

## Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi

Yasemin Kuzeyli Yıldırım\*, Meltem Uyar\*\*, Çiçek Fadıllıoğlu\*\*\*

### SUMMARY

#### Cancer pain and its influence on quality of life

Pain is an important problem for patients with cancer, occurring in half of all cancer patients and more than 90 % of patients with advanced disease. Pain related to cancer is a complex, multidimensional phenomenon composed of sensory, affective, cognitive, and behavioural components. The World Health Organization (WHO) has identified cancer pain as a major international problem and pain control has become a critical element in the comprehensive care of many cancer patients. Pain and quality of life are phenomena that share several fundamental characteristics. Pain control plays a key role in determining health-related quality of life (HRQOL). Pain, when it is ongoing and uncontrolled, has a detrimental, deteriorative effect on virtually every aspect of a patient's life. It produces anxiety and emotional distress; undermines well-being; interferes with functional capacity; and hinders the ability to fulfill familial, social, and vocational roles. With such broad-based effects, it is apparent that pain would have the effect of diminishing quality of life. In patients with moderate or severe pain, interference with sleep, daily life activities, enjoyment of life, work ability, and social interactions have been reported.

**Key words:** Cancer, cancer-related pain, quality of life

### ÖZET

Ağrı kanser hastaları için önemli bir sorundur, tüm kanser hastalarının yarısında ve ileri evre hastaların % 90'ından fazlasında görülmektedir. Kanserle ilişkili ağrı; duyuşsal, affektif, bilişsel ve davranışsal yönleri olan kompleks ve kapsamlı bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanser ağrısını en önemli evrensel bir problem olarak tanımlamıştır ve ağrı kontrolü bir çok kanser hastasının kapsamlı bakımında kritik bir konudur. Ağrı ve yaşam kalitesi temel özellikleri paylaşan kavramlardır. Ağrı kontrolü sağlıkta yaşam kalitesini (SYK) belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir. Ağrı, anksiyete ve duyuşsal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir; fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve ailesel, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Böylesi geniş etkileri nedeniyle ağrının, hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle etkilediği ve azalttığı görülmektedir. Orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, kanser ağrısı, yaşam kalitesi

(\*) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Araşt. Gör.

(\*\*) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı, Prof.Dr.

(\*\*\*)Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Prof. Dr.

#### Başvuru adresi:

Yasemin Kuzeyli Yıldırım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., Bornova, İzmir  
e-posta: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr

(\*) Ege University School of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Research Fellow

(\*\*) Ege University Faculty of Medicine, Department of Algology, Prof. M.D.

(\*\*\*)Ege University School of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Prof. M.D.

#### Correspondence to:

Yasemin Kuzeyli Yıldırım, Ege University School of Nursing, Department of Internal Medicine Nursing, Bornova, İzmir, TURKEY  
e-mail: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr

## Giriş

**D**ünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahminlerine göre 2021 yılında dünyada 15 milyon yeni kanser vakası olacaktır. Yeni tedaviler yaşam süresini uzattığı için kanser hastaları, hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı ile daha uzun süre yaşayacaklardır. Kanserde ağrı önemli bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır ve metastazı olan hastaların % 50'sinden fazlasında ve ileri evredeki hastaların % 90'ından fazlasında ağrı olduğu tahmin edilmektedir. Kanser ağrısının % 70'inden fazlası tümör ve tümöre sekonder vücuttaki yapısal değişiklikler nedeniyle görülmektedir (Wargo ve Burton 2005). Ağrı ile birlikte yaşam kalitesi bozulmakta ve kanser tedavisinde son yıllarda görülen umut verici gelişmelere rağmen genelde iyileşme oranı % 25'in üzerine çıkamamaktadır. Her yıl dünya genelinde 4-5 milyon hastanın kanserden öldüğü varsayılırsa bu hastaların yaşamlarının son dönemlerini ağrılar ve acılar içerisinde geçirmeleri hem bir tıp sorunu hem de bir sosyal sorun olarak kabul edilmektedir (Erdine 2002).

Kanser hastasında ağrının kontrolsüz kalması, kanserin getirdiği genel hastalık haline ilaveten, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmesine, sosyal iletişiminin ve yaşam kalitesinin bozulması bir kısır döngüye girmesine sebep olmaktadır. Bu negatif etkilenme sadece hasta ile sınırlı kalmamakta, hastanın yakın çevresini de kapsamaktadır (Clinical Practice Guidelines 2004, Katz 2002, Allard ve ark. 2001, Stein 1996).

## Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK)'nin ölçümü tıbbi tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. SYK hastalık sürecinin fiziksel, psiko-

sosyal ve sosyal fonksiyon alanlarına etkisini ve sıklıkla hastalıkla ilgili semptomları içermektedir (Guyatt ve ark. 1993, Patrick ve Deyo 1989).

Klinik uygulamalarda yaşam kalitesi araştırma sonuçlarının kullanımının altında yatan en önemli gerekçe, hastalıktan çok hastaya odaklı bir tedavi ve bakım planı değerlendirmesi sağlamaktır. Yaşam kalitesi, özel olarak geliştirilmiş ve test edilmiş ölçeklerle ölçülmektedir. SYK genel (tek gösterge, sağlık profili) ve hastalığa özel ölçekler (HSA) olmak üzere iki şekilde ölçülmektedir (Guyatt ve ark. 1993, Patrick ve Deyo 1989) ve bu ölçeklerin avantaj ve dezavantajları Tablo 1'de gösterilmektedir (Cella ve Nowinski 2002).

Genel araçlar; hastalık sürecinin ya da tedavinin etkisini değerlendirmek için kullanılmaktadır, normal popülasyon veya kronik hastalığı olan örneklemi karşılaştırmada temel oluşturur. Hastalık veya duruma bakmaksızın girişimler ve durumlar karşısında benzerlik ve farklılıkları ortaya koyarak herhangi bir popülasyondaki sağlık durumunun çeşitli yönlerini saptamak için tasarlanır (Guyatt ve ark. 1993, Patrick ve Deyo 1989). Bununla birlikte, genel araçlar özel durumlardaki değişikliklere yanıt vermezler (Guyatt ve ark. 1993).

Genel yaşam kalitesi araçlarına klasik örnek Medical Sonuçlar Çalışması Kısa Form 36 veya SF-36'dır. Ware ve ark. (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek, klinik uygulamalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir (Aydemir 1999). 1990 yılında başlayan çalışmalarda 150'ye yakın maddeden oluşan ölçekle başlanmış ve 22.462 kişide yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar ile önce 20 soruluk kısa form (SF-20), daha sonra 36 soruluk kısa form (SF-36) geliştirilmiştir (Aydemir 1999). SF-36 sağlıkla ilgili araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. 14

**Tablo 1:** Genel ve hastalığa özel yaşam kalitesi ölçeklerinin avantaj ve dezavantajları (Cella ve Nowinski 2002).

	Genel	HSA
Tüm popülasyona uygulanabilir olması	X	
Sabit bir ölçüm sağlaması	X	
Çapraz hastalık ve çapraz girişimlerin karşılaştırılması	X	
Genel sağlık durumunun geçerli bir ölçümü	X	
Kuşku duyulmayan bulguların tanımlanması	X	
Comorbid durumların duyarlılığı	X	
İlgili alanlara odaklanma		X
Zamanla oluşan klinik durumlardaki değişikliklere duyarlılık		X
Hastalıkla ilgili problemlerin ve tedavi nedeniyle oluşan yararın belirlenmesi		X
Fiziksel hastalık bulgularıyla ilişkinin gücü		X
Konuyla ve uygulamayla daha çok ilgili olması		X

yaş ve daha büyüklerin, kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve hatta telefon aracılığı ile de uygulanabilecek bir şekilde hazırlanmıştır (Pınar 1996). Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Dr. Fişek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmalarında elde edilen Cronbach’s Alpha değeri 0.75 (mental rol) – 0.90 (mental işlev) arasında değişmektedir (Aydemir 1999). 36 ifade içeren ölçek, fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 ana başlık ve 9 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. SF-36’nın ağrıyı değerlendirmek için iki maddesi bulunmaktadır (Pınar 1996).

*Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa-Form (WHOQOL-BREF):* WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF kişinin algıladığı yaşam kalitesini değerlendirir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen WHOQOL-100, yüz soru, 24 bölüm ve altı alan içermektedir. Ulusal versiyonu 103 soru, 7 alan ve 24 bölümden oluşmaktadır. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve dört alanı kapsamaktadır. Kullanımı birinciye göre daha kolay olmakla birlikte, çalışmanın amacına göre tercih yapılması önerilmektedir. İki ölçek birbiriyle yüksek korelasyon göstermektedir. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF tedavi hizmetlerinde, doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde, karşılaştırmalarda, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde, araştırmalarda ve sağlık politikalarında kullanılabilir. Örneğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Eser ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmış ve Türk toplumuna uygun olduğu saptanmıştır (Eser ve ark. 1999).

Hastalığa özel araçlar, belli bir hastalık veya durumu hedef alırlar ve böylelikle de o hastalığa ilişkin potansiyel olarak genel araçlardan daha iyi yanıt verirler ve daha duyarlıdır (Guyatt ve ark. 1993). Hastalığa-özel araçlar ilgili tıbbi durumu içeren SYK’ye odaklanır. Bu araçlar hastalığa (ör: kanser veya kalp yetmezliği), hasta popülasyonuna (ör: yaşlılar), belli bir probleme (uyku veya cinsel fonksiyon) veya semptomu (ör: ağrı) özel olabilir (Guyatt ve ark. 1993). Hastalığa spesifik araçlara Sağlık Tanılama Anketi (Health Assessment Questionnaire) ve Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Skalası (Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale) örnek olarak verilebilir. Kansere ilgili yaşam kalitesi araçları incelendiğinde;

*Rotterdam Semptom Listesi (The Rotterdam Symptom Checklist):* Kanseri hastaların yaşadıkları

rı semptomlara bağlı gelişen sıkıntıyı değerlendirmek için kullanılmaktadır. Psikolojik ve fiziksel rahatsızlık olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1’den 4’e kadar değişen Likert tipi ile puanlanmaktadır. Ölçek, psikolojik semptom rahatsızlık alt boyutu 8 madde, fiziksel rahatsızlık alt boyutu 19 madde olmak üzere toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ağrı tanılması amacıyla 6 maddesi bulunmaktadır. Psikolojik sıkıntı alt ölçeği en düşük 8 puan, en yüksek 32 puan, fiziksel sıkıntı alt ölçeği en düşük 19 puan en yüksek 76 puan almaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşanan sıkıntı daha büyük olmaktadır. Orijinal çalışmada Rotterdam Semptom Listesi’nin geçerlik ve güvenilirliği 0.88 olarak belirlenmiştir (de Haes ve ark. 1990). Can ve ark. (2004) tarafından Türkiye’de meme kanserli hastalarda Rotterdam Semptom Listesi’nin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Fiziksel rahatsızlık alt boyutunun alfa değeri 0.75, psikolojik semptom alt boyutu alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir (Can ve ark. 2004).

*Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire) (EORTC QOL-C30):* Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 30 maddeden ve fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Fonksiyonel alt boyutu; fiziksel (1-5. sorular), rol (6. ve 7. soru), bilişsel (20. ve 25. soru), emosyonel (21-24. sorular), sosyal (26. ve 27. soru), global yaşam kalitesi (29. ve 30. soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Semptom alt boyut ölçeği; yorgunluk (10, 12. ve 18. sorular), bulantı ve kusma (14 ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), dispne (8. soru), uyku bozukluğu (11. soru), iştahsızlık (13. soru), konstipasyon (16. soru), diyare (17. soru), ve mali etki (28. soru) semptomlarını içermektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu ve semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı  $\geq 0.70$  olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (Güzelant ve ark. 2004).

*Fonksiyonel Yaşam İndeksi (Functional Living Index-Cancer):* Kanseri semptomlarının ve tedavisinin yaşam kalitesinin tüm alanlarında fonksiyonel yeterlilik üzerine olan etkisini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir ve 22 maddeden oluşmakta-

dır. Fiziksel iyilik hali ve yeteneği, emosyonel durum, sosyal yetenek, aile durumu ve bulantı olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır. Alınan puanın yüksek olması yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Schipper ve ark. 1984).

### Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesi

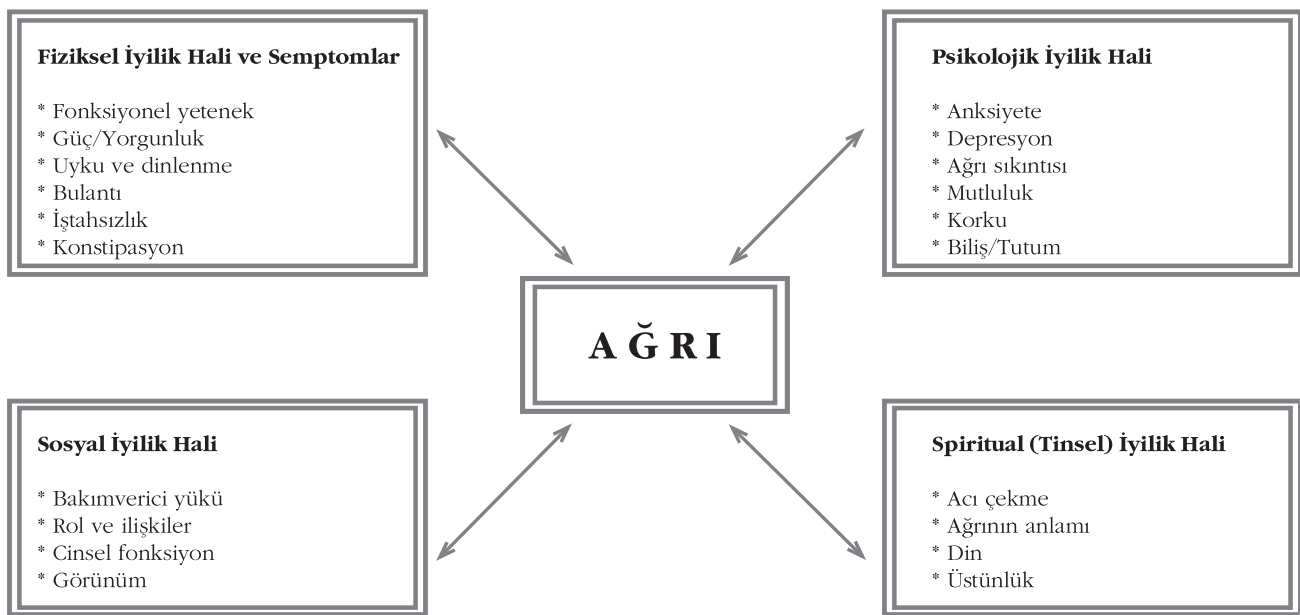
Ağrı ve yaşam kalitesi çeşitli temel özellikleri paylaşan fenomenlerdir. Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komisyonu ağrıyı "azaltılmadığı zaman fizyolojik ve psikolojik karşıt etkileri olan yaygın bir deneyim" olarak tanımlamaktadır (Katz 2002). Bu nedenle, ağrı kognitif, motivasyonel, afektif, davranışsal, psikolojik ve fiziksel boyutları içermektedir (Evans ve ark. 2004). Yaşam kalitesi de bu boyutların tamamını kapsayan bir doğaya sahiptir (Rummans ve ark. 1998, Torrance 1987).

Ağrı yönetimindeki belirgin ilerlemelere karşın, kanser ağrısının hastaların tamamında başarılı olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir. Kanser ağrı yönetiminin yeterli olmaması; fonksiyonel durumda azalma, yorgunluğun artması ve yaşam kalitesinin azalması gibi istenmedik durumlara neden olmaktadır (Kim ve ark. 2004). Kanser ağrısının kontrolünü sağlamak; hasta, aile ve sağlık bakımı verenleri kapsayan karmaşık bir süreçtir (Ferrell 1997, Bery ve ark. 1995). Son yıllarda özellikle kronik yetersizlik durumlarında yaşam kalitesinin tanılanmasına artan bir şekilde ilgi gösterilmektedir. Yaşam kalitesi; hasta üzerinde hastalığın ve tedavinin tüm etkileri ve bu etkilere oluşan yanıtlar olarak düşünülebilir. Yaşam kalite-

sinin içerdiği boyutlar genel olarak fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik faktörlere odaklanır. Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal boyutlarını büyük oranda etkilemektedir (Cella ve Nowinski 2002).

Yaşam kalitesinin tanılanması, bakımın sonuçlarını değerlendirmede daha önemli olmaktadır. Ana amaç hem hasta hem de hastanın ailesi için en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır. Ağrı kontrolünün sağlanması, yaşam kalitesini belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır ve palyatif bakım programlarına başvuran tüm hastaların % 60'ı ağrı çekmektedir (Boström ve ark. 2003). Hastaların ağrısını dindirmek ve yaşam kalitesini geliştirmek ve onlar için en iyi yaşam kalitesini sağlamak önemli amaçlarındandır. Ferrell ve ark. tarafından geliştirilen ağrının yaşam kalitesine etkisi modeli, ağrı deneyiminin dört alanını kapsamaktadır: semptomlar ve fonksiyonları içeren fizyolojik iyilik hali; anksiyete ve depresyon gibi psikolojik iyilik hali; rol ve ilişkileri kapsayan sosyal iyilik hali ve spiritüel (tinsel/manevi) iyilik hali (Şekil 1) (Ferrell 1996).

Devam eden veya dindirilmeyen kanser ağrısı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahiptir (Allard ve ark. 2001). Ağrı anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir; fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve aile, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Böylesi geniş etkileri nedeniyle ağrının hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle



Şekil 1: Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi (Ferrell 1996).

etkilediği ve azalttığı görülmektedir (Clinical Practice Guidelines 2004, Katz 2002, Allard ve ark. 2001). Orta düzeyde veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmiştir (Allard ve ark. 2001). Ağrı umut kaybı ile depresyona neden olabilir ve hastalar aktif tedavi rejimlerini reddedebilirler. Anksiyete, korku, konsantrasyon kaybı ve kontrol kaybına neden olabilir. Emosyonel iyilik hali, cinsel fonksiyon, görünüm, bakımverici gereksinimleri ve sosyal ilişkiler olumsuz olarak etkilenebilir. Hatta alta yatan hastalık stabil olsa bile ağrı, üretkenliği ve bireyin aile ve toplumdaki rolünden memnuniyetini önler (Singapore Ministry of Health 2003). Kanser ağrısı çalışma sürelerinde azalmaya neden olur ve böylece sadece hastanın geliri değil, aynı zamanda aile üyelerinin de gelirini etkiler (Stein 1996). Hastaların bakımını aile üyeleri sağladığı için kontrol altına alınmayan ağrı ailenin sevilen birinin bakımını sağlama yeteneğini de etkileyebilir ve ailelere bir yük olabilir. Böylece, hastada erken ölme isteği, yardımsızlık, umutsuzluk ve kızgınlık hislerine neden olabilir (Rivera 1996).

Ağrının algılanan yaşam kalitesi üzerine bozucu etkisi evrenseldir ve önemli etkileri olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır (Won ve ark. 1999, Rummans ve ark. 1998, Ward ve ark. 1998, Ferrell ve ark. 1989); bununla beraber bazı çalışmalar; ağrı şiddetinin azalmasının yaşam kalitesi üzerinde etkisini saptayamamışlardır (Du Pen ve ark. 1999).

Strang ve Qvarner (1990) kansere bağlı ağrı yoğunluğunun anksiyete ve depresyon bildirimi ve fiziksel ve sosyal fonksiyon alanlarında bozulmalar ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (Strang ve ark. 1990). Tannock ve ark. (1989) prostat kanseri nedeniyle kemik metastazlarına bağlı ağrısı olan hastalarda ağrının azaltılmasının yaşam kalitesinin çoğul alanında ve iyilik halinde gelişmelere rastladığını saptamışlardır (Tannock 1989). Coyle ve ark. (1991) ileri evre kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlara sahip olduğunu ve semptomların fonksiyon durumu üzerinde yaygın etkisinin olduğunu farketmişlerdir (Coyle ve ark. 1991). Padilla ve ark. (1990) kanser hastalarının kronik ağrısının olduğunu ve ağrının fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve kişiler arası iyilik hali olarak yaşamın üç boyutunu etkilediğini tanımlamışlardır (Padilla ve ark. 1990).

Won ve ark. (1999) hemşire evlerinde yaptığı çalışmada; hastaların % 26,3'ünün ağrısının olduğunu; günlük ağrı ile kötü/zayıf yaşam kalitesi gös-

tergeleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Günlük ağrısı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin bozulduğu, ruh hali değişikliklerinin olduğu ve aktivitelerinde azalma olduğu belirlenmiştir (Won ve ark. 1999).

Rummans ve ark. (1998) rekürren meme kanserli veya jinekolojik kanserli 117 hastada ağrının yaşam kalitesine olan etkisini incelemişlerdir. Araştırmacılar, ağrı varlığı ile yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal boyutları arasında önemli korelasyon saptamışlardır. Sürpriz olarak ağrı ve yaşam kalitesinin psikiyatrik ve spiritüel alanları arasında daha zayıf korelasyon saptanmıştır (Rummans ve ark. 1998). Boström ve ark. (2003) palyatif bakım alan hastalar ile yaptıkları çalışmada; hastaları ağrı yoğunluğuna göre iki gruba ayırmışlardır. Ağrısı fazla olan grubun SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alanlarında, düşük derecede ağrısı olan gruba göre daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Ağrı yoğunluğu, hastaların fonksiyonel durumunu azaltan en önemli bir faktör olarak belirtilmiştir. Özellikle hastaların fiziksel fonksiyon, rol-fiziksel ve ağrı alanlarında farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Boström ve ark. 2003).

Hastanın, hasta yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin kanser hastalığının tedavisinde esas amaçları, kür sağlamak veya yaşam süresini uzatmak, fonksiyonel devamlılığı sağlamak ve konforu sağlamak olmalıdır.

## Kaynaklar

- Allard P., Maunsell E., Labbe J., Dorval M.: Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *Journal of Palliative Medicine* 2001; 4 (2): 191-203.
- Aydemir Ö.: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü; Kısa Form-36 (SF-36). *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1999; 7 (2): 14-22.
- Berry P.E., Ward S.E.: Barriers to pain management in hospice: a study of family caregivers. *Hospice J* 1995; 10 (4): 19-33.
- Boström B., Hinic H., Lundberg D., Fridlund B.: Pain and health-related quality of life among cancer patients in final stage of life: a comparison between two palliative care teams. *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 189-196
- Can G., Durna Z., Aydiner A.: Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2004; 27(2): 153-161.
- Cella D., Nowinski C.J.: Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Arch phys Med Rehabil* 2002; 83 (Suppl 2): 10-17.

- Coyle N., Adelhardt J., Foley K.M., Portenoy R.K.: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Management* 1991; 6: 408-410.
- de Haes K., van Knippenberg F., Niejt J.: Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer* 1990; 62: 1034-1038.
- Du Pen S.L., Du Pen A.R., Polissar N.: Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. *J Clin Oncol* 1999; 17: 361-370.
- Erdine S.: Kanser ağrısı. Onat H., Mandel N. M., editörler. *Kanser hastasına yaklaşım: Tanı, tedavi, takipte sorunlar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002. pp. 261-274.
- Eser E., Fidaner H., Fidaner C.: WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri, 3 P Dergisi 1999; 7(Ek 2): 23-40.
- Evans C.J., Trudeau E., Mertzanis P.: Development and validation of the pain treatment satisfaction scale (ptss): a patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain. *Pain* 2004; 112: 254-266.
- Ferrell B.R., Wisdom C., Wenzl C.: Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer* 1989; 63(11Suppl): 2321-2327.
- Ferrell B.R.: Patient Education and nondrug Interventions. In, Ferrell B.R., Ferrell B.A. editors *Pain in the Elderly*. Seattle, IASP Press, 1996. pp. 35-44.
- Ferrell B.R., Rivera L.M.: Cancer pain education for patients. *Semin Oncol Nurs Forum* 1997; 13: 42-48.
- Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L.: Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118(8): 622-629.
- Guzelant A., Goksel T., Ozkok S., et al.: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004; 13(2): 135-144.
- Katz N.: The impact of pain management on quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24 (1 Suppl): S38-47.
- Kim J.E., Dodd M., West C.: The PRO-SELF Pain Kontrol Program improves patients' knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum* 2004; 31(6): 1137-1143.
- Padilla G.V., Ferrell B., Grant M.M.: Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nurs* 1990; 13: 108-115.
- Patrick D.L., Deyo R.A.: Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*. 1989; 27: 5217-5232.
- Pınar R.: Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi. *Sendrom*. 1996; 1(10): 109-113.
- Rivera L.M., McCaffery M.: Pain assessment. In, Baird S.B., McCorkle R., Grant M. editorso *Cancer Nursing: a Comprehensive Textbook*. Second Edition, W.B. Saunders Company, 1996. pp. 1017-1034.
- Rummans T.A., Frost M., Suman V.J., et al.: Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics* 1998; 39: 437-445.
- Schipper H., Clinch J., McMurray A., et al.: Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol* 1984 May; 2(5): 472-83.
- Singapore Ministry of Health: *Clinical Practice Guidelines: Cancer Pain*. <http://www.pain.org.sg/pdf/cancerpain.pdf>. 2003
- Stein W.M. Cancer pain in the elderly. In, Ferrell B.R., Ferrell B.A., editorso *Pain in the Elderly*. Seattle: IASP Press, 1996. pp. 69-80.
- Strang P., Qvarner H.: Cancer-related pain and its influence on quality of life. *Anticancer Res* 1990; 10: 109-112.
- Tannock I., Gospodarowicz M., Meakin W.: Treatment of metastatic prostatic cancer with low-dose prednisone: evaluation of pain and quality of life as pragmatic indices of response. *J Clin Oncol* 1989; 7: 590-597.
- Torrance G.W.: Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chron Dis* 1987; 40: 593-600.
- Ward S.E., Carlson-Dakes K., Hughes S.H.: The impact on quality of life patient-related barriers to pain management. *Res Nurs Health* 1998; 39: 437-445.
- Wargo B.W., Burton A.W.: *Cancer Pain*. In, Wallace M.S., Staats P.S., editorso *Pain Medicine and Management Just the Facts*. International Edition, McGraw Hill Company, 2005. pp. 183-189.
- Won A., Lapane K., Gambassi G.: Correlates and management of nonmalignant pain in nursing home. *J Am geriatr Soc* 1999; 47: 936-942.