

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

**KANSER AĞRISI DENEYİMLEYEN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE BAŞ ETME TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Derya SUBAŞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

MERSİN, 2010

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

**KANSER AĞRISI DENEYİMLEYEN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE BAŞ ETME TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Derya SUBAŞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

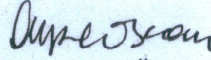
Tez No:

MERSİN, 2010

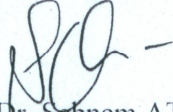
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/01/2010



Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

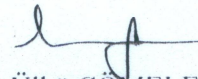


Doç. Dr. Şebnem ATICI
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01.../02./2010 tarih ve 2010/60 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübesini paylaşan **Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN**'a,

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini hiç eksik etmeyen, destekleyici ve yapıcı eleştirileriyle motivasyonumu arttıran danışmanım **Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ**'e,

Tez çalışmamın ortaya çıkmasında büyük emeği olan, yardıma ihtiyaç duyduğum zamanlarda elinden geleni yapan, yol gösteren istatistik danışmanım **Araş. Gör. Mehmet Ali SUNGUR**'a,

Mersin Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı polikliniğinde çalışmamı yürütmeme destek olan **Doç. Dr. Şebnem ATICI** başta olmak üzere ağrı polikliniğinde görevli tüm çalışanlara,

Arkadaşlığın beklentilerden uzak, samimiyet, sevgi ve güvene dayalı olduğunu tekrar hatırlatan ve arkadaşlığı en güzel şekilde yaşatan **Kerime SAYAR**'a

Yüksek lisans dönemine ayrı bir renk katan gerçek dost **Firuzan KAYA**'ya,

Her usanmada desteğiyle yola devam ettiren sevgili **Ebru RAVLI**'ya

Tezimin İngilizce çevirilerinde büyük bir sabırla yardım eden kardeşim **Şeyda SUBAŞI**'ya

Seçtiğim yollara ışık tutan sevgili anneme ve babama,

Teşekkür ederim.

Derya SUBAŞI

Mersin, 2010

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser Hakkında Genel Bilgiler	4
2.1.1. Kanserin Tanımı ve Etkileri	4
2.1.2. Kanserin Nedenleri	5
2.1.3. Kanser Tanısı ve Evrelendirme	7
2.1.4. Kanser Tedavi Yöntemleri	9
2.1.5. Kanserin Psikososyal Etkileri	9
2.2. Ağrı Hakkında Genel Bilgiler	11
2.2.1. Ağrı Kavramları ve Tanımı	11
2.2.2. Ağrı Algısı ve Etkileyen Faktörler	12
2.2.3. Ağrı Değerlendirmesi	14
2.2.3.1. Ağrı Değerlendirmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	14
2.2.3.2. Ağrının Değerlendirilmesinde Ölçek Kullanımı	15
2.2.3.2.1. Ağrı Değerlendirme Ölçekleri	15
2.2.4. Ağrının Sınıflandırılması	16
2.2.4.1. Nörofizyolojik özelliklerine göre ağrı sınıflaması	16
2.2.4.2. Süresine göre ağrı sınıflaması	16
2.3. Kanser Ağrısı	17
2.3.1. Kanser Ağrısı ve Nedenleri	17

2.3.2. Kanser Ağrı Tipleri	18
2.3.3. Kanser Ağrısının Patofizyolojik Kökeni	19
2.3.4. Kanser Ağrısının Tedavisi	19
2.3.5. Kanserde Ağrı Tedavisi Yöntemleri	20
2.3.6. Kanser Ağrısında Analjezik Kullanımı	20
2.3.7. Kanser Ağrısının Medikal Tedavisinde Kullanılan Analjezikler	21
2.3.7.1.Opioidler	21
2.3.7.2.Non-Opioidler	23
2.3.7.3.Adjuvan analjezikler	24
2.3.8. Kanser Ağrısı ve Hemşirelik	25
2.4. Yaşam Kalitesi	33
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	33
2.4.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	34
2.4.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	36
2.4.4. Yaşam Kalitesi ve Kanser Ağrısı	38
2.5. Baş Etme Tutumları	39
2.5.1. Baş Etme Kavramının Tanımı	39
2.5.2. Baş Etme Stratejileri	40
2.5.2.1.Sorun Odaklı Baş Etme	41
2.5.2.2.Duygu Odaklı Baş Etme	41
2.5.3. Baş etme tutumları ve kanser ağrısı	42
2.5.4. Yaşam kalitesi ile başa çıkma tutumlarının ilişkisi	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Araştırmanın Şekli	45
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemine Özellikleri	45
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	45
3.4. Verilerin Toplanması	45
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Klinik Görüşme Formu	46
3.4.2. Kısa Form 36 (SF-36) Sağlık Taraması	46
3.4.3. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)	48
3.4.4. Görsel Analog Skala (GAS)	49
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	49

3.6. Veri Toplama Formu ve Ölçeklerin Uygulanması	50
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	50
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	51
4. BULGULAR	52
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	52
4.2. Hastaların Ağrı ve Ağrı Tedavisi Özelliklerinin Dağılımı	52
4.3. Hastaların Hastalık ve Destek Alma Özelliklerinin Dağılımı	53
4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı ve Ölçeklerin Birbiriyle Korelasyonu	53
4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması	57
4.6. Hastaların Ağrı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması	60
4.7. Hastaların Tedavi Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması	64
4.8. Hastaların Hastalık ve Destek Alma Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması	66
4.9. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması	70
4.10. Hastaların Ağrı Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması	74
4.11. Hastaların Tedavi Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması	77
4.12. Hastaların Hastalık ve Destek Alma Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması	79
5. TARTIŞMA	83
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Ağrı, Hastalık ve Hastaların Destek Düzeyleri ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması	83
5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tartışılması	89
5.3. Hastaların Baş Etme Tutumları Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tartışılması	92
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	94

7. KAYNAKLAR	98
EKLER	108
EK.1. Veri Toplama Formu	108
EK.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	111
EK.3. Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	114
ETİK KURUL ONAYI	117
İZİN YAZILARI	119
ÖZGEÇMİŞ	120

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ağrı Öyküsü Alma	16
Şekil 2. Yaşam Kalitesi Kavramında Etkili Olan Faktörler	31

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Aralıkları, Ortalama ve Standart Sapmaları	51
Çizelge 2. Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri Puan Aralıkları, Ortalama ve Standart Sapmaları	52
Çizelge 3. Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişki	53
Çizelge 4. Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	55
Çizelge 5. Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	59
Çizelge 6. Hastaları GAS'dan Aldıkları Puanların Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri ile Korelasyonu	61
Çizelge 7. Hastaların Tedavi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	62
Çizelge 8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	64
Çizelge 9. Hastaların Destek Alma Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	66
Çizelge 10. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları	68
Çizelge 10. Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları	72
Çizelge 12. Hastaları GAS'dan Aldıkları Puanların Baş Etme Alt Ölçekleri ile Korelasyonu	74
Çizelge 13. Hastaların Tedavi Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları	75
Çizelge 14. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Baş Etme Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar	77
Çizelge 15. Hastaların Destek Alma Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları	79

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Ark	: Arkadaşları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAS	: Görsel Analog Skala
ISNCC	: Uluslar arası Kanser Bakım Hemşireleri Birliği (The International Society of Nurses in Cancer Care)
SİYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ÖZET

Kanser Ağrısı Deneyinleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi

Yapılan çalışma, 1 Temmuz - 1 Aralık 2009 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde kanser ağrısı nedeniyle tedavi gören hastaların yaşam kaliteleri ve baş etme tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde 1 Temmuz - 1 Aralık 2009 tarihleri arasında kanser ağrısı nedeniyle en az bir aydır tedavi gören, ruhsal açıdan sorunu olmayan, 18-65 yaş arası, en az okur-yazar olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, görme ve işitme engeli olmayan, işbirliğine açık 140 hasta oluşturmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak geliştirilen Sosyodemografik bilgi ve klinik görüşme formu, Kısa Form 36 (SF-36) Sağlık Taraması, COPE Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Görsel Analog Skala (GAS) ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences v.11.5 (SPSS) paket programlarında Independent Samples t test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hastaların ortalama yaşı 55.32±10.39 olarak bulunmuştur. Hastaların % 42.9'u kadın, % 57.1'i erkektir. Hastaların % 61.4'ü evlidir. %55.7'sinin 3 ve üzerinde çocuğu vardır. % 47.1'inin okur-yazardır. %84.3'ü il merkezinde yaşamaktadır. % 90.0'ı ailesiyle yaşamaktadır. %67.1'inin gelir getiren bir işi bulunmamaktadır. % 82.1'i ekonomik düzeyini "orta" olarak belirtmiştir. Hastaların %37.9'unun sosyal güvencesinin yeşil kart olduğu bulunmuştur. %41.4'ünün 6-10 ay arası ağrı deneyimlediği görülmüştür. %23.6'sı sırt, bel ve sakrum bölgesinde ağrı yaşadığını belirtmiştir. % 60.0'ının 1-4 ay arası ağrı tedavisi gördüğü belirlenmiştir. %82.9'u oral tedavi gördüğü ve hastaların % 80'inin opioid ajanlarla tedavi edildiği belirlenmiştir. GAS puanları minimum 2 maksimum 10'dur. Ortalama 6.82±1.76 olarak bulunmuştur. %17.9'unun akciğer kanseri olduğu belirlenmiştir. %42.1'inin kanser evresi "III" olarak tespit edilmiştir. %80.7'si kanser tedavisi görmüştür. %96.5'inin ağrı tedavisinden önce kansere ilişkin tedavi gördüğü ve %66.4'ünün kemoterapi aldığı belirlenmiştir. %60.7'si kanser olduğunu bilmemektedir. Yaşam kalitesinin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yalnız yaşama, gelir getiren işe sahip olma, ağrı süresi, tedavi süresi, kanser evresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Baş etme tutumlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan bölge, ekonomik düzey, ağrı süresi, ağrı bölgesi, tedavi süresi ve kanser evresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile baş etme tutumları arasında en güçlü ilişki enerji yorgunluk puanı ve sorun odaklı baş etme arasında bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Ağrı, Baş Etme Tutumları, Kanser Ağrısı, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Evaluation of Quality of Life and Coping Strategies of the Patients Experiencing Cancer Pain.

This research was conducted descriptively and cross-sectional, between the dates of July 1 and December 1 2009, in order to evaluate the quality of life and coping strategies of patients who are treated for cancer pain in Health Application & Research Center Pain Polyclinic, Mersin University Faculty of Medicine. The universe of the research consists of 140 patients who have been treated for cancer pain in Mersin University Faculty of Medicine Health Application & Research Center Pain Polyclinic at least since a month. These patients are voluntary to take part in this research and have no psychological problem. They are at least literate and have no visual or audio impairment. They are open to cooperation and their age range is between 18 and 65.

The data is collected through the Sociodemographic Information and Clinic Interview form developed by the researcher in a consistent way with literature, Short Form 36 (SF-36), COPE inventory and Visual Analogue Scale (VAS). The gathered data is evaluated at Statistical Package for the Social Sciences v.11.5 (SPSS) and Minitab v.13.0 software by using Independent Samples t-Test and One Way Analysis of Variance (One Way ANOVA).

The average age of the patients is 55.32 ± 10.39 . % 42.9 of the patients is female and %57.1 is male. % 61.4 is married. % 55.7 has 3 or more children. %47.1 of them is literate without formal education. The % 84.3 of the patients live in city center and % 90 of them live with their families. % 67.1 has no personal income. % 82.1 describes his/her economic status as moderate. % 37.9 holds green card as social security. % 41.4 has experienced pain for 6-10 months. % 23.6 indicates that they have experienced pain at the back, lower back and sacrum areas. % 60.0 of the patients had pain treatment for 1-4 months. %82.9 of the patients had oral treatment and % 80 of them was treated with an opioid agent. Their VAS points are ranging between 2 and 10 with a mean of 6.82 ± 1.76 . % 17.9 are diagnosed with lung cancer. % 42.1 are in phase III. % 80.7 has ever had cancer treatment. % 96.5 had cancer-related treatment before receiving pain therapy and % 66.4 had chemotherapy. % 60.7 of them does not know they have cancer. It is found that quality of life is related to age, marital status, the number of children, educational status, living alone, employment, pain span, period of treatment and cancer phase. Coping strategies are related to age, sex, marital status, life zone, economic status, pain span, pain spot, period of treatment and cancer phase. The strongest indicator concerning the relation between quality of life and coping strategies is the high correlation between energy/ tiredness score and problem-focused coping score.

Key words: pain, cancer pain, quality of life, coping strategie

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahminlerine göre 2021 yılında dünyada 15 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir. Yeni tedaviler yaşam süresini uzattığı için kanser hastaları, hastalık ve tedavisinden kaynaklanan ağrı ile daha uzun süre yaşayacaklardır. Kanserde ağrı önemli bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır çünkü metastazı olan hastaların %50'sinden fazlasında ve ileri evredeki hastaların %90'ından fazlasında ağrı olduğu tahmin edilmektedir. Kanser ağrısının %70'inden fazlası tümör ve vücutta oluşan tümöre bağlı yapısal değişiklikler nedeniyle görülmektedir (1). Ağrı ile birlikte yaşam kalitesi bozulmakta ve kanser tedavisinde son yıllarda görülen umut verici gelişmelere rağmen genelde iyileşme %25'in üzerine çıkamamaktadır. Her yıl dünya genelinde 4-5 milyon hastanın kanserden öldüğü varsayılırsa bu hastaların yaşamlarının son dönemlerini ağrılar ve acılar içerisinde geçirmeleri hem bir tıp sorunu hem de bir sosyal sorun olarak kabul edilmektedir (2).

Kanser hastasında ağrının kontrolsüz kalması, kanserin getirdiği genel hastalık haline ilaveten, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmesine, sosyal iletişiminin ve yaşam kalitesinin bozularak bir kısır döngüye girmesine sebep olmaktadır. Bu negatif etkilenme sadece hasta ile sınırlı kalmamakta, hastanın yakın çevresini de kapsamaktadır (3,4,5). Dünya Sağlık Örgütü kanser ağrısını en önemli evrensel bir problem olarak tanımlamıştır. Ağrı kontrolü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini (SİYK) belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir. Ağrı, anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir; fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve ailesel, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Böylesi geniş etkileri nedeniyle ağrının, hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle etkilediği ve azalttığı görülmektedir. Orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmektedir (6).

Kanser, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir fenomendir (7). Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Birey gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye zorlandığı bir dönem yaşar. Baş etme, gerçeğin kabulü ve olası en az acı ile kaliteli yaşamı sürdürebilmeye yönelik psikolojik ve davranışsal çabalardır. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde baş etmenin önemli bir güç olduğunu belirtmektedir (8).

Baş etme, bilişsel ve davranışsal olarak ağrının üstesinden gelmek ile ilişkilidir ve etkin (ağrıyı geçirmek için çabalamak gibi) ve edilgin (ağrı hakkında katastrofiye düşünceler gibi) tarzları yansıtmaktadır (9). Edilgin baş etme tutumlarının kronik ve şiddetli ağrı, depresyon ve işlevsel bozukluklarla ilişkili olduğu saptanmıştır (10,11).

Stres verici olayların olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir davranıştır. “Baş etme”, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (9). İnsanların farkında olmadan diğer sağlık sorunları gibi ağrıya karşı da çeşitli baş etme tutumu sergilediği bilinmektedir. Sorununu yadsımak, unutmaya çalışmak, şakaya vurmak gibi pasif baş etme tutumlarına karşı sorunun üzerine gitmek, çözüm yolu aramak gibi aktif baş etme tutumları da kişiler tarafından kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda ağrının prognozunu olumsuz olarak etkileyen psikososyal faktörlerin önemli bir kısmının pasif başa çıkma tutumları olarak tanımlanan bilişsel faktörler olduğu saptanmıştır (10).

Tüm bu psikososyal faktörlerin ağrıyla olduğu kadar, kendi aralarında olan etkileşimin sorgulanması ise konunun bir başka önemli noktasını oluşturmaktadır. Kişi, pasif baş etme tutumları kullandığı için depresif belirtiler sergilemekte ve bu yüzden de yaşam kalitesi kötü olabilmektedir. Hastayı hekime yönelten ağrı yakınmasının, öykünün neresinde, neden başladığı ve nelerden etkilenerek nasıl bir seyir gösterdiğini ortaya çıkarmak, kuşkusuz en başta geniş bir bakış açısı gerektirmektedir (10).

Bütün kanser türlerinde olmamakla beraber, yıllar boyunca birçok kimse tarafından kanser ve ağrı otomatik olarak hep birlikte düşünülmüştür (11). Kanser

bakımı multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir ve hemşire kanser bakımının önemli ve bütünlüycü bir elemanıdır. Hemşireler, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tanı, tedavi, rehabilitasyon aşamalarında çok yönlü bir bakım sağlamaktadırlar (12).

Ağrının erken dönemde tanınıp tedavi edilmesi, hastanın baş etme tutumlarının tanınarak uygun baş etme yöntemlerini kullanmasının sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve ağrının dayanılabilir sınırlar içinde tutulması uygun hemşirelik girişimleriyle sağlanarak kişinin daha erken dönemde günlük yaşam aktivitelerine dönmesini sağlar. Bu sayede yetersizlik duygusunun azalmasını, bağımlı yaşamaktan kurtulmasını ve sürenin uzamasına bağlı gelişebilecek depresif semptomların azalmasını sağlar. Hemşirelerin hastaların ağrılarını ve ağrının hastanın yaşamı üzerindeki etkilerini tanıyabilmesi oldukça önemlidir (12).

1.2. Amaç

- ✓ Kanser ağrısı deneyimleyen hastalar hangi baş etme yöntemlerini kullanıyorlar?
- ✓ Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumları arasında nasıl bir ilişki vardır?

Sorularına yanıt bulmak amacıyla Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde kanser ağrısı nedeniyle tedavi gören hastaların üzerinde bu araştırma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1. Kanserin Tanımı ve Etkileri

Vücudu oluşturan hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Organ ve dokular oluşurken hücreler belirli bir düzen içinde, belirli iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan bu hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar. Diğer yandan yaşlanan hücreler de belirli bir hızda yıkılmaktadır. Bu süreçteki düzensizlikler sınırsız hücre büyümesine neden olabilmekte ve böylece, organizmadaki bu kontrolsüz hücre çoğalması sonucu fizyolojik bozukluklar olarak tanımlanan tümörler oluşmaktadır (13,14,15,16).

19. yüzyıl'da "beyaz ölüm" diye nitelendirilen verem, Ortaçağ'da "kara ölüm" diye nitelendirilen veba, ondan önce de cüzzam gibi, günümüzün toplumunda da kanser, insanların çoğunluğu tarafından en çok korkulan hastalıkların başındadır. Teşhis ve tedavi yollarının araştırılması, "kanserbilim" (onkoloji) diye adlandırılan tıp dalının alanıdır (13,15).

1980 yıllarının ortalarında dünyada her yıl yaklaşık 6 milyon yeni kişinin çeşitli kanserlere yakalandığı ve 4 milyondan çok kişinin kanserden öldüğü bildirilmiştir. Söz konusu verilerle, en yaygın öldürücü kanser biçimi mide kanseriyken, günümüzde gelişmekte olan ülkelerde sigara içmenin yaygınlaşması dolayısıyla, akciğer kanseri hızla tırmanmış ve en çok ölüme yol açan kanser haline gelmiştir. Özellikle Çin'de ve Japonya'da hızla artış gösteren üçüncü en büyük öldürücü kanser türü, meme kanseridir. Listede dördüncü sırada yer alan kanser ise, daha çok yaşlılarda görülen kalınbağırsak kanseridir (15,17).

Bir tümör ya da neoplazma tek tek hücrelerin büyümesini ve metabolizmasını yöneten biyolojik mekanizmalara ve canlı organizmanın bütününe kapsayan hücre etkileşimlerine tam olarak uymadığı için, nispeten özerk diye tanımlanır. Tümörler yalnız çok hücreli organizmalarda görülürler bakteriler gibi tek hücreli organizmalarda görülmezler. Tümörler iki çeşittir (15-18).

Benign Tümörler: Bunlar tehlike oluşturmeyan hücrelerdir. Genellikle dokularda büyüme şeklinde görülürler. Ancak bazen aşırı şekilde büyüdüğünde diğer organları sıkıştırabilir ve alınması gerekebilir (17).

Malign Tümörler: Diğer ismi ile kanserdir. Hücreler vücuda yabancılaştığından hücre yapıları değişir, başkalaşır ve çok hızlı bölünerek (yani çoğalarak) çevresindeki hücre ve dokuları tahrip eder. Kanserli hücreler kan veya lenf yolları ile başka bölgelere gider ve oralarda yavru hücreler (metastaz) oluştururlar (18).

Kanserin 200'den fazla çeşidi olmasına rağmen bunları dört grup altında toplamak mümkündür: Karsinom (carcinoma): Epitelyal hücrelerin ve vücut organlarındaki birçok hücrenin malign bir biçimde çoğalmasıdır. Bu tür kanserlere örnek olarak sindirim yolları ve üreme organları kanserleri sayılabilir. Kanserlerin yaklaşık %85'i karsinoma tipi kanserlerdir (17,18). Sarkom (sarcom): Bunlar yabancılaşan ara doku hücrelerinden fibrosarkom, kemik hücrelerinden osteosarkom, kas hücrelerinden miyosarkom ve yağ hücrelerinden liposarkomları oluştururlar (17,18). Lenfoma: Limbik sistem kanserleridir (17,18). Lösemi: Kan yapıcı organların kanseridir. Örnek olarak akyuvarların aşırı çoğalmasına neden olan kemik ve ilik kanserleri verilebilir (17,18).

2.1.2.Kanserin Nedenleri

Kanserin sebebi ve oluş mekanizması tam bilinmemekle birlikte yoğun olarak yürütülen çalışmalarla son yıllarda bazı bilgiler elde edilmiştir. Kanser bulaşıcı bir hastalık değildir. İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmekte ve çoğu kanserin çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Ancak genetik faktörlerin de kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir. Genel olarak genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel karsinojenlerin (kansere yapıcı etken) rolü olduğu ileri sürülmektedir. Başlıca faktörler şunlardır (19,20):

İyonize radyasyon: Basta lösemiler ve epitelyal kanserler olmak üzere iyonize radyasyonun çeşitli kanserlere yol açtığı Japonya'ya atılan atom bombasına maruz kalanlarda, ankilozan spondilit hastalığı nedeni ile radyasyon verilenlerde ve diğer çeşitli nedenlerle radyasyon alanlarında gösterilmiştir. Burada radyasyonun dozu önemlidir. Lösemiler en sık, atom bombasının atılmasından 6-8 yıl sonra ortaya çıkmıştır (20,21).

Ultraviyole ışınları: Açık havada çalışanlar, deri rengi açık insanlar ve kontrolsüz şekilde güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri daha sık görülmektedir (20,21).

Hava kirliliği: Hava kirliliğinin tek başına veya sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin yaklaşık %10'unda rol oynadığı bilinmektedir (20,21).

Kimyasal karsinogenler: Çeşitli mesleklerde çalışan insanların katran ve kömürün yanma ürünleri, benzen, naftilaminler, asbest, vinil klorür, krom vb. maddelerle temaslarının kanser oluşumuna yol açtığı bilinmektedir. Mesleki nedenlere bağlı kanserlerin tüm kanserlerin %4 kadarını oluşturduğu sanılmaktadır. Ayrıca kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, organ nakillerinden sonra kullanılan bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların da kanser oluşturucu etkileri vardır (20,21).

Beslenme faktörleri: Sindirim sistemi kanserleri belirli beslenme alışkanlıkları ile ilişkilidir. Bu nedenle düşük yağ ve yüksek lif içeren beslenme programları tavsiye edilmektedir. Ayrıca kanserojen olduğu bilinen katkı maddelerinden de kaçınılmalıdır (20,21).

Sigara: Sigara ile akciğer kanserinin ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, sigara ayrıca larenks, ağız boşluğu, yutak, mesane ve pankreas kanserleri riskini de arttırmaktadır (20,21).

Alkol: Çok miktarda ve uzun süreli alkol alımı ağız, yutak, gırtlak ve yemek borusu kanserleri riskini arttırmaktadır. Çok alkol içenlerin genellikle aynı zamanda sigara da içiyor olması bu kişilerde kanser tehlikesini kat kat arttırmaktadır (20,21).

Virüsler: Bilinen en küçük mikroorganizmalar olan virüsler insanlarda çeşitli bulaşıcı hastalıklara yol açarlar. Bazı virüslerin deney hayvanlarında kansere yol açtığı gösterilmiştir. İnsanlarda da bazı virüslerin kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir. Örnek olarak Hepatit-B virüsünün karaciğer kanseri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (20,21).

Genetik faktörler: Kanser tek başına genetik bir hastalık değildir. Ancak çocuklarda görülen bir göz kanseri olan retinoblastom gibi kanser türlerinde ailevi geçiş görülmektedir. Kalın bağırsakta poliplerle giden ailevi hastalık buna örnek olarak verilebilir. Bazı ailelerde ise, hiçbir ailevi geçiş olmadığı halde bazı kanserler daha sık görülmektedir (20,21).

2.1.3. Kanser Tanısı ve Evrelendirme

Kanserin belirtisi çok çeşitlidir. Öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklik gösterirler. Kanserin belirtilerinin çeşitliliğine rağmen genel belirtiler şu şekilde sıralanabilir (22-24):

- ✓ Vücudun herhangi bir yerinde şişlik
- ✓ İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yaralar
- ✓ Ben ve siğillerdeki değişiklik
- ✓ Olağan dışı kanama
- ✓ Yutma güçlüğü
- ✓ Sürekli öksürük ve ses kısıklığı
- ✓ İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik

Tıp alanında meydana gelen önemli ilerlemelere rağmen kanser önemini halen korumaktadır. Kansere karşı verilen bu zorlu mücadelede erken tanı büyük önem taşımaktadır. İnsanlarda herhangi bir belirti oluşmadan kanserin araştırılmasına tarama denilmektedir. Erken teşhis imkanı sağladıkları için tarama yöntemleri kansere karşı mücadelede en önemli kozdur (22,23).

Kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme, akciğer, kolorektal, jinekolojik kanserler ve deri kanserleridir. Erkeklerde ise en sık görülen kanser türleri prostat, akciğer, kolorektal, mesane ve deri kanserleridir (22,23).

Evrelendirme:

Kanserde evreleme, hastalığın boyutları ve beklendiği seyri konusunda bilgi verir. Bu bilgi tedavinin planlanması, prognozun belirlenmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve kanser araştırmalarına katkıda bulunması yönünden önemlidir (23).

Evre I: Bu evrede, kanser hücreleri normal hücrelerden ayırt edilebilirler. Kanser hücreleri halen bölgeseldir (genellikle yerinde kanser olarak adlandırılır) ve tümörün cerrahi olarak alınması ile tam bir tedavi mümkün olabilir (23).

Evre II: Bu evrede, tümör büyüklüğü artar. Kanser hücreleri yakın çevresindeki lenf düğümlerine ulaşabilir ve dokulara yayılma eğilimindedir (23).

Evre III: Evre ile birlikte tümör çevre dokulara ilerler (23).

Evre IV: Bu evrede tümör vücudun diğer bölgelerine yayılır (23).

Evre I ve II olarak değerlendirilen kanser tedavilerinde maling hücrelerden kurtulma oranı daha yüksektir (23).

Tanı ve evrelendirmenin doğrulanması, sağlık öyküsü, fizik muayene, radyoloji, hematoloji, sitoloji, histoloji ve diğer bazı özel testlerden elde edilen bilgilerin sentezidir (23,24).

2.1.4. Kanser Tedavi Yöntemleri

Kanser halk arasında tedavisi olmayan amansız bir hastalık olarak bilinmektedir. Hastalığın çaresi olmayan bir hastalık olarak görülmesi tanıda gecikmelere yol açmakta, bu da tedaviyi güçleştirmektedir. Ayrıca insanlar kanserin çaresiz bir hastalık olduğunu düşünerek bilimsel olmayan, gerçek tıbbi tedavinin gecikmesine yol açan ve oyalayan, hatta bos yere para harcanmasına yol açan yöntemleri tedavi olarak kullanma eğiliminde bile olabilirler. Oysa kanser tedavisi mümkün bir hastalıklar grubudur. Elbetteki kanserin bazı türlerinde tedavi güçtür, ancak birçok kanser türünde tedavi mümkündür. Kanser tedavisinde başarı kanserin cinsi, yaygınlığı ve tedavinin düzenliliğine bağlıdır. Düzenli olmayan bir tedavi en iyi kanser türlerinde bile başarısızlıkla sonuçlanır (25-29).

Kanser tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve diğer tedavi yöntemleridir. Birçok durumda hastalığın cinsi ve yaygınlığına göre bu yöntemler birlikte kullanılırlar (26-29).

Cerrahi Tedavi: Tıbbi yönden ele alındığında cerrahi yöntemler kanserli hücre topluluğunu ortadan kaldırmak için en sık olarak tercih edilen yöntemdir. Kanser yayılmamış ise cerrahi yöntemler tek başına tamamiyle etkili olabilmektedir. Eğer kanser yayılmışsa cerrahi yöntemler, büyük kanser hücresi kümelerinin ortadan kaldırılmasına yardımcı olmaktadır. Kalan hücrelerin ortadan kaldırılması için de ısın tedavisi ya da ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Bazen cerrahi yöntemlerle kanseri yakın olduğu bölgedeki büyük bir dokusal alan da alınmaktadır. Bunun nedeni, kanserin bu dokulara da yayılmış olma olasılığının bulunmasıdır (26-29).

Radyoterapi (Işın Tedavisi): Yüksek dozda verildiğinde kanserli vücut hücrelerini ya yok ederek ya da üreyemeyecek hale getirerek ortadan kaldırmaktadır. Kanser tedavisinde radyasyon iki biçimde kullanılmaktadır (26-29):

1. Dış Işın Terapisi (External beam therapy): Yoğun radyasyon ışınını birkaç saniye ya da dakika malign hücre üzerine yöneltmektir. Bu yöntem en sık kullanılan ve en bilinen yöntemdir. Dış ışın terapisi genellikle haftada birçok kez verilir ve haftalarca devam eder (26-29).

2. İç Radyasyon Tedavisi (Internal radiation therapy): Bu yöntem radyoaktif bir maddenin içine vücut içinde tümörün yakınına/içine ameliyat ya da enjeksiyon yoluyla yerleştirilmesidir. Isın tedavisi acı vermemesine rağmen, yan etkileri verilen doza ve bölgeye göre sorun yaratmaktadır. Işın terapisinin hem sağlıklı hem de malign hücreleri etkilemesi nedeniyle etkilenen alanda hassasiyet, yanma, saç dökülmesi meydana gelebilir. Özellikle radyasyona maruz kalan alan büyükse ve alt bölgede (abdomen) ise mide bulantısı, kusma, iştah kaybı, kısırlık ve kemik iliği işlevlerinde azalma meydana gelebilmektedir (26-29).

Kemoterapi (İlaç tedavisi): Hastaya enjeksiyon ya da ağız yoluyla güçlü ilaçlar verilir. Bu ilaçlar çok hızlı üreyen hücreleri öldürmek için vücudu dolaşır. Ulaşılmak istenen hedef büyük bir kısmı çok hızlı üreyen kanser hücreleridir. Bazı hücreler ilaçlara diğerlerinden daha çabuk yanıt vermektedirler. Testis hücreleri ve bazı lösemi çeşitleri ilaca çabuk yanıt veren hücrelerdendir, ancak beyin ve pankreas hücreleri böyle değildir. İlaç tedavisinin önemli bir sorunu kemik iliği, ağız, saç folikülleri vb. gibi hızla üreyen bazı normal hücreleri de yok etmesidir. İlaç tedavisi programı oldukça uzun zaman almaktadır ve enfeksiyona yatkınlık, ağızda yara, saç dökülmesi, bulantı, kusma ve iç organ hasarları gibi birçok olumsuz yan etkilere sahiptir (26-29).

Diğer tedavi yöntemleri: İmmünoterapi, Hormon tedavisi, Lazer tedavisi (26-29).

2.1.5. Kanserın Psikososyal Etkileri

Kanser hastaları, tanı, tedavi ve rehabilitasyon dönemlerinde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve uyuma döndürür. Bozukluk veya uyumsuzluk söz konusu ise genellikle psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerekir (30).

Tanı öncesinde kanser şüphesi ilk konuşulduğunda hastada korku, endişe, hayal kırıklığı, bağımlı olma, bir işe yaramama, izolasyon ve ölüm düşünceleri yoğunlaşır. Bu evrede aynı zamanda tanı ile ilgili gerekli tetkikler başlar (30,31).

Tanı döneminde insanlar, kanser tanısı aldıklarında birçok tepkiler gösterebilir. Blound, ölümcül hastalıklı bireylerin tanılarına karşı geliştirdiği tepkilerin aşamalarını tanımlamıştır. İlk aşamada en yaygın tepki, şok ve inanmamadır. “Bu gerçek olamaz!”,”Bir hata olmalı!”, “Sonuçların karıştığına eminim”, “Bu benim başıma gelmiş olamaz!” şeklindeki inanmama, kişiye zaman kazandıran bir koruyucu olabilir. Bu dönemde gerçeğin kabul edilmemesi, katlanılması çok güç olan bu gerçeğin oluşturduğu kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Kişiye göre bu süreç, birkaç saatten birkaç haftaya kadar uzayabilir. Hasta gerçeği reddederek, olmamış gibi düşünerek, kendini dayanılmaz kaygıdan korur. Bu nedenle çoğu hastanın önceden psikolojik açıdan hazırlanması, çevre duygusal ve sosyal destek öğelerinin sağlanarak kişiye tanısının yavaş yavaş söylenmesi daha doğru olabilir. İkinci aşamada hastada tepki fazladır. Kişi kanser gerçeği ile doğrudan yüzleşmeye başlar ve ona emosyonel tepki gösterir. Bu dönemde temel tepki kaygıdır. Yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri, bedene yabancılaşma duyguları bu kaygının temel öğeleridir. Bu dönemde sıklıkla huzursuzluk ve korku baş gösterir. “Ne yapabilirim?”, “Çıkış yolu bulamıyorum!” düşünceleri yoğundur. Uyku düzensizlikleri ortaya çıkabilir ve günlük aktivitelere yoğunlaşmak neredeyse imkânsızdır. Ağrılar içinde ölmek, vücut şeklini değiştirecek bir ameliyatın gerekmesi, başkalarına bağımlı olmak, aile ve arkadaşlarının desteğini kaybetmek gibi korkular hâkimdir. Bu dönem genellikle bir ya da iki hafta sürer ve tedavinin başlamasıyla ve hastanın umudunu kazanmasıyla sonlanır. Üçüncü aşama, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği, genellikle tedavinin başlamasıyla gelen bir şeyler yapabiliyor olmanın sağladığı rahatlama ve uyum dönemidir. Hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Bu aşama ile birlikte kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, var oluşunu yeniden yorumlamaya başlar. İnsanlar tedavinin başlamasıyla çok daha iyimser olurlar ve aktif olarak kanserle savaşmaya başlarlar (30-33).

Tedavi aşamasında tedavi evresi ile birlikte bir yığın ileri tetkik ve tedavi yöntemleri gündeme gelir. Hasta bu dönemde tedavi yöntemleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi) ve bunların yaratabileceği yan etkiler konusunda kaygı duyar. Cerrahi girişimler hastalarda özürülük duygusu yaratır. Hasta kaybolan bir meme, uterus ya da bir bacağıın yasını tutar. Ancak hastalıklarının yaşamı tehdit edici boyutu ön planda olduğu için vücut görünümüne

ait endişeler ikinci planda kalır. Sağlıklı çalışma koşullarındaki aktivitelerini, işlerini, sosyal çevrelerini, cinselliklerini ve hareket edebilirliklerini kaybedebilirler. Bu durum postoperatif dönemde depresyona yol açabilir. Kanser tanısı almak gelecekle ilgili belirsizlikleri getirir, kemoterapi ise yan etkileri nedeniyle yeni korkular ekler. Kemoterapiye bağlı bulantı, kusma, saç kaybı, kilo kaybı, iştahsızlık gibi fiziksel yan etkiler, kemik iliği supresyonu ve enfeksiyon riskinden dolayı olan zorunlu izolasyon durumları, psikolojik durumunu daha da kötüleştirir (32,33).

Tedavi sonrası evrede hastalarda, hastalığın yineleme korkusu ve uyum problemleri ön plandadır. Birçok hasta özellikle yakın takip altında değilse ya da tümör tedavi ile tam olarak yok edilemediyse, hastalığın tekrarlayacağından korkar. Bu korkuyla hasta vücudundaki her semptomu hastalığına yorarak bedenini dinlemeye baslar. Remisyondaki hastalar her kontrol ve tetkik döneminde hastalığa ait bir bulgu saptanacağı korkusuyla yoğun beklentisel kaygı yaşarlar (31-33).

Hastalıkta yeni bir nüksün saptandığı durumda, hastada kanser tanısı aldığı dönemdeki kadar ya da daha fazla sok, duruma inanmama gibi reaksiyonlar, büyük hayal kırıklılığı ve en sıklıkla uykusuzluk, anoreksi, huzursuzluk ve umutsuzlukla birlikte şiddetli depresyon gözlenir. İlerleyen hastalık döneminde hastalar ısrarla hastalıktan kurtulmanın yollarını ararlar. Bilgi edinmek ve yeni tedavi yolları için yeni doktorlar ve alternatif tedaviler gündeme gelir (32,33).

Terminal dönemde hasta geri dönüşümsüz bir hastalığının olduğunu bilir. Hasta terk edilmekten, itibarını yitirmekten ve ağrı çekmekten korkar. Daha bitirilmemiş işler, geride bırakılan çocuklar vardır. Bu dönemde depresyon ve deliryum, anormal yanıt olarak karşımıza çıkabilir (33).

2.2. Ağrı Hakkında Genel Bilgiler

2.2.1. Ağrı Kavramı ve Tanımı

Ağrı latince "poena" (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelen, tanımı oldukça güç bir kavramdır. Ağrı bedenin bir bölgesinden köken olan hoş olmayan ve kişiyi kaçış veya panik davranışına yönelten bir algılama şeklidir. Ağrı her zaman subjektiftir. Biyologlar ağrının doku harabiyeti ile ortaya çıktığını vurgularlar. Ancak birçok insan

doku harabiyeti ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı duyduğunu belirtir. Bu duyguyu doku harabiyeti ile ilgili olandan ayırt etmeye olanak yoktur. Eğer hastalar bu duyguyu ağrı olarak tanımlıyorlarsa, bunu ağrı olarak kabul etmek doğru olacaktır. Ağrının tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilâtı tarafından 1979 yılında şu şekilde yapılmıştır: "Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan bir duyudur". Ağrının, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklinde de tanımlanabileceği bildirilmiştir (34,35).

Ağrı, insanın en önemli duyumlarından birisi olup günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birini oluşturur. Ağrı fiziksel, davranışsal, emosyonel ve kognitif boyutları olan kompleks bir etkileşim olarak kabul edilmektedir (35).

Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir ve her kişi için öznedir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnik, kültürel, dinsel, bilişsel ve çevresel boyutları olan karmaşık bir duyumdur. Çocukluk çağından itibaren yaşanan deneyimler ile öğrenilir. Kişilik özellikleri, duygu durumu, etnik alt yapısı, geçmiş deneyimleri, ağrı ile bas edebilme becerisinin yanı sıra ailenin tutumu gibi faktörler ile de ağrıya karşı oluşan tepkiler belirlenebilir (35,36).

Erdine'nin (37,38) aktardığına göre Merskey, ağrıyı; gerçekte mevcut olan veya potansiyel doku hasarı ile birlikte bulunan, hoş olmayan duysal ve emosyonel tecrübe olarak tanımlamıştır. Ertekin (39) ise ağrıyı, bedenın bir köşesinden köken alan, hoş olmayan, kişiyi panik ve kaçış davranışına yönelten algılamadır diye tariflemiştir.

2.2.2. Ağrı Algısı ve Etkileyen Faktörler

Ağrı, doku zedelenmesine bağlı olarak ortaya çıkan, sıkıntı verici, hoş gitmeyen, duysal ve emosyonel bir yaşantıdır. Çoğunlukla bir semptom olarak ortaya çıkmasına rağmen, fantom ağrı ya da refleks sempatik distrofi durumlarında olduğu gibi, hastalığın kendisini de oluşturabilir (40).

Ağrının algılanması ve yorumu kişinin bilişsel, sosyal, kültürel ve ortamsal değişkenlerinin karşılıklı etkileşiminin sonucudur ve bu etkileşim her kişide semptomların şiddetini, ağrı cevabını, ağrının yaşam kalitesindeki etkisini değiştirdiğinden ağrı duyumu sözel ve davranışsal cevabı her kişi için farklı ve öznedir (40,41).

Ağrı doku harabiyetini önlemek amacıyla kişiyi uygun bir cevap vermesi için uyarıcı koruyucu bir mekanizmadır. Ağrı ile ilgili bazı kuramlar bulunmakla birlikte en önemlisi Melzack ve Wall'ın kapı kontrol kuramıdır. Kapı kontrol kuramı periferden beyne giden ağrılı uyarıların medulla spinalisteki nöral mekanizma ile artırılıp azaltılması esasına dayanır. Diğer duyu uyarılarından az ise ağrı algılanması fazladır.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan ağrı tanımı Uluslararası Ağrı Çalışma Grubu (International Association for the Study of Pain -IASP) tarafından yapılmıştır, ancak ağrının farklı ve önemli iki yönünü ayırt edememektedir: Algılama ve yorumlama (43). Algılama yaş, cinsiyet, kültür, özgeçmiş gibi çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Acı ise ağrının nasıl yorumlandığının bir sonucudur. Kronik ağrı çeken bir hasta bunu zayıflık, dermansızlık olarak algılayabilir, fakat durumu daha iyi bir yaşam kalitesi için çalışmak üzere meydan okuma olarak yorumlayabilir. Bir başka kişi ise kronik ağrıyı zayıflık, dermansızlık olarak algılayarak durumu çözümlenemez bir sorun olarak yorumlayabilir ve bu da kişiyi acıya götürecektir. Niteliksel araştırma yöntemleri ve geniş nüfus temelli araştırmalar, kadınların özellikle doğum sancısı sırasındaki ağrı algısını betimlemek için sıkça kullanılmaktadır. Ağrının yorumlanmasını etkileyen faktörleri araştırmak da gerekmektedir (43-45).

Ayrıca acı, ağrının bir sonucu olabileceği gibi, aynı zamanda kaynağı da olabilir. Fizyolojik ağrı uyarısı, bilgiyi spinal kordun arka boynuzlarına ileten ve aynı zamanda substance P denilen nöropeptidi salgılayan nosiseptif sinir lifleri tarafından oluşturulur. Substance P, sinir liflerini ağrı uyarısını daha çabuk ortaya çıkarmaları için duyarlılaştırır. Bu, ağrıya karşı duyarlılığı artıran ve “hiperaljezi” denilen pozitif geribildirim mekanizmasıdır ve ağrı deneyiminin şiddetini artırır (45).

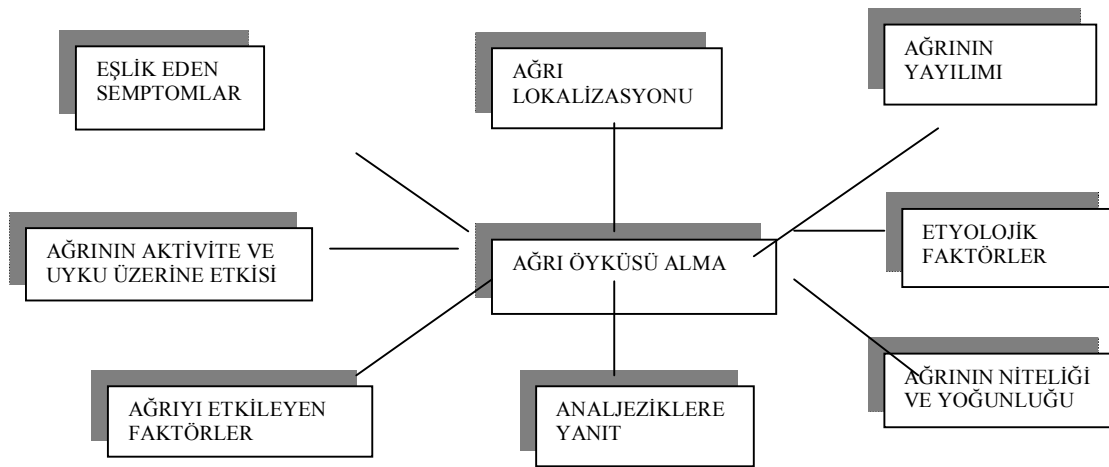
Bireyin akut ve kronik ağrıya verdiği tepkiler de farklıdır. Akut ağrılı durumlarda kişinin sıkıntısına ilişkin tüm verileri gözlemek mümkündür. Hasta ağlar, bağırır, yardım için yalvarır. Ağrısı altı haftadan fazla sürmüş “kronik ağrılı” bireylerde ise, ağrı şiddetinin “çok yüksek” olarak belirtildiği durumlarda bile, dışarıya vuran emosyonel tepkiler azalmıştır. Hatta bu durum klinisyenin ağrının gerçekliğini sorgulamasına yol açabilir. Oysa ağrı tamamen subjektif bir deneyim olup, klinisyen şiddetin derecelendirilmesinde hastanın bildirimini doğru kabul etmek durumundadır (45).

2.2.3. Ağrı Değerlendirmesi

Ağrı kavramını değerlendirirken fiziksel boyutuyla beraber ağrının bireyselliği göz ardı edilmemeli. Hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir. Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanımayı ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (45,46)

2.2.3.1. 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 değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalı (47).
- ✓ Ağrı değerlendirmesi ağrıyı algısına ve şiddetine etki eden bütün bileşenler ele alınarak yapılmalıdır. Bu bileşenler Şekil 1 de verilmiştir (48).



Şekil 1: Ağrı öyküsü alma (48).

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastaların da olacağı unutulmamalıdır (49).

Ağrının öznelliği ve bireyselliği nedeniyle; son yıllarda ağrı değerlendirmesinde kullanılacak en güvenilir ölçeğin belirlenmesine ilişkin birçok çalışma yapılmasına karşın, henüz sorunu çözebilecek bir ölçeğin varlığından söz etmek olası görünmemektedir. Buna karşın günümüzde ağrı değerlendirmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Aşağıda erişkin hastalarda ağrı değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan ölçekler, bunların ağrıyı tanımlamadaki üstünlükleri ile avantaj ve dezavantajları yer almaktadır (49,50).

2.2.3.2. Ağrının 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. 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. Ağrının tipi, hastanın, ölçeği kullanacak hekim ve hemşirenin özelliği gibi birçok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu bilinmektedir (50-52).

2.2.3.2.1. Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

Tek Boyutlu Ölçekler

- Sözel kategori ölçeği
- Sayısal ölçekler
- Görsel Analog Skala (GAS)
- Burford Ağrı Termometresi (BAT) (53).

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 (53).

2.2.6. Ağrının Sınıflandırılması

2.2.6.1. Nörofizyolojik özelliklerine göre ağrı sınıflaması

Nosiseptif, nöropatik ve psikojenik ağrı olarak incelenmektedir. Nosiseptif ağrının somatik ve visseral, nöropatik ağrının ise santral ve periferik ağrı alt grupları vardır (51,54).

Nosiseptif ağrıda nosiseptörlerin uyarılması ve süregelen doku patolojisi ile ilişkili mekanizmalar söz konusudur. Somatik bir yapının ağrı kaynağı olması için inerve olması gereklidir. Somatik ağrı sinir uçlarının mekanik veya kimyasal iritasyon ile stimule olması, konnektif dokuda kronik gerilme oluşturan patolojik proses veya inerve yapıların inflamasyonu nedeniyle oluşur. Visseral ağrı içi boş organların distansiyonu ile oluşur. Nöropatik ağrı nörojenik dokulardaki histopatolojik veya fonksiyonel bir değişim nedeniyle meydana gelir, santral ve periferik kaynaklı olabilir. Spinal kord lezyonu veya dorsal kök ganglion lezyonu çeşitli deafferentasyon ağrı sendromlarına yol açar ve duyu kaybı olan bölgede ağrı hissedilir. Talamik infarkt santral ağrıya neden olabilir. Postherpetik nöralji dorsal kök ganglionu veya dorsal boynuzda inflamasyon nedeniyle nöropatik ağrıya yol açar. Diabet, alkolizm, amiliodozis ve hipotiroidi de metabolik değişiklik nedeniyle ağrılı periferik nöropati görülür (52,53). Psikojenik ağrı ise ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duygusudur. Genellikle hastanın farkında olmadığı bir emosyonel sorun veya stres vardır (52,53).

2.2.6.2. Süresine göre ağrı sınıflaması

Akut, kronik ve rekürren ağrı olarak ayrılmaktadır. Akut ağrı doku hasarı ile ilişkili olarak oluşur ve iyileşme sürecine uyumlu olarak ortadan kalkar. Kronik ağrı ise

beklenenden daha uzun süre veya iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrıdır. (49,50). Romatoid artritte olduğu gibi ağrı devam eden patolojiye bağlı oluşuyorsa bu uzamış akut ağrı olarak kabul edilir. Ağrı uzun süre devam ettiğinde kişi fizyolojik ve davranışsal adaptasyon geliştirir. Ağrının iki parametresi vardır; patoloji ve süre. Bu bakış açısından bakıldığında kısa süreli ve belirgin fiziksel patoloji olan durumlarda akut ağrı, düşük fiziksel patoloji ve uzun süreli durumlarda kronik ağrı söz konusudur (52). Kronik ağrı öğrenilmiş bir davranıştır. Multipl faktör tarafından güçlendirilir. Organik faktörlerle oluşan bedensel deneyim, psikolojik faktörlerle oluşan zihinsel deneyim ve çevresel faktörlerle oluşan sosyal deneyimin rolü vardır. Erken yaşamdaki olumsuz deneyimler, fizyolojik ve psikolojik travmalar etkindir. Çevresel faktörler ağrı davranışını teşvik eder (50).

2.3. Kanser Ağrısı

2.3.1. Kanser Ağrısı ve Nedenleri

Kanserli hastaların tümünde ağrı görülmekle birlikte, bu oran erken dönemdeki kanser hastalarında %20-50 arasında değişirken, terminal dönemde % 55-95 e ulaşmaktadır. Kanser ağrısı akut ya da kronik seyredebilir. Kanserli hastada ağrı nedenleri şunlardır;

- Direkt tümör
- Kanser tedavisi
- Kanserle ilişkili biyokimyasal ve fizyolojik değişiklikler, kronik hastalık hali
- Kanser ya da kanser tedavisi ile ilgili olmayan ağrılı hastalıklar
- Bunların birkaçının bir araya gelmesi (54,55).

Kanser ile ilişkili ağrı sendromları akut veya kronik olabilir. Akut ağrı sıklıkla anjiyografi, endoskopi, biyopsi gibi diyagnostik işlemlerle 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 kompresyonu sonucu ortaya çıkar. Kronik ağrı nedenlerinin %15-25 kadarında ise tümör tedavisine bağlı nedenler sözkonusudur.

Tümör dışı nedenler ise kronik kanser ağrısında oldukça düşük bir oranı oluşturur (55,56).

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 oynar (56,57).

Kanser hastasında görülen her ağrının nedeni kanser olmayabilir. Ağrıya sebep olan spesifik etyolojinin belirlenmesi tedavi yönünü belirleyeceğinden nedenin bilinmesi klinik olarak büyük önem taşır. Kanser hastasında ağrı nedenleri dört ana grupta toplanabilir: (54-58)

- Tümöre bağlı (%85): Ağrıya duyarlı yapıların infiltrasyonu ve ya kompresyonu
- Tümör tedavisi ne bağlı (%17): Kemoterapi-radyoterapi-cerrahi sonucu
- Tümör hastalığı ile ilgili (%9): Post herpetik nevralji, konstipasyon, dekübütis
- Tümör dışı (%9): Artrit, migren, diyabetik nöropati

Genelde 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 duyabilir. Cleeland'nın aktardığına göre Grond ve arkadaşlarının 2266 kanser hastasında yaptıkları çalışma da hastaların %30'unun bir, %39'unun iki, %31'nin de üç farklı etyolojiye sahip olduklarını saptamışlardır. Osteosarkom (tümöre bağlı), mukozit (tedaviye bağlı) ve dekubit (tümör hastalığı ile ilişkili) gibi farklı nedenler ile oluşan ağrılar bir hastada aynı zamanda olabilir (56).

2.3.2. Kanser Ağrı Tipleri

Kanserli hastaların yaşadıkları ağrının görülme sıklığı ve şiddeti hastalığın evresi, yeri ve metastaz bölgesi gibi bir çok etkene bağlıdır. Bu bağlamda kanser ağrılarını 4 grupta toplayabiliriz (57).

1) Kansere bağlı akut ağrılar

- Kanserin direkt kendisi ile ilgili akut ağrı (Patolojik kırık, barsak obstrüksiyonu)
- Kanser tedavisi ile oluşan akut ağrı (Stomatit, mukozit, postoperatif ağrı)
- Kronik hastalığın zaman zaman yan etkisiyle oluşan ağrılar

2) Kansere bağlı kronik ağrılar

- Kronik ağrı sendromları (metastaz yada primer tümöre bağlı kemik ağrısı)
- Kanser tedavisine bağlı olanlar (Postmastektomi sendromu, Postamputasyon sendromu, Fantom duyusu)
- Paraneoplastik sendromlardaki ağrılar

3) Kansere bağlı olmayan (kanser dışı) ağrılar

Akut: Hastalık veya yaralanmadan oluşan ağrılar (Baş ağrısı, herpes zoster)

Kronik: Sekellere bağlı olan ağrılar, diabetik nöropati, migren vb.

4) Terminal kanser hastasındaki ağrılar

Kanserin ilerlemesiyle oluşan kronik ağrılar ve fraktür gibi olaylarla oluşan akut ağrılar (57-59).

2.3.3. Kanser Ağrısının Patofizyolojik Kökeni

Kanser hastasının da ağrının patofizyolojik kökeninin nonmalign kronik ağrılı hastadan farklı olarak organik ve nonorganik (idyopatik=psikolojik) olarak ayrılması uygun değildir. İkincil olarak gelişen psikolojik faktörlerin katılımını yadsımamakla beraber, genelde kabul edilen kanserli hastada ağrının birincil olarak psikolojik bozukluğa değil, organik kökene dayandığıdır. Organik ağrı lezyonun sensoryal sistemi uyardığı yere göre sınıflanır. Lezyon sensoryal afferent nöronun (nosiseptörü) periferik ucunu uyarıyorsa oluşan ağrı nosiseptif ağrıdır. Buna karşın lezyon sensoryal sistem nöronlarının da mekanik ve ya kimyasal hasar oluşturmuş ise meydana gelen ağrı nöropatik ağrıdır. Ağrının patofizyolojik kökeni dikkatli ve bilinçli alınan anamnezle belirlenebilir. Ağrının lokalizasyonu, niteliği ve ağrıya eşlik eden bulgular bu belirlemede esaslı unsurlardır (55,56).

2.3.4. Kanser Ağrısının Tedavisi

Kanser tanısı almış çoğu hasta ve ailesi için ağrı çekme olasılığı, tedavi edilememe ve ölüm ihtimalinden sonra kanser tanısının en çok korkulan yönü olmaktadır. Ağrı, kanser ile ilişkili en sık karşılaşılan semptomdur. Çalışmalar kanser hastalarının tanı aldıkları zamanda %30, ileri evrede ise %60-90 oranında şiddetli derecede ağrı duyduğunu göstermektedir. Kanser ile ilişkili ağrının kontrol edilmesi önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde ağrı kontrolü için yeterli olanaklar olduğu halde kanser hastalarının %25 kadarının ağrılarının yeterince kontrol altına alınmadan

kaybedildiğinin bilinmesi üzücüdür. Tedavide yetersizliğin en önemli sebebi klinisyenlerin kanser ağrısını değerlendirme ve tedavi etme konularında bilgi ve deneyim eksikliğidir. Özellikle opioid tedavisi konusunda bilgi eksikliği, opioid kullanımında yan etki ve bağımlılık korkusu, morfin gibi analjeziklerin tıbbi kullanımlarının kanunlarla kısıtlanması opioid tedavisinde yetersizliğe neden olmaktadır. Her kanser hastasının ağrıdan kurtulmaya hakkı olduğu ve bu amaca ulaşmak için ağrı tedavisinin gerekliliği kabul edilmelidir (56,57).

2.3.5. Kanserde Ağrı Tedavisi Yöntemleri

A.Doğrudan kanserin tedavisine yönelik yöntemler:

- ✓ Radyasyon tedavisi
- ✓ Kemoterapi ve hormon tedavisi
- ✓ Cerrahi tedavi

B. Semptomatik tedavi:

- ✓ Sistemik analjezik ve destekleyici tedavi
- ✓ Psikolojik ve psikososyal yöntemler
- ✓ Nörostimulasyon teknikleri
- ✓ Rejional analjezi
- ✓ Nöroşirürjikal operasyonlar (33,55).

2.3.6. Kanser Ağrısında Analjezik Kullanımı

1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanser ağrısında ilaç seçimi için basamak tedavi diye bilinen yararlı bir yaklaşım önermiştir. Bu metodun kullanımı ile hastaların ağrılarının %75 ile %90 oranında etkin olarak kontrol altına alınabildiği gösterilmiştir (33,54,55).

Basamak tedavi:

1. Basamakta kanser ağrısında önce hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol veya aspirin) gereğinde adjuvan analjezikler kullanılır.

2. Basamakta non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalarda 1. basamak tedaviye zayıf opioidler (kodein, tramadol) eklenir.
3. Basamakta zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan şiddetli ağrısı olan hastalar için güçlü opioidlere (morfin, fentanil) geçilir (33).

Son zamanlarda spinal opioid veya diğer invaziv teknikleri içeren 4 basamaklı bir merdiven sistemi üzerinde durulmaktadır (55-58).

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. Her ilacın bir yarı ömrü ve etki süresi vardır. Hasta için belirlenen ilaç ve dozu, hastanın gereksinimi olmadan ve beklenilmeden uygun görülen saatte uygulanmalı ve yinelenmelidir. Ancak tedavinin başında hastanın opioid gereksinimini ortaya koymak için “saatinde ilaç” uygulaması geciktirilebilir veya radyoterapi ve/veya antikanser tedavi alan hastanın analjezik ilaca gereksinimi azalabilir ve ilaç gerektiğinde uygulanabilir. Bu durumların dışında “saatinde ilaç” uygulaması kanser ağrısının medikal tedavisinde benimsenmesi gereken ilk kural olmalıdır. Her hastada tedavi bireyselleştirilmeli, ilaç seçimi, dozu ve veriliş yolu belirlenmelidir. Ağrı tedavisi ve farmakolojik yan etkiler arasında bir denge oluşturulmalı, beraberinde hastanın uyku düzeni de sağlanmalıdır (58-60).

2.3.7. Kanser Ağrısının Medikal Tedavisinde Kullanılan Analjezikler

2.3.7.1. Opioidler

Opioidler orta şiddette veya şiddetli ağrıların tedavisinde çok yararlı ilaçlardır. Non-opioide eklenen zayıf opioid ile ağrı giderilemediğinde güçlü bir opioide geçilmelidir. Farklı reseptör subtipleri ile olan etkileşimlerine göre opioid bileşikler agonist, agonist-antagonist ve antagonist şeklinde sınıflanır. Saf agonistler (morfin, kodein, meperidin, fentanil) klinik ağrı tedavisinde en sık kullanılanlardır. Mikst agonist-antagonist opioidler (pentazosin, nalbufin, butorfanol, dezosin) ve parsiyel agonist opioidler (buprenorfin) kanser ağrı tedavisinde daha az rol oynar. Bunun nedeni analjezi için tavan etkisine sahip olmaları, opioid agonistlere fiziksel bağımlılığı olan hastalarda yoksunluk belirtilerine yol açabilmeleri, mikst agonist-antagonist opioidlerin

saf agonistleri geçen, doza bağımlı psikotomimetik yan etkilerinin olmasıdır. Saf agonistlerde doz artışıyla tavan etkisi sözkonusu değildir. Doz arttıkça analjezik etki artar. Pratik uygulamada konfüzyon, sedasyon, bulantı-kusma, solunum depresyonu gibi yan etkilerin görülmesi yararlı doz konusunda sınırı belirler. Her hasta için ilacın etkinliği doz ayarlaması sırasında ortaya çıkan analjezi ve yan etkiler arasındaki denge tarafından belirlenir (33,54,55).

Zayıf opioidler içinde ülkemizde mevcut olan kodein doğal bir afyon alkaloidi olarak uygulanan dozun %10'unu morfine dönüştüren bir opioiddir. Genellikle aspirin veya parasetamol ile kombine uygulanır (33,54,55,59,60).

III. basamak aşamasında ilk başvurulacak yol, oral opioid uygulaması olmalıdır. Bu uygulamanın avantajı, hastanın başkasına bağımlı olmadan ve enjeksiyon huzursuzluğunu ve komplikasyonlarını yaşamadan ilaç alabilmesidir. Bu yol ayrıca güvenli ve ekonomik bir yoldur. Uygunluğu dışında yüksek plazma doruk konsantrasyonları oluşturmadığı için yan etki ve özellikle solunum depresyonu oluşturma riskini azaltır. Yutma güçlüğü veya gastrointestinal disfonksiyonu olan, analjezinin hızlı başlaması gereken, oral yol ile ilgili yan etkileri tolere edemeyecek hastalarda alternatif uygulama yolları gerekmektedir (33,61,62).

Opioid kullanımında tolerans ve psişik veya fiziksel bağımlılık: Morfin ve diğer opioidlere karşı sürekli kullanımda tolerans gelişmektedir. Tolerans tekrarlayan uygulamalarda aynı etkiyi süre ve şiddet olarak elde etmek için doz artışına gereksinim duyulmasıdır. Hangi yol kullanılırsa kullanılsın kronik opioid kullanımında belli bir toleransın geliştiği kabul edilir. Kanser progresyon gösteren bir hastalık olduğu için analjezik gereksiniminde artışın hastalık progresyonuna mı yoksa gerçek bir toleransa mı bağlı olduğunun ortaya konması gereklidir. Tolerans, opioidlerin sedasyon, solunum depresyonu, bulantı-kusma gibi yan etkilerine konstipasyon ve miyozis gibi yan etkilerinden daha kolay gelişir. Tolerans gelişiminin 'basamak yöntemi' uygulandığı takdirde yavaşladığı kabul edilmektedir (63,64).

Psişik bağımlılık genelde tolerans ile birlikte gelişir ancak farklı olaylardır. Psişik bağımlılık, bir davranış biçimidir ve ilacı bulmak ve kullanmak için karşı konulmaz bir istek duyulmasıdır. Ancak doğrudan pozitif pekiştiriciye bağlı olan psişik bağımlılığın, kronik ağrılı kişide çok ender olarak geliştiği belirlenmiştir. Gerçekten de geniş klinik gözlem ve deneyimler, bunun nadiren oluştuğu yönündedir (63,64).

Fiziksel bağımlılık ise, tedavinin aniden kesildiğinde hastanın yoksunluk belirtileri göstermesi olayıdır. Fiziksel bağımlılık da toleransa paralel olarak gelişir. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti; uygulama yolu, günlük doz, dozlararası aralık, tedavi süresi gibi birçok faktörden etkilenir. Hastanın kişiliği ve ilacın sık enjeksiyonuna bağlı koşullanma olayları, arama davranışını ve fiziksel bağımlılığı pekiştirir. Genelde 3-4 haftalık opioid kullanımından sonra böyle bir fiziksel bağımlılığın oluşması beklenir. Terminal dönemdeki hastalarda bu sorun önemli değildir. Diğer hastalar için ise ağrı kaybolmuş ise opioidlerin yavaş yavaş azaltılması ile bu sorun çözümlenebilir (63-65).

Tolerans ve fiziksel bağımlılık, bu hastalarda geriye dönebilen olaylardır. İlaçların uygulama aralıklarını değiştirmeden yavaş yavaş azaltılması belli bir süre sonra reseptörlerde aşırı duyarlılığı düzeltmekte ve bağımlılığı ortadan kaldırmaktadır. Ağrı nedeni, radyoterapi ve/veya kemoterapi ile yok edildiğinde bu durumdan yararlanılmalıdır (63-65).

2.3.7.2. Non-Opioidler

Non-opioid analjezikler hafif ve orta şiddetteki ağrılarda tek başına yararlıdır, ayrıca daha şiddetli ağrılarda opioidlerle kombine edildiğinde additif analjezi sağlar. Opioid analjeziklerin aksine, non-opioid ilaçlarda analjezi için bir tavan etkisi sözkonusudur. Tolerans veya fiziksel bağımlılık potansiyeli yoktur (66).

Non-opioidlerin kullanımında minimal etkin ve minimal toksik dozlar bilinmemiştir. En düşük dozdan başlanıp arttırma yapılarak minimal etkin doz belirlenmelidir. Her analjezik ilaç için maksimum doz söz konusudur. Uygulamada bu dozun üstüne çıkılmasının analjezik etkiye bir katkısı olmayacağı, yan etki riskini arttıracığı bilinmelidir. Doz artışı belli bir dozdan sonra ek etki sağlamıyorsa tavan doza ulaşılmıştır. Optimal dozda uygulanmasına karşın uygun analjezik etkinin elde edilememesi, kısa süre içinde ilaç değiştirmeyi ya da başka bir zayıf opioid ilacın eklenmesini gerektirir. Aynı gruptan iki ilacın birarada kullanılmasının analjezik etkiyi arttırmadığı gibi yan etki oluş sıklığını arttırdığı ortaya konmuştur. Aynı gruptan ilaçların birinden yanıt alınmamasına rağmen bir başkasından yanıt alınabilmesi olasıdır ve bu durum kişisel duyarlılık ile açıklanmaktadır (65-67).

2.3.7.3. Adjuvan analjezikler

Geleneksel olarak ağrı kesici olmayan ancak bazı durumlarda analjezik etki gösteren ajanlardır. Kanser ağrısında adjuvan analjezikler üç grupta incelenebilir (33,67)

1. Çok-amaçlı adjuvan medikasyonlar:

Kortikosteroidler: En çok kullanılan adjuvan analjeziklerdir. Kortikosteoidlerin ağrıyı azalttığı, iştahı açtığı, bulantı, huzursuzluk gibi belirtileri ortadan kaldırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir. Analjezi mekanizmasında anti-ödem etkiler, anti-inflamatuar etkiler, hasara uğramış sinirlerde elektriksel aktivite üzerine direkt etki rol oynar. Kortikosteroid tedavisine yanıt veren ağrılı durumlar artmış kafa içi basıncı, akut spinal kord kompresyonu, superior vena kava sendromu, metastatik kemik ağrısı, tümör infiltrasyonu veya kompresyonuna bağlı nöropatik ağrı, sistemik lenfödem, karaciğer kapsül distansiyonu şeklinde sıralanabilir (33,67,68).

Nöroleptikler: Kanser ağrısında kullanımları kısıtlıdır. Anksiyete, huzursuzluk, bulantı yakınması olan hastalarda sedatif, anksiyolitik, antiemetik etkileri nedeniyle kullanılabilir (33,68).

Antihistaminikler: Anksiyete, bulantı, kaşıntı yakınmalarında kullanılabilir. Ağız kuruluğu, sedasyon önemli yan etkileridir (33,68).

Benzodiazepinler: Kansere bağlı anksiyete ve kas spazmını gidermede kullanılabilir. Nöropatik ağrıda en sık kullanılan benzodiazepin klorazepamdır (33,68).

2. Nöropatik ağrı için kullanılan adjuvan medikasyonlar:

Nöropatik ağrılar nosiseptif ağrılara göre opioid tedavisine daha az yanıt vermektedir. Adjuvan medikasyonların tedaviye eklenmesi analjezik yanıtı arttırmaktadır (33,67).

Antidepresanlar: Nöropatik ağrıda sık kullanılan ajanlardır. Amitriptilin gibi tersiyer amin trisiklik antidepresanların analjezik etkisinin en çok olduğu bildirilmektedir. Sedasyon, antikolinergik etkiler, kardiyovasküler toksisite riski yüksek olduğunda desipramin, klomipramin gibi sekonder amin trisiklik antidepresanlar kullanılabilir (33,67,68).

Oral lokal anestezipler: Nöropatik ağrıda intravenöz lidokain infüzyonundan yarar gören hastalarda meksiletin kullanılabilir. Oral lokal anestezipler içinde en güvenli olan ajan meksiletindir (33,67).

Alfa-2 adenerjik agonistler: Klonidinin analjezik etkinliği gösterilmiştir. Diğer adjuvanlara refrakter nöropatik ağrıda transdermal veya oral yol ile kullanılabilir (33,69).

Antikonvülzanlar: şimşek çakar tarzda dizesteziler ile karakterize nöropatik ağrıda etkili ajanlardır. Kemik iliği depresyonu yaptığı için kemoterapi alan, trombositopeni, lökopenisi olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır (33,68).

3. Kemik ağrısı için kullanılan adjuvan medikasyonlar:

Bifosfonatlar: Osteoklast aktiviteyi inhibe ederek kemik rezorbsiyonunu azaltırlar. İntravenöz pamidronat uygulanımı ile kemik ağrısında anlamlı azalma görüldüğü bildirilmektedir. Düzenli kullanım ile ağrı oluşumu ve patolojik fraktür riskinin azaldığı yönünde veriler mevcuttur (33,67,68).

Kalsitonin: Refrakter ağrılarda subkutan veya intranazal yol ile kullanılabilir (33,67,68).

2.3.5. Kanser Ağrısı ve Hemşirelik

Kanser hastalığının hemşirelik bakımı, birçok yönden diğer hastalıkların tedavisindeki bakıma benzer. Bunun yanında üst düzeyde becerili hemşirelik girişimlerine çok fazla gereksinim olan bir alandır. Hemşirelik bakımı terminal dönemdeki hastaların tedavisine katkıda bulunmanın yerine, yaşam için kısa bir süresi kalmış kişilerin, yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanmalıdır. Yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik yapılan bakımın unsurları; semptomların kontrolü, ağrının giderilerek kişinin rahatlatılması ve psikososyal destekten oluşmaktadır (69-72).

Kanser ile ilgili ağrı, hastalık süreci ya da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kanseri ilerlemiş aşamada olan hastaların yaklaşık %50-80'i hastalıklarının seyri sırasında ağrı yaşarlar ve bu hastaların çoğunun ağrılarının giderilmesinde de başarılı olunamaz. Giderilemeyen ağrı, hastanın yaşam niteliğini önemli ölçüde etkileyen sorunlardan biridir. Dünya sağlık örgütünün tahminlerine göre her gün yaklaşık dört milyon insan kanser ile ilgili ağrı çekmektedir (70,73,80).

Günümüzde ağrı kontrolü multidisipliner bir yaklaşımla yürütölen ekip işidir ve hemşire bu ekipte önemli bir role sahiptir. Gün içinde hastayı en yakından izleyen kişi olan hemşirenin, hem ağrının değerlendirilmesinde hem de analjeziklerin uygulanmasında sorumluluğu vardır. Uygulamaları yaparken çok iyi bir gözlemci

olmalı ve yan etkilerini iyi tespit edebilmelidir. Bu nedenle hemşirenin ağrı mekanizması, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir (75,77).

Değişik ağrı kontrol yöntemleri bulunmasına rağmen kullanılan yöntemler, farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak ikiye ayrılır. Farmakolojik ağrı kontrolü, analjezik ve analjeziklerin etkisini güçlendiren ilaçların kullanımını içerir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar ise davranışsal teknikler, radyoterapi, cerrahi, nörolojik ve nöroşirurjik girişimler, rahatlığı sağlamak ve tedavi etkinliğini değerlendirmek için yapılan hemşirelik uygulamalarıdır (79,80).

Kanser kişilere, ailelere ve topluma sosyal, ekonomik ve ruhsal yönlerden yük ve sorumluluklar getiren bir sağlık sorunudur. Kanser ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Kişinin kendi bedeninin kendini yok etmesini simgeler. Bilinmeyen bir tehlikenin, ıstırap ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür. Üzerindeki bu ağır kültürel yük nedeni ile kanser ile ilgili mesaj verilmesinin ardından kriz olarak tanımlanabilecek emosyonel tepkiler ortaya çıkar. Kriz sağlıklı yaşamdan yeni bir yaşama, hastalığa ve sürekli tehdit altında olmaya geçiş dönemidir. Bu geçiş dönemleri sonucu en sık görülen bozukluklar depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete v.b. gibidir. Kanser tanısından sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar, kanserin psikososyal boyutu, kanser hastalarına verilecek psikososyal destek, bu desteğin amaçları, onkoloji kliniklerinde bu destekleri sağlayan hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikoloğun rol ve görevleri çok büyük önem taşımaktadır. Hastaya etkili bir şekilde yardım edebilmek için hemşirelik girişimleri tüm ailenin sorunlarına ve gereksinimlerine yanıt verecek içerikte olmalıdır (75,76).

Kanser tanısının konması ile hasta tanıyı kabullenme, tedaviyi sürdürme, sosyal sorunlarla baş etme, ailesel sorumlulukları devam ettirme yaşam kalitesinde düşme gibi tanıdan tedaviye, tedavi sonrası döneme ilişkin pek çok soru ve sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle tanının konduğu süreç içinde hasta, hastalığı, tedavi seçenekleri, tedavinin yarar ve zararları hakkında bilgilendirilmeli, hastalığını kabullenmesi, tedaviye ilişkin kararını verebilmesi için zaman tanınmalıdır. Hastanın cevaplanmasını beklediği tüm soruları konuşulmalı ve hastanın kendisini güvende hissetmesi sağlanmalıdır. Tedaviye başlama kararı alan hastalarda tedavinin etkinliğini

ve devamını sağlamak için hemşire tedaviye bağlı yan etkileri ve bu yan etkilerin yönetiminde etkili olan girişimler hakkında hastayı bilgilendirmelidir (69).

Tedavi sürecince hemşirenin rolleri tedavi süresi boyunca tedavi ve bakımı koordine etme, tedavi rejimlerinin uygulanmasını sağlama, hastayı değerlendirme ve yaşam kalitesini en üst düzeyde sürdürmeye yönelik öz bakım davranışlarını hastaya açıklamaya odaklanmalıdır. Hastanın aldığı tedaviye bağlı olarak tedavi süresince hemşirenin rol ve sorumlulukları farklılıklar göstermektedir. Hemşire tedavi sırasında bireysel gereksinimlere dayanarak tedavinin amacını, uygulama aralığını, yan etkilerini açıklamakta, tedaviye fiziksel ve psikolojik hazırlığını sağlamakla, fiziksel ve psikolojik rahatlığı sürdürmekle tedaviye uyumu kolaylaştırmakla sorumludur (69).

Tedaviye bağlı gelişen yan etkilerin kontrol altına alınamaması hastaların tedaviyi terk etmesine, tedavi düzeninin azaltılmasına veya tedavinin sonlandırılmasına neden olacağından kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların bakımında amaç iyi bir hasta eğitimi ile tedaviye bağlı gelişen semptomların oluşmasını engelleyerek veya kontrol altına alarak hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (81).

Çoğu hastalar için 'Kanser' ve 'Ölüm' kelimelerinin eş anlamlı olduğu ve farklı kanser tiplerine ilişkin bilgi yetersizliği nedeni ile kanserin tek bir hastalık gibi kabul edildiği gözlenmektedir. Tanının doğrulanması ile hasta ve ailesinin bir kriz dönemini yaşayabilecekleri, mobilize durumda sorunu ile başa çıkma çabasında büyük güçlükler yaşayabilecekleri kabul edilmektedir. Onkoloji hemşirelerinin aile desteğini sağlama ve hastanın hastalığa karşı tepkilerinde yardımcı olarak hastalık sürecini olabildiğince olumlu karşılamada yaşam tutum profilini geliştirmede ve tedavi kararlarını değerlendirmede büyük çaba içine girmeleri gerekmektedir (69,81).

Bütün kanser türlerinde olmamakla beraber, yıllar boyunca birçok kimse tarafından kanser ve ağrı otomatik olarak hep birlikte düşünülmüştür. Kanser bakımı multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir ve hemşire kanser bakımının önemli ve bütüncü bir elemanıdır. Hemşireler, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve rehabilitasyon aşamalarında çok yönlü bir bakım sağlamaktadırlar (69-81).

Uluslar arası Kanser Bakım Hemşireleri Birliği (The International Society of Nurses in Cancer Care: ISNCC)'nin önerileri:

- ✓ Hemşireler kanser hastasının ağrısını olabildiğince gidermek için ellerinden gelen herşeyi yapmak üzere sorumluluk almalıdırlar.
- ✓ Hemşireler kanser ağrısının tanılanması 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 yapmalıdır.
- ✓ 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 olmalılar.
- ✓ Hemşireler politika belirleyicileri ve politikacılar ile iletişim kurarak, ağrı kontrolü için kaynakların dağılımında ulusal ve uluslararası etkili olmalıdırlar.
- ✓ Hemşireler bağımsız olarak ve işbirliği içinde kanser ağrısı konusunda araştırmalar yapmalı ve uygulanabilir araştırma sonuçlarını eğitim ve uygulamalarında kullanmalıdırlar (72,85).

Araştırmalar, kanser hastalarının ölüm olasılığından sonra en çok korktukları durumun, hastalık nedeniyle hayatın geri kalan kısmının ağrılar içinde geçirilmesi olduğunu göstermektedir. Hastalar kansere yakalandıkları gerçeğini kabul ettikten sonra ortaya çıkan en büyük sorun, yaşamlarında kaçınılmaz olduğuna inandıkları ağrı korkusudur. Kanser yaşantısı, emosyonel distres ve olumsuz düşüncelere katkıda bulunur. Çünkü, beden imgesinde bozulmaya yol açan kanser, bireyin kendini bir bütün olarak algılamasını engeller. Değişme ve bozulmalar, hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile baş etme yetileri, sosyal destekleri, semptomları ağrı kontrolü üzerinde etkilidir. Felaket düşünceleri kanser ağrısını olumsuz etkiler. 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. Hasta içe dönük, sessiz, huzursuz olur. Sosyal izolasyon nedeni ile emosyonel reaksiyonlar gelişebilir. Kaşeksi, yorgunluk, depresyonlar da bu duruma eklenir. Bütün bu değişiklikler, stres düzeyinin artmasına, sempatik sinir sistemini uyararak kas gerginliği, vazokonstriktör

ve stres hormonlarının salınımının artması gibi fizyolojik yanıtların oluşmasına ve beraberinde de anksiyete, öfke ve ağrının artmasına neden olur. Hemşireler bu konuda duyarsız olursa hastanın anksiyetesi ve ağrısı artar, tedaviyi ve hastaneyi bırakma, intihar girişiminde bulunma gibi davranışlar gelişebilir. Bu nedenle, kanserli hastaların birçoğunda görüldüğü bildirilen anksiyete, depresyon, çaresizlik, bağımlılık, içe dönme, öfke, gerginlik gibi kanser ağrısını kötüleştiren, ağrı toleransını azaltan, ızdırap çekmesini arttıran ve ağrı tedavisini olumsuz etkileyen faktörlerin sağlık bakım ekibi tarafından ele alınması gerekmektedir (73-76).

İnsanlar yetiştikleri toplumsal değer, yargı ve tutumlarına göre “nasıl hasta olunacağı”nı ve “hasta rolü”nü öğrenir. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık durumunu yorumlama biçimi, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkiler. Öğrenme kuramı ve sosyal psikolojiye göre, duygularını (sözel dille) ifade etme becerisi sınırlı kişiler, hastalık davranışını, ilgi, destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrenmişlerdir. Psikolojik ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği durumlarda beden dili seçenek olarak gelişir ve sonuçta ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler somutlaştırılarak beden dili ile ifade edilir. Tüm bunlar ağrının algılanmasını şiddetini ve sürekliliğini etkiler. Ağrı davranışı, bireyin ağrı deneyimi sırasında sözel veya sözel olmayan şekilde ifade ettiği ya da ifade etmediği tüm yanıtlar olarak tanımlanabilir. Hastanın ağrı davranışı, diğer bireylerin gösterdiği yanıtları (ödüllendirme veya cezalandırma) doğrultusunda arttırılır veya azaltılır. Bazı hastalarda ağrı “kendinin cezalandırılması” olarak yorumlanabilir. Ağrısı ile etkin şekilde başa çıkamayan hastalarda anksiyete ve depresyonun kaçınılmaz olduğu bildirilmiştir. Kanser ağrısında başka bir davranışsal değişken, kanserli bireyin madde kötüye kullanım öyküsüdür. Hastanın geçmişinde varolan madde kötüye kullanımı, fiziksel ve psikososyal konuları etkilediği için kanser ve ağrı tedavisinde kompliyansa neden olacaktır. Bilinildiği gibi, morfin ve diğer opioidlere karşı sürekli kullanımda tolerans gelişmektedir. Tolerans, tekrarlayan uygulamalarda aynı etkiyi süre ve şiddet olarak elde etmek için doz artışına gereksinim duyulmasıdır. Hangi yol kullanılırsa kullanılsın kronik opioid kullanımında belli bir toleransın geliştiği kabul edilmektedir. Ayrıca, bir opioide karşı tolerans mevcutsa diğer opioidlere karşıda inkomplet çapraz tolerans görülmektedir. Fiziksel bağımlılık, opioid kullanımı kesildiğinde ortaya çıkan ve yoksunluk sendromu ile kendini gösteren fizyolojik bir durumdur. Madde kötüye kullanımı öyküsü olan kanserli hastalar bu durumu, dışlanma ve sosyal izolasyon (stig-

ma) olarak gördükleri için hemşire ile paylaşmayabilirler. Bu hastaların ağrı tedavisi için almaları gereken gerçek ilaç dozu belirlenemediği için etkili ağrı tedavisinin yapılması mümkün olamayacaktır. Ayrıca, ilaç dozlarının hasta tarafından yönetiminde hasta ihtiyacı olmadığı halde ilaç alma, hasta kontrollü ağrı tedavi cihazlarının ayarlarıyla oynama gibi ilaçların dozu ve sıklığını arttırarak ilaç kötüye kullanımı ile karşılaşılabilir. Hemşire kanserli hasta ve ailesinden madde kötüye kullanımı öyküsü hakkında bilgi almalı ve ağrı tedavisinde kullanılan, bağımlılık yapma özelliğine sahip ilaçların istismar edilmesi (kötüye kullanılması) açısından da hastayı izlemelidir (77,80-82).

Kanser ağrısı ve yönetimini etkileyen davranışlardan biri de yorgunluktur. Kanser hastalarının tedavisinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, uzun süreli steroid kullanımı ve bunlara bağlı olarak gelişen bulantı, kusma, beslenme yetersizliği, anoreksiya, diyare, anemi gibi semptomlar yorgunluğa neden olabilmektedir. Yorgunluk, kanser ağrısının kontrolünde uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri etkileyebilmektedir. Ağrının süresi ve miktarındaki artış da yorgunluk, tükenme ve ağrı toleransının azalmasına neden olmaktadır. Böylece kanser ağrısının etkili bir şekilde kontrol edilmesi de mümkün olamamaktadır (80).

Bireyin sosyal destek ağının tanımlanması, hastanın tüm ağrı deneyimini anlayabilmek için vital bir bulgu gibidir. Sosyal destek ağı, kanser hastasının ailesi, arkadaşları veya toplumdur. Hastalarda beden imajında ve benlik saygısında değişim, yorgunluk, aktivite intoleransı, imobilite ve immünosüpresyone sekonder olarak enfeksiyona yatkınlık gibi nedenlere bağlı olarak sosyal izolasyon meydana gelebilmektedir. Sosyal izolasyon da anksiyete ve depresyonu arttırarak kanserde ağrı kontrolünü olumsuz etkilemektedir. Öte yandan hastanın ailesi/bakım vericiler hem sevdikleri bireyde meydana gelen değişimler, yaşamı tehdit edici bir hastalıkla yaşama ve acı çektiğini gözlemleyen hem de ailede meydana gelen rol değişimleri, kayıplar, ekonomik yetersizlikler nedeniyle yorgun, çaresiz, kederli olabilmektedirler. Hasta ve ailesi/bakım vericilerin gereksinimlerinin karşılanması ve mümkün olduğunca sosyal destek/yardım alması hastalık süresince bireylerin tükenmişlik yaşamalarını önlemede önem taşımaktadır. Bu aktiviteler, kanser ağrısının kontrolünde olduğu kadar kanserin diğer semptomlarının kontrolünde de önem taşımaktadır (80,81).

Kanser hastasına güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulma bireyde spiritüel distres olarak tanımlanabilir. Kanser ağrısı ile

birlikte spiritüel distressi birlikte yaşayan hasta, yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgular, inanç sisteminin güvenilirliğini sorgular, cesaretsizlik/vazgeçme ve ümitsizlik gösterir, alışa geldiği dinsel rutinleri uygulamamayı tercih eder, inançları hakkında ambivalan duyguları vardır, yaşamak için bir nedeni olmadığını ifade eder, spiritüel bir boşluk duygusu hisseder, kendisi ve başka insanlardan emosyonel olarak ayrılma/kopma gösterir, yaşamın, acı çekmesini, ölümün anlamı hakkında endişeler-öfke, içleme, korku ifade eder. Bu durum kanserli bireyin inanç ve değerleri ile sağlık bakımı arasında çatışmalara neden olarak kanser ağrısının kontrolünü de güçleştirir. Dolayısıyla, hemşireler kanser ve kanser ağrısı ile ilgili dini, manevi, ilgi, inanç ve düşünceleri ne olursa olsun hasta ve ailesinin spiritüel gereksinimlerine yönelik bakımı sağlaması gerekmektedir. Mevcut sorunların çözümünde hasta ve aileleri/bakım vericiler için özel destek birimleri kurulması, ölümün de doğum gibi normal bir süreç olarak karşılanması gerektiğinin açıklanması gerekmektedir (77-81).

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. Evrensel boyutlu bir sağlık sorunu olan kanser ağrısına yaklaşımda, genişletilmiş bir palyatif bakım ekibi fikri göreceli olarak yeni bir kavramdır. Genişletilmiş palyatif bakım ekibi, kansere bağlı ağrının çok boyutlu ve karmaşık yapısının kabul görmesiyle gündeme gelmiştir. Sadece hasta tarafından algılanan ağrıyı değil, hastanın ağrıya verdiği farklı duygusal tepkilerin tedavisiyle de ilgilenilmektedir. Kanserde genişletilmiş tedavi ekibi fikrini benimseyen birçok sağlık profesyoneli, kanser hastalarının birçoğunda, birden fazla ağrı kaynağı olabileceği ve çoğunlukla konstipasyon, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku bozukluğu gibi ağrı eşliğini ve ağrı toleransını azaltabilecek yakınmaların bulunabileceği gerçeğini kabul etmektedir. Bu nedenle kanser hastasının ağrı kontrolü hemşireler için hastanın çok yönlü değerlendirilmesinin gerektiği bir alandır. Hemşireler hasta ve ailesi/bakım vericileri psikososyal ve spiritüel konular açısından da değerlendirmeli ve gerekli bakımları sunma becerisine sahip olmalıdır. Hasta ve ailesi/bakım vericilerin

yaşayabileceği zorluklar hemşireler tarafından tanılanarak, hasta ve ailesi/bakım vericiler:

- Yardım ve destek için toplum ve diğer kaynaklara yönlendirilir,
- Terapötik destek ve etkili baş etme mekanizmaları (gevşeme, müzik, terapiler, stresin azaltılması gibi) önerilir,
- Düşünme ve iletişimi sağlayan bilişsel-davranışsal terapi uygulanır,
- Gerektiğinde kültürel etkinlik düzenleyen kuruluşların aktivitelerine yönlendirilir,
- Yerel yasal yardım ve destek için hastaya yardım sağlanır,
- Spiritüel kaynaklara teşvik edilir.

Bunun sonucunda hasta ve ailesi/bakım vericiler:

- Tutarlı, doğru ve mantıklı olarak bilgilendirilmiş olur,
- Sağlık bakım kararlarına katılabilir,
- Kanser, semptomları ve ölümle ilgili duygu, inanç, hisleri ve davranışlarını ortaya koyabilir,
- Kanser, semptomları ve ölümle ilgili durumları kabul edebilir,
- Kanser, semptomları ve ölümle ilgili etkili baş etme mekanizmalarını geliştirebilir ve uygulayabilir,
- Anksiyete, korku, depresyon, yorgunluk, çaresizlik, umutsuzluk ve spiritüel distresleri azaltılabilir,
- Hasta ve ailesi/bakım veren kişiler kendi inanç, değerleri doğrultusunda spiritüel uygulamalarını yapabilme/katılabilme cesareti, yaşamın anlam ve önemi yeniden kazandırılabilir (69,71,72,75,77,80,81).

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesinin tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Yaşam kalitesi kavramının dinamik, soyut ve çok yönlü özellikler taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olsa da, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları kapsadığı söylenebilir (86,87).

Yaşam kalitesinin tanımlanmasında yaşanan problemlerin bir kısmı bu alanda çalışan kişilerin farklı açılardan yaklaşımlarından doğmaktadır. Sosyal bilimler alanında yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde durulurken; tıp alanında daha ön planda olan biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçlar açısından değerlendirmek, bu kavramın tanımlanmasını kolaylaştırıcı bir yaklaşımdır (87,88). Yaşam kalitesi tanımının hayatın hangi boyutlarını içermesi gerektiği halen tartışılan bir konu olsa da genel olarak yaşam kalitesi; kişinin, yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde standartları, amaçları, beklentileri ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanabilir. Kişinin inançları, fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri ve ekonomik faktörler yaşam kalitesini etkiler (89,90).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlanmıştır. Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Sonuçta yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır (90).

Yapılan en geniş tanımlamalardan biri yaşam süresi, yetersizlik hissi, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık algısı ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir tanımdır. Yaşam kalitesinin dört temel özelliği şunlardır;

- a) dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- b) çok boyutluluk
- c) interaktif olması (bireyler ve çevre ile olan etkileşimden etkilenmesi)
- d) bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi

Birçok araştırmacı yaşam kalitesini sadece fiziksel fonksiyon, ekonomik durum ve seksüel fonksiyon gibi yönleri ile ele almıştır. Muldoon'un (91) aktardığına göre Grant ve Rivera yaşam kalitesinin çok yönlü ve ölçülebilir bir tanımının olması gerektiğini vurgulamışlar ve yaşam kalitesini fiziksel iyilik, psikososyal uyum, sosyal değerler, inanç- değerler olarak dört grupta toplamışlardır.

Yaşam kalitesi, "kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmıştır. Kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini kapsar. Yaşam kalitesi kavramı içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır (90,91).

2.4.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

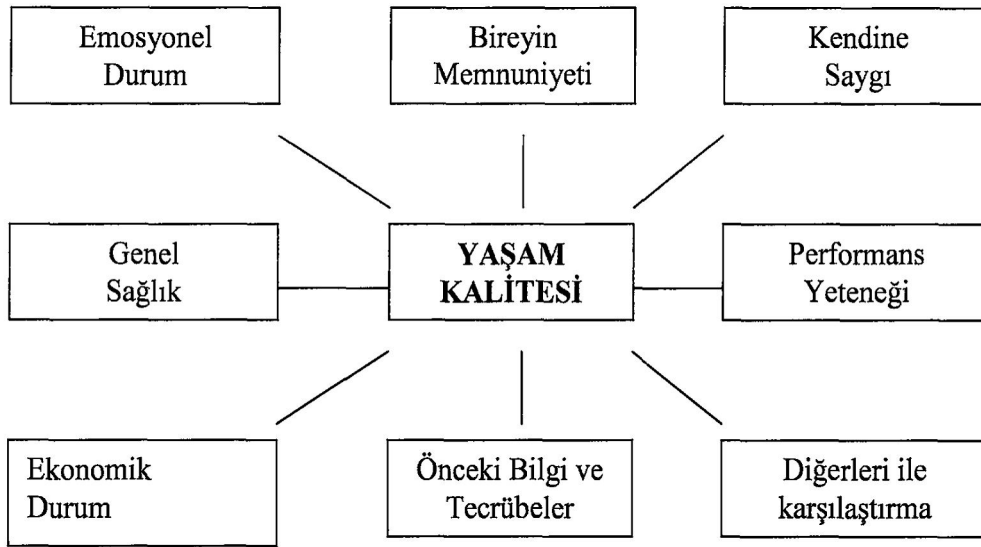
Birçok uzman; yaşam kalitesini, birkaç anahtar boyutu kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak algılamışlardır. Bunlar;

1.Fiziksel fonksiyon: Hastanın öz bakım aktiviteleri performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.

2.Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar: Ağrı yada solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, bulantı, saç dökülmesi vb. tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir.

3.Psikolojik fonksiyon: Hastalık ve tedavisine bağlı olarak gelişen anksiyete ve depresyon durumunu kapsar

4.Sosyal fonksiyon: Normal sosyal aktivitelerde kesilme olup olmadığını araştırır (92,93).



Şekil 2: Yaşam Kalitesi Kavramında Etkili Olan Faktörler (94)

Sağlık Durumu ve Sağlık Algılaması: Yaşam kalitesi alt grubu sayılabilecek olan sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içeren bir kavramdır. Sağlığın fiziksel ve mental boyutları objektif ve subjektif olarak ölçülebilir. Genel popülasyonun taranması, sağlık politikası araştırmaları, günlük

linik uygulamalarda ve alternatif tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında bu ölçümler kullanılabilir (93,94).

İşlevsel Durum: Yaşam kalitesi alandaki terminolojinin doğru kullanımı ve tanımların sınırlarının çizilmesi önemlidir. İşlevsel durum dört boyutta tanımlanmıştır Fonksiyonel kapasite, performans, rezerv ve kapasite kullanılabilirliği. Fonksiyonel durum özellikle ileri yastaki hastaların değerlendirilmesi sırasında ve kronik hastalıklarla ilgili çalışmalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır (95). Farklı yaşam kalitesi ölçüm yöntemlerinde işlevsel (fonksiyonel) durumda değerlendirilmektedir (96).

Ruhsal Durum (Mood): Ruhsal durum ve hastalıklar yaşam kalitesini etkileyen durumlardır. Kronik bronşit ve amfizem gibi hastalıklarda semptomların şiddeti fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini etkilemektedir ve bu iki etki birbirinden bağımsız bulunmuştur. Doğrudan psikolojik açıdan değerlendirme yapılarak örneğin depresyon tedavisi yapılması yaşam kalitesini yükseltebilir ve fonksiyonel durum üstünde pozitif etki gösterebilir Ruhsal duruma yönelik girişimlerde örneğin yaşlılarda egzersiz ve aktivitenin artırılması kognitif iyilik halinin gelişmesiyle bireylerin sosyal aktivitelere katılımlarını arttırabilir, sosyal ve emosyonel iyilik halini arttırabilir (95,96).

2.4.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda kabul edilmiş evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte sağlıkla doğrudan yada dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içeren geniş bir kavramdır. Bazı araştırmacılar “mutluluk”, bazıları “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevabın öğretici bir ifadesi” olarak tanımlamışlardır. Tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda hemfikirdirler (95-97).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık açısından özgül, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu ifade eder (98). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirleyen etkenler bedensel durum, ruhsal durum, sosyal ilişkiler ve çevresel alan olarak sayılabilir. Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve çalışma süresi gibi bazı sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (97).

Son yıllarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemi daha iyi anlaşılmasına ve İngiltere ve Amerika’da yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin kolay, ucuz ve uygulanabilir olduğu tespit edilmesine rağmen rutin kullanımının artırılması için yoğun çalışma ortamlarına entegrasyonu gereklidir. Klinisyenler yaşam kalitesi ölçümlerinin gerekliliği konusunda olumlu görüş bildirirken, günlük uygulamalarında sık kullanmadıkları da bilinmektedir (98).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (99,100).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ, sağlığı “sadece hastalık veya sakatlıkların olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Sağlığın bu üç bileşenleri birbirleriyle ilişkili olmasına karşın, bu ilişkinin kuvveti ve nedenselliği tam olarak açıklanmış değildir (101).

Çok boyutluluk: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal üç temel boyutu kapsamaktadır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük işleri ne kadar yapabildiğini algılaması ile ilgilidir. Psikolojik boyut, korku, kızgınlık, mutluluk, depresyon gibi ruhsal durumları kapsamaktadır. Sosyal boyutta ise kişinin çevresinde yer alan insanlarla ne derece ilişki kurabildiği ve onlarla olan paylaşımlarını algılaması konuları yer almaktadır (101).

Öznellik: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin düşünceleri, duyguları, beklentileri ve algılamalarına bağlıdır. Bu nedenle kişinin kendi sağlığı hakkındaki değerlendirmesi ve öznel esenliği yaşam kalitesi çalışmalarında ön plandadır. Öznel esenlik kişilerin kendi yaşamlarını nasıl değerlendirdiğini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Öznel esenlik kavramının üç temel ögesi, tatmin, olumlu affekt ve olumsuz affektir. Tatmin; evlilik, boş zamanları değerlendirme, arkadaşlık gibi alt gruplara ayrılabilir. Gurur duyma, neşe, duygulanım olumlu affektin, üzüntü, suçluluk, utanma ise olumsuz affektin alt gruplarıdır (102,103).

Dinamiklik: Zaman içerisinde devamlı değişime uğrayan karmaşık yapıların en önemlisi insanoğludur. Kişinin kendisinde yada çevresinde olan değişimler onun yaşam kalitesini ifade edişini de değiştirmektedir. Herhangi bir tedaviden önce ve sonra

periyodik aralıklarla yapılacak yaşam kalitesi ölçümleri ile kişinin genel yaşam kalitesi düzeyinde değişim olduğu izlenebilir (104).

Sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörler herhangi bir kronik hastalık da SİYK için önemli belirleyicilerdir. Sağlık durumu üzerinde kişisel ve çevresel faktörlerin de etkisi vardır. Vücut yapısı ve fonksiyonelliğindeki bozukluklar kişilerin aktivite düzeyini ve bu aktivitelere katılımını dolayısı ile sağlık durumlarını etkiler. Kişilerin vücut yapısı ya da fonksiyonelliğindeki bozukluklar direk hastalığın ilerleyişinin bir sonucudur. Aktivite kısıtlanmaları ve/veya aktivitelere katılımlarda ki problemler hastalıklara ve hastalara özel olabilir (103,105).

DSÖ SİYK'ni kişilerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlanmaktadır. Özetle SİYK bir bireyin ya da grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. SİYK bir bütün olarak yaşam kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıklıkla gösterilmiş olan yönlerini içerir. SİYK sağlık durumunun öz değerlendirilmesi, mortalite ve morbilitenin güçlü bir tahminleyicisidir. Bununla birlikte SİYK kavramı hiçbir zaman geleneksel sağlık göstergelerinin bir alternatifi değildir ve ancak başarının değerlendirilmesinde bir tamamlayıcı ölçüt olarak kabul edilmelidir (104).

2.4.4. Yaşam Kalitesi ve Kanser Ağrısı

Ağrı ve yaşam kalitesi çeşitli temel özellikleri paylaşan fenomenlerdir. Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komisyonu ağrıyı “azaltılmadığı zaman fizyolojik ve psikolojik karşı etkileri olan yaygın bir deneyim” olarak tanımlamaktadır (106). Bu nedenle, ağrı kognitif, motivasyonel, affektif, davranışsal, psikolojik ve fiziksel boyutları içermektedir (107). Yaşam kalitesi de bu boyutların tamamını kapsayan bir doğaya sahiptir (108-110). Ağrı yönetimindeki belirgin ilerlemelere karşın, kanser ağrısının hastaların tamamında başarılı olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir. Kanser ağrı yönetiminin yeterli olmaması; fonksiyonel durumda azalma, yorgunluğun artması ve yaşam kalitesinin azalması gibi istenmedik durumlara neden olmaktadır (111). Kanser ağrısının kontrolünü sağlamak; hasta, aile ve sağlık bakımı verenleri kapsayan karmaşık bir süreçtir (112-114). Son yıllarda özellikle kronik yetersizlik durumlarında yaşam kalitesinin tanınmasına artan bir şekilde ilgi

gösterilmektedir. Yaşam kalitesi; hasta üzerinde hastalığın ve tedavinin tüm etkileri ve bu etkilere oluşan yanıtlar olarak düşünülebilir. Yaşam kalitesinin içerdiği boyutlar genel olarak fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik faktörlere odaklanır. Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal boyutlarını büyük oranda etkilemektedir (115,116).

Yaşam kalitesinin tanılanması, bakımın sonuçlarını değerlendirmede daha önemli olmaktadır. Ana amaç hem hasta hem de hastanın ailesi için en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır. Ağrı kontrolünün sağlanması, yaşam kalitesini belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır ve palyatif bakım programlarına başvuran tüm hastaların %60'ı ağrı çekmektedir (117). Hastaların ağrısını dindirmek ve yaşam kalitesini geliştirmek ve onlar için en iyi yaşam kalitesini sağlamak önemli amaçlarındandır (118).

Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir (119). Ağrı anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir; fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve aile, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Böylesi geniş etkileri nedeniyle ağrının hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle etkilediği ve azalttığı görülmektedir (120,121). Orta düzeyde veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmiştir (122). Ağrı umut kaybı ile depresyona neden olabilir ve hastalar aktif tedavi rejimlerini reddedebilirler. Anksiyete, korku, konsantrasyon kaybı ve kontrol kaybına neden olabilir. Emosyonel iyilik hali, cinsel fonksiyon, görünüm, bakım verici gereksinimleri ve sosyal ilişkiler olumsuz olarak etkilenebilir. Hatta altta yatan hastalık stabil olsa bile ağrı, üretkenliği ve bireyin aile ve toplumdaki rolünden memnuniyetini önler (123-125).

2.5. Baş Etme Tutumları

2.5.1. Baş Etme Kavramının Tanımı

Baş etme, çevreden ve içten gelen çatışmaları ve istekleri kontrol etmek için yapılan davranışsal ve bilişsel çabalardır. Baş etme için en gerekli şey, bireyin kaynaklarını zorlayan, tehdit eden ya da sıkıntı yaratan bir olayın olmasıdır, Baş etme

stresli yaşam olaylarını takiben gelişen, otomatik, biyolojik temelli davranışlar olmayıp, bilinçli ve amaçlı olarak gerçekleştirilen, davranışsal ve bilişsel değişikliklerdir (126,127).

Baş etme kendini iyi hissetme ile adaptif kaynakları kullanabilme arasında rol oynayan bir değişkendir. Baş etmenin içeriğini belirleyen bilişsel değerlendirme süreci, kişisel kontrol ve yeterlik algısının etkisi doğrultusunda, uygun sonuçlara ulaşabilmeyi sağlayacak alternatif fonksiyonları kullanabilmenin yolunu açar (127).

Baş etme tutumları zorlayıcı durumlara uyum sağlamada önemli bir role sahiptir. “Baş etme”, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, Baş etme tutumları ile stresör yaşantıların derecesi arasında yakın bir ilişki vardır. Örneğin; etkili Baş etme tutumları kişiyi anksiyete oluşturan bilişsel, çevresel ve biyolojik etkenlere karşı korumaktadır. Baş etme tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmekte ve bireye özgü nitelik taşımaktadır (128).

Baş etmede cinsiyet faktörünün de etkisi vardır. Birçok kültürde erkek güçlü ve problem çözücü olarak görülürken, kadın bağımlı ve yardıma gereksinimi olan birey olarak görülmüştür. Başa çıkmada, erkeklerin doğrudan harekete geçme, kadınların uzak durma, dua etme gibi pasif çözüm stratejilerini seçtikleri belirlenmiştir. Ancak, aktif stratejiler içinde yer alan sosyal destek aramayı, kadınlar daha sık kullanmaktadır. Kadınlar başa çıkma yollarını erkeklerden daha fazla kullanmakta ve geniş bir repertuara sahip olmalarına karşın, kullandıkları teknikler da az etkilidir (128,129).

2.5.2. Baş Etme Stratejileri

Baş etme stratejilerinin sınıflandırılması konusunda pek çok görüş bulunmaktadır. Kuramsal olarak, başa çıkma stratejisi sayılabilecek davranışların sayısı sınırsız olmasına rağmen, başa çıkma stratejisinin belli başlı örnekleri şunlar olabilir: Psikodinamik kuramca öngörülen savunma düzeneklerinin kullanımı, kendi kendisini rapor etme, derin nefes alma, gevşeme, içki ve uyuşturucu kullanma, plan, program yapma, stres yaratan problemi çözmeye yönelik yeni beceriler kazanmaya çalışma (129,130).

Baş etme çabaları, problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki grup altında toplanmıştır. Genelde problem odaklı baş etme değişebilir olarak değerlendirilen durumlarda, duygu odaklı başa çıkmanın ise durumların değişmez olarak değerlendirilmesi halinde daha sıklıkla kullanıldığını belirtmişlerdir (131).

Stres yasayan insanlarda gözlenen belirtilerden yola çıkarak her bir stres durumu için insanların neyi baş etme stratejisi olarak kullandıkları araştırılmış ve dört genel strateji belirlenmiştir. Bunlar:

- 1-Durumu değiştirme çabası,
- 2-Durumu yönetebilmeye yarayacak bilgileri toplama çabaları,
- 3-Olayı kabul etmek,
- 4-Çevrenin ne beklediğini kestirmeye çalışarak davranmaktır (131,132).

İlk iki seçenek aktif formu, yani problem odaklı Baş etme yaklaşımını, diğer ikisi ise pasif formu (duygusal odaklı başa çıkma seçimini) yani kişinin sadece kendini rahatsız eden durumdan çekilme isteğini içerir (131,133).

2.5.2.1. Sorun Odaklı Baş Etme

Sorun odaklı baş etme stratejileri, problem çözme becerilerine benzer bir anlam taşır. Sorun odaklı baş etme, problemi direk tanımlama ve anlamaya, alternatif hazırlama, faydalı ve yararlı sonuçlara ulaşacak çabaların önemliliğini bir tercih olarak kişiye sunar. Sorun odaklı, problem çözme becerisinden daha kapsamlı bir çözüm organizasyonu ile konuyu tüm boyutları ile kuşatmayı ve sonuçlandırmayı içerir. Sorun çözme daha çok çevresel odaklı analizlerle sorun üzerinde odaklaşırken, sorun odaklı başa çıkma seçimleri, sorunla direkt kişisel kaynakların içerdiği stratejilerle kurulur (134,135).

Bilişsel stratejiler ve aktif baş etme daha fazla bilgi toplama, analiz etme ve olumlu değişim ile ilgilidir. Bunun yanında duygusal stratejiler, kaçınma, sorumlu bulma ve olumsuz değişimi kısmen engellemeyi içerir, bu ikinci tarz daha düşük anlama ve adapte olma içeriği ile yavaş isleyen bilişsel değerlendirme ve baş etme sonuçlarına sahiptir (135).

Olay değiştirilebilir olarak algılandığında; kognitif problem çözme, karar verme, kişiler arası anlaşmazlıkları çözümlenme, öğüt alma, amaç belirleme, zamanı iyi kullanma stratejileri kullanılır (135,136).

Sorun çözmeye yönelik baş etme tutumları ruhsal sıkıntıyı azaltırken, duygusal odaklı yaklaşımlar artırabilmektedir. Bununla birlikte, baş etme tutumlarının uyum sağlamaya yönelik olup olmadıkları stresörün özelliğine de bağlı olarak değişmektedir. Duygusal odaklı tutumlar bazı stresörlere yanıtta fayda sağlamalarına karşın, genellikle şiddetli psikopatoloji ve işlevsellikteki bozulmayla birlikte (137).

2.5.2.2. Duygu Odaklı Baş Etme

Olayın değiştirilmesini uygun olmadığı durumlarda; olayın anlamını değiştirmeye yönelik bilişsel çabalar, bilişsel yeniden şekil verme, sosyal benzetmeler, en aza indirme, olayları iyi yönüyle görme stratejileri kullanılır (138).

Duygu odaklı baş etme, literatürde de genel kabul gördüğü anlamda stres veren durumlara yönelik bilişsel süreçleri direk duygusal tercihlere dönüştürerek durumu azaltma/küçültmeye yönelik stratejileri, kaçınma, basitleştirme, sadece bir yönü ile ilgilenme, olumlu karşılaştırmalar yapma, olumsuz durumları olumlu olabilecek yönleri ile görmeye çalışma gibi açıklamaları içerir (139).

Duygu odaklı baş etme, sorunu yok varsayma, kişisel kontrol gücünü yetersiz hissetme, sosyal destek arama, kaçma-kaçınma, durumu kabul etme ve olumlu yeniden yapılanma gibi çabalardır. Durumun kontrol edilemez olarak değerlendirilmesi halinde sıklıkla kullanılır. Duygusal odaklı baş etme kontrol edilmekte güçlük çekilen durumları inkar etmeye veya uzak durmaya çalışarak kişiyi rahatlatmaya hizmet edecek yaklaşımları hazırlar (140).

Kişiler arası ilişkilerle elde edilen sosyal desteğin, duygusal odaklı baş etme seçimlerini açıklamaya yönelik geçerli ve makbul bir ilişki sunduğunu belirtir. Sosyal destek alınarak kullanılan duygusal baş etme eğilimlerinin problemi kontrol edebilme algısını artırdığı, hem erkeklerde hem de kadınlarda kontrol algısını yükseltirken, adaptif cevaplar hazırlamada duygusal bağlantıların sosyal desteği ek bir faktör olarak kullanabilmenin önemine değinmiştir. Sosyal desteği kullanamayan ve yetersiz kişiler arası ilişki düzeyine sahip bireylerin kaçınma davranışları arttığını belirtmektedir (141,142).

Duygusal odaklı baş etme tarzında başarılı biçimde düşünmekten kaçındığımız tehdit, geçici bir süreyle de olsa bizi bunaltmaz. İnkâr ve sorundan uzak durma kişiye daha sakin bir biçimde soruna yaklaşma fırsatı verdiği için psikolojik stresi kontrol

etmede güçlü tekniklerdir. Bu baş etme tarzında birey yaşanan süreç içerisinde durumun objektif ve araçsal özellikleri ile içerdeki tehditlerin doğasındaki gerçekliğe dikkat etmez. Duyguda odaklanan baş etme, egzersiz, yemek yeme, sempati arama gibi afektif düzenlemeler ve inkar iyimser düşünce, tehdidin değerini azaltma, hayal kurma gibi dikkati tekrar yönlendirme çabalarını içeren stratejilerden oluşur. Yine bu baş etme tarzı; uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kaçınma, sorumluluk alma ve olumlu değerlendirmeler şeklinde de olabilmektedir (143).

2.5.3. Baş etme tutumları ve kanser ağrısı

Kanser, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir fenomendir. Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Birey gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye zorlandığı bir dönem yaşar. Baş etme, gerçeğin kabulü ve olası en az acı ile kaliteli yaşamı sürdürebilmeye yönelik psikolojik ve davranışsal çabalardır (144). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde baş etmenin önemli bir güç olduğunu belirtilmektedir (145).

Yapılan çalışmalarda ağrının prognozunu olumsuz olarak etkileyen psikososyal etkenlerin önemli bir kısmının korku-kaçınma inancı, katastrofizasyon ve edilgin başa çıkma tutumları olarak tanımlanan bilişsel etkenler olduğu saptanmıştır (145). Edilgin başa çıkma ve ağrının gelecekte ilerleyeceğine ve işgörmezlik oluşturacağına ilişkin kişisel algının, yaklaşık bir yıla kadar ağrının işgörmezlik oluşturabileceğine ilişkin öngörü değeri taşıdığı sonucuna varılmıştır (146). Ağrıyı kader olarak kabul etmek, ağrısı hakkında düşünmekten kaçmak, dikkatini başka noktalara kaydırmak akut ağrıda bir uyum tarzı olarak görülse de, bel ağrıları hakkında yapılan çalışmalarda işlev bozukluğu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (147). Yardımsızlık ve çaresizlik duygusunun duygusal uyuma, dikkati başka tarafa yöneltmek ve dua etmenin de işlevsel uyuma olumsuz etken olduğu saptanmıştır (148).

Baş etme, bilişsel ve davranışsal olarak ağrının üstesinden gelmek ile ilişkilidir ve etkin (ağrıyı geçirmek için çabalamak gibi) ve edilgin (ağrı hakkında katastrofiye düşünceler gibi) tarzları yansıtmaktadır. Edilgin başa çıkma tutumlarının, özellikle

katastrofize etmenin kronik ve şiddetli ağrı, depresyon ve işlevsel bozukluklarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Yaşlı hastaların ağrı ile başa çıkma tutumları hakkında genç hastalara göre kesin bir veriye ulaşmak güçtür. Bunun en önemli nedeni ise yaşlıların daha az sıklıkla ilaç kullanılmayan sağaltım merkezlerine yönlendirilmeleri, daha az sayıda oturuma katılmaları ve ağrı konusundaki araştırmalarda yeterince yer almamalarıdır. Buna karşın yapılan tek değişkenli araştırmalarda ağrı yakınmasına karşı yaşlı hastaların daha çok edilgin, gençlerin ise etkin başa çıkma tutumu sergilediği saptanmıştır. Çok değişkenli araştırmalar ise edilgin başa çıkma tutumunun ileri yaş kadar kadın olma, yabancı kimliği, düşük eğitim düzeyi, parasal ve iş sorunları ve ağrı tipleriyle de (örneğin karmaşık ağrı) ilişkili olduğunu doğrulamaktadır. Etkin başa çıkma tutumlarının ise daha çok gençler tarafından kullanıldığı saptanmıştır (148,149).

Tek değişkenli çalışmalarda ileri yaştaki hastaların daha şiddetli ağrıları olduğu ve bu klinik durumların ciddiyetinin kişilerde bir ölüm korkusu oluşmasına zemin hazırladığı, bunun da çaresizlikle edilgin başa çıkma tutumuna neden olduğu gösterilmiştir. Ağrıları onlara gizemli bir şekilde dışardan bir şeyin denetimi altındaymış gibi gelebilmektedir. Bu nedenle edilgin bir başa çıkma tutumu olarak umut beslemeleri ve dua etmeleri bir süre ağrıyı hissetmemelerine ve bunun baskın bir başa çıkma tutumu haline gelmesine neden olabilmektedir (150).

2.5.4. Yaşam Kalitesi ile Baş Etme Tutumlarının İlişkisi

Çalışmalarda ağrı ve işgörmezlik oluşmasında korku-kaçınma inanışları ve edilgin başa çıkma tutumları gibi bilişsel etkenlerin rolüne vurgu yapılmıştır. Ağrıyla dua ederek, ağrı hakkında düşünmekten kaçınıp dikkatini başka konulara vererek başa çıkma, akut ağrıya karşı bir uyum gibi görünse de, ağrının geçmesinde ve yaşam kalitesinin düzelmesinde her hangi bir işlevi olmadığı gösterilmiştir (144). Koleck ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, ağrıyı görmezlikten gelen ve ağrı hissini farklı bir şekilde yorumlamaya çalışan hastaların ağrıya olumlu bir anlam yükledikleri ve yaşama sanki ağrı yokmuş gibi devam ettikleri kaydedilmiş, fakat bunun ağrı üzerindeki etkisi kesin olarak açıklanamamıştır (148).

Yapılan diğer araştırmalarda ise sorun odaklı baş etme tutumunun yaşam kalitesi üzerine olan olumlu etkilerinin, duygu odaklı başa çıkma tutumuyla kaydedilemediği öne sürülmektedir. Chang ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada, baş

etme tutumlarının fiziksel yaşam kalitesiyle doğrudan bir ilişkisi olmadığı, ileri yaşın ve artan stresin düşük fiziksel yaşam kalitesini öngörü değerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Fakat aynı çalışmada baş etme tutumlarının ruhsal yaşam kalitesini öngörü değerinin çok daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Buna göre duygu odaklı başa çıkma tutumlarının ruhsal yaşam kalitesinde kötüleşmeye neden olurken, sorun odaklı başa çıkma tutumlarının ruhsal yaşam kalitesinde iyileşme ile sonuçlandığı kaydedilmiştir (150).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde kanser ağrısı nedeniyle tedavi gören hastaların yaşam kaliteleri ve baş etme tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemine Özellikleri

Bu araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde 1 Temmuz - 1 Aralık 2009 tarihleri arasında kanser ağrısı nedeniyle en az bir aydır tedavi gören, ruhsal açıdan sorunu olmayan, 18-65 yaş arası, en az okur-yazar olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, görme ve işitme engeli olmayan, işbirliğine açık 140 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada gerekli minimum örneklem genişliği %80 güç ($\beta=0,20$) ve %5 I. tip hata ($\alpha=0,05$) olmak üzere 140 hasta olarak belirlenmiştir. Güç analizi Med Calc v.10.1.6. paket programı ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniği Anestezyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalına bağlı olarak Doç.Dr. Şebnem ATICI'nın sorumluluğunda çalışmalarını yürütmektedir. Ağrı polikliniği 8-16 saatleri arasında hizmet vermektedir. Ağrı Polikliniğinde bir araştırma görevlisi hekim ve anestezi teknikeri görev yapmaktadır. Ağrı polikliniği iç içe bulunan iki odadan oluşmuştur. İlk odada hasta karşılanmakta ve ikinci odada muayene ve gerekli müdahaleler yapılmaktadır

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak geliştirilen Sosyodemografik Bilgi ve Klinik Görüşme Formu, Kısa Form 36 (SF-36) Sağlık Taraması, COPE Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Görsel Analog Skala (GAS) ile toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi ve Klinik Görüşme Formu

Veri toplamada kullanılan anket formu sosyodemografik özellikler, tedavi ve hastalığa ilişkin özellikleri tanımlayan dört bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, yaşadığı bölge, ekonomik düzeyi ve sosyal güvence durumu sorgulanmıştır. İkinci bölümde ise hastanın ağrı süresi, en çok hangi bölgede ağrı yaşadığı, tedavi süresi, tedavi şekli ve ilacı, ağrıya eşlik eden yakınma ve GAS puanı sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde tıbbi tanı, hastalığın evresi, hastalığa ilişkin tedavi görme durumu sorgulanmıştır. Dördüncü bölümde hastalığı bilme durumu, hastalık sürecinde gördüğü destek durumu sorgulanmaktadır.

3.4.2. Kısa Form 36 (SF-36) Sağlık Taraması

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde özgün ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 Sağlık Taraması (Short Form-36; SF-36 Health Survey) MOS Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (108). Ölçek geliştirilirken kısa ve kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. Bowling'den (1997) aktaran Aydemir'in belirttiğine göre, 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır (109). Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla madde sayısı 36'ya çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur (109).

Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışma Deneyi/Tıbbi Çıktılar Çalışması'nda (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study; HIS/MOS) kullanılmak üzere düşünülmüştür ve bu nedenle ilk yayınlanan kaynak da dâhil olmak üzere pek çok kaynakta bu kısaltmalar ölçeğin adına eklenmiş olarak görülmektedir. Bu yazıda ölçeğin İngilizce kısaltmasının yeğlenmesinin nedeni, bu kısaltmanın artık ölçeğin evrensel adı olarak tüm çalışmalarda yer alması ve bu biçimde bilinmesidir. Ware'den (1993) aktaran Aydemir, SF-36'nın başlıca özelliğinin bir kendini değerlendirme ölçeği olduğunu vurgulamaktadır. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 9 boyutun ölçülmesini sağlamaktadır: Fiziksel işlev (10 madde), sosyal işlev (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde),

esenlik (yaşam enerjisi) (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde, geçen yılki sağlık puanı (1) maddedir (109).

Ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirme yapmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve kötu sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (110). Ölçeğin, değişimi ölçmede de duyarlı olduğu gösterilmiştir (111). Ölçek oldukça hızlı değerlendirme sağlamaktadır. Ölçeğin 5–10 dakikada doldurulabilme özelliği ülkemizde yapılan çalışmalarda da gözlenmiştir (112). Bunun ötesinde ölçek telefon ve posta yolu ile doldurularak da kullanılmıştır (109).

SF-36'nın güvenilirlik çalışmalarında en sık kullanılan yöntem içsel tutarlılık yöntemi olan Cronbach alfa katsayısının hesaplanmasıdır. Bu çerçevede yapılan istatistiksel analizler anlamlı kabul edilen 0.70'in üzerinde bulunmuştur. Çoğu çalışmada alt ölçeklerin her biri için ayrı ayrı hesaplama yolu yeğlenmiştir, ancak çok seyrek olarak alt ölçeklere yönelik ayrı birer madde gibi işlem yapılarak tek bir Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Güvenilirlik çalışmalarında ayrıca maddeler arası korelasyon katsayıları, test-yeniden test korelasyon katsayıları da hesaplanmıştır. Sonuçta, bu analizlerin yapıldığı çalışmalarda sonuçlar güvenilirliği destekler nitelikte bulunmuştur (109). Bizim çalışmamızda cronbach alpha 0.75 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde bu süreç, Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi projesine katılımıyla başlamıştır. SF- 36'nın Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirliği aynı bölümde doktora tezi olarak yapılmıştır (112). Ülkemizde SF–36 ile gerek Türkiye standardizasyonu çalışması gerekse çeşitli klinik çalışmalar sürdürülmektedir. SF-36'nın en yaygın olarak kullanıldığı ve yarar sağladığı düşünülen alan romatizmal hastalıklardır.

SF 36 alt grup parametreleri

Fiziksel işlev: Bununla gün boyunca yapılan etkinlikler (koşmak, ağır kaldırmak, spor yapmak, bir masayı çekmek, günlük alış verişte alınanları kaldırmak, merdiven çıkmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek vs.) araştırılır.

Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: Kişinin bedensel sağlığının sonucu olarak, iş ve diğer günlük etkinliklerde bir sorunla karşılaşmış ve karşılaşmadığı (iş veya diğer etkinlikler

için harcanan zamanın süresi, kısıtlanma, güçlük çekme, daha fazla çaba gerektirmesi vs.) araştırılır.

Ağrı: Miktarı, kişinin işini engelleyip engellemediği vs. araştırılır.

Genel sağlık: Kişinin genel sağlığı açısından düşüncesi, diğer insanlarla kendini kıyaslama vs. araştırılır.

Yaşam enerjisi: Kişinin kendini yaşam dolu, enerjik, tükenmiş, yorgun hissedip hissetmeme durumları araştırılır.

Sosyal işlev: Kişinin bedensel sağlığının duygusal sorunlarını ve çevre ile ilişkisini ne kadar etkilediği araştırılır.

Duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: Kişinin duygusal sorunlarının (çökkünlük, kaygı vs.) iş ve diğer etkinliklerine etkisi araştırılır.

Zihin sağlığı (mental sağlık): Kişinin sinirli, üzgün veya sakin ve uyumluluk durumunu, kederli, hüznü veya mutlu vb. durumları içerir (112). Ölçeğin çok sayıdaki bulguyla ilişkilendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla ilk dört alt ölçeğin puanlarıyla fiziksel özet puan- Physical Component Summary (PCS), son dört alt ölçeğin puanlarıyla da mental özet puan- Mental Component Summary (MCS) hesaplanmaktadır. Bu puanlar genel nüfusun normative verileri temel alınarak ve medical outcome-MCS ve PCS hesaplama programı kullanılarak elde edilmektedir. Bu şekilde fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi özet puanlarına ulaşılmaktadır.

Geçen yılki sağlık puanı: Son 12 ayda hastanın genel sağlığında meydana gelen değişimleri yorumlamasını içermektedir.

3.4.3. COPE (Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)

İnsanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman kullandıkları başa çıkma tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan ölçek, 1989'da Carver ve Scheier tarafından COPE envanteri (The Coping Orientations to Problems Experienced scale) adıyla geliştirilmiş, dilimize Cope (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği) olarak 2005'de Ağargün ve arkadaşları tarafından çevrilmiş ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek şu şekilde bir açıklama paragrafıyla başlar: "Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz.

İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda, genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.” Atmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım (151,152).

Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. Yapılan çalışmalarda alt ölçeklerin duygu odaklı ve sorun odaklı başa çıkma tutumları olarak iki grupta toplanması faktör analizi ile değerlendirildikten sonra yapılmakta, standart bir gruplama kullanılmamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa 0.79 bulunmuştur (152). Bizim çalışmamızda cronbach alpha 0.82 bulunmuştur.

3.4.4. Görsel Analog Skala (GAS)

Hastanın ağrı algısının şiddetini ölçmek için kullanılan GAS 10 cm uzunluğunda olup, yatay çizgi üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir (0 = ağrı yok, 10 = en şiddetli ağrı). Hastadan, bu çizgi üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile çizginin en düşük ucu (0 = ağrı yok) arasındaki uzaklık santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı algısının şiddetini göstermektedir (153-159).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan anket formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağrı Polikliniğinde onkolojik nedenli kronik ağrı nedeniyle

tedavi gören 10 hastaya uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda anket formunda değişiklikler yapılmıştır. Bu nedenle ön uygulamada kullanılan anketler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Formu ve Ölçeklerin Uygulanması

Anket ve ölçekler araştırmacı tarafından 1 Temmuz 2009- 1 Aralık 2009 tarihleri arasında bire bir görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Sosyodemografik bilgi ve klinik görüşme formunda hastaların kanser olduklarını bilmeme ihtimallerine karşın kanser ağrısı ve tedavisine ilişkin 11, 12, 13, 14, 16 numaralı sorular “ağrı” şeklinde, kansere ilişkin tedavi yöntemini içeren 22’inci soru “hastalık tedavisi” şeklinde sorulmuştur. Kanser olduğunu bilmeyen hastaların kanser ve tedavisine ilişkin bilgileri poliklinik kayıtlarından doldurulmuştur. Ağrı ve tedavi süresini içeren 11 ve 13 numaralı sorular ile tedavinin yapıldığı ilacı sorgulayan 15 numaralı soru açık uçlu sorulmuş istatistiksel analizin gerektirmesi üzerine araştırmacı tarafından gruplanmıştır. Hastaya hastalığı sırasında en çok destek veren kişilerin saptanmasına yönelik sorulan 21. sorunun cevaplarından kardeşim ve arkadaşlarım seçenekleri istatistiksel analiz açısından diğer şekilde gruplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

SF-36 ve Cope ölçeklerinin alt puanları bakımından, hastaların sosyodemografik, ağrı, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri arasında bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla Independent Samples t test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Varyans analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlarda hangi grupların farklılık gösterdiğinin belirlenmesi amacıyla Bonferroni post hoc testinden yararlanılmıştır.

SF-36 ve Cope ölçeklerinin alt puanlarının kendi içinde birbiriyle olan korelasyonları ve her iki ölçeğin alt puanlarının birbirleriyle olan korelasyonlarını belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. SF-36 ve Cope ölçeklerinin geçerliliklerinin belirlenmesi amacıyla Cronbach-alfa katsayısı hesaplanmıştır.

İstatistik analizlerde SPSS v.11.5.1 paket programı kullanılmıştır. İstatistik analizlerde $P < 0,05$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir. Sürekli değişkenlere ait

tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma olarak, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya dahil edilen hastaların kanser hastası olması, araştırmanın 1 Temmuz-1 Aralık tarihleri arasında yapılması, araştırmanın 140 hasta ile sınırlı olması, hastaların 8-16 saatleri arasında polikliniğe gelmeleri, araştırmacının aynı kurumda görevli olup haftada üç gün poliklinikte bulunması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır

3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Nisan Mayıs 2009	Haziran 2009	Temmuz Ekim 2009	Ekim 2009	Kasım Aralık 2009
Planlama, izinler	-----	-----			
Anket hazırlama	-----				
Literatür taranması	-----	-----	-----		
Verilerin toplanması			-----	-----	-----
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol				-----	
İstatistiksel analiz				-----	-----
Tez yazımı					-----

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Araştırma kapsamına kanser ağrısı nedeniyle Mersin Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ağrı polikliniğinde tedavi gören 140 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %7,1'i 21-35 yaş arası, %22,1'i 36-50 yaş arası ve %70,7'si 51-65 yaş arasındadır. Hastaların ortalama yaşı 55,32 ve standart sapmaları 10,39 olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %42,9'u kadın, %57,1'i erkektir. Hastaların %61,4'ü evli, %2,9'u bekar ve %35,7'sinin eşi ölmüştür. Hastaların %55,7'sinin 3 ve üzerinde çocuğu vardır. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %47,1'inin okur-yazar, %28,6'sının ilköğretim, %12,9'unun lise, %11,4'ünün yükseköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Hastaların %84,3'ü il merkezinde, %15,7'si ilçede yaşamaktadır. Hastaların %90,0'ı ailesiyle yaşamaktadır. Hastaların %67,1'inin gelir getiren bir işi bulunmamaktadır. Hastaların %82,1'i ekonomik düzeyini "orta" olarak belirtmiştir. Hastaların %37,9'unun sosyal güvencesinin yeşil kart olduğu bulunmuştur.

4.2. Hastaların Ağrı ve Ağrı Tedavisi Özelliklerinin Dağılımı

Hastaların ağrı süreleri incelendiğinde %40,7'sinin 1-5 ay arası, %41,4'ünün 6-10 ay arası, %17,9'unun 11-15 ay arası ağrı deneyimlediği görülmüştür. Hastaların %23,6'sı sırt, bel ve sakrum bölgesinde ağrı yaşadığını belirtmiştir. Hastaların tedavi süreleri incelendiğinde %60,0'mın 1-4 ay arası, %37,1'inin 5-8 ay arası, %2,9'unun 9-12 ay arası tedavi gördüğü belirlenmiştir. Hastaların %82,9'u oral tedavi gördüğü ve hastaların %80'inin opioid ajanlarla tedavi edildiği belirlenmiştir. Ağrı yakınmasına ek olarak hastaların %27,1'inde iştahsızlık yakınması belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların GAS puanları minimum 2 maksimum 10'dur. Ortalama 6,82 standart sapma 1,76 bulunmuştur.

4.3. Hastaların Hastalık ve Destek Alma Özelliklerinin Dağılımı

Kanser ağrısı nedeniyle tedavi gören hastaların %17,9'unun akciğer kanseri olduğu belirlenmiştir. Hastaların %42,1'inin kanser evresi "III" olarak tespit edilmiştir. Hastaların %80,7'si kanser tedavisi görmüştür. Hastaların %96,5'inin ağrı tedavisinden önce kansere ilişkin tedavi gördüğü ve %66,4'ünün kemoterapi aldığı belirlenmiştir. Hastaların %60,7'si kanser olduğunu bilmemektedir. Hastaların %99,3'ü hastalığı süresince kendisine destek veren insanlar olduğunu ve %57,9'u çocuklarından destek gördüklerini belirtmişlerdir.

4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş etme Tutumları Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı ve Ölçeklerin Birbiri ile Korelasyonu

Çizelge 1. Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Aralıkları, Ortalama ve Standart Sapmaları

Yaşam kalitesi alt ölçekleri	Alt ve üst değerler	İşaretlenen alt ve üst değerler	$\bar{X} \pm SD$
Fiziksel Fonksiyon	10-30	10-26	14,38±4,74
Sosyal Fonksiyon	2-21	2-7	3,18±1,04
Fiziksel İşlev	0-4	1-4	4,05±0,42
Mental İşlev	0-3	1-3	3,11±0,73
Mental Sağlık	5-30	5-24	11,05±3,57
Enerji Puanı	4-24	4-19	7,25±2,80
Ağrı Puanı	2-10	2-6.20	3,53±1,18
Genel Sağlık	5-25	5-21	8,89±2,54
Geçen Yıllık Sağlık Puanı	1-5	1-5	1,30±0,54

Çizelge 1'de gösterildiği gibi yaşam kalitesi alt ölçek puanlarından, fiziksel fonksiyon puanı minimum 10 maksimum 26 arasında değişmekte olup ortalama puan 14,38±4,74'dir. Sosyal fonksiyon puanı minimum 2 maksimum 7 arasında değişmekte olup ortalama puan 3,18±1,04'dir. Fiziksel işlev puanı minimum 4 maksimum 8 arasında değişmekte olup ortalama puan 4,05±0,42'dir. Mental işlev puanı minimum 3 maksimum 10 arasında değişmekte olup ortalama puan 3,11±0,73'dir. Mental sağlık

puanı minimum 5 maksimum 24 arasında değişmekte olup ortalama puan $11,05 \pm 3,57$ 'dir. Enerji yorgunluk puanı minimum 4 maksimum 19 olup ortalama puan $7,25 \pm 2,80$ 'dir. Ağrı puanı minimum 2 maksimum 6,20 arasında değişmekte olup ortalama puan $3,53 \pm 1,18$ 'dir. Genel sağlık puanı minimum 5 maksimum 21 arasında değişmekte olup ortalama puan $8,89 \pm 2,54$ 'dir. Geçen yılki sağlık puanı minimum 1 maksimum 5 arasında değişmekte olup ortalama puan $1,30 \pm 0,54$ 'dir.

Çizelge 2. Hastaların Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri Puan Aralıkları, Ortalama ve Standart Sapmaları

Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri	Alt ve üst değerler	İşaretlenen alt ve üst değerler	$\bar{X} \pm SD$
Pozitif Yorumlama	4-16	6-15	10,15 \pm 1,62
Zihinsel Boşverme	4-16	5-13	10,04 \pm 1,49
Sorun Odaklı Baş Etme	4-16	7-15	11,26 \pm 1,86
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	4-16	6-14	10,49 \pm 1,75
Aktif Baş Etme	4-16	5-15	9,25 \pm 2,24
İnkâr	4-16	5-16	10,08 \pm 1,66
Dini Baş Etme	4-16	6-15	10,47 \pm 1,86
Şakaya Vurma	4-16	5-13	9,06 \pm 1,57
Davranışsal Boşverme	4-16	5-14	9,77 \pm 1,87
Geri Durma	4-16	6-14	9,45 \pm 1,60
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	4-16	5-13	9,45 \pm 1,90
Madde Kullanımı	4-16	5-14	8,63 \pm 2,00
Kabullenme	4-16	5-14	9,94 \pm 1,62
Diğer Meşguliyetlere Yönelme	4-16	6-14	9,93 \pm 1,49
Plan Yapma	4-16	5-14	9,24 \pm 1,69

Çizelge 2'de gösterildiği gibi çalışmaya alınan hastaların baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek ortalamayı sorun odaklı baş etme (11,26 \pm 1,86), yararlı sosyal destek kullanımı (10,49 \pm 1,75), dini baş etme (10,47 \pm 1,86) ve pozitif yorumlama (10,15 \pm 1,62) tutumu göstermektedir.

Çizelge 3. Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişki

		Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri								
Baş Etme Alt Ölçekleri		Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel İşlev	Mental İşlev	Mental Sağlık	Enerji Puanı	Ağrı	Genel Sağlık	Geçen Yıllık Sağlık
Pozitif Yorumlama	r	0,037	-0,046	-0,148	-0,051	0,064	0,012	-0,137	0,034	0,004
	p	0,662	0,590	0,082	0,551	0,452	0,888	0,107	0,694	0,959
Zihinsel Boşverme	r	-0,005	0,036	-0,038	-0,103	0,006	0,032	-0,048	-0,105	-0,069
	p	0,950	0,672	0,659	0,225	0,941	0,710	0,574	0,218	0,420
Sorun Odaklı Baş Etme	r	0,007	0,037	0,029	-0,059	-0,270***	-0,280***	-0,064	-0,224**	-0,129
	p	0,933	0,662	0,734	0,485	0,001	0,001	0,453	0,008	0,127
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	r	-0,009	-0,031	0,064	-0,089	-0,099	-0,211*	-0,066	-0,154	-0,181*
	p	0,914	0,720	0,454	0,294	0,246	0,012	0,441	0,068	0,032
Aktif Baş Etme	r	0,193*	0,093	0,086	0,048	0,253**	0,214*	0,005	0,152	0,101
	p	0,022	0,274	0,314	0,571	0,003	0,011	0,954	0,072	0,236
İnkar	r	-0,026	0,016	0,025	-0,085	-0,115	-0,212*	-0,012	-0,173*	-0,076
	p	0,759	0,855	0,773	0,318	0,178	0,012	0,889	0,041	0,370
Dini Baş Etme	r	0,064	-0,002	-0,113	-0,093	-0,184*	-0,252**	0,057	-0,222**	-0,138
	p	0,454	0,985	0,182	0,272	0,030	0,003	0,501	0,008	0,104
Şakaya Vurma	r	-0,006	0,010	0,028	0,012	0,228**	0,075	0,036	0,093	0,035
	p	0,942	0,905	0,745	0,885	0,007	0,381	0,672	0,272	0,679
Davranışsal Boş Verme	r	0,138	0,120	-0,095	-0,060	0,119	-0,068	0,140	-0,017	0,039
	p	0,104	0,159	0,264	0,481	0,162	0,422	0,099	0,841	0,651
Geri Durma	r	-0,006	0,107	-0,130	-0,014	0,092	-0,084	0,144	0,010	0,036
	p	0,941	0,206	0,126	0,867	0,279	0,323	0,089	0,903	0,677
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	r	0,022	0,090	0,043	0,029	-0,002	-0,026	0,100	0,031	-0,163
	p	0,799	0,289	0,614	0,730	0,984	0,758	0,239	0,716	0,054
Madde Kullanma	r	0,025	0,029	-0,004	-0,016	0,238**	0,095	0,047	0,037	0,037
	p	0,765	0,735	0,964	0,855	0,005	0,265	0,585	0,661	0,664
Kabullenme	r	0,193*	0,036	0,078	0,060	0,034	-0,058	0,037	-0,144	-0,012
	p	0,022	0,675	0,361	0,481	0,690	0,493	0,666	0,089	0,884
Diğer Meşguliyetlere Yönelme	r	0,219**	0,109	0,051	0,053	-0,006	-0,027	0,050	-0,013	-0,002
	p	0,009	0,202	0,551	0,535	0,944	0,752	0,561	0,877	0,981
Plan Yapma	r	0,044	0,084	0,023	0,094	0,099	-0,066	0,104	-0,121	-0,034
	p	0,607	0,325	0,785	0,270	0,245	0,436	0,222	0,154	0,686

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Baş Etme Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinin sonuçları Çizelge 3'te verilmiştir.

En yüksek derecede korelasyon Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarından enerji yorgunluk puanı ile Baş Etme Alt Ölçek puanlarından sorun odaklı baş etme puanı arasında hesaplanmıştır. Enerji yorgunluk puanı ile sorun odaklı baş etme puanı

arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,280$, $P = 0,001$). Diğer puanların birbiri ile korelasyonları ise şu şekilde saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon puanı ile kabullenme puanı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,193$, $P = 0,022$). Yine fiziksel fonksiyon puanı ile diğer meşguliyetlere yönelme puanı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,219$, $P = 0,009$). Sosyal fonksiyon, fiziksel işlev ve mental işlev puanları ile hiç bir Baş Etme Alt Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p > 0,05$). Mental sağlık puanı ile sorun odaklı baş etme puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,270$, $P = 0,001$). Mental sağlık puanı ile aktif baş etme puanı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,253$, $P = 0,003$). Yine mental sağlık puanı ile dini baş etme puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,184$, $P = 0,030$). Mental sağlık puanı ile şakaya vurma puanı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,228$, $P = 0,007$). Son olarak, mental sağlık puanı ile madde kullanma puanı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,238$, $P = 0,005$). Enerji yorgunluk puanı ile sorun odaklı baş etme puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,280$, $P = 0,001$). Yine enerji yorgunluk puanı ile yararlı sosyal destek kullanımı puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,211$, $P = 0,012$). Enerji yorgunluk puanı ile aktif baş etme puanı arasında ise pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,214$, $P = 0,011$). Enerji yorgunluk puanı ile inkar puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,212$, $P = 0,012$). Son olarak, enerji yorgunluk puanı ile dini baş etme puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,252$, $P = 0,003$). Ağrı puanı ile hiç bir Baş Etme Alt Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p > 0,05$). Genel sağlık puanı ile sorun odaklı baş etme puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,224$, $P = 0,008$). Yine genel sağlık puanı ile inkar puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,173$, $P = 0,041$). Genel sağlık puanı ile dini baş etme puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,222$, $P = 0,008$). Son olarak, geçen yıl ki sağlık puanı ile sadece yararlı sosyal destek kullanımı puanı arasında negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r = -0,181$, $P = 0,032$).

4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması

Çizelge 4. Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri											
Sosyo-Demografik özellikler	n	%	Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel işlev	Mental işlev	Mental sağlık	Enerji	Ağrı puamı	Genel sağlık	Geçen yılki sağlık
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$X\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Yaş											
21-35 yaş	10	7,1	15,40±5,31	3,72±0,82	4,00±0,07	3,00±0,18	8,40±2,67	6,20±2,04	3,22±1,09	7,40±1,83	1,20±0,42
36-50 yaş	31	22,1	17,48±4,99	3,70±1,10	4,12±0,71	3,09±0,53	11,77±3,02	8,54±3,24	4,05±1,29	10,00±3,24	1,58±0,80
51-65 yaş	99	70,7	13,31±4,16	3,07±1,00	4,03±0,30	3,13±0,81	11,10±3,71	6,95±2,60	3,39±1,11	8,69±2,22	1,23±0,42
p			0,001***	0,003**	0,488	0,855	0,032*	0,010**	0,018*	0,006**	0,006**
Cinsiyet											
Kadın	60	42,9	14,76±4,87	3,20±0,98	4,00±0,32	3,00±0,26	11,33±2,71	7,18±2,29	3,59±1,15	9,05±2,10	1,38±0,66
Erkek	80	57,1	14,10±4,64	3,17±1,09	4,08±0,55	3,20±0,95	10,85±4,10	7,31±3,14	3,48±1,20	8,77±2,83	1,25±0,43
p			0,412	0,890	0,163	0,066	0,404	0,788	0,589	0,528	0,181
Medeni durum											
Evli	86	61,4	15,80±5,11	3,33±1,12	4,08±0,53	3,18±0,92	11,33±3,73	7,63±3,15	3,66±1,26	9,13±2,76	1,39±0,61
Bekar	4	2,9	12,50±2,88	3,00±0,81	4,00±0,23	3,00±0,16	7,25±2,06	5,00±0,81	3,40±1,04	6,75±1,25	1,00±0,11
Eşi ölmüş	50	35,7	12,10±2,95	2,94±0,89	4,00±0,15	3,00±0,09	10,88±3,23	6,78±2,01	3,30±1,02	8,64±2,09	1,18±0,38
p			0,001***	0,097	0,541	0,343	0,074	0,058	0,224	0,125	0,045*
Çocuk sayısı											
Yok	5	3,6	13,00±2,34	3,00±1,00	4,00±0,42	3,00±0,33	9,60±4,50	6,40±3,20	3,56±0,97	8,00±2,12	1,00±0,08
1 çocuk	11	7,9	15,45±5,16	3,00±1,18	4,00±0,25	3,00±0,24	10,72±3,22	7,27±3,16	3,27±1,31	8,54±2,76	1,36±0,50
2 çocuk	46	32,9	15,76±5,09	3,52±1,02	4,15±0,72	3,19±0,74	11,84±3,39	7,89±2,88	3,95±1,20	9,65±2,78	1,39±0,71
3+ çocuk	78	55,7	13,51±4,40	3,02±1,01	4,00±0,60	3,08±0,79	10,73±3,64	6,93±2,65	3,31±1,11	8,55±2,31	1,26±0,44
p			0,056	0,069	0,259	0,793	0,283	0,280	0,027*	0,095	0,373
Yaşadığı bölge											
İl	118	84,3	14,66±4,85	3,18±1,06	4,05±0,45	3,13±0,79	10,99±3,61	3,61±2,67	3,49±1,19	8,89±2,41	1,28±0,55
İlçe	22	15,7	13,95±4,16	3,18±1,00	4,00±1,17	3,00±1,00	11,40±3,41	3,41±3,44	3,72±1,11	8,86±3,19	1,40±0,50
p			0,644	0,985	0,546	0,426	0,617	0,659	0,398	0,953	0,344

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Çizelge 4 (Devamı). Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri											
Sosyo- Demografik özellikler	n	%	Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel işlev	Mental işlev	Mental sağlık	Enerji	Ağrı puanı	Genel sağlık	Geçen yılki sağlık
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Eğitim durumu											
Okur-yazar	66	47,1	12,90±3,94	3,06±1,00	4,00±0,13	3,10±0,86	11,36±3,55	6,78±2,22	3,39±1,04	8,66±2,11	1,22±0,42
İlköğretim	40	28,6	16,27±5,12	3,25±1,10	4,17±0,78	3,15±0,66	11,05±3,55	8,10±3,57	3,79±1,29	9,65±3,20	1,42±0,74
Lise	18	12,9	15,11±4,98	3,22±1,00	4,00±0,45	3,00±0,00	10,33±4,05	7,05±2,95	3,55±1,11	8,11±2,39	1,38±0,50
Yüksekokul	16	11,4	14,93±4,91	3,06±1,12	4,00±0,29	3,18±0,75	10,62±3,28	7,31±2,27	3,40±1,45	8,81±2,16	1,25±0,44
p			0,003**	0,356	0,177	0,875	0,696	0,134	0,402	0,121	0,283
Birlikte yaşadığı kişiler											
Yalnız	7	5	13,14±4,74	2,14±0,37	4,00±0,35	3,00±0,26	10,85±2,41	6,85±1,67	3,08±0,90	8,42±1,98	1,57±0,53
Anne-Baba-Kardeş	7	5	12,14±2,41	3,14±0,89	4,00±0,32	3,00±0,19	10,28±3,86	6,57±2,87	3,42±1,04	8,28±1,79	1,00±0,49
Eş-çocuk	126	90	14,57±4,81	3,24±1,05	4,05±0,44	3,12±0,76	11,11±3,62	7,31±2,85	3,56±1,20	8,95±2,60	1,30±0,55
p			0,326	0,024*	0,897	0,829	0,830	0,736	0,572	0,707	0,148
Gelir getiren bir işte çalışma durumu											
Çalışıyor	46	32,9	15,73±5,39	3,34±1,25	4,15±0,72	3,34±1,25	11,47±4,06	8,17±3,50	3,64±1,41	9,10±2,84	1,26±0,44
Çalışmıyor	94	67,1	13,72±4,26	3,10±0,93	4,00±0,32	3,00±0,23	10,85±3,31	6,80±2,27	3,47±1,05	8,78±2,38	1,32±0,59
p			0,018*	0,202	0,044*	0,008**	0,331	0,006**	0,423	0,484	0,487
Ekonomik düzey											
Düşük	22	15,7	13,22±4,27	3,00±0,97	4,00±0,45	3,00±0,27	10,95±3,76	7,04±2,47	3,38±1,10	8,81±2,83	1,27±0,45
Orta	115	82,1	14,53±4,80	3,20±1,06	4,06±0,46	3,13±0,80	11,06±3,58	7,29±2,87	3,54±1,20	8,90±2,52	1,31±0,56
Yüksek	3	2,1	17,33±4,93	4,00±0,27	4,00±0,43	3,00±0,45	11,66±2,51	7,33±3,21	4,16±0,95	9,00±1,00	1,33±0,57
p			0,277	0,286	0,809	0,692	0,949	0,929	0,544	0,987	0,949

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların sosyo-demografik özellikleriyle yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 4’de yer almaktadır.

Örneklem kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), sosyal fonksiyon ($p=0,003$), mental sağlık ($p=0,032$), enerji yorgunluk ($p=0,010$), ağrı ($p=0,018$), genel sağlık ($p=0,006$) ve geçen yılki sağlık ($p=0,006$) puanları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermiştir. Fiziksel işlev ve mental işlev puanları bakımından ise yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). 51-65 yaş arası hastaların fiziksel fonksiyon puanlarının diğer yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Yine 51-65 yaş arası hastaların sosyal fonksiyon puanları diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). 21-35 yaş arası hastaların mental sağlık puanları diğer gruplara göre önemli derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). 36-50 yaş arası hastaların enerji yorgunluk puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). 36-50 yaş arası hastaların ağrı puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). 36-50 yaş arası hastaların genel sağlık puanı istatistiksel olarak önemli derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). 36-50 yaş arası hastaların geçen yılki sağlık puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Cinsiyetler arasında yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları bakımından anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0,05$).

Medeni durum bakımından fiziksel fonksiyon puanı ($p=0,001$) ve geçen yılki sağlık puanı ($p=0,045$) için gruplar arasında anlamlı bir farklılıklar varken, diğer puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Post hoc test sonucunda fiziksel fonksiyon puanı için bu farklılığın evli olanlarla eşli ölmüş olanlar arasında olduğu ($p<0,05$), geçen yılki sağlık puanı için ise bu farklılığın evli olanlar ile bekar olanlar arasında olduğu ($p<0,05$) sonucuna ulaşılmıştır.

Çocuk sayısı bakımından ağrı puanı anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,027$). Bu farklılık iki çocuk ile üç ve daha fazla çocuk sahibi olanlar arasında bulunmuştur ($p<0,05$). İki çocuk sahibi olanlarda ağrı puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların yaşadığı bölge açısından yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu bakımından yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sadece fiziksel fonksiyon puanı anlamlı farklılık göstermiş ($p=0,003$), diğer alt ölçek puanlarında ise herhangi bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Fiziksel fonksiyon puanındaki bu farklılığın sadece okur-yazar ve ilköğretim mezunları arasında olduğu ($p<0,05$), diğer gruplarınsa birbirine benzer olduğu görülmüştür. İlköğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon puanları okur-yazar olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Birlikte yaşanan kişiler açısından yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sadece sosyal fonksiyon puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0,024$), diğer alt ölçek puanlarında ise herhangi bir farklılık gözlenmemiştir. ($p>0,05$). Yalnız yaşayanların sosyal fonksiyon puanları diğer iki gruptan da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Gelir getiren bir işte çalışma durumu açısından fiziksel fonksiyon ($p=0,018$), fiziksel işlev ($p=0,044$), mental işlev ($p=0,008$) ve enerji yorgunluk ($p=0,006$) puanları anlamlı farklılık göstermiştir. Sosyal fonksiyon, mental sağlık, ağrı puanı, genel sağlık ve geçen yılki sağlık puanları bakımından ise gelir getiren bir işte çalışanlarla çalışmayanlar arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Fiziksel fonksiyon puanı bakımından çalışanların çalışmayanlara göre daha düşük puan aldığı gözlenmiştir. Fiziksel işlev puanı yine gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde mental işlev puanı gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Enerji yorgunluk puanı ise gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Ekonomik düzey açısından yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.6. Hastaların Ağrı Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması
Çizelge 5. Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri											
Ağrı özellikleri	n	%	Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel işlev	Mental işlev	Mental sağlık	Enerji	Ağrı puanı	Genel sağlık	Geçen yılki sağlık
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$X\pm \bar{SD}$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Ağrı süresi											
1-5 ay	57	40,7	14,36±4,71	3,28±0,90	4,00±0,07	3,98±0,97	10,47±3,34	6,77±2,46	3,52±1,06	8,59±2,26	1,31±0,65
6-10 ay	58	41,4	14,24±4,54	3,08±1,15	4,12±0,65	3,67±1,12	11,36±3,94	7,82±3,27	3,48±1,30	9,12±2,93	1,29±0,45
11-15 ay	25	17,9	14,76±5,37	3,20±1,11	3,04±0,06	3,00±0,08	11,68±3,07	7,04±2,09	3,63±1,19	9,04±2,13	1,32±0,47
p			0,901	0,612	0,049*	0,028*	0,261	0,118	0,873	0,519	0,968
Ağrı yeri											
Baş-yüz-ağız	8	5,7	14,50±4,24	3,12±0,83	4,00±0,54	3,00±0,26	11,50±3,38	8,37±4,71	3,88±0,94	10,00±4,69	1,25±0,46
Omuz-üst ekstremit	9	6,4	14,88±5,92	3,44±1,23	4,44±1,33	3,33±1,00	11,66±4,18	7,88±2,97	3,92±1,12	8,77±2,04	1,33±0,50
Toraks	14	10,0	14,14±4,76	3,21±1,18	4,00±0,43	3,00±0,51	11,42±2,92	8,07±3,31	3,42±1,49	8,64±2,13	1,14±0,36
Abdomen	31	22,1	13,54±4,55	3,09±1,01	4,00±0,42	3,09±0,53	10,51±3,81	6,67±2,56	3,23±1,28	8,67±2,73	1,25±0,44
Sırt-bel-sakrum	33	23,6	15,33±5,11	3,27±1,00	4,09±0,52	3,09±0,52	11,24±3,06	7,12±2,05	3,54±1,28	9,15±2,26	1,30±0,46
Alt ekstremit	27	19,3	14,03±4,63	3,22±1,21	4,00±0,42	3,25±1,34	11,14±4,11	7,18±2,94	3,54±1,11	8,88±2,24	1,40±0,84
Pelvik	18	12,9	14,50±4,50	3,00±0,90	4,00±0,32	3,00±0,29	10,72±3,81	7,16±2,74	3,71±0,67	8,55±2,12	1,38±0,50
p			0,865	0,953	0,140	0,827	0,961	0,636	0,663	0,868	0,826
Yakınma											
Halsizlik	7	5,0	15,57±3,59	3,57±0,97	4,00±0,43	3,00±0,37	11,85±3,28	6,28±2,28	3,98±1,26	8,71±2,05	1,85±0,48
Bulantı	33	23,6	14,15±4,96	3,21±1,26	4,00±0,34	3,21±1,21	11,39±3,84	7,57±2,87	3,47±1,30	9,21±2,79	1,33±0,47
Kusma	23	16,4	13,78±4,24	3,17±0,98	4,00±0,23	3,00±0,42	11,91±3,50	6,60±2,27	3,45±1,02	8,78±2,06	1,26±0,44
İştahsızlık	38	27,1	13,78±4,56	2,97±0,99	4,10±0,64	3,07±0,48	9,55±2,95	6,63±2,12	3,29±1,20	8,36±2,16	1,84±0,39
Uykusuzluk	26	18,6	16,19±5,23	3,46±0,94	4,11±0,58	3,23±0,81	12,23±3,35	8,11±3,39	3,94±1,06	9,57±3,28	1,53±0,85
Baş dönmesi	13	9,3	13,53±4,78	3,00±0,91	4,00±0,34	3,00±0,54	12,61±4,15	8,23±3,65	3,41±1,16	8,53±2,18	1,23±0,43
p			0,341	0,456	0,804	0,798	0,027*	0,133	0,313	0,505	0,218

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların ağrı özellikler ve yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 5’de yer almaktadır.

Çalışmaya alınan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde sadece fiziksel işlev ($p=0,049$) ve mental işlev ($p=0,028$) puanları ağrı süresi bakımından anlamlı farklılıklar göstermiş, diğer alt ölçek puanlarında ise önemli bir farklılık ortaya çıkmamıştır ($p>0,05$). Ağrı süresi açısından 11-15 ay arasında ağrı deneyimleyen hastaların fiziksel işlev ve mental işlev puanları diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p<0,05$).

Ağrı yakınmasının yerine göre yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları açısından anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak alt ölçeklerden alınan puanların düşük olduğu gözlenmiştir.

Ağrıya eşlik eden yakınma bakımından sadece mental sağlık puanında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p=0,027$), diğer alt ölçek puanlarında ise önemli bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Mental sağlık puanında gözlenen bu farklılığın ise iştahsızlık şikayeti olan hastalardan kaynaklandığı, iştahsızlık şikayeti olanların diğer gruplara oranla mental sağlık puanlarının en düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 6. Hastaları GAS'dan Aldıkları Puanların Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri ile Korelasyonu

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri		GAS
Fiziksel Fonksiyon	r p	-0,174 0,040*
Sosyal Fonksiyon	r p	-0,103 0,225
Fiziksel İşlev	r p	-0,047 0,585
Mental İşlev	r p	-0,136 0,110
Mental Sağlık	r p	-0,219 0,009**
Enerji	r p	-0,212 0,012*
Ağrı Puanı	r p	-0,173 0,041*
Genel Sağlık	r p	-0,038 0,657
Geçen Yıllık Sağlık	r p	-0,109 0,200

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların GAS'dan aldıkları puanlar ve yaşam kalitesi alt ölçeklerinin korelasyonu Çizelge 6'da yer almaktadır.

GAS puanları ve yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, mental sağlık ve enerji ve ağrı puanı arasında anlamlı bir korelasyon vardır. GAS puanı arttıkça fiziksel fonksiyon puanı ($r = -0,174$, $P = 0,040$), mental sağlık puanı ($r = -0,219$, $P = 0,009$), enerji yorgunluk puanı ($r = -0,212$, $P = 0,012$) ve ağrı puanı düşmektedir ($r = -0,173$, $P = 0,041$).

4.7. Hastaların Tedavi Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması
Çizelge 7. Hastaların Tedavi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri											
Tedavi özellikleri	n	%	Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel işlev	Mental işlev	Mental sağlık	Enerji	Ağrı puanı	Genel sağlık	Geçen yılki sağlık
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Tedavi süresi											
1-4 ay	84	60,0	14,30±4,76	3,19±1,04	4,03±0,32	3,11±0,82	10,45±3,59	7,14±2,85	3,51±1,15	8,94±2,69	1,32±0,60
5-8 ay	52	37,1	14,25±4,60	3,23±1,05	4,07±0,55	3,11±0,58	11,90±3,45	7,34±2,81	3,58±1,24	8,84±2,37	1,26±0,44
9-12 ay	4	2,9	17,75±5,90	2,50±1,00	4,00±0,32	3,00±0,23	12,75±2,21	8,50±1,29	3,10±1,27	8,50±1,29	1,50±2,57
p			0,356	0,409	0,835	0,951	0,043*	0,616	0,722	0,932	0,673
Tedavi yolu											
Parenteral	24	17,1	12,91±3,96	2,87±0,94	4,00±0,38	3,00±0,12	10,25±2,92	6,75±3,05	3,00±1,07	8,41±3,09	1,25±0,44
Oral	116	82,9	14,68±4,84	3,25±1,06	4,06±0,46	3,13±0,80	11,22±3,68	7,36±2,74	3,64±1,17	8,99±2,41	1,31±0,56
p			0,095	0,111	0,525	0,402	0,225	0,332	0,015*	0,315	0,577
İlaç tipleri											
Opioid	112	80,0	14,31±4,74	3,16±1,06	4,06±0,47	3,14±0,81	10,87±3,61	7,12±2,84	3,47±1,17	8,65±2,39	1,31±0,56
Nonopioid	12	8,6	12,41±3,20	3,00±0,95	4,00±0,35	3,00±0,45	11,41±4,16	7,83±2,94	3,54±1,16	10,25±3,76	1,16±0,38
Opioid+nonopioid	11	7,9	17,09±5,46	3,63±1,02	4,00±0,41	3,00±0,27	12,18±2,92	8,27±2,05	4,01±1,33	10,00±2,14	1,36±0,50
Opioid+adjuvan	5	3,6	14,80±4,60	3,20±1,09	4,00±0,31	3,00±0,28	11,80±2,68	6,60±2,88	3,74±1,18	8,60±1,94	1,40±0,54
p			0,125	0,485	0,922	0,839	0,638	0,483	0,517	0,085	0,791

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların tedavi özellikleri ve yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 7’de yer almaktadır.

Örnekleme grubuna dahil edilen hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde sadece mental sağlık puanı tedavi süresi bakımından anlamlı farklılık göstermiş ($p=0,043$), diğer alt ölçek puanları ise herhangi bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Tedavi süresi açısından 1-4 ay arasında tedavi gören hastaların mental sağlık puanları 9-12 ay tedavi gören hastalara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tedavi yolu açısından sadece ağrı puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p=0,015$), diğer alt ölçek puanları arasında ise önemli bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Parenteral yolla tedavi gören hastaların ağrı puanları oral yolla tedavi gören hastalara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tedavide kullanılan ilaç bakımından yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.10. Hastaların Hastalık ve Destek Alma Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması

Çizelge 8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri											
Hastalık özellikleri	n	%	Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel işlev	Mental işlev	Mental sağlık	Enerji	Ağrı puanı	Genel sağlık	Geçen yılki sağlık
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Hastalık evresi											
Evre 1	7	5,0	15,14±6,41	3,28±0,75	4,00±0,44	3,00±0,35	12,00±2,38	9,57±3,64	4,01±0,94	9,14±2,03	1,14±0,37
Evre 2	33	23,6	15,54±5,64	3,45±1,09	4,21±0,85	3,27±0,87	11,84±3,66	7,57±2,62	3,89±1,15	9,18±2,45	1,54±0,79
Evre 3	59	42,1	15,15±4,25	3,32±1,10	4,00±0,29	3,11±0,91	11,08±3,74	7,25±2,77	3,66±1,16	8,96±2,40	1,33±0,47
Evre 4	41	29,3	12,21±3,65	2,75±0,85	4,00±0,27	3,00±0,21	10,21±3,32	6,60±2,68	2,95±1,08	8,51±2,89	1,09±0,30
p			0,006**	0,016*	0,092	0,439	0,226	0,059	0,002**	0,695	0,004**
Hastalığa ilişkin tedavi görme											
Evet	113	80,7	14,65±4,73	3,16±1,09	4,03±0,37	3,11±0,76	11,19±3,64	7,33±2,87	3,54±1,20	8,99±2,66	1,34±0,57
Hayır	27	19,3	13,25±4,66	3,25±0,85	4,11±0,57	3,11±0,57	10,48±3,23	6,92±2,47	3,45±1,11	8,48±1,94	1,14±0,36
p			0,170	0,687	0,403	0,980	0,353	0,496	0,715	0,351	0,094
Tedavi şekli											
Kemoterapi	75	66,4	14,56±4,85	3,24±1,10	4,05±0,46	3,13±0,87	11,05±3,69	7,29±2,83	3,51±1,24	8,72±2,24	8,72±0,62
Radyoterapi	4	3,5	17,00±5,29	4,00±0,81	4,00±0,00	3,00±0,19	13,50±1,29	6,25±2,06	4,12±0,86	10,25±2,21	10,25±0,57
Cerrahi Operasyon	34	30,1	16,58±4,49	2,91±1,05	4,00±0,00	3,08±0,51	13,23±3,70	7,55±3,08	3,56±1,13	9,44±3,42	9,44±0,47
p			0,006**	0,104	0,779	0,918	0,028*	0,677	0,610	0,268	0,848
Tedavi zamanı											
Ağrı tedavisinden önce	109	96,5	14,44±4,54	3,15±1,09	4,03±0,38	3,11±0,77	11,13±3,64	7,28±2,86	3,54±1,21	9,04±2,67	1,33±0,58
Ağrı tedavisiyle beraber	4	3,5	20,25±7,13	3,50±1,00	4,00±0,21	3,00±0,23	12,75±3,94	8,75±3,30	3,65±1,10	7,50±1,73	1,50±0,57
p			0,016*	0,539	0,849	0,761	0,388	0,319	0,865	0,256	0,588

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların hastalık özellikleri ve yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 8’de yer almaktadır.

Örnekleme grubuna dahil edilen hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde fiziksel fonksiyon ($p=0,006$), sosyal fonksiyon ($p=0,016$), ağrı ($p=0,002$) ve geçen yılki sağlık ($p=0,004$) puanları hastalık evresi bakımından anlamlı farklılık göstermiş, diğer alt ölçek puanlarında ise anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Evre IV olan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı puanları diğer gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Geçen yılki sağlık puanı bakımından ise sadece Evre II ve Evre IV olan hastaların aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmektedir ($p<0,05$). Evre IV olan hastaların geçen yılki sağlık puanı evre II olan hastalara oranla düşük bulunmuştur.

Hastalığa ilişkin tedavi görme açısından yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tedavi şekli bakımından yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puanları incelendiğinde ise fiziksel fonksiyon ($p=0,006$) ve mental sağlık ($p=0,028$) puanları anlamlı farklılık göstermiş, diğer alt ölçek puanlarında ise anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Kemoterapi gören hastaların fiziksel fonksiyon ve mental sağlık puanları diğer gruplara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tedavi zamanı açısından sadece fiziksel fonksiyon puanları arasında anlamlı bir farklılık varken ($p=0,016$), diğer alt ölçek puanları arasında önemli bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Ağrı tedavisinden önce tedavi gören hastaların fiziksel fonksiyon puanları ağrı tedavisinden sonra tedavi gören hastalara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 9. Hastaların Destek Alma Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri											
Hastaları Destek Alma Özellikleri	n	%	Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel işlev	Mental işlev	Mental sağlık	Enerji	Ağrı puanı	Genel sağlık	Geçen yılki sağlık
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
En çok destek veren kişi											
Eşim	51	36,4	19,00±5,34	4,00±1,10	4,13±0,69	3,17±0,71	11,1±3,55	9,60±3,24	3,63±1,34	12,20±2,96	2,60±2,00
Çocuklarım	81	57,9	13,08±3,86	3,06±0,99	4,00±0,23	3,08±0,77	10,97±3,55	6,74±2,35	3,41±1,05	8,48±2,08	1,22±2,00
Diğer	5	3,6	16,05±4,89	3,31±1,22	4,00±0,35	3,00±0,44	13,60±2,88	7,89±2,70	4,56±1,09	9,35±1,64	1,33±5,00
p			0,001***	0,022*	0,331	0,880	0,065	0,008**	0,155	0,002**	0,001***
Hastalığı bilme											
Biliyor	55	39,3	16,78±5,23	3,36±11,1	4,12±0,66	3,16±0,68	14,03±3,63	7,49±2,74	3,92±1,27	8,67±2,28	1,34±0,47
Bilmiyor	85	60,7	12,83±3,65	3,07±0,99	4,00±0,00	3,08±0,75	11,07±3,55	7,10±2,84	3,14±1,08	9,03±2,69	1,28±0,58
p			0,001***	0,107	0,081	0,522	0,026*	0,429	0,017*	0,412	0,058

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların destek alma özellikleri ve yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 9’da yer almaktadır.

Örnekleme grubuna dahil edilen hastaların destek alma durumları incelendiğinde, hayır cevabı veren sadece 1 kişi olması, diğer tüm hastaların evet cevabını vermiş olması nedeniyle yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırılamamıştır.

En çok destek veren kişi bakımından yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde ise fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), sosyal fonksiyon ($p=0,022$), enerji yorgunluk ($p=0,008$), genel sağlık ($p=0,002$) ve geçen yılki sağlık ($p=0,001$) puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş, diğer puanlar açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). En çok eşinden destek alan hastalar fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, enerji yorgunluk, genel sağlık ve geçen yılki sağlık puanları açısından diğer gruplara göre daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$).

Kanser hastası olduğunu bilip bilmeme durumuna göre hastaların fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), mental sağlık ($p=0,026$) ve ağrı ($p=0,017$) puanları anlamlı farklılık göstermiş, diğer puanlar arasında ise bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kanser hastası olduğunu bilen hastaların kanser hastası olduğunu bilmeyen hastalara göre fiziksel fonksiyon, mental sağlık ve ağrı puanları anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$).

4.9. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması
Çizelge 10. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları

Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri																	
Sosyo-Dmg. Veriler	N	%	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boşverme	Sorun Odaklı Baş Etme	Yararlı Sosyal Destek	Aktif Baş Etme	İnkâr	Dini Baş Etme	Şakaya Vurma	Davranışsal Boşverme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer İşlere Yönelme	Plan Yapma
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Yaş																	
21-35 yaş	10	7,1	10,20±1,81	10,40±1,26	11,50±1,26	10,00±1,63	9,60±2,63	10,50±1,17	10,30±1,41	8,50±1,17	10,20±2,04	9,10±1,19	9,70±1,82	9,70±1,88	10,70±1,56	10,20±0,91	8,70±2,00
36-50 yaş	31	22,1	10,54±1,92	10,61±0,91	11,67±1,97	10,80±1,53	9,48±2,18	10,51±1,72	10,93±2,17	9,25±1,50	10,38±1,83	10,00±1,54	9,41±2,04	8,29±1,90	10,32±1,51	10,35±1,60	8,93±1,93
51-65 yaş	99	70,7	10,02±1,49	9,82±1,61	11,11±1,86	10,44±1,82	9,14±2,23	9,90±1,66	10,35±1,78	9,06±1,62	9,54±1,84	9,32±1,62	9,44±1,88	8,63±2,03	9,74±1,63	9,77±1,48	9,39±1,57
p			0,289	0,028*	0,309	0,398	0,670	0,149	0,302	0,419	0,070	0,092	0,916	0,155	0,070	0,145	0,243
Cinsiyet																	
Kadın	60	42,9	10,41±1,69	10,08±1,35	11,25±1,97	10,53±1,61	9,46±2,04	10,11±1,56	10,45±1,80	9,20±1,63	9,81±1,94	9,58±1,69	9,23±1,96	9,03±1,96	10,26±1,51	10,13±1,29	9,53±1,69
Erkek	80	57,1	9,95±1,55	10,01±1,60	11,27±1,78	10,46±1,86	9,08±2,38	10,06±1,74	10,50±1,90	8,96±1,52	9,75±1,83	9,36±1,53	9,62±1,85	8,33±1,99	9,70±1,67	9,78±1,62	9,02±1,66
p			0,093	0,783	0,938	0,814	0,324	0,850	0,876	0,379	0,836	0,422	0,230	0,072	0,041*	0,176	0,078
Medeni durum																	
Evli	86	61,4	10,30±1,61	10,10±1,37	11,33±1,79	10,46±1,81	9,38±2,26	10,02±1,74	10,45±1,93	9,00±1,50	9,72±1,95	9,43±1,67	9,33±1,85	8,50±1,88	10,06±1,66	10,11±1,45	9,24±1,71
Bekar	4	2,9	9,50±1,29	11,25±0,95	12,00±1,15	11,00±2,16	10,50±3,41	10,75±1,70	11,75±1,50	8,50±2,08	12,00±1,41	9,75±2,21	11,50±1,00	10,50±2,51	11,00±1,63	11,00±1,15	9,00±0,81
Eşi Ölmüş	50	35,7	9,94±1,65	9,84±1,69	11,08±2,00	10,50±1,64	8,92±2,10	10,14±1,52	10,42±1,73	9,22±1,66	9,70±1,69	9,48±1,44	9,50±1,97	8,72±2,13	9,64±1,52	9,54±1,51	9,26±1,72
p			0,331	0,161	0,539	0,838	0,271	0,670	0,383	0,567	0,055	0,920	0,083	0,140	0,139	0,032*	0,958
Çocuk sayısı																	
Yok	5	3,6	9,60±1,14	10,20±1,48	11,20±2,04	11,00±1,87	10,20±3,03	10,40±1,67	11,00±1,22	8,20±1,30	10,80±1,09	9,60±1,94	10,60±1,67	9,60±2,40	10,40±1,67	10,20±1,09	8,80±0,44
1 çocuk	11	7,9	10,18±1,07	10,36±1,02	11,54±1,21	10,72±2,00	9,45±1,69	10,18±1,94	9,54±1,29	9,36±1,20	9,36±2,33	9,63±1,43	9,36±1,20	8,90±0,83	9,81±1,25	10,18±1,32	9,27±2,19
2 çocuk	46	32,9	10,54±1,73	10,26±1,30	11,39±1,86	10,63±1,56	9,69±2,16	10,26±1,59	10,50±1,99	9,56±1,45	10,08±1,58	9,71±1,52	9,58±2,01	8,95±2,20	10,23±1,52	10,02±1,30	9,32±1,85
3+ çocuk	78	55,7	9,94±1,62	9,85±1,64	11,15±1,94	10,34±1,82	8,89±2,27	9,94±1,68	10,56±1,86	8,78±1,63	9,58±1,98	9,26±1,64	9,32±1,93	8,34±1,95	9,75±1,72	9,83±1,64	9,21±1,58
p			0,217	0,442	0,865	0,699	0,193	0,744	0,346	0,027*	0,258	0,486	0,491	0,247	0,393	0,811	0,926

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Çizelge 10 (Devamı). Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları

Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri																	
Sosyo-Dmg. Veriler	n	%	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boşverme	Sorun Odaklı Baş Etme	Yararlı Sosyal Destek	Aktif Baş Etme	İnkâr	Dini Baş Etme	Şakaya Vurma	Davranışsal Boşverme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer İşlere Yönelme	Plan Yapma
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Yaşadığı bölge																	
İl	118		10,11±1,57	10,01±1,54	11,34±1,85	10,49±1,77	9,29±2,25	9,96±1,64	10,50±1,77	9,05±1,61	9,76±1,85	9,42±1,62	9,51±1,86	8,60±2,02	10,01±1,66	9,97±1,48	9,24±1,63
İlçe	22		10,36±1,89	10,18±1,25	10,81±1,84	10,50±1,65	9,00±2,20	10,72±1,63	10,36±2,32	9,13±1,35	9,86±2,03	9,63±1,46	9,13±2,12	8,81±1,94	9,54±1,37	9,72±1,57	9,22±1,99
P			0,504	0,637	0,222	0,938	0,571	0,049*	0,753	0,816	0,818	0,569	0,392	0,644	0,213	0,478	0,963
Birlikte yaşadığı kişiler																	
Yalnız	7		9,71±2,28	9,00±1,63	10,42±2,43	10,71±0,95	9,42±2,29	9,57±1,61	10,00±1,63	10,14±1,57	10,14±1,77	9,71±1,11	8,42±1,71	9,28±1,25	10,28±1,25	10,00±1,00	10,00±1,73
Anne-Baba-Kardeş	7		9,71±0,95	10,14±1,34	11,42±1,81	11,00±1,52	10,42±2,50	10,14±1,46	10,42±1,81	8,14±1,57	10,28±1,70	10,14±2,03	10,28±1,49	9,42±2,29	10,57±1,81	10,14±1,06	9,14±0,89
Eş-çocuk	126		10,19±1,61	10,09±1,48	11,30±1,83	10,45±1,80	9,17±2,22	10,11±1,68	10,50±1,88	9,05±1,55	9,73±1,89	9,40±1,60	9,46±1,92	8,55±2,02	9,88±1,63	9,92±1,54	9,20±1,72
P			0,576	0,167	0,471	0,685	0,350	0,705	0,781	0,057	0,654	0,453	0,186	0,366	0,477	0,924	0,479
Eğitim durumu																	
Okur-yazar	66	47,1	9,95±1,64	9,86±1,60	11,07±1,93	10,51±1,77	8,98±2,18	9,87±1,75	10,36±1,71	9,18±1,69	9,78±1,83	9,45±1,62	9,48±1,94	8,87±2,13	9,83±1,46	9,87±1,47	9,34±1,71
İlköğretim	40	28,6	10,20±1,65	10,32±1,32	11,57±1,94	10,62±1,70	9,32±2,47	10,55±1,33	10,67±2,09	9,10±1,29	10,02±1,81	9,37±1,76	9,60±1,94	8,20±1,92	10,02±1,87	10,02±1,47	9,10±1,61
Lise	18	12,9	10,38±1,75	9,83±1,33	11,38±1,61	10,11±2,11	9,50±2,38	10,22±1,73	10,55±2,14	8,66±1,68	9,66±2,05	9,61±1,46	9,38±1,37	8,66±1,78	9,88±1,71	9,72±1,84	9,44±1,65
Yükseköğretim	16	11,4	10,56±1,31	10,31±1,57	11,12±1,62	10,50±1,41	9,87±1,70	9,62±1,78	10,37±1,58	8,93±1,65	9,25±2,04	9,50±1,31	9,06±2,23	8,68±1,92	10,25±1,61	10,18±1,27	8,93±1,91
P			0,496	0,360	0,585	0,783	0,492	0,139	0,857	0,655	0,572	0,964	0,817	0,416	0,807	0,790	0,729
Ekonomik düzey																	
Düşük	22	7,9	9,68±1,46	9,27±1,57	10,36±1,49	10,00±1,66	8,31±1,67	9,72±1,54	10,27±1,85	9,09±1,63	8,72±1,90	8,90±1,54	9,50±1,81	8,22±1,82	9,27±1,54	9,13±1,45	8,50±1,81
Orta	115	32,9	10,21±1,65	10,17±1,45	11,44±1,88	10,54±1,76	9,39±2,31	10,13±1,66	10,51±1,88	9,05±1,58	9,95±1,83	9,53±1,60	9,46±1,92	8,70±2,00	10,05±1,63	10,07±1,46	9,41±1,62
Yüksek	3	55,7	11,00±1,00	10,66±1,43	11,00±2,00	12,00±1,00	10,66±1,52	10,66±2,51	10,66±0,57	9,33±0,57	10,66±0,57	10,33±1,15	9,00±2,64	9,00±3,60	10,66±0,57	10,33±1,52	8,00±1,73
P			0,243	0,026	0,042*	0,131	0,065	0,474	0,846	0,952	0,013*	0,152	0,913	0,568	0,088	0,022*	0,028*

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların sosyodemografik özellikleri ve baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 10'da yer almaktadır.

Örneklem grubuna alınan hastaların baş etme alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde sadece zihinsel boş verme puanı yaş grupları açısından anlamlı farklılık göstermiş ($p=0,028$), diğer puanlarda herhangi bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). 51-65 yaş arası hastaların zihinsel boş verme puanları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Cinsiyetler açısından baş etme ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde sadece kabullenme ($p=0,041$) puanı anlamlı farklılık göstermiş, diğer puanlar arasında bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Erkek hastaların kabullenme puanları kadın hastalara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Medeni durum açısından baş etme ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde sadece diğer meşguliyetlere yönelme puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0,032$), diğer tüm puanların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Bekar hastaların diğer meşguliyetlere yönelme puanı diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çocuk sayısı açısından baş etme ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde sadece şakaya vurma puanı anlamlı farklılık göstermiş ($p=0,027$), diğer tüm puanların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şakaya vurma puanı bakımından bu farklılığın hiç çocuğu olmayan hastalardan kaynaklandığı ($p<0,05$), hiç çocuğu olmayanların diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaşadığı bölge açısından baş etme ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde sadece inkar puanı anlamlı farklılık göstermiş ($p=0,049$), diğer tüm puanların ise benzer olduğu görülmüştür ($p>0,05$). İl merkezinde yaşayan hastaların inkar puanı ilçede yaşayan hastalara oranla daha düşük bulunmuştur.

Hastaların baş etme alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde birlikte yaşanan kişiler açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu açısından baş etme ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde eğitim durumuna göre alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Ekonomik düzey açısından baş etme alt ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde zihinsel boş verme ($p=0,026$), sorun odaklı baş etme ($p=0,042$), davranışsal boş verme ($p=0,013$), diğer meşguliyetlere yönelme ($p=0,022$) ve plan yapma ($p=0,028$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık varken, diğer puanlar arasında önemli bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). Zihinsel boş verme puanı ekonomik düzeyi düşük olan grupta diğer guruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Sorun odaklı baş etme puanı ekonomik düzeyi düşük olan grupta diğer guruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Davranışsal boş verme puanı da benzer şekilde ekonomik düzeyi düşük olan grupta diğer guruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer meşguliyetlere yönelme puanı da yine ekonomik düzeyi düşük olan grupta diğer guruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Plan yapma puanı ise diğer puanlardan farklı olarak ekonomik düzeyi yüksek olan grupta diğer guruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Sosyal güvence bakımından Bağ-Kur grubunda 2 kişi olduğundan baş etme alt ölçekleriyle istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

4.10. Hastaların Ağrı Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması
Çizelge 11. Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları

Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri																	
Ağrı Özellikleri	n	%	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boşverme	Sorun Odaklı Baş Etme	Yararlı Sosyal Destek	Aktif Baş Etme	İnkar	Dini Baş Etme	Şakaya Vurma	Davranışsal Boşverme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer İşlere Yönelme	Plan Yapma
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Ağrı süresi																	
1-5 ay	57	40,7	10,28±1,64	10,43±1,36	11,47±1,58	10,66±1,67	9,42±2,36	10,54±1,53	10,75±1,99	9,24±1,43	10,28±1,89	9,54±1,36	9,45±1,81	8,64±1,99	10,14±1,46	10,19±1,44	9,43±1,71
6-10 ay	58	41,4	10,15±1,56	9,89±1,48	11,17±2,04	10,43±1,75	9,05±2,12	9,89±1,75	10,34±1,84	9,10±1,68	9,50±1,78	9,36±1,74	9,51±2,88	8,29±1,93	9,77±1,65	9,81±1,46	8,87±1,71
11-15 ay	25	17,9	9,84±1,74	9,48±1,63	11,00±2,02	10,24±1,94	9,32±2,28	9,48±1,50	10,16±1,54	8,56±1,58	9,28±1,83	9,48±1,80	9,32±1,21	9,40±2,06	9,88±1,90	9,64±1,62	9,64±1,46
p			0,532	0,017*	0,508	0,565	0,671	0,014*	0,321	0,187	0,027*	0,830	0,912	0,069	0,478	0,216	0,089
Ağrı yeri																	
Baş-yüz	8	5,7	10,00±1,30	9,87±1,35	11,00±2,13	10,00±2,13	8,50±1,77	10,75±1,58	10,37±2,66	9,50±1,41	9,37±1,76	9,50±2,56	9,62±2,44	7,75±2,76	9,75±2,31	9,12±1,12	8,62±2,77
Omuz-üst ekstremité	9	6,4	9,77±2,16	10,00±1,80	10,77±1,64	9,55±1,42	9,44±2,35	9,66±2,29	9,44±1,50	9,44±1,42	9,22±1,92	8,55±1,81	9,11±1,53	8,88±1,26	9,66±2,17	9,77±1,30	9,00±2,73
Toraks	14	10,0	10,28±1,68	10,21±0,97	11,07±1,97	10,42±1,74	9,57±2,27	9,92±2,30	10,42±1,69	8,64±1,39	9,07±2,16	9,64±1,59	10,00±1,66	8,92±2,05	10,00±2,51	10,07±1,59	9,21±1,42
Abdomen	31	22,1	10,80±1,42	10,06±1,80	11,77±1,72	10,93±1,63	9,32±2,07	10,45±1,80	10,41±1,97	9,06±1,65	9,48±2,20	9,38±1,22	9,16±1,84	8,64±2,05	10,16±1,34	9,87±1,49	9,19±1,62
Sırt-bel-sakrum	33	23,6	10,51±1,46	10,12±1,40	11,39±1,59	10,90±1,66	9,87±1,98	10,00±1,34	10,48±1,67	9,27±1,73	10,15±1,87	9,72±1,73	9,66±2,10	9,12±2,02	10,30±1,51	10,39±1,74	9,45±1,78
Alt Ekstremité	27	19,3	9,77±1,71	10,14±1,70	10,81±1,94	9,96±1,76	9,66±2,58	9,88±1,57	10,33±2,00	8,92±1,68	10,00±1,59	9,33±1,81	9,14±1,89	8,59±1,90	9,59±1,47	9,85±1,53	9,25±1,43
Pelvik	18	12,9	9,05±1,34	9,66±1,08	11,33±2,30	10,50±1,88	7,33±1,68	9,94±1,21	11,38±1,50	8,83±1,29	10,27±1,31	9,55±0,85	9,72±1,84	7,83±1,85	9,61±0,91	9,66±0,90	9,33±1,02
p			0,008**	0,951	0,549	0,143	0,005**	0,676	0,293	0,776	0,337	0,648	0,725	0,341	0,608	0,384	0,936
Yakınma																	
Halsizlik	7	5,0	10,28±1,38	10,42±0,78	11,14±1,46	11,00±1,52	8,85±2,11	10,00±1,15	11,14±1,86	9,28±1,38	10,42±0,78	9,42±1,13	9,28±2,49	9,28±2,36	10,28±0,95	10,28±1,79	9,85±0,89
Bulantı	33	23,6	10,36±1,41	10,18±1,64	11,03±1,75	10,39±1,80	9,81±2,25	10,06±1,49	10,27±1,80	9,03±1,91	10,30±1,94	9,69±1,48	9,30±2,05	9,24±1,75	10,15±1,30	10,18±1,50	9,42±1,54
Kusma	23	16,4	9,82±1,87	10,00±1,31	11,73±2,26	10,65±1,74	9,39±2,58	10,39±1,85	10,95±1,89	9,39±1,61	9,91±1,53	9,95±1,60	10,08±1,53	8,43±2,06	10,00±1,56	9,95±1,33	9,26±1,71
İştahsızlık	38	27,1	10,23±1,73	10,23±1,22	11,39±1,77	10,60±1,60	8,86±1,94	10,00±1,37	10,42±2,08	8,78±1,37	9,42±1,95	9,13±1,63	9,23±2,07	8,23±1,65	10,15±1,53	9,97±1,44	9,13±1,81
Uykusuzluk	26	18,6	10,19±1,35	9,96±1,77	11,46±1,63	10,65±1,99	9,15±2,32	10,38±2,04	10,46±1,63	9,30±1,37	9,96±1,92	9,30±1,76	9,57±1,57	8,53±2,24	10,07±1,74	10,00±1,09	9,34±1,64
Baş dönmesi	13	9,3	9,76±2,08	9,15±1,72	10,30±2,09	9,53±1,61	9,07±2,39	9,30±1,88	10,00±1,73	8,76±1,64	8,53±1,85	9,23±1,64	9,23±1,96	8,46±2,66	8,23±2,00	8,84±2,11	8,53±2,06
p			0,802	0,302	0,312	0,407	0,608	0,474	0,598	0,648	0,052	0,416	0,618	0,346	0,005**	0,140	0,582

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların ağrı özellikler ve baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 11’de yer almaktadır.

Örnekleme grubuna alınan hastaların baş etme alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde zihinsel boşverme ($p=0,017$), inkar ($p=0,014$) ve davranışsal boş verme ($p=0,027$) puanları arasında ağrı süresi bakımından anlamlı farklılıklar bulunduğu, diğer puanlar arasında ise bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Zihinsel boş verme, inkar ve davranışsal boşverme puanlarının üçünde de bu farklılığın 11-15 ay arasında ağrı deneyimleyen hastalardan kaynaklandığı, bu grupta her üç puanın da diğer gruplara oranla daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağrı yeri bakımından pozitif yorumlama ($p=0,008$) ve aktif baş etme ($p=0,005$) puanları arasında önemli farklılıklar varken, diğer puanlar açısından önemli bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Hem pozitif yorumlama puanı hem de aktif baş etme puanı bakımından ağrı yeri pelvik bölge olanların puanı diğer tüm puanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Ağrıya eşlik eden yakınma açısından sadece kabullenme puanı farklılık gösterirken ($p=0,005$) diğer tüm puanlar birbirine benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Baş dönmesi yakınması olan hastaların kabullenme puanı diğer tüm gruplara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 12. Hastaların GAS’ dan Aldıkları Puanların Baş Etme Alt Ölçekleri ile Korelasyonu

Baş Etme Alt Ölçekleri		GAS
Pozitif Yorumlama	r	0,007
	p	0,939
Zihinsel Boş Verme	r	0,109
	p	0,199
Sorun Odaklı Baş Etme	r	0,121
	p	0,153
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	r	0,172
	p	0,072
Aktif baş Etme	r	-0,064
	p	0,455
İnkar	r	0,157
	p	0,064
Dini Baş Etme	r	0,032
	p	0,709
Şakaya Vurma	r	0,022
	p	0,795
Davranışsal Boş Verme	r	0,080
	p	0,349
Geri Durma	r	0,107
	p	0,209
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	r	0,068
	p	0,421
Madde Kullanımı	r	0,021
	p	0,807
Kabullenme	r	0,067
	p	0,433
Diğer Meşguliyetlere Yönelme	r	0,064
	p	0,452
Plan yapma	r	0,147
	p	0,084

Araştırmaya katılan hastaların GAS’ dan aldıkları puanlar ve baş etme alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon çizelge 12’de verilmiştir. Baş etme alt ölçekleri ve ağırlı puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

4.11.Hastaların Tedavi Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması

Çizelge 13. Hastaların Tedavi Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları

Tedavi Özellikleri	Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri														
	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boşverme	Sorun Odaklı Baş Etme	Yararlı Sosyal Destek	Aktif Baş Etme	İnkar	Dini Baş Etme	Şakaya Vurma	Davranışsal Boşverme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer İşlere Yönelme	Plan Yapma
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Tedavi süresi															
1-4 ay	10,29±1,57	10,21±1,49	10,21±1,87	10,21±1,76	10,21±2,43	10,21±1,46	10,75±1,98	10,75±1,41	10,05±1,84	9,47±1,45	9,40±2,01	8,41±1,99	10,05±1,55	10,09±1,34	9,29±1,80
5-8 ay	9,90±1,70	9,90±1,43	9,90±1,75	9,90±1,66	9,90±1,79	9,90±1,82	10,15±1,57	10,15±1,72	9,38±1,90	9,53±1,81	9,63±1,64	8,98±2,06	9,80±1,66	9,65±1,70	9,17±1,56
9-12 ay	10,25±1,70	8,25±1,25	8,25±1,63	8,25±2,44	8,25±3,69	8,25±1,50	9,00±1,63	9,00±2,16	9,00±1,41	8,00±1,15	8,25±2,75	8,75±0,95	9,25±2,62	10,25±1,50	9,00±0,14
p	0,390	0,025*	0,026*	0,226	0,797	0,004**	0,051	0,077	0,087	0,178	0,349	0,282	0,471	0,226	0,880
Tedavi yolu															
Parenteral	10,20±1,64	10,08±1,69	11,45±2,02	10,41±1,50	8,66±2,03	10,25±1,59	10,00±1,64	8,91±1,34	9,50±1,95	9,12±1,62	9,58±2,04	8,37±1,81	9,66±1,20	9,87±1,15	9,33±1,52
Oral	10,13±1,63	10,03±1,46	11,22±1,83	10,50±1,80	9,37±2,27	10,05±1,68	10,57±1,89	9,09±1,62	9,83±1,86	9,52±1,59	9,43±1,88	8,68±2,04	10,00±1,69	9,94±1,53	9,22±1,72
p	0,848	0,885	0,576	0,816	0,163	0,597	0,167	0,616	0,427	0,266	0,723	0,487	0,363	0,828	0,775
İlaç tipleri															
Opioid	10,06±1,70	10,06±1,43	11,33±1,82	10,40±1,74	9,12±2,25	10,08±1,70	10,50±1,88	8,91±1,41	9,76±1,89	9,39±1,57	9,44±1,93	8,43±1,82	9,90±1,62	9,91±1,44	9,20±1,60
Nonopioid	10,58±1,37	9,75±2,34	10,66±1,82	10,50±1,78	9,08±2,10	10,16±1,46	9,66±1,49	10,00±1,80	9,66±1,92	9,75±1,95	10,00±1,70	9,50±2,54	9,33±1,66	9,58±1,31	9,50±2,02
Opioid+nonopioid	10,81±0,98	10,09±1,44	11,36±2,29	11,54±1,43	10,90±2,02	10,09±1,75	10,81±1,77	9,27±2,37	9,90±1,97	9,81±1,77	9,36±2,15	10,09±2,66	11,27±1,00	10,81±1,99	9,72±2,10
Opioid+adjuvan	9,60±1,14	10,20±0,44	10,80±2,04	10,20±2,16	8,80±1,78	10,00±1,41	11,00±2,12	9,60±1,94	10,00±1,73	9,40±1,14	8,60±0,89	7,80±1,48	9,40±1,34	9,40±1,34	8,40±1,94
p	0,310	0,911	0,628	0,221	0,083	0,098	0,383	0,113	0,983	0,770	0,574	0,077	0,080	0,159	0,484

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların tedavi özellikleri ve baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 13’de yer almaktadır.

Örneklem grubuna alınan hastaların tedavi süresi bakımından baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde zihinsel boş verme ($p=0,025$), sorun odaklı baş etme ($p=0,026$) ve inkar ($p=0,004$) alt ölçeklerinden aldıkları puanlar anlamlı farklılık göstermiş, diğer puanlarda ise bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). 9-12 ay arası tedavi gören hastaların zihinsel boş verme, sorun odaklı baş etme ve inkar puanları diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tedavi yolu bakımından baş etme tutumları alt ölçeklerinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tedavide kullanılan ilaç bakımından baş etme tutumları alt ölçeklerinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.12. Hastaların Hastalık ve Destek Alma Özelliklerinin Baş Etme ile Karşılaştırılması
Çizelge 14. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Baş Etme Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar

Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri																	
Hastalık Özellikleri	n	%	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boşverme	Sorun Odaklı Baş Etme	Yararlı Sosyal Destek	Aktif Baş Etme	İnkâr	Dini Baş Etme	Şakaya Vurma	Davranışsal Boşverme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer İşlere Yönelme	Plan Yapma
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Hastalık evresi																	
Evre 1	7	5,0	9,85±2,41	9,85±1,95	10,57±1,71	9,28±0,75	9,57±2,43	9,14±2,41	9,71±1,25	9,00±2,00	9,28±1,88	9,14±1,67	8,71±2,13	8,00±2,08	9,57±3,10	9,42±2,43	8,14±1,57
Evre 2	33	23,6	10,33±1,79	9,90±1,64	11,42±1,82	10,45±1,75	9,57±2,50	10,15±2,15	10,63±1,94	9,21±1,49	9,60±2,03	9,30±1,70	8,87±1,86	8,51±1,93	9,90±1,56	10,06±1,47	9,03±1,77
Evre 3	59	42,1	10,13±1,58	10,03±1,36	11,23±1,79	10,33±1,71	8,86±2,13	10,06±1,44	10,61±1,84	9,06±1,56	9,72±1,84	9,32±1,49	9,47±1,93	8,55±2,01	9,93±1,47	9,88±1,53	9,47±1,67
Evre 4	41	29,3	10,07±1,43	10,19±1,52	11,29±2,04	10,95±1,82	9,48±2,14	10,21±1,35	10,29±1,90	8,95±1,62	10,07±1,82	9,82±1,65	10,02±1,73	8,95±2,07	10,04±1,61	10,00±1,28	9,26±1,62
p			0,866	0,853	0,748	0,084	0,389	0,467	0,552	0,918	0,617	0,364	0,080	0,594	0,908	0,759	0,204
Tedavi görme durumu																	
Evet	113	80,7	10,10±1,61	10,03±1,45	11,25±1,94	10,45±1,75	9,12±2,16	9,97±1,63	10,53±1,83	9,00±1,56	9,74±1,90	9,42±1,60	9,40±1,93	8,53±1,95	9,88±1,58	9,85±1,45	9,14±1,71
Hayır	27	19,3	10,33±1,70	10,07±1,70	11,29±1,51	10,66±1,77	9,77±2,51	10,55±1,73	10,25±1,99	9,29±1,61	9,92±1,79	9,59±1,62	9,66±1,79	9,07±2,18	10,18±1,79	10,25±1,65	9,66±1,56
p			0,516	0,905	0,921	0,568	0,175	0,103	0,497	0,396	0,652	0,627	0,527	0,208	0,391	0,212	0,148
Tedavi şekli																	
Kemoterapi	75	66,4	10,13±1,60	10,28±1,15	11,70±1,73	10,68±1,69	9,20±2,23	10,12±1,47	10,72±1,77	9,05±1,50	10,01±1,72	9,41±1,57	9,41±1,98	8,48±2,00	10,08±1,51	9,97±1,20	9,20±1,64
Radyoterapi	4	3,1	11,00±2,16	10,25±0,50	11,25±0,95	9,50±1,73	10,75±0,95	10,50±0,57	9,75±1,25	10,00±1,63	10,25±2,62	11,25±1,25	8,25±1,50	9,75±1,70	10,25±1,70	9,75±1,50	9,25±2,50
Cerrahi Operasyon	34	30,5	9,94±1,57	9,47±1,91	10,26±2,10	10,05±1,1,82	8,76±2,04	9,58±1,98	10,20±1,98	8,79±1,68	9,08±2,09	9,23±1,59	9,52±1,87	8,50±1,89	9,41±1,67	9,61±1,74	9,00±1,80
p			0,451	0,024*	0,001***	0,125	0,195	0,235	0,276	0,320	0,053	0,057	0,461	0,452	0,112	0,493	0,847

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların hastalık özellikleri ve baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Çizelge 14’de yer almaktadır

Örneklem grubuna dahil edilen hastaların baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde hastalık evresine göre puanlar arasında herhangi bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tedavi görüp görmeme durumuna göre baş etme tutumları alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tedavi şekli bakımından alınan puanlar incelendiğinde sadece zihinsel boş verme ($p=0.024$) ve sorun odaklı baş etme ($p=0,001$) puanlarının farklılık gösterdiği, diğer puanlar arasında ise bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Cerrahi tedavi geçiren hastaların zihinsel boş verme ve sorun odaklı baş etme puanları diğer gruplara oranla daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 15. Hastaların Destek Alma Özelliklerine Göre Baş Etme Ölçeği Puanları

Baş Etme Tutumları Alt Ölçekleri																	
Destek Alma Özellikleri	n	%	Pozitif Yorumlama	Zihinsel Boşverme	Sorun Odaklı Baş Etme	Yararlı Sosyal Destek	Aktif Baş Etme	İnkâr	Dini Baş Etme	Şakaya Vurma	Davranışsal Boşverme	Geri Durma	Duygusal Sosyal Destek	Madde Kullanımı	Kabullenme	Diğer İşlere Yönelme	Plan Yapma
			$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Hastalığı bilme																	
Biliyor	55	39,3	10,16±1,57	10,16±1,47	11,47±1,78	10,50±1,73	9,14±2,33	10,01±1,86	10,81±1,90	8,85±1,48	9,76±1,77	9,29±1,58	9,50±1,91	8,36±1,89	10,10±1,74	10,09±1,41	9,23±1,77
Bilmiyor	85	60,7	10,14±1,67	9,96±1,51	11,12±1,90	10,48±1,77	9,31±2,19	10,12±1,53	10,25±1,80	9,20±1,62	9,78±1,95	9,56±1,61	9,42±1,91	8,81±2,06	9,83±1,54	9,83±1,54	9,24±1,64
p			0,937	0,445	0,288	0,930	0,659	0,701	0,082	0,206	0,940	0,325	0,796	0,198	0,332	0,325	0,971
En çok destek veren kişi																	
Eşim	51	36,4	10,41±1,73	10,25±1,32	11,37±1,75	10,41±1,76	9,52±2,19	10,15±1,67	10,31±1,96	9,03±1,38	9,62±1,98	9,37±1,57	9,43±1,87	8,56±1,78	10,03±1,77	10,01±1,56	9,23±1,92
Çocuklarım	81	57,9	10,00±1,58	9,80±1,60	11,17±1,95	11,49±1,73	8,98±2,22	10,00±1,68	10,50±1,84	9,04±1,62	9,72±1,83	9,45±1,64	9,40±1,96	8,59±2,14	9,81±1,55	9,83±1,50	9,28±1,60
Diğer	8	5,7	10,40±0,89	11,20±0,44	11,00±1,87	11,20±1,92	9,80±1,63	10,40±1,14	11,20±1,09	10,40±2,07	11,20±0,83	10,60±0,54	9,40±1,14	9,00±1,22	10,40±0,54	10,20±0,44	9,00±1,00
p			0,414	0,061	0,696	0,816	0,338	0,840	0,619	0,111	0,150	0,406	0,399	0,497	0,508	0,717	0,921

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma kapsamına alınan kanser ağrısı deneyimleyen hastaların destek alma özellikleri ve baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar izelge 15’de yer almaktadır.

Örneklem grubuna dahil edilen hastaların baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde hastalığı bilme durumu açısından baş etme tutumları alt ölçeklerinden alınan puanlar anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastaların destek alma durumları incelendiğinde, hayır cevabı veren sadece bir kişi olması, diğer tüm hastaların evet cevabını vermiş olması nedeniyle yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırılamamıştır.

En çok destek veren kişi bakımından baş etme tutumları alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kanser ağrısının yaşam kalitesine ve baş etme tutumlarına olan etkilerinin genel bir değerlendirilmesi yapılarak ilgili literatürle karşılaştırılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulguların tartışılması;

- ✓ Hastaların sosyodemografik özellikleri, ağrı, hastalık ve hastaların destek düzeyleri ile ilgili özellikleri,
- ✓ Hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar
- ✓ Hastaların baş etme alt ölçeklerinden aldıkları puanlar olmak üzere üç başlık altında verilmiştir.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Ağrı, Hastalık ve Hastaların Destek Düzeyleri ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların %7,1'i 21-35 yaş arası, %22,1'i 36-50 yaş arası ve %70,7'si 51-65 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Hastaların ortalama yaşı $55,32 \pm 10,39$ olarak bulunmuştur.

Yürügen'in ağrı polikliniklerine başvuran kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %79,9'u 17-49 yaş aralığında bulunmuştur (162).

Eti Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş dağılımının %85,7 ile 18-44 yaş arasında yoğunlaştığı belirtilmiştir (82).

Afşar ve Pınar'ın kanser hastalarının ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada hastaların; %32,1'i 15-45 yaş aralığında, %42,9'u 46-65 yaş aralığında ve %25'i 65 ve üstü yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (160).

Türkiye'nin genel olarak yaş grupları dağılımına bakıldığında; %47,5'i 19-45 yaş, %13,7'si 46-59 yaş, %9,7'si ise 60 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır. Nüfusun büyük bir oranını 19-45 yaş grubu oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi'nin kanser istatistiklerinde ise; Türkiye'de yaş gruplarına göre kanser olgularının dağılımının; %17,96'sının 19-45 yaş grubu, %32,18'inin 46-59 yaş grubu, %44,93'ünün ise 60+ yaş grubunda olduğu görülmüştür (Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2003). Türkiye genelinde en fazla

kanser tanısının konulduğu yaş grubunun 60 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmektedir. Bu sonuç, kanserin ileri yaşlarda görülen bir hastalık olduğu sonucunu vermektedir. Çalışmamızın bulguları Türkiye geneli ile paralellik göstermektedir. Türkiye genç nüfustan oluşan bir ülkedir. Gelişmiş ülkelerin nüfus profilinde olduğu gibi yaşlı nüfusu fazla değildir. Bu araştırmada 19-45 yaş grubundaki hasta sayısının daha fazla olmasının tıbbi bir açıklaması bulunmamaktadır. Tamamen tesadüfi bir sonuç olduğu söylenebilir. Sonuçta kanser tanısı konulması, bireyin ruhsal, ekonomik, toplumsal dengelerinin derinden etkileneceği zor bir yaşam sürecinin başlaması demektir ve kanser hastalığı bütün yaş gruplarında en sık görülen hastalıklardan birisidir.

Cinsiyet incelendiğinde hastaların %42,9'u kadın, %57,1'i erkektir. Afşar ve Pınar'ın çalışmasında hastaların %55,4'ünün erkek olduğu gözlenmiştir. Genetik, psikolojik, anatomik, nöral, hormonal, yaşam tarzı ve kültürel farklılıklarından dolayı ağrıda cinsiyet farkı doğmaktadır (159). Kadınların ağrıya daha fazla maruz kaldıkları, bu nedenle de ağrıyı daha fazla tolere ettikleri, ayrıca ağrıya daha duyarlı oldukları ve daha fazla cevap verdikleri şeklinde görüşler bulunmaktadır (130).

Özkan ve arkadaşlarının (163) yaptıkları çalışmada %52.57'sinin kadın, Başer ve arkadaşlarının (164) çalışmasında %76'sının kadın, Akdeniz ve arkadaşlarının (165) çalışmasında %85.38'inin kadın, Yürügen'in çalışmasında (162) %72.6'sının kadın olduğu bulunmuştur. Bulgularımız Afşar ve Pınar'ın çalışmasıyla benzerlik diğer çalışmalar ile farklılık göstermektedir.

Medeni durum incelendiğinde hastaların %61,4'ü evli, %2,9'u bekar ve %35,7'sinin eşi ölmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının 1998 yılı bulgularına göre Türkiye'de ilk evlilik yaşı yıllar içinde hızla yükselmekle birlikte, nüfusun yarısından fazlası 20 yaşına kadar evlenmiş olmaktadır (161).

Eti Aslan'ını çalışmasında (82) %79.9'unun evli, Akdeniz ve arkadaşlarının (165) çalışmasında %52'sinin evli, Özkan ve arkadaşlarının (163) çalışmasında %63.3'ünün evli, Avşar ve Pınar'ın (160) çalışmasında %78.6'sının evli ve Yürügen'in (162) yaptığı çalışmada %73.4'ünün evli, kdeniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da %55.2'sinin evli olduğu görülmüştür. Kanser ileri yaşlarda görülen bir hastalık olması ile bağlantılı olarak hastaların çoğunun evli olması beklenen bir durum olmaktadır. İleri yaşlarda görülen bir hastalık olması nedeni ile

kanserli hastaların çoğu yaşam döngülerinin bir özelliği olarak evlenmiş ve çocuk sahibi olmuş oluyorlar. Günümüzde kadının eğitim ve çalışma yaşamına katılımının artması ile evlilik ve çocuk sahibi olma yaşı ilerlemektedir. Bu yüzden evlenip bir aile kurmadan kanser tanısı alan hastaların artacağı beklentisi, bu grubun takibini gerektirir. Bulgularımız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çocuk sayısı incelendiğinde hastaların %96,5'inin çocuğu bulunmaktadır. Bu hastaların %55,7'sinin 3 ve üzerinde çocuğu vardır. Kullanılan doğum kontrol yöntemleri, maddi olanaklar, eşlerin çalışma durumu gibi faktörler çocuk sahibi olmada ve çocuk sayısında etkin olabilir. Hastaların çoğunun çocuk sahibi olması çalışmamıza dahil olan bireylerin yaşlarının büyük olmasının neden olabileceği düşünülmüştür.

Eti Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında (82) %46,6'sının çocuk sahibi olduğu, yine Eti Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında çocuk sahibi olanların %41 olduğu belirlenmiştir. Yürügen'in çalışmada (162) %54,5'inin 1-2 çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Bulgularımız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Eğitim durumu incelendiğinde hastaların %47,1'inin okur-yazar, %28,6'sının ilköğretim, %12,9'unun lise, %11,4'ünün yüksek okul mezunu olduğu bulunmuştur. Yürügen'in (160) çalışmasında %37,1, Özkan ve arkadaşlarının (161) çalışmasında %43,3, Başer ve Solak'ın (164) çalışmasında %37,5, Afşar ve Pınar'ın (160) çalışmasında %65,1, Akdeniz ve arkadaşlarının (165) çalışmasında da %41,7 ile hastaların büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Bulgulardaki bu farklılığın yapılan çalışmalarda okur-yazar hastaların çalışmaya dahil edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşanılan bölge incelendiğinde hastaların %84,3'ü il merkezinde yaşamaktadır. Yürügen'in (162) algoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada %72,6'sının il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Çalışmamızın il merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinde yapılmış olmasının il merkezinden yapılan başvuru sayısının fazla olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Birlikte yaşanılan kişiler incelendiğinde hastaların %90,0'ının ailesiyle birlikte yaşadığı bulunmuştur. Karamanoğlu'nun (166) yaptığı çalışmada hastaların birlikte yaşama durumları incelendiğinde araştırmaya katılan 80 kişiden 78'i diğer

aile bireyleriyle beraber yaşadığını, iki hasta da yalnız yaşamayı tercih ettiklerini belirtmiştir. Bulgularımız literatür bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunun evli olması ve ülkemizin kültürel yapısı göz önüne alındığında evli olmayan hastalarında ailesiyle birlikte yaşamasının bulgularımıza etki ettiği düşünülmektedir.

Gelir getiren iş durumu incelendiğinde hastaların %67,1'inin gelir getiren bir işi bulunmamaktadır. Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalamasının yüksek olması, çalışmayan hastaların %65,2'sinin kadın olması ve kanser tedavisinin uzun sürmesi ve hastanede yatarak tedavi gerektirmesi nedeniyle hastaların malulen emekli olmalarının hastaların çalışmama durumlarına katkı sağlaması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Yürügen'in (162) algoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada %56,3'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Ekonomik düzey incelendiğinde hastaların %82,1'i ekonomik düzeyini "orta" olarak belirtmiştir. Afşar ve Pınar'ın (160) kanser ağırlı hastalarda yaptıkları çalışmada %78,6'sının gelirinin giderini karşılamadığı belirlenmiştir. Bulgumuz bu çalışmanın bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bulgulardaki bu farklılığın araştırmanın yapıldığı bölgelerin sosyoekonomik yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyal güvence durumu incelendiğinde hastaların %37,9'unun sosyal güvencesinin yeşil kart olduğu bulunmuştur. Türkiye'de istihdam ve işgücü yapısı raporunda 2005 toplam istihdamının %51,5'inin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olmadığını belirlemiştir (161). Kanser tanı ve tedavi işlemlerinin pahalı olduğu bilinmektedir. Tedavi giderlerinin bağlı olunan kurum tarafından ödenmesi tedaviyi olanaklı kılmaktadır. Ülkemiz şartlarında hastaların sosyal güvenceleri olmadan tanı ve tedavi masraflarını karşılamaları oldukça güçtür. Bu nedenle hastanın sosyal güvencesinin bulunması, tanının saptanması ve tedavinin sağlanması açısından son derece önemlidir.

Ağrı süresi $6,66 \pm 3,15$ olarak saptanmıştır. De Wit ve arkadaşlarının (63) çalışmasında hastaların $14,2 \pm 3,34$ aydır ağrısının olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %96,5'inin kanser tedavisi gördükten sonra ağrı tedavisi için

polikliniğe başvurmalarının ve büyük çoğunluğunun hastalığının evre III ve evre IV olmasının bu farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

Ağrı yerleri incelendiğinde hastaların %22,1 oranında abdomen, %33,0 oranında sırt-bel-sakrum bölgesinde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %17,9 akciğer kanseri ve %15,5 meme kanseri olduğu bulunmuştur. Ağrı bölgelerindeki bu gruplaşmanın kanser türünden olduğu düşünülmektedir.

Akdeniz ve arkadaşlarının (165) yaptığı çalışmada ağrı bölgesinde ilk sırayı %25,8 ile bel ağrısı, %17,2 ile baş ağrısı almaktadır. Erdine ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine ilk sırayı bel ağrısı ve baş ağrısı almaktadır. Yürügen'ini çalışmasında da (162) %35,3 ile bel ağrısı, %32,9 ile baş ağrısı almaktadır. Bulgularımız literatür bulgularıyla farklılık göstermektedir.

Ağrı yakınmasına ek olarak hastaların %27,1'inde iştahsızlık, %23,6'sında bulantı, %18,6'sında uykusuzluk yakınması belirlenmiştir. Kanser ağrısı ve tedavisi yorgunluk, güçsüzlük, dispne, bulantı ve algılamada bozulma gibi semptomlarda artışa yol açabilir ve ağrısı olan hastalar, ağrısı daha da kötüleşeceği korkusu ile normal günlük aktivitelere katılmakta tereddüt etmektedirler. Afşar ve Pınar'ın (160) kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında ağrının olduğu dönemde ağrıya eşlik eden başka bulguların sırayla %73,2'sinde halsizlik, %53,6'sında uykusuzluk, %45,5'inde iştahsızlık ve %25'inde, de bulantı-kusma olduğunu bulmuşlardır. Afşar ve Pınar'ın çalışması çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

GAS' dan alınan puanlar incelendiğinde hastaların %62,8'inde ağrı şiddetinin 7 ve üzeri olduğu bulunmuştur. Pek çok çalışma, kanser ağrısının gerek kanser hastaları arasında, gerekse genel toplumda son derece korku verici bir durum olduğunu ve bu nedenle çok önemli olduğunu göstermektedir. Wisconsin'de 500 kişiye kanser hakkındaki fikirleri sorulduğunda yaklaşık olarak yarısının kanser ya da kanser tedavisi nedeniyle ortaya çıkan ağrı ile ilgili sorunları dile getirdiği gözlenmiştir. Yaklaşık olarak aynı sayıda kişi kanseri son derece ağrılı olarak tanımlamıştır. Argangeli ve arkadaşlarının (168) yaptığı çalışmada ağrı skalası (GAS) ile kanser hastalarının ağrısı değerlendirilmiş ve hastaların %59'unda ağrı şiddeti 7 ve üzerinde bulunmuştur (166). Arangeli ve arkadaşlarının çalışması çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Akdeniz ve arkadaşlarının (165) çalışmasında, GAS ile değerlendirilen ağrı şiddeti 6.2 ± 1.6 olarak bulunmuştur. Ogon ve arkadaşlarının (159) çalışmasında 5.37 ± 2.3 olarak bulunmuştur. Başer ve arkadaşlarının (164) çalışmasında hastaların %26'sı ağrılarının dayanılmaz olduğunu bildirmişlerdir.

Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %72'si çok şiddetli ağrı, %21'i orta şiddette ağrı, sadece %7'si hafif şiddette ağrı tanımlamıştır. Afşar ve Pınar'ın çalışmasında GAS ile değerlendirilen verilere göre olguların %49.1'inde ağrı şiddetinin dayanılmaz olduğu belirlenmiştir. Chang ve arkadaşlarının (145) kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, GAS verilerine göre ağrı şiddeti 8.3 olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza dahil edilen hasta grubunda akciğer kanseri %17,9 ve meme kanseri %15,5 olarak bulunmuştur. Türkiye'de en sık görülen kanserlerin başında kadınlarda meme kanseri, erkeklerde akciğer kanseri olarak bilinmektedir (161). Hasta grubumuzun bulguları Türkiye'deki kanser sıklığına uymaktadır.

Hastaların %42,1'inin kanser evresi "III" olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %96,5'inin kanser tedavisi gördükten sonra ağrı tedavisi için polikliniğe başvurmalarının bulgumuza etki ettiği düşünülmektedir.

Hastaların %80,7'si kanser tedavisi görmüştür. Hastaların %96,5'inin ağrı tedavisinden önce kansere ilişkin tedavi gördüğü ve %66,4'ünün kemoterapi aldığı belirlenmiştir. Yıldırım'ın çalışmasında kanser hastalarının %80,8'inin kemoterapi aldığı bulunmuştur (169). Yıldırım'ın çalışması çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %60,7'si kanser olduğunu bilmemektedir. Twycroos ve arkadaşlarının (170) kanserli hastaların ağrı tedavisi konusundaki görüşlerini araştırdıkları çalışmalarında 42 hastadan sadece 15'i ağrılarının nedeninin kanser olduğunu bildiğini belirtmişlerdir. Twycroos ve arkadaşlarının çalışması çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %99,3'ü hastalığı süresince kendisine destek veren insanlar olduğunu ve %57,9'u çocuklarından destek gördüklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %61,4'ünün evli, %96,4'ünün çocuk sahibi olması ve %95'inin ailesiyle yaşıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik

hastalığı olan bireylerin aile üyelerinden destek almaları bireylerin hastalığa uyumlarını ve baş etmelerini kolaylaştıracaktır.

5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirleyen etkenler bedensel durum, ruhsal durum, sosyal ilişkiler ve çevresel alan olarak sayılabilir. Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve çalışma süresi gibi bazı sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (97).

51-65 yaş arası hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji yorgunluk, ağrı, genel sağlık ve geçen yılki sağlık puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Pınar ve ark. (171) yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Pınar ve ark. çalışmasının bulguları çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda genç yaştaki hasta grubunda yaşam kalitesinin yüksek bulunmasının, gençlerin geleceğine dair planlarının ve bunları gerçekleştirebilmek için hayattan beklentilerinin daha fazla olması, bu nedenle ileri yaştakilere göre daha umutlu ve sorunlarla baş etmede mücadeleci olmalarından kaynaklandığı ve genel iyilik hali alanındaki yaşın artması ile yaşam kalitesinin düşmesini, ileri yaş dönemindeki kişilerin yaşamdan beklentilerinin düşük yaş gruplarına göre daha az olmasına, ayrıca yaşla birlikte başta vücut direnci olmak üzere diğer bütün yaşamsal fonksiyonların azalmasına bağlı bir umutsuzluk geliştirmeleri ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Ganz'ın (1994) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında olumlu fakat zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (124).

Eğitim durumu incelendiğinde ilköğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon puanları okur-yazar olanlara göre yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu bakımından fiziksel fonksiyon puanı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Bu farklılığın okur-yazar ve ilköğretim mezunları arasında olduğu görülmüştür. Öğrenim düzeyine göre hastalık ve tedavisi konusunda hastalara açıkça bilgi verilmesi yaşam kalitesinin daha iyi olmasını sağlayacaktır. Cella ve arkadaşları eğitim düzeyi ve yaşam kalitesinin ilişkili olmadığına savunmuşlardır (174). Çalışmamızda ilkokul

mezunu olan hastalarda yaşam kalitesi toplam puanının yüksek bulunmasının, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olduğu ve bu nedenle sorumluluk duygularının artmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yalnız yaşayan hastaların sosyal fonksiyon puanları diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Yalnız yaşayan hastaların sosyal açıdan etkin olmadığı düşünülmektedir. Sosyal fonksiyon puanının geniş aileye sahip hastalarda yüksek olması, geniş ailelerde sosyal ağın geniş olması ve yaşanan bölgenin kültürel yapısı gereği akrabalık ilişkilerinin güçlü olmasına bağlanabilir. Yaşam kalitesinin ailesi ile yaşayan hastalarda yüksek bulunması, eş ve çocuk desteğinin hissedilmesine, aile gelirinin daha az kişi tarafından paylaşılması nedeniyle ekonomik seviye, buna paralel olarak da eğitim seviyesinin daha yüksek olmasına bağlanabilir.

Gelir getiren bir işte çalışan hastaların çalışmayanlara göre fiziksel ve mental işlev puanı düşük bulunmuştur. Çalışan hastalar iş yorgunluğu ve hastalık ile baş etmeye çalışmalarından kaynaklı işlev puanlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Ağrı süresi bakımından yaşam kalitesi alt ölçek puanları incelendiğinde ağrı süresi arttıkça mental sağlık, sosyal fonksiyonlar ve fiziksel fonksiyonlarda azalma bulunmuştur. Rustoen ve arkadaşlarının (172) kanser ağrılı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi karmaşık olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmada ağrının karakterini tanımlamayı, ağrının süresini, şiddetini, ağrı azalması ve artmasındaki etkinliği değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Özellikle ağrının süresi diğer belirleyiciler arasında daha anlamlı bulunmuş. Yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörleri mental sağlık, sosyal fonksiyonlar ve fiziksel fonksiyonlar olarak değerlendirmişlerdir. Rustoen ve arkadaşlarının (172) çalışması çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda 1-4 ay arası ağrı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesinin yüksek, bir yıldan daha fazla süredir ağrı deneyimleyen hastalarda düşük bulunmuştur. Hastalık süresi uzadıkça günlük yaşamı etkileyecek birçok sorunun ortaya çıkar. Hastaların bir kısmının işlerini sürdüremeyerek bırakmaları ve maddi güçlükler çekmeleri, geleceğe dair korku ve endişelerin artması, sosyal destek

kaynaklarının azalması, hastalığın nüks etmesi gibi kaygılardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Evre IV olan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı puanları diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur. Evre IV olan hastaların geçen yılki sağlık puanı Evre II olan hastalara oranla düşük bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Ravasco ve ark (173) hastaların genel yaşam kalitelerinin hastalık evreleri ile ilişkili olduğunu, Cella ve ark (174) hastalık evresi önemli olmaksızın hastaların emosyonel fonksiyonlarının düşük olduğunu belirtmişlerdir. Kanseri ilerledikçe ağrı daha da kötüleşerek başta uyku ve fiziksel fonksiyonlar olmak üzere yaşam kalitesini her yönüyle etkilemektedir (54).

Kemoterapi gören hastaların fiziksel fonksiyon ve mental sağlık puanları diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur. Bu farklılığın kemoterapinin yan etkileri ve tedavi süresini uzun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ağrı tedavisinden önce kanser tedavisi gören hastaların fiziksel fonksiyon puanları ağrı tedavisiyle beraber kanser tedavisi gören hastalara oranla düşük bulunmuştur. Bu farklılığın kanser tedavisinin yan etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

En çok eşinden destek alan hastaların fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanı açısından diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir. Evli olanların sosyal fonksiyon puanlarının yüksek olmasının, evli insanların ebeveyn ve kardeşlerinin yanı sıra eş ve çocuklarından da destek almalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Işıkhan ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında eş ve çocuklarından destek alan hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (112).

Kanser hastası olduğunu bilen hastaların kanser hastası olduğunu bilmeyen hastalara göre fiziksel fonksiyon ve mental sağlık alt ölçeklerinden aldıkları puanlar düşüktür. Çalışmamızda hastalığını bilmeyenlerde yaşam kalitesinin yüksek bulunmasının, bu gruptaki hastaların kanser tanısının bireyde yarattığı endişe ve korkudan uzak olmaları, geleceklerine dair daha az kaygı duymaları ve daha az stres yaşamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3. Hastaların Baş Etme Tutumları Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Hastaların baş etme tutumları alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek ortalamayı sorun odaklı baş etme (11,26±1,86), yararlı sosyal destek kullanımı (10,49±1,75), dini baş etme (10,47±1,86) ve pozitif yorumlama (10,15±1,62) tutumu göstermektedir.

Çalışmamızda 51-65 yaş arası hastaların zihinsel boş verme puanı diğer guruplara göre düşük bulunmuştur. Kaynaklar yaş artıkça baş etme tutumlarının etkin kullanılmadığını belirtmektedir. Yaş ilerledikçe hastalığın eşlik etmesiyle ölümü kabullenme tutumu içinde olmanın bulgumuza etki ettiği düşünülmektedir. Literatür bilgisi çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Erkek hastaların kabullenme puanları kadın hastalara oranla daha düşük bulunmuştur. Di Clemente ve ark. çalışmasında kadın hastaların erkek hastalara oranla kabullenme puanları yüksek bulunmuştur. Di Clemente (175) ve ark. çalışması çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda erkek hastalarda baş etme puanının yüksek bulunmasının, erkeklerin özellikle aile ve arkadaşlarından kadınlara oranla daha fazla sosyal destek almalarından ve erkeklerin kültürel faktörlerin cinsiyete özgü yüklediği sorumluluklar gereği yaşam şartlarına karşı daha dirençli olma çabalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bekar hastaların diğer meşguliyetlere yönelme puanı diğer guruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın bekar hastaların sosyal çevreleri ve yaşamlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ganz ve ark. (123) kanser hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, evliliğin hastalık üzerine olumlu etkisi olduğu ve bekar hastaların tedavi seçimi, tedaviye uyumu ve sağ kalım oranlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır.

11-15 ay arasında ağrı deneyimleyen hastaların zihinsel boş verme, inkar ve davranışsal boşverme puanlarının diğer guruplara oranla daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın hastanın ağrı çektiği süre arttıkça hastalık ve hastalığın yan etkileriyle daha fazla karşı karşıya kalmasından ve hastalığın kabullenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Baş etme, belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Davranış bozukluğunun altında sıklıkla hatalı sorun çözme

yönteminin yattığı ileri sürülmektedir. Baş etmede hedef sorunun çözülmesidir. Hastalıkla baş etmek için çeşitli yollar dikkate alındığında tipik bazı davranış türleri görülür. Birçok kişi sigaraya, yemeğe, alkole, ilaca ya da bunların birkaçına yönelir. Bazıları hastalığa tepki olarak geri çekilir veya içine kapanır. Yaygın olarak kullanılan baş etme biçimi kabullenmedir (174).

9-12 ay arası ağrı tedavisi gören hastaların zihinsel boş verme, sorun odaklı baş etme ve inkar puanları diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur. Bu farklılığın hastanın ağrı çektiği sürenin artması, hastalığın ilerlemesiyle beraber ağrı tedavisine rağmen ağrı kontrolünün yeterli olmaması sonucunda hastaların hastalığı ve ağrıyı kabullenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evre IV olan hastaların kabullenme puanı diğer gruplara oranla yüksek bulunmuştur. Cassileth ve arkadaşlarının ileri evre kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında kabullenme puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cassileth ve arkadaşlarının çalışması çalışmamızla paralellik göstermektedir (176).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik, ağrı, tedavi ve hastalık ile ilgili değişkenlerine yönelik elde edilen bulgularda, kanser hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarının yaş, ekonomik durum, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, çalışma durumu, ağrı süresi, ağrı tedavi süresi, ağrı tedavisi şekli, ağrıya eşlik eden yakınma, kanser evresi, destek alma durumu ve kanser olduğunu bilme durumuna göre farklılaştığı saptanmıştır.

Çalışmamızda 51-65 yaş arası hastaların fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanları düşük, 21-35 yaş arası hastaların mental sağlık puanları düşük, 36-50 yaş arası hastaların enerji, ağrı, genel sağlık ve geçen yılki sağlık puanları yüksektir. Bu durum ileri yaştaki hastaların fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyonlarının, genç yaştaki hastaların mental sağlıklarının daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Orta yaş grubunda olan hastaların yaşam kalitesi diğer gruplara oranla yüksektir.

Evli olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ve geçen yılki sağlık puanı yüksektir. Yalnız yaşayanların sosyal fonksiyon puanları düşüktür. İki çocuk sahibi olan hastalarda ağrı puanı yüksektir. Evli ve çocuk sahibi olan hastaların yaşam kaliteleri yüksektir.

Çalışanların fiziksel fonksiyon puanı düşüktür. Gelir getiren bir işte çalışanların fiziksel işlev ve mental işlev puanı düşük, enerji puanı yüksektir. Çalışma durumunun fiziksel fonksiyonu olumsuz yönde etkilenmiştir.

Ağrı süresi açısından 11-15 ay arasında ağrı deneyimleyen hastaların fiziksel işlev ve mental işlev puanları düşüktür. Ağrı süresi arttıkça fiziksel işlev ve mental işlevin olumsuz yönde etkilenmiştir.

Tedavi süresi açısından 1-4 ay arasında tedavi gören hastaların mental sağlık puanları düşüktür. Parenteral yolla tedavi gören hastaların ağrı puanları yüksektir. Ağrı tedavi süresinin etkinliğinin süreli ve etkili bir tedavi ile kontrol altına alındığı ve kontrol edilemeyen ağrının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmiştir.

Ağrıya eşlik eden yakınması iştahsızlık olan hastaların mental sağlık puanları düşüktür. Ağrıya eşlik eden yakınma varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmiştir.

Evre IV olan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı ve geçen yılki sağlık puanları düşüktür. Kemoterapi gören hastaların fiziksel fonksiyon ve mental sağlık puanları düşüktür. Kanser evresinin artması ve kemoterapi görmek yaşam kalitesini düşürmektedir.

Ağrı tedavisinden önce kanser tedavisi gören hastaların fiziksel fonksiyon puanları ağrı tedavisinden sonra tedavi gören hastalara oranla düşüktür. Kanser ile ilişkili tedavi görmenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir.

En çok eşinden destek alan hastaların fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanları yüksektir. Kanser ve ağrı tedavisi sürecinde aile ve yakınlardan destek almak yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Kanser hastası olduğunu bilen hastaların kanser hastası olduğunu bilmeyen hastalara göre fiziksel fonksiyon ve mental sağlık puanları düşüktür. Kanser hastası olduğunu bilmenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda 51-65 yaş arası hastaların pozitif yorumlama ve zihinsel boşverme puanları düşüktür. Bu yaş grubuna dahil olan hastaların pozitif yorumlama ve zihinsel boşverme tutumunu etkin kullanamamaktadırlar.

Erkek hastaların madde kullanma puanları kadın hastalara oranla düşük, kadın hastaların kabullenme puanı erkek hastalara göre yüksektir. Kadın hastaların madde kullanmasında artış olduğu ve kadınların hastalık ve beraberinde oluşan yan etkilere karşı kabullenme tutumunu daha fazla kullanmaktadırlar.

Bekar hastaların diğer meşguliyetlere yönelme puanı yüksektir. Bekar hastaların diğer meşguliyetlere yönelme tutumunu etkin bir şekilde kullanmaktadırlar.

Yükseköğretim mezunlarının yararlı sosyal destek kullanma puanları yüksektir. Eğitim durumu arttıkça yararlı sosyal destek kullanım puanı artmaktadır.

İl merkezinde yaşayan hastaların inkar puanı ilçede yaşayan hastalara oranla düşüktür. İl merkezinde yaşamının hastalığı kabullenmede olumsuz yönde etkisi olmaktadır.

Ekonomik düzeyi düşük olan hastaların zihinsel boşverme, davranışsal boşverme, diğer meşguliyetlere yönelme, plan yapma ve sorun odaklı baş etme puanı düşüktür. Ekonomik düzey düşüktükçe etkin baş etme tutumlarından alınan puanlar düşmektedir.

11-15 ay arasında ağrı deneyimleyen hastaların zihinsel boşverme, inkar ve davranışsal boşverme puanı düşüktür. Tedavi süresi arttıkça zihinsel ve davranışsal boşverme ve inkar tutumunun kullanımı azalmaktadır.

Ağrıya eşlik eden yakınma açısından baş dönmesi yakınması olan hastaların kabullenme puanı düşüktür. Ağrı ile beraber baş dönmesi yakınmasının eşlik etmesi kabullenme puanı düşmektedir.

9-12 ay arası tedavi gören hastaların zihinsel boş verme, sorun odaklı beş etme ve inkar puanları diğer gruplara oranla düşüktür. Ağrı tedavi süresi arttıkça sorun odaklı baş etme, zihinsel boşverme ve inkar puanı düşmektedir.

Evre IV olan hastaların kabullenme puanı yüksektir. Kanser evresi ilerledikçe kabullenme puanını arttığı sonuçlarına ulaşmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Hastalık ilerledikçe kanser tedavisi sona ermekte ve ağrının ortaya çıkma olasılığı belirgin olarak artmaktadır. Bu nedenle gerek fiziksel, gerekse psikolojik açıdan en iyi yöntem ve değerlendirmeler yapılarak hastalıklarının son evresini yaşayan hastalarda şiddetli ağrının belirgin şekilde düşürülmesi,
2. Çalışmamıza dahil edilen hastaların önemli bir kısmının evre III ve evre IV olduğu ve kanserle ilgili tedavi gördükten sonra ağrı tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Oysa kanser hastalarında ağrı daha erken evrelerde ortaya çıkmakta hastanın yaşam kalitesini ve hastalıkla baş etmesini önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle erken dönemde ağrı kontrolünün sağlanarak hastanın hastalığa uyum sürecini kolaylaştırmak çini kanser tanısı konan hastaların vakit geçirilmeden ağrı polikliniklerine yönlendirilmeleri,
3. Hastalık sürecinde hastanın yanında olan ve hastayla beraber hastalık sürecini yaşayan ailenin, hastanın yaşam kalitesi ve baş etme becerilerinde olumlu etkisi söz konusudur. Bu nedenle ağrı polikliniklerinde hasta ve ailelerine yönelik destek gruplarının oluşturulması. Destek gruplarında ağrı ve tedavi sürecine yönelik bilgilendirme, duygu, düşünce ve tecrübelerin paylaşımı, sorunların dile getirilmesi ve çözüm yollarının değerlendirilmesi ve benzeri konuların ele

alınması. Bu grupların, hemşirenin de içinde rol aldığı bir ekip tarafından yürütülmesi,

4. Kontrol edilemeyen ağrı, acı çekilmesine yol açması nedeniyle hastanın yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Etkin ağrı kontrolü yaşam kalitesini arttıracaktır. Ağrı polikliniklerinde tedavi gören hastaların belirli aralıklarla ağrı şiddeti, yaşam kalitesi, ruhsal ve psikososyal değerlendirmelerinin rutin bir şekilde yapılması ve bu değerlendirmede hemşirelerin rol alması,
5. Baş etme tutumlarının etkin kullanımı tedavi sürecini ve yaşam kalitesi olumlu yönde etkilemektedir. Bu etkin kullanım hastanın psikolojik iyilik haliyle yakından ilişkilidir. Hastaların psikiyatrik değerlendirmelerine önem verilmeli, ihtiyaç duyduğunda hastaya etkin çözümler bulması için danışmanlık sağlanmalıdır. Bu nedenle ağrı polikliniklerinde hastayı bütüncül yaklaşımla ele alabilecek psikiyatri hemşirelerinin görev alması,
6. Ağrıya eşlik eden yakınmalar yaşam kalitesini ve baş etme tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hastaların bu tür şikayetlerinin gözden kaçırılmaması ve çözüm yollarının aranması,
7. Kanser ağrısı deneyimleyen hastalara yönelik ileride yapılacak çalışmalarda hastaların psikiyatrik değerlendirmelerinin yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. **Wargo B.W., Burton A.W. (2005)** Cancer Pain. In, Wallace M.S., Staats P.S., editorso Pain Medicine and Management Just the Facts. International Edition, McGraw Hill Company, pp. 183-189.
2. **Erdine S., Onat H., Mandel N. M., (ed)**, Kanser Hastasına Yaklaşım: Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002. ss. 261-274.
3. **Clinical Practice Guidelines 2004**, Cancer pain.
4. <http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/HRT/pdf> (Erisim Tarihi: Kasım 2009)
5. **Katz N. (2002)** The impact of pain management on quality of life. *J Pain Symptom Manage.* 24(1 Suppl):S38-47.
6. **Allard P, Maunsell E, Labbe J, Dorval M. (2001)**. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 4(2):191-203.
7. **Stein WM. (1996)** Cancer pain in the elderly. Pain in the Elderly (Ed: Ferrell BR, Ferrell BA), IASP Press, Seattle, 69-80.
8. **Lin C.C. (2003)** Barriers to the analgesic management of cancer pain: a comparision of attitudes of Taiwanese patient and their family caregivers. *Pain.* 88(1): 7-14.
9. **Özkan S.** Liyezon modeli içinde kanser hastalarına bütüncül hizmet. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. 1999:58-66.
10. **Raleigh ED.** Sources of hope in chronic illness. *Oncol Nurs Forum* 1992; 19:443-448.
11. **Snow-Turek AL, Norris MP, Tan G.** Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 1996; 64: 455-462.
12. **Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y.** Psychological disturbance in fibromyalgia: relation with pain severity. *Clin Rheumatol*, 1997; 16(2): 179-184.
13. **Fadıloğlu Ç., (1991)**, Akciğer Kanserleri, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7:2.
14. **Kutluk A. Kars A. ,(1996)**, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı Yayını, (2. Baskı), ISBN 975-7571-12-4, Ankara, 15-77.
15. **Alican F., MD, (1993)**, Kanser, İstanbul, 2-13
16. **Sherman C.D., Calman K.C., Eckhardt S., Elsebail I. , Fırat D., Hossfeld D.K., Paunier J.P., Salvadori B., (Eds), (1992)**, Klinik Onkoloji, (5. Baskı), Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, 5-29.
17. **Pinotti J.A., MD, Barros A.C.S.D., MD, Hegg R., MD, Zeferino L.C., MD, (1995)**, Breast Cancer Control Program in Developing Countries, *Breast Dis.*, Elsevier Science Inc., 8:243-250.
18. **Gül H. (1995)**, Türkiye’ de Mesleksel Kanser Epidemiyolojisi, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
19. **Criss E., Baysal A.,(1999)**, Kanserden Korunma İçin Beslenme Rehberi, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 7-29.

20. **American Cancer Society.** Cancer Fact Sourcebook. Texas.
21. **King TL, McCool WF.** The definition and assessment of pain. *J Midwifery Womens Health*, 2004; 49: 471–472.
22. **Erişim:**(<http://americancancersociety.org>), Erişim Tarihi:21.08.2009.
23. **İnceer B.,(1999)**, Kanserle Yaşamak; Kadına Özgü Kanserlerde Kendine Yardım El Kitabı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 11-25.
24. **Holland JC.** Kanserin insan yönü. Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi. Sayfa 18-20.
25. **Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A. (2004)** The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 3(2):135-44.
26. **Holzner et al (2003).** Fatigue in ovarian carcinoma patients, *Cancer* 97:1564-72.
27. **Jones WL, Rimer BK, levy MH, Kinman JL. (1984).** Cancer patients' knowledge, beliefs and behavior regarding pain control regimens: Implications for education programs. *Patient Education an Counseling*, 5:159-164.
28. **Deng G., Cassileth B.R. (2005)** Integrative oncology: Complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin*. 55(2):109-116.
29. **Portenoy RK. (1992)** Pain management in the older cancer patient, *Oncology*, 6(Suppl):86-98.
30. **Eylem B. , (2001)**, Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi, (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara.
31. **Bacaksız D, Çöcellı L, Ovayolu N, Özgür S.** Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 20:3, 2008.
32. **Özkan S.** Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, sayfa 345-354, 2002.
33. **Sertöz ÖÖ.** Kanserli hastalarda gözlenen ruhsal hastalıkların farmakolojik tedavisi. Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK.Kanser ve palyatif bakım. Mesa Basım Matbaacılık, İzmir, sayfa 175- 196.
34. **Simsek N., (2003)**, Hemşirelerin Kanserden Korunma ve Kanserin Erken Tanısına ve Kanserin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon
35. **Kayhan Z.** Klinik Anestezi. 2. Baskı İstanbul: Logos Yayıncılık, 1997: 759-87.
36. **Biological therapies.** Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of psychiatry. 7th edition 1994 Williams & Wilkins USA. 865-1015
37. **Erdine, S. (2003).** Ağrı Sendromları ve Tedavisi, Sanovel İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. Yayını, İstanbul

38. **Erdine S.** Ağrıda Multidisipliner Yaklaşımlar (III.Ulusal Ağrı Kongresi Kitabı). Emre Matbaacılık, İstanbul 1991, 178-179.
39. **Ertekin C.** Ağrının nöroanatomi ve nörofizyolojisi. Ağrı ve tedavisi. İbrahim Yegül (ed). İzmir:Yapım Matbaacılık, 1993: 1-18.
40. **Güleç G, Güleç S.** Ağrı ve Ağrı Davranışı. Ağrı Dergisi, 18:4, 2006.
41. **Hodnett E.** Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. Am J Obstet Gynecol, 2002; 186: 160–172.
42. **Hokfelt T, Bartfai T, Bloom F.** Neuropeptides: opportunities for drug discovery. Lancet Neurol, 2003; 2: 463–472.
43. **Çeliker R.** Kronik ağrı sendromları. Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2005; 51(Özel Ek B):B14- B18.
44. **Wittink, H., Michel,T. (2002).** Chronic Pain Management for Physical Therapists. USA: Elsevier Science. p: 4.
45. **World Health Organisation. Health promotion.** A discussion document on the concepts and principles. Geneva: World Health Organisation; 1984.
46. **MerskeyHM,** Pain terms. 1986; suppl. 3: 215-21.
47. **Bouckoms AJ, Hackett TP (1991)** The pain patient: evaluation and treatment. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 3. Baskı, NH Cassem, MO St. Louis, CV Mosby (ed), Massachusetts, PSG Publishing Company, Inc., s.39-68.
48. **Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y.** Psychological disturbance in fibromyalgia: relation with pain severity. Clin Rheumatol, 1997; 16(2): 179–184.
49. **Deardorf W, Rubin H, Scott D (1991)** Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain. Pain, 45:35-44.
50. **IASP Subcommittee on Taxonomy.** Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Pain 1986;Suppl 3;1-226.h
51. **Aydın N.** Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi2002; 3(2) : 37 – 48
52. **Ertekin C.** Ağrının nöroanatomi ve nörofizyolojisi. Ağrı ve tedavisi. İbrahim Yegül (ed). İzmir:Yapım Matbaacılık, 1993: 1-18.
53. **Yücel A.** Akut ağrı nörofizyolojisi. Hasta kontrollü analjezi (PCA). İstanbul: MER Matbaacılık& Yayıncılık, 1997: 5-19.
54. **Morgan GE, Mikhail MG.** Pain Management. In: Clinical Anesthesiology, 2 ed. New Jersey: Prentice- Hall Interntional, Inc., 1996: 274-316.
55. **MerskeyHM,**Pain terms. 1986; suppl. 3: 215-21.
56. **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.
57. **Cleary JF. (2000).** Cancer Pain Management. *Cancer Control*, March/April7;2:120-131.

58. **Cleeland CS, Cleeland LM, Dar R, Rinehart LL. (1986).** Factors influencing physician management of cancer pain. *Cancer*, 58:796-800
59. **Cleeland CS (1987).** Barriers to management of cancer pain. *Oncology*, 1(2Suppl):19-26.
60. **Dalton JA. (1987)** Education for pain management: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 9:155-165.
61. **Desbiens et al. (1987)** Cancer pain education for patients. *Cancer*, 13:45-49.
62. **de Wit R, van Dam F, Vielvoye-Kerkmeer A, Mattern C, Abu-Saad HH. (1999)** The treatment of chronic cancer pain in a cancer hospital in the Netherlands. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17;5:333- 350.
63. **de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, Leenhouts G, Loonstra S. (1997)** A Pain Education Programme for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain*, 73: 55-69.
64. **Du Pen SL, Du Pen AR, Polissar N et al. (1999)** Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. *J Clin Oncol*. 17:361-370.
65. **Stein WM. (1996)** Cancer pain in the elderly. Pain in the Elderly (Ed: Ferrell BR, Ferrell BA), IASP Press, Seattle, 69-80.
66. **Swenson CJ. (2001)** Pain management. Chapter 30, Oncology Nursing, Fourth Edition, (Ed: Otto S), Mosby, 865-916.
67. **Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T and Melancon C. (2002).** Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Pract*, 10:269-276.
68. **Ferrell BR, Grant M, Borneman T, Juarez G, Veer AT. (1999).** Family caregiving in cancer pain management. *Journal of Palliative Medicine*, 2(2):185-195.
69. **Özkan S (1995).** Ağrılı Hastaya Psikiyatrik Yaklaşım. *Psycho Med*, 1:49-54.
70. **Mete H, Noyan A, Sertöz O.** Ağrının Psikososyal Yönü. *Ağrı Dergisi*. 18:1. 2006
71. **Kara H, Abay E.** Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. *Psikiyatri Dergisi*, 1 (2), 89-99, 2000.
72. **Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z.** Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. *Ağrı Dergisi*, 18:4, 2006.
73. **Pasero C, Gordon DB (1999)** JCAHO on assessing and and managing pain, *Am J Nursing*, 99(7):22.
74. **Pasero C, Mc Caffery M (2000)** When patients can't report pain, *Am J Nursing*, 100(9):22-23.
75. **Başaran N. , (1987),** Kanser Tanısı Konulmuş Hastalara, Tanılarının Söylenip Söylenmemesine İlişkin Doktor, Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Saptanması, (Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
76. **Sarı M. , (1997),** Hemşirelerin Kanserden Korunma ve Kanser Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
77. **Nural N., (1995),** Kanser Riski Altında Olan Kişilerin Saptanmasında Hemşirelerin Rolü, (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

78. **Platin N., (Çev Ed.), (1996)**, Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, (1.Baskı), Amerikan Kanser Birliği, ISBN 975-8088-08-4,37-42.
79. **Barclay V., Platin N.,(1997)**, Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar, Teknik Raporlar Serisi, UICC, Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Cilt 39, Ankara, 28-52
80. **Akdemir N.,(1990)**, Kanser Erken Tanısında Hemşirenin Rolü ve Erken Tanının Eğitim Programlarındaki Yeri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
81. **Baird,S.(1991).(Ed)**. A Cancer Source Book for Nurses, (Çev. Ed. N. Platin) Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, A:Ç:E:M: ve 4 Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 1996. ^
82. **Eti-Aslan F (1998a)** Ağrı Yönetimi, D Şelimen (Ed), Acil Bakım, İstanbul, Yüce Yayım, s.381-421
83. **Feldt K (2000)** The checklist of nonverbal pain indicators, Pain Manage Nurs, 1(1):13-20.
84. **Leob J, Pasero C (2000)** JCAHO standarts in long-term care, Am J Nursing, 100(5):22-23.
85. **Aslan F, Badır A.** Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. Ağrı Dergisi, 17;2. 2005.
86. **Bachiooco V, Morselli A M, Carli G (1993)** Self-control expectancy and postsurgical pain: relationships to previous pain behaviour in past pain, familial pain tolerance models and personality, J Pain Symptom Manage, 8(4):205-214.
87. **Borman P, Çeliker R.** A comparative analysis of quality of life in rheumatoid arthritis and fibromyalgia. J Musculoske Pain, 1999; 7(4): 5–14.
88. **Şahin H (1997)**, Toplum ve Hekim Dergisi, Ocak-Şubat, cilt 12, sayı 77.
89. **Tüzün E. Eker L.** Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum2003: 2: 3-8.
90. **Şahin H.** Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: Yaşam Kalitesi. Toplum ve Hekim 1997: 12:40-46.
91. **Muldoon MF, Barger SD, Flory JD.** What are quality of life measurements measuring? BMJ 1998;316:542–545.
92. **Arslan S, Gökçe Y.** Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri 1999;2(4):173- 178.
93. **Morales AJ, Kettel LM,** Quality of life assessment Semin Reprod Endocrinol 1996; 14(2):155–9.
94. **Akyol Durmaz A (1993)** Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9:2, 75-80
95. **Başalan İz F, Özer M (2003)**, Yaşam Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış, Hemşirelik Forumu Dergisi, 6 (4), 24-26
96. **Hanestad BR, Albresksen G (1991)** Quality of Life, Perceived Difficulties in Adherence to a Diabetes Regimen and Blood Glucose Control. Diabetic Med, 8: 759-769.
97. **Fitzsimmons D, George S.** Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. PsychoOncology 1999;8:(2)135–43.

98. **Muldoon MF, Barger SD, Flory JD.** What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998;316:542–545.
99. **Mac Keigan LD, Pathak DS.** Overview of health related quality of life measures. *Am J Hosp Pharm* 1992; 49(9):2236–2245.
100. **Wilson IB, Cleraly PD.** Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA* 1995; 4;273(1): 59-65.
101. **Çınar S, Eser.** Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Egzersizin Önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 8–10 Nisan 2004; İzmir.
102. **Eser, E.(2006).** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birlik*.1(2): 1 -5.
103. **Havlucu Y, Çelik P.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. 1. Sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu: 8–10 Nisan 2004; İzmir.
104. **Fitzpatrick R.** Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992;305:1074-1077.
105. **Basaran, S., Güzel, R., Sarpel, T.(2005).** Yaşam Kalitesi ve Sonuçlarını Değerlendirme Ölçekleri. *Romatizma*. 20(1): 55–62.
106. **Tüzün E. Eker L.** Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum*2003; 2: 3-8
107. **Cella D, Nowinski CJ. (2002).** Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83;Suppl 2:S10-S17.
108. **Beşer N, Öz F,** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1), 48-58
109. **Kızılcı S (1997),** Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
110. **Beşer N (2001),** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
111. **David J (1995),** Rehabilitation: adding quality to life, Cancer Care Prevention, Treatment and Palliation, Chapman Hall Company, London, 350-375
112. **Işkhan V, Güner P, Kömürcü Ş, Özet A, Arpacı F, Özbek B (2001),** The Relationship Between Disease Features and Quality of Life in Patients With Cancer-I, *Cancer Nursing*, 24(6): 490-495.
113. **Waterhouse M (1996)** Why pain assessment must start with believing the patient, *Nursing Times*, 92(38):42-43.
114. **Duarte RA.** Classification of Pain. In: Kanner R, editor. *Pain Management Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1997. p. 5-7.
115. **Bloodworth D, Cavillo O, Smith K, Grabois M.** Chronic pain syndromes: Evaluation and treatment. In: Braddom RL, editor. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: WB. Saunders Company; 2000. p. 913-33

116. **Turk DC**, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 17-25.
117. **Bayrmova N, Karadakovan A (2003)** Psoriasis' li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 45-52.
118. **Akyol Durmaz A (1995)** Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi, *ege üniversitesi hemşirelik yüksek okulu dergisi*, 9(3), 71-74
119. **Akdemir L. Birol L.** İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul. SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları.2003:18-21.
120. **Telatar T. Özcebe H.** Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7: 162-165.
121. **Arslan S.**Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6: 38-47.
122. **Rivera L.M., McCaffery M.:** Pain assessment. In, Baird S.B., McCorkle R., Grant M. editorso *Cancer Nursing: a Comprehensive Textbook*. Second Edition, W.B. Saunders Company, 1996. pp. 1017-1034.
123. **Ganz PA.** Quality of life and the patient with cancer. *Cancer Supplement* 1994; 74: 1445- 1451.
124. **Ganz PA.** Long-range effect of clinical trial interventions on quality of life. *Cancer Supplement* 1994; 74: 2620-2623.
125. **Kızılcı S.** Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 3: 18-26.
126. **Moody L, McCormick K, Williams A.** Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysema. *J Behav Med* 1990;13:297-301.
127. **Killian, T.S., Turner, J., Cam, R.(2005).** Depressive symptoms of care giving women in midlife: role of physical health. *J Women Aging*. 17(1– 2): 115–127.
128. **Zautra, A.J., Smith, B.W.(2001).** Depression and reactivity to stres in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosom Med*. 63(4): 687–696
129. **Brown K, Nicassio PM (1987)** Development of questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients, *Pain*, 31:53-64
130. **Patil JJP.** Chronic pain syndromes. In: O'Young B, Young MA, Stiens SA, editors. *PM&R Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1997. p. 351-5.
131. **Jacobsen L, Mariano AJ.** General considerations of chronic pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 241-54.
132. **King TL, McCool WF.** The definition and assessment of pain. *J Midwifery Womens Health*, 2004; 49: 471–472.
133. **Hodnett E.** Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 186: 160–172.
134. **Hokfelt T, Bartfai T, Bloom F.** Neuropeptides: opportunities for drug discovery. *Lancet Neurol*, 2003; 2: 463–472.

135. **Baltaş A., Baltaş Z.:**Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 22. Basım, İstanbul, 2004.
136. **Baymur F.:** genel psikoloji. S.89-94, inkilap kitabevi, İstanbul, 1990
137. **Bolander R. V.:** Sorensen and Lucmann's Basic Nursing A Psychopphysiologic Approach. S.269-279, 3.ed.W.B. Saunders Company, Philedelphia,1994
138. **Şahin, H. N.:** Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:2,3. Basım, Ankara.1998.
139. **Tuğrul D.C.:** Stres ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası, 4:12-17,2000.
140. **Türküm,A.Sibel.** Stresle Başa Çıkma ve İyimserlik”, Eskişehir:Anadolu Üniversitesi Yayınları,1999.
141. **Linton SJ.** A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine, 2000; 25 (9): 1148–56.
142. **Riley JL, Robinson ME, Geisser ME.** Empirical subgroups of the Coping Strategies Questionnaire-Revised: a multisample study. Clin J Pain, 1999; 5: 111–116.
143. **Koleck M, Mazaux JM, Rasele N, Bruchon-Schweitzer M.** Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. Eur J Pain, 2006; 10: 1–11.
144. **Williams DA, Keefe FJ.** Pain beliefs and the use of cognitive–behavioral coping strategies. Pain, 1991; 46: 185– 190.
145. **Changa EML, Bidewella JW, Huntington AD, Dalya J, Johnson A, Wilson H, Lambert VA, Lambert CE.** A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses, International Journal of Nursing Studies 2006, In press, corrected proof, ulaşım 9.08.2009.
146. **Leidy NK.** Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. Nurse Res 1994;43(4):196-202.83
147. **Kim JE, Dodd M, West C, Paul S, Facione N, Schumacher K, Tripathy D, Koo P, Miaskowski C. (2004)** The PRO-SELF Pain Kontrol Program improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, 31(6): 1137-1143.
148. **Strong J, Ashton R, Chant D (1992)** The measurement of attitudes towards and beliefs about pain, Pain, 48:227-236.
149. **Taylor C., Lillis C., Le Mone P.:** Fundamentals of Nursing. The Art Science of Nursing Care. S.135-141, J.B. Lippincot Company, 1989.
150. **Linton SJ, Hallden K.** Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain, 1998; 14: 209–215.
151. **Soares JFF, Sundin O, Grossi G.** The stress of musculoskeletal pain A comparison between primary care patients in various ages. J Psychosom Research, 2004; 56: 297–305.
152. **Moody L, McCormick K, Williams A.** Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysema. J Behav Med 1990;13:297-301.
153. **Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A.** SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi 1999.

154. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 221–226.
155. Cline ME, Herman J, Show F, Marton RD (1992) Standardization of the visual analogue scale, *Nurs Res*, 41(6):378-379.
156. Mc Caffery M, Pasero C (1999) Teaching patients to use a numerical pain-rating scale, *Am J Nursing*, 99(12):22.
157. Melzack R, Katz J (1992) The MC Gill Pain Questionnaire: Appraised and Current Status, *Handbook of Pain Assessment*, New York, The Guilford Press, s.152-168.
158. Collins SL, Moore AR, Mc Quay HJ (1997) The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in milimetres? *Pain* 72:95-97.
159. Ogon M, Krismer M, Söller W ve ark. (1996) Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings, *Pain*, 64:425-428.
160. Afşar, F. ve Pınar, R. (2003) “Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrı ile baş etme Yöntemlerini Değerlendirilmesi.” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6, 3, 19-28.
161. Türkiye’ de Kanser İstatistikleri (Çevrimiçi) :
<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp,sayfa=ozelistatistik&id=116&kelime=&page=>,
18.06.2006
162. Yürügen B.: Algoloji (Ağrı) Polikliniklerine Başvuran Hastaların Ağrılarının Tanılanması ve Ağrı-Depresyon İlişkisi. *Hemşirelik Bülteni*, 9:38, s.31-40, İstanbul, 1995.
163. Özkan S., Turgay M., Yücel B.: Kronik Ağrılı Hastaların Psikiyatrik ve Psikometrik Açından Değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 7:4, s22-25, 1995.
164. Başer G., Solak M.: Meme ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6:6, s.38-47, 2003.
165. Akdeniz C., Akdeniz F., Aydemir Ö., Gülseren Ş., Kültür S.: Sağlık Düzeyi Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9:2, s.104-108, 1999.
166. Karamanoğlu A. Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi İstanbul. 1999.
167. Türkiye İş Kurumu (<http://iskur.gov.tr/> Erişim 01.12.2009).
168. Arangeli, g.g., saracino, b., angelo, l. (1998). Giannarel, Radiation Therapy In The Management Of Symptomatic Bone Metastases, *International Journal Of Radiation Oncology*, Cilt 42, Sayı 5; 1119-1126
169. Yıldırım, Y.K., Uyar, M., Fadılhoğlu, Ç. (2005) Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ağrı Dergisi*; 17 (4): 17-22
170. Twycross, R.G., Lack, S.A. (1984). *Theraeutics in terminal cancer* London: Pitman 187
171. Pınar R. Diabetes Mellitus’lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi İstanbul. 1994.

- 172. Rustoen, T, Moum, T., Padilla, G., Paul, S., Miaskowski, c. (2005).** Predictors Of Quality Of Life In Oncology Outpatients With Pain From Bone Metastasis., Journal Of Pain and Symptom Management, Cilt 30, Sayı 3, Syf:234-242
- 173. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. (2004)** Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. Support Care Cancer, Apr;12(4):246-52
- 174. Cella D., Nowinski C.J.:** Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. Arch phys Med Rehabil 2002; 83 (Suppl 2): 10-17.
- 175. Di Clemente.:** Contracting cancer and coping with it. Cancer Nurs 14:240-245, 1991.
- 176. Cassileth D.:** The Influence of stress management training in cancer pain., 45: 246-253, 1996.

EKLER

EK.1. VERİ TOPLAMA FORMU

AÇIKLAMA:

Sayın hastamız aşağıda sizi daha iyi tanıyacağımız sorular bulunmaktadır.. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar kronik ağrı tedavisi sürecinde size sunduğumuz bakımı geliştirmemiz için bize yol gösterici olacaktır. Vereceğiniz cevaplar hiçbir şekilde aleyhine kullanılmayacaktır. Katkı ve yardımlarınız için teşekkürler.

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Eşinden ayrı Eşi ölmüş

4. Çocuğunuz var mı? Varsa çocuk sayınız:
 Yok 1 çocuk 2 çocuk 3 ve daha fazlası

5. Eğitim düzeyiniz nedir?
 Okur- Yazar İlköğretim Lise Yüksekokul

6. Yaşadığınız bölge
 İl İlçe Nahiye Köy

7. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
 Yalnız yaşıyorum.
 Anne / baba / kardeşlerle birlikte yaşıyorum.
 Eşimle / çocuklarımla birlikte yaşıyorum.
 Diğer: (Açıklayınız)

8. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 Çalışıyorum Çalışmıyorum

9. Size göre ailenizin ekonomik düzeyi nedir?
 Düşük Orta Yüksek

10. Sosyal güvenceniz nedir?
 Yok Emekli Sandığı Yeşil Kart SSK BağKu

11. Ne kadar süredir ağrı yaşıyorsunuz?

.....

12. Vücudunuzun hangi bölgesinde ağrı yaşamaktasınız?

- Baş, yüz ve ağız
 Servikal bölge
 Omuz ve üst ekstremité
 Toraks bölgesi
 Abdominal bölge
 Sırt, bel bölgesi, sakrum ve koksiks
 Alt Ekstremité
 Pelvik bölge
 Anal, perianal ve genital bölge

13. Ne kadar süredir ağrı tedavisi görüyorsunuz?

.....

14. Ağrı tedavisinin uygulanış yolu nedir?

- Parenteral Oral Rejiyonel

15. Hangi ilaçla tedavi ediliyorsunuz?

16. Ağrınızın olduğu dönemde ağrınıza eşlik eden yakınmalar var mı?

Yanıtınız evet ise bu en çok hangisidir?

- Halsizlik Göz yaşarması Bulantı
 Kusma İştahsızlık Uykusuzluk
 Cinsel İsteksizlik Çift görme Baş dönmesi

17. Tıbbi tanı :

18. Hastalığın evresi:

- Evre I Evre II Evre III Evre IV

19. Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz? Evet Hayır

20. Bu hastalığınız esnasında size destek veren insanlar oldu mu?
 Evet Hayır
21. Bu hastalığınız esnasında en çok destek veren insan kim oldu?
 Eşim Annem- babam Çocuklarım
 Kardeşim Arkadaşım Diğer
22. Hastalığınızla ilgili tedavi gördünüz mü? Evet Hayır
- 23 Yanıtınız evet ise hangi tedaviyi gördünüz?
 Kemoterapi Radyoterapi Biyolojik Tedavi
 Hormon tedavisi Cerrahi operasyon
24. Ne zaman tedavi gördünüz?
 Ağrı tedavisinden önce Ağrı tedavisiyle beraber
25. GAS:

EK 2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:

Sayın hastamız bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Öncelikle her cümleyi dikkatle dinleyerek, hissettiklerinizi değerlendirerek size uygun olan ifadeyi belirtiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği ve size sunduğumuz bakımın geliştirilmesi açısından son derece önemlidir. Vereceğiniz cevaplar hiçbir şekilde aleyhine kullanılmayacaktır. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Tarih:

1.Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

a.) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Fena değil e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda şimdi genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

a) Çok daha iyi b) Biraz daha iyi c) Hemen hemen aynı d) Biraz daha kötü e) Çok daha kötü

*Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir.

Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	1. Evet, oldukça kısıtlıyor	2. Evet, biraz kısıtlıyor	3. Hayır, hiç kısıtlamıyor
3- Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin koşmak, ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak			
4- Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak			
5- Çarşı-pazar torbalarını taşımak			
6- Birkaç kat merdiven çıkmak			
7- Bir kat merdiven çıkmak			
8- Eğilmek, diz çökmek, yerden birşey almak			
9- Bir kilometre'den fazla yürümek			
10- Birkaç yüz metre yürümek			
11- Yüz metre yürümek			
12-Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

*. Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) içerisinde, işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların her hangi biriyle karşılaştınız mı?

	a) Evet	b) Hayır
13. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak		
14. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)		
15. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak		
16. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak		

*. Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) içerisinde, işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz (üzüntülü veya kaygı olmak gibi) aşağıdaki sorunların her hangi biriyle karşılaştınız mı?

	a) Evet	b) Hayır
17- İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak,		
18- Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)		
19- İş ya da iş dışı uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak		

20. Son 1 ay (4 hafta) boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar engelledi?

a) Hiç b). Biraz c). Orta derecede d). Epeyce e). Çok fazla

21. Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) boyunca ne kadar bedensel ağrınız oldu?

a). Hiç b). Çok hafif c). Hafif d). Orta hafiflikte e). Aşırı derecede f). Çok aşırı derecede

22. Son 1 ay (4 hafta) boyunca ağrınız, normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

a). Hiç b). Biraz c). Orta dercede d). Epeyce e). Çok fazla

*. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.

	a) Her zaman	b) Çoğu zaman	c) Epeyce	d) Arada sırada	e) Çok ender	f) Hiçbir zaman
23. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
24. Çok sinirli bir kişi oldunuz ?						
25. Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar moral bozukluğu hissettiniz mi?						
26. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
27. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
28. Kendinizi mutsuz ve kederli hissettiniz mi?						
29. Kendinizi bitkin hissettiniz mi?						
30. Kendinizi mutlu ve sevinçli hissettiniz mi?						
31. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

EK 3. BAŞ ETME TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE) AÇIKLAMA

Sayın hastamız aşağıda ağrı çektiğiniz zamanlarda içinde bulunduğunuz durumu tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Öncelikle her cümleyi dikkatle okuyarak, hissettiklerinizi değerlendirerek size uygun olan ifadeyi belirtiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği ve size sunduğumuz bakımın geliştirilmesi açısından son derece önemlidir. Vereceğiniz cevaplar hiçbir şekilde aleyhine kullanılmayacaktır. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Tarih:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

	1	2	3	4
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.				
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.				
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.				
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
17.Allah`ın yardımını umarım.				
18.Bir eylem planı yaparım.				
19.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.				
20.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				

21.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
22.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
23.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.				
24.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				
25.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
26.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
27.Duygularımı dışarı vururum.				
28.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.				
29.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
30.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
31.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
32.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
33.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
34.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
35.Sorunla ilgili şaka yaparım.				
36.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.				
37.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
38.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
39.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
40.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
41.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.				
42.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
43.Olup biten şeyin ya da sorunun bir gerçek olduğunu kabul ederim				
44.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.				
45.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
46.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek daha iyi bir tavır takınırım.				
47.Sorunla karşılaştığımda dini inancımın bir huzur bulmaya çalışırım.				
48.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı bekleme zorlarım.				
49.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
50.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
51.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
52.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
53.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				

54.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
55.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
56.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
57.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
58.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
59.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim				
60.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				

MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2009/ 45

28 /12/2009

Konu : Etik Kurul Başvurusu

Sayın Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

"Kronik Ağrı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Başetme Tutumlarının Değerlendirilmesi" adlı çalışmanızın başlığının "Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Başetme Tutumlarının Değerlendirilmesi" olarak değişmesi uygun görülmüştür.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	Kronik Ağrı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş etme Tutumlarının Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRCI ÜNVANI/ADI	Yrd.Doç.Dr.Serpil TÜRKLEŞ
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	MEÜ.Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	
	FAZİ	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input type="checkbox"/> Tek Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRCI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	Tarih :
	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Serpil TÜRKLEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tek merkezli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLER

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU
---------------	--------------------------------

Üyeler	Ünvanı/Adı /Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
	Prof.Dr. Orhan SEZGİN	İç Hastalıkları Gastroenteroloji	ME.Ü.T.F. İç Hastalıkları.A.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
	Prof.Dr.İlter UZEL	Deontoloji	Ç.Ü.T.F. Deontoloji.A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık Farmakoloji	ME.Ü.Ecz.F Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Prof.Dr.Ali KAYA	Enfeksiyon Hastalıkları	ME.Ü.T.F. Enfeksiyon AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr.Gülçin ESKANDARİ	Biyokimya	ME.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr. Kemal YAZICI	Psikiyatri	ME.Ü.T.F. Psikiyatri .A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr. Nursel GAMSIZ BİLGİN	Adli Tıp	ME.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr.Musa DİRLİK	Genel Cerrahi	ME.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr. Leyla CİNEL	Patoloji	ME.Ü.T.F. Patoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr.Murat BOZLU	Üroloji	ME.Ü.T.F. Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr.Kıymet BAZ	Dermatoloji	ME.Ü.T.F. Dermatoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Doç.Dr.Nejat YILMAZ	Histoloji ve Embriyoloji	ME.Ü.T.F. Hist. ve Emb. AD	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Yrd.Doç.Dr. İsmail ÜN	Farmakoloji	ME.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Yrd.Doç.Dr.Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	ME.Ü.T.F. Biyoistatistik.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki

** Toplantıda Bulunma



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik



09 Temmuz 2009

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02/4719
Konu: Anket Uygulaması

Tarih :/...../.....

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İlgi: 01/07/2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-793/9790 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden Derya SUBAŞI'nın "Kronik Ağrı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu anket uygulamasının yapılabilmesi için, Etik Kurul iznine ihtiyaç duyulmakta olup; Etik Kurul izni çıktıktan sonra anket uygulaması yapılmasında sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Hasan Erdal DORUK
Dekan Yrd.-Başhekim

MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ GÜLEN EVRAK
13 Temmuz 2009
Kayıt No: 12674
Birim: Yarıyıl
MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ YAZI İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
14 Temmuz 2009
Kayıt No: 1121
Dosya No:

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1984 yılında Antakya’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Antakya’da tamamladıktan sonra, 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan mezun olmuştur. Aynı yıl Ağustos ayında Mersin Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde hemşire olarak çalışmaya, Eylül ayında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitime başlamıştır. Hala aynı kurumda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisinde çalışmaktadır.