirlenmeli,
- Farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı,
- Hastaya ve ağrı nedenine ilişkin güvenilir ve tama yakın bilgiler hemen sağlanmalı,
- Ağrı değerlendirmesi ağrı algısına ve şiddetine etki eden bütün bileşenler ele alınarak yapılmalıdır. Bu bileşenler;
  - Ağrıya eşlik eden semptomlar
  - Ağrının lokalizasyonu
  - Ağrının yayılımı
  - Etiyolojik faktörler
  - Ağrının aktivite ve uyku üzerine etkisi
  - Ağrı öyküsü alma
  - Ağrının niteliği ve yoğunluğu
  - Ağrıyı etkileyen faktörler
  - Analjeziklere yanıt

Ağrı değerlendirmesi multidisipliner ekip yaklaşımı ile yapılmalı ve değerlendirmede herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır (131, 132, 140).

#### **2.3.5.4.2.Kanser Ağrısının Değerlendirilmesinde Ölçek Kullanımı**

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir. Subjektif deneyim olan ağrının değerlendirilmesinde kullanılacak dünya çapında kabul edilen standart bir ölçüm yöntemi olmamasına karşın ağrının değerlendirilmesinde kullanılan birçok ölçüm aracı geliştirilmiştir. Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir. Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Literatürde en çok kullanılan ağrı ölçüm araçları şunlardır (93, 141, 142) :

- **Tek Boyutlu Ölçekler**

- Sözel kategori ölçęi
- Sayısal ölçekler
- Görsel Analog Skala (GAS)
- Burford Ağrı Termometresi (BAT)

- **Çok Boyutlu Ölçekler**

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- Dartmount Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Ağrı Algılama Profili
- Davranış Modelleri ölçęidir (142).

Ancak ağrı giderme önlemlerinin değerlendirilmesi genellikle ihmal edilmektedir. Hemşire, kendisinin ve diğer sağlık görevlilerinin gerçekleştirdiği ağrı giderme önlemlerinin etkinliğini sürekli değerlendirmelidir.

- Tedaviden ne kadar süre sonra ağrının dindirilmesi beklenmektedir?
- Ağrı dindirildi mi yoksa sadece azaltıldı mı?
- Eğer ağrı azaltıldı ise ne kadar azaldı?
- Belli bir zaman sonra ağrı tekrar başladı mı?
- Hastanın ağrısı ne kadar süre giderildi?
- Ağrı gerçekten dindirildi mi yoksa hasta ağrı ifade etmekten mi vazgeçti?

Ancak, bazı hastalar fazla sedasyon nedeniyle ağrı hissetmeler bile bunu söyleyemezler. Bu nedenle ileri hemşirelik girişimlerinin planlanabilmesi için bu sorular yanıtlanmalıdır. Ağrı tam olarak giderilmemiş ise yeni yöntemler kullanılmalıdır. Kronik ağrı kontrolünde hastanın ağrısı olması istenmediği için ağrı durumu hemşireler tarafından düzenli olarak değerlendirilmelidir (107, 131, 215 ).

#### **2.3.5.5. Ağrısı Olan Yaşlı Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı**

Kanser ağrısı hastalık sürecinde veya kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının yaklaşık %50-80'i hastalıklarının seyri sırasında ağrı yaşamakta ve bu hastaların çoğunun ağrıların giderilmesinde başarı sağlanamamaktadır. Yaşlı nüfusa baktığımızda ağrı önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir araştırmada yaşlıların yaklaşık %33'ünün ağrı yaşadığı ve yaklaşık %40-70 'inin altı aydan fazla ağrı çektiği belirlenmiştir (143). Yapılan çalışmalarda huzurevinde kalan yaşlı kanser hastalarının %30'unun ağrı yaşadığı saptanmıştır (40, 144, 249).

Yaşlı kanser hastalarında ağrı nedenleri çok faktörlüdür. Yaşlılarda kansere bağlı görülen ağrı ise üç grupta incelenmektedir. Bunlar; somatik, viseral ve nöropatik ağrıdır. Bu ağrılar nosiseptör aktivasyonu sonucu görülen tümör infiltrasyonu, inflamatuvar mediatörlerin salınımı, tanı ve tedavide kullanılan radyoterapi ve kemoterapiden kaynaklanmaktadır.

Yaşlılarda ağrı değerlendirmesinde ve yönetiminde yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişikliklerin göz önüne alınması gerekmektedir. Yaşlılıkla birlikte

glomerüler filtrasyon hızı, solunum kapasitesi ve kardiyak indeksler azalır. Kardiyak indeks ve nefes alma kapasitesinde değişiklikler hastaların performans durumunu ve tedavilere toleransını etkilemekte, glomerüler filtrasyon hızının azalması ise ilaç farmakokinetiğini olumsuz etkilemektedir. Yaşlılarda sitokrom p450 klirensi, gençlere göre %20-25 azalmıştır. Polifarmasi nedeniyle inhibe olan sitokrom p450 antikanser ilaç metabolizmasının bozulmasına neden olmaktadır (145). Ayrıca yaşla birlikte sinir ileti hızı azalmaktadır. Veriler nosiseptif reseptörlerin sayısında ve opioid reseptör sayısında azalma olduğunu ortaya koymaktadır. Bu değişiklikler ağrının algılamasını ve opioidlere hassasiyeti etkilemektedir. Yaşlanma ile meydana gelen bilişsel azalma, inflamatuvar mediatörlerde, endokrin fonksiyonlarda, karaciğer fonksiyonunda değişiklikler, sitokrom p450 sistemi aktivitesinde azalma gibi fizyolojik değişiklikler hem farmakoterapiyi hem de ağrı tedavisini ve yönetimini etkilemektedir (146, 147).

Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında olumsuz etkiye sahiptir (61). Ağrı bireylerde anksiyete ve duygusal sıkıntıya neden olmakta, iyilik haline zarar vermekte, fonksiyonel kapasiteyi etkilemekte, aile, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engellemektedir. Ağrı bu etkileri nedeniyle bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını yani yaşam kalitesini her yönüyle azaltmaktadır (21, 61). Yıldız ve ark. (148)'nın 65 yaş ve üzerinde olan 95 hastaya yaptıkları bir çalışmada hastaların % 69.1'inin aktivitesini, %63.6'sının uyku düzenini, %27.3'ünün beslenmesini, %30.9'unun sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Görüldüğü gibi ağrı giderilmediği takdirde hastanın yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (149). Ayrıca, ağrı tedavisi bir hasta hakkıdır. Ağrı çeken herkes, ağrısının giderilmesini hak etmektedir. Ağrıyı tamamen gidermek ve kontrol altına almak mümkün olmayabilir. Ancak önemli olan ağrıyı hastanın kendisini rahat hissettiği sınırlarda azaltmaktır (150).

Günümüzde ağrı kontrolü multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen ekip işidir. Hemşire bu ekipte önemli bir role sahiptir ve kanser bakımının önemli ve bütüncü elemanıdır. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olmasıdır (151). Hemşireler, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve rehabilitasyon aşamalarında çok yönlü bir bakım sağlamaktadırlar. Uluslararası Kanser Bakım Hemşireleri Birliği (The International Society of Nurses in

Cancer Care: ISNCC) hemşirelere ağrı ile baş etmede bazı önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler;

- Hemşireler kanser hastasının ağrısını olabildiğince gidermek için ellerinden gelen herşeyi yapmak üzere sorumluluk almalıdırlar.
- Hemşireler kanser ağrısının tanınması ve değerlendirilmesi, disiplinlerarası planlaması, uygulamasında eşgüdüm sağlanması ve girişim sonuçlarının değerlendirilmesinde liderlik rolünü üstlenmelidirler.
- Hemşireler etkili bir ağrı yönetimi için sağlık sisteminden kaynaklanan engelleri/güçlükleri en aza indirme ya da azaltma konusunda çaba harcamalıdırlar.
- Hemşireler ağrı kontrolündeki yetersizliklerin rapor edilmesinde hasta ve ailelerinin güçlü bir şekilde sözcülüğünü yapmalıdırlar.
- Hemşireler ağrı kontrolünün hasta hakkı olduğu konusunun toplum, hasta, aile ve meslektaşlarının eğitiminde ele alınmasında ve kanser ağrısının değerlendirilmesi ve tedavisinde var olan kaynak ve seçeneklerin sunulmasında esas sorumlu kişiler olmalıdırlar.
- Hemşireler politika belirleyicileri ve politikacılar ile iletişim kurarak, ağrı kontrolü için kaynakların dağılımında ulusal ve uluslararası düzeyde etkili olmalıdırlar.
- Hemşireler bağımsız olarak ve işbirliği içinde kanser ağrısı konusunda araştırmalar yapmalı ve uygulanabilir araştırma sonuçlarını eğitim ve uygulamalarında kullanmalıdırlar (150, 151).

Hemşire ağrıya yaklaşımda hastanın bireysel özelliklerini, hastanın kendisini nasıl algıladığını saptamalıdır. Ağrısı olan hastalara yeterli eğitim ve destek verilmediği takdirde hastalar yapılan uygulamaları reddedebilirler. Bu nedenle ağrısı olan hasta bakımında hasta ile hemşire arasında karşılıklı güven oluşması son derece önemlidir. Ayrıca ağrı karşısında her hasta farklı yanıt ve tepkiler verir. Ağrısı olan hastalar tükenme, beden bütünlüğünü kaybetme, yalnızlık, bağımlı olma ve ölüm korkusundan dolayı aşırı gergin, endişeli, öfkeli ve hassas olabilirler. Bu nedenle hastaların destek ve cesarete daha fazla gereksinimleri vardır. Hemşire bu durumda hastanın ağrısını ve durumunu çok iyi değerlendirmelidir. Hemşirenin bu rollerini yerine getirebilmesi için ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması, iletişim kurma becerisinin iyi olması ve empati

yapabilmesi ağrıyı gidermede etkili bir hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir (152). Ayrıca, kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığın yıkıcı bir semptomu olan ağrının yönetimi için, bakım sürecinde hasta ve ailesi/bakım veren kişilerin umutsuzluğa kapılmadan, ümit ve inançla tedavi ve bakımı sürdürmesi, hastanın yaşamının anlamlı kılınması, umutların canlı ve taze tutulabilmesi, baş etme becerilerinin ve problem çözme yeteneklerinin desteklenmesi hemşireler tarafından önemle üstünde durulması gereken bir konudur. Hemşireler ağrı yaşayan bireyin bakımında uygun yaklaşımlarda bulunduğu takdirde eğitim, bakım, tedavi, araştırma, danışmanlık, destekleyicilik ve rehabilitasyon rollerini de gerçekleştirmiş olacaktır. Bu nedenle hemşireler ağrıyı tanımlamalı ve değerlendirmeli, ağrıyı gidermede uygun yöntemleri seçmek için gerekli çabayı göstermeli ve ağrıyla ilgili yeni gelişmeleri takip etmelidirler (71, 151, 152).

Kanser, bireylerin ağrı yaşamasına neden olan kronik bir hastalık olmasının yanında bireylerin sosyal yaşantısını, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilediği için bireylerde kaygıya ve psişik dengesinde çöküntüye neden olmaktadır (40, 153, 189, 203). Kaygı düzeyinin azaltılabilmesi için, kaygıya neden olan etmenleri tanımak ve bu faktörlere karşı önlem almak gerekmektedir.

#### **2.4. Kaygı (Anksiyete) Kavramı**

Kaygı iç ve dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygudur (154). Kaygı, normalde korku duygusu uyandırmayacak nitelikteki uyarıların bir takım korku tepkilerine yol açması halidir. Kaygı yaşayan bireylerde gerçekte bağlantısı bulunmayan, anlaşılması ve anlatılması mümkün olmayan, elem verici duygular mevcuttur. Yaşamın temel duygularından olan kaygı, ruhsal bozukluklara yol açtığından önemli, evrensel bir deneyimdir. Kaygı (anksiyete) kavramı 20.yy'dan itibaren araştırılmaya başlanmıştır (155). Tarihsel olarak kaygı önceleri bir heyecan olarak tanımlanmıştır. "Kaygı" kelimesinin kökeni Latince'de düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen "anxietas" kelimesinden gelmiştir. Anksiyete Türkçe'de ise "bunaltı", "kaygı", "endişe", "iç sıkıntısı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" gibi sözcüklerle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ayrıca

kaygı, kişinin bir uyarana karşı karşıya kaldığında yaşadığı, bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık sendromu olup, ağırlaştığı takdirde patolojik vakalara dönüşebilen bir durumdur (156).

Anksiyete, gelecekle bağlantılı ve aşırı tehdit içeren durumlarda ortaya çıkan bilinmezlik korkusu olarak ifade edilebildiği gibi, geniş anlamda mutluluğu tehdit eden gerçek ya da hayali etmenlerin yol açtığı gerginlik, huzursuzluk ve korkuyla karakterize olan subjektif bir deneyimdir. Ayrıca, anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusu olarak da tanımlanmaktadır. Bu tanımına bakıldığında anksiyetenin yaşamın sürdürülmesini ve uyum davranışının gelişmesini sağlayan evrensel bir insan deneyimi olduğu görülmektedir (157).

Uzmanlara göre ise kaygı biyolojik ve çevresel faktörlerin karışımıdır. Kaygı iç ve dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygudur. Kişi kendisini bir alarm durumunda ve sanki bir şey olacaktı gibi bir duygu içinde hisseder. Genel olarak insanlar kaygıyı gelecekle ilgili karamsarlık, başarısızlık, endişe, umutsuzluk ve karışıklık duygularıyla birlikte dile getirirler. Bilimsel açıdan olaya bakıldığında ise, aşırı olmadığı sürece kaygı duymanın kişiyi motive ettiği görülmektedir. Önemli olan eksiklerimizi ve bunları gidermenin yollarını bulmak ve kaygının bireyi engelleyecek kadar büyümesine izin vermemektir (154, 158, 247).

### **2.4.1. Kaygı Çeşitleri**

Kaygı, günümüzde hemen herkesi belirli ölçülerde etkilemektedir. Bu nedenle kaygı tüm insanları ilgilendiren bir konudur. Kaygı, değişik açılardan ele alındığında farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır.

#### **2.4.1.1. Durumluk Kaygı**

Kaygının ayrımı 1950'li yıllarda başlamış ve durumluk-sürekli kaygı kavramları ilk defa Spielberger tarafından ortaya atılmıştır (159). Durumluk kaygı bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Spielberger' e göre ise

durumluk kaygı (State Anxiety) tehlikeli koşulların yarattığı genellikle her bireyin yaşadığı, geçici, duruma bağlı bir kaygıdır. Ayrıca, durumluk kaygı kinetik enerji gibidir ya da çeşitli şiddet düzeylerinde meydana gelen o anki tepkidir. Sevilen bir kişinin hastalığı veya ölümü, seven kişinin hayatında yıkıcı bir etki yaratması bu kaygı türüne örnektir (33).

Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur. Durumluk kaygı sıkıntı, tasa ve gerginlik ile karakterize olan acil durumu göstermektedir. Durumluk kaygı değişen ruhsal durum elementlerine bağlıdır. Kısaca durumluk kaygı çevresel koşullara bağlı stresten dolayı ortaya çıkan, tehlike ya da tehdit durumlarına, bireyin gösterdiği kompleks heyecansal reaksiyonların ifadesidir. Durumluk kaygı, durumdan duruma yoğunluğu değişen, sürekli olmayan durumlara bireyin gösterdiği geçici duygusal reaksiyonlardır. Bireyin stres yaratan durumu tehdit edici olarak algıladığı durumlarda durumluk kaygı düzeyi yüksek, bu tehlikenin tehdit edici olarak algılanmadığı durumlarda düşük olmaktadır (33, 34, 159).

#### **2.4.1.2. Sürekli Kaygı**

Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafında tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Sürekli kaygı (Trait Anxiety) doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan, içten kaynaklanan ve bireyin içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlaması sonucu oluşan kaygı olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin, başka ortamda da daha çabuk ve sık durumluk kaygı belirtileri göstereceği ifade edilmektedir. Bu tür kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa düştükleri görünür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir biçimde yaşarlar. Sürekli kaygı, bir güdü veya kazanılmış objektif davranışsal yatkınlık olarak, kişinin büyük ölçüde tehlike olmayan durumları tehdit edici algılama yatkınlığı ve bunlara objektif tehlikenin önemine göre orantısız yoğunlukta durumluk kaygı ile tepki göstermesidir (33, 159). Sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, durumluk kaygı düzeyini de yükseltir. Durumluk kaygı düzeyinin yükselmesi ve sürenin uzaması da sürekli kaygı düzeyini yükseltir. Bununla birlikte sürekli kaygısı yüksek



olan kişilerin stres karşısında, sürekli kaygısı düşük olan bireylerden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (160).

#### **2.4.2.Kaygı Düzeyleri**

Kaygı düzeyi günlük yaşamın koşullarına ve bireysel özelliklerine bağlı olarak değişim göstermektedir (160). Kaygı düzeyleri hafif kaygı (+), orta düzeyde kaygı (++), şiddetli düzeyde kaygı (+++) ve panik düzeyde kaygı (++++) olarak belirtilmektedir. Bunlar;

**Hafif Kaygı:** Hafif kaygı stresli durumlarda yapıcı olarak yardım eder. Hafif kaygıda duygusal uyarı alma yeteneği arttığından kişi daha dikkatli, daha hareketli, daha iyi görüp işiten ve kavrayan birisi olur. Olaylar arasındaki ilişkiyi daha iyi kurabildiği için birey öğrenmeye hazır durumdadır. Ancak birey tırnak yeme, yürüme, ağlama, uyuma, yeme, gülme, sigara içme, içki içme gibi gerilimleri hafifletmek için savunma mekanizmalarını kullanır. Anksiyete küçük bir çaba ile kontrol edilebilir (161).

**Orta Düzeyde Kaygı:** Bireyin algısal alanında, iletişim ve kavrama yeteneğinde, görme ve duyma yetisinde azalma vardır. Kişide kas gerginliği, kan basıncı, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikâyetleri gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Birey endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir. Ancak sorunlarını uzun zamanda çözebilir (160).

**Şiddetli Düzeyde Kaygı:** Düşünce, duygu ve hareketler arasında uyumsuzluk vardır. Bireyin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşır. Birey uykusuzluk, baş ağrısı, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, ürperme ve çarpıntının sıklığının fazla olmasından şikâyet edebilir. Bunun yanı sıra ölümün yakın olduğu duygusu yaşanabilir (160, 162, 163).

**Panik Düzeyde Kaygı:** Anksiyetenin en yoğun olduğu düzeydir. Üzerinde odaklaşılan konular çarpık ve abartılıdır. Bu düzeyde yaşanan duygular bireye çok acı verir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, korku, endişe ve halüsinasyonlar görülebilir. Birey paniği önlemek için özellikle kendine yönelmiş olayları görmezden gelir. Eğer panik uzamış periyotta devam ediyorsa yorgunluk ve hatta ölüm meydana gelir (160, 162, 163).

### 2.4.3. Kaygı Nedenleri

Kaygı çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişkilere bağlı olarak oluşur. Aynı zamanda bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesi de kaygının kaynağını oluşturabilir (164). Kaygıda etiyolojik faktörler:

- Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının etkisiz kullanımı,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk ve güçsüzlük,
- Özgüvenin tehdit edilmesi,
- Bireyin gerçekleşmeyen beklentileri, bireye saygı gösterilmemesi, değer verilmemesi gibi benlik kavramının tehdit edilmesi,
- Yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmaması,
- Bir gruba, bir topluluğa ait olma, sevgi gibi gereksinimlerin karşılanmamış olması,
- Beklenmeyen olaylar, ergenlik gibi fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı durumsal ve gelişimsel krizler (iş değişimi, aile içinde yaşanan ölümler,),
- Fiziksel ya da psikolojik hastalıklar, sakatlıklar ya da tıbbi tedavi gibi sağlıkla ilgili durumlardaki bir değişiklik ya da sağlığın tehdit edilmesi,
- Yerleşim yeri değişiklikleri ya da doğal afetler gibi çevresel değişiklikler ya da tehditler,
- Çalışma yaşamındaki değişiklikler, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları gibi sosyo-ekonomik değişiklikler,
- Gelecekte neler olacağını bilmeme,
- İnanığımız ve önem verdiğimiz bir fikirle, yaptığımız davranış arasında bir çelişki ortaya çıktığı zaman kaygı duyarız (157, 158, 165).

#### 2.4.4. Kaygı Belirtileri

Kaygı, bireyleri değişik şekillerde etkilemektedir. Bazı insanlar kaygıyı psikolojik ve duygusal yollardan yaşarken bazıları ise fiziksel (bedensel) olarak yaşarlar. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Kaygı belirtileri çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir (163). Kaygı belirtilerine bakıldığında;

**Fizyolojik belirtiler:** Taşikardi, takipne, mide bulantısı, baş ağrısı, poliüri, panik atak, terleme, vertigo, göğüste ağrı, ağız kuruluğu, diyare, anoreksia veya aşırı yemek yeme, su içme, hızlı ve derin solunum, tremor, pupil dilatasyonu, boyun sırt kaslarında sertleşme, gergin, endişeli yüz ifadesi ve gerginlik görülebilir. Mimikler endişeli, kaşlar çatılmış, dişler sıkılı durumdadır. Davranışları, huzursuzluğunu ortaya koyar ve hareketleri hızlıdır (166, 248).

**Psikolojik belirtiler:** Endişe, yerinde duramama, uykusuzluk, tırnak yeme, kötü bir şey olacakmış hissi, dikkati toplayamama, regresif davranışlar, benlik koruyucu mekanizmaların uygunsuz kullanımı, kaçma davranışları, alınganlık, sabit endişe, uyku bozukluğu ve depresyon görülür. Kaygının yaşamın her döneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların kaygı sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir. Kaygı hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişimini sağlamak olan bu duygu yardımıyla bilinmeyenden sakınılır, başa çıkılır ya da kaçılır (166, 248).

#### 2.4.5. Kaygı ve Yaşlılık

Yaşlılık, yaşam karşısında kayıpların ve çöküşün görüldüğü bir dönemdir. Yapılan çalışmalarda, kaygının yaşla giderek arttığı saptanmıştır. Yaşlılık döneminde emeklilik, emeklilik dolayısıyla iş ve iş çevresinden uzaklaşma, geniş aile tipinin çekirdek aileye dönüşmesi, sevilen insanların kaybı, eş kaybı, uzak bir yere taşınıp arkadaşlarından ayrılma, fiziksel ve zihinsel işlevlerin azalması ve başkalarının varlığına gereksinimin artması gibi değişiklikler insanları yaşlılık dönemlerinde psikolojik açıdan uyumsuz bir ortama sokmaktadır (168).

Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler hastalıkların gelişmesini ve sonucunu etkilemektedir (169). Anksiyete ile fiziksel hastalıklar pek çok

yönden ilişkilidir. Özellikle endokrin hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları ve nörolojik hastalıklar anksiyete semptomları üreten en yaygın tıbbi hastalıklardır (164). Anksiyete fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasına doğal bir yanıt olarak kabul edilebileceği gibi, patolojik düzeydeki anksiyetenin fiziksel hastalıkları şiddetlendirebileceği bilinmektedir. Ayrıca anksiyete ilaçlardan kaynaklanan fizyolojik değişikliklerin bir sonucu olarak da görülebilmektedir. Örneğin bazı antihipertansif ilaçlar, antiaritmikler, teofilin, tiroid hormonları, dopamin agonsitleri ve steroidler anksiyeteyi tetikleyebilmektedir. Anksiyete tıbbi mortalite ve morbiditeyi arttırabilmektedir. Örneğin yüksek anksiyete düzeyine sahip bireylerde hipertansiyon, aritmi ve kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır (170).

Yaşlanmayla birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama oluşabilmektedir. Yaşlılarda sözü edilen değişimler sonucunda, üretkenlik işlevinden uzaklaşma, zihinsel işlevlerde gerileme, çevreye ilgide azalma, alınganlık, benmerkezcilik, günlük yaşamı sürdürmede yardımına gereksinim duyma görülmektedir. Bunun sonucunda yaşlı bireylerin yalnız kalması ve çevreden soyutlanması depresyon ve anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (171, 218).

#### **2.4.6. Kaygı ve Kanser**

Kanser tanısı bireylerde kronik anksiyete neden olabilmekte ve birey için daha büyük risk yaratabilmektedir. Hatta hastada önceden var olan genel anksiyete bozukluklarını, fobi ve panik durumu ağırlaştırmaktadır. Meme kanseri tanısı konan hastalarda tanı öncesi ve tanıdan üç ay sonra anksiyete ve depresyon seviyelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %48'inin her iki ölçüm noktasında da ciddi anksiyete belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (172, 225).

Kanser hastalarında hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama anksiyeteye yol açabilmektedir (173). Ayrıca, hastalık semptomlarının başlangıcında ve tanı aşamasında da anksiyete sık olarak görülen bir durumdur. Kanserin tipi, evresi, seyri, ağrı, bulantı gibi yan etkileri, hastalıkla ilgili işlemler, tanı ve tetkik sonuçlarının beklenmesi, tedaviyi tamamlama, tedavi değişimi, hastalığın tekrarladığını öğrenme, hastalığın

ilerlemesi, bireyin daha önceki uyum ve baş etme yetenekleri, bireyin gelişimsel olgunluk düzeyi, yaşam programı, amaç ve beklentilerini geliştirebilme potansiyeli ve aileden, çevreden, arkadaşlarından, tıbbi ekipten duygusal ve psikolojik destek görebilme potansiyeli kanser tanısı alan hastalarda anksiyetenin şiddetini etkileyen faktörlerdir (153, 216). Kanserli hastaların kaygıları dört grupta toplanabilir. Bunlar;

**Dışlanma:** Kansere ilişkin toplumsal görüş, tutum ve önyargılar hastada kaygının önemli bir nedenidir Kanserli hastaların tutumları incelendiğinde ise terk edilme, dışlanma ve yalnız kalma korkularının çoğunlukta olduğu görülmüştür. Özellikle dışlanma korkusunun ölüm korkusundan fazla olduğu, bazı hastaların dışlanmaktansa ölmeyi tercih ettiği saptanmıştır. Dışlanma korkusu, sıklıkla yakın çevredeki insanların tavırlarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle hastanın ailesi, arkadaşları ve iş çevresindekilerin duygusal destek sağlanması oldukça önemlidir (174).

**Organ Kaybı:** Ameliyat sonucu oluşacak organ kaybı ayrı bir kaygı nedenidir. Göz, meme, kol, bacak gibi organların kaybı sonucunda bozulan dış görünüşleri nedeniyle hastalarda dışlanma korkusu gelişebilir. Bireyler kendilerini sosyal ve cinsel hayattan uzak tutabilirler. Örneğin yapılan bir çalışmada, mastektomi sonrası kadınlarda belirsizlik ve anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (175).

**Ölüm:** Kanser, kişinin kendi ölümüyle yüzleşmesine neden olan kronik bir hastalıktır. Süreç sonunda tam iyileşme öngörülse de veya hastalık bulguları olmadan uzun yıllar yaşanması beklense de ölüm, kanser öncesine göre artık daha yakındır. Ölümün kanserin olası bir sonucu olması nedeniyle artık hasta bu gerçekle yüzleşmeye başlar. Bu nedenle hastaların kendi gelecekleri hakkındaki soruları tedavi ekibi tarafından dürüstçe yanıtlanmalıdır (176, 177).

**Kontrol Kaybı:** Kanser hastaları genellikle, kendileri dışındaki güçler tarafından kontrol edildikleri hissine kapıldıkları bir çaresizlik duygusu yaşarlar. Ayrıca kanser, hastalık süreci ve sonu belli olmayan bir hastalık olması nedeniyle kişinin kendi hayatı üzerindeki kontrolünü kaybetmesinde neden olabilmektedir (178). Ancak hastalar beslenme, tıraş olma, banyo yapma gibi basit ihtiyaçlarını kendi başlarına giderdikleri takdirde kendilerini daha az bağımlı ve daha üretken hissedebileceklerdir. (179, 180 ).

#### 2.4.7. Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ile Kaygı Arasındaki İlişki

Yaşlanma; birden fazla organ sisteminin fonksiyonel kapasitelerinde azalmaya, benzer sorunların sıklığında artışa, bilişsel fonksiyonlarda azalmaya ve depresyon sıklığında artışlara yol açmakta ve stres toleransında giderek azalmaya neden olmaktadır (11). İleri yaşlarda gerçekleşen hücrel ve moleküler değişimler ise yaşlılarda kanser görülme riskini arttırmaktadır (60). Kanser, yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen birçok semptomu neden olmaktadır. Bunlardan biri yaşlılarda sıklıkla karşımıza çıkan kanser ağrısıdır. Her yıl dünya genelinde 4-5 milyon bireyin kanserden öldüğü varsayılırsa, bu hastaların yaşamlarının son dönemini ağrılar ve acılar içerisinde geçirmeleri hem bir sağlık sorunu hem de sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir (152, 181).

Ağrının sadece doku hasarının bir göstergesi olmadığı, aynı zamanda baş etme yetenekleri, sosyo-ekonomik durum, kültürel geçmiş, psikolojik değişkenler, entellektüel durumlardan etkilenen kompleks bir kavram olduğu bilinmektedir (181, 182). Bu nedenle kanser ağrısının fizyolojik, duygusal, psikososyal, bilişsel, davranışsal, spiritüel yönleriyle ele alınması gerekmektedir (181). Kansere ilişkili ağrının psikososyal-spiritüel alanlarındaki anahtar bileşenleri Çizelge 2.3’de verilmiştir (183).

**Çizelge 2.3.** Kansere İlişkili Ağrının Psikososyal-Spiritüel Alanlarındaki Anahtar Bileşenleri

Alanlar	Bileşenler
Emosyonel	Depresyon/Öfke/Anksiyete/Korku Umutsuzluk/savunmasızlık
Bilişsel	Ağrının anlamı/Kontrol kaybı Benlik düşüncesinin bozulması Katastrofik düşünceler /Kötü benlik saygısı
Sosyal	İzolasyon /İşsizlik/Çevreye ilginin azalması Rol değişimleri/İlişkilerde bozulma
Davranışsal	Yorgunluk/Seksüalite Tedaviye uyumsuzluk/Madde kötüye kullanımı
Spiritüel	Varoluşsal distres/Suçluluk Dünya görüşünde değişim/Manevi barışıklık

**Kaynak:** Otis-Green S, Sherman R, Perez M, Baird RP. An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Cancer Pract*, 2002; 10 (1): 58-65.

Görüldüğü gibi kanser yaşantısı, emosyonel distres ve olumsuz düşüncelere de neden olabilmektedir (183). Çünkü beden imgesinde bozulmaya yol açan kanser, bireyin kendini bir bütün olarak algılamasını engelleyebilmektedir. Kontrol edilemeyen ağrı, kanserde anksiyetenin en sık görülen nedenidir. Ağrı hasta için, her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı, ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisidir. Bireylerde içe dönüklük, huzursuzluk ve sosyal izolasyon gibi emosyonel reaksiyonlar görülebilmektedir. Tedaviyi ve hastaneyi bırakma, intihar girişiminde bulunma gibi davranışlar gelişebilmektedir. Bu nedenle, kanserli hastaların birçoğunda görüldüğü bildirilen anksiyete, depresyon, çaresizlik, bağımlılık, içe dönme, öfke, gerginlik gibi kanser ağrısını kötüleştiren faktörlerin sağlık bakım ekibi tarafından ele alınması gerekmektedir (183, 184, 247). Ayrıca kanser ağrısında davranışsal faktörler, ağrıya bireysel reaksiyon, aktivitelerin aksamasından ailevi ve mesleki desteklerin çökmesine neden olmaya kadar geniş bir spektrum içinde değişmektedir. Ağrısı ile etkin şekilde başa çıkamayan hastalarda anksiyete ve depresyonun kaçınılmaz olduğu bildirilmiştir (185).

Özellikle yaşlı kanser hastaları kanser ağrısı ile birlikte spiritüel distresi birlikte yaşayabilmekte ve yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgulamaya başlayabilmektedir. Birey inanç sisteminin güvenilirliğini sorgular, vazgeçme ve ümitsizlik gösterir, yaşamak için bir nedeni olmadığını ifade eder, spiritüel bir boşluk duygusu hisseder, kendisi ve başka insanlardan emosyonel olarak ayrılma/kopma gösterir, yaşamın, acı çekmenin, ölümün anlamı hakkında endişeler öfke, içerleme, korku ifade edebilmektedir. Bu durum kanserli bireyin inanç ve değerleri ile sağlık bakımı arasında çatışmalara neden olarak kanser ağrısının kontrolünü de güçleştirebilmektedir. Dolayısıyla, sağlık bakım ekibinin kanser ve kanser ağrısı ile ilgili dini, manevi, ilgi, inanç ve düşünceleri ne olursa olsun hasta ve ailesinin spiritüel gereksinimlerine yönelik bakımı sağlaması gerekmektedir (242, 248).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığın yıkıcı bir semptomu olan ağrının yönetimi için, bakım sürecinde hasta ve ailesi/bakım veren kişilerin umutsuzluğa kapılmadan, ümit ve inançla tedavi ve bakımı sürdürmesi, hastanın yaşamının anlamlı kılınması, umutların canlı ve taze tutulabilmesi, baş etme becerilerinin ve problem çözme yeteneklerinin desteklenmesi tüm sağlık bakım ekibi tarafından önemle üstünde durulması gereken bir konudur. Kanser hastalarının spiritüel yönlerinin değerlendiril-

rilmesi ve acı çekmelerinin azaltılması, onlarla empati yapılması, hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması ile mümkündür (183, 186, 239, 242, 247).

## **2.5. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi**

Yaşlı nüfus oranının artması, yaşlı kanser hastalarının sayısının artmasına neden olmaktadır (187). Yaşam süresinin uzaması hücrelerin apoptozis, yenilenme yeteneğini kaybetmesine ve kanser hücrelerinin gelişmesine yol açmaktadır (11). Yaşlı kanser hastalarında ağrı, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser tanısı, kanser tedavisi ve ağrı varlığı hastaların kaygı düzeyini ve psikolojik durumunu etkileyerek yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (37, 108, 242, 247). Bu nedenle yaşlı hastalarda ağrının değerlendirilmesi tedavi süreci ve yaşam kaliteleri açısından önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlılarda ağrının değerlendirilmesi fiziksel, emosyonel ve psikososyal açıdan çok boyutlu yaklaşım gerektirmektedir. Hemşireler, hastalarla en fazla zaman geçiren ve onları en doğru biçimde gözlemleyen sağlık profesyonelleridir. Hemşireler subjektif bir semptom olan ağrıyı tanımlamalı, değerlendirmeli, ağrıyı gidermede uygun yöntemleri seçmelidir. Ayrıca ağrı ve ağrıya bağlı olarak gelişen kaygı düzeylerini belirlemeli, değerlendirmeli, hastaların kaygılarını ifade etmesini sağlamalı, tedavinin her evresinde psikososyal destek vermelidir (189, 249).

Sonuç olarak geriatric kanser hastaları, kanserin ve yaşlılığın neden olduğu fiziksel, bilişsel ve psikolojik etkiler nedeniyle en fazla bakım gereksinimi olan hasta gruplarındandır. Bu hastalara bakım veren hemşireler, üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirdiği takdirde, hastalar ağrı ve kaygının olumsuz etkileriyle daha kolay başa çıkabilecek ve yaşamlarından daha zevk alır hale geleceklerdir.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nin Dahiliye 1 Servisi ve ayaktan kemoterapi ünitesi, Mersin Devlet Hastanesi' nin ayaktan kemoterapi ünitesi, Tıbbi Onkoloji Servisi ve Radyasyon Onkoloji Servisi'nde yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nin Dâhiliye 1 servisinde ortalama olarak ayda 120-130 kanser hastası tedavi görmekte ve bu hastaların 25-30'unu 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bu serviste 12 hasta odası, 62 adet yatak bulunmakta ve 12 hemşire görev yapmaktadır. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nin ayaktan kemoterapi ünitesinde, ortalama olarak ayda 150-160 kanser hastası tedavi görmektedir ve bu hastaların 45-50'sini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bu ünite de iki hasta odası, 15 koltuk, iki adet yatak bulunmakta ve üç hemşire görev yapmaktadır.

Mersin Devlet Hastanesi Tıbbi Onkoloji servisi, Radyasyon Onkoloji servisi ve ayaktan kemoterapi servisinde, ortalama olarak ayda 90-100 kanser hastası tedavi görmektedir ve bu hastaların 20-25'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Tıbbi Onkoloji servisinde beş hasta odası, 19 adet yatak bulunmakta ve beş hemşire görev yapmaktadır. Radyasyon Onkoloji servisinde beş hasta odası, 21 adet yatak bulunmakta ve beş hemşire görev yapmaktadır. Ayaktan kemoterapi ünitesinde 14 koltuk, iki adet yatak bulunmakta ve üç hemşire görev yapmaktadır.

Bu tedavi ünitelerinin hepsinde hasta kayıtları, dosya numaraları ve isimlere göre yapılmaktadır. Yaşa göre kayıt tutulmadığı için, 65 yaş üzeri bireylere ilişkin verilen sayılar, ünitelerde çalışan hemşirelerin ve araştırmacının gözlemleri doğrultusunda yaklaşık olarak belirlenmiştir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü ünitelerde 1 Aralık 2010 – 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında tedavi gören yaşlılardan ağrısı olan 123 kanser hastası oluşturmuştur.

### 3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, 1 Aralık 2010 - 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı servis ve ünitelerde tedavi gören, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 106 hasta oluşturmuştur. Bu hastaların belirlenmesinde şu kriterler dikkate alınmıştır:

Hastanın;

- 65 yaş ve üzerinde olması,
- Kanser tanısı almış olması,
- En az üç aydır kronik ağrısının olması,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyinin araştırmada uygulanan formları cevaplamaya uygun olması,
- Veri toplama sırasında ağrısının olmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

Hastaların araştırmamaya dâhil edilmeme kriterleri:

Hastanın;

- 65 yaşından küçük olması,
- Kanser tanısı almamış olması,
- Üç aydan az ağrısının olması,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyinin araştırmada uygulanan formları cevaplamaya uygun olmaması,
- Veri toplama sırasında ağrısının olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması.

### **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerde fiziksel ve bilişsel kayıpların sık görülmesi, kemoterapiye bağlı olarak gelişen semptomları şiddetli yaşayan bireylerin araştırmaya katılmada daha isteksiz olmaları ve Türkçe anlamakta ve konuşmakta güçlüğü olan bireyler, veri toplama formlarının uygulanmasında ve çalışmaya dâhil edilen hasta sayısında sınırlılığa neden olmuştur.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, 65 yaş ve üzerindeki bireyleri tanıtıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” (EK-1), hastaların ağrı özelliklerini belirlemek için uygulanan “Mc Gill Ağrı Soru Formu (MASF)” (EK-2) ve hastaların kaygı düzeylerini belirlemek amacı ile uygulanan “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

##### **3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu, kanser tanısı nedeniyle ağrısı olan 65 yaş ve üzeri hastaların ağrı ve kaygı düzeyini etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo-demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (15, 17, 20, 148, 190, 191).

Bu formda “Sosyo-Demografik Özelliklere” ilişkin (hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, sosyal güvencesi, gelir durumu, nerede ikamet ettiği, kimlerle birlikte yaşadığı vb.) 10 ve “Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özelliklere” ilişkin (tanı aldığı süre, hastalığın tedavisinde kullanılan yöntemler, var olan hastalıklar, bireylerin yaşlılığı ve hastalığı algılama durumları, ağrı yaşama durumu ve sıklığı, ağrıyı önlemede kullanılan tedaviler, önlemler, alınan destekler vb) 30 soru bulunmaktadır (EK-1).

### 3.6.1.2. Mc Gill Ağrı Soru Formu (MASF)

Geriatrik kanser hastalarının, ağrı durumunu belirleyebilmek amacı ile “Mc Gill Ağrı Soru Formu (MASF)” kullanılmıştır. 1971 yılında Melzack ve Targerson (192) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve ark. (193) tarafından 1998’de; Kuğuoğlu ve ark. (194) tarafından 2003’de; Öksüz ve ark. (195) tarafından 2007’de yapılmıştır.

Mc Gill Ağrı Soru Formu dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almıştır.

**Birinci Bölüm:** Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem de yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir.

**İkinci Bölüm:** Bu bölümde ağrıyı duyuşal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi istenir. MASF’nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10’u ağrının duyuşal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

**Üçüncü Bölüm:** Bu bölümde ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.

**Dördüncü Bölüm:** Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir= hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almıştır. (EK-2)

Ölçek, bireylerin yaşadığı ağrıyı duyuşal, algısal ve değerlendirme yönünden incelemesi, ağrının zamanla ilişkisini değerlendirmesi ve ağrı şiddetinin belirlenmesine olanak tanınması nedeniyle tercih edilmiştir.

**Çizelge 3.1.** MASF'nun Alt Boyutları, Soruların Numaraları, Puan Aralıkları, Minimum - Maksimum Değerleri

MASF'nun Alt Boyutları	Soruların Numaraları	Puan Aralıkları	*E.K Değerleri	*E.B Değerleri
Duyusal	1-10	1-6	0	42
Algısal	11-15	1-6	0	14
Değerlendirme	16	1-6	0	5
Karışık	17-20	1-6	0	17
Total Skor			0	78

\*E.K: En küçük

\*E.B: En büyük

### 3.6.1.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory (STAI-I ve STAI-II))

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini, ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'de geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Öner N. ve Le Compte tarafından 1977'de yapılmıştır (33).

Bir öz bildirim ölçeği olan STAI, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Bu ölçekler Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeğidir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde oluşan uyarılma sonucu terleme, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularını gösterir. Bu nedenle Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. 20 soru hastanın durumluluk kaygı düzeyini, diğer 20 soru da sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir (33).

Sorulara, ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre, durumluluk kaygı ölçeğinde, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla gibi dört seçenekten birini işaretlemek suretiyle yanıt verilir. Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise, olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerindekiler ise

bire dönüşür. Doğrudan ifadelerde, dört değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir (33).

Ölçekte yer alan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise; (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Hemen Her Zaman gibi dört seçenektan birini işaretlemek suretiyle yanıt verir. Ölçekte yer alan 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), 21, 26, 27,30, 33, 36 ve 39. maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Değerlendirilme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 eklenmektedir. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse, ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyinin de fazla olduğu değerlendirilir. Türkçe formunun test-tekrar test değişmezlik katsayıları, STAI-I için 0.26-0.68 arasında, STAI-II için 0.71 ile 0.86 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve homojenlik katsayıları STAI-I için 0.94-0.96 arasında, STAI-II için 0.83-0.87 arasındadır (33). (EK-3)

Çalışmamızda, geriatrik kanser hastalarının yaşadıkları kaygıların kolaylıkla değerlendirilebilmesine olanak sağlandığı için bu ölçek tercih edilmiştir.

### **3.7. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması**

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Dâhiliye 1 servisinde tedavi gören 65 yaş ve üzeri, 10 hastaya 25 Ekim – 15 Kasım 2010 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda yaşlı bireylerde görme kaybının yaygın olması ve okur- yazarlık oranının düşük olması gibi nedenlerden dolayı araştırmada kullanılan formların araştırmacı tarafından uygulanmasına karar verilmiştir.

### **3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Veri toplama formlarının uygulanması amacı ile Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden, Mersin Devlet Hastanesi Başhekimlik ve Başhemşireliklerinden resmi izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması, etik kurul onayı alındıktan sonra 1 Aralık 2010 – 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, ardından araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu vurgulanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmıştır. Hastaların daha rahat yanıt verebilmeleri amacıyla formlar tüm hastalara araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bireylerin formları yanıtlama süreleri Kişisel Bilgi Formu'nda 5-10 dakika, Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu 10-15 dakika ve Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 15-25 dakika arasında değişmiştir. Kişisel Bilgi Formunda yer alan dosya numarası, tanı, diğer hastalıklar, hastalık süresi, kür ve ışın sayısı hastaların dosyalarından elde edilmiştir.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri bilgisayar aracılığı ile Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 programında yapılmıştır. Ölçek puanların demografik özellikler bakımından karşılaştırmaları için Student t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Hastalık süresi, hastalığın algılanması, kür sayısı ve radyoterapi/kemoterapi nedeniyle yaşanan semptomlara kovaryans analizi uygulanmıştır. Ancak, istatistiksel anlamlı bulunmadığı için değerlendirmelere varyans analizi ile devam edilmiştir. Anlamlı farklılıklar için ikili karşılaştırmalar LSD testi ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi olarak  $p < 0,05$  alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde;

- McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları, maksimum ve minimum ölçek puanları ile standart sapmalarını içeren bulgular,
- Hastaların MASF'na göre ağrı durumlarına ilişkin özellikleri içeren bulgular,
- Geriatrik kanser hastaların sosyo- demografik özellikleri, hastalıkları ile ilgili özellikleri, yaşlılığı ve hastalıklarını algılama durumlarına ilişkin özellikleri, radyoterapi/kemoterapi nedeniyle yaşadıkları semptomlar ile ilgili özellikleri, ağrıya ilişkin özellikleri, ağrıya yönelik aldıkları önlemlere ve desteklere ilişkin özellikleri ve hastaların GYA'nin etkilenme durumuna göre MASF total ve alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarını içeren bulgular,
- Eşlik eden kronik hastalıkları içeren bulgular,
- Hastalara uygulanan tıbbi tedavilerin dağılımını içeren bulgular,
- Hastalara uygulanan ağrı tedavilerin dağılımını içeren bulgular,
- McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri içeren bulgular,
- Ağrının giderilmesi için alınan önlemleri içeren bulgular,
- Hastaların ağrıya bağlı sosyal faaliyetlere katılma, yaşamdan zevk alma ve diğer insanlarla ilişkilerinin etkilenme durumunu içeren bulgular,
- Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.



**Çizelge 4.1.** Hastaların MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve En Küçük- En Büyük Değerleri

	N	$\bar{X}\pm SD$	*E.K-E.B
<b>MASF- Duyusal</b>	106	18,31±6,27	5,00-33,00
<b>MASF - Algısal</b>	106	5,63±2,05	1,00-10,00
<b>MASF - Değerlendirme</b>	106	3,68±1,11	1,00-5,00
<b>MASF - Karışık</b>	106	7,93±3,04	3,00-15,00
<b>MASF - Toplam</b>	106	35,57±11,29	11,00-60,00
<b>Durumluk Kaygı Envanteri</b>	106	49,75±5,98	38,00-66,00
<b>Sürekli Kaygı Envanteri</b>	106	43,04±5,45	33,00-59,00

\*E.K: En küçük değer

\*E.B: En büyük değer

Çizelge 4.1’ de araştırma kapsamına alınan hastalarının McGill Ağrı Soru Formu Ölçeği alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları ile standart sapma, en küçük ve en büyük ölçek puanlarına yer verilmiştir.

Hastalarının McGill Ağrı Soru Formu Ölçeği duyusal boyut puanı 18.31±6.27 (E.K-E.B 5-33), algısal boyut puanı 5.63±2.05 (E.K-E.B 1-10), değerlendirme boyut puanı 3.68±1.11 (E.K-E.B 1-5), karışık boyut puanı 7.93±3.04 (E.K-E.B 3-15), ölçek toplam puan, 35.57±11.29 (E.K-E.B 11-60), Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalaması 49.75±5.98 (E.K-E.B 38-66) ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının 43.04±5.45 (E.K-E.B 33-59) olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4.2.** Hastaların McGill Ağrı Soru Formuna Göre Ağrı Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Ağrının en kötü halini tanımlayan kelime</b>		
Şiddetli	7	6,6
Çok şiddetli	38	35,8
Dayanılmaz	61	57,5
<b>Ağrının en az halini tanımlayan kelime</b>		
Hafif	95	89,6
Rahatsız edici	7	6,6
Şiddetli	4	3,8
<b>Ağrıyı tanımlamak için kullanılan kelime*</b>		
Devamlı	46	43,4
Kararlı	51	48,1
Sabit	9	8,5
Ritmik	49	46,2
Periyodik	26	24,5
Aralıklı	31	29,2
Genel	65	61,3
Anlık	7	6,6
Geçici	34	32,1

\* n katlanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrı özellikleri Çizelge 4.2.'de verilmiştir. Hastalar ağrılarının en kötü halini %35,8'i çok şiddetli ve %57,5'i dayanılmaz olarak ifade etmişlerdir. Hastalardan ağrının en az halini tanımlamaları istendiğinde ise %89,6'sı hafif, %6,6'sı rahatsız edici olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar ağrılarını tanımlamak için %61,3'ü genel, %48,1'i kararlı ve %46,2'si ritmik kelimelerini kullanmışlardır.

**Çizelge 4.3.** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Yaş</b>									
65-74 yaş	84	79,2	18,43±8,36	5,58±2,05	3,67±1,15	7,93±3,18	35,62±11,56	49,68±5,90	43,02±5,37
75 yaş ve üzeri	22	20,8	17,86±5,99	5,82±2,08	3,73±0,94	7,95±2,50	35,36±10,42	50,05±6,40	43,09±5,86
p			0,708	0,634	0,821	0,972	0,925	0,799	0,959
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	48	45,3	18,65±5,33	5,73±1,80	3,65±1,21	8,33±3,21	36,35±10,29	49,60±5,57	43,29±5,19
Erkek	58	54,7	18,03±6,98	5,55±2,25	3,71±1,03	7,60±2,87	34,91±12,10	49,88±6,34	42,83±5,69
p			0,619	0,659	0,779	0,220	0,516	0,815	0,665

**Çizelge 4.3 (devamı).** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Medeni durum</b>									
Evli	87	82,1	18,22±6,44	5,59±2,11	3,69±1,12	7,91±3,19	35,41±11,66	50,10±6,34	43,44±5,58
Bekâr	19	17,9	18,74±5,55	5,84±1,80	3,63±1,07	8,05±2,25	36,26±9,66	48,16±3,67	41,21±4,52
p			0,746	0,624	0,837	0,852	0,768	0,200	0,107
<b>Eğitim durumu</b>									
Okur-yazar değil	37	34,9	18,92±5,91	5,59±1,69	3,73±1,12	7,92±2,81	36,19±10,29	49,38±6,25	42,89±5,96
Okur-yazar /ilköğretim mezunu	59	55,7	18,03±6,36	5,83±2,28	3,68±1,07	8,02±3,19	35,56±11,87	49,92±5,79	42,93±5,01
Lise/fakülte/yükseköğretim mezunu	10	9,4	17,70±7,42	4,60±1,65	3,50±1,35	7,50±3,17	33,30±12,11	50,20±6,63	44,20±6,41
p			0,760	0,213	0,847	0,885	0,776	0,887	0,781

**Çizelge 4.3 (devamı).** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Çalışma durumu</b>									
Çalışan	18	17,0	17,44±7,62	5,17±2,79	3,39±1,04	6,89±3,34	32,89±14,15	48,17±4,84	40,83±4,27
Çalışmayan	88	83,0	18,49±5,99	5,73±1,87	3,74±1,12	8,15±2,95	36,11±10,62	50,08±6,16	43,49±5,57
P			0,522	0,292	0,224	0,109	0,271	0,218	0,059
<b>Aile tipi</b>									
Geniş aile	24	22,6	19,33±5,87	5,71±1,60	3,67±1,17	7,54±2,57	36,25±10,17	50,33±5,12	43,46±5,48
Çekirdek aile	82	77,4	18,01±6,38	5,61±2,17	3,68±1,10	8,05±3,17	35,37±11,64	49,59±6,23	42,91±5,47
p			0,366	0,837	0,950	0,474	0,737	0,592	0,669

**Çizelge 4.3 (devamı).** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Yaşanılan yer</b>									
İl	54	50,9	18,74±6,38	5,89±2,14	3,78±1,09	8,24±2,93	36,65±11,32	49,33±5,35	42,93±5,22
İlçe	33	31,1	17,82±6,28	5,45±2,06	3,73±1,13	7,85±3,36	34,85±11,72	51,10±7,48	43,94±6,41
Köy	19	17,9	17,95±6,17	5,21±1,72	3,32±1,11	7,21±2,76	33,74±10,66	48,63±4,44	41,79±4,08
p			0,774	0,390	0,285	0,441	0,573	0,277	0,386
<b>Birlikte yaşanılan kişiler</b>									
Yalnız	6	5,7	19,17±5,60	6,00±2,19	3,83±0,98	9,33±2,73	38,33±10,46	47,83±2,56	41,00±3,74
Eşi ile	67	63,2	18,12±6,28	5,67±2,18	3,67±1,09	7,96±3,29	35,43±11,74	49,40±5,90	42,66±5,15
Oğlu/kızı ile	28	26,4	18,36±6,65	5,39±1,77	3,64±1,13	7,54±2,46	34,93±10,67	50,50±6,65	43,46±5,87
Akrabaları ile	5	4,7	19,60±6,27	6,00±1,87	3,80±1,64	8,20±3,11	37,60±12,10	52,60±5,98	48,20±5,45
p			0,945	0,862	0,977	0,622	0,894	0,496	0,119

**Çizelge 4.3 (devamı).** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MASF, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Gelir durumu</b>									
Geliri giderinden az	60	56,6	17,68±6,69	5,28±1,95	3,62±1,14	7,73±3,22	34,33±11,81	49,48±5,95	43,02±5,51
Geliri giderine eşit*	46	43,4	19,13±5,63	6,09±2,11	3,76±1,08	8,20±2,79	37,17±10,47	50,11±6,07	43,07±5,43
P			0,240	0,045	0,510	0,440	0,201	0,596	0,964

\*Geliri giderinden fazla olanlar geliri giderine eşit olanlar ile birlikte gruplandırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.3.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan geriatrik kanser hastalarının %79,2'si 65-74 yaş arasında, %20,8'i 75 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 70,16' idi. Yapılan istatistiksel analizde 75 yaş ve üzerinde olan hastaların 65-74 yaş arasında olan hastalara göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları daha yüksek, MASF ölçek toplam puan ortalamaları ve duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları daha düşük bulunmuş fakat gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %54,7'si erkek idi. MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında kadınların puan ortalamalarının erkeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Erkeklerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının kadınların puanından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) kadın hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puanının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %82,1'inin evli olduğu belirlenmiştir. MASF ölçek toplam puan ortalamaları ve duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları bakımından incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Evli olanların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek ortalama puanı bekâr/boşanmış/dul olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Örnekleme kapsamına alınan hastaların %55,7'si okuryazar/ilköğretim mezunu idi. MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşal ve değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamaları açısından ele alındığında; okuryazar olmayanların puanı



okuryazar/ilköğretim mezunlarından ve lise/fakülte/ yüksekokul mezunlarından yüksek bulunmuş ve arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Lise/fakülte/yüksekokul mezunu olanların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek ortalama puanlarının diğer iki grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %83,0'ı herhangi bir işte çalışmamakta idi. MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşsal, algısal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışmayan hastaların puan ortalamalarının çalışan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %50,9'unun ilde yaşadığı belirlenmiştir. İlde yaşayanların MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşsal, algısal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamalarının ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). İlçede yaşayan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %77,4'nün çekirdek aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Geniş aile yapısına sahip olan hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşsal ve algısal alt ölçekleri puan ortalamalarının çekirdek aile yapısına sahip olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çekirdek aileye sahip olan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları geniş aileye sahip olan hastaların puanlarından düşük bulunmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Örnekleme kapsamına alınan hastaların %63,2'sinin eşi ile birlikte ve %26,4'ünün oğlu veya kızı ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Yalnız yaşayan hastaların diğer üç gruba göre MASF ölçek toplam puan ortalamaları, algısal, değerlendirme ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Fakat gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Akrabaları ile birlikte yaşayanların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer üç grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Örnekleme oluşturan hastaların %56,6'sının gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları geliri giderine eşit olan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Geliri giderinden az olan hastaların MASF'nun algısal alt grubu puan ortalamalarının geliri giderine eşit olan gruptan daha düşük olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.4.** Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastalıklarına İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Hastalık süresi</b>									
1 yıldan az	51	48,1	16,59±6,26 <sup>a,b</sup>	4,92±1,91 <sup>a,b</sup>	3,47±1,16	7,24±2,92 <sup>b</sup>	32,24±11,13 <sup>a,b</sup>	48,82±5,95	41,80±5,14
1 – 5 yıl	44	41,5	19,32±6,29 <sup>b</sup>	6,09±1,96 <sup>b</sup>	3,80±1,07	8,34±2,88	37,55±11,14	50,89±6,04	44,34±5,43
5 yıldan fazla	11	10,4	22,27±2,97	7,09±1,87	4,18±0,87	9,55±3,50	43,09±6,99	49,55±5,59	43,55±6,11
p			0,008	0,001	0,102	0,036	0,004	0,245	0,072
<b>Kronik hastalık</b>									
Olan	66	62,3	17,89±6,23	5,55±2,23	3,62±1,09	7,89±3,10	34,95±11,53	49,53±5,86	42,88±4,98
Olmayan	40	37,7	19,00±6,34	5,78±1,73	3,78±1,14	8,00±2,96	36,58±10,95	50,13±6,24	43,30±6,20
p			0,381	0,578	0,491	0,863	0,476	0,622	0,702

(a): “1-5 yıl hastalık süresi ” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): “5 yıldan fazla hastalık süresi ” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.4.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %48,1'nin 1 yıldan az, %41,5'nin 1-5 yıl, %10,4'ünün 5 yıl ve daha uzun süredir kanser hastası oldukları belirlenmiştir. Hastalık süresi beş yıldan fazla olan hastaların MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları, hastalık süresi bir yıldan az olan hastalardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). MASF'nun alt boyutları olan duyuşal, algısal ve ölçek toplam puan dağılımı bakımından hastalık süresi bir yıldan az olan hastaların ortalama puanları hastalık süresi 1-5 yıl olan hastalardan daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Hastalık süresi 1-5 yıl olan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %62,3'ünde başka bir kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları başka bir kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.5.** Hastaların Yaşlılığı ve Hastalıklarını Algılama Durumlarına Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Algılama Durumu	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Yaşlılığı algılaması</b>									
Çok yaşlı hissediyorum	13	12,3	19,31±5,89	5,62±1,85	4,00±0,71	8,92±2,63	37,85±9,97	49,69±5,53	42,85±6,22
Yaşlı hissediyorum	55	51,9	18,07±6,09	5,80±2,10	3,56±1,24	7,95±3,26	35,38±11,56	50,35±6,00	43,13±5,11
Yaşlı hissetmiyorum	38	35,8	18,32±6,76	5,39±2,06	3,74±1,00	7,58±2,82	35,05±11,51	48,92±6,15	42,97±5,80
p			0,818	0,648	0,413	0,391	0,736	0,532	0,982
<b>Hastalığı algılaması</b>									
Çok hasta hissediyor	14	13,2	22,36±6,33 <sup>a</sup>	6,86±2,28 <sup>a</sup>	4,14±0,86	9,71±3,02 <sup>a</sup>	43,07±11,05 <sup>a</sup>	52,43±7,45	44,93±6,89
Hasta hissediyor	76	71,7	17,55±5,98	5,38±1,89	3,62±1,13	7,66±2,99	34,21±10,74	49,59±5,53	43,11±4,94
Hasta hissetmiyor	16	15,1	18,38±6,55	5,75±2,29	3,56±1,15	7,69±2,91	35,44±12,14	48,19±6,30	41,06±6,10
p			0,029	0,044	0,242	0,061	0,025	0,138	0,150

(a): “Kendini hasta hisseden” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların yaşlılığı ve hastalıklarını algılama durumlarına göre MASF alt boyutları olan duygusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.5.'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %12,3'ü kendisini “çok yaşlı hissettiğini”, %51,9'u yaşlı hissettiğini, %35,8'i de yaşlı hissetmediğini ifade etmiştir. Kendisini çok yaşlı hissedenlerin diğer iki gruba göre MASF ölçek toplam puan ortalamaları, algısal, duygusal, değerlendirme ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Kendisini “yaşlı hissedenlerin” Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %13,2'si kendisini “çok hasta hissettiğini”, %71,7'si “hasta hissettiğini” ve %15,1'i de “hasta hissetmediğini” ifade etmiştir. Kendisini “çok hasta hissedenlerin” MASF alt boyutları olan duygusal, algısal, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları, “hasta hissedenlerden” yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kendisini “çok hasta hissedenlerin” Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.6.** Uygulanan Tedavilerin Dağılımı ( n: 106)

Uygulanan Tıbbi Tedavi	n	%
Kemoterapi	21	19,8
Radyoterapi+Kemoterapi	20	18,9
Radyoterapi	17	16,0
Cerrahi tedavi+Kemoterapi	14	13,2
Tedavi uygulanmıyor	9	8,5
Cerrahi tedavi+Radyoterapi	9	8,5
Cerrahi tedavi	8	7,5
Cerrahi tedavi+Radyoterapi+ Kemoterapi	7	6,6
Kemik iliği transplantasyonu+Kemoterapi	1	0,9

Hastalara uygulanan tedavilerin dağılımı Çizelge 4.6.'da verilmiştir. Hastaların %19,8'ine kemoterapi, %18,9'una radyoterapi ve kemoterapi, %16,0 'na radyoterapi uygulandığı belirlenmiştir.

**Çizelge 4.7.** Hastalara Uygulanan Kemoterapi Kür Sayısı ve Radyoterapi Işın Sayılarının Dağılımı

Kür ve Işın Sayıları	N	$\bar{X} \pm SD$	*E.K-E.B
Kemoterapi kür sayısı	60	5,22±3,66	1,00-15,00
Radyoterapi ışın sayısı	51	15,35±9,86	1,00-41,00

\*E.K: En küçük değer

\*E.B: En büyük değer

Çizelge 4.7.'de hastalara uygulanan kemoterapi kür sayısı ve radyoterapi ışın sayılarının puan ortalamaları, maksimum ve minimum ölçek puanları ile standart

sapmalarına yer verilmiştir. Kemoterapi kür sayı ortalamaları  $5.22\pm 3.66$  (E.K-E.B 1-15), Radyoterapi ışın sayısı ortalamalarının  $15.35\pm 9.86$  (E.K-E.B 1-41) olduğu belirlenmiştir.



**Çizelge 4.8.** Hastaların Radyoterapi/Kemoterapi Nedeniyle Yaşadıkları Semptomlara Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Semptomlar ve Görülme Sıklıkları	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Bulantı –Kusma (n= 89)</b>									
Sık Sık	48	53,9	18,71±6,39 <sup>a</sup>	5,83±2,10 <sup>a</sup>	3,79±1,15	8,06±3,19	36,40±11,57 <sup>a</sup>	50,38±6,46	43,90±6,00
Bazen	26	29,2	20,50±5,34 <sup>a</sup>	6,31±1,76 <sup>a</sup>	3,88±0,99	8,85±2,81 <sup>a</sup>	39,54±9,56 <sup>a</sup>	49,69±5,25	43,19±5,28
Nadiren	15	16,9	15,07±6,15	4,60±2,03	3,40±1,06	6,73±2,66	29,80±10,86	49,93±6,20	42,73±4,38
p			0,025	0,033	0,370	0,100	0,026	0,894	0,739
<b>İştahsızlık (n= 89)</b>									
Sık Sık	68	76,4	19,16±6,07	5,93±1,99	3,76±1,11	8,16±3,04	37,01±10,91	51,12±6,14 <sup>a,b</sup>	44,18±5,84
Bazen	16	18,0	16,88±6,95	5,38±2,42	3,81±0,98	7,88±3,24	33,94±12,83	47,25±4,70	41,38±3,84
Nadiren	5	5,6	16,80±6,38	4,80±1,30	3,40±1,34	7,40±3,05	32,40±11,10	45,40±2,88	41,00±3,00
p			0,340	0,353	0,753	0,834	0,460	0,012	0,109

(a): “Nadiren” yaşayan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): “Bazen” yaşayan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.8 (devamı).** Hastaların Radyoterapi/Kemoterapi Nedeniyle Yaşadıkları Semptomlara Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Semptomlar ve Görülme Sıklıkları	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Beden ısısında yükselme (n= 89)</b>									
Sık Sık	19	21,3	18,84±5,77	5,42±1,54	3,89±0,94	7,84±3,17	36,00±9,85	49,05±5,64	42,89±5,52
Bazen	38	42,7	18,95±6,10	6,26±2,30	3,79±1,12	8,13±2,93	37,13±11,16	51,74±6,48	44,42±5,90
Nadiren	26	29,2	17,19±6,97	5,19±1,96	3,50±1,21	7,81±3,37	33,69±12,74	49,31±5,63	42,73±5,36
Hiç	6	6,7	22,00±4,98	6,17±1,72	4,17±0,75	9,50±1,87	41,83±8,18	46,50±3,51	42,83±3,66
p			0,361	0,169	0,459	0,658	0,387	0,112	0,605
<b>Diyare – Konstipasyon (n= 89)</b>									
Sık Sık	41	46,1	20,15±5,69	6,24±2,08	3,88±1,10	8,54±3,02	38,80±10,72	51,63±5,80 <sup>a,c</sup>	45,22±5,26 <sup>a,c</sup>
Bazen	34	38,2	17,91±6,49	5,50±1,94	3,76±1,07	8,06±3,05	35,24±11,16	49,74±6,17	43,03±5,80
Nadiren	11	12,4	16,36±6,33	5,00±1,95	3,55±1,04	7,00±3,03	31,91±11,54	44,33±6,66	40,27±2,80
Hiç	3	3,4	14,00±7,81	5,00±2,65	2,67±1,15	5,67±2,52	27,33±13,65	50,10±6,03	37,00±2,65
p			0,112	0,191	0,273	0,243	0,114	0,038	0,005

(a): “Nadiren” yaşayan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): “Hiç” yaşamayan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.8 (devamı).** Hastaların Radyoterapi/Kemoterapi Nedeniyle Yaşadıkları Semptomlara Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Semptomlar ve Görülme Sıklıkları	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Stomatit (n= 89)</b>									
Sık Sık	23	25,8	18,30±6,33	6,09±2,21	3,65±1,30	8,39±3,39	36,43±12,32	50,09±6,27	43,65±5,47
Bazen	22	24,7	18,64±6,62	5,73±1,75	3,73±1,32	7,95±3,66	36,05±11,80	51,82±6,27	44,95±5,96
Nadiren	29	32,6	18,72±6,80	5,72±2,27	3,72±1,00	7,83±2,65	36,00±11,83	49,69±5,63	42,59±5,58
Hiç	15	16,9	18,87±4,94	5,40±1,88	4,00±0,38	8,20±2,40	36,47±8,25	48,40±6,03	42,87±4,82
p			0,993	0,792	0,807	0,922	0,999	0,380	0,475
<b>Alopesia (n= 89)</b>									
Var	67	75,3	19,07±6,32	5,84±2,06	3,82±1,10	8,28±3,15	37,01±11,47	50,24±6,21	43,57±5,98
Yok	22	24,7	17,23±5,96	5,55±2,06	3,55±1,06	7,41±2,67	33,73±10,41	49,68±5,55	43,27±3,89
p			0,231	0,567	0,306	0,245	0,236	0,709	0,829

**Çizelge 4.8 (devamı).** Hastaların Radyoterapi/Kemoterapi Nedeniyle Yaşadıkları Semptomlara Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Semptomlar ve Görülme Sıklıkları	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Kilo kaybı (n= 89)</b>									
Var	86	96,6	18,48±6,28	5,70±2,02	3,76±1,08	8,02±3,00	35,95±11,19	50,16±6,10	43,56±5,56
Yok	3	3,4	22,67±4,51	7,67±2,31	3,67±1,53	9,33±4,73	43,33±12,90	48±33±3,51	41,67±4,73
p			0,256	0,102	0,890	0,467	0,266	0,608	0,562

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların radyoterapi/kemoterapi nedeniyle yaşadıkları semptomlara göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.8.'de verilmiştir.

Kemoterapi/radyoterapi uygulanan yaşlı hastaların %53.9'unun "sık sık", %29.2'sinin "bazen" ve %16.9'unun "nadiren" bulantı - kusma yaşadıkları belirlenmiştir. "Sık sık" ya da "bazen" bulantı - kusma yaşayan hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları, algısal, duyuşal ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları "nadiren" bulantı-kusma yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). "Sık sık" bulantı - kusma yaşayan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).

Bireylerin iştahsızlık yaşama sıklığına bakıldığında, %76.4'nün "sık sık", %18.0'nin "bazen" ve %5.6.'sının "nadiren" yaşadığı belirlenmiştir. "Sık sık" iştahsızlık yaşayan yaşlı hastaların diğer iki gruba göre MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşal, algısal ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). "Bazen" ya da "nadiren" iştahsızlık yaşayan hastaların Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları "sık sık" iştahsızlık yaşayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında saptanan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Bireylerin beden ısısındaki değişiklik yaşama sıklığına bakıldığında % 21.3'ü "sık sık", %42.7'si "bazen" ve %29.2'si "nadiren" bu semptomu yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede beden ısısında değişiklik yaşama sıklığı ile MASF alt ölçek puanları ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %46.1'inin "sık sık", % 38.2'sinin "bazen" ve % 12.4'ünün "nadiren" diyare-konstipasyon yaşadıkları saptanmıştır. "Sık sık" diyare-konstipasyon yaşayan hastaların diğer üç gruba göre MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşal, algısal ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları daha yüksek

bulunmuştur. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). “Sık sık” diyare-konstipasyon yaşayan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları “ nadiren” diyare-konstipasyon yaşayan ya da “hiç” diyare-konstipasyon yaşamayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Bireylerin % 25.8’inin “sık sık”, %24.7’sinin “bazen” ve %32,6’sının “nadiren” stomatit yakınması olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede stomatit yaşama sıklığı ile MASF alt ölçek puanları ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi/radyoterapi uygulanan yaşlı hastaların %75.3’ü alopesia deneyimlediğini ifade etmiştir. Alopesia deneyimleyen hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları, alopesia deneyimlemeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 96.6’sı kilo kaybı yaşadığını belirtmiştir. Kilo kaybı yaşayan hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları, kilo kaybı yaşamayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.9.** Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Ağrıya ilişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Ağrı yaşama sıklığı</b>									
Sürekli	13	12,3	21,31±6,90 <sup>a</sup>	6,92±1,93 <sup>a</sup>	4,31±0,85 <sup>a</sup>	9,23±2,71 <sup>a</sup>	41,85±11,23 <sup>a</sup>	52,15±7,01 <sup>a</sup>	45,85±6,88 <sup>a</sup>
Günde birçok kez	59	55,7	19,76±5,38 <sup>a</sup>	6,03±1,88 <sup>a</sup>	3,93±0,98 <sup>a</sup>	8,68±2,87 <sup>a</sup>	38,41±9,68 <sup>a</sup>	50,78±5,70 <sup>a</sup>	44,42±5,16 <sup>a</sup>
Haftada birçok kez	34	32,1	14,65±5,97	4,44±1,85	3,00±1,10	6,15±2,70	28,24±10,47	47,06±5,21	39,56±3,38
p			p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,004	p<0,001
<b>Ağrının ortaya çıkma zamanı</b>									
Akşam	9	8,5	18,22±6,18	6,00±2,74	4,00±1,22	8,00±3,04	36,22±12,29	49,00±6,61 <sup>c</sup>	44,75±6,06
Öğle ve öğleden sonra	16	15,1	20,81±4,94	6,25±1,34	4,31±0,60 <sup>b</sup>	9,94±2,74 <sup>b</sup>	41,31±8,14 <sup>b</sup>	50,31±5,00 <sup>c</sup>	44,13±4,98
Gün içinde herhangi bir zamanda	70	66,0	17,47±6,07	5,24±2,02	3,49±1,11	7,37±2,92	33,59±10,91	48,90±5,65	41,90±4,83
Sabah ve akşam	11	10,4	20,09±8,53	6,91±1,92 <sup>b</sup>	3,73±1,27	8,55±3,21	39,27±14,15	55,00±6,77 <sup>b</sup>	47,27±7,13 <sup>b</sup>
p			0,196	0,034	0,041	0,018	0,055	0,015	0,009

(a): Ağrı yaşama sıklığı “ haftada birçok kez” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): Ağrı zamanı “gün içinde herhangi bir zaman ” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): Ağrı zamanı “sabah+akşam ” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.9 (devamı).** Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu e Durumluk e Sürekli Kaygı Envanteri Total e Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Ağrının özelliği</b>									
Derinde	45	42,5	16,93±6,43 <sup>d,e</sup>	5,27±2,09 <sup>d</sup>	3,56±1,08 <sup>e</sup>	7,31±2, <sup>63,e</sup>	33,07±11, <sup>18d,e</sup>	48,67±5,74 <sup>d</sup>	42,04±5,13 <sup>d</sup>
Yüzeyde	10	9,4	12,80±6,20 <sup>d</sup>	4,10±1,52 <sup>d</sup>	2,70±1,16 <sup>d</sup>	5,60±2,01 <sup>d</sup>	25,20±9,99 <sup>d</sup>	47,80±5,51	40,90±3,90
Hem derinde hem de yüzeyde	51	48,1	20,61±5,10	6,25±1,89	3,98±1,01	8,94±3,18	39,80±9,70	51,10±6,08	44,33±5,74
p			p<0,001	0,002	0,002	0,001	p<0,001	0,076	0,050

(d): Ağrı özelliği “hem derinde hem yüzeyde ” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(e): Ağrı özelliği “yüzeyde ” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı



**Çizelge 4.9 (devamı).** Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk e Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Hastalar göre ağrı nedeni</b>									
Hastalık	32	30,2	18,00±5,97	5,81±2,10	3,69±1,06	7,88±2,83	35,38±10,92	50,19±5,88 <sup>f</sup>	43,63±5,04 <sup>f</sup>
Bilmeyen	22	20,8	16,41±5,27	4,64±1,59	3,41±1,01	6,59±2,72	31,09±9,36	45,91±4,57	39,68±4,47
Yaşlılık	7	6,6	14,71±8,18	5,43±2,82	3,00±1,29	6,86±3,67	30,00±14,97	49,14±6,23	44,00±4,04
Yaşlılık ve hastalık	18	17,0	20,00±7,59	5,78±1,48	4,28±0,46	8,94±2,44	39,06±6,49	50,11±4,47 <sup>f</sup>	42,22±3,57 <sup>g</sup>
Hastalık ve kader	27	25,5	18,31±6,27	6,19±2,27	3,67±1,36	8,70±3,41	38,56±13,39	52,30±6,68 <sup>f</sup>	45,37±6,71
p			0,098	0,106	0,053	0,060	0,063	0,005	0,005
<b>Ağrı kesici ilaç kullanma durumu</b>									
Kullanan	101	95,3	18,28±6,26	5,63±1,06	3,67±1,11	7,91±3,02	35,51±11,25	49,72±6,01	43,12±5,49
Kullanmayan	5	4,7	19,00±7,18	5,60±2,07	3,80±1,10	8,40±3,65	36,80±13,39	50,40±5,90	41,40±4,88
p			0,803	0,972	0,804	0,727	0,804	0,806	0,494

(f): Ağrı nedenini “bilmeyen” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(g): Ağrı nedenini “hastalık ve kader” olduğunu düşünen gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.9 (devamı).** Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Ağrı tedavisi alma durumu</b>									
Alan*	96	90,6	18,53±6,32	5,75±2,08	3,72±1,10	8,05±3,09	36,06±11,40	49,86±6,03	43,30±5,53
Almayan	10	9,4	16,20±5,59	4,50±1,27	3,30±1,16	6,80±2,25	30,80±9,32	48,70±5,70	40,50±3,98
p			0,265	0,066	0,258	0,216	0,162	0,560	0,122
<b>Ağrı tedavisinden memnuniyet durumu</b>									
Çok memnun	25	23,6	17,92±7,40	5,92±2,52	3,60±1,22	7,84±3,42	35,28±13,37	48,60±5,82	43,56±5,09
Biraz memnun	77	72,6	18,25±6,00	5,51±1,93	3,65±1,07	7,87±2,96	35,29±10,78	50,31±6,08	42,99±5,65
Az memnun	4	3,8	22,00±2,16	6,25±0,50	4,75±0,50	9,75±1,50	42,75±3,20	46,25±2,63	40,75±3,59
p			0,479	0,568	0,141	0,479	0,435	0,228	0,629

\*Uygulanan ağrı tedavisinin dağılımı Çizelge 4.10.'da verilmiştir.

**Çizelge 4.9 (devamı).** Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Ağrı kontrolüne ilişkin bilgi alma durumu</b>									
Alan	71	67,0	18,89±6,25	5,90±2,11	3,76±1,14	8,23±3,12	36,79±11,39	50,13±6,11	44,03±5,61
Almayan	35	33,0	17,14±6,22	5,09±1,82	3,51±1,04	7,34±2,81	33,09±10,80	49,00±5,71	41,03±4,55
p			0,179	0,053	0,284	0,160	0,113	0,364	0,007

**Çizelge 4.9 (devamı).** Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Ağrıya ilişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Ağrı kontrolüne ilişkin bilgi alınan kişiler (n=71)</b>									
Doktor /hemşire	22	31,0	21,73±4,39 <sup>h,1</sup>	6,68±1,59 <sup>h,1</sup>	4,23±1,02 <sup>h,1</sup>	9,50±3,19 <sup>h,1</sup>	42,14±8,75 <sup>h,1</sup>	50,00±5,22	44,23±4,14
Doktor	27	38,0	17,37±5,78 <sup>1</sup>	5,33±1,98 <sup>1</sup>	3,41±1,08	7,33±2,91	33,48±10,43 <sup>1</sup>	48,44±5,92	42,19±5,85
Aile/arkadaş	4	5,6	10,25±3,50	3,00±1,83	2,50±1,00	5,25±2,06	21,00±7,48	47,50±1,73	40,75±4,03
Hemşire/aile	3	4,2	21,67±8,50 <sup>1</sup>	5,67±1,15	4,33±0,58 <sup>1</sup>	9,67±3,06	41,33±11,93 <sup>1</sup>	52,67±9,87	48,67±8,96 <sup>h</sup>
Doktor/hemşire/aile	15	21,1	19,20±7,17 <sup>1</sup>	5,90±2,11 <sup>h,1</sup>	3,93±1,16 <sup>1</sup>	8,47±2,90	38,20±12,49 <sup>1</sup>	53,53±6,72 <sup>h</sup>	47,00±5,41 <sup>h,1</sup>
p			0,004	0,004	0,012	0,032	0,002	0,088	0,027

(h): Ağrı kontrolü hakkında bilgi alınan kişilerin “doktor ve kişisel bilgi” olduğunu ifade eden gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(1): Ağrı kontrolü hakkında bilgi alınan kişilerin “aile/arkadaş/kişisel bilgi” olduğunu ifade eden gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların ağrıya ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.9.'da verilmiştir.

Hastaların tümü ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Çalışma kapsamına alınan hastaların ortalama 9.18±10.49 aydır (E.K-E.B 3-60) ağrıların olduğu saptanmıştır. Hastaların %12,3'ü gün içinde "sürekli", %55,7'si "günde birçok kez", %32,1'i "haftada birçok kez" ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Gün içinde "sürekli" ağrı deneyimleyen hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşal, algısal, değerlendirme ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları "haftada birçok kez" ağrı deneyimleyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. "Haftada birçok kez" ağrı deneyimleyen hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşal, algısal, değerlendirme ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları "sürekli" ya da "günde birçok kez" ağrı deneyimleyen hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde ise Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları, MASF'nun duyuşal, algısal, değerlendirme ve karışık alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Örneklemi oluşturan hastaların ağrı zamanı değerlendirildiğinde %66,0'nın "gün içinde herhangi bir zamanda" ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı gün içinde "öğle ve öğleden sonra" ya da "sabah ve akşam" daha çok deneyimlen hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları, karışık ve değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamaları, ağrıyı "gün içinde herhangi bir zamanda" deneyimleyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında saptanan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Yapılan istatistiksel analizde ağrıyı gün içinde "sabah ve akşam" daha çok deneyimleyen hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer üç grubun puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları ağrının özelliğine bakıldığında %42,5'i "derinde", %9,4'ü "yüzeyde" ve %48,1'i de "hem derin hem yüzeyde" hissettiğini ifade etmiştir. Ağrıyı "derinde" ya da "yüzeyde" hisseden hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları, duyuşsal, algısal, değerlendirme, ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları, ağrıyı "hem derinde hem de yüzeyde" hisseden hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında saptanan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ağrıyı "hem derin hem yüzeyde" hisseden hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının ağrıyı "derinde" hisseden hastalara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastalar yaşadıkları ağrının nedenini %30,2'si hastalık, %6,6'ı yaşlılık, %17,0'ı hastalık ve yaşlılık, %25,5'i hastalık ve kader olarak ve %20,8'i de yaşadıkları ağrının nedenini bilmediğini ifade etmiştir. Ağrı nedenini yaşlılık ve hastalık olarak tanımlayan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları diğer dört gruba göre yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Ağrı nedenini hastalık, hastalık ve yaşlılık ya da hastalık ve kader olarak tanımlayan hastaların Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamasının ağrı nedenini bilmeyen gruba göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ağrı nedenini hastalık ve kader olarak tanımlayan hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalaması ağrı nedenini yaşlılık ve kader olarak tanımlayanlara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Yaşlı bireylerin %95,3'ü ağrı kesici ilaç kullanmakta idi. Ağrı kesici ilaç kullanmayan hastaların MASF'nun alt grupları ve toplam ölçek puan ortalamaları, ağrı kesici ilaç kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Ağrı kesici ilaç kullanmayan hastaların Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları ilaç kullananlara göre daha yüksek, Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %90,6'sı ağrı tedavisi almakta idi. Ağrı tedavisi alan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk

ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları ağrı tedavisi almayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Hastaların ağrı tedavisinden memnun olma durumlarına bakıldığında %23,6'sı çok, %72,6'sı biraz ve %3,8'i de az memnun olduğunu ifade etmiştir. Ağrı tedavisinden az memnun olan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ağrı tedavisinden çok memnun olan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Ağrı tedavisinden biraz memnun olan hastaların Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ağrı tedavisinden çok memnun olanların ise Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %67,0'ı ağrı kontrolüne ilişkin bilgi aldığını ifade etmiştir. Ağrı kontrolüne ilişkin bilgi alan hastaların MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları bilgi almayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Ağrı kontrolüne ilişkin bilgi alan hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları bilgi almayan hastalara göre yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Ağrılarının kontrolüne ilişkin bilgi aldığını ifade eden hastaların %31,0'ı doktor ve hemşireden, %38,0'ı doktordan, %5,6'sı aile bireyleri ve arkadaştan, %4,2'si hemşire ve aile bireylerinden, %21,1'i doktor, hemşire ve aile bireylerinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ağrı kontrolüne ilişkin bilgileri aile bireyleri ve arkadaştan alan kişilerin MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları diğer dört gruba göre düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Doktor, hemşire ve aileden ağrı kontrolüne ilişkin bilgi alan yaşlı hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları doktordan bilgi alan hastalara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.10.** Ağrı Tedavisine Yönelik Uygulanan Analjeziklerin Dağılımı (n:96)

Uygulanan Analjezikler	n	%
Nonopioid	48	45,3
Zayıf opioid	24	22,6
Zayıf opioid ve güçlü opioid	21	19,8
Nonopioid ve zayıf opioid	8	7,5
Nonopioid, zayıf opioid ve güçlü opioid	3	2,8
Güçlü opioid	2	1,9

Hastalara uygulanan ağrı tedavisinde kullanılan analjeziklerin dağılımı Çizelge 4.10.'da verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 45,3'ünün nonopioid analjezik, %22,6'sının zayıf opioid, %19,8'inin zayıf opioid ve güçlü opioid kullandıkları belirlenmiştir.



**Çizelge 4.11.** McGill Ağrı Soru Formuna Göre Ağrıyı Arttıran ve Azaltan Faktörler (n:106)

<b>Ağrıyı Arttıran Faktörler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hareket etmek/yorgunluk	42	39,6
Bilmiyorum	28	26,4
İlaç almamak+yorgunluk	16	15,1
Stres+yorgunluk	10	9,4
Uykusuzluk	5	4,7
Yemek yemek	5	4,7
<b>Ağrıyı Azaltan Faktörler</b>		
İlaç	48	45,3
İlaç +bitki çayı+dinlenmek	18	17,0
İlaç +masaj+dinlenmek/uyumak	17	16,0
İlaç ve dinlenme	15	14,2
İlaç+dinlenme+sıcak uygulama	4	3,8
İlaç+aile	4	3,8

Hastaların ağrılarını arttıran ve azaltan faktörlerin dağılımı Çizelge 4.11.'de gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %39,6'sı hareket etmenin ve yorgunluğun, %15,1'i ağrı kesici almamanın ve yorgunluğun, %9,4'ü yorgunluğun ve stresin ağrılarını arttırdığını bildirmişlerdir.

Hastaların %45,3'ü ağrı kesici almanın, %17,0'ı ilaç almanın, dinlenmenin ve bitki çayı içmenin, %16,0'ı ağrı kesici almanın, masajın ve dinlenmenin ağrılarını azalttığını ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.12.** Ağrının Giderilmesi İçin Alınan Önlemler (n:106)

<b>Alınan Önlemler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ağrı kesici almak/dua/doktora gelmek	18	17,0
Ağrı kesici almak/doktora gitmek	17	16,0
Uyumak/ağrı kesici/doktora gitmek/bitki çayı içmek	13	12,3
Uyumak /dinlenmek/ağrı kesici almak	11	10,4
Ağrı kesici almak	11	10,4
Uyumak /dinlenmek/ağrı kesici almak/doktora gitmek/masaj	11	10,4
Uyumak /dinlenmek/ağrı kesici almak/masaj	8	7,5
Ağrı kesici almak/dua/bitki çayı içmek	7	6,6
Uyumak /dinlenmek/ağrı kesici almak/masaj/dua	3	2,8
Uyumak /dinlenmek/ağrı kesici almak/sıcak uygulama	3	2,8
Ağrı kesici/masaj/bitki çayı içmek	2	1,9
Ağrı kesici/bitki çayı/masaj/sıcak uygulama/uyumak/dinlenmek	1	0,9
Ağrı kesici/tv izleme/doktora gitme	1	0,9

Hastaların ağrılarını gidermeye yönelik aldıkları önlemlerin dağılımı Çizelge 4.12.'de gösterilmiştir. Örnekleme oluşturan hastaların % 17,0'ının ağrı kesici alma, dua etme ve doktora gelmeyi %16,0'nın ağrı kesici almayı ve doktora gelmeyi, %12,3'nün uyuma, ağrı kesici alma, doktora gelme ve bitki çayı içmeyi seçtiği saptanmıştır.

**Çizelge 4.13.** Hastaların Ağrıya Yönelik Aldıkları Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Alınan Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Alınan Önlemlerin Öğrenildiği Kaynaklar</b>									
Sağlık personeli/kişisel bilgi	19	17,9	17,63±6,54	5,32±2,14 <sup>a</sup>	3,47±1,22	6,79±2,97 <sup>a</sup>	33,21±11,78 <sup>a</sup>	49,26±6,66	42,89±5,15
Kişisel bilgi/aile/arkadaş	48	45,3	17,29±6,36	5,10±1,92 <sup>a</sup>	3,56±1,11	7,48±2,63 <sup>a</sup>	33,44±10,89 <sup>a</sup>	49,35±4,99	42,31±4,68
Sağlık personeli/kişisel bilgi/aile	39	36,8	19,90±5,83	6,44±1,96	3,92±1,04	9,05±3,25	39,33±10,80	50,49±6,79	44,00±6,39
P			0,136	0,070	0,217	0,010	0,031	0,633	0,357
<b>Alınan önlemlerin etkili olma durumu</b>									
Etkili	27	25,5	18,33±7,84 <sup>b</sup>	5,26±2,55	3,59±1,15	7,04±3,06 <sup>b</sup>	34,22±13,68 <sup>b</sup>	48,63±7,05	42,89±5,89
Kısmen etkili	69	65,1	17,64±5,48 <sup>b</sup>	5,67±1,80	3,62±1,10	7,93±2,75 <sup>b</sup>	34,87±9,92 <sup>b</sup>	49,62±5,46	42,88±5,11
Etkisiz	10	9,4	22,90±5,17	6,40±2,17	4,30±0,95	10,40±3,78	44,00±10,66	53,70±5,21	44,50±6,77
P			0,044	0,317	0,177	0,010	0,043	0,068	0,676

(a): Alınan önlemlerin öğrenildiği kaynaklar “sağlık personeli/kişisel bilgi/aile/” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): Alınan önlemlerin “etkili olmadığını” ifade eden gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.13 (devamı).** Hastaların Ağrıya Yönelik Aldıkları Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Alınan Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Alınan Destek Şekli</b>									
Psikolojik destek +Masaj	5	4,7	20,60±9,07 <sup>c</sup>	7,00±2,83	4,60±0,55 <sup>c</sup>	10,60±3,21 <sup>c</sup>	42,80±14,99 <sup>c</sup>	52,00±11,29	44,00±6,40
Psikolojik destek	37	34,9	16,76±6,57	4,89±1,94	3,27±1,12	6,81±3,06	31,76±11,45	47,49±5,49	41,32±4,76
Psikolojik destek+Masaj+Doktora götürme	10	9,4	18,30±6,80	5,60±2,07	3,70±1,06	7,60±2,07	35,20±11,14	52,40±6,26 <sup>c</sup>	45,40±7,44 <sup>c</sup>
Psikolojik destek+İlaç alma+Doktora götürme	54	50,9	19,17±5,61 <sup>c</sup>	6,02±1,93	3,87±1,06 <sup>c</sup>	8,52±2,91 <sup>c</sup>	37,57±10,30 <sup>c</sup>	50,61±5,79 <sup>c</sup>	43,69±5,23 <sup>c</sup>
p			0,269	0,027	0,016	0,010	0,044	0,026	0,090

(c): Alınan destek şekli “psikolojik “ olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.13 (devamı).** Hastaların Ağrıya Yönelik Aldıkları Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özelliklerine Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Alınan Önlemlere ve Desteklere İlişkin Özellikler	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Destek Kaynakları</b>									
Eş	16	15,1	19,06±7,61	5,44±2,25	3,75±1,13	7,31±3,50	35,63±13,48	48,19±6,33	42,50±6,22
Çocuklar	10	9,4	17,90±6,94	6,40±1,96	3,50±1,08	8,20±2,25	36,00±11,43	51,00±5,52	42,80±4,49
Diğer aile bireyleri	8	7,5	18,13±5,67	5,25±1,67	3,63±1,41	8,00±2,93	35,00±10,74	49,50±2,93	43,38±5,10
Eş+Çocuk+Diğer aile bireyleri	26	24,5	17,50±5,89	5,65±2,28	3,69±1,12	7,92±3,44	34,77±11,84	48,46±5,19	41,88±4,55
Çocuk+Diğer aile bireyleri	13	12,3	17,62±5,50	5,00±1,35	3,38±1,19	7,23±1,92	33,23±8,60	51,76±6,88	41,92±5,09
Eş+Çocuk	33	31,1	19,03±6,41	5,82±2,13	3,82±1,04	8,42±3,15	37,09±11,32	49,75±5,98	44,64±6,14
P			0,937	0,657	0,884	0,813	0,936	0,209	0,453

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların ağrıyı gidermeye yönelik aldıkları önlemlere ve desteklere ilişkin özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.13.'de verilmiştir.

Yaşlı hastaların ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları önlemleri %17,9'unun "kişisel bilgi ve sağlık personelinden", %45,3'ü "kişisel bilgi, aile ve arkadaşlardan", %36,8'i "sağlık personeli, kişisel bilgi ve aileden" öğrendikleri belirlenmiştir. Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemleri "kişisel bilgi ve sağlık personeli" ya da "kişisel bilgi, aile ve arkadaşlardan" öğrenen hastaların MASF'nun alt boyutları olan algısal, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları "sağlık personeli, kişisel bilgi ve aileden" öğrenen hastalara göre yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemleri "sağlık personeli, kişisel bilgi ve aileden" öğrenen hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görölmüştür ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastalar ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları önlemlerin %25,5'i etkili olduğunu, %65,1'i kısmen etkili olduğunu ve %9,4'ü etkili olmadığını belirtmişlerdir. Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemlerin etkili olmadığını ifade eden hastaların MASF'nun alt boyutları olan duyuşal, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları diğer iki gruba göre yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu görölmüştür ( $p<0,05$ ). Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemlerin etkili olmadığını ifade eden hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastalar ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları desteklerin %4,7'sinin psikolojik destek ve masaj, %34,9'u psikolojik destek, %9,4'ü psikolojik destek, masaj ve doktora götürme, %50,9'u ise psikolojik destek, ilaç alma ve doktora götürme olarak belirtmişlerdir. Ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları destekler psikolojik destek ve masaj ya da psikolojik destek, ilaç alma ve doktora götürme olan hastaların MASF'nun alt boyutları olan duyuşal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları sadece psikolojik destek alan gruptan yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu

saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları destekler psikolojik destek, masaj ve doktora götürme ya da psikolojik destek, ilaç alma ve doktora götürme olan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının sadece psikolojik destek alan hastalardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları desteklerin %15,1'i eşlerinden, %9,4'ü çocuklardan, %7,5'i diğer aile bireylerinden, %24,5'i eş/çocuk ve diğer aile bireylerinden, %12,3'ü çocuk ve diğer aile bireylerinden, %31,1'i eş ve çocuklarından etkili olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel analizde MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.14.** Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastaların ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde etkilenen alanlar	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Beslenme</b>									
Az	5	4,7	10,80±3,90 <sup>b</sup>	2,60±1,82	3,20±1,10	4,80±2,49	21,40±8,08	43,80±4,09	38,80±4,21
Orta	63	59,4	16,84±5,97	5,21±1,69 <sup>a</sup>	3,37±1,11	7,03±2,58	32,46±10,19 <sup>a</sup>	48,57±5,23	41,79±4,84
Çok	38	35,8	21,74±5,18 <sup>a,b</sup>	6,74±2,00 <sup>a,b</sup>	4,26±0,86 <sup>a,b</sup>	9,84±2,81 <sup>a,b</sup>	42,58±9,30 <sup>a,b</sup>	52,50±6,24 <sup>a,b</sup>	45,66±5,57
p			p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
<b>Banyo yapma</b>									
Az	93	87,7	17,75±6,28	5,53±2,10	3,62±1,12	7,82±3,12	34,73±11,57	49,28±5,57	42,51±5,10
Orta	11	10,4	22,27±4,94 <sup>c</sup>	6,27±1,62	4,00±1,00	8,45±2,38	41,00±7,06	53,18±7,92	47,45±6,89 <sup>c</sup>
Çok	2	1,9	22,50±3,54	7,00±0,00	4,50±0,70	10,50±0,70	44,50±3,54	53,00±9,90	43,50±3,54
p			0,048	0,334	0,328	0,393	0,115	0,090	0,016

(a): Günlük yaşam aktivitelerinden beslenme durumunun “ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): Günlük yaşam aktivitelerinden beslenme durumunun “ orta” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): Günlük yaşam aktivitelerinden banyo yapma durumunun “ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı



**Çizelge 4.14 (devamı).** Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastaların ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde etkilenen alanlar	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>El-yüz yıkama</b>									
Az	94	88,7	17,68±6,26	5,47±2,06	3,65±1,13	7,85±3,13	34,66±11,49	49,54±5,82	42,66±5,34
Orta	10	9,4	23,00±3,33 <sup>d</sup>	7,10±1,52	3,90±0,99	8,70±2,36	42,70±6,52	51,50±7,79	46,30±6,09
Çok	2	1,9	24,50±6,36	6,00±0,00	4,00±0,00	8,00±1,41	42,50±4,95	51,00±4,24	44,50±2,12
p			0,013	0,054	0,732	0,706	0,067	0,594	0,123
<b>Boşaltım</b>									
Az	95	89,6	17,74±6,27	5,46±2,04	3,64±1,12	7,82±3,11	34,67±11,42	49,48±5,80	42,56±5,24
Orta	9	8,5	23,56±3,68 <sup>e</sup>	7,00±1,66 <sup>e</sup>	4,11±1,05	8,67±2,29	43,33±7,00	51,56±6,80	46,89±5,13 <sup>e</sup>
Çok	2	1,9	22,00±2,83	7,50±0,71	3,50±0,71	10,00±1,41	43,00±1,41	54,50±12,02	48,50±10,61
p			0,019	0,041	0,471	0,458	0,056	0,324	0,025

(d) Günlük yaşam aktivitelerinden el yüz yıkama durumunun “ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(e) Günlük yaşam aktivitelerinden boşaltım durumunun “ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.14 (devamı).** Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastaların ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde etkilenen alanlar	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Hareket</b>									
Az	13	12,3	12,69±6,28	3,77±2,49	3,15±1,14	6,00±3,42	25,62±12,37	45,54±5,53	39,62±4,29
Orta	46	43,4	16,93±5,85 <sup>f</sup>	5,17±1,62	3,35±1,178	6,78±2,48	32,26±9,89 <sup>f</sup>	49,30±5,24 <sup>f</sup>	42,26±4,91
Çok	47	44,3	21,21±5,15 <sup>f,g</sup>	6,60±1,80 <sup>f,g</sup>	4,15±0,83 <sup>f,g</sup>	9,60±2,60 <sup>f,g</sup>	41,55±8,92 <sup>f,g</sup>	51,36±6,24 <sup>f</sup>	44,74±5,70 <sup>f,g</sup>
p			p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,005	0,004
<b>Giyinme</b>									
Az	84	79,2	17,39±6,17	5,45±2,14	3,58±1,13	7,70±3,20	34,14±11,55	49,24±5,68	42,23±4,88
Orta	19	17,9	21,63±5,05 <sup>h</sup>	6,11±1,37	3,95±0,97	8,42±2,04	40,11±7,82 <sup>h</sup>	51,95±7,04	46,16±6,66 <sup>h</sup>
Çok	3	2,8	23,00±8,89	7,67±2,08	4,67±0,58	11,33±0,58 <sup>h</sup>	46,67±11,72	50,33±5,86	46,00±6,25
p			0,011	0,099	0,127	0,093	0,024	0,202	0,010

(f) Günlük yaşam aktivitelerinden hareket durumunun “az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(g) Günlük yaşam aktivitelerinden hareket durumunun “orta” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(h) Günlük yaşam aktivitelerinden giyinme durumunun “az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.14 (devamı).** Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastaların ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde etkilenen alanlar	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MAF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Yemek yapma</b>									
Az	37	34,9	15,92±7,06	4,95±2,05	3,32±1,23	6,46±2,73	30,65±12,08	50,59±6,98	43,57±6,00
Orta	44	41,5	18,23±5,44	5,50±1,85	3,73±1,04	7,84±2,68 <sup>l</sup>	35,32±9,67 <sup>l</sup>	48,05±4,57	41,66±4,33
Çok	25	23,6	22,00±4,59 <sup>i</sup>	6,88±1,88 <sup>l,j</sup>	4,12±0,88 <sup>l</sup>	10,28±2,67 <sub>l</sub>	43,28±8,45 <sup>l,j</sup>	51,52±6,01 <sup>j</sup>	44,68±5,96
p			0,001	0,001	0,019	p<0,001	p<0,001	0,037	0,065
<b>Ev – Bahçe işleri</b>									
Az	24	22,6	14,17±6,50	4,21±1,89	3,13±1,19	6,46±3,18	27,96±11,69	48,00±6,60	41,29±5,67
Orta	49	46,2	18,14±5,89 <sup>k</sup>	5,43±1,86 <sup>k</sup>	3,55±1,08	7,29±2,60	34,43±10,11 <sup>k</sup>	48,61±4,74	42,14±4,61
Çok	33	31,1	21,58±4,74 <sup>k,l</sup>	6,97±1,61 <sup>k</sup> <sub>l</sub>	4,27±0,80 <sup>k,l</sup>	9,97±2,51 <sup>k</sup> <sub>l</sub>	42,79±8,21 <sup>k,l</sup>	52,73±6,24 <sup>k,l</sup>	45,64±5,65 <sup>k,l</sup>
p			p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,002	0,003

- (i) Günlük yaşam aktivitelerinden yemek yapma durumunun“ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı  
(j) Günlük yaşam aktivitelerinden yemek yapma durumunun“ orta” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı  
(k) Günlük yaşam aktivitelerinden ev-bahçe işleri durumunun“ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı  
(l) Günlük yaşam aktivitelerinden ev-bahçe işleri durumunun“ orta” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.14 (devamı).** Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre Mcgill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastaların ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde etkilenen alanlar	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X}\pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X}\pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X}\pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X}\pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X}\pm SD$ )
<b>Ziyaret</b>									
Az	23	21,7	13,78±5,64	4,39±1,73	3,17±1,19	6,26±2,85	27,61±10,34	48,61±5,66	41,26±4,44
Orta	54	50,9	18,33±6,07 <sup>m</sup>	5,43±1,85 <sup>m</sup>	3,59±1,09	7,43±2,70	34,80±10,45 <sup>m</sup>	48,80±5,99	42,59±5,76
Çok	29	27,4	21,86±4,76 <sup>m,n</sup>	7,00±1,91 <sup>m,n</sup>	4,24±0,83 <sup>m,n</sup>	10,21±2,50 <sup>m,n</sup>	43,31±8,46 <sup>m,n</sup>	52,45±5,54 <sup>m,n</sup>	45,28±4,98 <sup>m,n</sup>
p			p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,016	0,020

(m) Günlük yaşam aktivitelerinden ziyaret durumunun“ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(n) Günlük yaşam aktivitelerinden ziyaret durumunun“ orta” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 4.14 (devamı).** Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna Göre McGill Ağrı Soru Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Total ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastaların ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde etkilenen alanlar	n	%	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları					Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	
			Duyusal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Algısal ( $\bar{X} \pm SD$ )	Değerlendirme ( $\bar{X} \pm SD$ )	Karışık ( $\bar{X} \pm SD$ )	MASF Toplam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Durumluk Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )	Sürekli Kaygı Envanteri Puan ( $\bar{X} \pm SD$ )
<b>Uyku</b>									
Az	4	3,8	9,50±1,29	3,25±1,71	3,00±1,15	5,25±1,71	21,00±3,74	48,75±10,87	41,75±8,34
Orta	30	28,3	15,27±6,19	4,73±1,89	2,97±1,07	6,17±2,57	29,13±10,71	48,33±4,77	41,27±4,05
Çok	72	67,9	20,07±5,56 <sup>p,r</sup>	6,14±1,92 <sup>p,r</sup>	4,01±0,97 <sup>r</sup>	8,82±2,88 <sup>p,r</sup>	39,06±9,96 <sup>p,r</sup>	50,40±6,10	43,85±5,67
p			p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,268	0,082

(p) Günlük yaşam aktivitelerinden uyku durumunun“ az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(r) Günlük yaşam aktivitelerinden uyku durumunun“ orta” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların GYA'nin etkilenme durumuna göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.14.'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan tüm hastalar deneyimledikleri ağrının GYA'ni etkilediklerini belirtmişlerdir. GYA'den beslenme durumunun etkilenme derecesine baktığımızda, %4,7'si beslenme durumlarının az etkilendiğini, %59,4'ü orta derecede etkilendiğini ve %35,8'i "çok" etkilendiğini belirtmişlerdir. MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, beslenme aktivitesinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, beslenme aktivitelerinin "çok" etkilendiğini belirten grubun ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Beslenme aktivitelerinin "çok" etkilendiğini belirten hastaların Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Örneklemi oluşturan hastaların ağrı nedeniyle banyo yapma aktivitelerinin %87,7'sinin az etkilendiği, %10,4'ünün orta derecede etkilendiği, %1,9'unun çok etkilendiği belirlenmiştir. MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, banyo yapma aktivitesinin "çok" etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Banyo yapma aktivitelerinin "orta" etkilendiğini belirten hastaların MASF'nun alt boyutları olan algısal puan ortalamaları "az" etkilenen hastalara göre yüksek bulunmuş olup aradaki farkın anlamlı olduğu görölmüştür ( $p<0,05$ ). Boşaltım aktivitelerinin "orta" derecede etkilendiğini belirten hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastalardan %88,7'si ağrı nedeniyle el-yüz yıkama aktivitelerinin "az" etkilendiğini, %9,4'ü "orta" derecede etkilendiğini ve %1,9'u ise çok etkilendiğini belirtmiştir. El-yüz yıkama aktivitelerinin "orta" derecede etkilendiğini belirten hastaların MASF'nun alt boyutları olan algısal puan ortalamaları

“az” etkilenen hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). El-yüz yıkama aktivitelerinin “orta” derecede etkilendiğini belirten hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamasının diğer iki gruba göre daha yüksek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Örnekleme oluşturan hastaların %89,6’sı ağrı nedeniyle boşaltım aktivitelerinin “az” etkilendiğini, %8,5’i “orta” derecede etkilendiğini ve %1,9’u ise “çok” etkilendiğini belirtmiştir. Boşaltımı “orta” derecede etkilendiğini belirten hastaların MASF’nun alt boyutları olan duyuşsal ve algısal puan ortalamaları “az” etkilenen hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Boşaltım aktivitesi “orta” derecede etkilendiğini belirten hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları “az” etkilenen hastalara göre yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Hastaların %12,3’ ü ağrı nedeniyle hareket etmelerinin “az” etkilendiğini, %43,4’ü “orta” derecede etkilendiğini ve %44,3’ü de “çok” etkilendiğini belirtmişlerdir. ( $p<0,05$ ). MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, hareket etme aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hareket etme aktivitelerinin çok etkilendiğini belirten yaşlı hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Örnekleme oluşturan hastaların %79,2’si ağrı nedeniyle giyinme aktivitelerinin “az” etkilendiğini, %17,9’u “orta” derecede etkilendiğini ve %2,8’i de “çok” etkilendiğini bildirmişlerdir. MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında giyinme aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde ise duyuşsal, değerlendirme ve MASF ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, giyinme aktivitesinin “orta” derecede etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Giyinme aktivitelerinin az etkilendiğini

belirtenlerin Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları “orta” derecede etkilendiğini belirtenlerin ortalamalarından daha düşük bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da önemli derecede anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %34,9’u ağrı nedeniyle yemek yapma aktivitelerinin “az” etkilendiğini, %41,5’i “orta” derecede etkilendiğini ve %23,6’sı ise “çok” etkilendiğini belirtmişlerdir. MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında yemek yapma aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, yemek yapma aktivitesinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yemek yapma aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları “orta” derecede etkilendiğini belirtenlerin ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Örnekleme oluşturan hastaların %22,6’sı ev / bahçe işlerini yapma aktivitelerinin “az” etkilendiğini, %41,5’i “orta” derecede etkilendiğini ve %23,6’sı “çok” etkilendiğini ifade etmişlerdir. MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, ev / bahçe işlerini yapma aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları, diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, ev/bahçe işlerini yapma aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastalardan %3,8’i ağrı nedeniyle uykularının “az” etkilendiğini, %28,3’ü “orta” derecede etkilendiğini ve %67,9’u ise çok etkilendiğini belirtmişlerdir. MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında, uykularının “çok” etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan



ortalamları açısından değerlendirildiğinde uyku aktivitesinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %21,7’si ağrı nedeniyle akrabalarını ziyaret etme aktivitelerinin az etkilendiğini, %50,9’u orta derecede etkilendiğini ve %27,4’ ise çok etkilendiğini belirtmişlerdir. MASF’nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri lçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ziyaret etme aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.15.** Hastaların Ağrıya Bağlı Sosyal Faaliyetlere Katılma, Yaşamdan Zevk Alma ve Diğer İnsanlarla İlişkilerinin Etkilenme Durumu

<b>Ağrı nedeniyle sosyal faaliyetlerin etkilenme derecesi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Etkilemiyor	17	16,0
Biraz etkiliyor	70	66,0
Çok etkiliyor	19	17,9
<b>Ağrı nedeniyle yaşamdan zevk almanın etkilenme derecesi</b>		
Etkilemiyor	17	16,0
Biraz etkiliyor	70	66,0
Çok etkiliyor	19	17,9
<b>Ağrı nedeniyle insanlarla ilişkilerin etkilenme derecesi</b>		
Etkilemiyor	31	29,2
Biraz etkiliyor	63	59,4
Çok etkiliyor	12	11,3

Araştırma kapsamına alınan hastaların ağrıya bağlı sosyal faaliyetlere katılma, yaşamdan zevk alma ve diğer insanlarla ilişkilerinin etkilenme durumu Çizelge 4.15’de verilmiştir. Ağrı nedeniyle hastaların %17,9’u sosyal faaliyetlerinin, %17,9’u yaşamdan zevk almalarının ve %11,3’ü diğer insanlarla ilişkilerinin “çok” etkilendiğini ifade etmişlerdir.

**Çizelge 4.16.** Hastaların McGill Ağrı Soru Formu Total ve Alt Ölçek Puanları İle Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Ölçek Puanları, Bu Puanların Birbirleriyle Korelasyonu

	<b>Duyusal (r)</b>	<b>Algısal (r)</b>	<b>Değerlendirme (r)</b>	<b>Karışık (r)</b>	<b>McGill (r)</b>	<b>Durumluk Kaygı Envanteri</b>	<b>Sürekli Kaygı Envanteri</b>
Duyusal	1	0,777**	0,683**	0,706**	0,953**	0,296**	0,392**
Algısal		1	0,618**	0,749**	0,874**	0,381**	0,427**
Değerlendirme			1	0,777**	0,799**	0,238*	0,281**
Karışık				1	0,872**	0,305**	0,348**
McGill					1	0,338**	0,415**
Durumluluk Kaygı Envanteri						1	0,830**
Sürekli Kaygı Envanteri							1

\*\*p<0,01 düzeyinde anlamlı \*p<0,05

Araştırma kapsamına alınan hastaların MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puanları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri lek toplam puanının birbirleri ile korelasyonları izelge 4.16.'da verilmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede; Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri lek puan ortalamaları ile MASF'nun duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Geriatrik kanser hastalarında ağrı ve kaygı arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışma kapsamına alınan geriatrik kanser hastaların McGill Ağrı Soru Formu toplam puan ortalamalarının  $35,57 \pm 11,29$  (min:11, max:60), Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının  $49,75 \pm 5,98$  (min: 38, max:66) ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının  $43,04 \pm 5,45$  (min:33, max:59) olduğu saptanmıştır.

McGill Ağrı Soru Formu'ndan minimum 0, maksimum 78 puan alınabilmektedir. Çalışmamızda McGill Ağrı Soru Formu puan ortalamasının  $35,57$  olarak belirlenmesi hastaların ağrı düzeyinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ağrı şiddetinin değerlendirildiği McGill Ağrı Soru Formu'nda hastaların ağrılarının en kötü halini % 61'i "dayanılmaz", ağrılarının en az halini % 89.6'sı "hafif" olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, hastaların ağrılarının en kötü halini "şiddetli/çok şiddetli", en az halini ise "hafif" olarak belirttiği saptanmıştır (112). Hastaların yarısından fazlası ağrılarını tanımlamak için "genel" kelimesini kullanmıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nden minimum 20, maksimum 80 puan alınabilmektedir. Çalışmamızda Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamasının  $49,75$ , Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının  $43,04$  olarak belirlenmesi, geriatrik kanser hastalarının kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları  $70,16$  idi. 75 yaş ve üzeri olan hastaların MASF'nun algısal, değerlendirme ve karışık alt grubu puan ortalamalarının diğer yaş aralığında olan gruptan yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 75 yaş ve üzeri grubun Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının, 65-74 yaş arasında olan gruptan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda yaşlı kanser hastalarının sıklıkla ağrı deneyimlediği saptanmıştır (40, 189, 200, 201). Konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda yaş ile ağrı arasında ilişki saptanmazken bazı çalışmalarda ağrı duyarlılığının ve algılanmasının yaş ile birlikte azalma gösterdiği saptanmıştır (80, 148, 196-200). Torvik ve ark. (201) 'nın

yaptıkları çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak yaşlı kanser hastalarının ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eyigor ve ark. (202)'ı bizim bulgumuza benzer olarak yaşlı kanser hastalarının ağrı puanları ile yaş grupları arasında ilişki saptamamışlardır. McMillan (120) ise bizim bulgumuzdan farklı olarak genç kanserli hastaların ağrı yoğunluğunu yaşlı kanser hastalarına göre daha yüksek bulmuştur. Benabei ve ark. (40)'nın yaptığı çalışmada ise ağrı ile artan yaş arasında negatif ilişki bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda yaşlı kanser hastalarının kaygı düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (189, 203, 204). Bazı çalışmalarda, bizim çalışma bulgumuza paralel olarak yaş ile anksiyete arasında ilişki saptanmazken (174, 205, 206) bazı çalışmalarda genç veya orta yaştaki kanser hastalarının anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (172, 207-209).

Yaşlılık ile sinir ileti hızında ve opioid reseptör sayısında azalma, kanser tanı ve tedavisinde uygulanan invaziv girişimler, tümör infiltrasyonu, hastanın ağrısının yeterli sıklıkta değerlendirilememesi, opioid ilaçlar hakkında bağımlılık endişesi, ağrı tedavisine öncelik verilmemesi, tanı ile ilgili sosyal izolasyon, kanser hakkında olumsuz inançlar, ağrı ile ilgili yaşanan olumsuz deneyimler hastaların ağrı algılamalarını etkileyebilmektedir ( 72, 105, 106, 145).

Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların artması, yakın çevredeki bireylerin kaybı, rol kaybı, emeklilik, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, ölüm korkusu, kanser hastalığının bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı korku yaşama, gelecek kaygısı, ölüm korkusu, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, tedavinin uzun sürmesi, hastalığın ve tedavilerin yan etkileri, sosyal izolasyon ve sosyal desteklerin yetersizliği bireylerin anksiyete düzeyinin artmasına neden olabilmektedir (31, 173, 210, 211).

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası erkek idi. MASF'nun duyusal, algısal, karışık alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Yapılan çalışmalarda bizim bulgumuza paralel olarak cinsiyetin ağrı algısını etkilemediği, kadın ve erkekler arasında ağrıya tepkide fark olmadığı belirlenmiştir

(148, 199, 212). Erkeklerin ve kadınların ağrıya benzer tepkiler verdikleri görülmekle birlikte, uygulamada kadınların erkeklerden daha çok ağrı deneyimledikleri belirtilmektedir (211, 213). Afşar ve Pınar (215) tarafından yapılan çalışmada bizim bulgumuzdan farklı olarak ağrının ifadesi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunduğu, erkeklerin ağrılarını sözel olarak, kadınların ise duygusal olarak ifade ettiği saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, bizim bulgumuza benzer olarak kanserli hastalarda kadın cinsiyette kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (30, 149, 207, 216, 217). Bazı çalışmalarda ise bizim bulgumuza paralel olarak yaşlıların cinsiyetleri ile kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (205, 218). Alacioğlu ve ark. (217)'nin yaptıkları çalışmada kemoterapi öncesi ve sonrasında kadınlar ve erkeklerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Ağrı gibi öznel bir sorunda ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişebilmektedir. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması nedeniyle cinsiyetin ağrı algısını etkilemediği düşünülmektedir. Ayrıca toplumumuzdaki ataerkil yapı erkek bireylerin güçlü görünmesi gerekliliğini getirmiştir. Bu durum erkeklerin hastalıkları hakkında konuşmaktan kaçınmasına neden olmaktadır. Ayrıca geleneksel toplumsal yapımızda evdeki tüm sorumluluğu kadınların üstlenmesi, yaşlanmaya bağlı yaşanan sorunlar, menapoz, kanser tanısı, işlev kaybı yaratan bir hastalığın varlığı, toplumsal ilişkilerin ve sosyal desteğin yetersiz olmasının kadınların anksiyete düzeyinin artmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının evli olduğu belirlenmiştir. MASF'nun duygusal, algısal, değerlendirme, karışık alt grupları, ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında evlilerin puan ortalamalarının bekâr bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak medeni durumun ağrı şikâyeti üzerine etkili olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak Davison ve ark. (219)'nin yaptıkları çalışmada evli olan hastaların ağrı puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bınık ve ark. (220)'nin

yaptıkları çalışmada ise bekâr olan hastaların ağrı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Kanser hastaları ile yapılan çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak evlilerin anksiyete düzeyinin bekâr bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (174). Montazeri ve ark. (172)'nin yaptıkları çalışmada yalnız yaşayan meme kanserli hastaların, evli olanlara göre daha fazla anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda, bizim bulgumuza benzer olarak kanser hastalarının ve yaşlıların medeni durumları ile kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (205, 217, 221, 222).

Kanser, bireyi ve aileyi psikolojik, fiziksel ve sosyoekonomik yönden etkilemesi nedeni ile aile hastalığı olarak bilinmektedir. Kronik hastalığın yanı sıra yaşlılığın getirdiği sorunlar hasta kişide olduğu kadar, ailede de krize neden olmaktadır. Evli hastaların aile içindeki rollerinin yanı sıra, hastalık sürecinin bireye yüklediği sorumluluklar nedeniyle de hastalığın ve tedavinin yan etkileri ile baş etmeleri güçleşecektir. Bu sorunların yaşlıların ağrı ve kaygı düzeylerini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Örneklem kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası okuryazar/ilköğretim mezunu idi. MASF'nun, duyuşal, değerlendirme alt grupları, ölçek toplam puan ortalamaları okuryazar olmayan hastalarda yüksek bulunurken, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının lise/fakülte/yüksekokul mezunu olan yaşlılarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak, eğitim düzeyi düşük olan hastaların ağrı puanının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (196). Yapılan başka bir çalışmada ise bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ağrı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (220).

Çalışmalarda, bizim bulgumuza benzer olarak kanser hastalarının eğitim durumu ile kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (172). Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak yaşlıların eğitim durumları ile kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (205, 222). Yapılan bazı çalışmalarda bizim bulgumuzdan farklı olarak kanser hastalarının eğitim düzeyleri yükseldikçe anksiyete puan ortalamalarının düştüğü



saptanmıştır (217). Beekman ve ark. (223)'nin yaptıkları çalışmada bizim bulgumuzdan farklı olarak düşük eğitim düzeyinin anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla gelecek kaygısı yaşamaları, hastalıklarını kabullenmemeleri ve hastalığa uyum sağlayamamaları nedeniyle hastalığın neden olduğu semptomlar ile baş etmede yeterli olmadıkları düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun (%83,0) herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Çalışmayan hastaların MASF'nun duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının çalışanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak anksiyete puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (224).

Yaşlılık döneminde emeklilik ile iş ve iş çevresinden uzaklaşma, hastaların iş arkadaşlarından alabilecekleri sosyal desteklerin azalmasına, bireylerin ağrı gibi hastalık semptomları ile baş edememesine ve kaygı yaşamasına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %50,9'u ilde yaşamakta idi. İlde yaşayanların MASF alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer köy ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlçede yaşayan hastaların ise Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarıdan fazlasının çekirdek aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Geniş aile yapısına sahip olan hastaların MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşal, algısal alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının çekirdek aile yapısına sahip olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gülçığ Çapar (224)'ın, yaptığı çalışmada bizim bulgumuza benzer olarak kanser hastalarının anksiyete puan ortalamaları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşlı ve kanser gibi kronik hastalığı olan bireylerin geniş aile yapısına sahip olması bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasını, hastalığa uyumlarını ortaya çıkaran sorunlarla baş etmelerini kolaylaştıracaktır. Ancak

bireyler destek sistemlerinden daha fazla sempati ve ilgi alma, ilgi odağı olma, olağan zorluklardan kurtulma ve sorumluluklardan kaçınma gibi ikincil kazançlar sağlayabilmektedir. Bireyin ağrı ve kaygı düzeyinin yüksek olması ailedeki diğer fertlerin bireye karşı davranışını olumlu yönde etkiliyorsa birey semptomları sürdürme eğiliminde olacaktır. Yaşlı kanser hastalarının da hem yaşlılığın hem de kanserin neden olduğu sorunlar ile baş etmede ikincil kazanç sağlamak isteyebilecekleri düşünülmektedir.

Örnekleme kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının eşi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Yalnız yaşayan hastaların MASF ölçek puan ortalamaları ve duygusal alt grubu dışındaki alt ölçeklerinin puan ortalamaları en yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Akrabaları ile yaşayanların diğer üç gruba göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak hastaların çoğunluğu (%98.8) evde eşleri ve çocukları ile yaşadıklarını, bakım gereksinimleri olduğunda ve sorumlulukları yerine getiremediklerinde eşlerinin ve çocuklarının yardımcı olduklarını belirtmişlerdir (174).

Çalışmamızda hastaların yarısından fazlası eşi ile birlikte yaşamaktadır ve çekirdek aile yapısına sahiptirler. Türk toplumunda birçok topluma göre ailedeki bireyler arasındaki bağ daha güçlüdür. Her ne kadar değişen sosyo – ekonomik şartlarla yalnız yaşayan yaşlı sayısı giderek artsa da, toplumumuzda geleneksel yaklaşım, yaşlıların aile içinde yaşamaları yönündedir. Evli hastalarda bireysel sorumlulukların yanı sıra hastalık sürecinin bireye yüklediği sorumlulukların da eş ve çocuklar tarafından paylaşılabilmesi yaşanan ağrının ve kaygının azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamalarının geliri giderine eşit olan hastalara göre daha düşük olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının geliri giderine eşit olan gruptan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak düşük ekonomik düzeyinin hastaların anksiyete düzeylerini etkilediği saptanmıştır (217). Yapılan bazı çalışmada ise bizim bulgumuzdan farklı olarak yaşlıların ve kanser hastalarının gelir durumları ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (205, 224).

Hastalarda kanser tanı ve tedavisine yönelik tıbbi bakım harcamalarının artması, yaşlılık döneminde emeklilik ile gelir düzeyinin azalması nedeniyle düşük ekonomik şartların bireylerin ağrı ve anksiyete düzeylerinin artmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %48,1'i bir yıldan daha az süredir kanser tanısını almıştır. Tanı alındıktan sonra beş yıl ve daha fazla süre geçmiş olan bireylerin MASF ölçek puan ortalamaları ve değerlendirme alt grubu dışındaki alt ölçeklerinin puan ortalamaları, tanı aldığı süre bir yıldan az olan hastalardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastalık süresi 1-5 yıl olan hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamakla birlikte diğer iki grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgumuza paralel olarak hastalık süresi uzadıkça hastaların anksiyete düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (30, 225). Bu durum kanser hastalığına ve tedaviye bağlı deneyimlenen semptomlara olan maruziyetin, süre uzadıkça artmasıyla ilişkilendirilebilir.

Örnekleme kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının başka bir kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Yıldız ve ark. (148)'nin yaptıkları çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak kronik hastalığı olan yaşlıların daha fazla ağrı hissettikleri belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak kronik hastalığı olan yaşlıların anksiyete düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (222, 226). Bahar (205), bizim bulgumuzdan farklı olarak yaşlıların kronik hastalığa sahip olma durumu ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptamıştır. Yıldız ve ark. (148)'nin yaptıkları

çalışmada kronik hastalıklardan hipertansiyonu olan yaşlıların daha fazla ağrı hissettikleri belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olan yaşlılarda yapılan tedavilerin işe yaramayacağı düşüncesi, ölüm korkusu, uygulanan kanser tedavilerinin yol açtığı fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlar bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemekte, bireylerde ağrı ve anksiyete düzeyini arttırabilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası kendisini “yaşlı hissettiğini” ifade etmiştir. Kendisini “çok yaşlı hissedenenlerin” diğer iki gruba göre MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kendisini “yaşlı hissedenenlerin” Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Bahar (205)’ın yaptığı çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak yaşlıların kendi yaşlarını algılama durumları ile anksiyete puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamsız bulunmuş ve yaşlıların kendilerini çok yaşlı, yaşlı ya da orta yaşlı hissetmelerinin anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Yaşlanma ile bireylerin bağımlılığının ve bakım gereksinimlerinin artması bireylerin kaygı düzeyini arttırmaktadır. Bunun yanı sıra bireylerin kendini “yaşlı hissetmesi” benlik saygılarını azaltmakta, yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durumun yaşlıların ağrı ile baş etmesini olumsuz etkileyebileceği ve kaygı düzeyini arttıracığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası kendisini “hasta hissettiğini” ifade etmiştir. Kendisini “çok hasta hissedenenlerin” MASF ölçek puan ortalamaları ve değerlendirme alt grubu dışındaki alt ölçeklerinin puan ortalamaları, “hasta hissedenenlerden” daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kendisini “çok hasta hissedenenlerin” Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda bizim bulgumuza paralel olarak yaşlıların sağlık yönünden kendilerini iyi hissetmeme durumu ile anksiyete düzeyi arasında ilişki olduğu saptanmıştır (218, 222).

Kendini “çok hasta hisseden” bireylerin kanser gibi ölümcül bir kronik hastalığa sahip olması, hastaların kanser hastalığının ve kanser tedavilerinin birçok rahatsız edici semptomlarını yaşaması bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu faktörler hastaların kaygı düzeyini arttırabilmekte ve daha sık ağrı yaşamalarına neden olabilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kemoterapi/radyoterapi uygulanan yaşlı hastaların yarısından fazlasının “sık sık” bulantı-kusma yaşadıkları belirlenmiştir. ”Sık sık” bulantı-kusma yaşayan hastaların “nadiren” yaşayanlara göre MASF ölçek toplam puan ortalamaları ve algısal, duyuşsal ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, bizim bulgumuza benzer olarak 60 yaş üstü bireylerin kemoterapi sonrası bulantı semptomunu daha çok yaşadığı saptanmıştır (116). Ertem ve ark. (227) tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarının radyoterapiye bağlı bulantı-kusma sorunlarını yoğun yaşadıkları gözlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kemoterapi/radyoterapi uygulanan yaşlı hastaların yarısından fazlasının “ sık sık” iştahsızlık yaşadıkları belirlenmiştir. “Sık sık” iştahsızlık yaşayan hastaların diğer iki gruba göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve arada anlamlı ilişki saptanmıştır. Kızılcı (228)’nin yaptığı çalışmada kemoterapi alan yaşlı kanser hastalarında iştahsızlığın sıklıkla yaşandığı saptanmıştır. Ertem ve ark.( 227)’nin yaptığı çalışmada hastaların radyoterapiye bağlı iştahsızlık sorunlarını yoğun yaşadıkları gözlenmiştir. Akyol ve ark. (229)’nin yaptıkları çalışmada kanser hastalarını rahatsız eden sorunlardan birinin iştahsızlık olduğu saptanmıştır.

Örneklem kapsamına alınan kemoterapi/radyoterapi uygulanan yaşlı hastaların %46,1 ‘nin “ sık sık” diyare-konstipasyon yaşadıkları belirlenmiştir. “Sık sık” diyare-konstipasyon yaşayan hastaların diğer iki gruba göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda kemoterapi/radyoterapi tedavisine bağlı olarak beden ısısında değişiklik, stomatit, kilo kaybı ve alopesia semptomlarını deneyimleyen hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının bu semptomları deneyimlemeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Karakoç (230) tarafından yapılan çalışmada

yaşlı kanser hastalarının radyoterapi ve kemoterapiye bağlı kilo kaybı ve alopesia semptomlarını yoğun yaşadıkları gözlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısına radyoterapi, yarıdan fazlasına kemoterapi uygulandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda kemoterapi ve radyoterapi uygulanan hastaların sayısının fazla olmasının hastaların “sık sık” bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare ve konstipasyon yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir. Kanser hastalığına bağlı oluşan semptomlar, kemoterapi/radyoterapiye bağlı gelişen yan etkiler ve bu yan etkilerin kontrol altına alınamamasının hastaların kaygı düzeyini arttırdığı ve daha sık ağrı yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir. Beser ve Öz (174)‘ün yaptığı çalışmada da kemoterapi tedavisinin uzun sürmesi ve kanserin kontrol edilemeyen yan etkilerinin anksiyete düzeyinin artmasına neden olduğu saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların tümü ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Hastaların yarıdan fazlasının “günde birçok kez” ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Gün içinde “sürekli” ağrı deneyimleyen hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının “haftada birçok kez “ağrıyı deneyimleyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların yarıdan fazlasının “gün içinde herhangi bir zamanda“ ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı gün içinde “sabah ve akşam” daha çok deneyimleyenlerin MASF’nun ölçek toplam puan ortalamaları, karışık ve değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer dört gruba göre daha yüksek olduğu saptanmış ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Lin ve ark. (231) tarafından yapılan çalışmada, ağrı sıklığının ağrı düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise yaşlıların daha çok öğleden sonra ağrı deneyimi yaşadığı ve ağrıyı bütün gün çektikleri belirlenmiştir (148).

Kanser hastalarında akut ağrı tanı ve tedavi işlemlerinden kaynaklanırken, kronik ağrının nedeni tümörün kemik-yumuşak doku infiltrasyonu ya da sinir, kan ve lenf damarlarına olan baskıdır. Bu nedenle kanser hastalarında sürekli, aralıklı ya da gün içinde gelip geçici ağrılar sıklıkla görülmektedir. Hastaların gün içinde ağrı deneyimleme süresinin artması, ağrının ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi hastaların günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitelerini ve hastalıkla baş etme

tutumlarını olumsuz yönde etkileyerek bireylerde anksiyeteye neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaklaşık yarısı ağrıyı “hem derin hem yüzeysel” hissettiğini ifade etmiştir. Ağrıyı “hem derin hem yüzeysel” hisseden hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları ve duyuşsal, algısal, karışık, değerlendirme alt ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının en yüksek olduğu bulunmuştur. Kuzeyli Yıldırım (112) ise çalışma bulgumuzdan farklı olarak kanser hastalarının ağrıyı daha çok “derinde” hissettiklerini saptamıştır. Kontrol edilemeyen ağrı, kanserde anksiyetenin en sık görülme nedenlerindedir. Bu nedenle yaşlı kanser hastalarının ağrıyı hem derinde hem yüzeysel hissetmesi bireylerin ağrı algısını, ağrı şiddetini ve kaygı düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda hastaların %30,2’si yaşadıkları ağrının nedenini hastalık olarak tanımlamıştır. Ağrı nedenini yaşlılık ve hastalık olarak tanımlayan hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamaları ve duyuşsal, algısal, karışık, değerlendirme alt ölçek puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, bizim bulgumuza paralel olarak hastaların ağrı nedenini hastalıkları olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (232). Gülçığ Çapar (224) ise bizim bulgumuzdan farklı olarak kanser hastalarının ağrı nedenini bilmediğini saptamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %90,6’sı ağrı tedavisi almakta idi. Ağrı tedavisi alan hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının ağrı tedavisi almayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların yarıdan fazlası kanser ağrısı nedeni ile “günde birçok kez” ağrı deneyimlemektedir. Bu nedenle ağrı tedavisi alan hastaların daha fazla ağrı ve kaygı yaşadığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaklaşık tamamı ağrı kesici ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Ağrı kesici ilaç kullanmayan hastaların MASF’nun alt grupları ve toplam ölçek puan ortalamaları, ağrı kesici ilaç kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ağrı kesici ilaç kullanmayan hastaların Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları ilaç kullananlara göre yüksek, Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada, bizim bulgumuza benzer olarak kanser hastalarının yarısından fazlasının ağrı tedavisinde ağrı kesici kullandığı saptanmıştır (215). Bilir ve ark. (233)'nin yaptıkları çalışmada ise bizim bulgumuza benzer olarak ağrı sorunu olan yaşlıların tamamına yakınının ağrı kesici kullandığı belirlenmiştir.

Hastaların tamamı ağrı kesici almanın ağrılarını azalttığını ifade etmiştir. Ancak kanser tanısı ve kronik ağrı, her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı, ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisi olarak düşünülmektedir. Bu nedenle yaşlı kanser hastalarının sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ağrı tedavisinden “ biraz“ memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ağrı tedavisinden “az” memnun olan hastaların MASF'nun alt grupları ve toplam ölçek puan ortalamaları, ağrı tedavisinden “çok” memnun olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ağrı tedavisinden “çok” memnun olan hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruba göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kronik ağrı yaşayan hastaların ağrıları ağrı tedavisi ile kontrol altına alınabilmektedir. Çalışmamızda ağrı tedavisi alan hastaların ağrı kontrolünün başarılı olduğu düşünülmektedir. Ancak kronik ağrının yaşlıların mental sağlığını, sosyal ve fiziksel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle sürekli kaygı düzeyleri artmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının ağrının kontrolüne ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir. Bilgi alan hastaların MASF'nun alt grupları ve toplam ölçek puan ortalamaları bilgi almayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bilgi alan hastaların Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının bilgi almayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bağcıvan (234) tarafından yapılan çalışmada ise bizim bulgumuzdan farklı olarak kanser hastalarının ağrı ve ağrı yönetimi konusunda bilgi almadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

Ağrılarının kontrolüne ilişkin bilgi aldığını ifade eden hastaların %31,0'ı doktor ve hemşireden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Aile bireyleri ve arkadaşan bilgi alanların MASF'nun alt grupları ve toplam ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının en düşük olduğu belirlenmiştir.



Yaşlı bireylerin sosyal destek ağı, ailesi, arkadaşları veya toplumdur. Yaşlıların etnik, din ve kültürel geçmişini, hastalık ve ağrı ile ilgili inanç, tutum ve davranışlarını, baş etme mekanizmalarını en iyi bilen aile bireyleri ve akranlarıdır. Bu nedenle ağrı kontrolüne ilişkin bilgileri aile bireyleri ve arkadaş çevresinden öğrenen yaşlıların ağrı ve kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası yorgunluğun ağrılarını arttırdığını ifade etmiştir. Ayrıca hareket etme, ağrı kesici ilaç almama, stres, yemek yeme ve uykusuzluk hastaların ağrılarını arttıran diğer faktörlerdir. Afşar ve Pınar (215), bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde, yorgunluk ve stresin kanser hastalarının ağrılarını arttıran faktörler olduğunu saptamışlardır. Kuzeyli Yıldırım (112) ise hareket etme, stres ve yemek yemenin kanser hastalarının ağrı düzeyini yükselttiğini belirtmiştir.

Hastaların tamamı ağrı kesici almanın ağrılarını azalttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bireylerin kullandıkları diğer ağrı ile baş etme yöntemlerinin dinlenme, bitki çayı içme, masaj yaptırma ve sıcak uygulama olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunun ağrı ile baş etmede ağrı kesici kullandığı belirlenmiştir (112, 215, 235, 236). Kuzeyli Yıldırım (112) ise bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde kanser hastalarının ağrı ile baş etmede masaj, dinlenme, uyuma ve sıcak uygulama yöntemlerini kullanarak ağrılarını azaltmaya çalıştıklarını saptamıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrılarını gidermek için aldıkları önlemlere baktığımızda hastaların tamamının ağrı kesici almayı tercih ettiği saptanmıştır. Ayrıca hastaların kullandığı diğer önlemlerin doktora gitme, dua etme, uyuma, bitki çayı içme, masaj yaptırma, sıcak uygulama ve tv izleme olduğu belirlenmiştir. Afşar ve Pınar (215), bizim çalışma bulgumuza paralel olarak kanser hastalarının ağrı ile baş etme yöntemlerinin ağrı kesici kullanma, uyuma, dinlenme, doktora gitme, sıcak - soğuk uygulama ve masaj yaptırma olduğunu saptamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaklaşık yarısı ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları önlemleri öğrendikleri kaynakların "kişisel bilgi ve sağlık personeli" olduğunu belirtmişlerdir. Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemleri "kişisel bilgi ve sağlık personeli" ya da "kişisel bilgi, aile ve arkadaşlardan" öğrenen hastaların MASF'nun alt boyutları olan algısal, karışık ve ölçek toplam puan ortalamalarının "sağlık personeli,

kişisel bilgi ve aileden” öğrenen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemleri “sağlık personeli, kişisel bilgi ve aileden” öğrenen hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hasta ve hemşirenin ağrı hakkındaki inançları ağrı yönetimini etkileyen önemli faktörlerdendir. Özberksoy (237)’un yaptığı çalışmada, meme kanseri olan hastalara ameliyat öncesi uygulanan bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımlarının, ameliyat sonrası hastaların kaygı ve ağrı düzeyinin azalmasında etkili olduğu saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ağrı kontrolüne ilişkin aldıkları önlemlerin “kısmen” etkili olduğunu ifade etmiştir. Ağrı kontrolüne ilişkin alınan önlemlerin etkili olmadığını ifade eden hastaların MASF’nun alt boyutları olan duyuşal, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları diğer iki gruba göre yüksek bulunmuştur.

Yaşlılara, kanser tedavisine uyum sağlması ve ağrı kontrolünü sağlayacak davranışlar geliştirmesi için ağrı kontrolüne ilişkin önlemler öğretilmelidir. Bireylere bu önlemlerin öğretilmesi için yeterli zamanın ayrılması, sağlık ekibi üyelerinin kanser hastaları ile iletişimden kaçınması yaşlıların ağrı ile baş etmelerinde zorluk yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %31,1’inin ağrı kontrolüne ilişkin desteği “eş ve çocuklarından” aldıkları belirlenmiştir. Ağrı kontrolüne ilişkin alınan destek kaynaklarına göre MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur.

Günümüzde yalnız yaşayan yaşlı sayısının artmasına rağmen geleneksel yaklaşım, yaşlıların aile içinde yaşamaları yönündedir. Bireylerin eş, çocuk, akraba ve arkadaşları sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Çalışmamızda yaşlı kanser hastalarının bu bireylerle ilişkilerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alınan sosyal desteğin bireylerin ağrı ve kaygı düzeyini azalttığı düşünülmektedir.

Hastaların yarısından fazlasının ağrı kontrolünde aldıkları desteklerin “psikolojik destek, ilaç aldırma ve doktora götürme” olduğunu belirtmişlerdir. Ağrı kontrolünde aldıkları destekler “ilaç aldırma, doktora götürme ve psikolojik destek” olan hastaların MASF’nun alt boyutları duyuşal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan

ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının “psikolojik destek” alan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kanser tanısı alan bireylerin bilişsel, duygusal, tinsel ve sosyal alanlarının yanı sıra psikolojik alanlarında olumsuz yönde etkilenmektedir. Psiko-sosyal esenliğin sürdürülebilmesini sağlayan en önemli araç sosyal destektir. Sosyal destek, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin psikolojik iyilik halini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (238, 239). Ancak kronik ağrı yaşayan hastalar, hasta olmaları nedeniyle sorumluluklardan kurtulma, destek ve yardım alma avantajlarını elde etmek için destek kaynaklarından daha fazla yararlanmak isteyebilmektedirler. Bu nedenle destek türü fazla olan yaşlı kanser hastalarının ağrı ve kaygı düzeyinin fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların tamamı deneyimledikleri ağrının GYA ’ni etkilediğini belirtmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda bizim bulgumuza benzer olarak yaşanan ağrının, kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde engel olduğu saptanmıştır (232, 240, 241). Yıldız ve ark. (148)‘nın yaptığı çalışmada yaşlıların yarıdan fazlasının yaşanan ağrının günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığını ifade ettiği belirlenmiştir.

Yaşlanma ile birlikte yaşlılarda bilişsel bozukluklar, fonksiyonel kapasite ve yeteneklerde azalma görülmektedir. Bunun yanı sıra kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta ya da engellemektedir. Ayrıca kanser hastalarında kronik ağrı, hastalık ve tedavilerin yan etkileri bireylerin aktivitelerini kısıtlamakta, bireylerin başkalarının yardımına gereksinim duymasına yol açmaktadır (242). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireyler bedenlerini kontrol edemedikleri duygusu ve çaresizlik yaşayabilmekte ve kaygı düzeyleri artabilmektedir. Bu nedenle hastaların ağrı ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarıdan fazlası GYA’ den beslenme durumunun “orta” derecede etkilendiğini ifade etmiştir. Beslenme durumu “çok” etkilenen hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada beslenme durumları desteklenen kanser hastalarının ağrı şiddetinin azaldığı belirlenmiştir (243).

Kanser hastalarında kanserli hücreler metabolik aktivitelerini sürdürebilmeleri için bireylerin günlük enerjilerinin bir kısmını kullanmaktadır. Bu da bireylerde kas yıkımına ve kilo kaybına neden olmaktadır. Ayrıca kanser tedavileri bireylerde iştah azalması, yemek yeme güçlüğü, duygu durum bozukluğu, ağrı, bulantı, kusma, tat değişikliği, mukozit, stomatit, diyare, malabsorbsiyon, yutma güçlüğü gibi yan etkilere neden olarak kanserli bireylerin beslenme durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastaların gün içinde ağrı deneyimleme süresinin ve şiddetinin yüksek olması bireylerin beslenme durumunu olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin anksiyeteye düzeyini arttırmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaklaşık yarısının ağrı nedeniyle hareketlerinin “çok” etkilendiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Hareket etme aktiviteleri “çok” etkilenen hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yates ve ark. (240)’nın yaptıkları çalışmada bizim bulgumuza benzer olarak ağrının kanser hastalarının hareket yeteneklerini olumsuz yönde etkilediği, kaygı düzeylerini arttırdığı görülmüştür.

Çalışma kapsamına alınan hastaların GYA’nden banyo yapma, el-yüz yıkama ve boşaltım aktivitelerinden “orta” derecede etkilendiğini belirten hastaların MASF’nun alt boyutları olan algısal puan ortalamaları ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının “az” etkilenen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ağrı nedeniyle giyinme aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirtenlerin MASF’nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, giyinme aktivitesinin “orta” derecede etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların ağrı nedeniyle GYA’nden yemek yapma, akrabalarını ziyaret etme, ev/bahçe işleri yapma aktivitelerinin “çok” etkilendiğini belirten hastaların MASF’nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşlılarda yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra kas gücünde azalma, hareketlerde kısıtlılık sıklıkla görülmektedir. Bu nedenler bireylerin günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan bazı çalışmalarda yaşlıların giyinme, yemek yeme, boşaltım, banyo yapma, ev işi yapma ve merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktiviteleri sırasında güçlük yaşadığı belirlenmiştir (244, 245). Bilir ve ark. (233)'nın yaptıkları çalışmada ise yaşlıların ev temizliği, alışveriş, giyinme, banyo yapma aktivitelerini yapmada zorlandıkları saptanmıştır. Yıldız ve ark. (148) 'nın yaptıkları çalışmada bizim bulgumuza benzer olarak yaşanan ağrının yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastalar yaşlanmanın neden olduğu güçlüklerinin yanı sıra kanserin ve kanser tedavilerinin yol açtığı bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, ağrı, uykusuzluk gibi semptomları birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha fazla sorun yaşadığı bu nedenle kaygı düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ağrı nedeniyle GYA' den uyku düzeninin "çok" etkilendiğini belirtmişlerdir. Uyku düzeni "çok" etkilenen hastaların MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Yates ve ark. (240)'nın yaptıkları çalışmada bizim çalışma bulgumuza benzer olarak hissedilen ağrının kanser hastalarının uyku düzenini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kuzeyli Yıldırım (112) tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarının ağrı nedeniyle uyku düzeninin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (61). Afşar ve Pınar (215), ağrının olduğu dönemde kanser hastalarının uyku problemlerini daha çok yaşadığını bildirmişlerdir.

Yaşın artması ile birlikte uykunun derinliği ve süresi etkilenmektedir. Ayrıca kanser ağrısı kişinin uyku düzenini bozabilmektedir. Bu nedenle uykusuzluğun, yorgunluk ve anksiyeteye neden olup ağrı şiddetini arttıracak ve bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir (198, 246).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ağrı nedeniyle sosyal faaliyetlerinin, yaşamdan zevk almalarının ve diğer insanlarla ilişkilerinin "biraz" etkilendiğini ifade etmişlerdir. Kuzeyli Yıldırım (112) tarafından yapılan çalışmada

bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak ağrının hastaların diğer insanlarla olan ilişkilerini az da olsa etkilediği belirlenmiştir. Yıldız ve ark. (148), ağrının yaşlıların sosyal yaşantılarını olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise ağrı nedeniyle hastaların sosyal ilişkilerinin, aile, sosyal ve mesleki rollerinin, fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (61).

Yaşlılık döneminde emeklilik, sevilen insanların kaybı, fiziksel ve zihinsel fonksiyonların azalması, başkalarının varlığına gereksinimin artması gibi değişiklikler yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmelerine neden olmaktadır. Ayrıca tüm yaşamını etkileyen ve yan etkisi oldukça fazla olan kanser tedavisi bireyin aile, iş ve sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin yaşamdan doyum sağlamasını engellemektedir. Bu nedenle bireylerin kaygı düzeyi ve ağrıya odaklanması artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların MASF alt boyutları olan duyuşsal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puanları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek toplam puanının birbirleri ile korelasyonları değerlendirildiğinde, MASF'nun duyuşsal, algısal, değerlendirme, karışık alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir.

Chen ve ark. (247)'nın yaptıkları çalışmada bizim çalışma bulgumuza benzer olarak, ağrısı olan kanser hastalarının anksiyete sıklığı ve düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gülçığ Çapar (224)'ın yaptığı çalışmada akciğer ve meme kanserli hastaların ağrı ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Teunissen ve ark. (248)'nin yaptığı çalışmada ağrı ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda bizim bulgumuza paralel olarak yaşlı kanser hastalarının ağrı ve kaygı deneyiminin çok yaygın olduğu saptanmıştır (17, 40, 202, 203, 249). Yapılan bazı çalışmalarda ağrısı olan yaşlı kanser hastalarının kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (40, 189, 203).

Yaşanılan ağrının yaşlıların kaygı düzeyini olumsuz yönde etkilediği, ağrı düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı söylenebilir. Kaygı düzeyinin yüksek olmasının bireylerin ağrıya karşı duyarlılığının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Çalışma kapsamına alınan hastaların MASF toplam puan ortalamalarının 35,57, Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının 49,75 ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının 43,04 olduğu saptanmıştır.
- Hastaların yaş ortalamaları 70,16'dır. 75 yaş ve üzerinde olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin 65-74 yaş aralığında olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 65-74 yaş aralığında olan hastaların ağrı puanının en yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin ağrı puanlarının kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların %82,1'inin evli olduğu belirlenmiştir. Çalışmada evli olan hastaların kaygı düzeylerinin bekâr ve boşanmış / dul olanlardan daha kötü olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %83,0'nın herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Çalışmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ve ağrı puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %50,9'unun ilde yaşadığı belirlenmiştir. İlde yaşayan hastaların köy ve ilçede yaşayan hastalara göre ağrı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlçede yaşayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının il ve köyde yaşayan hastalar göre yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %77,4'nün çekirdek aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Geniş aile yapısına sahip olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ve ağrı puanlarının çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %63,2'sinin eşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yalnız yaşayan hastaların ağrı puanlarının, akrabaları ile birlikte yaşayanların ise durumluk ve sürekli kaygı puanlarının en yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %56,6'sının gelirin giderinden az olduğu saptanmıştır. Geliri giderine eşit olan hastaların, geliri giderinden az olan hastalara göre ağrı puanlarının ve durumluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %48,1'inin bir yıldan az süredir kanser hastası olduğu saptanmıştır. Hastalık süresi beş yıldan fazla olan hastaların ağrı puanlarının, hastalık süresi bir yıldan az olan hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık süresi 1-5 yıl olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının bir yıldan az ile beş yıl ve daha uzun süredir kanser hastası olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %62,3'ünde başka bir kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların kronik hastalığı olan hastalara göre ağrı ile durumluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %51,9'u kendini "yaşlı hissettiğini" ifade etmiştir. "Kendini çok yaşlı hisseden" hastaların kendini hasta hisseden ve hasta hissetmeyenlere göre ağrı puanlarının daha yüksek ve durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %71,7'si kendini "hasta hissettiğini" ifade etmiştir. "Kendini çok hasta hisseden" hastaların kendini hasta hisseden ve hasta hissetmeyenlere göre ağrı ile durumluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada kemoterapi ve radyoterapi alan yaşlı hastaların tedaviye bağlı olarak yaşadıkları bulantı-kusma, iştahsızlık, alopesia ve kilo kaybı semptomlarının, yaşanan ağrı ve durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir.
- Yaşlı hastaların gün içinde ağrıyı yaygın olarak yaşadıkları saptanmıştır.



- Çalışma kapsamına alınan hastaların %55,7'sinin “günde birçok kez” ağrı deneyimlediği belirlenmiştir. Gün içinde ”sürekli” ağrı deneyimleyen hastaların ağrı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı düzeylerinin “haftada birçok kez” ağrı deneyimleyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %66,0'nın “gün içinde herhangi bir zamanda” ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı gün içinde “öğle ve öğleden sonra” ya da “sabah ve akşam” daha çok deneyimlen hastaların ağrıyı “gün içinde herhangi bir zamanda” deneyimleyen hastalara göre ağrı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %48,1'inin “hem derin hem yüzeyde” ağrı hissettiği belirlenmiştir. Ağrıyı “hem derinde hem de yüzeyde” hisseden hastaların “derinde” ya da “yüzeyde” hissedenlere göre ağrı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %95,3'nün analjezik kullandığı belirlenmiştir. Analjezik kullanan hastaların, ağrı kesici ilaç kullanmayanlara göre ağrı ve durumluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %90,6'sının ağrı tedavisi aldığı belirlenmiştir. Ağrı tedavisi alan hastaların ağrı ile durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ağrı tedavisi almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların %67,0'nın ağrının kontrolüne ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir. Yaşlıların %31,0'ı ağrılarının kontrolüne ilişkin bilgiyi doktor ve hemşireden aldıklarını belirtmişlerdir.
- Hastaların %39,6'sı hareket etmenin ve yorgunluğun ağrılarını arttırdığını bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların %45,3'ü ağrı kesici almanın, %17,0'ı ağrı kesici almanın, dinlenmenin ve bitki çayı içmenin ağrılarını azalttığını ifade ettikleri saptanmıştır.
- Yaşlıların tamamı deneyimledikleri ağrının GYA'ni etkilediklerini belirtmişlerdir. Beslenme, hareket, giyinme, yemek yapma, ev/bahçe işleri yapma, akraba ziyaret etme ve uykularının çok etkilendiğini belirten hastaların bu aktivitelerinin az ve orta derecede etkilendiğini belirtenlere göre ağrı puanlarının ve durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların ağrı nedeniyle %17,9'u sosyal faaliyetlerinin, %17,9'u yaşamdan zevk almalarının ve %11,3'ü diğer insanlarla ilişkilerinin “çok” etkilendiğini ifade etmişlerdir.
- Yaşlıların ağrı puanları arttıkça, durumluk ve sũrekli kaygı puanlarının da arttığı saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlı bireyler tarafından hastalık ve yaşlanma sũrecinin doğal bir sonucu olarak gũrũlen ağrının değerlendirilmesinde bireylerin yaşadığı ağrının şiddetine ve yaşamını etkileme derecesine yũnelik subjektif değerlendirmelerin yapılması,
- Hasta ve hasta yakınlarının kaygı dũzeylerini azaltmak için tedavinin her aşamasında sağlık ekibi tarafından psikososyal destek verilmesi,
- Yaşlı kanser hastalarına ve onlara bakım veren yakınlarına, ağrı ve ağrı yũnetimi, analjeziklerin etkileri ve yan etkileri konusunda eğitim programlarının planlanması ve uygulanması,
- Yaşlı kanser hastalarında ağrı ve kaygı dũzeylerinin geçerli ve gũvenilir ۆleklerle periyodik olarak değerlendirilmesi,
- Yaşlanma sũrecinin ۆzellikleri gũz ۆnũne alınarak, yaşlı bireylerin değerlendirilmelerine olanak sağlayacak yaşlı bireylere ۆzgũ ağrı ve kaygı ۆleklerinin geliştirilmesi,
- Kemoterapi/radyoterapi nedeniyle yaşanılan semptomların bireylerin ağrı ve kaygı dũzeylerini etkilemesi nedeniyle bu semptomlarla etkili baş etmeye yũnelik girişimlerin yapılması,
- Dâhiliye ve Onkoloji kliniklerinde çalışan sağlık personellerinin, yaşlı bireylerde ağrının değerlendirilmesi, başedilmesine yũnelik sũrekli hizmetiçi eğitim programları ile bilgilendirilmeleri,
- Yaşlı, kanser tanısı konan hastalarda ağrı ve kaygı dũzeylerini etkileyen faktörlere yũnelik daha geniş araştırma grupları ile karşılaştırılmalı deneysel araştırmaların planlanması ۆnerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Giray H, Meseri R, Saatli G, Yücecin N, Aydın P, Uçku R.** Türkiye’ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2008**; 7(1): 81-86.
2. **Çakmur H, Erem MT, Koç M, Ertekin V, Karşoğlu İ, Kırığı D.** Kanseri tanısı almış geriatrik olguların demografik incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2000**; 3(1): 11-14.
3. **Aydın ZD.** Yaşlanan dünya ve geriatride eğitimi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **1999**; 2(4): 179-187.
4. The World Health Report 1998: Life in the 21st century A vision for all. Erişim: [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf). Erişim tarihi:01.04.2012.
5. **Sevencan F, Kaplan B, Aslan D.** Geriatri alanındaki uluslararası organizasyonların web siteleri ile ilgili” uluslararası geriatride ve gerontoloji birliği (IAGG)” üyesi dernekler üzerinden bir değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2008**; 11(4): 185-189.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2010. Erişim: [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=139](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=139). Erişim tarihi: 12.12.2011.
7. **Colussi AM, Mazzer L, Candotto D, De Biasi M, De Lorenzi L, Pin I, Pusiol N, Romanin C, Zamattio V.** The elderly cancer patient: A nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, **2001**; 39(3): 235-245.
8. **Monson K, Litvak DA, Bold RJ.** Surgery in the aged population: Surgical oncology. *Archives Surgery*, **2003**; 138(10): 1061-1067.
9. **Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S.** Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: Recommendations from the task force on CGA of the international society of geriatric oncology (SIOG). *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, **2005**; 55 (3): 241-52.
10. **Kaya O, Moran M, Bağcıer H, Taşkın YE, Şeker G, Özkardeş A, Özmen MM.** Yaşlanma ve kanser: Genel cerrahi kliniklerinden kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2007**; 10 (1): 5-9.
11. **Balducci L, Extermann M.** Management of cancer in the older person: A practical approach. *The Oncologist*, **2000**; 5 (3): 224-237.

12. **Wells NL, Balducci L.** Geriatric Oncology: medical and psychosocial perspectives. *Cancer Practice*, **1997**; 5(2): 87-91.
13. **Yancik R, Ries LA.** Aging and cancer in America: demographics and epidemiologic perspectives. *Hematology Oncology Clinics of North America*, **2000**; 14(1): 17-23.
14. **Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg LX, Edwards BK.** Surveillance Epidemiology and End Results Cancer Statistics Review, 1973-1997. Erişim: [http://seer.cancer.gov/csr/1973\\_1999](http://seer.cancer.gov/csr/1973_1999). Erişim tarihi: 02.07.2010.
15. **Tasmacıoğlu B.** Kanser ağrısının kontrolünde intravenöz parasetamolün morfin tüketimine etkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, **2007**.
16. **Evans R, Rosner A.** Alternative in cancer pain treatment: the application of chiropractic care. *Seminars in Oncology Nursing*, **2005**; 21(3): 184-189.
17. **Theobald DE.** Cancer pain, fatigue, distress and insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone*, **2004**; 6: 15-21.
18. **Uçan Ö, Ovayolu N.** Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**; 2(4): 123-133.
19. **Foley KM.** The treatment of cancer pain. *The New England Journal of Medicine* , **1985**; 313: 84-95.
20. **Coşkun U, Özkurt ZN, Günel N.** Kanser ağrısına yaklaşım. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, **2002**; 12(1): 45-55.
21. **Katz N.** The impact of pain management on quality of life. *Journal Pain Symptom Manage*, **2002**; 24 (1): 38-47.
22. **Evans CJ, Trudeau E, Mertzanis P.** Development and validation of the pain treatment satisfaction scale (PTSS): A patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain. *Pain*, **2004**; 112: 254-266.
23. **Urban D, Cherny N, Catane R.** The management of cancer pain in the elderly. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, **2010**; 73: 176-183.
24. **Bonica JJ, Ventafridda V, Twycross RG.** Cancer pain. In: Bonica JJ. Eds. *The management of pain*, 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: Lea & Febrieger, **1990**: 60-400.
25. **Won A, Lapane K, Gambassi G.** Correlates and management of nonmalignant pain in nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, **1999**; 47: 936-942.

26. **Turk DC, Okifuji A.** Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **2002**; 70(3) : 678-690.
27. **Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JG.** The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain*, **1983**;17: 277-288.
28. **Spiegel D, Bloom JR.** Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, **1983**; 52(2) : 341-345.
29. **Wasan AD, Artamonov M, Nedeljkovic SS.** Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, **2005**; 9(3) : 139-144.
30. **Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B.** Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 14(2):145-152.
31. **Özkan S.** Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. 5. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, **1998-1999**: 140-153.
32. **Kelleci M.** Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6: 41-47.
33. **Öner N, Lecompte A.** *Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, **1985**.
34. **Özgüven İE.** *Psikolojik testler*. Ankara: Erdem Yayınları, Sistem Ofset, **1998**: 340.
35. **Öztürk Z.** Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, **2010**.
36. **Konak A, Çiğdem Y.** Yaşlılık Olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2005**; 29(1): 23-63.
37. **Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U.** Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji/Onkoloji Dergisi*, **2007**; 2 (17): 87-93.
38. **Marrs JA.** Stress, fears and phobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2006**; 10(3): 319-322.
39. **Strang P, Qvarner H.** Cancer-related pain and its influence on quality of life. *Anticancer Res*, **1990**; 10: 109-112.
40. **Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, Lipsitz L, Steel K, Mor V.** Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA*, **1998**; 279 (23): 1877-1884

41. **Aylaz, R., Güneş, G., Karaoğlu L.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2005**; 12(3): 177-183.
42. **Erkal S.** Kırıkkale Ovacık Mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin ev kazaları ile karşılaşma durumlarının ve kaza nedenlerinin incelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, **2005**; 8(1): 265-269.
43. The World Health Report 2003: Shaping the future.  
Erişim: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf). Erişim tarihi:01.04.2012.
44. **Bongaarts J, Griffith F.** How long do we live? *Population and Development Review*, **2002**; 28(1): 13-29.
45. **Kişioğlu AN, Uskun E, Öztürk M, Uzun E.** Isparta Merkezinde 65 yaş ve üzeri yaşlıların bakım ve sosyo-ekonomik durumlarına bir bakış, *Sağlık ve Toplum*, **2005**; 15(3): 34-40.
46. Population Reference Bureau. World Population Data Sheet 2010 Population, Health and Environment Data and Estimates for the Countries and Regions of the World - 2010.  
Erişim: [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf). Erişim tarihi: 15.03.2011.
47. **Bremner J, Frost A, Haub C, Mather M, Ringheim K, Zuehlke E.** World Population Highlights: key findings from PRB'S 2010 World Population Data Sheet, *Population Bulletin*, **2010**;65(2):1-12.
48. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi nüfus sayımı sonuçları, 2009.  
Erişim: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim tarihi: 01.07.2010.
49. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu: Toplam doğuştan beklenen yaşam süresi  
Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3712&metod=IlgiliGosterge>  
Erişim tarihi: 04.09.2012.
50. **Güner P, Güler Ç.** Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi, *Türk Geriatri Dergisi*, **2002**; 5(4): 54-150.
51. **Drennan V, Levenson R, Goodman, NC, Evans C.** The workforce in health and social care services to older people: Developing an education and training strategy. *Nurse Education Today*, **2004**; 24(5): 402-408.
52. **Monson K, Litvak DA, Bold RJ.** Surgery in the aged population: Surgical Oncology. *Archives Surgery*, **2003**; 138(10): 1061-1067.
53. American Cancer Society, Cancer Facts & Figures. Atlanta: American Cancer society, 2008.  
WHO. Dünya Sağlık Araştırması: Türkiye Raporu. Cenevre: WHO, 2003.  
Erişim: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsturturkey.pdf>. Erişim tarihi: 15.03.2011.

54. **Yancik RM, Ries LA.** Cancer in older persons: an international issue in aging world. *Seminars in Oncology*, **2004**; 31: 128-36.
55. **LaVecchia C, Lucchini F, Negri E.** Cancer mortality in the elderly. In: Balducci L, Lyman GH, Ershler WB, Extermann M. Eds. *Comprehensive geriatric oncology*, 1<sup>nd</sup> Ed. London and New York: Taylor & Francis, **2004**: 38-46.
56. **Gökçe Kutsal Y.** *Temel Geriatri*. Güneş Tıp Kitabevleri Yayını, Ankara, **2007**: 767-788.
57. **Ferlay J, Bray F, Piasani P, Parkin DM.** Global Cancer Statistics, 2002. *A Cancer Journal for Clinicians*, **2005**;55(2):74-106.
58. **Edwards BK, Howe HL, Ries LA.** Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer*, **2002**; 94: 2766-2792.
59. **Campisi J.** Cancer and ageing: Rival demons? *Nature Reviews Cancer*, **2003**; 3: 339-349.
60. **Repetto L.** Greater risks of chemotherapy toxicity in elderly patients with cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, **2003**; 1: 18-24.
61. **Allard P, Maunsell E, Labbe J, Dorval M.** Educational interventions to improve cancer pain control: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, **2001**; 4(2):191-203.
62. **Kanarığ Gürel D.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, **2007**.
63. **Mayer M.** Speaking the language of pain. *American Journal of Nursing*, **2001**; 101(2) : 44-49.
64. **Tulunay M, Tulunay FC.** *Ağrı değerlendirilmesi ve ölçümü*. 1. Baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**; 91- 110.
65. **Aldemir T.** Ağrılı hastalarda ağrı ölçümü. Erdine S, Editör. *Ağrı*, 3.Baskı, İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2007**:3-23.
66. **Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T.** Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, yöntem ve teknikler. Geylan R, Editör. *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. Eskişehir: A.Ö.F. Yayınları Etam Matbaacılık, **1991**:130-140.
67. **Erdine S.** *Ağrı Sendromları ve Tedavisi*. Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Gizben Matbaacılık, **2003**: 1-7.

68. **Erdine S.** Ağrıda Multidisipliner Yaklaşımlar, III. Ulusal Ağrı Kongresi. İstanbul, **1991**: 178-179.
69. **Melzack R, Wall PD.** Gate control theory of pain. In: Souleirac AS. Eds. *Pain Proc Int Symp Pain*. New York: Academic Press, **1968**: 423-443.
70. **Erdine S.** Ağrı Mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. Erdine S, Editör. *Ağrı*, 3.Baskı, İstanbul: Nobel Kitapevi, **2007**: 37-48.
71. **Kocaman G.** *Ağrı: Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı, İzmir: Kanyılmaz Matbacılık, 1994:1-20.
72. **Mersky H.** Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, **1986**; 3: 1-226.
73. **Turk DC, Okifuji A.** Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser JD. Eds. *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2001**: 17-25.
74. **McCaffery M, Pasero C.** Assessment: underlying complexities, misconceptions, and practical tools. In: McCaffery M, Pasero C. Eds. *Pain: Clinical manual for nursing practice*. 2 nd Ed. St. Louis: Mosby, **1999**: 35-102.
75. **Özyalçın NS.** Ağrı Nörofizyolojisi. Özyalçın NS, Editör. *Akut Ağrı*. Ankara: Güneş Kitapevi, **2005**: 2-36.
76. **Erer B, Gül A.** Enflamatuvar ağrı ve yeni tedavi hedefleri. *Ağrı Dergisi*, **2005**; 17(4): 5 -9.
77. **Alon E, Knessı P.** Postoperatif ağrı tedavisi. *Ağrı Dergisi*, **2000**; 13(2): 9-14.
78. **Güleç G, Güleç S.** Ağrı ve ağrı davranışı. *Ağrı Dergisi*, **2006**; 18(4):5-9.
79. **Eti Aslan F.** Acil Bakım. Şelimen D, Editör. *Travmada Acil*. 3. Baskı, İstanbul: Yüce Yayım, **2004**: 384-392.
80. **Eti Aslan F.** Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1997**; 47(6):3-8.
81. **Şahin Ş.** Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı Dergisi*, **2004**; 16(2):17-24.
82. **Eti Aslan F.** Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Erdine S, Editör. *Ağrı*. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2007**: 787-797.



83. **Balta E, Domaç M, Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö.** Türkiye’ de yetişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı Dergisi*, **2001**; 13: 2-3.
84. **Kuğuoğlu S.** Ağrı algısını etkileyen faktörler. Eti Aslan F, Editör. *Ağrı doğası ve kontrolü*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, **2006**: 51-59.
85. **Baran G, Göz F.** Ağrı ve ağrılı hastada hemşirelik süreci. *Sendrom*, **2001**; 13 (4): 110-114.
86. **Karaçay P.** Acil travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi. *Ağrı*, **2006**; 18(1): 44-51.
87. **Berker E, Dinçer N.** Kronik ağrı ve rehabilitasyonu. *Ağrı*, **2005**; 17(2): 10-16.
88. **Aldemir T.** Ağrı sendromları. Erdine S, Editör. *Ağrı*, 1. Baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**: 714-63.
89. **Swenson CJ.** Pain management. In: Otto S. Eds. *Oncology Nursing*, 4<sup>nd</sup> Ed. Mosby, **2001**: 865-916.
90. **İnan N.** Yansıyan Omuz Ağrısı. *Ağrı*, **2004**; 16(2): 44-46.
91. **Yücel A.** Visseral Ağrı. Erdine S, Editör. *Ağrı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, **2000**: 120-123.
92. **Yücel A, Çimen A.** Nöropatik ağrı: mekanizmalar, tanı ve tedavi. *Ağrı*, **2005**; 17(1): 5 -13.
93. **Aydın ON.** Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**; 3(2): 37-48.
94. **Bonica JJ.** Cancer pain. In: Bonica JJ. Eds. *The Management of Pain*, 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **1990**; 400-460.
95. **Cherny NI, Portenoy RK.** Cancer pain management. *Cancer*, **1993**; 72(1): 3393-3415.
96. **Melzack R, Wall DP.** *Ağrı tedavisi el kitabı*. İstanbul: Güneş Kitabevi, **2006**: 603 – 726.
97. **Kuzeyli Yıldırım Y, Uyar M, Fadilloğlu F.** Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. *Ağrı*, **2005**; 17 (4): 17-22.
98. **Portenoy RK.** Pain management in the older cancer patient, *Oncology*, **1992**; 6 (2): 86-98.
99. **Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Carson KL.** Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology*, **2001**; 587-607.

- 100.** World Health Organization. 1990. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization. Erişim: [www.turkkanser.org.tr](http://www.turkkanser.org.tr). Erişim Tarihi: 26.03.2011.
- 101.** Gunnarsdottir S, Serlin RC, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Icelandic Barriers Questionnaire II. *Journal Pain Symptom Management*, **2005**; 29(3): 273-285.
- 102.** Pargeon KL, Hailey BJ. Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. *Journal of Pain Symptom Management*. **1999**; 18(5): 358-368.
- 103.** Kuzeyli Yıldırım Y, Uyar M. Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. *Ağrı*, **2006**; 18(3):12-19.
- 104.** Eti Z. Kanserde ağrı tedavisi. *Üroonkoloji Bülteni*, **2005**; 2: 16-20.
- 105.** Potter RG, Jones JM. The evolution of chronic pain among patients with musculoskeletal problems: a pilot study in primary care. *Br J Gen Pract*, **1992**; 42: 462-464.
- 106.** Önal A. Kanser Ağrısı. Erdine S, Editör. *Ağrı*, İstanbul: Nobel Kitabevi, **2007**: 551-562.
- 107.** Özkan A. Kanser hastalarında ağrı değerlendirmesi. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi. Kapadokya, **2004**: 189-192.
- 108.** Cleeland CS. Barriers to management of cancer pain. *Oncology*, **1987**; 1(2): 19-26.
- 109.** Aydınlı I. Kanser ve ağrı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi, **2003**; 37: 87.
- 110.** Cleary JF. Cancer Pain Management. *Cancer Control*, **2000**; 7(2):120-131.
- 111.** Akcalı D, Babacan A. Kanser ağrısı ve tedavi seçenekleri. *Klinik*, **2007**; 115-119.
- 112.** Kuzeyli Yıldırım Y. Kanser ağrısı deneyimleyen hastalarda ağrı eğitim programının ağrı yönetimi plazma beta-endorfin düzeyleri ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
- 113.** Levy MH, Samuel TA. Management of cancer pain. *Seminars in Oncology*, **2005**; 32: 179-193.
- 114.** Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J. Time to modify the WHO analgesic ladder? *Pain Clinical Updates*, **2005**; 13(5):1-4.

- 115. Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset, **2004**: 243-306.
- 116. Kurt Sadırlı S.** Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2008**.
- 117. Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK.** Kanser ve palyatif bakım. İzmir: Mesa Basım Matbaacılık, **2006**: 175- 196.
- 118. Jost L, Roila F.** Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, **2010**; 21(5): 257-260.
- 119. Tuncer S.** Yaşlı hastalarda analjezik kullanım ilkeleri. *Clinic Medicine*, **2007**; 2: 28-32.
- 120. McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J.** Management of pain and pain-related symptoms in hospitalized veterans with cancer. *Cancer Nursing*, **2000**; 23(5):327-336.
- 121. Kim JE, Dodd M, West C.** The PRO-SELF Pain control programme improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, **2004**; 31(6):1137-1143.
- 122. Kwekkeboom K, Kneip J, Pearson L.** A pilot study to predict success with guided imagery for cancer patient. *Pain Management Nursing*, **2003**; 4(3):112-123.
- 123. Menefee LA, Monti D.** Nonpharmacologic and complementary approaches to cancer pain management. *The Journal of the American Osteopathic Association*, **2005**; 105(11):15-20.
- 124. Koeller JM.** Understanding cancer pain. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 1990; 47(8): 3-6.
- 125. Clinical Practice Guidelines: Cancer pain.**  
Erişim: <http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/HRT/pdf>  
Erişim Tarihi: 07.04.2011
- 126. Ferrell Torry AT, Glick OJ.** The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, **1993**; 16(2): 93-101.
- 127. Henry LL.** Music therapy: a nursing intervention for the control of pain and anxiety in the ICU: a review of the research literature. *Dimension Critical Care Nursing*, **1995**; 14(6): 295-304.
- 128. Evlice YE, Uğuz Ş.** Ağrı. Erişim: <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/galenos/02.htm>.  
Erişim tarihi: 23.02.2011

- 129. Lioffi C, White P, Hatira P.** Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychology*, **2006**; 25(3): 307-315.
- 130. Anderson KO, Cohen MZ, Mendoza TR, Guo H, Harle MT.** Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: immediate but not long-term effectiveness. *Cancer*, **2006**; 107(1):207-214.
- 131. Eti Aslan F.** Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**; 6(1):9-16.
- 132. Uyar M.** Yaşlılarda ağrı değerlendirmesi. Özyalçın NS, Editör. *Yaşlılık Çağında Ağrı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003**: 39-48.
- 133. Brown K, Nicassio PM.** Development of questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, **1987**; 31: 53-64.
- 134. Pasero C, Gordon DB.** JCAHO on assessing and managing pain. *Am J Nursing*, **1999**; 99(7):22.
- 135. Bacaksız BD.** Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2007**.
- 136. Rawal N.** Postoperatif Ağrı Tedavisi. Erdine S, Editör. *Ağrı*, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**: 121-141.
- 137. Bahat Öztürk G, Karan MA.** Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *Akademik Geriatri*, **2009**; 1: 31-44.
- 138. Weiner D, Peterson B, Keefe F.** Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain*, **1999**; 80: 577-88.
- 139. Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe Kutsal Y.** Psychological disturbance in fibromyalgia: relation with pain severity. *Clin Rheumatol*, **1997**; 16(2): 179-184.
- 140. Bouckoms AJ, Hackett TP.** The pain patient: evaluation and treatment. In: Cassem NH, Louis MO, Mosby CV. Eds. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 3<sup>rd</sup> Ed. Massachusetts: PSG Publishing Company, 1991: 39-68.
- 141. Ertekin C.** Ağrının nöroanatomisi ve nörofizyolojisi. Yegül İ, Editör. *Ağrı ve tedavisi*. İzmir: Yapım Matbaacılık, **1993**: 1-18.
- 142. Yücel A.** *Akut ağrı nörofizyolojisi*. İstanbul: MER Matbaacılık& Yayıncılık, **1997**: 5-19.

- 143. Brochet B, Michel P, Barberger Gateau P, Dartigues J.** Population based study of pain in elderly people: a descriptive study. *Age Ageing*, **1998**; 27(3): 279-84.
- 144. Van den Beuken –van Everdingen MH, Rijke JM, Kessels AG.** Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, **2007**; 18(9):1437-49.
- 145. Tuna S.** Kanserli geriatric hastalarda komorbidite ve klinik değerlendirme. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2007**; 22(4):192-196.
- 146. Gibson S, Helme R.** Age related differences in pain perception and reports. *Clin Geriatr Med* **2001**; 17: 334-351.
- 147. Fuse PG.** Opioid analgesics drugs in older people. *Clin Geriatr Med*, **2001**; 17: 479-485.
- 148. Yıldız A, Erol S, Ergün A.** Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2009**; 12 (3): 156-164.
- 149. Mete H, Noyan A, Sertöz O.** Ağrının psikososyal yönü. *Ağrı Dergisi*, **2006**; 18(1): 20-25.
- 150. Özer S, Akyürek B, Başbakkal B.** Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*; **2006**; 18: 36-43.
- 151.** International Society of Nurses in Cancer Care: Görüş İfadesi: Kanser ağrısı  
Erişim:[http://www.isncc.org/files/Resources/Cancer\\_Pain\\_Position\\_Statement\\_2008\\_-\\_Turkish.pdf](http://www.isncc.org/files/Resources/Cancer_Pain_Position_Statement_2008_-_Turkish.pdf)  
Erişim Tarihi:29.06.2012.
- 152. Eti Aslan F.** *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapevi, **2006**.
- 153. Özkan S.** Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM, Editör. Kanser hastasına yaklaşım, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**: 345-354.
- 154. Işık E.** *Nevrozlar*. Ankara: Kent Matbaası, **1996**: 31-45.
- 155. Şahin NH.** *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*. 3. Baskı, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, **1998**.
- 156. Kierkegaard S. Concern Concept.** *Kaygı Kavramı*. 3. Baskı, Ankara: Hece Yayınları, **2004**; 14-21.
- 157. Gürsoy A.** Ameliyat öncesi dönemde yaşanan kaygının hastanın iyileşme sürecine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 8 (2): 114-119.

- 158. Roundy K, Cully JA, Stanley MA.** Are anxiety and depression addressed in primary care patients with chronic obstructive pulmonary disease? A chart review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. **2005**; 7(5): 213-218.
- 159. Konter E.** *Sporda Stres ve Performans*. İzmir: Saray Yayınları, **1996**: 28-41.
- 160. Cimilli C.** *Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2001**: 182-186.
- 161. Çankaya Alparslan Ö.** Kronik hematolojik-onkolojik hastalığı olan çocukların kardeşleri ve annelerine verilen hemşirelik desteğinin kaygı düzeylerine etkisi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2003**.
- 162. Çevik A.** Yaygın Anksiyete Bozukluklarının Kliniği. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Sivas, **1993**.
- 163. Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**: 449-459.
- 164. Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj, **2004**: 229-275.
- 165. Cüceloğlu D.** *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitapevi, **2010**:292-293.
- 166. Bölükbaş N.** Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Hemşirelik Bülteni*, **1991**; 20: 81-86.
- 167. Yavuz A, Atakay K, Atakay M.** *Psikolojiye Giriş 2*. İstanbul: Sosyal Yayınları, **1996**: 344-358.
- 168. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U.** Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Geriatry*, **2001**; 4: 106-112.
- 169. Ergin K.** Yaşlanmayla ilgili fizyolojik değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1992**; 8: 75-82.
- 170. Özel Kızıl ET, Turan E.** Yaşlılarda anksiyete bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi*, **2007**; 10(3): 150-155.
- 171. Öz F.** Yaşlılıkta ruh sağlığı. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1992**; 42: 5-8.
- 172. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haji-Mahmoodi M.** Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, **2000**; 9: 151-157.

173. **Öz F.** Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 12(1): 61-68.
174. **Beşer N, Öz F.** Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**; 7(1): 47-58.
175. **Wong CA, Bramwell L.** Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, **1992**; 15: 363-371.
176. **Lin HR, Bauer-Wu SM.** Psycho-spiritual wellbeing in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, **2003**; 44: 69-80.
177. **Devlin B.** The art of healing and knowing in cancer and palliative care. *International of Journal Palliative Nursing*, **2006**; 12: 16-19.
178. **Villagomez LR.** Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. *Holistic Nursing Practice*. **2005**; 19: 285-294.
179. **O’Baugh J, Wilkes LM, Luke S, George A.** Being positive: perceptions of patients with cancer and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **2003**; 44: 262-270.
180. **Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C.** Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, **2005**; 51: 369-381.
181. **Erdine S.** Kanser ağrısı. Onat H, Mandel-Molinas N, Editör. Kanser hastasına yaklaşım: Tanı, tedavi, takipte sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**: 261-275.
182. **Dedeli Ö, Karadeniz G.** Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, **2009**; 21(2): 45-53.
183. **Otis-Green S, Sherman R, Perez M, Baird RP.** An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Cancer Pract*, **2002**; 10 (1): 58-65.
184. **Papila Ç.** Kanserli hastada psikososyal problemler. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, **2008**;197-200.
185. **Melzack R.** Pain and stress: A new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC. Eds. *Psychological factors in pain*. New York: Guilford Pres, **1998**: 11.
186. **Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A.** Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 8: 47-50.
187. **Kars A.** Yaşlılık ve Kanser. Gökçe Kutsal Y, Editör. Geriatri 2002. İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.S, **2002**:150-157.

- 188. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM.** Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, **2003**; 17: 509-513.
- 189. Rao A, Cohen HJ.** Symptom Management in the Elderly Cancer Patient: fatigue, pain, and depression. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, **2004**; 32: 150-157.
- 190. Turan AH.** Kanser hastalarında anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü prevalansı ve bunların psiko-sosyal durumla ilişkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, **1992**.
- 191. Kurt A.** Kanser ağrılı ve kanser dışı kronik ağrılı hastaların psikolojik faktörler (depresyon, kaygı, başa çıkma) açısından karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.
- 192. Melzack R, Torgerson WS.** On the language of pain. *Anesthesiology*, **1971**; 34: 50-59.
- 193. Yazıcı S, Eti-Aslan F, Olgun N.** Adölesan ve erişkinlerin postoperatif ağrı değerlendirilmesinde McGill Melzack ağrı Soru Formu MASF' in kullanımına yönelik bir çalışma. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara, **1998**: 313-318.
- 194. Kuşuoğlu S, Eti Aslan F, Olgun N.** McGill Melzack ağrı soru formu (MASF)' nun türkçeye uyarlanması. *Ağrı*, **2003**; 15(1): 47-52.
- 195. Öksüz E, Malhan S, Mutlu ET.** Türkçe McGill Standart Ağrı Ölçeği: kültürel adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. II. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. İzmir, **2007**: 70.
- 196. Yavuz A, Özbayır T.** Postoperatif ağrı yönetiminde non-farmakolojik girişimler ve hastanın kendi ağrısını değerlendirmesine göre analjezik uygulaması yöntemi ve rutin analjezi yönteminin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2000**.
- 197. Ceceli Erdem RH, Gökoğlu F, Arıncı İncel N, Yorgancıoğlu ZR.** Yaşlı popülasyondaki basınç ağrı eşiğinin analizi. *Geriatrici*, **2001**; 4(3):113-115.
- 198. Eti Aslan F.** Ağrıya İlişkin Yanılgı ve Gerçekler. *Sendrom*, **2002**; 14(4): 94-98.
- 199. Herr KA, Mobily PR.** Complexities of pain assessment in the elderly. *J. Gerontol Nurs*, **1991**; 17(4): 12.
- 200. Kocaman G, Karayurt Ö.** Ağrı kontrolünde yaş faktörünü inceleyen bir araştırma. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı. Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi, **1995**: 199-203.



- 201. Torvik K, Hølen, J, Kaasa S, Kirkevold O, Holtan A, Kongsgaard U, Rustøen T.** Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway. *International Journal of Palliative Nursing*, **2008**; 14: 238–245.
- 202. Eyigor S, Eyigor C, Uslu R.** Assessment of pain, fatigue, sleep and quality of life (QOL) in elderly hospitalized cancer patients. *Archives of Gerontology And Geriatrics*, **2010**; 51: 57–61.
- 203. KF Cheng K, TF Lee D.** Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, **2011**; 78: 127–137.
- 204. Mei-Ling C, Hsien-Kun C, Chao-Hsing Y.** Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *Journal of Advanced Nursing*, **2000**; 32(4): 944-951.
- 205. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6: 227-239.
- 206. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ.** Prevalance and correlaates of depression in an aging cohort: The Alameda Country study. *Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*, **1997**; 52: 252-258.
- 207. Pandey M, Sarita GP, Devi N.** Distress, anxiety and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, **2006**; 4: 68.
- 208. Wellisch DK, Hoffman A, Goldman S.** Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention. *Americian Journal of Psychiatry*, **1999**; 156: 1644-1645.
- 209. Schreier AM, Williams S.** Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, **2004**; 31(1):127-130.
- 210. Shell JA, Kirsch S.** Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In: Otto SE. Eds. *Oncology Nursing*, 4<sup>nd</sup> Ed. Mosby, **2001**: 948-972.
- 211. Dedeli Ö, Karadeniz G.** Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, **2009**; 21(2):45-53.
- 212. Shipton EA.** Pain: Acut and Chronic. 2<sup>nd</sup> Ed. London: Oxford University Press Inc, **1999**: 1-36.
- 213. Özer N.** Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyla tanımlamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **1998**.

- 214. Bloodworth D, Calvillo O, Smith K, Grabois M.** Chronic pain syndromes: Evaluation and treatment. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: WB Saunders Company, **2000**: 913-933.
- 215. Afşar F, Pınar R.** Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile başetme yöntemlerinin değerlendirilmesi *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**;6: 319-328.
- 216. Grow EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD.** Anxiety, depression and quality of life in careqives of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, **2005**; 16: 1185-1191.
- 217. Alacacioğlu A.** Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, **2006**.
- 218. Forsell Y.** Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: data from a 3 year follow up study. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*, **2000**; 35: 259-263.
- 219. Davison SN, Jhangri GS.** The impact of chronic pain on depression, sleep and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **2008**; 30(5): 465-473.
- 220. Bıkk YM, Baker AG, Kalogeropoulos D, Devins GM, Guttman RD, Hollomby DJ, Barre PE, Hutchison T, Hamme MP, McMullen L.** Pain, control over treatment and compliance in dialysis and transplant patients. *Kidney International*, **1982**; 21: 840-848.
- 221. Demiralp M.** Gevşeme eğitiminin, adjuvan kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda, anksiyete ve depresyon belirtileri, uyku kalitesi ve yorgunluk üzerine etkisi. Doktora tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2006**.
- 222. Manoğlu Z.** İzmir huzurevlerinde depresyon ve kaygı üzerine bir çalışma, kadın erkek karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, **1990**.
- 223. Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, Van Balcom AJ, Smit JH, De Beurs E, Van Dyck R, Van Tilburg W.** Anxiety disorders in late life; a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal Geriatric Psychiatry*, **1998**; 13: 717-726.
- 224. Gülçığ Çapar S.** Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2010**.
- 225. Nordin K, Berglung G, Glimelius B.** Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer*, **2001**;37: 376-384.

- 226. Coşkun M.** Samsun il merkezinde yaşayan yaşlıların sürekli kaygı düzeyleri ve bazı sosyoekonomik etmenleri. Uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı, Samsun, **1998**.
- 227. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü.** Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(2): 3-12.
- 228. Kızılcı S.** Kemoterapi alan kanser hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, **1997**.
- 229. Akyol Durmaz A, Yeşilbalkan Usta Ö, Çetinkaya Y, Altun T, Ünlü D.** Kemoterapi tedavisi alan hastaların hastalık semptomları ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**; 21(1): 13-31.
- 230. Karakoç T.** Ayaktan kemoterapi alan geriatrik hastalarda sosyal destek ile yorgunluk arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2008**.
- 231. Lin CC, Lui Y, Ward SE.** Effect of cancer pain of performance status, mood states and level of hope amony, Taiwanese cancer patients. *Journal Pain Symptom Management*, **2003**; 25: 29-37.
- 232. Subaşı D.** Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2010**.
- 233. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Ağaç M, Sıddıqui Z, Uluç F, Ülger Z, Yılmaz Ö.** Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne bağlı Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2002**; 5(3):97-102.
- 234. Bağçivan G.** Kanser ağrısı yönetiminde hastadan kaynaklanan engellerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**.
- 235. Yılmaz E.** Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.
- 236. Büyükyılmaz F, Aştı T.** Ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanılması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.
- 237. Özberksoy A.** Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
- 238. Tuncay T.** Kanserle başetmede destek grupları. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, **2010**; 59-71.

- 239. Heidrich S.** Mechanisms related to psychological well-being in older women with chronic illness: age and disease comparisons. *Research in Nursing & Health*, **1996**; 19(3):225–235.
- 240. 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, *Journal of Pain Symptom Management*, **2002**; 23(5): 393-405.
- 241. Mossey JM, Gallagher RM.** The longitudinal occurrence and impact of comorbid chronic pain and chronic depression over two years in continuing care retirement community residents. *Pain Medicine*, **2004**; 5(4): 335-48.
- 242. Üstüner Top F, Saraç A, Yaşar G.** Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, **2010**; 13: 14-22.
- 243. Akdağcık A.** Beslenmenin kanserli hastaların ağrı tedavisine etkileri. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, **2008**.
- 244. Subaşı F.** Evde bakım verecek olan destek personelinin eğitim standartları. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi, İstanbul, **2008**: 99-101.
- 245. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N.** Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **2009**; 31: 367-373.
- 246. Özgüroğlu M.** Kanserli hastalarda ağrıya yaklaşım. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi*, **2002**; 30: 225-239.
- 247. Chen ML, Chang HK, Yeh CH.** Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *J Adv Nurs*, 2000; 32(4): 944- 951.
- 248. Teunessen S.** Are anxiety and depression related to physical symptom burden? *Palliative Medicine*, **2007**; 21(4): 341-346.
- 249. Ferrell B, Ferrell Bruce, Ahn C, Tran K.** Pain management for elderly patients with cancer at home, *Cancer Supplement*, **1994**, 74(7): 2139-2146.

## EKLER

### EK – 1: VERİ TOPLAMA FORMU

#### GERİATRİK KANSER HASTALARINDA AĞRI VE KAYGININ DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU

Görüşme tarihi:

Görüşme saati:

Dosya no:

Tıbbi tanısı :

#### BÖLÜM I

1. Kaç yaşındasınız? ( .....

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın

2. Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli

2. Bekâr

3. Dul

4. Boşanmış

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur -yazar değil

2. Okur -yazar

3. İlkokul mezunu

4. Ortaokul mezunu

5. Lise mezunu

6. Yüksekokul mezunu

7. Diğer (Açıklayınız.....)

5. Mesleğiniz / işiniz nedir?

1. Ev hanımı
2. Emekli
3. Serbest
4. Memur
5. Vasıflı işçi
6. Diğer (Açıklayınız.....)

6. Aile tipiniz nedir?

1. Geniş aile
2. Çekirdek aile
3. Parçalanmış aile

7. Nerede oturuyorsunuz?

1. İl
2. İlçe
3. Köy

8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız
2. Eşi ile
4. Çocuğunun yanında
5. Bakıcı ile
6. Akrabaları ile
7. Kurumda kalıyor
8. Diğer (Açıklayınız.....)

9. Size göre gelir - gider durumunuz nasıldır?

1. Gelir giderden fazla
2. Gelir giderden az
3. Gelir gidere denk
4. Geliri yok

10. Sosyal güvenceniz nedir?

1. Sosyal güvencesi yokS.S.K.
2. Bağ-Kur
3. Yeşil Kart
4. Emekli Sandığı
5. Özel (Sigorta)

## **BÖLÜM II**

11. Ne kadar süredir hastasınız? ( Hasta dosyasından öğrenilecek.)

.....

12. Başka hastalık / hastalıklarınız var mı? ( Hasta dosyasından öğrenilecek.)

1. Yok ( )
2. DM ( )
3. HT ( )
4. CVH ( )
5. Demans ( )
6. Kardiyovasküler Hastalıklar ( )
7. Osteoporoz ( )
8. Solunum Sistemi Hastalıkları ( )
9. Romatizma ( )
10. Sindirim Sistemi Hastalıkları ( )
11. Diğer ( Açıklayınız.....)( )

13. Yaşlılığınızı algılama durumunuzu belirtiniz.

1. Kendimi çok yaşlı hissediyorum
2. Kendimi yaşlı hissediyorum
3. Kendimi yaşlı hissetmiyorum
4. Kendimi hiç yaşlı hissetmiyorum

14. Hastalığınızı algılama durumunuzu belirtiniz.

1. Kendimi çok hasta hissediyorum
2. Kendimi hasta hissediyorum

3. Kendimi hasta hissetmiyorum
4. Kendimi hiç hasta hissetmiyorum

15. Hastalığınızın tedavisinde hangi yöntemler kullanıldı /kullanılıyor? ( birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Uygulanmıyor
2. Işın tedavisi  Işın tedavisi uygulanan bölge:  
Işın tedavisi ışın sayısı:
3. Cerrahi  Uygulanan cerrahi işlem:
4. Hormon tedavisi
5. İlaç tedavisi  Kür sayısı:
6. Diğer veya bilinmiyor

16. İlaç tedavisi / Işın tedavisi bağlı yaşadığınız sorunları ve deneyimleme sıklığınızı belirtiniz.

İlaç tedavisine/ Işın tedavisine bağlı sorunlar	Deneyimleme Sıklığı			
	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiç
Bulantı - Kusma				
İştahsızlık				
Ateş				
İshal- Kabızlık				
Stomatit-Mukozit				
Alopesia	Var		Yok	
Kilo kaybı				

17. Ne kadar süredir ağrı yakınmalarınız var?

.....



18. Bu ağrı ya da ağrıların sıklığı nasıldır?

1. Sürekli
2. Günde 1-2 kez
3. Günde birçok kez
4. Haftada 1-2
5. Haftada birden fazla
6. Ayda 1-2 kez
7. Ayda 3-4 kez
8. Diğer (.....)

19. Ağrınızın gün içinde sıklıkla ortaya çıkma zamanı?

1. Sabah
2. Öğle
3. Öğleden sonra
4. Akşam
5. Diğer (.....)

20. Sizce ağrı, yaşamanıza neden olan faktörler nelerdir?

.....

21. Ağrınızı gidermede ağrı kesici alıyor musunuz?

1. Evet (ağrı kesicinin ismi...../sıklığı .....) )
2. Hayır

22. Ağrıya yönelik tedavi alıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

23. Ağrı tedavisi ne sıklıkta uygulanıyor?

.....

24. Ne kadar süredir ağrı tedavisi görüyorsunuz?

.....

25. Ağrı tedavisinde neler uygulanıyor?

.....

26. Size yapılan ağrı tedavisinden ne kadar memnun oldunuz?

1. Çok
2. Biraz
3. Hiç

27. Ağrınız olduğunda neler yapmanız gerektiği konusunda bilgilendirildiniz mi?

1. Evet
2. Hayır

28. Bilgilendirildiniz ise, size bu bilgileri kim / kimler verdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. )

1. Doktor ( )
2. Hemşire ( )
3. Aile ( )
4. Arkadaşlar ( )
5. Kişisel Bilgiler ( )

29. Ağrınızı gidermek için sizin aldığımız önlemler nelerdir? ( Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz. )

1. Uyumak / Dinlenmek
2. TV izlemek
3. Kahve / Çay içmek
4. Bir şeyler yemek
5. Ağrı kesici almak
6. Dua / İbadet
7. Hipnoz/Meditasyon/Akupunktur
8. Yalnız kalmak
9. Duş almak
10. Doktora gelmek
11. Bitkiler

12. Müzik dinlemek
13. Masaj
14. Diğer ( Açıklayınız .....)

30. Bu önlemleri öğrendiğiniz kaynaklar nelerdir?

1. Okuyarak (kitap, mecmua vb.)
2. Tv / Gazete / Radyodan
3. Arkadaşlarından
4. Aile fertlerinden
5. Sağlık personelinden
6. Diğer ( Açıklayınız.....)

31. Ağrınızı gidermek için sizin aldığınız önlemler etkili oldu mu?

1. Evet
2. Hayır

32. Ağrınızı gidermede kim / kimlerden destek alıyorsunuz?

1. Eşim ( )
2. Çocuklarım ( )
3. Bakıcı ( )
4. Diğer aile fertleri ( )
5. Diğer ( Açıklayınız.....) ( )

33. Ağrınızı gidermede size nasıl destek oldular?

.....

34. Aldığınız destekler, ağrınızı gidermede ne kadar etkili oldu?

1. Çok
2. Biraz
3. Hiç

35. Yaşadığınız ağrı günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?

1. Evet
2. Hayır

36. Yanıtınız evet ise hangi aktiviteleriniz ne derece etkilenmektedir? Lütfen belirtiniz.

Aktiviteler	Etkilenme Derecesi		
	Az	Orta	Çok
Beslenme			
Banyo yapma			
El-yüz yıkama			
Boşaltım			
Hareket			
Giyinme			
Yemek yeme			
Yemek yapma			
Bahçe işleri /Ev işleri			
Ziyaret / Seyahat			

37. Genel olarak ağrı, sosyal faaliyetlere katılımınızı ne ölçüde etkiliyor?

1. Etkilemiyor ( )
2. Az etkiliyor ( )
3. Biraz etkiliyor ( )
4. Tamamıyla etkiliyor ( )

38. Ağrı, yaşamdan zevk almanızı ne ölçüde etkiliyor?

1. Etkilemiyor ( )
2. Az etkiliyor ( )
3. Biraz etkiliyor ( )
4. Tamamıyla etkiliyor ( )

39. Ağrı, uykularınızın düzenini ne ölçüde etkiliyor?

1. Etkilemiyor ( )
2. Az etkiliyor ( )
3. Biraz etkiliyor ( )
4. Tamamıyla etkiliyor ( )

40. Ağrı, beslenmenizi ne ölçüde etkiliyor?

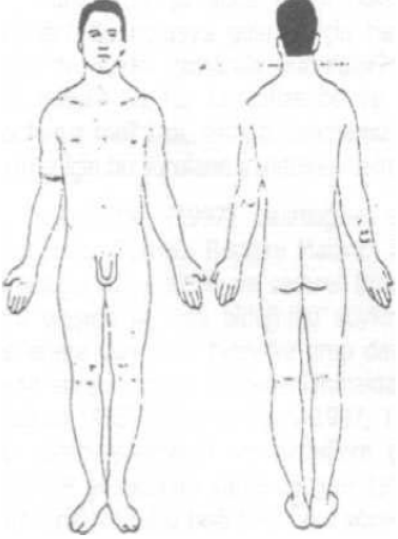
1. Etkilemiyor ( )
2. Az etkiliyor ( )
3. Biraz etkiliyor ( )
4. Tamamıyla etkiliyor ( )

41. Ağrınız diğer insanlarla ( eş, dost, çocuklar) ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?

1. Etkilemiyor ( )
2. Az etkiliyor ( )
3. Biraz etkiliyor ( )
4. Tamamıyla etkiliyor ( )

## EK-2: MC GİLL AĞRI SORUFORMU(MASF)

### MC GİLL AĞRI SORUFORMU(MASF)

<p><b>MCGILL-MELZACK</b> <b>AĞRI SORU FORMU</b></p> <p>Hastanın Adı:..... Yaşı:..... Dosya No:.....Tarih:..... Klinik Sorun : ..... Tanı : ..... Analjezik (Şayet verilmişse) 1.Tipi:..... 2.Dozu:.....</p> <p>Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın. 1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek) Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrının yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları izleyiniz.</p> <p><b>I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE?</b> Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise <b>D</b> harfi, yüzeyde ise <b>Y</b> harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise <b>DY</b> harflerini yazınız.</p> 	<p><b>II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ</b> Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır, Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz</p> <table><tr><td>1</td><td>6</td><td>11</td><td>17</td></tr><tr><td>Pır pır eden</td><td>Çekiştirici</td><td>Yorucu</td><td>Yayılan</td></tr><tr><td>Titreyen</td><td>Sürükleyici</td><td>Tüketici</td><td>Dağılan</td></tr><tr><td>Çarpan</td><td>Burkutucu</td><td>12</td><td>İçe işleyen</td></tr><tr><td>Zonklayan</td><td>7</td><td>Tiksindirici</td><td>Delen</td></tr><tr><td>Vuran</td><td>Sıcaklık veren</td><td>Boğucu</td><td>18</td></tr><tr><td>Döven</td><td>Yakıyor gibi</td><td>13</td><td>Sıkıntı verici</td></tr><tr><td>2</td><td>Haşlanıyor gibi</td><td>Korku veren</td><td>Uyuşuklaştıran</td></tr><tr><td>Sıçrayan</td><td>Dağlayıcı</td><td>Korkunç</td><td>Hissizleştirici</td></tr><tr><td>Yansıyan</td><td>8</td><td>Dehşetli</td><td>Sürükleyici</td></tr><tr><td>Fırlayan</td><td>Sızlıyor gibi</td><td>14</td><td>Sıkıştırıcı</td></tr><tr><td>3</td><td>Kaşıntılı</td><td>Cezalandırıcı</td><td>Yırtıcı</td></tr><tr><td>Diken diken</td><td>Acıtıcı</td><td>Bitap düşürücü</td><td>19</td></tr><tr><td>Oyuluyor gibi</td><td>İğne batar gibi</td><td>Dayanılmaz</td><td>Ürperten</td></tr><tr><td>Deliyorlar gibi</td><td>9</td><td>Şiddetli</td><td>Üşüten</td></tr><tr><td>Şiş saplanır gibi</td><td>Künt</td><td>Öldürücü</td><td>Donduran</td></tr><tr><td>Şimşek çakar gibi</td><td>Çıldıratan</td><td>15</td><td>20</td></tr><tr><td>4</td><td>Yaralayıcı</td><td>Biçare eden</td><td>Süreklili</td></tr><tr><td>Çok keskin</td><td>Sızlayan</td><td>Kör eden</td><td>Rahatsız eden</td></tr><tr><td>Kesiliyor gibi</td><td>Yoğun</td><td>16</td><td>Bulantı veren</td></tr><tr><td>Yırtılır gibi</td><td>10</td><td>Usandıran</td><td>İstirap veren</td></tr><tr><td>5</td><td>Hassas</td><td>Sıkıntılı</td><td>Berbat</td></tr><tr><td>Kemirici sancı</td><td>Gergin</td><td>Perişan eden</td><td>İşkence eder</td></tr><tr><td>Kasılır tarzda</td><td>Törpüleyen</td><td>Yoğun</td><td>tarzda</td></tr><tr><td>Eziliyor gibi</td><td>Keskin</td><td>Dayanılmaz</td><td></td></tr></table> <p><b>III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ</b> 1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız? 1 2 3 Devamlı Ritmik Genel Kararlı Periyodik Anlık Sabit Aralıklı Geçici</p> <p>2. Neler ağrınızı rahatlatıyor? .....</p> <p>3. Neler ağrınızı artırıyor? .....</p> <p><b>IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ</b> <b>V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimedede birleşirler. Bunlar</b> 1 2 3 4 5 Hafif Rahatsız edici Şiddetli Çok şiddetli Dayanılmaz</p> <p><b>Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız.</b></p> <p>1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar? .....</p> <p>2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar? .....</p> <p>3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar? .....</p> <p>4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrısını hangi kelime tanımlar? .....</p> <p>5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar? .....</p> <p>6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar? .....</p>	1	6	11	17	Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan	Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan	Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen	Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen	Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18	Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici	2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran	Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştirici	Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici	Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı	3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı	Diken diken	Acıtıcı	Bitap düşürücü	19	Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten	Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten	Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran	Şimşek çakar gibi	Çıldıratan	15	20	4	Yaralayıcı	Biçare eden	Süreklili	Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden	Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulantı veren	Yırtılır gibi	10	Usandıran	İstirap veren	5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat	Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder	Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda	Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz	
1	6	11	17																																																																																																		
Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan																																																																																																		
Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan																																																																																																		
Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen																																																																																																		
Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen																																																																																																		
Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18																																																																																																		
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici																																																																																																		
2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran																																																																																																		
Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştirici																																																																																																		
Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici																																																																																																		
Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı																																																																																																		
3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı																																																																																																		
Diken diken	Acıtıcı	Bitap düşürücü	19																																																																																																		
Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten																																																																																																		
Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten																																																																																																		
Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran																																																																																																		
Şimşek çakar gibi	Çıldıratan	15	20																																																																																																		
4	Yaralayıcı	Biçare eden	Süreklili																																																																																																		
Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden																																																																																																		
Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulantı veren																																																																																																		
Yırtılır gibi	10	Usandıran	İstirap veren																																																																																																		
5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat																																																																																																		
Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder																																																																																																		
Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda																																																																																																		
Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz																																																																																																			

### EK-3: DURUMLUK SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretleyin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. **Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.**

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretleyin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. **Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.**

	Nadiren	Bazen	Çoğu	Hemen hemen	Hemen hemen
	(1)	(2)	(3)	zaman	zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak istedim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
27. Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
28. Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
35. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
36. Genellikle kendimi hüznü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
37. Olur, olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan sorular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)



## EK -4. MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
03/11/2010	08	2010/76

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Komisyonumuz kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Komisyon Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan

İmza  
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ  
Başkan Yrd.

(Katılmadı)  
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Gönül ASLAN  
Üye

(Katılmadı)  
Prof. Dr. Gürbüz POLAT  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ  
Üye

Doç. Dr. İclal GÜRSES  
Üye


İmza  
Doç. Dr. İrfan AYAN  
Üye

(Katılmadı)  
Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Üye

(Katılmadı)  
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER  
Üye

İmza  
Av. Habibe ÖZER  
Üye

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Komisyon Başkanı  
ASLI GİBİDİR



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sabire YURTSEVER				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BAĞLI BULUNDUĞU BİRİM	Mersin Üniversitesi Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği				
	DESTEKLEYİCİ	<input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Diğer:				
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI MERKEZ	MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Dahiliye 1 Servisi MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ağrı Polikliniği MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi Mersin Devlet Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi Mersin Devlet Hastanesi Tıbbi ve Radyasyon Onkoloji Servisi				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası				
	ARAŞTIRMANIN STATÜSÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek lisans tezi <input type="checkbox"/> Doktora tezi <input type="checkbox"/> Uzmanlık tezi <input type="checkbox"/> Bireysel araştırma projesi <input type="checkbox"/> Diğer:				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Dili			
	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başvuru Formu	19/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	19/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Anket Formu	19/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Sorumlu/Yardımcı Araştırmacı/ Koordinatörlerin Öz Geçmişleri	19/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
Biyolojik Materyal Transfer Formu			<input type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Diğer:3 adet literatür	19/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih:				
	Mersin Üniversitesi Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan yukarıda belirtilen belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik yönden sakınca bulunmadığına ve kararın başvuru sahibi ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğüne iletmek üzere Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.*					
KOMİSYON İLE İLGİLİ BİLGİLER						
ÇALIŞMA ESASI	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik					
KOMİSYON BAŞKANI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN					
KOMİSYON ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Bağlı Bulunduğu Birim	Cinsiyet	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN	Kulak, Burun Boğaz Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gönül ASLAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gürbüz POLAT	Tıbbi Biyokimya	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İclal GÜRSES	Tıbbi Patoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI	Halk Sağlığı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Habibe ÖZER	Avukat	Mersin Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile ilişki; \*\* toplantıda bulunma.

## EK- 5. ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİNE YÖNELİK İZİN YAZILARI



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.11.10.09/ 49-2296  
Konu : Klinik Uygulama

Tarih: 19.08.2011

### SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 27.10.2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02-622.02/774-9051 sayılı yazınız.

İlgi yazıyla istenen, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Arş.Gör.Dr.Ezgi MUTLUAY'ın "Geriatrik Kauser Hastalarda Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu anket çalışması ile 01 Aralık 2010-31 Mayıs 2011 tarihleri arasında 6(altı) ay süreyle Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda ayaktan kemoterapi ünitesinde görevlendirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Ah ARICAN  
Tıbbi Onkoloji B.D. Başkanı

Prof.Dr.Kamuran KONCA  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkan V.

Prof.Dr.Ahmet İLVAŖ  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

Form No: İÇH-FR-01

Form Yay. Tarihi: 07.04.2004

Form Rev. Tarihi: 25.04.2006

Form Rev. No: 00

MERSİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GELEN EVRAK	
TARİHİ	15.08.2011
NOSU	8884



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Dahili Tıp Bilimleri Bölümü  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :B.30.2.MEÜ.0.20.11.08/172-2472  
Konu : Klinik Uygulama

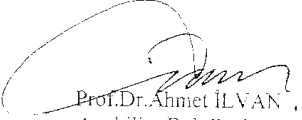
Tarih: 5/9/2011

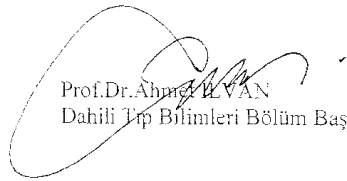
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 27.10.2010 tarih B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02.622.03/774-9051 sayılı yazınız.

İlgi yazıyla istenen, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Arş.Gör.Dr.Ezgi MUTLUAY'ın "Geriatrik Kanser Hastalarda Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu anket çalışması ile 01 Aralık 2010-31 Mayıs 2011 tarihleri arasında 6(altı) ay süreyle Dahiliye Servisinde ( Göğüs Hastalıkları) ayaktan görevlendirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

  
Prof.Dr.Ahmet İLVAN  
Anabilim Dalı Başkanı

  
Prof.Dr.Ahmet İLVAN  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

Form No: GÖG-FR-01

Form Yay. Tarihi: 29.06.2004

Form Rev. Tarihi: 02.05.2006

Form Rev. No: 01



T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4 İSM.4.33.00.09 /  
KONU : Klinik Uygulama.

39023

01 KAS 2010

VALİLİK MAKAMINA  
MERSİN

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı 20.10.2010 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-1254/14583 sayılı yazımız.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi araştırma görevlisi Ezgi MUTLUJAY'ın "Geriatrik Kanser Hastalarda Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını 01 Aralık 2010-31 Mayıs 2011 tarihleri arasında Mersin Devlet Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ,Onkoloji servisi ve Radyasyon Onkoloji servislerine başvuran 65 yaş üzeri kanser hastalarına yönelik iş akışını engellemeyecek şekilde, uygun görülen saatlerde yapılması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarımıza arz ederim.

Dr.Esma TERZİER  
İl Sağlık Müdürü V.

OLUR  
22/10/2010  
*Kadir Okatan*  
Kadir OKATAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1987 yılında Mersin’de doğmuştur. Lisans eğitimini 2009 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda tamamlamıştır. Aynı yıl Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başlamıştır. Halen Araştırma Görevlisi olarak görev yapan araştırmacı, 2012 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır.