

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

**KANSER AĞRISI YÖNETİMİNDE HASTADAN KAYNAKLANAN
ENGELLERİN İNCELENMESİ**

**Gülcan BAĞÇİVAN
Yüksek Hemşire**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ANKARA
2008**

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KANSER AĞRISI YÖNETİMİNDE HASTADAN KAYNAKLANAN
ENGELLERİN İNCELENMESİ

Gülcan BAĞÇIVAN

Yüksek Hemşire

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Olarak HazırlanmıŐtır


TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sağ. Yb. **Nuran TOSUN**

Ankara


2008

GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne:

" Kanser Ağrısı Yönetiminde Hastadan Kaynaklanan Engellerin İncelenmesi" konulu bu çalışma **Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı**'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Sağ. Yb. Nuran TOSUN.....

Üye :Doç. Tbp. Alb. Şeref KÖMÜRCÜ.....

Üye : Prof. Dr. Sağ. Yb. Nalan AKBAYRAK.....

ONAY:

Svl. Yük. Hem. Gülcan BAĞÇİVAN'ın 11/06/2008 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.



M. Tahir ÜNAL
Prof. Tbp. Tuğgeneral
GATA Sağ. Bil. Enst. Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu'nun 8 EKİM 2007 gün ve 186 sayılı kararı gereği Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıbbi Onkoloji BD Polikliniğinde yürütülmüştür.

Bu çalışma ile Onkoloji Polikliniğine başvuran hastaların ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Yüksek Lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile gelişmemde her türlü yardım ve desteği sağlayan GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Prof.Dr. Sağ. Kd. Alb. Sevgi HATİPOĞLU ve GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdür Yardımcısı Sayın Prof.Dr. Sağ. Yb. Nalan AKBAYRAK' a, klinik çalışmalarında değerli desteklerini esirgemeyen Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Tbp. Kd. Alb. Ahmet Özet' e, Tıbbi Onkoloji BD Öğretim Üyesi, Sayın Doç. Tbp. Kd. Alb. Şeref KÖMÜRCÜ' ye ve Tıbbi Onkoloji klinik ve polikliniğinde görev yapan hemşire arkadaşlarıma ve tüm klinik personeline saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın, istatistiksel olarak planlama ve değerlendirme aşamalarında yardım ve desteklerini esirgemeyen Öğ. Bnb. Mesut AKYOL'a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans eğitimim süresince, bilgi ve deneyimleriyle beni her zaman destekleyen ve yol gösteren, tez danışmanım olarak tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Başkanı değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Sağ. Yb. Nuran TOSUN' a ve üyesi olmaktan mutluluk duyduğum GATA HYO İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı ekibine saygı ve şükranlarımı sunarım.

Gülcan BAĞÇIVAN

Ankara 2008

ÖZET

Kanser Ağrısı Yönetiminde Hastadan Kaynaklanan Engellerin İncelenmesi,

Bu çalışma, kanser ağrısı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Ayrıca kanserde ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engelleri belirlemede kullanılan Engeller Ölçeği'nin (BQ-II) Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak da amaçlanmıştır. Araştırma, Ekim 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında GATA Tıbbi Onkoloji BD. Polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini kanser tanısı almış ve kanserle ilişkili ağrı deneyimi için analjezik ilaç kullanmış veya halen kullanıyor olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 170 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak, "Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Veri Toplama Formu", "Kısa Ağrı Envanteri" ve "Engeller Ölçeği (BQ II)" kullanılmıştır. Engeller Ölçeği (BQ II) için yapılan faktör analizi sonucunda, toplam varyansın % 66.451'ini karşılayan 7 faktör bulunmuştur. Genel ölçek için Cronbach's $\alpha=0.87$ 'dir. Hastaların Engeller Ölçeği'ndeki (BQ II) maddelere verdikleri puanlara göre, en fazla "bağımlılık" ve en az "fiziksel yan etkiler" alt gruplarında yanlış inanişe sahip oldukları görülmüştür. Erkek, bekar/dul, kanser dışında diğer kronik hastalığa sahip olan, ortalama ağrı seviyeleri >5 olan ve yetersiz analjezik kullanan hastaların, ağrı yönetimine engel olabilecek daha fazla yanlış inanişe sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda; Engeller Ölçeği'nin (BQ II) kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engelleri belirlemede ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve ileri çalışmalarda kullanılabileceği değerlendirilmiştir. Hastaların tanı, tedavi ve bakım sürecinde sürekli onlarla birlikte olan hemşirelerin, ağrı yönetiminin başarısı için hastadan kaynaklanabilecek engelleri iyi tanımlaması ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik planlamaları ve uygulamaları bakım sürecine katması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, ağrı yönetimi, engeller

Yazar Adı: Yük. Hem. Gülcan BAĞÇIVAN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sağ. Yb. Nuran TOSUN

ABSTRACT

Analysis of the Barriers Originating From Patients in Cancer Pain Management, This study was planned as a descriptive study to define the barriers originating from patients in cancer pain management. Also, it was aimed to make validity and reliability study of Barriers Questionnaire (BQ-II) for Turkey, which is used to define the barriers originating from patients in cancer pain management. The research was carried out in Gulhane Military Medical Academy, Department of Medical Oncology polyclinic between October 2007-April 2008. 170 patients who are diagnosed with cancer and who used or who are still using analgesic medication for pain experience related to cancer and who accepted to take part in the research constitute the sample of the research. "Data Collection Form About the Sociodemographic and Medical Information of Patients", "Brief Pain Inventory" and "Barriers Questionnaire (BQ-II)" were used as data collection instruments. As a result of the factor analysis made for Barriers Questionnaire (BQ-II), 7 factors that make up for %66,451 of the total variance were found. Cronbach's alpha was 0,87 for general scale. According to the points given by patients to the items in Barriers Questionnaire (BQ-II), it was seen that they have a fallacy mostly in "addiction" and minimally in "physical side effects" subscale. It was ascertained that male, single/widower patients and patients with a chronic disease other than cancer, patients whose average pain level is >5 and who use insufficient analgesic have more fallacies that can obstruct pain management. It was assessed in accordance with the results of the research that; Barriers Questionnaire (BQ-II) is a valid and reliable scale for our country in defining the barriers originating from patients in cancer pain management and that it can be used in advanced studies. It is recommended that nurses who are always in collaboration with the patients in their diagnosis, treatment and care periods; define the barriers that could originate from patients well for the success of pain management and add the planning and applications related to the removal of these barriers to caring process.

Keywords: Cancer, pain managements, barriers

Author: Gülcan BAĞÇIVAN, RN

Counsellor: Nuran TOSUN, RN PhD, Lieutenant Col. Assistant Professor

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar	x
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanser ve Ağrı	5
2.1.1. Kanser Hastalarında Ağrının Nedenleri	6
2.1.2. Kanser Ağrısının Patofizyolojisi ve Mekanizmaları	7
2.1.3. Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi	10
2.1.4. Kanser Ağrısında Analjezik Kullanımı	11
2.2. Kanser Ağrısının Yönetimindeki Engeller	12
2.2.1. Sağlık Bakımı Verenler İle İlgili Engeller	12
2.2.2. Sağlık Sistemi İle İlgili Engeller	15
2.2.3. Hasta İle İlgili Engeller	16
2.2.4. Engeller Ölçeği (Barriers Questionnaire II, BQ II)	18
2.2.5. Ağrı Yönetiminde Hasta İle İlgili Engellerin Azaltılması	20
GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.4.1 Veri Toplama Formları	22
3.5. Uygulama	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25

BULGULAR	27
4.1. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini tanıttıcı bulgular	28
4.2. Katılımcıların ağrı deneyimleri ile ilgili tanımlayıcı bulgular	31
4.3. Engeller Ölçeği (BQ II) ile ilgili bulgular	34
4.4. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
4.5. Katılımcıların ağrı deneyimleri ile ilgili verilere göre ölçek toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
TARTIŞMA	46
5.1. Çalışmaya katılan bireylerin tanıttıcı özelliklerinin tartışması	46
5.2. Engeller Ölçeği (BQ II) tartışması	48
5.2.1. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği tartışması	48
5.2.2. Kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin tartışması	52
5.2.3. Hastaların bazı özelliklerinin ölçek toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına yönelik tartışma	55
SONUÇ VE ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	60
KAYNAKLAR	62
EKLER	68
EK 1: Etik Kurul Onayı	69
EK 2: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	71
EK 3: Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Veri Toplama Formu	72
EK 5: Kısa Ağrı Envanteri	75
EK 6: Engeller Ölçeği (BQII)	78

SİMGELER VE KISALTMALAR

GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
\bar{X}	: Aritmetik Ortalama
Sd	: Standart Sapma
α	: Alfa değeri
BQ II	: Barriers Questionnaire II (Engeller Ölçeği II)
AIDS	: Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome

TABLULAR

Tablo		Sayfa
1.	Kanser hastalarında ağrı prevalansı ve sık karşılaşılan ağrı sendromları	9
4.1.1	Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	28
4.1.2	Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı	29
4.1.3	Hastaların analjezik ilaç kullanma durumları	30
4.2.1	Hastaların son 24 saat içerisinde hissettikleri (ifade ettikleri) ağrı seviyelerinin dağılımı	31
4.2.2	Katılımcıların Ağrı Kontrol İndeksi (PMI) puanlarına göre yeterli analjezik kullanma durumları	31
4.2.3	Hastaların son 24 saat içinde hissettikleri ağrının bazı günlük yaşam aktivitelerine engel olma durumları	32
4.2.4.	Hastaların ağrı deneyimi hakkındaki bazı düşünceleri	33
4.3.1.	Genel ölçek ve ölçek alt grupların ortalama ve Cronbach α değerleri	34
4.3.2.	Katılımcıların Engeller Ölçeği'nde (BQ II) yer alan maddelere verdikleri puanların ortalamaları	35
4.4.1.	Hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması	37
4.4.2.	Hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının tıbbi özellikleri ile karşılaştırılması	39
4.5.1.	Hastaların analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
4.5.2.	Hastaların Ağrı Kontrol İndeksi'ne (PMI) göre yeterli analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
4.5.3.	Hastaların Kısa Ağrı Envanteri'ne göre son 24 saat içerisinde hissettikleri ağrı seviyeleri ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	44

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Tüm ölümlerin yaklaşık % 13'ünü kanser vakaları oluşturmaktadır. Dünyada her yıl 11 milyon kişi kanser tanısı almakta ve her yıl 7,5 milyon kişi kanserden ölmektedir. 2020'li yıllarda ise her yıl 16 milyon yeni kanser vakası ve 10 milyon kanserden ölüm beklenmektedir (1, 2, 3).

Kanser bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasının sonuçlarına göre, kanser kardiyovasküler hastalıklardan sonra Türkiye'deki tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanser yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (3, 4).

Sağlıkla ilgili konular içerisinde en evrensel olanlarından birisi de ağrıdır. İnsanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı kavramı çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Günümüzde en geçerli tanımı "Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı" (International Association for the Study of Pain, IASP) yapmıştır. Bu tanıma göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir (5, 6). Yapılan birçok tanım ağrının subjektif yapısını içermektedir. Ancak klinik olarak en yararlı tanımı McCaffery yapmıştır: "Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır" (7). Geçmişte sadece hastalıkların bir bulgusu olarak kabul edilen ağrı günümüzde (özellikle kronik ağrı) başlı başına çözüm getirilmesi gereken bir sorun olarak ele alınmaktadır (8).

Ağrı, kanser hastalarında en yaygın ve ciddi semptomlar arasındadır (9). Kanserli hastaların % 20-50'sinde ilk başvuruda, % 30-40'ında tedavi sırasında, % 75-90'ında ileri (terminal) dönemde ağrı görülmektedir (10, 11). Metastazlı olan kanser hastalarının % 50'sinden fazlasının ve ileri evredeki hastaların % 90'ından fazlasının ağrı yaşadığı bildirilmiştir (12). Kanser tedavisindeki gelişmelerin yaşam süresini uzatması, kanser hastalarının hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı deneyimini daha uzun süre yaşamalarına yol açmaktadır (13).

Klinisyenler, araştırmacılar ve özellikle hastalar ağrının yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmektedirler. Ağrı; yorgunluk, uykusuzluk, konstüpasyon, iştahsızlık, bulantı gibi fiziksel semptomların yanı sıra bireyde kontrol kaybı, konsantrasyonda azalma, iç ve eğitim yaşantısını sürdürememe gibi etkileriyle sosyal yaşantıyı da olumsuz etkileyen bir sorundur (14). Bireyde meydana gelen fiziksel ve psikolojik bu etkiler sonucunda, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik yaşanabilmektedir (15). Kanser hastalarında da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrı, hastada fiziksel-psikolojik-sosyolojik yönden ikincil problemlere neden olmaktadır. Hatta yalnız hastanın değil, yakın çevresinin de olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. Hasta ve yakınları için ağrı, ölümün kendisinden bile daha büyük bir korku kaynağı olabilmektedir (12, 16, 17).

Son yıllarda ağrı konusundaki gelişmelere karşı, dünyada tüm kanser hastalarının yaklaşık % 25'inin şiddetli ağrı çekerek öldüğü, % 50'sinden fazlasının yeterli ağrı tedavisi görmediği, yine birçok ülkede ve ülkemizde kanser hastalarının % 50-80'inin özellikle yaşamlarının son döneminde ağrı ile baş başa bırakıldığı belirtilmektedir. Dünyada 9 milyonun üzerinde ağrı deneyimi yaşayan kanser hastasının var olduğu göz önünde tutulursa, problemin sosyolojik boyutunun ne denli büyük olduğu tahmin edilebilir. Diğer taraftan kanser ağrısı % 90-95 oranında kontrol edilebilen bir problem olmasına rağmen, gelişmiş ülkelerde dahi kanser ağrısının yeterli düzeyde kontrolü % 50 oranında yapılabilmektedir. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde % 10'a kadar inmektedir. Kanser ağrısının kontrolsüz kalması pek çok sorunun daha da büyümesine neden olmaktadır. Bu özellikleri ile hem tıbbi hem de sosyolojik problemleri bir arada barındıran kanser ağrısı, bir kronik ağrı sendromudur ve hem evrensel hem de toplumsal bir sorundur (18, 19).

Ağrı tedavisi, ortaya çıkan bu sorunları en aza indirmeye yönelik dört temel amacı içerir. Bunlar; 1) kanserde ağrının optimum düzeyde tedavi edilmesi, 2) tedavinin en ucuz ve en az yan etki ile gerçekleştirilmesi, 3) bireyin aktivitelerinin artırılması, fiziksel ve psikolojik iyiliğin sağlanması ve 4) yaşam kalitesinin arttırılmasıdır (8).

Kanser ağrısı konusunda daha önce yapılan çalışmalar çoğunlukla hekimlerin kanser ağrısını nasıl kontrol ettiklerine ve kanser ağrısının tedavisi hakkındaki bilgi ve becerilerine odaklanmıştır. Bunun yanı sıra kanser ağrısının yönetimi ile ilgili son yapılan çalışmalar ise, hastaların yaşadığı ağrı yoğunluğunun belirlenmesine ve ağrıyla baş etmenin kanser hastaları için önemine odaklanmaktadır (9).

Çeşitli eğitim programlarına, yayınlanmış ağrı yönetimi rehberlerine, farmakolojik/nonfarmakolojik girişim stratejilerine ve multidisipliner ağrı topluluklarına rağmen, kanser hastalarında ağrı yönetimi konusunda birçok engel tanımlanmıştır. Bu engeller sağlık bakımı verenler, sağlık sistemi ve hasta ile ilişkili olabilir (9, 13, 18).

Ağrı yönetimine engel olabilecek birçok faktör bulunmakla birlikte, hastaların ağrıyı söylemek ve uygun analjeziği kullanmaktaki isteksizlikleri, ağrı yönetimindeki asıl engellerdir. Genellikle yanlış inançlara veya ağrı ve ağrı tedavisi ile ilgili yanlış anlamalara dayanan, ağrıyı ifade etmekteki bu isteksizlik, ağrı yönetiminde hastayla ilgili engeller olarak adlandırılmaktadır (24). Kanser hastalarında ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engelleri belirleme konusunda yapılan çalışmalarda; bağımlılık korkusu, kontrol altına alınamayan kanser ağrısı tecrübesiyle ilgili kadercilik, ilaçlara karşı toleransla ilgili kaygılar, “iyi hasta ağrıdan şikayet etmez” inancı, doktoru kanser tedavisinden alıkoyma kaygısı, ağrı kesicilerin yan etkileriyle ilgili endişeler, ağrı tedavisinin immün sistemi baskılaması korkusu ve analjeziklerin hastalık belirtilerinin farkındalığını ortadan kaldıracak korkusu gibi faktörler bildirilmektedir (20, 21, 23, 24).

Kanser hastalarında etkili bir ağrı yönetiminin gerçekleştirilebilmesi için, bu durumu etkileyebilecek hastayla ilgili engellerin belirlenmesi ve buna yönelik önlemlerin alınması, ağrı yönetiminin amacına ulaşmasında ve ağrıdan kaynaklanan ikincil problemlerin azaltılmasında son derece önemli bir etkidir. Ağrı yönetiminde hasta ile ilgili engellerin ortadan kaldırılmasında; multidisipliner ekip yaklaşımı, hastaların ve ailelerin eğitimi ve karar verme sürecine aktif olarak katılmaları, tedavi ve uygulamalar konusunda söz sahibi olmaları önem taşımaktadır (13). Hastaların, tanı,

tedavi ve bakım sürecinde sürekli onlarla birlikte olan hemşirelerin, ağrı yönetiminin başarısı için önemli olan bu unsurları iyi tanımlaması ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik planlamaları ve uygulamaları bakım sürecine katması gerekmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı, kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engelleri belirlemektir.

Ayrıca bu çalışma ile kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engelleri belirlemek amacıyla, Wisconsin-Madison Üniversitesi'nde Prof. Sandra Ward (21) tarafından geliştirilen (1993) ve Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002) tarafından modifiye edilen Engeller Ölçeği'nin (Barriers Questionnaire-II, BQ-II), Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmak da amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Ağrı

Günümüzde, çağdaş tıbbın ve bilim dünyasının son yıllarda üzerinde en çok uğraş verdiği ve araştırma yaptığı bir hastalık olan kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde büyüme ve çoğalmaları ile anormal hücre yayılımı özelliği gösteren hastalık grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanser oluşumu bir hücrenin genlerindeki kümülatif değişiklikler sonucu ortaya çıkan, çok faktörlü ve çok basamaklı bir süreçtir (25, 26). Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından faydalanma imkanlarının artması ile her yıl daha fazla kanser vakası teşhis edilmektedir. Ayrıca enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, diğer hastalıklara karşı etkin tedavi yöntemlerinin kullanıma girmesi ve yaşam standardının yükselmesi ile ortalama yaşam süresinin uzaması, dolayısı ile yaşlı nüfusun artması, toplumun bilgi seviyesinin yükselmesi ve kanser tedavilerindeki gelişmeler ile daha çok hastanın hekime başvurması ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinogenlere maruziyetin artışı kanser sıklığını artıran etkenlerdir (27). Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisi olan kanser, yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam sürecinin olumsuz etkilenmesine de neden olmaktadır (28).

Ağrı, kanser ile ilişkili en sık karşılaşılan semptomlardan birisidir. Kanserli hastaların % 20-50'sinde ilk başvuruda, % 30-40'ında tedavi sırasında, % 75-90'ında ileri (terminal) dönemde ağrı görülmektedir (10, 29). Kanser tanısı almış çoğu hasta ve ailesi için ağrı çekme olasılığı, tedavi edilememe ve ölüm ihtimalinden sonra kanserin en çok korkulan yönüdür. 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 (9, 30)

2.1.1. Kanser Hastalarında Ağrının Nedenleri

Kansere bağlı ağrının nedenleri 3 grup altında incelenebilir:

1. Direkt tümöre bağlı ağrı (% 60-80 oranında görölmektedir)

- Kemik ve yumuşak doku infiltrasyonu
- Sinir, kan ve lenf damarlarının baskısı
- Lenf ödem
- Tümör nekrozu
- Beyin ödemi

2. Kanser tedavisine bağlı ağrı (%20-30 oranında görölmektedir)

- Cerrahi operasyon
- Radyoterapi (yanık, fibrozis, nöropati, mukozit)
- Kemoterapi (nöropati, pankreatit, mukozit)

3. Kanser veya tedavisi ile ilişkili olmayan mekanizmalara bağlı ağrı (%10-15 oranında görölmektedir)

- Baş ağrısı
- Diyabetik nöropati
- Miyofasiyal kökenli ağrılar

Kanser ile ilişkili ağrı sendromları akut veya kronik olabilir. Akut ağrı sıklıkla anjiyografi, endoskopi, biyopsi gibi diyagnostik işlemlerle veya cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi terapötik girişimlerle ilişkilidir. Kronik ağrı ise genellikle tümör infiltrasyonu ile ilişkili olup kemik ve yumuşak doku infiltrasyonu, içi boş organların obstrüksiyonu, sinir, kan ve lenf damarlarının kompresyonu sonucu ortaya çıkar. Kronik ağrı nedenlerinin, %15-25 kadarında tümör tedavisine bağlı nedenler söz konusudur. Tümör dışı nedenler ise kronik kanser ağrısında oldukça düşük bir oranı oluşturur. Kanserinin primer olarak kaynaklandığı bölge, ağrının ortaya çıkmasında en önemli bir faktördür. Primer tümör tipi, hastalığın evresi, metastazların varlığı, tümörün nöral yapılara yakınlığı, hastanın psikolojik durumu ağrı oluşumunda ve ağrının derecesinde rol oynar (10, 11).

2.1.2. Kanser Ağrısının Patofizyolojisi ve Mekanizmaları

Ağrı, nosiseptif (somatik veya visseral) veya nöropatik tipte olabilir. Nosiseptörler sinir sistemi dışında tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Nosiseptif ağrıda nosiseptörlerin uyarılması ve süregelen doku patolojisi ile ilişkili mekanizmalar söz konusudur. Nöropatik ağrı periferik veya santral sinir sisteminde gelişen hasar veya patofizyolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkar. Pankreas kanseri, karaciğer-akciğer metastazlarında ortaya çıkan ağrı visseral nosiseptif tiptedir; sürekli, künt, basınç hissi şeklinde tanımlanır. Kemik metastazlarında görülen somatik nosiseptif ağrı iyi lokalize, sürekli, sızlama, zonklama tarzındadır. Postherpetik nevralji, kansere bağlı pleksopatilerde ise ağrı nöropatik tiptedir, batma, elektrik çarpması, yanma, sızlama, karıncalanma şeklinde hissedilir. Değerlendirmede bu ayrımın yapılması tedaviyi belirleyeceğinden önemlidir.

Kapsüllü organların tümör invazyonu: Karaciğerin primer veya sekonder tümörleri, kapsüllü organların tümörlerinin en sık karşılaşılan örnekleridir. İntrakapsüler basınç artışının yanı sıra, tümörün lokal kapsül infiltrasyonu, künt bazen bıçak saplanır tarzda ağrıya neden olur. Beyin de kapsüllü bir organdır. Ağrı, yer kaplayan tümör gelişimi, fokal veya yaygın beyin ödemeine bağlı intrakraniyal basınç artışı sonucu ortaya çıkar.

Yumuşak dokuların tümör infiltrasyonu: Retroperitoneal alanın masif infiltrasyonu, yumuşak dokuların tümör infiltrasyonuna örnektir. Ayrıca iskelet kası gibi hareketli yapıların destrüksiyonu ve infiltrasyonu fonksiyon bozukluğu ile ağrı oluşturur. Burada tümörün interstisyuma yayılımı, kan damarları, lenfatikler ve sinirlerin harabiyeti söz konusudur.

Abdominal içi boş organların tümör infiltrasyonu: Ağrı; ülserasyonlar, motilite bozuklukları, dilatasyonlar ve kan akım bozukluklarından kaynaklanmaktadır. Örneğin malign lenfomalarda geniş ülserasyonlar ve kanama ortaya çıkabilir. Perinöral tümör infiltrasyonu, arteritis veya perinöral inflamatuvar reaksiyonlar da abdominal içi boş organların tümörlerinde sık görülmektedir.

Seröz mukozanın tümör infiltrasyonu ve inflamasyonu: Peritoneal karsinoziste ağrı sık ortaya çıkar, bazı olgularda ilk semptom olabilir. Ağrı

visseral motilite bozukluğu ile birlikte metastazların direkt periferik sinirler ile teması veya inflamatuvar reaksiyona bağlıdır.

Solid organlarda tümöre bağlı nekroz: Pankreasta spesifik nekrozlar, tipik ağrı semptomlarına neden olur.

Sinirler, pleksus veya spinal kordun tümör tutulumu: Sinir hasarı, kompresyonu veya infiltrasyonu söz konusudur. Meme, akciğer kanserinde brakial pleksus tutulumu görülebilir. Kolon kanserinde, lumbosakral pleksusun kompresyonu, infiltrasyonu radiküler ağrıya neden olur. Leptomeningeal karsinomatozis özellikle akciğer, meme adenokarsinomlarında, lenfoma ve melanomlarda ortaya çıkar. Epidural spinal kord kompresyonu ilgili vertebral alanda veya radiküler ağrıya neden olur.

Kemiklerin tümör infiltrasyonu: Metastatik durumlarda kemik destrüksiyonu yaygındır. Vertebral yayılım sinir köklerinin, spinal kordun kompresyonuna neden olabilir. Nekroz ve hemorajiler de ağrının önemli sebepleridir. Kemik metastazı en sık meme, prostat, akciğer, böbrek ve tiroid kanserlerinde görülür.

Kan damarlarında tümöre bağlı oklüzyon: Lenfatiklerin ve kan damarlarının invazyonu, malign neoplazilerde ortaya çıkar ve metastazın öncüsüdür. Genellikle küçük ve periferik damarların invazyonu söz konusudur ve önemli dolaşım sorunu yaratmaz. Bazı durumlarda daha büyük venler infiltre olur ve oklüzyon ortaya çıkabilir.

Kanser ağrı sendromları:

Kemik, visseral yapılar ve sinirler kronik kanser ağrısı ile ilişkili en sık karşılaşılan metastaz bölgeleridir. Kanserde ağrı prevalansı ve sık karşılaşılan ağrı sendromları Tablo 1'de görülmektedir.

Hastalar bu ağrı nedenlerinin birkaçını içeren kompleks ağrı paternleri ile sağlık kuruluşuna başvurabilir ve ağrı zaman içinde değişebilir, birçok bölgede ortaya çıkabilir, birçok sebepten kaynaklanabilir (10, 11, 31).

Tablo 1. Kanser hastalarında ağrı prevalansı ve sık karşılaşılan ağrı sendromları

Kanserde primer bölge	Ağrı insidansı (%)	Sık ağrı sendromları
Orofarinks	55–80	Postradikal boyun disseksiyon sendromu Enfeksiyon
Kolon ve rektum	45–95	Kemik metastazı Perineal ağrı sendromu Lumbosakral pleksopati Epidural spinal kord kompresyonu
Pankreas	70–100	Abdominal visseral ağrı
Karaciğer ve safra yolları	65–100	Abdominal visseral ağrı
Akciğer	55–90	Kemik metastazı Epidural spinal kord kompresyonu Brakial pleksopati Posttorakotomi sendromu
Meme	55–100	Brakial pleksopati Posttorakotomi sendromu Kemik metastazı Epidural spinal kord kompresyonu Leptomeningeal karsinomatozis
Uterus, serviks, over	40–100	Lumbosakral pleksopati
Prostat	55–100	Kemik metastazı Epidural spinal kord kompresyonu
Üriner sistem	60–100	Lumbosakral pleksopati Epidural spinal kord kompresyonu
Lenfoma, lösemi	5–75	Leptomeningeal karsinomatozis Kemik ağrısı Mukozit
Sarkom, primer kemik tümörü	75–90	Postamputasyon ağrısı (Stump, fantom) Epidural spinal kord kompresyonu

2.1.3. Kanserde Ağrı Yönetimi

Ağrılı bireylerin tanı ve tedavisinin doğru yönlendirilmesinde en önemli koşul, bireyin ağrısının doğru değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin de multidisipliner yaklaşım ile yapılmasıdır. Multidisipliner yaklaşım; hemşire, hekim, psikiyatrist, psikolog, anestezi uzmanı ve sosyal hizmet uzmanı gibi birçok disiplini kapsamalı ve hasta ve ailesi ekibin merkezinde yer almalıdır. Multidisipliner ekibin vazgeçilmez üyesi olan hemşirenin, bireyin ağrısını doğru tanımlaması ve giderilmesi için doğru uygulamalar yapması ağrı kontrolünün önemli bir kısmını oluşturur.

Ağrı değerlendirmesinde temel ilkeler;

- Hastanın ağrı yakınmasına inanılması,
- Hastadan dikkatli ve ayrıntılı öykü alınması,
- Hastanın psikososyal durumunun değerlendirilmesi,
- Dikkatli bir fizik muayene yapılması,
- Hastalığın evrelendirmesinin yapılması,
- Tanı için gerekli tetkiklerin yapılması,
- İlk değerlendirme sırasında diğer ağrı tedavi yöntemlerinin gözden geçirilmesi,
- Tedaviye başladıktan sonra ağrı kontrol düzeyinin değerlendirilmesi,
- Hasta için uygun ağrı değerlendirme ölçeklerinin kullanılması,

Ağrının tanınması için, ağrı şiddeti ölçekler ile değerlendirilmelidir. Ağrı ölçekleri ile subjektif bir deneyim olan ağrı objektif hale getirilerek, etkili ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanmasına yardımcı olur. Ağrı ölçüm araçları, ağrı deneyiminin farklı boyutlarını ölçmede objektif yöntemler sağlar. Tek boyutlu ölçekler; sadece ağrının şiddetini değerlendirmeye yardımcı olan, basit, tanımlayıcı, sayısal ve görsel kıyaslama ölçekleridir (Örn; Visuel Analog Skala). Çok boyutlu ölçekler ise; ağrıyı çok boyutlu değerlendirme (yeri, niteliği ve ağrıyı etkileyen etmenler gibi) olanağı veren ölçeklerdir (Örn; II Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu).

Ağrı kontrolünde temel olarak farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Non-farmakolojik yöntemler; nörolitik sinir

blokajları, sıcak ve soğuk uygulamalar, masaj, TENS uygulaması gibi yöntemlerdir

Farmakolojik yöntemler ise non opioid analjezikler, opioid analjezikler ve adjuvan tedavilerdir (kortikosteroidler, nöroleptikleri antihistaminikler, antideprasanlar, kalsitonin vb.) (5, 8, 18).

2.1.4. 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.

1. Basamakta kanser ağrısında önce hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol veya aspirin) gerektiğinde 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.

Son zamanlarda spinal opioid veya diğer invaziv teknikleri içeren 4 basamaklı bir merdiven sistemi üzerinde durulmaktadır.

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 ve beraberinde hastanın uyku düzeni de sağlanmalıdır.

Kanser hastalarında analjezik tedavinin amacı, analjeziyi minimum yan etki ile optimize etmektir. Mevcut tedavi modelleri ile kanser ağrısının % 80 ile % 90 oranında kontrol edilebildiği bildirildiği halde günümüzde kanser ağrısının yeterince tedavi edilebildiğini söylemek güçtür. Daha etkili kanser ağrı tedavisini sağlamak için yeni medikal teknoloji ve ilaçların gelişmesi değil, bilinen yöntemlerin daha etkili uygulanması gerekmektedir. Kanserli hastaların bakımı tüm sağlık ekibi tarafından sürdürülmelidir. Her kanser hastasının ağrıdan kurtulmaya hakkı olduğu unutulmamalı ve bu amaca ulaşmak için ağrı tedavileri kullanılmalıdır(10, 11, 32).

2.2. Kanser Ağrısı Yönetimindeki Engeller

Kim ve ark. (33) (2004)'larına göre, ağrı yönetimindeki belirgin ilerlemelere karşın, kanser ağrısının hastaların tamamında başarılı olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir (33). Çeşitli eğitim programlarına, girişim stratejilerine ve multidisipliner ağrı topluluklarına rağmen, kanser hastalarında ağrı yönetimi konusunda birçok engel tanımlanmıştır. Bu engeller sağlık bakımı verenler, sağlık sistemi ve hasta ile ilişkili olabilir (34).

2.2.1. Sağlık Bakımı Verenler İle İlgili Engeller

Kanserde ağrı yönetiminde, hekim ve hemşireler ile ilgili birçok engel tanımlanmıştır. Sağlık bakımı veren profesyonellerden kaynaklanan engeller; bilgi eksikliği, opioid analjezikler hakkındaki yanlış inanış ve fikirler ve ağrının yetersiz tanınması olarak sıralanmaktadır (33, 35).

Bilgi Eksikliği

Bosh ve Banos (36) (2002)'un belirttiği üzere, ağrı yönetiminin yeterli olmamasındaki en önemli engellerden birisi, sağlık bakım profesyonellerinin, tedavi hakkındaki bilgilerinin eksik olmasıdır (36). Ulusal ve uluslararası birçok basılı rehber olmasına karşın doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin çoğunun modern ağrı kontrol metotları, ağrı tanılama prosedürleri ve ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin kullanımı ile ilgili spesifik bilgi eksiklerinin olduğu bilinmektedir (37). Bilgi

eksikliğinin sadece klinik olarak karar vermeyi etkilemediği, aynı zamanda ağrı yönetimi konusunda özellikle opioidlerin kullanımına ilişkin yanlış fikirleri oluşturduğu bildirilmektedir (38).

Opioidler Hakkında Yanlış Fikirler

Opioidlerin kullanımı hakkında birçok yanlış fikirler bulunmaktadır. Sağlık personelinin deneyimleri bu inançları kuvvetlendirmektedir. “Bağımlılık korkusu” veya “opiofobi” kanser ağrısının kötü yönetiminde en yaygın nedenlerden birisidir. Ağrılı hastalarda opioid bağımlılığının % 1’den daha az olduğu bildirilmesine rağmen, birçok çalışmada sağlık bakım profesyonellerinin bu gerçeğin farkında olmadığı görülmektedir. Opioid kullanımı hakkındaki bir diğer yanlış fikir ise, özellikle yaşlılarda ve terminal hastalığı olan bireylerde yaşamı tehdit eden solunum depresyonu korkusudur. Kanser hastalarında tolerans gelişmesi hakkında da sağlık personeli arasında yanlış fikirler söz konusudur. Bunun sonucu olarak bazı hekimler opioid tedaviye başlamada isteksiz olabilmektedir. Hastalık sürecine bağlı olarak ağrının artması analjeziklerin dozunda değişiklik gereksiniminin en önemli nedeni olmasına karşın, kanser hastalarında doz artışı gerektiren opioid toleransının bazı düzeylerde gelişebileceği doğrudur (13, 39). Elliott ve Elliott (1992) tarafından yapılan çalışmada, hekimler ağrı tedavisinde morfin kullanımı ile ilgili 12 yanlış fikir (ilaç toleransı, ilaç bağımlılığı, ilaçlara bağlı yan etkiler, kanser ağrısının dindirilemez olduğu, vb.) belirtmişlerdir. Hekimlerin yaklaşık yarısının ilaç toleransı hakkında bazı yanlış fikirlere sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmanın en önemli bulgularından birisi, hekimlerin % 20’sinin kanser ağrısının kaçınılmaz olduğu ve tedavi yoluyla giderilemeyeceğine inanmalarıdır (40).

Ağrının Yetersiz Tanılanması

Ağrı tanılanmasının en önemli elementlerinden birisi ağrıyı hastanın kendisinin bildirmesidir. Hastaların ağrıyı bildirmedeki isteksizlikleri, ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan bir engel olarak tanımlanmaktadır. Ancak hekim ve hemşirelerin de hastalara ağrıları hakkında soru sormadıkları, hastaları ağrıyı ifade etmelerinde cesaretlendirici yaklaşımda bulunmadıkları ve genellikle de ağrı konusunda klinik yargılarını kullandıkları bildirilmektedir

(37). Ağrının yetersiz tanınması ile ilgili bir diğer neden de, sağlık personelinin kanser hastaları ile iletişimde zorlanmaları ve hastalarla etkileşimden kaçmaları nedeniyle ağrının yüzeysel olarak değerlendirilmesidir (13). Ağrı deneyiminin farklı boyutlarını ölçmede objektif yöntemler ve çeşitli geçerli ve güvenilir ölçüm araçları bulunmasına rağmen, bunların sağlık personeli tarafından klinik uygulamada yeterince kullanılmaması da önemli bir engeldir. Bazı çalışmalar, hekimlerin ağrının özelliklerini tanılamada nadiren standart tanılama prosedürlerini kullandığını göstermektedir (37). Ölçüm araçlarının çoğunun araştırma amacıyla geliştirilmiş olması ve bu nedenle uygulanmasının uzun süre alması, bunların klinik uygulamasını kısıtlamaktadır (37, 41).

Sağlık bakımı verenler ile ilgili engellerin incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır. Ger (42) ve ark. (2000) çalışmalarında; doktorların çoğunun ağrı tanınmasında yetersiz oldukları, % 72'sinin opioid ilaçların bağımlılık insidansının % 1'den fazla olduğuna (hatta % 30'u insidansın % 10'dan fazla olduğuna) inandıkları ve çoğunun ilaca tolerans veya psikolojik bağımlılık geliştiğini düşündükleri belirlenmiştir (42). Sapir (43) ve ark. (1999) sağlık personelinin kanser ağrısı hakkındaki bilgi ve tutumlarını incelediği çalışmalarında; kanser ağrısının etkili yönetiminde engeller olarak, ağrı ve tedavi sonuçlarının yetersiz tanınması (% 65), personelin yetersiz bilgisi (% 58), tıbbi personelin opioidleri reçete etmede isteksizliği (% 49) ve hastaların ilaçları alma gönülsüzlüğünü (% 40) bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerle ilgili engellerin yaygın olmadığını bildirmiştir. Opioidleri uygulamada hemşirelerin isteksizliği (%20.3) ve yönetmeliklere ilişkin endişeleri (%19.4) ağrı yönetiminde hemşirelerle ilgili engeller olarak belirtilmiştir (43). Doktor, eczacı ve hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise; her üç grupta da katılımcıların yaklaşık % 90'ının kanser hastalarında opioidlere karşı bağımlılık gelişebileceği endişesinin olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada ağrı tanınması konusunda, hemşirelerin en bilgili ve eczacıların ise en az bilgili olduğu bildirilmiştir. Hekimlerin opioidlerin farmakolojisine

ilişkin en bilgili oldukları, fakat optimal ağrı gidermeyi sağlama ile en az ilgili oldukları saptanmıştır (44).

2.2.2. Sağlık Sistemi İle İlgili Engeller

Sağlık sisteminin yasa ve politikaların yetersizliği ve opioid analjeziklerin kullanımının kanuni kısıtlaması, kanser hastalarının ağrı yönetiminde sağlık sistemi ile ilgili engelledir. Ayrıca kanser ağrısına yönelik tedavi ve palyatif bakım için ulusal bir politikanın bulunmaması da önemli etkenlerden birisidir. Birçok ülkede opioidlerin kullanımı sınırlıdır. Tıbbi kullanım için elde edilen morfinin % 87'si dünyadaki gelişmiş 20 ülke tarafından kullanılmaktadır. Opioidler gibi ağrıyı gidermek amacıyla kullanılan bazı ilaçlarla ilgili yasal düzenlemeler, devlet veya yerel otoriteler tarafından diğer ilaçlara göre daha ağır olarak düzenlenmektedir. Opioidlerle ilgili gerçek problem, sadece bu ilaçlara ulaşmadaki güçlük değil, aynı zamanda ne kadar opioid reçete edilebileceği hakkındaki kısıtlayıcı yasaların da varlığıdır. Bağımlılık yapma potansiyellerinin yüksekliği, nispeten fazla suiistimal edilmeleri ve opioid ilaç suiistimalinin birçok ülkede eskiden beri önemli sosyal ve halk sağlığı sorunu yaratması nedeniyle, opioid analjeziklerin tüketimi uluslararası düzeyde kontrol altına alınmıştır. Kontrol sistemi ile ilgili çalışmalar, bu yüzyılın başından itibaren başlamış ve sistem giderek geliştirilmiştir. Halen uluslararası kontrol ve taraf ülkelerde ulusal kontrol, 1961 Narkotik İlaçlar Tek Sözleşmesi'ne göre yapılmaktadır. Bu kontrolün tıp mensupları ile ilgili pratik önemi olan yönü, bu ilaçların hastane dışı eczanelerden, özel kırmızı reçete ile alınabilmesi ve birçok ülkede ve ülkemizde de opioid reçetesinin yazılımında çeşitli kısıtlamalar getirmesidir. Bir reçeteye yazılabilecek maksimum ilaç miktarı 125 mg. ile kısıtlanmış durumdadır. Opioidlerle ilgili kısıtlamalar yasal olarak doğru kabul edilmekle birlikte, hem opiodi yazan hekim hem de bu reçeteyi sağlayacak olan eczacıya birçok yasal zorluk getirmektedir. Hekimlerin önemli bir bölümü bu yasal zorluklardan kurtulmak amacıyla, opioid yerine zayıf etkili bir analjezik kullanmayı tercih edebilmektedirler (13).

2.2.3. Hasta İle İlgili Engeller

Hasta ve ailenin/bakım vericinin bilgisi ve ağrı hakkındaki inançları ağrı yönetimini etkileyen önemli konulardır (24, 37). Kim (33) ve ark. (2004)'na göre, etkin kanser ağrı yönetiminde en önemli engeller, hastanın ağrı yönetimi prensiplerine ilişkin bilgisinin yetersiz olması ve yanlış fikirlere/inanışlara sahip olmasıdır.

Opioid kullanımı ile ilişkili yan etki, bağımlılık ve ilaç toleransının gelişmesi korkusu ve kanser ağrısının hastalığın doğal bir sonucu olduğu gibi olumsuz fikirlere inanmaları nedeniyle; hasta ve aile üyeleri tedaviye uyumda isteksiz olabilirler (20, 22, 37).

Çoğu hasta ağrıyı gidermek için analjezik kullanımının bağımlılıkla sonuçlanacağına inanır (24). Morfin benzeri opioid ilaç alan hastaların birçoğu, bağımlılığa neden olacağı için bu ilaçları kullanmaktan korkarlar. Fakat bu olay nadiren görülmektedir. Bağımlılık korkusu özellikle yaşlı hastalar için önemlidir. Bununla birlikte, bağımlılık korkusunu destekleyen çok az kanıt bulunmaktadır (45). Paice (46) ve ark. (1998), hastaların % 55.6'sının bağımlılık endişesinin olduğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada, hastanede yatan kanser hastalarının % 71'inin analjezik ilaçlara kolaylıkla bağımlı olunacağına ve % 64'ünün ise gerçek bağımlılık tehlikesi olduğuna inandıkları saptanmıştır (45).

İlacın etkilerine karşı tolerans gelişimi korkusu da hastadan kaynaklanan bir başka engeldir. Hastalar eğer ilaç kullanımına çok erken başlanırsa, ağrı daha kötü olduğunda analjeziklerin etkili olmayacağı konusunda kaygılanırlar. Çoğu hasta, opioidlerin üst doz sınırı olmadığından haberdar değildir ve "gerçekten ihtiyaçları olana kadar" analjeziklerden kaçınmaları gerektiğine dair yanlış bir inanç içindedirler (47).

Bir başka engel de analjeziklerin yan etkilerinin kaçınılmaz ve yönetilemez olduğu konusunda hastaların endişe duymasıdır. Yapılan bir çalışma sonucunda; hastaların, ağrı giderici ilaçların konstipasyon, bulantı ve kusma gibi yan etkileri hakkında endişelerinin olduğu saptanmıştır (45). Bazı hastalar, uykusuzluk, bulantı, konstipasyon ya da mental konfüzyon gibi yan etkileri yaşamaktansa, ağrı içinde olmayı tercih ettiklerini söylemişlerdir.

Hastalar, yan etkilerin gelişmesi hakkında endişeleri olduğu için genellikle ağrı ilaçlarını önerilen dozlardan daha az alırlar (47). Ferrell (47) ve ark. (1994), hastaların önerilen dozların sadece % 70'ini aldıklarını bildirmiştir.

Bununla beraber, analjezik ilaçlara bağlı olarak görülen yan etkilerin çoğu önlenemez veya giderilebilir. Endişesi olan bireyler, yan etkilerin hem önceden belirlenebileceği hem de bunların yönetilebileceği konularında bilgilendirildiği zaman; yan etki korkusunun, ağrı kontrolünde daha az güçlü bir engel olabileceği bildirilmektedir (13).

Ağrının kanserli olmanın kaçınılmaz bir parçası olduğuna ve hafifletmek için hiçbir şey yapılamayacağına inanmak gibi, kanser ağrısı konusunda kaderci inanışlar edinmek, hastalar arasında yaygın durumdadır. Ayrıca "iyi hastalar ağrıdan şikâyet etmez" inancı nedeniyle bazı hastaların ağrılarını bildirmekte tereddüt ettikleri ve ağrıyla ilgili konuşmanın sağlık personelini rahatsız ettiğini düşündükleri belirlenmiştir. Bunun yanı sıra bazı hastaların, doktorların ilgisini kanseri tedavi etmekten başka yöne çekmemek için ağrılarını bildirmekten çekindikleri de bildirilmiştir. Bu inanç, hastalığı iyileştirmekle ağrıyı tedavi etmek arasında farklar olduğu hakkındaki yanlış fikirlere dayanmaktadır (47).

Bazı hastalar, artan ağrının hastalığın ilerlemesinin bir göstergesi olmasından korktukları için ağrılarını söylemekte tereddüt etmektedirler. Bu hastalar hastalıklarının ilerleme ihtimalini itiraf etmeye hazır değildir ve bu yüzden ağrının arttığını bildirmekten kaçınabilmektedirler. Bu inançların bir sonucu olarak, hastalar ağrılarını bildirmeyebilir, ağrı tedavisini istemeyebilir veya ağrıları çok olmasına rağmen yetersiz tedaviden şikâyet etmeyebilirler (36).

Ayrıca bazı hastaların, analjeziklerin genellikle intramüsküler enjeksiyon yoluyla verildiğine inanmaları ve korktukları için ağrılarını bildirmediği yönünde literatür sonuçları mevcuttur (47).

Riddell ve Fitch (48) (1997) Kanada'da 42 kanser hastasının, ağrı yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmalarında hastalar; ilaçlara bağımlılık korkusu, ilaçların vücutları için kötü olacağı endişesi ve ağrının hastalığın bir süreci olması gibi, etkili ağrı yönetimi için çeşitli yanlış

inancıları tanımlamışlardır. Hastaların yaklaşık % 25'inin ağrı kesici ilaçlarının vücutları için "kötü" olduğuna inandıkları ve bu nedenle ilaçlarını düzenli olarak veya yeterli dozları almada isteksiz oldukları saptanmıştır.

Kanser hastalarının aile üyeleri ve bakım vericileri de etkili ağrı yönetiminde önemli bir engel olarak tanımlanmaktadır. Aile üyelerinin kanser ağrısı ve tedavisi ile ilgili bilgi ve tutumlarının, ağrı yönetimi ile anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (13). Lin (23) (2000) Tayvanlı hasta ve aile üyelerinin, kanser ağrısı yönetimi ile ilgili engellerini incelediği çalışmasında, hasta ve aile üyelerinin ağrı yönetiminde tutumsal engellere ve endişelere sahip olduğu ve bu endişelerinin hastaların kanser ağrısının yetersiz yönetiminde önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır.

2.2.4. Hastadan Kaynaklanan Engelleri Belirlemede Etkili Bir Ölçüm Aracı: Engeller Ölçeği

1993 yılında Prof. S.Ward tarafından geliştirilen Engeller Ölçeği (BQ), kanserli hastalarda ağrı yönetimine engel olabilecek ve bu süreci olumsuz etkileyebilecek hastadan kaynaklanan engellerin belirlenmesi için geliştirilmiş, birçok ülkede kullanılmış ve geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak gösterilmiştir (21-24, 45, 49). Ayrıca kalite değerlendirmesi için kullanılan Amerikan Ağrı Derneği Hasta Sonuç Anketi, Engeller Ölçeği'nden maddeler içermektedir.

Ağrı yönetimi uygulamasındaki değişimlere, konuyla ilgili literatürdeki gelişmelere ve çeşitli çalışmalarda hastaların geri bildirimlerine dayalı olarak, Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002) Engeller Ölçeği'ni yeniden gözden geçirmiş, güncelleştirmiş ve yeni Engeller Ölçeği'ni (BQ II) oluşturmuştur. BQ II'deki maddeler, ağrı yönetimi konusunda tecrübeli 6 onkoloji hemşiresinden oluşan bir grup tarafından belirlenmiştir.

Orijinal ölçekteki, "enjeksiyon korkusu" ve "ağrının hastalığın ilerlediğinin göstergesi olduğu" ile ilgili bölümler ölçekten çıkarılmıştır. Ağrı yönetimi konusundaki gelişmeler ve analjeziklerin alternatif uygulama yolları ile ilgili değişimler, analjeziklerin intramüsküler uygulamasının azalmasına neden olmuş ve bunun sonucu olarak enjeksiyon korkusu eskisi kadar yaygın olmadığından, ağrı yönetiminde etkili bir engel olmadığı düşünülmüş ve bu

madde ölçekten çıkarılmıştır. Hastalıklarının ilerlediğinin bir göstergesi olmasından dolayı hastaların ağrılarını dile getirmekten korkmaları ile ilgili olan ve Engeller Ölçeği'nde (BQ) yer alan yanlış inancın, düzeltilebilecek bir yanlış anlama olmadığına karar verilmiştir. Engeller Ölçeği'ndeki (BQ) diğer engeller, ağrı ve ağrı yönetimiyle ilgili yanlış anlamalara dayandığı için, bu bölümün çıkartılmasına karar verilmiştir.

Güncellenmiş Engeller Ölçeği'ne (BQ II) iki yeni konu daha eklenmiştir. Bunlardan ilki “analjeziklerin immün fonksiyonlara zarar vermesi korkusu”dur. Engeller Ölçeği (BQ), kanserli hastalarda kullanılan bir ölçek olduğu halde, bir çalışmada ölçeğin değiştirilmiş bir türü AIDS'li hastalarda kullanılmıştır (50). Bu çalışmada “ağrı tedavisinin immün fonksiyonlara zarar verebileceği” inancının, hastalar arasında yaygın bir sorun olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin ilk kullanıldığı çalışmalarda da, kanserli hastalarla yapılan görüşmelerde bu fikre inanıldığı belirlenmiş ve ölçeğe eklenmesi uygun görülmüştür. Ölçeğe eklenen diğer madde ise “analjeziklerin hastalık semptomlarını ya da kişinin bedenindeki değişimleri fark etmelerini azaltacağı” endişesidir. Ölçeğin kullanıldığı birçok çalışmada, bazı hastaların “analjeziklerin semptomları izleyebilmelerini engellediği ya da semptomları gizlediği” endişesi yaşadığı belirlenmiştir. Kişinin vücudundaki değişiklikleri fark edememe korkusunun, insanların mevcut analjezikleri kullanmasını engelleyebildiği düşünülmüştür.

Bu değişikliklerden sonra Engeller Ölçeği (BQ II), sekiz farklı engeli tanımlayan 27 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. Bu engeller; a) bağımlılık korkusu, b) kontrol altına alınamayan kanser ağrısı tecrübesiyle ilgili kadercilik, c) toleransla ilgili kaygılar, d) “iyi hasta” ağrıdan şikayet etmez inancı, e) doktoru kanser tedavisinden alıkoyma kaygısı, f) analjeziklerin yan etkileriyle ilgili kaygılar, g) ağrı tedavisinin immün sistemi baskılaması korkusu ve h) analjeziklerin hastalık belirtilerinin farkındalığını ortadan kaldıracacağı korkusudur.

Ölçek dört alt gruptan oluşmaktadır; 1) Fizyolojik etkiler (12 madde), 2) Kadercilik (3 madde), 3) İletişim (6 madde), 4) Yan etkiler (6 madde). Katılımcılar 6' lı Likert tipi (0=hiç katılmıyorum, 5=tamamen katılıyorum) ölçek üzerinde, her madde için kendi düşüncelerine uygun şekilde işaretleme

yapmaktadırlar (24). Ölçeğin sonunda, hastalara ağrılarını ifade etmelerine yada analjezik kullanmalarına engel olabilen, ancak ölçekte yer almayan düşüncelerinin veya inanışlarının olup olmadığı da sorulmaktadır.

2.2.5. Ağrı Yönetiminde Hasta İle İlgili Engellerin Azaltılması

Kanserli hastaların ağrı yönetiminde hasta ile ilgili engellerin çözümünde; hasta ve aile eğitimi, hastaların ve ailelerin ekibin karar verme sürecine aktif olarak katılmaları ve tedavi ve uygulamalar konusunda söz sahibi olmaları önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (1990), Amerikan Ağrı Topluluğu (1992), Sağlık Bakım Politikası ve Araştırma Kurumu gibi çeşitli organizasyonlar da; hasta eğitimi ve hastaların kendi ağrı tedavisine aktif katılımının önemini vurgulamaktadır (13).

Hastanın ağrıya ve analjezik kullanımına ilişkin bilgi ve tutumunu arttırmaya yönelik eğitimsel girişimler ağrı yönetimini etkileyebilir (13). Bu eğitimler, olumsuz tutumları ve engelleri azaltmaya yardımcı olacaktır (51). Araştırmalar; eğitim programlarının hastaların ağrı şiddetini önemli derecede azalttığını, bilgisini arttırdığını ve kanser ağrısı yönetimi hakkındaki inanışlarını değiştirebildiğini göstermiştir. Ayrıca ağrı yönetiminde etkili eğitim programlarının, hastaların analjezik rejimine uyumunu geliştirdiği ve yaşam kalitesini iyileştirdiği de belirtilmektedir (13).

Hastaların tanı, tedavi ve bakım sürecinde sürekli onlarla birlikte olan hemşirelerin; ağrı yönetiminin başarısı için önemli olan bu unsurları iyi tanımlaması ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik planlamaları ve uygulamaları bakım sürecine katması gerekmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu tez çalışması, kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Bu çalışma aynı zamanda, ilk kez Prof. Sandra Ward (21) (1993) tarafından geliştirilen ve Wisconsin-Madison Üniversitesi'nde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan, Gunnarsdottir(24) ve ark. (2002) tarafından da güncellenen Engeller Ölçeği'nin (Barriers Questionnaire II, BQ II) ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla analitik çalışma olarak da planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Tıbbi Onkoloji BD. poliklinik, Ekim 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. GATA, Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) bünyesinde hizmet veren en büyük eğitim hastanesi olup, Ankara ve çeşitli illerden sevk edilen askeri personel, aileleri ve belirli sayıda sivil hastaya hizmet sunmaktadır.

GATA Tıbbi Onkoloji BD. poliklinik hizmetlerinde, her gün öğretim üyeleri ve uzmanlar tarafından yaklaşık 50 hastaya hizmet verilmektedir. Aynı zamanda poliklinikte ayaktan kemoterapi hizmetlerinin yürütüldüğü bölümde, her gün 3 hemşire ile yaklaşık 25 hastaya hizmet sunulmaktadır. Poliklinikte ayda ortalama 1000 hastaya (tanı, tedavi ve kontrol amaçlı), ayaktan kemoterapi servisinde ise 500 hastaya hizmet verilmektedir. GATA Tıbbi Onkoloji BD. kliniğinde, 33 yatak kapasite ile ayda yaklaşık 50 hasta tedavi ve bakım hizmeti almaktadır. Klinikte 6 öğretim üyesi, 9 hemşire ve 12 diğer sağlık personeli görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir yıl içerisinde GATA Tıbbi Onkoloji BD. polikliniğine tedavi, takip amacıyla başvuran hastalar oluşturmaktadır. 01 Ekim 2007–01 Nisan 2008 (6 aylık periyot) tarihleri arasında, GATA Tıbbi

Onkoloji BD. polikliniğine tedavi veya takip amacıyla başvuran ve araştırma kriterlerine uyan 170 hasta, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma kapsamında geçerlilik ve güvenilirliği test edilecek olan ölçekte katılımcılara sorulacak 27 madde ve her maddenin 6 noktalı likert tipi skaladan oluşan seçenekleri bulunduğundan, her seçeneğe en az bir katılımcı düşmesini sağlayacak şekilde örneklem büyüklüğü hesaplanmış ve araştırma için örneklem büyüklüğü en az (27 soru x 6 seçenek = 162, yaklaşık 170) 170 hasta olarak belirlenmiştir. Araştırma; belirli bir zaman dilimi içerisinde, araştırma kriterlerini sağlayan ve kota olarak belirlenen en az 170 hasta üzerinde uygulanacağından örneklem seçimi yapılmamış, kotalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma amaçları arasında yer alan, Engeller Ölçeği (BQ II)'nin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini belirleyebilmek amacıyla, 170 hasta arasından rastgele seçilen 68 hastaya retest için ölçek tekrar uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınma kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- Kanseri tanısı almış,
- 18 yaş ve üzeri,
- Türkçe iletişim kurabilen,
- İletişime engel olabilecek mental yetersizliği olmayan,
- Kanseri ilişkili ağrı deneyimi olan,
- Ağrı için analjezik ilaç kullanmış olan veya halen kullanan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan veri toplama formları; “Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Veri Toplama Formu”, “Kısa Ağrı Envanteri (Brief Pain Inventory)” ve “Engeller Ölçeği (BQ II)” den oluşmaktadır.

3.4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatürlerden yararlanılarak geliştirilen bu form, 3'ü açık uçlu olmak üzere toplam 22 soru ve 2 bölümden oluşmaktadır:

- Sosyo-demografik özellikler; hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, aylık gelir, yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler gibi özelliklerini sorgulayan sorular içermektedir.

- Tıbbi özellikler; hastaların tanıları, ilk tanı tarihi, kanser evresi, metastaz durumu, aldığı ilaç tedavileri, diğer hastalıkları gibi durumları sorgulayan sorular içermektedir. Ayrıca bu bölümde; hastaların ağrılarını artıran ve azaltan faktörleri, ağrı gidermede kullandıkları ilaç dışı yöntemleri, ağrı yönetimi konusunda bilgi alıp almadıkları ve alınan bilginin kaynağını sorgulayan açık uçlu sorular da yer almıştır.

3.4.2. Kısa Ağrı Envanteri

Kısa ağrı envanteri; çok boyutlu bir ağrı değerlendirme yöntemi olup, bireylerin gün içerisinde ağrılarının olup olmadığını, 24 saat içerisinde hissettikleri en az, en fazla ve ortalama ağrı seviyelerini ve bu ağrılarının genel aktiviteler, ruhsal durum, yürüme yeteneği, çalışma, diğer insanlarla olan ilişkileri, uyku ve hayattan zevk alma gibi durumlara engel olma etkisini sorgulamaktadır. Hastalar bu soruların cevaplarını 0–10 arasında görsel skala üzerinde işaretlemektedir (0=engel olmadı, 10=tamamen engel oldu). Kısa ağrı envanterinin artritli ve kanserli hastalarda ülkemiz için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (52)

Ağrı Kontrol İndeksi (Pain Management Index-PMI)

Ağrı Kontrol İndeksi, hastalar tarafından yeterli analjezik kullanıma durumunu ölçmek için kullanılan bir yöntemdir. Ağrı Kontrol İndeksi, DSÖ'nün "analjezik basamak tedavisi" temel alınarak kullanılan analjezikler ile hastaların ifade ettikleri en fazla ağrı seviyelerinin karşılaştırılmasını içerir (24). Ağrı Kontrol İndeksi'ni kullanmak için, hastaların analjezik kullanma durumları ve ağrı seviyelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hastaların analjezik kullanma durumları için 4 seviye belirlenir (seviye 1= hiç analjezik kullanılmaması, seviye 2= non opioid kullanımı, seviye 3= zayıf opioid kullanımı, seviye 4= güçlü opioid kullanımı). Hastaların ağrı seviyelerinin belirlenmesinde ise, Kısa Ağrı Envanteri'nde hastaların ifade ettikleri ve 0-10 arasındaki skalada işaretledikleri, son 24 saat içerisinde "en fazla" olan ağrı

yoğunlukları 4 seviyede sınıflandırılır (seviye 0= 0, seviye 1= 1-3, seviye 2= 4-7 ve seviye 3= 8-10). Ağrı Kontrol İndeksi puanını hesaplamada, hastaların analjezik kullanma seviyelerinden ağrı seviyeleri çıkartılır. Sonuç sıfır ve daha büyük bir değer ise hastaların hissettikleri ağrıları için “yeterli analjezik kullanımı”, negatif bir değer ise “yetersiz analjezik kullanımı” şeklinde değerlendirme yapılır.

3.4.3. Engeller Ölçeği (BQ II)

Engeller Ölçeği (BQ) ilk kez Prof. Sandra Ward (21) tarafından (1993) geliştirilmiş ve Wisconsin-Madison Üniversitesi'nde geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. BQ II, ilk geliştirilen Engeller Ölçeği'nin Gunnarsdottir (24) ve ark (2002) tarafından güncellenen formudur. Ölçek diğer bazı ülkelerde de kullanılmış ve kanser hastalarında ağrı yönetiminde hastalarla ilgili engelleri belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir (21- 24, 45).

Engeller Ölçeği (BQ II), kanser hastalarında ağrı yönetimine engel olabilecek hastaya ilişkin yanlış inanışları içeren 27 maddeden ve 4 alt gruptan (fizyolojik etkiler, kadercilik, iletişim ve yan etkiler) oluşmaktadır. Katılımcılar her madde için 6 noktalı likert tipi skalada işaretleme yapmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler için katılımcılar, kendi düşüncelerine en uygun cevabı 0–5 arasındaki skala üzerinde işaretlemektedir (0=hiç katılmıyorum, 5=tamamen katılıyorum). Ölçekteki 1, 8 ve 24. maddeler için analizler öncesi ters puanlama yapılmaktadır. Puan artışı ölçekte yer alan maddeler hakkındaki yanlış inanışın daha yüksek/fazla olduğunu göstermektedir. Toplam puan 0-135 arasında olabilmektedir.

Bu çalışmada Engeller Ölçeği'ni (BQ II) kullanmak için, ölçeği ilk geliştiren Prof. Dr. Sandra Ward ile internet ortamında görüşülmüş ve onay alınmıştır. Engeller Ölçeği'nin (BQ II) ülkemiz için dil eş değerliliğini saptamak amacıyla, ölçeğin orijinali iki İngilizce dil uzmanı tarafından Türkçe'ye, daha sonra farklı iki İngilizce dil uzmanı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizce'ye çevrilen ölçek ile orijinal ölçek; bir İngilizce dil uzmanı, bir İç Hastalıkları Hemşireliği BD. öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından

karşılaştırılmış ve iki ölçek metni arasında anlam bakımından farklılık olmadığı belirlenmiştir. Daha sonra Türkçe'ye çevrilen ölçek, uzman görüşü almak amacıyla iki onkoloji uzmanı ve bir İç Hastalıkları Hemşireliği BD. öğretim üyesi tarafından konuya uygunluk, anlam ve içerik bakımından incelenmiş ve ölçeğin uygulanabilir olduğuna karar verilmiştir.

3.5. Uygulama

Araştırma, GATA Etik Kurulu'ndan gerekli yazılı izin ve onay alındıktan sonra Ekim 2007 ve Nisan 2008 tarihleri arasında, GATA Tıbbi Onkoloji BD. polikliniğinde uygulanmıştır.

Ölçeğin ön uygulaması, beş hasta ve iki onkoloji hemşiresi üzerinde yapılmış, veri toplama formlarında ve ölçekte yer alan soruların anlaşılabilir olduğu konusunda geri bildirim alınmıştır.

Uygulama süresince araştırmacı poliklinikte bulunmuştur. Araştırma kriterlerine uyan hastalar araştırmacı tarafından belirlenmiş ve bunun için doktor ve hemşirelerin de yardımı alınmıştır. Belirlenen hastalara araştırmanın amacı ve uygulama hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan ve onayları alındıktan sonra, birebir görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 20-40 dk. sürmüştür.

Retest için, en az 3 hafta sonra tedavi için tekrar polikliniğe gelecek hastaların alınması uygun görülmüştür. Uygun olan bu hastalara ilk görüşme sırasında, kendilerine testin tekrar uygulanacağı belirtilmiş, onayları alınmış ve 3 hafta sonrası için randevu verilmiştir. Randevu verilen bazı hastalarla tekrar görüşme yapılamamıştır. Ancak retest yapılan hasta sayısının, geçerlik ve güvenilirlik çalışması için belirlenmiş olan 68'e ulaşması sağlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Uygulanan ölçek ülkemizde ilk defa kullanıldığından ölçek alt faktörlerini

bulmak amacı ile Temel bileşenler ve Faktör analizi uygulanmıştır. Temel bileşenler ve Faktör analizi sonucunda her bir ölçek maddesinin yüklendiği alt faktörler ve faktör yükleri belirlenmiştir. Ölçeğin geneli ve alt ölçekler için güvenilirlik katsayısı (Cronbach's α) hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkiye için geçerliliğini belirleyebilmek amacı ile test ve re-test sonuçları karşılaştırılmıştır. Ölçümle belirlenen veya hesaplanan değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel ve Shapiro-Wilk testi ile sayısal olarak incelenmiştir. Ölçümle belirlenen veya hesaplanan hiçbir verinin normal dağılıma uymadığı görüldüğünden tüm karşılaştırmalar non-parametrik testler ile yapılmıştır. İki grup (örneğin cinsiyet) arasındaki farklılığı bulabilmek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İki'den fazla gruplarda (örneğin yaş grupları) gruplar arası farklılıklar Kruskal-Wallis varyans analizi ile test edilmiştir. Gruplar arasında fark bulunması durumunda farklılığın kaynağını belirlemek üzere Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde MS-Excel, SPSS for Win. Ver. 15.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) ve NCSS 2007 (Hintze, J. (2006), NCSS, PASS, and GESS. NCSS, Kaysville, Utah, USA) paket programları kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0.05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan 170 hastadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular şu başlıklar altında verilmiştir:

- 4.1.** Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini tanıttıcı bulgular
- 4.2.** Katılımcıların ağrı deneyimleri ile ilgili tanımlayıcı bulgular
- 4.3.** Engeller Ölçeği (BQ II) ile ilgili bulgular
- 4.4.** Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 4.5.** Katılımcıların ağrı deneyimleri ile ilgili verilere göre ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

4.1. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini tanıttıcı bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (N=170)

Özellikler	Sayı	%
Yaş (min=18, max=77, ort= 52.87 ± 15.03)		
18-40	36	21.2
41-55	48	28.2
56 ve üzeri	86	50.6
Cinsiyet		
Kadın	107	62.9
Erkek	63	37.1
Medeni durum		
Evli	137	80.6
Bekar / Dul	33	19.4
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	10	5.9
Okur-yazar	17	10.0
İlköğretim	64	37.6
Lise	64	37.6
Üniversite	13	7.7
Lisansüstü ve üzeri	2	1.2
Meslek		
Memur	16	9.4
İşçi	2	1.2
Serbest meslek	8	4.7
Ev hanımı	89	52.4
Çiftçi	2	1.2
Emekli	42	24.6
Diğer	11	6.5
Yaşadığı yer		
İl	142	83.5
İlçe	24	14.1
Köy	4	2.4
Birlikte yaşadığı kişiler		
Geniş aile	12	7.1
Çekirdek aile	158	92.9
Aile içindeki konumu (n=168)		
Ebeveyn	144	84.7
Büyük ebeveyn	9	5.3
Çocuk	17	10.0
Toplam	170	100

Tablo 4.1.1.'de çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik bulguları gösterilmiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan 170 katılımcının yaş

ortalaması 52.87±15.03 olup, % 50.6'sı (n=86) 56 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların % 62,9'unun (n=107) kadın, % 80.6'sının (n=137) evli, % 52.4'ünün (n=89) ev hanımı ve % 53.5'inin (n=91) lise öncesi eğitim seviyesinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğu (% 83.5, n=142) şehir merkezinde yaşamakta, çekirdek aile yapısında (% 92.9, n=158) ve aile içerisinde ebeveyn (% 84.7, n= 144) konumundadır.

Tablo 4.1.2. Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı (N= 170)

Özellikler	Sayı	%
Tanı		
Meme kanseri	53	31.2
Gastrointestinal sistem kanserleri	37	21.7
Akciğer kanseri	22	12.9
Ürogenital sistem kanserleri	17	10.0
Jinekolojik kanserler	11	6.5
Lenfoma ve hodgkin hastalığı	11	6.5
Sarkomlar	8	4.7
Baş boyun kanserleri	3	1.8
Cilt kanserleri	3	1.8
Diğer kanserler	5	2.9
İlk tanı tarihi (Hastalık süresi)		
0–6 ay	80	47.0
7–24 ay	45	26.5
25 ve üzeri ay	45	26.5
Metastaz durumu		
Var	77	45.3
Yok	93	54.7
Metastaz yeri* (n=77)		
Kemik metastazı	22	28.6
Kemik dışı metastaz	55	71.4
Kanser evresi		
Evre 1	15	8.8
Evre 2	49	28.8
Evre 3	35	20.6
Evre 4	71	41.8
Kemoterapi alma durumu		
Kemoterapi almış	165	97.1
Kemoterapi almamış	5	2.9
Diğer hastalıklar**		
Diğer hastalığı var	65	38.2
Diğer hastalığı yok	105	61.8
Kemoterapi dışında başka ilaç kullanma durumu***		
Başka ilaç kullanıyor	81	47.6
Başka ilaç kullanmıyor	89	52.4

* Metastazı olan 77 hastanın yüzdeleri, ** Diğer hastalıklar: DM, HT, KAH, RA, Hipotroidi

*** Antihipertansif, antidiyabetik, beta blokerler, vitaminler, levatiron, anti depresanlar

Araştırma kapsamına alınan hastaların tıbbi özelliklerine ait bulgular Tablo 4.1.2.'de gösterilmiştir. Katılımcıların % 31.2'si (n=53) meme kanseri, % 21.7'si (n=37) gastrointestinal sistem kanserleri ve % 12.9'u (n=22) akciğer kanseri tanısına sahiptir. Hastalık süreleri incelendiğinde % 47'sinin (n=80) 0-6 ay, % 26.5'inin (n=45) 7-24 ay ve % 26.5'inin (n=45) de 25 ay ve üzeri hastalık süresine sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 45.3'ünün (n=77) metastazı bulunmakta olup, bu hastaların da % 28.6'sının (n=22) kemik metastazı olduğu görülmüştür. Kanser evrelerine bakıldığında hastaların % 41.8'i (n=71) evre 4, % 20.6'sı (n=35) evre 3, % 28.8'i (n=49) evre 2 ve % 8.8'i (n=15) evre 1 düzeyindedir. Katılımcıların çoğunluğu (% 97.1, n=165) kemoterapi almıştır. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun (% 61.8, n=105) kanser dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadıkları ve kanser tedavisi dışında başka ilaç kullanmadıkları (% 52.4, n=89) belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Hastaların analjezik ilaç kullanma durumları (N= 170)

Kullanılan analjezikler	Sayı	%
Analjezik kullanmayan	48	27.1
NSAI/ asetaminofen	89	52.4
Zayıf opioidler	28	16.4
Güçlü opioidler	7	4.1

Katılımcıların ağrı tedavisi için kullandıkları ilaçlara bakıldığında %52.4'ünün (n=89) NSAI/asetaminofen, % 16.4'ünün (n=28) zayıf opioid, % 4.1'inin (n=7) güçlü opioid kullandıkları ve % 27.1'inin ise (n=48) ise analjezik kullanmadığı görülmüştür (Tablo 4.1.3.).

4.2. Katılımcıların ağrı deneyimleri ile ilgili tanımlayıcı bulgular

Tablo 4.2.1. Hastaların son 24 saat içerisinde hissettikleri (ifade ettikleri) ağrı seviyelerinin dağılımı (N= 159*)

Son 24 saat içinde ($\bar{x} \pm ss$)	Ağrı seviyesi			
	≤ 5		>5	
	Sayı	%	Sayı	%
En fazla hissedilen ağrı (2.49 ± 3.29)	127	79.8	32	20.2
En az hissedilen ağrı (0.80 ± 1.41)	159	100.0	-	-
Ortalama hissedilen ağrı (2.82 ± 2.81)	132	83.0	27	17.0
Şu anda hissedilen ağrı (0.92 ± 1.94)	152	95.6	7	4.4

* Bu ölçeği dolduran katılımcı sayısı 159 olduğu için, yüzdeler bu sayı üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların son 24 saat içinde yaşadıkları ağrı deneyimleri, Kısa Ağrı Envanteri kullanılarak değerlendirilmiş ve hastaların ifadelerine göre elde edilen bulgular Tablo 4.2.1.'de verilmiştir. Katılımcıların % 32.4'ü son 24 saat içerisinde ağrı hissettiğini ifade etmiştir. Son 24 saat içerisinde en fazla hissettikleri ağrı seviyesi ≤ 5 olanlar % 79.8 (n=127) oranındadır. Katılımcıların tamamı son 24 saat içerisinde en hafif hissettikleri ağrı seviyesini ≤ 5 olarak belirtmişlerdir (n=159). Son 24 saat içerisinde hissettikleri ortalama ağrı seviyesini % 83'ü (n=132) ≤ 5 ve şu anda hissettikleri ağrı seviyesini ise % 95.6'sı (n=152) ≤ 5 olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Ağrı Kontrol İndeksi (PMI) puanlarına göre yeterli analjezik kullanma durumları (N= 159)

Ağrı Kontrol İndeksi'ne göre analjezik kullanma durumu	Sayı	%
Yeterli analjezi (PMI puanı ≥ 0)	119	75.3
Yetersiz analjezi (PMI puanı < 0)	39	24.7

Katılımcıların Ağrı Kontrol İndeksi puanlarına göre yeterli analjezik kullanma durumları değerlendirildiğinde, hastaların % 75.3'ünün ağrı seviyelerine göre yeterli analjezik kullandığı görülmektedir (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.3. Hastaların son 24 saat içinde hissettikleri ağrının, bazı günlük yaşam aktivitelerine engel olma durumları (N= 159*)

Günlük Yaşam Aktiviteleri ($\bar{x} \pm ss$)	Sayı	%
Genel aktiviteler (1.26 \pm 2.48)		
$\leq 5^{**}$	145	85.4
$>5^{**}$	14	8.4
Ruhsal durum (1.49 \pm 2.52)		
≤ 5	143	84.1
>5	16	9.5
Yürüme yeteneği (1.15 \pm 2.47)		
≤ 5	142	83.5
>5	17	10.1
Normal çalışma (ev işleri ve dışarıdaki) (1.15 \pm 2.59)		
≤ 5	145	85.3
>5	14	8.3
Diğer insanlarla olan ilişki (0.83 \pm 1.98)		
≤ 5	151	88.7
>5	8	4.8
Uyku (1.59 \pm 2.69)		
≤ 5	140	82.3
>5	19	11.9
Hayattan zevk alma (0.87 \pm 1.90)		
≤ 5	153	90.0
>5	6	3.6

* Bu ölçeği dolduran katılımcı sayısı 159 olduğu için, yüzdeler bu sayı üzerinden alınmıştır.

** 0= hiç engel olmadı, 10= tamamına engel oldu

Katılımcıların son 24 saat içerisinde hissettikleri ağrılarının bazı günlük yaşam aktivitelerine engel olma durumlarına bakıldığında, çoğunluğu son 24 saat içerisinde hissettikleri ağrılarının günlük yaşam aktivitelerine genellikle engel olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.3.).

Tablo 4.2.4. Hastaların ağrı deneyimi hakkındaki bazı düşünceleri

	Sayı*	%
Ağrıyı artıran faktörler		
Hava değişimleri	12	20.4
Stres, üzölmek	11	18.6
Kemoterapi	9	15.3
Hareket	6	10.2
Sürekli yatmak	4	6.8
Ameliyat sonrası	3	5.1
Diğer**	14	23.6
Toplam	59	100
Ağrıyı azaltan faktörler		
İlaç	24	40.0
Dinlenmek	22	30.6
Masaj ve/veya pozisyon	7	14.7
Diğer***	7	14.7
Toplam	60	100
İlaç dışında kullanılan yöntemler		
Dinlenmek	11	34.4
Masaj	7	21.8
Yürüyüş	3	9.4
Uyumak	3	9.4
Diğer****	8	25.0
Toplam	32	100
Ağrı ve ağrı tedavileri hakkında bilgi alma		
Bilgi almadım	110	86.6
Bilgi aldım	17	13.4
Toplam	127	100
Alınan bilginin kaynağı		
Doktor	10	62.5
Hemşire	2	12.5
Medya ve/veya internet	3	18.7
Aile ve/veya arkadaş	1	6.3
Toplam	16	100

* Soruları yanıtlayan hasta sayısına göre farklılık göstermektedir.

** Uykusuzluk, kabızlık, yorgunluk, ilacın etkisinin bitmesi, etraftaki olumsuz örnekler, akşam saatleri

*** Yürüyüş yapmak, uyumak, ağlamak, ilaç, sıcak uygulama yapmak

**** Derin nefes almak, sohbet etmek, dua etmek, bitki çayları içmek

Katılımcıların kendileri için ifade ettikleri, ağrılarını artıran ve azaltan faktörler, ilaç dışında kullandıkları yöntemler, ağrı ve ağrı tedavileri konusunda aldıkları bilgiler ve bilgi aldıkları kişiler Tablo 4.2.3.'te belirtilmiştir.

4.3. Engeller Ölçeği (BQ II) ile ilgili bulgular

Kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engellerin belirlenmesi amacıyla geliştirilen Engeller Ölçeği (BQ II), Türkiye’de ilk kez bu tez çalışmasında kullanılmıştır. Dolayısıyla ölçeğin Türkçe versiyonu için geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve sonuçları bu bölümde verilmiştir.

Engeller Ölçeği’nin (BQ II) 27 maddesi için yapı geçerliğini belirlemek amacıyla, 'varimaks' eksen döndürme yöntemine göre temel bileşenler faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 66.451’ini karşılayan 7 faktör bulunmuştur.

Tablo 4.3.1. Genel ölçek ve ölçek alt grupların ortalama ve Cronbach α değerleri

Ölçek Alt Grupları	En az	En çok	($\bar{x} \pm ss$)	Cronbach α
Faktör 1 (hastalık süreci ve tolerans gelişimi)	0	30	15.06 \pm 9.28	0.816
Faktör 2 (immün sistem)	0	15	8.96 \pm 3.49	0.814
Faktör 3 (psikolojik yan etkiler)	0	15	4.33 \pm 9.93	0.770
Faktör 4 (kadercilik)	0	15	2.49 \pm 3.41	0.822
Faktör 5 (iletişim)	0	28	9.12 \pm 7.06	0.684
Faktör 6 (bağımlılık)	0	15	10.77 \pm 4.17	0.795
Faktör 7 (fiziksel yan etkiler)	0	15	1.85 \pm 3.27	0.576
Genel Ölçek	5	116	52.57 \pm 23.26	0.872

Ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmış ve oldukça yüksek ($\alpha=0.872$) bulunmuştur. Aynı şekilde ölçek alt gruplarının güvenilirlik kat sayıları da hesaplanmış olup, yüksek değerler bulunmuştur (Tablo 4.3.1.). Re-test için de Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmış ve $\alpha=0.820$ bulunmuştur. Katılımcıların genel ölçek puanları ile re-test ölçek puanları karşılaştırıldığında, ölçek puanları ve re-test puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık yoktur ($Z=0.351$; $p=0.725$). Katılımcılar ölçeğin geneline ikinci uygulama sonunda da benzer cevapları vermişlerdir.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Engeller Ölçeği'nde (BQ II) yer alan maddelere verdikleri puanların ortalamaları (N=170)

Sıra	Alt Grup	Maddeler	\bar{x}	SS
1	F 6	23*.Ağrı ilacı bağımlılık yapıcıdır.	3.66	1.64
2	F 6	9.Birçok kanserli insan ağrı ilacına bağımlı hale gelebilir.	3.61	1.57
3	F 6	2.Ağrı ilacına bağımlı hale gelme tehlikesi vardır.	3.50	1.73
4	F 5	11.Ağrı hakkında konuşmayarak daha güçlü olmak önemlidir.	3.18	2.30
5	F 1	6.Ağrı ilacı kullandığınızda, vücudunuz bu ilacın etkilerine alışır ve daha sonra ilaç artık bir işe yaramamaya başlar.	3.10	2.02
6	F 2	13.Ağrı ilacı kullanmak, bağışıklık sisteminize zarar verebilir	3.05	1.33
7	F 2	4.Ağrı ilacı bağışıklık sistemini zayıflatır.	2.99	1.37
8	F 2	19.Ağrı ilacı bağışıklık sisteminize hasar verebilir.	2.92	1.38
9	F 1	15.Biraz ağrınız olduğunda ağrı ilacını alırsanız, ağrı daha kötü hale geldiğinde ilaç işe yaramayabilir.	2.74	2.09
10	F 1	7.Ağrı ilacı kullanmanız, herhangi yeni bir ağrı olup olmadığını anlamanızı engeller.	2.55	2.33
11	F 1	21.Ağrı ilacını şimdi kullanırsanız, daha sonra ihtiyacınız olduğunda ilaç işe yaramayacaktır.	2.48	2.18
12	F 1	22.Ağrı ilacı, sağlığınızda meydana gelen değişiklikleri gizleyebilir.	2.34	2.07
13	F 5	12.Doktorun hastalığı iyileştirmeye odaklanması önemlidir ve ağrıyı kontrol etmekle vakit kaybetmemelidir.	2.29	2.31
14	F 1	16.Ağrı ilacı, vücudunuzda neler olduğunu bilmenize engel olabilir.	1.85	2.13
15	F 3	3.Ağrı ilacından kaynaklanan uyuşukluğu/uykulu olma halini kontrol etmek zordur.	1.84	2.11
16	F 5	27.Eğer ağrı hakkında konuşursam, insanlar benim şikâyetçi olduğumu düşünecektir.	1.33	1.88
17	F 3	14.Ağrı ilacı can sıkıcı/istemediğiniz şeyler söylemenize veya yapmanıza neden olur.	1.28	1.02
18	F 3	5.Ağrı ilacından kaynaklanan kafa karışıklığı kontrol edilemez.	1.21	1.83
19	F 5	25.Doktorlar, hastaların kendilerine ağrıdan söz etmesini rahatsız edici bulabilirler.	1.06	1.81
20	F 4	1.İlaç kanser ağrısını rahatlatılabilir.	0.88	1.37
21	F 5	18.Doktorlar ağrıyla ilgilenmek zorunda kalırlarsa, hastalığı iyileştirmeye konsantre olmayacaklardır.	0.87	1.63
22	F 4	8.Ağrı ilacı kanser ağrılarını etkili bir şekilde kontrol edebilir.	0.86	1.38
23	F 4	24.Kanser ağrısı dindirilebilir.	0.74	1.11
24	F 7	17. Ağrı ilacından kaynaklanan kabızlık hafifletilemez.	0,68	1.54
25	F 7	10.Ağrı ilacından kaynaklanan mide bulantısı hafifletilemez	0.66	1.50
26	F 7	20.Ağrı ilacının sebep olduğu yan etkilere katlanmaktansa, ağrıya katlanmak daha kolaydır.	0.52	1.39
27	F 5	26.Ağrıdan söz etmek, doktoru kanseri iyileştirmekten uzaklaştırabilir.	0.39	1.14
Genel ölçek ortalaması			1.94	0.86

* Ölçekteki soru sıraları

Katılımcılar, Engeller Ölçeği'nde (BQ II) yer alan maddelere 0-5 arasında puan vermişler ve tüm katılımcıların yanıtlarına göre her maddenin

puan ortalaması hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar en yüksek ortalama değerinden en küçük ortalama değerine doğru sıralanmış ve Tablo 4.3.2.'de gösterilmiştir. Buna göre en yüksek puan ortalamalarının “bağımlılık” alt grubunda; en düşük puan ortalamalarının ise çoğunlukla “fiziksel yan etkiler” alt grubunda olduğu görülmüştür. Genel ölçek puan ortalaması 1.94 ± 0.86 'dır.

Araştırmaya katılan hastalara, bir açık uçlu soru ile; ölçekte yer alan maddeler dışında, ağrılarını bildirmelerine engel olduğunu düşündükleri ilave maddeleri belirtmeleri istenmiş ve 16 katılımcı görüş bildirmiştir. Hastaların görüşleri incelenmiş ve birbirine benzer olanlar gruplandırılmıştır. Sekiz hasta “ağrım olduğunu söylediğim zaman sevdiğilerimi/ailemi üzdüğümü ve onları meşgul ettiğimi düşünüyorum”, beş hasta “ağrım arttığında hastalığım ilerledi diye düşünüp üzülüyorum”, üç hasta “ağrının sebep olduğu olumsuz durumlarla nasıl başa çıkacağımı bilmiyorum, sessiz kalıyorum” şeklinde ifadeler kullanmıştır.

4.4. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.4.1. Hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması (N= 170)

Sosyodemografik özellikler (n, %)	Ölçek toplam puan ortalamaları		
	($\bar{x} \pm ss$)	İstatistik	p
Yaş (min=18, max=77, ort= 52.87 \pm 15.034)			
18-40 (36, 21.2)	57,88 \pm 20,24	$\chi^2=5.728^*$	0.057
41-55 (48, 28.2)	46,43 \pm 23,82		
56 ve üzeri (86, 50.6)	53,77 \pm 23,63		
Cinsiyet			
Kadın (107, 62.9)	49,78 \pm 24,07	Z=2.320**	0.020
Erkek (63, 37.1)	57,31 \pm 21,16		
Medeni durum			
Evli (137, 80.6)	50,66 \pm 23,09	Z=2.427	0.015
Bekar/Dul (33, 19.4)	60,51 \pm 22,58		
Eğitim durumu			
Lise öncesi (91, 53.5)	51,70 \pm 24,41	Z=0.681	0.496
Lise ve üzeri (79, 46.5)	53,58 \pm 21,97		

* Kruskal Wallis Testi ** Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular Tablo 4.4.1 de gösterilmiştir.

Katılımcıların yaş grupları ile ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda; ölçek toplam puan ortalamaları gruplar arasında 18-40 yaş > 56 ve üzeri yaş > 41-55 yaş olarak sıralanırken gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=5,728$, p=0.057). Yaş gruplarının ölçek alt grup puan ortalamalarına göre karşılaştırılması sonucunda, “fiziksel yan etkiler” yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı ($\chi^2=6.779$; p=0.034) iken, diğer alt faktörler yaş gruplarına göre istatistiksel olarak önemli farklılıklar göstermemiştir (p>0.05). “fiziksel yan etkiler”de hangi yaş grubunun diğerlerinden farklı olduğunu belirleyebilmek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; 18-40 yaş grubu ile 41-55 yaş grubu arasında “fiziksel yan etkiler” alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı

farklılık göstermiştir ($Z=2.617$; $p=0.009$). Diğer yaş grupları arasında “fiziksel yan” etkiler alt ölçek puanları istatistiksel olarak farksızdır ($p>0.017$).

Katılımcıların cinsiyetine göre ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkek katılımcıların kadınlara göre daha yüksek ölçek toplam puan ortalamasına sahip olduğu ve cinsiyete göre ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur ($Z=2.320$; $p=0.020$). Alt faktörler ile cinsiyet ilişkisine bakıldığında; tüm alt ölçek puanlarında da erkek katılımcılar kadınlara göre daha yüksek puan almışlardır, fakat cinsiyetler arasındaki puan farkı sadece “iletişim” alt faktöründe istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($Z=2.197$; $p=0.028$). Diğer alt gruplarda cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların medeni durumuna göre ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek toplam puanı bekar/dul katılımcılarda evli katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($Z=2.427$; $p=0.015$). Alt ölçek grup puanlarında ise; “psikolojik yan etkiler” ($Z=3.127$; $p=0.002$), “fiziksel yan etkiler” ($Z=4.347$; $p<0.001$) ve “kadercilik” ($Z=2.734$; $p=0.006$) alt ölçeklerinde bekar/dul hastalar daha yüksek puan almış ve cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Bağımlılık” alt grubunda ise evli hastalar daha yüksek puan almış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=3.658$; $p<0.001$).

Katılımcıların eğitim durumları ile ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; lise ve üzeri eğitim düzeyindeki katılımcılar, lise seviyesinden daha az eğitim almış katılımcılara göre daha yüksek toplam ölçek puanına sahip olmasına karşın aralarındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ($Z=0.681$; $p=0.496$). Alt ölçek puanları ile katılımcıların eğitim seviyeleri karşılaştırıldığında ise tüm alt ölçeklerde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.2. Hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının, tıbbi özellikleri ile karşılaştırılması (N= 170)

Tıbbi özellikler (n, %)	Ölçek toplam puan ortalamaları		
	($\bar{x} \pm ss$)	İstatistik	p
Tanı			
Meme kanseri (53, 31.2)	50.96 ± 25.62	$\chi^2 = 2.072$	0.723
GİS kanserleri (37, 21.8)	50.64 ± 20.79		
Akciğer kanseri (22, 12.9)	58.13 ± 25.47		
Ürogenital / Jinekolojik kanserler (28, 16.5)	53.00 ± 24.78		
Diğer* (30, 17.6)	53.33 ± 19.08		
İlk tanı tarihi			
0–6 ay (80, 47.1)	50.22 ± 22.03	$\chi^2 = 2.810$	0.245
7–24 ay (45, 26.5)	57.08 ± 24.77		
25 ve üzeri ay (45, 26.5)	52.24 ± 23.69		
Metastaz durumu			
Var (77, 45.3)	51.06 ± 23.74	Z= 0.891	0.373
Yok (93, 54.7)	54.40 ± 22.68		
Kemik metastazı			
Var (22, 28.6)**	60.81 ± 22.52	Z= 1.534	0.125
Yok (55, 71.4)	51.83 ± 22.44		
Kanser evresi			
Evre 1/Evre 2 (64, 37.6)	51.50 ± 23.35	$\chi^2 = 0.468$	0.791
Evre 3 (45, 26.5)	55.62 ± 25.44		
Evre 4 (71, 41.8)	52.04 ± 22.25		
Diğer hastalıklar			
Diğer hastalığı var (65, 38.2)	57.44 ± 24.21	Z= 2.035	0.042
Diğer hastalığı yok (105, 61.8)	49.56 ± 22.23		
Kemoterapi dışında başka ilaç kullanma durumu			
Başka ilaç kullanıyor (81, 47.6)	55,85 ± 23.05	Z= 1.674	0.094
Başka ilaç kullanmıyor (89, 52.4)	49.59 ± 23.18		

* Baş boyun kanserleri, Cilt kanserleri, Sarkomlar, Lenfoma ve Hodgkin hastalığı, Lösemi.

** Yüzdeler metastazı olan 77 hasta için hesaplanmıştır.

Katılımcıların tıbbi özellikleri ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.2 de gösterilmiştir.

Katılımcıların tanıları ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 2.072$; p= 0.723). Aynı şekilde katılımcıların tanıları ile ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların hastalık süreleri ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, grupların ölçek puan sıralamaları büyükten küçüğe, 7-24 ay, 25 ay ve üzeri ve 0-6 ay şeklinde sıralanırken, gruplar arasında ölçek toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=2.810$; $p=0.245$). Aynı şekilde, katılımcıların hastalık süreleri ile ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında da gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcılar arasında metastazı olan ve olmayanların toplam ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, metastazı olan hastaların puanları daha yüksek olmasına rağmen, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($Z= 0.891$; $p=0.373$). Aynı grupta, ölçek alt puan ortalamalarına bakıldığında ise, “psikolojik yan etkiler” alt grubunda metastazı olanlar daha yüksek puan almış olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlıdır ($Z=2.698$; $p=0.007$). Diğer alt ölçek puanları ile gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların kemik metastazı varlığına göre toplam ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kemik metastazı olanların toplam ölçek puanları daha yüksek iken gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($Z=1.534$; $p=0.125$). Aynı şekilde, ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında, “bağımlılık” alt grubu puanı hariç diğer tüm alt gruplarda kemik metastazı olan katılımcılar daha yüksek puan almıştır, fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların hastalık evresi ile genel ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar evre 3> evre 4> evre 1/2 şeklinde sıralanırken gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0.468$; $p=0.791$). Aynı şekilde, ölçek alt grup puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların kanser dışında diğer kronik hastalıklara sahip olma durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; diğer kronik hastalığa sahip olan katılımcılar, olmayanlara göre daha yüksek puan almıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=2.035$; $p=0.042$). Tüm alt ölçek puanlarında da diğer hastalığı olanlar yüksek puan

almışlardır, fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların kanser ilaçları dışında başka ilaç kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilaç kullanan hastalar ölçek toplam ($Z=1.674$; $p= 0.094$) ve ölçek alt gruplarında daha yüksek puan almışlardır, fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

4.5. Katılımcıların ağrı deneyimleri ile ilgili verilere göre ölçek toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.5.1. Hastaların analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N= 170)

Kullanılan analjezik (n, %)	Ölçek toplam puan ortalaması		
	($\bar{x} \pm ss$)	χ^2	P
Analjezik kullanmayan (46, 27.1)	47.36 \pm 20.19	5.260	0.072
NSAI/ asetaminofen (89, 52.4)	52.78 \pm 24.84		
Zayıf opioidler/Güçlü opioidler (35, 20.6)	58.88 \pm 21.79		

Katılımcıların analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.5.1. de gösterilmiştir.

Katılımcıların analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçek toplam puanları büyükten küçüğe; opioid kullananlar, non-opioid kullananlar ve analjezik kullanmayanlar şeklinde sıralanırken gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2= 5.260$; $p=0.072$).

Katılımcıların ölçek alt grup puanları ile analjezik ilaç kullanma durumları karşılaştırıldığında ise; “psikolojik yan etkiler” ($\chi^2=21.021$; $p<0.001$), “kadercilik” ($\chi^2=5.493$; $p=0,039$) ve “fiziksel yan etkiler” ($\chi^2=8.741$; $p=0.013$) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Alt ölçek puanlarına göre hangi grubunun diğerlerinden farklı olduğunu

belirleyebilmek için Bonferroni düzeltilmiş Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. “Psikolojik yan etkiler” alt ölçeğinde analjezik kullanmayanlar ile non-opioid kullananlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık yokken ($Z=0.387$; $p=0.699$), analjezik kullanmayanlar ile opioid kullananlar ve non-opioid kullananlar ile opioid kullananlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$). Farklı bulunan gruplarda opioid analjezik kullanan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek “psikolojik yan etkiler” alt ölçek puanına sahip oldukları görülmüştür.

Kadercilik alt ölçeğinden aldıkları puanlara göre gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına karşın ($\chi^2=5.493$, $p=0,039$) Bonferroni düzeltilmiş Mann-Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tüm grupların sıra numaraları ortalamaları birbirinden farksız bulunmuştur. Gruplar arasında ikili karşılaştırmaların farksız çıkması, “kadercilik” alt ölçek puanının gruplar arasında farklı olduğu bulgumuzu çürütmektedir. Gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda fark bulunamamasının nedeni olarak Bonferroni düzeltilmesinde yanılma düzeyi olan $\alpha=0.05$ değerinin yapılan ikili karşılaştırma sayısına (3'e) bölünmesi sonucunda oluşan yeni yanılma düzeyinin ($\alpha=0.017$) oldukça küçük olması ve hiçbir ikili karşılaştırmada bu değerden daha küçük bir p değerinin oluşmaması ile açıklanabilir.

“Fiziksel yan etkiler” alt ölçeğinde non-opioid kullananlar ile opioid kullananlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık gözlenirken ($Z=2.922$; $p=0.003$), analjezik kullanmayanlar ile opioid kullananlar ve analjezik kullanmayanlar ile non-opioid kullananlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0.017$). Opioid analjezik kullanan katılımcıların non-opioid kullanan katılımcılara göre daha yüksek “fiziksel yan etkiler” alt ölçek puanına sahip oldukları görülmüştür. Diğer grupların “fiziksel yan etkiler” alt ölçek puanları ise benzer bulunmuştur.

Tablo 4.5.2. Hastaların Ağrı Kontrol İndeksi'ne (PMI) göre yeterli analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Analjezik kullanma durumu (n, %)	Ölçek toplam puan ortalaması		
	($\bar{x} \pm ss$)	Z	P
Yeterli analjezik kullananlar (119, 75.3) (PMI puanı ≥ 0)	51.27 \pm 22.04	2.057	0.040
Yetersiz analjezik kullananlar (39, 24.7) (PMI puanı < 0)	61.38 \pm 25.83		

Katılımcıların Ağrı Kontrol İndeksi'ne göre yeterli analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sonuçları Tablo 4.5.2'de gösterilmiştir. Yetersiz analjezik kullanan hastaların ölçek toplam puanları, yeterli analjezik kullanan hastalara göre daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z= 2.057$; $p=0.040$). Aynı şekilde katılımcıların yeterli analjezik kullanma durumlarına göre ölçek alt grup puanlarının karşılaştırılması sonucuna göre de yetersiz analjezik kullanan hastaların tüm ölçek alt grup puanları yeterli analjezik kullanan hastalara göre daha yüksektir. Ancak "psikolojik yan etkiler" ($Z=3.135$; $p=0.002$), "kadercilik" ($Z=5.463$; $p<0.001$) ve "fiziksel yan etkiler" ($Z=2.341$; $p=0.019$) alt gruplarındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.5.3. Hastaların Kısa Ağrı Envanteri'ne göre son 24 saat içerisinde hissettikleri ağrı seviyeleri ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=159)

24 saat içerisinde	Ölçek toplam puan ortalamaları		
	($\bar{x} \pm ss$)	Z	p
En fazla hissedilen ağrı seviyesi* (ort=2.49 ± 3.295)			
≤ 5	52.56 ± 23.20	1.106	0.269
>5	57.68 ± 24.07		
En az hissedilen ağrı seviyesi** (ort=0.80 ± 1.413)			
≤ 5	53.59 ± 23.39	Test yapılamamıştır	
>5	--		
Ortalama hissedilen ağrı seviyesi* (ort=2.82 ± 2.819)			
≤ 5	51.94 ± 23.44	2.255	0.024
>5	61.66 ± 21.78		
Şu anda hissedilen ağrı seviyesi* (ort=0.92 ± 1.941)			
≤ 5	53.46 ± 23.44	0.239	0.811
>5	56.42 ± 23.88		

*min=0, max=10 ** min=0, max=5

Kısa Ağrı Envanteri'ne göre katılımcıların ifade ettikleri ağrı yoğunlukları ile ölçek toplam puanlarının karşılaştırması Tablo 4.5.3.'de gösterilmiştir.

Son 24 saat içerisinde en fazla hissedilen ağrı seviyesi >5 olan grup, ≤5 olanlara göre daha yüksek ölçek puanı almıştır, fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Z=1.106; p=0.269). Son 24 saat içerisinde en fazla hissedilen ağrı seviyesi ile ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında ise, “psikolojik yan etkiler” (Z=2.391; p=0.017) ve “kadercilik” (Z=3.146; p=0.002) alt gruplarında ağrı seviyesi >5 olanlar, ≤5 olanlara göre daha yüksek puan almıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Son 24 saat içerisinde ağrı yoğunluğu >5 olan katılımcı olmadığından en az ağrı seviyesine göre ölçek toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırılamamıştır.

Katılımcıların ifade ettikleri son 24 saat içerisinde hissettikleri ortalama ağrı seviyelerine göre ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında, ortalama ağrı seviyesi >5 olan grup, ≤5 olan gruba göre daha yüksek puan almıştır ve

aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=2.255$; $p=0.024$). Aynı şekilde, katılımcıların ifade ettikleri son 24 saat içerisindeki ortalama ağrı seviyeleri ve ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında, “psikolojik yan etkiler” ($Z=3.116$; $p=0.002$), “kadercilik” ($Z=1.146$; $p=0.002$) ve “fiziksel yan etkiler” ($Z=3.714$; $p<0.001$) alt gruplarında, son 24 saat boyunca hissedilen ortalama ağrı seviyesi >5 olanlar ≤ 5 olanlara göre daha yüksek puan almışlardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların ifade ettikleri, şu anda hissedilen ağrı seviyelerine göre ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında, şu andaki ağrı seviyesi >5 olan grup, ağrı seviyesi ≤ 5 olan gruba göre daha yüksek puan almıştır fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($Z=0.239$; $p=0.811$). Aynı şekilde, şu anda hissedilen ağrı seviyeleri ve ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu engellerin belirlenmesinde kullanılan Engeller Ölçeği'nin (BQ II) Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış; katılımcıların ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamaları, hastaların bazı özellikleri ile karşılaştırılmıştır.

5.1. Çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin tartışması

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 52.87 ± 15.03 olup % 50.6'sı 56 yaş ve üzeri grupta yer almıştır (Tablo 4.1.1.). Konuyla ilgili literatürdeki diğer çalışmalarda da genelde katılımcıların yaş ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (21-24, 45). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, yaş ilerledikçe kanser insidansında artış görülmekte ve kanser ileri yaş ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (54).

Katılımcıların almış oldukları kanser tanılarına bakıldığında (Tablo 4.1.2.) en çok karşılaşılan kanser türünün meme kanseri olduğu görülmektedir. Bu durum araştırmamızdaki bayan hastaların sayısının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Meme kanserinden sonra katılımcıların en yüksek oranda aldıkları kanser tanıları, gastrointestinal sistem kanserleri ve akciğer kanseri olarak sıralanmaktadır. DSÖ raporlarına göre; kadınlarda en fazla görülen kanser tiplerinin başında meme kanseri, erkeklerde ise prostat kanseri yer almaktadır. Her iki cinsiyet için, bu kanser tiplerini takiben, akciğer kanseri ve kolon kanseri en fazla görülen kanser tipleridir (55).

Çalışmaya katılan hastaların analjezik kullanma durumlarını belirlemek için, DSÖ'nün kanser ağrısı yönetimindeki ilaç sınıflandırması kullanılmış ve buna göre hastaların yarısından fazlasının NSAİ/asetaminofen (Tablo 4.1.3.) kullandığı belirlenmiştir. Hastaların Kısa Ağrı Envanteri'nde belirtmiş oldukları ağrı yoğunluklarının ortalama ağrı seviyesinin altında olması (≤ 5) (Tablo 4.2.1.) ve yine hastaların %75.3'ünün hesaplanan Ağrı Kontrol İndeksi puanının ≥ 0 olması (Tablo 4.2.2.) hastaların yeterli analjezik kullandıklarını göstermektedir.

Yetersiz kanser ağrı kontrolü fiziksel, emosyonel ve sosyal yönden hastaları olumsuz yönde etkilemektedir (56). Kısa Ağrı Envanteri kullanılarak kanser hastalarının hissettikleri ağrıların günlük yaşam aktivitelerine engel olma durumlarının değerlendirildiği bazı çalışmalarda, ağrının hastaların günlük yaşam aktivitelerine önemli derecede engel olduğunu gösterilmiştir (24, 45). Yates (45) ve ark. (2002)'nin çalışmalarında da hastanede yatan kanser hastalarında son 24 saat içerisinde hissedilen ağrının hastaların günlük yaşam aktivitelerine engel olduğu; katılımcıların % 49.1'i ağrıların uykuyu düzenini ve hareket yeteneğini olumsuz etkilediğini ve % 56.4'ü ağrıların kendilerini yorgun ve % 41.8'i depresif hissetmesine neden olduğunu belirtmişlerdir (45). Ancak bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak, hastaların çoğunluğu ağrıların günlük yaşam aktivitelerine engel olma durumunu düşük seviyede belirtmişlerdir (Tablo 4.2.3.). Bu farkın; çalışmamızdaki hastaların sadece % 32.4'ünün son 24 saat içerisinde ağrı hissettiğini belirtmiş olması, ifade ettikleri ağrı yoğunluklarının az olması (≤ 5), hastaların % 75.3'ünün hesaplanan Ağrı Kontrol İndeksi puanının ≥ 0 olması ve dolayısıyla yeterli analjezik kullanıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002) ise çalışmalarında hastaların çoğunluğunun ağrı yoğunluklarını >5 olarak ve hastaların % 33'ünün Ağrı Kontrol İndeksi puanını <0 olarak belirlemişlerdir (24).

Kanser hastalarının ağrı kontrolünde ilaç tedavilerinin yanı sıra birçok etkili nonfarmakolojik yöntem kullanıldığı ve bunların olumlu sonuçlarının olduğu literatürde belirtilmektedir (57, 58). Potter (20) ve ark. (2003)'nin çalışmasında, ağrı yönetimi için kanser hastalarının % 22'sinin akupunktur, %15'inin bitkisel ilaçlar, % 37'sinin sıcak uygulama gibi nonfarmakolojik yöntemler kullandıkları belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastaların ağrı deneyimleri ile ilgili ifadelerine bakıldığında literatürle uyumlu olarak, bireylerin ağrı yönetiminde ilaç dışında birçok ek yönteme başvurduğu ve kullandığı görülmektedir (Tablo 4.2.4.). Ayrıca kanser hastalarında ağrı nedenleri arasında tedavi yöntemlerinin de yer aldığı literatürde bildirilmektedir (10). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde katılımcılardan bir kısmı kemoterapi sonrası ağrıların arttığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.4.).

Katılımcıların ağrı ve ağrı yönetimi konusunda bilgi alma durumlarına bakıldığında, çoğunluğunun (% 86.6) daha önce bu konuda bilgi almadıklarını ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 4.2.4.). Yates (45) ve ark. (2002)'nin çalışmalarında, ağrı ve ağrı kesiciler hakkında hastaların %13.6'sının hiç bilgisinin olmadığı ve %14.9'unun da çok az bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir. Chang (59) ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada da, evde bakım hizmeti alan kanser hastalarının sadece % 22'sinin analjezikler konusunda yeterli bilgi sahibi olduğu ve uygulanan eğitim programı sonrasında bu oranın % 72'ye yükseldiği bildirilmiştir. Ağrı ve ağrı tedavileri konusunda hastaların yeterli bilgi sahibi olmamalarının, çalışmamızın ana konusu olan "ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engelleri" etkileyebileceği düşünülmektedir. Ancak ağrı ve ağrı tedavileri konusunda bilgi aldığını (n=17) ve bilgi almadığını (n=110) ifade eden hasta sayıları arasında büyük bir fark bulunması nedeniyle, Engeller Ölçeği'nden (BQ II) aldıkları toplam puanların, dolayısıyla ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engellerin farklı olup olmadığı konusunda istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır. Bu konuda hastaların gerçek bilgi seviyelerinin objektif olarak ölçüldüğü ve toplam ölçek puanları ile karşılaştırıldığı ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

5.2. Engeller Ölçeği (BQ II) tartışması

Katılımcılar Engeller Ölçeği'nde (BQ II) yer alan maddelere 0-5 arasında puan vermişlerdir (0=hiç katılmıyorum, 5=tamamen katılıyorum). Puan artışı ölçekte yer alan maddeler hakkındaki yanlış inanın daha yüksek/fazla olduğunu göstermektedir. Puan artışı, katılımcıların yanlış inanışlarına bağlı olarak ağrılarını söylemekten ya da ağrıları için ilaç kullanmaktan çekinebilecekleri anlamına da gelebilmektedir.

5.2.1. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği tartışması

Kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engellerin belirlenmesi amacıyla geliştirilen Engeller Ölçeği (BQ II), Türkiye'de ilk kez bu tez çalışmasında kullanılmıştır. Dolayısıyla ölçeğin Türkçe versiyonu için geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Çalışmamızda Engeller Ölçeği'nin (BQ II) iç tutarlılığı için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmış ve

genel ölçek için hesaplanan değer oldukça yüksek ($\alpha=0.87$) bulunmuştur. Alt faktörler için de Cronbach alfa değeri 0.57 ile 0.82 arasında değişmektedir (Tablo 4.3.1.).

Ward ve ark. (21) (1993) tarafından geliştirilen ve ilk kez ABD'de kullanılan Engeller Ölçeği (BQ)'nin analizlerinde genel ölçek için Cronbach $\alpha=0.89$, Gunnarsdottir ve ark.(24) (2002) tarafından güncellenen ölçek için genel ölçek Cronbach $\alpha=0.89$, Gunnarsdottir ve ark. (2005) tarafından İzlanda'da yapılan çalışmada genel ölçek Cronbach $\alpha=0.90$, Lin ve ark. (2000) tarafından Tayvan'da yapılan çalışmada genel ölçek Cronbach $\alpha=0.78$ olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmalarda alt ölçekler için hesaplanan Cronbach α değerleri ise 0.50 ile 0.90 arasında değişmektedir (21-24). Bizim çalışmamızda Türkçe'ye uyarlanan Engeller Ölçeği (BQ II) için hesaplanan güvenilirlik katsayısı diğer çalışmalara benzer şekilde yüksek bulunmuştur.

Engeller Ölçeği (BQ II) ülkemizde ilk kez kullanıldığı için, çalışmamızın sonunda katılımcıların ölçekte yer alan maddelere verdikleri puanlara göre faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi, aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden, az sayıda ve tanımlanabilir nitelikte anlamlı değişkenler elde etmeye yönelik bir istatistiktir. Bir özelliği ölçmek için geliştirilen araçların yapı geçerliği faktör analizi kullanılarak incelenebilir. Faktör belirlemede, öz değer (eigen value), açıklanan varyans oranı ve faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak oluşturulan çizgi grafiği (scree plot) ölçüleri dikkate alınmıştır (60).

Engeller Ölçeği'nin (BQ II) faktör yapısını belirlemek amacıyla temel bileşenler faktör analizi uygulanmış ve yapılan analizler sonucu özdeğeri 1'in üzerinde olan, toplam varyansın % 66.451'ini açıklayan 7 alt faktör bulunmuştur.

Faktör 1: hastalık süreci ve tolerans gelişimi (6 madde)

Faktör 2: bağışıklık sistemi (3 madde)

Faktör 3: psikolojik yan etkiler (3 madde)

Faktör 4: kadercilik (4 madde)

Faktör 5: iletişim (5 madde)

Faktör 6: bağımlılık (3 madde)

Faktör 7: fiziksel yan etkiler (3 madde) şeklinde isimlendirilmiştir.

Engeller Ölçeği'ni (BQ) ilk geliştiren Ward (21) ve ark. (1993)'nin çalışmalarında 8 alt faktör belirtmiştir (21). Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002) tarafından modifiye edilen ölçekte de 8 alt faktör belirtilmiştir. Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002), ilk ölçekte bulunan "enjeksiyon korkusu" ile ilgili maddeleri, ağrı tedavilerindeki gelişmeler ve enjeksiyonların ağrı tedavisinde eskisi kadar çok kullanılmamasından dolayı çıkarmış ve bunun yerine hastaların kendi kendilerini izlemeleri/ vücudundaki değişikliklerin farkındalığı ile ilgili maddeleri eklemiş ve bunları "monitör" alt faktörü başlığında toplamıştır. Aynı çalışmada faktör analizi sonucunda bulunan 8 faktörün araştırmacıların belirlediği kavramsal faktör yapısına uymadığı ve anlaşılır olmadığı düşüncesiyle, ikinci bir analizle kavramsal yapıya daha uygun olan 4 alt faktör belirlenmiştir (bağımlılık, iletişim, kadercilik, zararlı etkiler). Gunnarsdottir (22) ve ark. (2005) tarafından İzlanda'da yapılan bir diğer çalışmada, Engeller Ölçeği (BQ II) bu ülkede ilk kez kullanıldığı için faktör analizi yapılmış ve 8 alt faktör bulunmuştur. Ancak scree-plot analizi sonucunda 3 alt faktör belirlenmiş (kadercilik, iletişim, ilaç kullanımından kaynaklanan sonuçların korkusu) ve bu şekilde kullanılmıştır. Lin (23) ve ark. (2000) tarafından Tayvan'da gerçekleştirilen ve Engeller Ölçeği (BQ II) kullanılan bir başka çalışmada ise, araştırmacılar ölçeğe kendi kültürel özelliklerine uygun 3 madde daha eklemiş ve faktör analizi sonucunda 9 alt faktör belirlemişlerdir (kadercilik, bağımlılık, iyi hasta olma, doktoru rahatsız etme, hastalığın ilerlemesi, tolerans, yan etkiler, dini kadercilik, sadece çok ağrı olduğunda ilaç alma). Bizim çalışmamızdaki faktör analizi sonuçlarına göre ise, orijinal Engeller Ölçeği'nden (BQ II) ve diğer çalışmalardan farklı olarak 7 alt faktör belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.). Bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre "yan etkiler" alt faktörü; "psikolojik yan etkiler" ve "fiziksel yan etkiler" şeklinde ikiye ayrılmıştır. İkiye ayrılan maddeler incelendiğinde, içerik ve anlam olarak uygun maddelerin bir araya geldiği görülmüştür. "Yan etkiler" ile ilgili maddelerin doğru bir şekilde "psikolojik" ve "fiziksel" yan etkiler olarak ayrılmasının, katılımcıların ölçeği doğru ve dikkatli bir şekilde cevapladığını ve bu şekilde gruplandırmanın daha uygun olduğunu düşündürmektedir. Bunun dışında orijinal ölçekteki "tolerans" ve "monitör" alt faktörlerindeki

maddeler bizim sonuçlarımıza göre tek bir faktör olarak analiz edilmiştir. Bu alt faktörlerdeki maddeler incelendiğinde, anlam bakımından benzer oldukları, bu nedenle hastalar tarafından da bu şekilde algılanıp benzer cevaplar verdikleri için iki faktörün birleştiği düşünülmektedir.

Diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere bu tarz ölçek çalışmalarında, ülkelere ve araştırmaya alınan hasta gruplarına göre kültürel farklılıklardan kaynaklanan farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Ancak ölçeğin genel olarak kanser hastalarında ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engelleri belirlemeye yardımcı olacak temel başlıkları içerdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yapılan faktör analizi sonucunda belirlenen 7 alt faktör toplam varyansın % 66.4'ünü açıklamakta ve ölçeğin Türkçe versiyonu için içerik geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Engeller Ölçeği'nin (BQII) güncelleştirildiği Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002)'nin çalışmalarında belirlenen faktörler toplam varyansın % 65.9'unu, Gunnarsdottir (22) ve ark. (2005)'nin İzlanda'da yaptıkları çalışmalarında belirledikleri faktörler toplam varyansın % 42.1'ini açıklamaktadır. Bizim çalışmamızdaki bu değer benzer diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların genel ölçek puanları ile re-test ölçek puanları karşılaştırılması sonucunda, ölçek puanları ve re-test puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($Z=0.351$; $p=0.725$). Katılımcıların, ölçeğin geneline ikinci uygulama sonunda da benzer cevapları vermiş olması, çalışmamızın geçerlik ve güvenirlik analizi için oldukça önemlidir.

Bu sonuçlar, kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engelleri belirlemeye yönelik olarak Ward (21) ve ark. (1993) tarafından geliştirilen ve Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002) tarafından da güncellenen 27 maddelik Engeller Ölçeği'nin (BQ II) Türkçe versiyonunun, ülkemizdeki kanser hastaları üzerinde geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceğini göstermektedir.

Ancak teknolojik, sosyal ve kültürel gelişmeler sonucunda oluşabilecek değişimler göz önüne alınarak, ölçeğin her kullanımında temel geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının tekrarlanması, toplanan bilgilerin bilimselliği

açısından gerekli olacağı düşünülmektedir. Bizim örneklemimizi oluşturan hasta grubunun genel olarak sosyoekonomik düzeylerinin daha iyi ve tamamının sağlık güvencesinin bulunması göz önünde alındığında, bundan sonra yapılacak çalışmalarda Engeller Ölçeği'nin (BQ II), özellikle farklı kurumlarda ve farklı sosyoekonomik seviyedeki hasta grupları üzerinde uygulanmasının, ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2.2. Kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin tartışması

Araştırmamızda katılımcıların ölçekte yer alan maddelere vermiş oldukları puanlara göre, genel ölçek puan ortalaması 52.57 ± 23.26 olarak bulunmuştur. Buna göre, çalışmamızda hastaların ağrı yönetimi ve analjezik kullanımına ilişkin yanlış inanışlarının genel olarak düşük olduğu söylenebilir. Konu ile ilgili çalışmaların çoğunda genel ölçek puan ortalaması, bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur (23, 24). Ancak ölçeğin ilk kullanıldığı çalışmada genel ölçek puan ortalaması bizim çalışmamızdan daha düşüktür (21).

Bununla birlikte ölçekte yer alan her bir maddenin ve ölçek alt gruplarının puan ortalamalarında büyük oranda farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların Engeller Ölçeği'nde (BQ II) yer alan maddelere verdikleri puanların ortalamalarının en yüksekte en düşüğe doğru sıralanmış şekli Tablo.4.3.2.'de görülmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların ağrı yönetiminde en fazla "bağımlılık" konusunda yanlış inanişe sahip olduğu görülmüştür. Hastalar, ölçekte "bağımlılık" alt faktöründe yer alan üç yanlış inanışın hepsine yüksek oranda katılmışlardır (10.77 ± 4.17). Bu sonuç, kanser ağrısını gidermede kullanılan analjezik ilaçlara karşı bağımlılık korkusunun, hastalar için en önemli engel olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu sonucun büyük oranda analjezik ilaçlarla ilgili bilgi eksikliğine bağlı olduğu düşünülebilir. Ward (21) ve ark. (1993)'nın ve Chang (60) ve ark. (2002)'nin çalışmalarında da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde, ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan en önemli engelin "bağımlılık" korkusu olduğu görülmüştür.

“Bağışıklık sistemi” alt grubunda yer alan tüm maddeler ve “hastalık süreci ve tolerans gelişimi” alt grubunda yer alan maddelerin çoğunluğu, hastaların yüksek oranda yanlış inanişaya sahip oldukları diğer konular arasında (ilk 10 madde içinde) olup, ağrı yönetiminde “bağımlılık” tan sonraki önemli engeller olarak kabul edilebilir. Bu sonuç da büyük oranda bilgi eksikliğine bağlıdır.

Hastaların en az “fiziksel yan etkiler” (1.85 ± 3.27) alt grubundaki konularda yanlış inanişalara sahip oldukları görölmüştür. Hastalar analjeziklere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel yan etkilerin giderilebilir olduğunu, buna karşın ağrıyı gidermenin daha önemli/öncelikli olduğunu düşünmektedirler. Bunun yanısıra hastaların “kadercilik” konusunda da çok düşük seviyede yanlış inanişaya sahip oldukları belirlenmiştir (son 8 madde içinde). Bu durum, hastaların kanser ağrısının dindirilebilir olduğunu ve ağrıyla yaşamanın bu hastalığın doğal bir sonucu olmadığını düşündüklerini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan “kadercilik” gibi değiştirilmesi zor bir inanişın bizim hastalarımız için engel oluşturmadığı düşünülebilir. Lin (23) ve ark. (2000), Tayvan’da yaptıkları çalışmada “kadercilik” alt grubuna ayrıca dini kadercilik alt grubunu da eklemişler ve bu konunun kendi kültürlerinde önemli bir engel olabileceğini düşünmüşlerdir. Ancak çalışmalarının sonucunda, bizim çalışmamıza benzer şekilde “kadercilik” inancının önemli bir engel olmadığını bulmuşlardır.

“İletişim” alt grubunda yer alan maddelerin ise çok farklı düzeylerde (4,13,16,19,21 ve 27. sıralarda) sıralandığı görölmüştür (Tablo.4.3.2.). Burada dikkati çeken bir nokta “Ağrı hakkında konuşmayarak daha güçlü olmak önemlidir” maddesine hastaların büyük oranda katılmasıdır (4.sırada). (bu madde için; erkek hastaların puan ortalaması: 3.87 ± 1.99 , kadın hastaların puan ortalaması: 2.78 ± 2.39 , $z=3.217$ $p=0,001$). Bu sonuç; erkek hastalar için toplumsal cinsiyet anlayışının erkeklere yüklediği sorumluluklara, tüm hastalar için ise hastalık sürecine karşı daha güçlü olma isteğine bağlanabilir.

Kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engellerin belirlenmesinde Engeller Ölçeği’nin (BQ II) kullanıldığı birçok çalışmada,

katılımcıların ağrı yönetimi hakkındaki yanlış inanışlarının farklı şekillerde sıralandığı görülmektedir. Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002)'nin çalışmasında hastaların en fazla "yan etkiler" (1.78 ± 1.05) ve en az "iletişim" (0.84 ± 0.86) alt faktörlerinde; Lin (23) ve ark. (2000)'nin çalışmasında hastaların en fazla "doktoru hastalığı tedavi etmekten alı koyma/doktoru rahatsız etme" ve en az "kadercilik" alt faktörlerinde; Ward (21) ve ark. (1993)'nin çalışmasında ise hastaların en fazla "bağımlılık" (2.20 ± 1.41) ve en az "enjeksiyon korkusu" (1.65 ± 0.89) alt faktörlerindeki maddeler hakkında yanlış inanışlara sahip oldukları belirtilmiştir. Chang (59) ve ark. (2002)'nin evde bakım alan kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, hastalarla yaptıkları ilk görüşmelerde en fazla yanlış inanışa sahip olunan durumların "bağımlılık", "hastalık ilerlemesi", "tolerans", "sadece gerekli olduğunda ilaç alma" alt grupları şeklinde sıralandığı belirtilmiştir. Yates (45) ve ark. (2002)'nin Avustralya'da hastanede yatan kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında da, hastalar ağrı yönetiminde benzer yanlış inanışları ifade etmişlerdir, ancak bu çalışmada Engeller Ölçeği kullanılmamıştır. Örneğin, hastaların üçte birinden daha fazlasının (% 38.6) "ağrıları konusunda yardım almadan önce ağrılarının dayanılmayacak kadar kötü olmasını beklemek" ve % 32.5'inin de "ağrı kesicilerin ağrı kötü olmadan alınmaması" gibi düşüncelere katıldıkları görülmüştür. Sonuç olarak farklı toplumlarda yapılan çalışma sonuçlarının benzerliklerinin ve farklılıklarının olduğu görülmektedir.

Bu çalışmaların dışında Bireitbart (50) ve ark. (1998)'nin AIDS hastaları ile yaptıkları ve Engeller Ölçeği'ni (BQ II) kullandıkları çalışmalarında hastaların en fazla "bağımlılık" alt faktöründe ve en az "yan etkiler" alt faktöründe yanlış inanışlara sahip oldukları bildirilmiştir. Vallerand (61) ve ark. (2007)'nin kanser hastalarına evde bakım veren bireyler/aile üyeleri ile yaptıkları çalışmalarında, bakım veren bireylerin en fazla "yan etkiler" ve "ağrının hastalığın ilerlediğinin göstergesi olması", en az da "tolerans" konularında yanlış inanışlara sahip oldukları belirtilmiştir.

5.2.3. Hastaların bazı özelliklerinin ölçek toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına yönelik tartışma

Çalışmamıza katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ile Engeller Ölçeği'nden (BQ II) aldıkları puanlar karşılaştırıldığında (Tablo 4.4.1.) 18-40 yaş grubundaki katılımcıların ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu, ancak yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.005$). Sadece "fiziksel yan etkiler" alt faktöründe 18-40 yaş ile 41-55 yaş grupları arasında anlamlı fark vardır ($Z=2.617$; $p=0.009$). Bu sonuçlara göre genç hastaların analjezik ilaçların yan etkileri konusunda daha fazla yanlış inanişsa sahip olduğu düşünülebilir. Yates (45) ve ark. (2002) çalışmalarında, hasta grubunu 60 yaş altı ve üzeri olarak gruplandırmış ve 60 yaş altındaki hastaların "yan etkiler" konusunda daha çok yanlış inanişsa sahip olduklarını ve aradaki farkın önemli olduğunu ($p=0.005$) belirtmişlerdir. Bunun dışında Gunnarsdottir (24) ve ark. (2002)'nin çalışmalarında yaş ve ölçek toplam puanı arasında pozitif ilişki olduğu belirtilirken, diğer bazı çalışmalarda ise yaş ve ölçek toplam puanları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (23, 50, 61).

Çalışmamızda yer alan erkek hastaların bayan hastalara göre, ölçekteki tüm maddelere daha yüksek oranda katıldıkları, dolayısıyla ağrı yönetimi konusunda daha yüksek oranda yanlış inanişsa sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.4.1.). Ölçek toplam puanı ve "iletişim" alt grubundaki puanlarına göre cinsiyetler arasındaki fark anlamlıdır ($Z=2.320$; $p=0.020$). Bu sonuç, erkek hastaların toplumsal rol ve sorumluluklarını yerine getirmede kendilerini yetersiz kılan bu hastalık sürecinden daha olumsuz olarak etkilendiklerini düşündürebilir. Ward (21) ve ark. (1993)'nin çalışmasında ise bizim bulgularımızdan farklı olarak, bayan katılımcıların erkeklerden daha yüksek ölçek toplam puanına ve "yan etkiler" konusunda daha çok yanlış inanca sahip oldukları belirtilmektedir. Engeller Ölçeği'nin (BQ II) kullanıldığı diğer çalışmalarda ise ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engellerin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirtilmiştir (21-24, 45). Çalışmamızda bekar/dul hastaların evli hastalara göre ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, özellikle "psikolojik yan etkiler", "fiziksel yan etkiler" ve

“kadercilik” alt gruplarında daha fazla yanlış inanişaya sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.4.1.). Bu konudaki diğer çalışmalarda ise, bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, hastaların medeni durumları ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21-24, 45). Kronik bir hastalık olan kanser, tüm aile bireylerini etkilemekte ve hastalık sürecinde ailenin de sorumluluk üstlenmesini gerektirmektedir. Ayrıca hastaların öz bakım sorumluluğuna ve gücüne sahip olabilmesi, gelişebilecek komplikasyon veya metastazlara karşı bilinçli olması ve bunları yaşam biçimi haline getirmesi için aile desteğine gereksinimleri vardır (62). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak medeni durum ile ağrı yönetimindeki yanlış inanişlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmasının, kültürümüzde “aile” ve “aile destek sistemleri” kavramlarının önemli bir yeri olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim seviyeleri ile ölçek toplam ve ölçek alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($Z=0.681$; $p=0.496$) (Tablo 4.4.1.). Konu ile ilgili diğer çalışmalarda da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde, hastaların eğitim seviyeleri ile ağrı yönetimi konusundaki yanlış inanişları arasında fark bulunmamıştır (21-24, 46). Farklı bir sonuç olarak Breitbart (50) ve ark. (1998)’nin AIDS hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların eğitim seviyeleri ile ölçek puanları arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Ancak bu farklılığın hasta gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların ağrı yönetimi konusundaki yanlış inanişlarının; tanıları, hastalık süreleri, metastaz varlığı/yeri, kanser evresi ve kemoterapi dışında kullandıkları ilaç tedavileri bakımından farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.4.2.). Yani bizim çalışmamızın sonuçlarına göre; hastaların tanısalsal/tıbbi özelliklerinin, ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engeller üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılabilir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (21- 24, 45). Çalışmamızda ortaya çıkan farklı bir sonuç, kanser dışında başka bir kronik hastalığa sahip olan hastaların, ağrı yönetimi konusunda daha fazla yanlış inanişaya sahip olmaları ve farkın

istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($Z=2,035$; $p=0.042$). Kronik hastalık ile yaşamak, hastaların daha fazla tıbbi sorun ile baş etmek zorunda kalmalarına ve sağlık durumlarında belirsizlik/değişkenlik yaşamalarına neden olmaktadır. Ayrıca bu hastalar diğer hastalıklarından kaynaklanan ağrı deneyimleri de yaşayabilmekte ve daha fazla ilaç kullanmak zorunda kalabilmektedirler (63). Dolayısıyla hastaların kanser sürecine ve analjezik kullanımına daha olumsuz baktıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda opioid analjezik kullanan hastaların, analjezik kullanmayan ve NSAİ/ asetaminofen kullanan hastalara göre ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ($p=0.072$) belirlenmiştir (Tablo.4.5.1.). Ancak “psikolojik yan etkiler” ($\chi^2=21.021$; $p<0.001$), “fiziksel yan etkiler” ($\chi^2=8.741$; $p=0.013$) ve “kadercilik” ($\chi^2=5.493$; $p=0,039$) alt faktörlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kanser hastalarında ağrı yönetiminde kullanılan ilaçlardan, opioid analjeziklerin diğer gruplardaki analjeziklere göre hastalar üzerinde daha fazla istenmeyen etkiler oluşturabileceği literatürde bildirilmektedir (32). Bu hastaların daha fazla ağrı yaşadıkları için opioid analjezik kullanmak zorunda kalmalarının, olumsuz ağrı deneyimlerinin ve opioid analjeziklerin neden olduğu istenmeyen etkilerin; hastaların özellikle “fiziksel yan etkiler” ve “psikolojik yan etkiler” ve “kadercilik” konularında daha fazla yanlış inanişaya sahip olmalarına yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların Ağrı Kontrol İndeksi'ne göre, ağrıları için yeterli analjezik kullanma durumları ile ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında, yeterli analjezik kullanan hastalar ile yeterli analjezik kullanmayan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z=2.057$; $p=0.040$) (Tablo 4.5.2.). Yani ağrıları için yeterli analjezik kullanan ve ağrıları etkili bir şekilde kontrol altına alınan hastaların, ağrı yönetimi konusunda daha az yanlış inanişaya sahip oldukları görülmüştür. Bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde, diğer çalışmalarda da yeterli analjezik kullanan hastaların daha düşük ölçek toplam puanına sahip olduğu görülmektedir (21, 24, 49). Yeterli analjezik kullanımı ve ağrının etkin bir şekilde kontrol altına alınmasının, ağrı

yönetiminde hastadan kaynaklanan engelleri azaltabileceği değerlendirilmiştir.

Hastaların son 24 saat içerisinde yaşadıklarını ifade ettikleri ağrı yoğunlukları ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece son 24 saat içindeki “ortalama” ağrı seviyelerine göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.024$) (Tablo 4.5.3.). Ortalama ağrı seviyesi >5 olan hastaların ağrı yönetimi konusunda daha fazla yanlış inanca sahip olmaları; hastaların ağrı yoğunlukları arttıkça ağrı yönetiminde hastalardan kaynaklanan engellerin artabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde diğer bazı çalışmalarda da, “ortalama” ağrı yoğunluğu ile Engeller Ölçeği’nden (BQ II) alınan toplam puan arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir (21, 24).

Araştırmamıza katılan 16 hasta “ölçeğe ilave edilebilecek maddeler” konusunda görüş bildirmişlerdir. Bu görüşlerin içinde sekiz hastanın bildirmiş olduğu “ağrım olduğunu söylediğim zaman sevdiğilerimi/ailemi üzdüğümü ve onları meşgul ettiğimi düşünüyorum” ifadesinin, bizim kültürümüze özgü bir engeli yansıttığı düşünülmektedir. Ölçek uyarlaması çalışmalarında gerekiyorsa kültüre özgü çalışmaları güçlendirici eklemeler yapılabileceği bildirilmektedir (64). Ülkemizde bundan sonraki çalışmalarda kullanılacak olan Engeller Ölçeği’ne (BQ II), bu tür ifadeleri kapsayan “aile ile ilgili engeller / aile içindeki rol ve işlevler” alt grubunun eklenebileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar.

1. Çalışmamızda Engeller Ölçeği'nin (BQ II) iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.87'dir. Alt faktörler için de Cronbach alfa 0.57 ile 0.82 arasında değişmektedir.
2. Katılımcıların genel ölçek puanları ile re-test ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.
3. Engeller Ölçeği (BQ II) için yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 66.451'ini karşılayan 7 faktör bulunmuştur.
Faktör 1: hastalık süreci ve tolerans gelişimi (6 madde), Faktör 2: bağışıklık sistemi (3 madde), Faktör 3: psikolojik yan etkiler (3 madde), Faktör 4: kadercilik (4 madde), Faktör 5: iletişim (5 madde), Faktör 6: bağımlılık (3 madde), Faktör 7: fiziksel yan etkiler (3 madde) şeklinde isimlendirilmiştir.
4. Engeller Ölçeği'nin (BQ II) Türkçe versiyonunun, ülkemizde kanser hastalarının ağrı yönetiminde hastadan kaynaklanan engelleri belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.
5. Hastaların Engeller Ölçeği (BQ II)'ndeki maddelere verdikleri puanlara göre, ağrı yönetiminde en fazla "bağımlılık", en az "fiziksel yan etkiler" alt gruplarında yanlış inanişe sahip oldukları görülmüştür.
6. Erkek hastaların ölçek toplam puanı kadın hastalara göre daha yüksek olup, erkek hastaların kanserde ağrı yönetimine engel olabilecek daha fazla yanlış inanişe sahip oldukları belirlenmiştir.
7. Bekar/dul hastaların ölçek toplam puanları evli katılımcılara göre daha yüksek olup, kanserde ağrı yönetimine engel olabilecek daha fazla yanlış inanişe sahip oldukları belirlenmiştir.
8. Kanser dışında başka bir kronik hastalığa sahip olan hastaların ölçek toplam puanlarının, kanser dışında başka bir kronik hastalığı olmayan

hastalara göre daha yüksek olduğu ve ağrı yönetimine engel olabilecek daha fazla yanlış inanışa sahip oldukları belirlenmiştir.

9. Yetersiz analjezik kullanan hastaların ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu ve kanser ağrısı yönetimine engel olabilecek daha fazla yanlış inanışa sahip oldukları görülmüştür.
10. Son 24 saat içerisinde "ortalama" ağrı seviyesi >5 olan hastaların, kanser ağrısı yönetimine engel olabilecek daha fazla yanlış inanışa sahip oldukları görülmüştür.
11. "Ölçeğe ilave edilebilecek maddeler" konusunda görüş bildiren 16 hastanın sekizi "ağrı yaşadığını söyleyerek sevdiklerini/ailelerini üzmemek ve onları meşgul etmek" şeklinde bir engel belirtmişlerdir. Bizim kültürümüze özgü bir engeli yansıtan bu ifadenin ileriki çalışmalar için ölçeğe eklenebileceği değerlendirilmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

1. Hastaların tanı, tedavi ve bakım sürecinde sürekli onlarla birlikte olan hemşirelerin; ağrı yönetiminin başarısı için önemli olan hastadan kaynaklanan bu engelleri Engeller Ölçeği (BQ II) gibi standart ölçeklerle tanımlaması ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik planlamaları ve uygulamaları bakım sürecine katması,
2. Kanser hastalarına ve onlara bakım veren yakınlarına, ağrı ve ağrı yönetimi, analjeziklerin etkileri ve yan etkileri konusunda eğitim programlarının planlanması ve uygulanması,
3. Kanser hastaları ile çalışan sağlık personeline, kanser ağrı yönetiminde kullanılan analjezikler ve hastalar ile iletişim konularında sürekli eğitim programlarının ve hizmet içi eğitimlerinin uygulanması,
4. Teknolojik, sosyal ve kültürel gelişmeler sonucunda oluşabilecek değişimler göz önüne alınarak ölçeğin her kullanımında temel geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının tekrarlanması,
5. Örneklemimizi oluşturan hasta grubunun genel olarak sosyoekonomik düzeylerinin daha iyi ve tamamının sağlık güvencesinin bulunması göz önünde alındığında, bundan sonra yapılacak çalışmalarda Engeller

Ölçeği'nin (BQ II), özellikle farklı kurumlarda ve farklı sosyoekonomik seviyedeki hasta grupları üzerinde uygulanması,

6. Ülkemizde bundan sonraki çalışmalarda kullanılacak olan Engeller Ölçeği'ne (BQ II), hastaların bir kısmı tarafından önerilen ve toplumsal yapımıza uygun olduğu değerlendirilen, ağrılarını ifade etmelerine engel olabilecek “aile ile ilgili engeller / aile içindeki rol ve işlevler” alt grubunun eklenebileceği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization, National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, 2TH ED., Geneva, 17-21, 2002.
2. UICC Dünya Kanseri Kongresi, Kanseri Bildirgesi, 8-12 Temmuz, Washington, DC, USA, 2006.
3. Tuncer, M., Türkiye' de Kanseri Kontrolü, Ankara, 131, Eylül 2007.
4. Güran, Ş., Kanseri den korunma, Gülhane Tıp Dergisi., 47: 324-326,2005.
5. Eti-Arslan, F., Ağrı değerlendirme yöntemleri., C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi., 6(1), 2002.
6. Aydın, O., Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi., 3(2): 37 – 48, 2002.
7. Kocaman, G., Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları Kitabı. Ağrının Tanımı, Saray Tıp Kitapevleri, İzmir, 8- 9, 1994.
8. Afşar F., Kanseri li Bireylerde Ağrı ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi, Hemşirelik Bilimleri iç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002.
9. Lundorff, L., Peuckmann, V., Sjogren, P., Pain managment of opioid-treated cancer patient in hospital setting in Danimark, Acta Anaesthesiol Scandinavica., (52)137-142, 2008.
10. Portoney, R. K., Lesage, P., Management of cancer pain, The Lancet., (353), May,1999.
11. <http://anestezi.med.ege.edu.tr/ders/21.pdf> (20.05.2008)
12. Yıldırım, K. Y., Uyar, M., Fıdıllıoğlu, Ç., Kanseri ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi, Ağrı., 17(4), 2005.
13. Yıldırım, K. Y., Uyar, M., Etkili kanseri ağrı yönetimindeki bariyerler, Ağrı., 18(3), 2006.

14. Ferrell, B. R., The impact of pain, on quality of life, *Nursing Clinics of North America.*, 30(84), 609-623, 1993.
15. Kara, H., Abay, E., Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım, *Anadolu Psikiyatri Dergisi.*, 1(2), 89-99, 2000.
16. Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., Cancer patient' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral, *European Journal of Cancer Care.*, 13, 238-245, 2004.
17. Özgüroğlu, M., Kanserli hastalarda ağrıya yaklaşım, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi.*, 30, 225-239, Mayıs 2002.
18. Özkan, A., Kanser hastalarında ağrı değerlendirmesi, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı., 2004.
19. Aydın, I., Kanser ağrısı, *Klinik Gelişim.*, 17 (3-15), 2004.
20. Potter, V. T., Wiseman, C. E., Dunn S. M., Bolye F. M., Patient barriers to optimal cancer pain control, *Psycho-Oncology.*, 12, 153-160, 2003.
21. Ward, S. E., Goldberg, N, Miller-McCauley, V., Mueller, C., Nolan, A., Pawlik-Plwnk, Robbins, A., Stormoen, D., Weissman, D. E., Patient-related barriers to pain management of cancer pain, *Pain.*, 319-324, 52(1993).
22. Gunnarsdottir, S., Serlin, R. C., Ward, S., Patient- related barriers to pain management: the Icelandic barriers questionnaire II, *Journal of Pain and Symptom Management.*, 3(29), Marh 2005.
23. Lin, C. C., Barriers to the analgesic management of cancer pain: a compararison of attitudes of Taiwanese patient and their family caregivers, *Pain.*, 88, 7-14, 2000.
24. Gunnarsdottir, S., Dodovan, H. S., Serlin, R. C., Voge, C., Ward, S., Patient- related barriers to pain management: the barriers questionnaire II (BQ-II), *Pain.*, 99, 385–396, 2002.

25. Balkanlı, A., Hastaneye Yatış Sürecinde Kansерli Hasta ve Ailesinin Sosyal Olarak Desteklenmesi ve Sosyal Yaşama Uyum Projesi, Disiplinler arası Sosyal Psikiyatri Ana Bilim Dalı Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
26. Kav, S., Kansер Tedavisinin Yan Etkilerinin Kontrolüne Öz-Bakım Modelinin Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2003.
27. Şengelen, M., Türkiye' de Kansер İstatistikleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kansер Epidemiyolojisi Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2002.
28. Güran, Ş., Kansерden korunma, Gülhane Tıp Dergisi., 47, 324-326, 2005.
29. Kömürcü, Ş., Kansер ağrısı, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci.,2(33), 54-57, 2006.
30. Bryan, M., Rosa, N. D. L., Hill, A. M., Amadio, W. J., Wieder, R., Influence of prescription benefits on reported pain in cancer patients, American Academy of Pain Medicine., 1526-2375, 2008.
31. Gren, C. J., Marshall P. L., Medical- Surgical Nursing., 8 TH ED., Mosby, Missouri, 316-318, 1999.
32. Fukshansky, M., Are, M., Burton AW., The Role of Opioids in Cancer Pain Management, Pain Practice, 5(1), 43–54, 2005.
33. Kim, J. E., Dodd, M., West, C., Paul, S., Facione, N., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., Miaskowski, C., The PRO-SELF pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management, Oncol Nurs Forum., 31(6), 1137–1143, 2004.
34. Cleary, J., F., Cancer pain management, Cancer Cont., 7;(2), 120-131, 2000.
35. Yeager, K. A., McGuire. D. B., Sheidler, V. R., Assessment of cancer pain In, Yarbro C.H., Frogge M.H., Goodman M., Groenwald S.L.,

- editors. *Cancer Nursing Principles and Practice*, Fifth Edition, Jones and Bartlett Publishers International, 642-643, 2000.
36. Bosch, F., Banos, J. E., Religious beliefs of patients and caregivers as a barrier to the pharmacologic control of cancer pain, *Clin Pharmacol.*, 72(2), 107–111, 2002.
37. Pargeon, K. L., Hailey, B. J., Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature, *J Pain Symptom Management.*, 18(5), 358–368, 1999.
38. Jung, B., Redenberg, M. M., The risk of action by the drug enforcement administration against physicians prescribing opioids far Pain, *Pain Medicine.*, 7 (4), 2006.
39. Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B.J., Devar, A., Walsh, A. M., McDowell, J. K., Skerman, H. M., Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief, *Nursing and Health Sciences.*, (3), 149-159, 2001.
40. Elliott, T. E., Elliott, B. A., Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain, *J Pain Symptom Management.*, (7) 141–148, 1992.
41. Redmond, K., Organizational barriers in opioid use, *Support Care Cancer.*, 5(6), 451-456, 1997.
42. Ger, L. P., Ho, S. T., Wang, J. J., Physicians's knowlegde and attitudes toward the use of analgesic for cancer pain management: a survey of two medical center in Taiwan, *J Pain Symptom Management.*, 20(5), 335-344, 2000.
43. Sapir, R., Catane, R., Strauss-Liviatan, N., Cherny, N. I., Cancer pain: knowledge and attitudes of physicians in Israel, *J. Pain Symptom Management.*, 17(4):266-276, 1999.
44. Furstenberg, C. T., Ahles, T. A., Whedon, M. B., Pierce, K., Dolan, M., Roberts, L., Silberfarb, P. M., Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: A comparison of

- physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire, *J Pain Symptom Management.*, 15(6), 335-349,1998.
45. Yates, P. M., Edwards, H. E., Nash, R. E., Walsh, A. M., Fentiman, B. J., Skerman, H. M., Najman, J. M., Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia, *J. Pain Symptom Management.*, 23(5), 393-405, 2002.
46. Paice, J. A., Toy, C., Shott, S., Barriers to cancer pain relief; fear of tolerance and addiction, *J. Pain Symptom Management.*, 16(1),1-9,1998.
47. Ferrell, B. R., Ferrell, B. A., Ahn, C., Tran, K., Pain Management for elderly patients with cancer at home, *Cancer.*, 74(7), 2139-2146,1994.
48. Riddell, A., Fitch, M. L., Patients' knowledge of and attitudes toward the management of cancer pain, *Oncol Nurs Forum.*, 24(10), 1775–1784, 1997.
49. Wells, N., Johnson R. J., Wujcik, D., Devepment of a Short Version of the Barriers Questionnarie, *Journal of Pain Symptom Management.*, (15), May, 1998.
50. Breitbart, W., Passik, S., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Smith, M., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Patient- related barriers to pain management in ambulatory AIDS patients, *Pain* (76), 9-16, 1998.
51. Swenson, C. J., Pain management. In, Otto S., editors. *Oncology Nursing, Fourth Edition*, Mosby, . pp. 865-916, 2001.
52. Tulunay, M, Tulunay, F. C., Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri, Editör Erdine S Ağrı; 91-107, 2000.
53. Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, M. D., Edmonson, J. H., Blum, R. H., Stewart, J. A., Pandya, K. J., Pain and its treatment in outpatient with metastatic cancer: The eastern cooperative oncology group outpatient study, *N Engl J Med.*, (330)529-596, 1994.

- 54.Kaya, O., Moran, M., Bağlıer, H., Taşkın, YE., Şeker, G, Özkardeş, A., Özmen, A. A., Yaşlanma ve kanser: Genel cerrahi kliniğinden kesitsel bir çalışma, Türk Geriatri Dergisi., 10 (1), 5-9,2007.
- 55.American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2008, Atlanta: American Cancer Society; 2008.
- 56.Aranda, S., Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Skerman, H., Mccarthy, A., Barriers to effective cancer pain management: a Survey of Australian family caregivers, European journal of cancer care, (13) 336-343, 2004.
- 57.Uçan, Ö., Ovayolu, N., Kanser ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (4), 2007.
- 58.Alimi, D., Rubino, C., Pichard, E., Femand, S., Dubreuil, M. L., Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: A randomized, blinded, controlled Trial, Journal of Clinical Oncology., 22 (21), 4120-4126, 2003.
- 59.Chang, M. C., Chang, Y. C., Chiou, J. F., Tsou, T. S., Lin, C. C., Overcoming patient-related barriers to cancer pain management for home care patient, Cancer Nursing., 6(25), 2002.
- 60.Büyüköztürk, S., Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. (Gel.3.Baskı). Ankara: Pegem A yayıncılık, 2002.
- 61.Vallerand, A. H., Bohler, D. C., Templin, T., Hasenau, S. M., Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patient receiving homecare, Cancer Nursing, 1(30), 2007.
- 62.Güner, İ.C., Meme kanseri ve eşlerin desteği, Gaziantep Tıp Dergisi, 46-49, 2008.
- 63.Akdemir, N. Birol L., İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, "Kanser ve Hemşirelik Bakımı", Ankara, 2005.
- 64.Deniz, K. Z., Psikolojik ölçme aracı uyarlama, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi., 40(1), 1-16, 2007.

EKLER:

EK- 1 GATA ETİK KURUL İZNI

EK- 2 GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

EK- 3 HASTALARIN TANITICI BİLGİLERİNE YÖNELİK VERİ TOPLAMA
FORMU

EK- 4 KISA AĞRI ENVANTERİ

EK- 5 ENGELLER ÖLÇEĞİ (BQII) ÖRNEK RANDEVU TABLOSU

HİZMETE ÖZEL

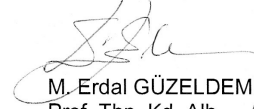
T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

12 Kasım 2007

Y. ETİK KRL. : 1491 - 685 - 07
KONU : GATA Etik Kurulu

Yük. Hem. Gülcan BAĞÇIVAN

"Kanser Ağrısı Yönetiminde Hastadan Kaynaklanan Engellerin İncelenmesi"
başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma projeniz ile ilgili,
GATA Etik Kurulu'nun kararı EK'tedir.
Rica ederim.


M. Erdal GÜZELDEMİR
Prof. Tbp. Kd. Alb.
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu

HİZMETE ÖZEL

Swir

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 100
OTURUM TARİHİ : 7 Kasım 2007
OTURUM BAŞKANI : Prof. Tbp. Kd. Alb. M. Erdal GÜZELDEMİR
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 7 Kasım 2007 günü yapılan 100. oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan Yük. Hem. Gülcan Bağcıvan'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Kanser Ağrısı Yönetiminde Hastadan Kaynaklanan Engellerin İncelenmesi**" başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN
M. Erdal GÜZELDEMİR
Prof.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE
Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE
Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Kd.Alb.

ÜYE
Mükerrem SAFALI
Doç.Tbp.Kd.Alb.

ÜYE
Melih AKAY
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE
Nalan AZBAYRAK
Prof. Dr. Sağ. Yb.

ÜYE
Mustafa ÖZER
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE
Ergun TOZKOPARAN
Doç. Tbp. Yb.

ÜYE
Muharrem UÇAR
Yrd.Doç.J.Tbp.Yb.

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı;

Araştırma GATA Eğitim Hastanesi Onkoloji BD' da takip edilen hastaların ağrı kontrolüne/yönetimine ilişkin düşüncelerini belirlemek ve hastadan kaynaklanan engelleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır

Poliklinikte muayeneniz tamamlandıktan sonra, hazırlanan anket formunu doldurmanız istenecektir. Anketle ilgili sorularınız ve destek gereksiniminizde araştırmacı sizlere yardımcı olacaktır. Anket içinde yer alan sorular, yaşadığınız ağrı deneyimlerinizi ve ağrı yönetimi ile ilgili düşüncelerinizi tespit etmek amacıyla sorulan sorulardır. Vereceğiniz cevaplar sonucunda elde edilecek veriler, ilerde oluşturulması düşünülen hasta danışma merkezimizde vereceğimiz hizmet için bize ışık tutacaktır.

Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkürler.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU KLİNİK ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, imzası, adresi (varsa telefon no, faks no)

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, İmzası

Gülcan Bağçivan

Yük. Hem.

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Dosya no:

Telefon:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - Bayan
 - Erkek
3. Medeni durumunuz:
 - Evli
 - Bekar
 - Dul
4. Eğitim durumunuz:
 - Okur-yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlköğretim
 - Lise
 - Üniversite
 - Yüksek lisans ve üzeri
5. Sosyal güvenceniz:
 - Var
 - Yok
6. Yaşadığı yer:
 - Şehir merkezi
 - İlçe
 - Kasaba
 - Köy
7. Ailede birlikte yaşadığınız kişiler:
 - Geniş aile
 - Çekirdek aile

EK-3 (DEVAM)

8. Aile içindeki konumunuz:

- Ebeveyn
- Büyük ebeveyn
- Çocuk

9. Çalışma durumunuz:

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

10. Mesleğiniz:

- Memur
- İşçi
- Serbest meslek
- Ev hanımı
- Öğrenci
- Çiftçi
- Diğer

11. Aylık geliri:

- 0 – 500 YTL
- 501 – 1000 YTL
- 1001–1500 YTL
- 1501–2000 YTL
- 2001 YTL ve üzeri

B. TIBBİ ÖZELLİKLERİ

1. Tanısı:
2. İlk tanı tarihi:
3. Metastaz durumu:
4. Kanser Evresi:
5. Kullandığı ilaçlar:

Uygulanan kemoterapi	Analjezikler	Diğer ilaçlar

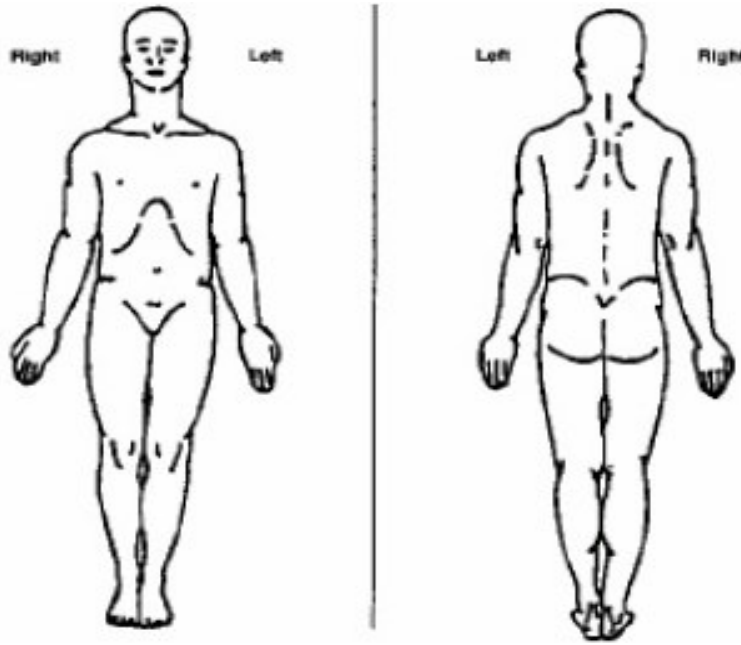
6. Diğer hastalıkları:
7. Yatan hastalar için yatış tarihi:
8. Ağrınızı azaltan faktörler?
9. Ağrınızı artıran faktörler?
10. Ağrıyı gidermede kullandığınız, ilaç dışı uygulamalar nelerdir?
11. Ağrı yönetimi ve kullanılan ilaçlar konusunda bilgi aldınız mı? Kimden?
(Dr. , Hemşire, Medya, İnternet, Arkadaş, Aile....)

KISA AĞRI ENVANTERİ

1) Birçoğumuzun hayatımız boyunca, zaman zaman ağrıları olmuştur (küçük baş ağrıları, burkulma ağrısı, diş ağrısı gibi). Bu gün içerisinde, her zaman yaşadığımız bu ağrılardan başka hissettiğiniz ağrınız odumu?

- Evet Hayır

2) Lütfen şekil üzerinde ağrı hissettiğiniz bölgeyi işaretleyiniz.



3) Lütfen son 24 saat içerisinde en fazla hissettiğiniz ağrınızın seviyesini tanımlayan numaranın yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok

hayal edemeyeceğin
kadar çok ağrı

4) Lütfen son 24 saat içerisinde en hafif hissettiğiniz ağrınızın seviyesini tanımlayan numaranın yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok

hayal edemeyeceğin
kadar çok ağrı

EK-4 (DEVAM)

5) Lütfen genelde hissettiğiniz ağrınızın seviyesini en iyi tanımlayan numaranın yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok hayal edemeyeceğin kadar çok ağrı

6) Lütfen şu anda hissettiğiniz ağrınızın seviyesini tanımlayan numaranın yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok hayal edemeyeceğin kadar çok ağrı

7) Ağrınız için uygulanan tedavi yada ilaçlar nelerdir?
.....

8) Son 24 saat içinde, ağrınız için ne kadar yardım ya da ilaç benzeri maddeler aldınız? Lütfen bunların ağrınızın azalmasına ne kadar etkisi olduğunu en iyi gösteren kutuyu işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok hayal edemeyeceğin kadar çok ağrı

9) Lütfen son 24 saat boyunca, hissettiğiniz ağrınızın, aşağıda belirtilen durumlar için size nasıl engel olduğunu en iyi tanımlayan sayının yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

A.Genel Aktiviteler;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel olmadı tamamına engel oldu

B.Ruhsal Durum;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel olmadı tamamına engel oldu

C.Yürüme Yeteneği;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel olmadı tamamına engel oldu

EK-4 (DEVAM)

D. Normal Çalışma (ev işleri ve dışarıdaki)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel
olmadı tamamina
engel oldu

E. Diğer İnsanlarla olan İlişki;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel
olmadı tamamina
engel oldu

F.Uyku;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel
olmadı tamamina
engel oldu

G.Hayattan zevk alma;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Engel
olmadı tamamina
engel oldu

ENGELLER ÖLÇEĞİ (BQ-II)

1) Kanser ağrısı dindirilebilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

2) Ağrı ilacına bağımlı hale gelme tehlikesi vardır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

3) Ağrı ilacından kaynaklanan uyuşukluğu/uykulu olma halini kontrol etmek zordur.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

4) Ağrı ilacı bağışıklık sistemini zayıflatır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

5) Ağrı ilacından kaynaklanan kafa karışıklığı kontrol edilemez.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

6) Ağrı ilacı kullandığınızda, vücudunuz bu ilacın etkilerine alışır ve ilaç artık bir işe yaramamaya başlar.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

7) Ağrı ilacı kullanmanız, herhangi yeni bir ağrı olup olmadığını anlamanızı engeller.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

EK-5 (DEVAM)

8) Ağrı ilacı kanser ağrılarını etkili bir şekilde kontrol edebilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

9) Birçok kanserli insan ağrı ilacına bağımlı hale gelebilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

10) Ağrı ilacından kaynaklanan mide bulantısı hafifletilemez.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

11) Ağrı hakkında konuşmayarak daha güçlü olmak önemlidir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

12) Doktorun hastalığı iyileştirmeye odaklanması önemlidir ve ağrıyı kontrol etmekle vakit kaybetmemelidir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

13) Ağrı ilacı kullanmak, bağışıklık sisteminize zarar verebilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

14) Ağrı ilacı can sıkıcı/istemediğiniz şeyler söylemenize veya yapmanıza neden olur.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

EK-5 (DEVAM)

15) Biraz ağrınız olduğunda ağrı ilacını alırsanız, ağrı daha kötü hale geldiğinde ilaç işe yaramayabilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

16) Ağrı ilacı, vücudunuzda neler olduğunu bilmenize engel olabilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

17) Ağrı ilacından kaynaklanan kabızlık hafifletilemez.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

18) Doktorlar ağrıyla ilgilenmek zorunda kalırlarsa, hastalığı iyileştirmeye konsantre olmayacaklardır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

19) Ağrı ilacı bağışıklık sisteminize hasar verebilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

20) Ağrı ilacının sebep olduğu yan etkilere katlanmaktansa, ağrıya katlanmak daha kolaydır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

21) Ağrı ilacını şimdi kullanırsanız, daha sonra ihtiyacınız olduğunda ilaç işe yaramayacaktır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

EK-5 (DEVAM)

22) Ağrı ilacı, sağlığınızda meydana gelen değişiklikleri gizleyebilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

23) Ağrı ilacı bağımlılık yapıcıdır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

24) İlaç kanser ağrısını rahatlatır.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

25) Doktorlar, hastaların kendilerine ağrıdan söz etmesini rahatsız edici bulabilirler.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

26) Ağrıdan söz etmek, doktoru kanseri iyileştirmekten uzaklaştırabilir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum

27) Eğer ağrı hakkında konuşsam, insanlar benim şikayetçi olduğumu düşünecektir.

0	1	2	3	4	5
Hiç					Tamamen
Katılmıyorum					katılıyorum