

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARI VE HASTA
YAKINLARININ DEPRESYON, UMUTSUZLUK
VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIBBİ ONKOLOJİ UZMANLIK TEZİ

AHMET ALACACIOĞLU

**TEZ DANIŞMANI:
PROF.DR. AHMET UĞUR YILMAZ**

İÇİNDEKİLER:

A. ÖZET	
Türkçe.....	1
İngilizce.....	2
B. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
C. GENEL BİLGİLER.....	4
1) Kanser Hastalarında Ruhsal Reaksiyonlar.....	4
Tanı Öncesi	4
Tanı Döneminde.....	4
Tedavi Aşamasında.....	5
Tedavi Sonrası Aşamada.....	5
Hastalığın Yinelemesi Aşamasında.....	5
Terminal Dönemde.....	6
2) Hastanın Uyumunda Rol Oynayan Faktörler.....	6
3) Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar.....	6
4) Kanserli Hastalarda Depresyon.....	7
Sıklığı.....	7
Risk Faktörleri.....	8
Depresyon Tanısı.....	8
Tanı Kriterleri.....	9
Tedavi.....	9
5) Kanserli Hastalarda Anksiyete.....	9
Nedenleri.....	10
Tedavi.....	11
6) Kanser Hastası Yakınlarında Psikolojik Sorunlar.....	11
D. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	12
E. SONUÇLAR.....	15
F. TARTIŞMA.....	32
G.SONUÇ VE ÖNERİLER	37
H. KAYNAKLAR.....	38
I. EKLER.....	42

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hasta ve hasta yakınlarının demografik özellikleri

Tablo 2: Hastaların meslek ve sosyal güvence durumu

Tablo 3: Hastaların hastalık ve tedavi ilgili özellikleri

Tablo 4:Hasta ve hasta yakınlarının bilgi edinme yolları

Tablo 5: Hasta ve hasta yakınlarının Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 6: Hasta ve hasta yakınlarında cinsiyete göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 7: Hasta ve hasta yakınlarında medeni duruma göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 8:Hasta ve hasta yakınlarında eğitim duruma göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 9: Hasta ve hasta yakınlarında aylık gelir duruma göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 10: Hasta ve hasta yakınlarında sigara ve alkol kullanımına göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 11: Hastalarda tanılarını bilme durumuna göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 12: Tanısını bilen hastalarda hastalık konusunda bilgi durumuna göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

Tablo 13: Hasta yakınlarında hastalık konusunda bilgi durumuna göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 14: Hastalarda tedavi yerine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 15: Hasta ve hasta yakınlarında hastalık evresine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 16: Hasta ve hasta yakınlarında nüksün varlığına göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 17: Hasta yakınlarında yakınlık derecesine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 18: Hasta ve hasta yakınlarında tanı süresine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 19: Hasta ve hasta yakınlarında tanıya göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Tablo 20: Hasta ve hasta yakınlarında depresif bireylerin oranları

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Hasta ve hasta yakınlarında yaş dağılımı

Şekil 2: Hasta ve hasta yakınlarının eğitim durumları

Şekil 3: Hastaların tanılarına göre dağılımı

Şekil 4: Hasta yakınlarının dağılımı

Şekil 5: Hasta ve hasta yakınlarının Beck depresyon skorlarının karşılaştırılması

Şekil 6: Hasta ve hasta yakınlarının Beck umutsuzluk skorlarının karşılaştırılması

Şekil 7: Hasta ve hasta yakınlarının STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Şekil 8: Hastaların eğitim düzeyi ve STAI anksiyete skoru ilişkisi

Şekil 9: Hastaların gelir düzeyi ve STAI anksiyete skoru ilişkisi

Şekil 10: Hastaya yakınlık derecesi ile Beck depresyon skoru ilişkisi

TEŐEKKÜR

Tibbi Onkoloji uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve birikimleriyle bana yardımcı olan ve hoŐgörülerini esirgemeyen baŐta Sayın Anabilim Dalı BaŐkanımız Prof. Dr. Hale Akpınar olmak üzere tüm hocalarıma, tezimin fikirden baŐlayıp basım aŐamasına kadar her aşamasında bana destek olan Sayın Prof. Dr. Uğur Yılmaz'a, uzmanlık eğitimim süresince dostluklarını esirgemeyen sevgili uzman ve asistan arkadaşlarıma, iç hastalıkları bünyesinde beraber çalıştığımız tüm hemŐire ve personel arkadaşlara, bu tezin oluşmasını sağlayan tüm bireylere teŐekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca sevgi ve destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme ve gerek tezimin her aşamasında, gerekse yaşamımın her anında her zaman bana destek olan biricik eŐim Dr. İnci Alacacıoğlu'na sonsuz teŐekkürler...

Dr. Ahmet ALACACIOĞLU

Ađustos 2007

A) ÖZET

Kanser, hastaya ait kişisel bir deneyim olmakla birlikte ayrıca hasta ailesi gibi farklı tarafları ve onların psikolojik etkilenmelerini, maddi ve manevi zorlanma noktalarını bir araya getiren bir sağlık sürecidir.

Bu araştırmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kemoterapi alan 330 kanser hastası ve 330 hasta yakını değerlendirildi. Hastalarda erkek / kadın oranı 153 / 177, hasta yakınlarında 142 / 188 idi. Hastaların yaş ortalaması 53,0 iken hasta yakınlarının 45,2'ydi.

Kanser hasta ve hasta yakınlarının ruhsal durumlarını değerlendirmek için yaygın kabul gören ve Türkçe çevirileri geçerli hale getirilmiş üç ölçek [Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI (Sürekli Kaygı Envanteri)] kullanıldı. Bu ölçeklere verilen yanıtların sonuçları değerlendirildiğinde hastaların Beck depresyon ölçeğine göre 96'sında (%29,1) orta derecede, 60'ında (%18,2) ciddi olmak üzere toplam 156'sında (%47,3) depresyon mevcut olduğu, hasta yakınlarının ise 71'inde (%21,5) orta derecede 24'ünde (%7,3) ciddi derecede olmak üzere toplam 95'inde (% 28,8) depresyon bulunduğu saptandı. Umutsuzluk açısından karşılaştırıldığında Beck umutsuzluk ölçeği ile 0-63 arası puanlandırma yapıldığında hastalarda ortalama değer 5,92, hasta yakınlarında ise 5,11 olarak bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel anlamlı olsa da değerlerin birbirine yakın olduğu gözlemlendi. Anksiyete durumları STAI ile ölçüldüğünde hastalardaki ortalama skor hasta yakınlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek olsa da değerler oldukça birbirine yakın bulundu (44,9 vs 43,2).

Depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler açısından bakıldığında, kadınlarda, düşük ekonomik ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda, tanı süresi 6 aydan uzun olanlarda, ileri evre ve nüks hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca hastalık hakkında bilgi sahibi olmanın hastalarda depresyon düzeylerini düşürdüğü gözlemlendi.

Kanser, tanı sürecinden başlayan tedavi ve palyatif dönemi içeren her aşamasında hasta ve hasta yakınlarında duygusal etkilenme ve bunun sonucunda gelişen psikolojik bozukluklar (depresyon, anksiyete) yaratır. Bu nedenle hastalığın her evresinde hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastaların hastalıkları konusunda bilgilendirilmelerinin depresyon düzeylerini anlamlı derece düşürdüğü saptanmıştır.

SUMMARY

Cancer is a clinical entity that affects not only the patient's life but also the life of patient's family creating emotional strains.

Three hundreds thirty cancer patients who applied to Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Oncology Department and three hundreds thirty relatives of these patients were enrolled in this study. Male and female ratio (M / F) of the patients was 153 / 177 with a mean age of 53 years and the M / F of the relatives was 142 / 188 with a mean age of 45.2 years.

To determine the psychological status of the patients and their relatives, three instruments (Beck depression, Beck hopelessness and state-trait anxiety inventory (STAI)) which are translated and validated in Turkish language, were used. Ninety-six (29.1 %) patients were found to have mild, 60 (18,2 %) patients were found to have severe depression mood. Seventy-one (21,5 %) relatives had mild, 24 (7.3 %) relatives had severe depression (totally 95 (28.8 %) relatives were depressive) according to Beck depression scale. When we evaluated them by Beck hopelessness scale (including 0-63 points), we found that the mean value was 5.92 points in patients, 5.11 points in the relatives. There was a small, but statistically significant difference between two groups. Anxiety evaluation was made by STAI. There was also a statistical difference between two groups by STAI scale (patients: 44.9 vs. relatives: 43.2).

The depression and anxiety levels were found higher in women, in people with low socio-economic level, having a time interval longer than 6 months from the diagnosis, having relapsing disease. Awareness of the nature of the disease was lowering the depression level in the patients.

In conclusion, cancer creates psychiatric problems (depression, anxiety) and emotional disturbances in every stage of the disease containing diagnosis, treatment and palliative therapy periods in the patients and their relatives. Care should be paid to cancer patients in order to diagnose and treat their psychiatric disorders and sufficient information about their disease should be given.

B) GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, çaresizlik ve belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanır. Bu anlamıyla kanser, bir yıkıma ve dramatik anlamıyla kişinin psikik dengesinde çöküntüye neden olur (1). Sağlığını yitiren kişi, bu kayıp karşısında şaşkınlık, kararsızlık ve öfkeye kapılır, kederlenir. Bu karışık duyguların egemen olduğu dönem bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, kanserle savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Hastanın duygusal, davranışsal tepkileri, beklenen ya da normal kabul edilebilecek sınırları aşarsa klinik bir tablo olan depresyona dönüşebilir (2).

Kanser, salt kişisel bir deneyim değildir. Aynı zamanda aile, tedavi edici ekip, bakım verici kişiler gibi farklı tarafları ve onların endişelerini, zorlanma noktalarını bir araya getiren bir sağlık sürecidir (3). Özellikle hasta yakınları, sevdikleri kişinin yaşadıklarının çaresiz gözlemcileridir (4).

Bu nedenle acı, kaygı ve çaresizlik içeren bu süreci birlikte yaşayan ve göğüs geren kanser hastası ve hasta yakınlarında gelişen psikolojik bozuklukları belirlemek ve bunlara yönelik çözüm yolları bulmak ya da geliştirmek, hem hastanın hem de hasta yakınının bu yeni duruma uyumunu kolaylaştıracaktır. Bu amaçla çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde kanser tanısıyla kemoterapi alan hasta ve hasta yakınlarında Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI (Sürekli Kaygı Envanteri) ölçeklerini kullanılarak depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler değerlendirildi.

C) GENEL BİLGİLER

1) KANSER HASTALARINDA RUHSAL REAKSİYONLAR

Kanser hastaları, tanı, tedavi ve palyasyon dönemlerinde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve uyuma dönüktür. Bozukluk veya uyumsuzluk söz konusu ise genellikle psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerekir(1).

Tanı öncesinde:

Kanser şüphesi ilk konuşulduğunda hastada korku, endişe, hayal kırıklığı, bağımlı olma, bir işe yaramama, izolasyon ve ölüm düşünceleri yoğunlaşır. Bu evrede aynı zamanda tanı ile ilgili gerekli tetkikler başlar(5).

Tanı döneminde:

İnsanlar, kanser tanısı aldıklarında birçok tepkiler gösterebilir. Blound, ölümcül hastalıklı bireylerin tanılarına karşı geliştirdiği tepkilerin aşamalarını tanımlamıştır.

İlk aşamada en yaygın tepki, şok ve inanmamadır. “Bu gerçek olamaz!”, “Bir hata olmalı!”, “Sonuçların karıştığına eminim”, “Bu benim başıma gelmiş olamaz!” şeklindeki inanmama, kişiye zaman kazandıran bir koruyucu olabilir. Bu dönemde gerçeğin kabul edilmemesi, katlanılması çok güç olan bu gerçeğin oluşturduğu kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Kişiye göre bu süreç, birkaç saatten birkaç haftaya kadar uzayabilir. Hasta gerçeği reddederek, olmamış gibi düşünerek, kendini dayanılmaz kaygıdan korur. Bu nedenle çoğu hastanın önceden psikolojik açıdan hazırlanması, çevre duygusal ve sosyal destek öğelerinin sağlanarak kişiye tanısının yavaş yavaş söylenmesi daha doğru olabilir.

İkinci aşamada hastada tepki fazladır. Kişi kanser gerçeği ile doğrudan yüzleşmeye başlar ve ona emosyonel tepki göstermektedir. Bu dönemde temel tepki kaygıdır. Yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri, bedene yabancılaşma duyguları bu kaygının temel öğeleridir. Bu dönemde sıklıkla huzursuzluk ve korku baş gösterir. “Ne yapabilirim?”, “Çıkış yolu bulamıyorum!” hisleri yoğundur. Uyku düzensizlikleri ortaya çıkabilir, işe ve günlük aktivitelere yoğunlaşmak neredeyse imkânsızdır. Ağrılar içinde ölmek, vücut şeklini değiştirecek bir ameliyatın gerekmesi, başkalarına bağımlı olmak, aile ve arkadaşlarının

desteğini kaybetmek gibi korkular hâkimdir. Bu dönem genellikle bir ya da iki hafta sürer ve tedavinin başlamasıyla ve hastanın umudunu kazanmasıyla sonlanır.

Üçüncü aşama, hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği, genellikle tedavinin başlamasıyla gelen bir şeyler yapabiliyor olmanın sağladığı rahatlama ve uyum dönemidir. Hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrendiği dönemdir. Bu aşama ile birlikte kişi yaşamını, geçmişini, geleceğini, var oluşunu yeniden yorumlamaya başlar. İnsanlar tedavinin başlamasıyla çok daha iyimser olurlar ve aktif olarak kanserle savaşmaya başlarlar(1,6).

Tedavi aşamasında:

Tedavi evresi ile birlikte bir yığın ileri tetkik ve tedavi yöntemleri gündeme gelir. Hasta bu dönemde tedavi yöntemleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi) ve bunların yaratabileceği yan etkiler konusunda kaygı duyar.

Cerrahi girişimler hastalarda özürülük duygusu yaratır. Hasta kaybolan bir meme, uterus ya da bir bacağıın yasını tutar. Ancak hastalıklarının yaşamı tehdit edici boyutu ön planda olduğu için vücut görünümüne ait endişeler ikinci planda kalır. Sağlıklı çalışma koşullarındaki aktivitelerini, işlerini, sosyal çevrelerini, cinselliklerini ve hareket edebilirliklerini kaybedebilirler. Bu durum postoperatif dönemde depresyona yol açabilir. Kanser tanısı almak gelecekle ilgili belirsizlikleri getirir, kemoterapi ise yan etkileri nedeniyle yeni korkular ekler. Kemoterapiye bağlı bulantı, kusma, saç kaybı, kilo kaybı, iştahsızlık gibi fiziksel yan etkiler, kemik iliği supresyonu ve enfeksiyon riskinden dolayı olan zorunlu izolasyon durumları, psikolojik durumunu daha da kötüleştirir(1,5).

Tedavi sonrası aşamada:

Tedavi sonrasındaki dönemde hastalarda, hastalığın yineme korkusu ve uyum problemleri ön plandadır. Birçok hasta özellikle yakın takip altında değillerse ya da tümör tedavi ile tam olarak yok edilemediyse, hastalığın tekrarlayacağından korkar. Bu korkuyla hasta vücudundaki her semptomu hastalığına yorarak bedenini dinlemeye başlar. Remisyonadaki hastalar her kontrol ve tetkik döneminde hastalığına ait bir bulgu saptanacağı korkusuyla yoğun beklentisel kaygı yaşarlar(5).

Hastalığın yineme aşamasında:

Hastalıkta yeni bir nüksün saptandığı durumda, hastada kanser tanısı aldığı dönemdeki kadar ya da daha fazla şok, duruma inanmama gibi reaksiyonlar, büyük hayal

kırıklılığı ve en sıklıkla uykusuzluk, anoreksi, huzursuzluk ve umutsuzlukla birlikte şiddetli depresyon gözlenir. İlerleyen hastalık döneminde hastalar ısrarla hastalıktan kurtulmanın yollarını ararlar. Bilgi edinmek ve yeni tedavi yolları için yeni doktorlar ve alternatif tedaviler gündeme gelir.

Terminal dönemde:

Hasta geri dönüşümsüz bir hastalığının olduğunu bilir. Hasta terk edilmekten, itibarını yitirmekten ve ağrı çekmekten korkar. Daha bitirilmemiş işler, geride bırakılan çocuklar vardır. Bu dönemde depresyon ve deliryum, anormal yanıt olarak karşımıza çıkabilir(5).

2) HASTANIN UYUMUNDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

Kanserli hastanın hastalığa psikolojik uyumunda rol alan bir dizi tıbbi, psişik ve psikososyal faktörler vardır. Bunlar, 1) Hastalık, hastalığın tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, seyri ve hastanın tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri, 2) Hastanın hangi yaş grubunda bu hastalığa yakalandığı, yaşına uygun amaç ve projeler için oluşan tehdit düzeyi (iş, aile), 3) Hastanın çevresindeki destek öğeleri (aile, arkadaş vb), 4) Hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumlar, 5) Hastanın genel fiziksel ve sosyal potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleridir.

Hastanın duygusal, davranışsal tepkileri, beklenen ya da normal kabul edilen sınırları aşınca psikiyatrik ve psikososyal sorunlar baş gösterir (1).

3) KANSER HASTALARINDA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Kanserde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların belirlenmesine yönelik prevalans çalışmasında; hastaların %53'ünde DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) III kriterlerine göre hiçbir kategoride yer almayan "hastalığa normal tepki davranışı" görülürken, %47'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bu çalışmada psikiyatrik bozukluk saptanan hastaların %10'unda öyküde psikiyatrik bozuklukları olduğu ve kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluk insidans ve prevalansının diğer fiziksel hastalıklar ve normal populasyona göre yüksek olduğu bildirilmiştir (7). Bu çalışma ve diğer prevalans çalışmalarında, kanserli hastalarda ruhsal bozuklukların sıklığı %29-47 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir(8).

Bu psikiyatrik bozukluklar,
-uyum bozuklukları,
-anksiyete bozuklukları,

- depresif sendromlar,
- organik beyin sendromları (delirium,demans, ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri)
- kişilik bozukluklarıdır (1).

Özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, son dönem yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır(8). Yapılan kapsamlı çalışmalarda depresyon (%25-55) ve organik beyin sendromu (%40-60), kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır(1).

Kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların tanınması, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracaktır(8).

4) KANSERLİ HASTALARDA DEPRESYON:

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu-durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Bireyde duygu-durum değişikliği olarak tanımlanan belirtiler, genel olarak ruhsal bir çöküntüyü ifade eder (9).

Beck, depresyonun duygu-durum değişikliğinden başka bilişsel (kognitif), fizyolojik ve motivasyonel bileşenleri de olduğunu, bu nedenle hangi bileşenin birincil olduğunun bilinemeyeceğini ileri sürmüştür. Beck'e göre depresyon, temelde bilişsel bir bozukluktur, duygulanımın bozukluğu buna ikincildir. Beck'e göre bir depresifteki temel bilişsel bozukluklar rastgele çıkarımlar, seçici soyutlama, kişiselleştirme, aşırı genelleme, aşırı büyütme ve küçültme, iki uçlu düşünmedir (3).

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur:

Sıklığı:

Birçok kanser tip ve evrelerinde depresyon sıklığı araştırılmıştır. Araştırmaların genellikle farklı hastalık tanımlarını, farklı evreleri içerdiği, uygulama yöntemleri aynı olmadığı için, karşılaştırma yapmak güçtür. Aynı aracı kullanan çalışmalarda kesme noktalarındaki farklılık, sıklık oranlarını etkilemekte, aynı tanı grubu ve aynı evredeki hastalarla yapılan çalışmalar dahi değişik sonuçlara ulaşabilmektedir. %4.5- %58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlarda sıklık bildirilmiştir. Önceleri kanserde depresyon görülme riski bedensel olarak aynı derecede etki gösteren diğer tıbbi hastalıklarla benzer denilmişse de, son çalışmalar bu görüşü desteklememektedir (4). 215 kanserli hastanın değerlendirildiği çalışmada %13 major depresyon bildirilmiştir(7). Lokal rekürrensi olan mastektomili

hastalarda %45.5 oranında depresyon bildirilmiştir (10). 546 kanser hastasında %54 uyum bozukluğu, %9 major depresyon saptanmıştır (11).

Risk Faktörleri:

Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve yaşam beklentisi gibi faktörler, bireyde kaygı, umutsuzluk düşüncelerini yaratır. Hastanın hastalığı ile birlikte bu duygusal durumla baş edebilmesi zor bir süreçtir. Özellikle hastanın ölüm korkusu, umutsuzluk, çaresizlik, yaşam ideallerinin tehdit edilmesi gibi duygu ve düşünceler, psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşük olması, duygusal desteğin azlığı, kanserli hastalarda depresyon gelişimi için risk faktörleridir(4).

Depresyon Tanısı:

Bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği ve tedavilerin yan etkilerinin depresyon belirtilerine benzeyebileceği kanserli hastada depresyon tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Kanserli bir hastada depresyon tanısı koyarken iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri gibi bilişsel belirtilere ağırlık verilmelidir.

Aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve sağaltıma uyumsuzluk gibi bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenlerini araştıran çalışmalarda nevrotik özelliklerin fazla oluşu, psikiyatrik hastalık öyküsü, aile desteğinin olmayışı, ağrı, disfori, hastalığın ileri evre oluşundan söz edilmiştir. Kanserde intihar girişimi sık olmamakla birlikte kendisinde ya da ailede intihar öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, bir yakının ölümü, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk risk faktörleri olarak sayılabilir. Ayrıca deliryumda da intihar davranışlarının olabileceği, kontrolünü yitiren hastanın kendine zarar verebileceği akılda tutulmalıdır(2,4).

Hastaya uygulanan medikal tedaviler ve hastalıklar depresyon tanısının ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Birçok metabolik, nörolojik ve endokrin bozukluklar depresyona benzer tabloya neden olmaktadır. Depresif kanser hastaları hipertiroidizm, hiperparatiroidizm ve adrenal yetmezlik yönünden öncelikle değerlendirilmeli, serum elektrolit düzeyleri gözden geçirilmeli, vitamin eksikliği (vitamin B12) ve anemi durumları araştırılmalıdır. Ağrı, beyin ödemi ve spinal tümörlerde sıklıkla kullanılan kortikosteroidler,

farmakojenik depresyon yaparlar. Ayrıca kemoterapötik ajanlar (vinblastin, prokarbazin, L-asparajinaz, amfoterisin B, interferon) depresojenik etki oluşturur. Metildopa, reserpin, barbiturat, östrojen, diazepam gibi diğer birçok ilaç da hastada depresyon gelişimini başlatıcı, artırıcı ya da maskeleyeci etki gösterebilir (1).

Tam Kriterleri:

- 1-Depresif duygu durumu (üzüntü, elem, bunaltı hissi)
- 2-Anhedonia (Eskiden zevk aldığı şeylerden zevk almama)
- 3-Kilo kaybı ya da alımı*
- 4-İnsomnia ya da hiperinsomni*
- 5-Ajitasyon ya da psikomotor retardasyon*
- 6-Halsizlik ya da enerji kaybı*
- 7-Suçluluk ya da değersizlik duyguları
- 8-Konsantrasyon güçlüğü
- 9-Ölüm ya da intihar düşünceleri

**Palyatif bakım hastalarında geçerlilikleri düşük olan semptomlar*

DSM IV kriterlerine göre biri depresif duygudurum ya da anhedonia olmak üzere en az 5 semptomun var olması, depresyon tanısı için gereklidir (5).

Tedavi:

Depresyon tanısı kesinleşen hastalarda antidepresan tedavi başlamadan önce depresyona neden olabilecek organik etiyolojiler (beyin metastazı, kranial radyoterapi, kortikosteroid tedavisi, hiperkalsemi, elektrolit bozuklukları, adrenal tümörler ve paraneoplastik sendromlar dışlanmalıdır. Kalsiyum antagonistleri, santral antihipertansif ilaçlar, beta blokerler, NSAİ ilaçlar, opioidler, kemoterapötik ilaçlar, antibiyotikler (makrolidler, fluorokinolonlar) depresyona neden olabilmektedirler. Bu nedenle bunların kullanımı sorgulanmalıdır. Depresyonun farmakolojik tedavisinde antidepresyon ilaçların yanında mutlaka psikoterapilerin ve davranışsal yaklaşımların faydası olmaktadır.

5) KANSER HASTALARINDA ANKSİYETE

Anksiyete, çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanımlanamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır. Anksiyete, evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir. Anksiyeteli bir kişi, belirsizlik ve yardımsızlık duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe duygusu

yaşar. Kanser hastalarında hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonucu bekleme; hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama anksiyeteye yol açabilir. Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği artırabilir. Anksiyete yaşayan birey hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayabildiği gibi, hastalığına ilişkin bilgileri öğrenmesi de güçleşebilir. Böylece, hastalığın belirtileri daha şiddetli yaşanabilir (12).

Nedenleri:

Kanser hastalarındaki anksiyeteye neden olan etiyolojik faktörler üç başlık altında toplanabilir. Her hastada bu üç durum ve bunlara neden olan sebepler ve sonuçlar araştırılmalıdır.

- 1) Tıbbi duruma veya ilaçlara ikincil gelişen anksiyete (Organik anksiyete bozukluğu)
- 2) Bir başka psikiyatrik hastalığın semptomu olan anksiyete
- 3) Psikolojik tepki olarak anksiyete

Kanser hastalarında, hastalık semptomlarının başlangıcında ve tanı aşamasında anksiyete sık olarak görülen bir durumdur. Tanı ve tetkik sonuçlarının beklenmesi, yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişimi, belirti ve bulguların tekrar ortaya çıkması, tetkiklerinde hastalık nüksü ve hastalığa benzer bulguların görülmesi hastalarda akut anksiyete yaratan kriz durumlarıdır. Tıbbi veya psikiyatrik durumun değerlendirilmesinde, anksiyeteye ilişkin semptomlar, hastalığa ilişkin semptomlar ile karışabilir. Hastalığa ait fizyolojik bulgular ile anksiyetenin psikofizyolojik belirti ve bulguları ayırt edilmelidir (1).

Kanserli hastalardaki anksiyete şiddetini etkileyen faktörler 3 ana grupta toplanabilir. Bunlar,

- 1) *Tıbbi faktörler:* Kanser tipi, evresi, seyri, ağrı, bulantı gibi yan etkileri,
- 2) *Psikolojik faktörler:* Daha önceki uyum ve baş etme yetenekleri, gelişimsel olgunluk düzeyi, yaş ile ilgili ego idealleri, yaşam programı, amaç ve beklentilerini geliştirebilme potansiyeli,
- 3) *Sosyal Faktörler:* Aileden, çevreden, arkadaşlarından, tıbbi ekipten duygusal ve psikolojik destek görebilme potansiyelidir.

Tedavi:

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikofarmakolojik ve davranışçı yöntemler vardır. Hastalığın her aşamasında, destekleyici yaklaşım, tedavi ve yan etkiler konusunda hastanın ayrıntılı bilgilendirilmesi, katastrofik tepkilerin düzeltilmesi, hastaya belli konularda güvence verilmesi ve hastanın yaşam umudunu yok etmeden yönlendirme esastır. Hastanın tedavi döneminde etkin rol olması yararlıdır. Aile ve tedavi ekibinin empatik ve koruyucu yaklaşımları, anksiyetenin azaltılmasında en önemli faktörlerdir.

Psikofarmakolojik tedavide en sıklıkla benzodiazepinler kullanılmaktadır. Yanıt alınamayan akut ve kronik anksiyeteli olgularda düşük dozda antipsikotikler kullanılabilir. Solunum güçlüğü olan hastalarda antihistaminik ilaçlar tercih edilmelidir.

6) KANSER HASTASI YAKINLARINDAKİ PSİKOLOJİK SORUNLAR

Kanser tanısı, aile bireyleri ve yakınları üzerinde belirgin bir gerilim ve kaygıya neden olur. Sevdikleri bireyin geçirdiği ruhsal ve bedensel değişikliklerin, acılar ve çaresizliğin gözlemcileri olan hasta yakınları, rol değişiklikleri, hastanın aile içerisindeki işlevini üstlenme, çalışmayan aile bireyinin eksikliği sonrası gelişen azalan aile geliri ve tedavinin yarattığı mali zorluklar ve bunları karşılamaya yönelik çabalar sonucunda yorgun ve mutsuzdurlar. Özellikle hastaya bakan bireyde, mevcut üzüntünün yanı sıra hastaya bakmanın getirdiği fiziksel zorluklar bedensel hastalıkların da gelişimine neden olabilmektedir.

Son yıllarda gittikçe artan sayıda araştırma, kanserin aile bireyleri üzerindeki stres verici etkisini ortaya koymuştur. Hastalık süresince, aile üyelerinin hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıklarını ve bunların sonucunda bağışıklık sisteminin bozulması ile fiziksel hastalık riskleri taşıdıklarını belirtmektedir (13). Baral ve arkadaşlarının çalışmasında, hasta yakınlarında tanının öğrenildiği ilk ayda orta veya şiddetli depresyon % 62 oranında iken, tanının öğrenilmesinden 6 ay sonra bu oran % 90'a ulaşmaktadır. Bu çalışmada depresyon kadar dikkat çekici diğer sonuçlar da, her dönemde yüksek görülen kaygı ile orta ve ileri dönemde artmış olan somatizasyondur (14).

D) GEREÇ VE YÖNTEMLER

Şubat 2004 ile Ekim 2006 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda yatarak ya da ayaktan tedavi merkezinde kemoterapi alan kanserli erişkin hastalar ve hasta yakınları çalışmaya alındı.

Anketleri cevaplandırmayı kabul eden 330 hasta ve 330 hasta yakını çalışmaya dahil edildi ve her birinden yazılı olur alındı. Anketler hasta ve yakınlarına eş zamanlı olarak, yüz yüze uygulandı.

Hastalara demografik özellikleri, hastalık özellikleri, tanısını bilip bilmediği, tanısını bilmediği durumda öğrenmek isteği, hastalık hakkındaki bilgisi ve bilgi edinme yolları ile ilgili sorular içeren tanımlayıcı bir form uygulandı (Ek 1). Hasta yakınlarına da demografik özellikleri, yakınlık dereceleri ve hastasının tanısını bilip bilmediği, hastaya tanısının söylenmesi konusundaki görüşü, hastalık hakkındaki bilgisi ve bilgi edinme yolları ile ilgili sorular içeren tanımlayıcı bir form uygulandı (Ek 2). Bu formlar ile birlikte hastalar ve yakınlarında, ruhsal durumlarını değerlendirmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (State Trait Anxiety Inventory - STAI), BECK Depresyon Ölçeği ve BECK Umutsuzluk Ölçeği kullanıldı.

BECK Depresyon Ölçeği ile hastalığın etiyojisi değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtiler ölçülür. Ölçeğin amacı depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir.

Ölçek, 21 depresif belirti kategorisini içeriyordu: 1. Duygu durumu, 2. Kötümserlik, 3. Başarısızlık duygusu, 4. Doyumsuzluk, 5. Suçluluk duygusu, 6. Cezalandırılma durumu, 7. Kendinden nefret etme, 8. Kendini suçlama, 9. Kendini cezalandırma arzusu, 10. Ağlama Nöbetleri, 11. Sinirlilik, 12. Sosyal içedönüklük, 13. Kararsızlık, 14. Bedensel imge, 15. Çalışabilirliğin ketlenmesi, 16. Uyku bozuklukları, 17. Yorgunluk-bitkinlik, 18. İştahın azalması, 19. Kilo kaybı, 20. Somatik yakınmalar, 21. Cinsel dürtü kaybı. Bu kategorilerden her biri 4 tane kendini-değerlendirme maddesinden oluşuyordu (Ek 4).

O gün de dahil olmak üzere geçirdiği son hafta içinde bireyin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden, her gruptaki dört maddeden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istendi. Her maddenin yanında yazılı olan sayı (0 ile 3 arasında), o maddeye verilecek olan puanı gösteriyordu. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edildi. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (21 x 3) 63'tü. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösteriyordu (15).

Beck, depresyon ölçek puanlarını şöyle sınıflandırmıştır; 0-13 puan: depresyon yok, 14-24 puan: orta derecede depresyon, 25 ve + puan: ciddi depresyon (16).

Ölçeğin özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Depresyon ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tegin ve Hisli tarafından yapılmıştır(17,18). Hisli geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Türk popülasyonunda depresyon için sınır değerini 17 puan ve üstü olarak tanımlamıştır.

BECK umutsuzluk ölçeği, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmeyi amaçlayan, 20 maddeden oluşan bir ölçektir (Ek 5). Gelecekle ilgili duyguları içeren maddeler 1,6,9,13,15; güdü kaybı ile ilgili maddeler 2,3,9,11,12,16,17,20; gelecek beklentisiyle ilgili maddeler 4,7,14,18 olarak belirlenmiştir. On bir “doğru”, dokuz “yanlış” yanıtı içeren ölçek anahtarlarına göre, her uyumlu yanıt için “1”, uyumsuz yanıt için “0” puan verildi. Elde edilen “aritmetik” toplam “umutsuzluk” puanını oluşturdu. 0-20 değerleri arasında değişebilen puanlar yüksek olduğunda umutsuzluğun yüksek olduğu varsayıldı (15).

Ölçek Beck, Lester ve Trexler tarafından geliştirilmiştir (19). Ülkemiz insanları için geçerlilik ve güvenilirlik testleri Seber tarafından yapılmıştır (20).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory - STAI), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği durumluk kaygı ile bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını, içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak değerlendiren sürekli kaygıyı değerlendirir (21). Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (22).

Ölçek, kısa ifadeler içeren kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her biri 20'şer adet ifade içeren, sürekli ve durumluk kaygıyı ayrı ayrı ölçen iki alt birimden oluşmaktadır. 1) Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. 2) Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Bu çalışmada ölçeğin sürekli kaygıyı ölçen alt grubu kullanıldı (Ek 3).

Katılımcılar, ölçekte yer alan her bir ifade için “hiç”, “biraz”, “çok” ya da “tamamıyla” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlediler. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27,30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardı.

Ölçekte yer alan bu tersine çevrilmiş maddeler için negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar, diğer maddeler içinse pozitif (toplam kaygı puanını arttıran) puanlar verildi. Değerlendirilme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilip elde edilen toplam puana 50 eklendi. Olası

en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20 idi. Toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse, ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazla kabul edildi (23).

İstatistiksel yöntemler: Verilerin analizinde SPSS version 11.0 programı kullanıldı. Kalitatif gruplar arasındaki fark ki-kare testi ile değerlendirildi. Hasta ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve anksiyete puanların karşılaştırılmasında ANOVA ve t-testi kullanıldı. İstatistiklerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi.

E) BULGULAR

Çalışmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri tablo 1’de verildi. Her iki grup demografik özellikleri açısından değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet dağılımı, aylık gelir, medeni durum ve alkol kullanımını gibi özelliklerde fark gözlenmedi. Ancak sigara kullanımının hasta yakınlarında anlamlı olarak fazla olduğu belirlendi. Hasta yakınlarının eğitim durumunun hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

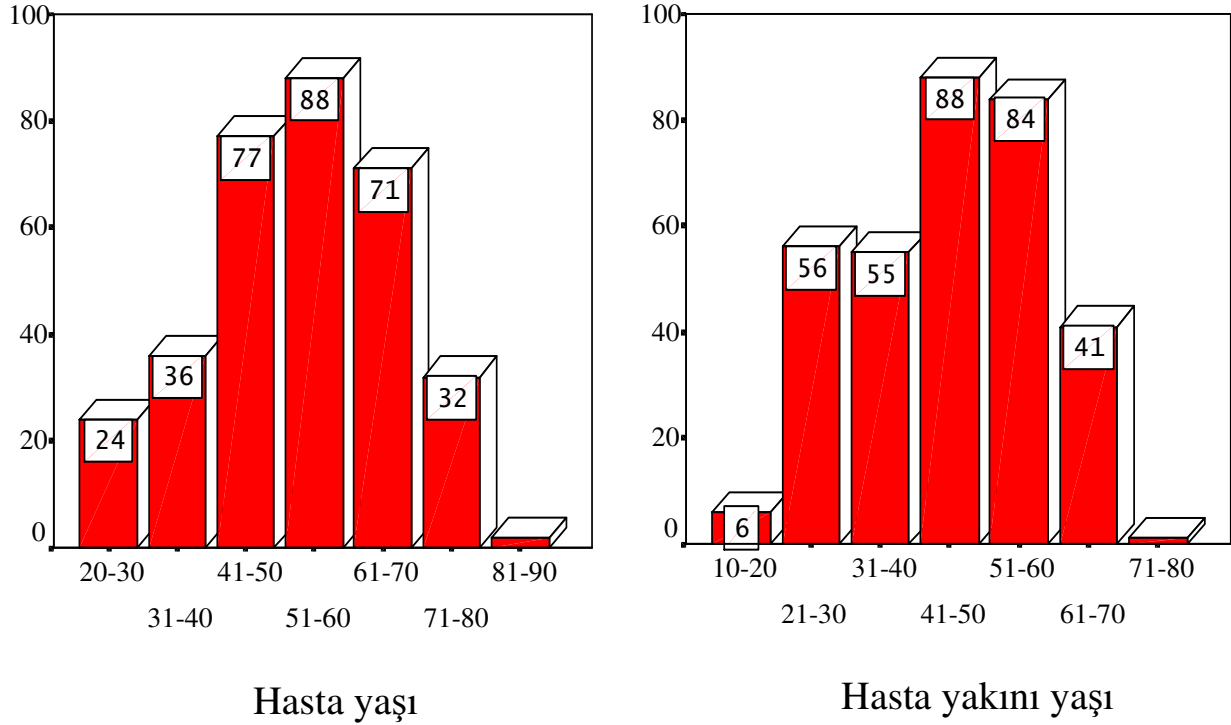
Tablo 1: Hasta ve hasta yakınlarının demografik özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	Hasta (n=330)	Hasta Yakını (n=330)	P*
Yaş (ortalama±SS) (min-maks)	53,04±13,8 (20-83)	45,29±13,2 (17-72)	AD
Cinsiyet			
Erkek	153 (%46,4)	142 (%43)	AD
Kadın	177 (%53,6)	188 (%57)	
Medeni Durum			
Evli	280 (%84,8)	263 (%79,7)	AD
Bekar(Dul, boşanmış, evlenmemiş)	50 (%15,2)	67 (%20,3)	
Eğitim Durumu			
Okuryazar	13 (%3,9)	10 (%3)	0,03
İlköğretim	143 (%43,3)	110 (%33,3)	
Lise	98 (%29,7)	104 (%31,5)	
Üniversite	76 (%23)	106 (%32,1)	
Aylık Gelir			
0-250 YTL	71 (%21,5)	92 (%27,9)	AD
250-500 YTL	67 (%20,3)	57 (%17,3)	
500-1000 YTL	153 (%46,4)	132 (%40)	
1000-2000 YTL	25 (%7,6)	37 (%11,2)	
2000-üstü	14 (%4,2)	12 (%3,6)	
Sigara kullanımı	90 (%27,3)	126 (%38,2)	0,003
Alkol Kullanımı	38 (%11,5)	52 (%15,8)	AD

AD: Anlamlı değil

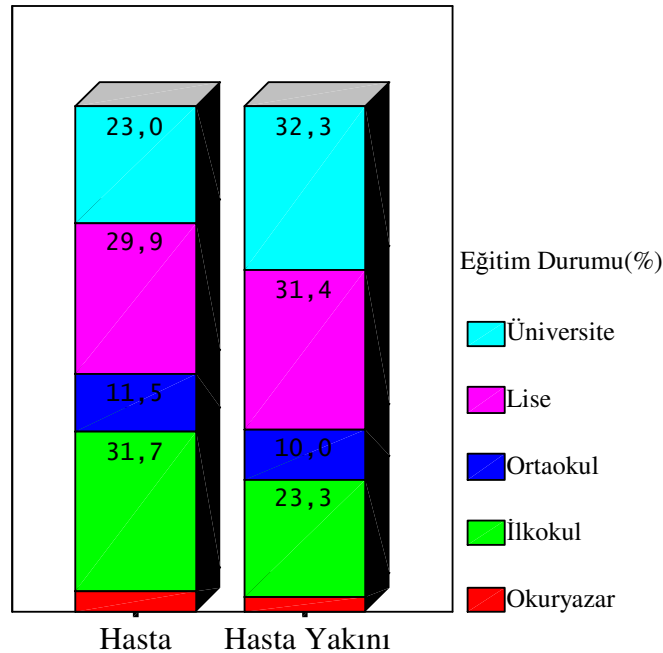
Hastaların yaş dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğunun 5. ve 6 dekatatta yer aldığı görüldü. Hasta yakınları ise daha erken dekatlarda (4 ve 5. dekatatta) yer alıyordu (Şekil 1).

Şekil 1: Hasta ve hasta yakınlarında yaş dağılımı



Hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptandı. Hasta yakınlarının eğitim düzeyleri hastalardan daha yüksekti (Şekil 2).

Şekil 2: Hasta ve hasta yakınlarının eğitim durumları

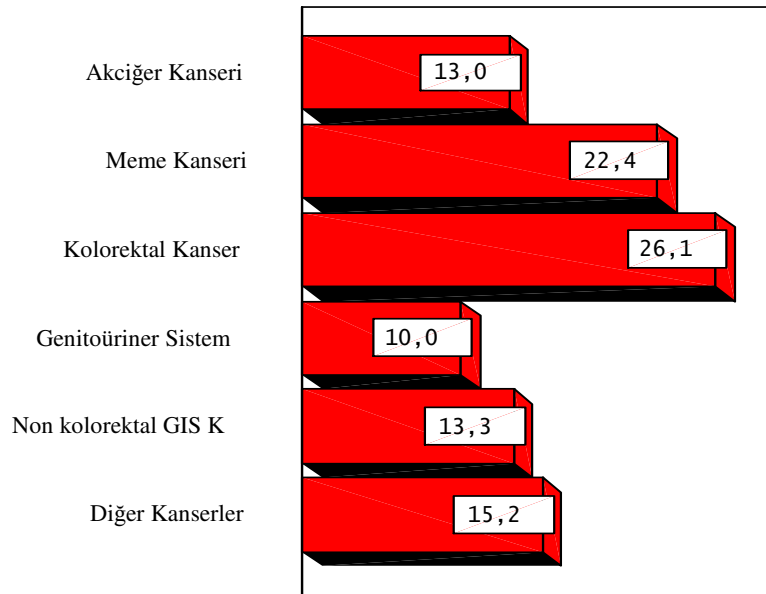


Hasta grubu değerlendirildiğinde, hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımları (128/%38,8) oluşturuyordu. Hasta grubunda çalışan (120 / %36,4) ve emekli (82 / %24,8) olanların oranı daha düşüktü. Hastaların sosyal güvence profilini, emekli sandığı (221 / %67), bağkur (38 / %11,5), SSK (51 / %15,5) ve diğer sosyal güvence kurumları (20 / %6) oluşturmaktaydı (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların meslek ve sosyal güvence durumu

	Hasta N=330
Meslek durumu	
Ev hanımı	128 (%38,8)
Çalışan	120 (%36,4)
Emekli	82 (%24,8)
Sosyal Güvence	
Emekli sandığı	221 (%67)
SSK	51 (%15,5)
Bağ-kur	38 (%11,5)
Diğer(Özel sigorta,yeşil kart, ücretli)	20 (%6)

Şekil 3: Hastaların tanılarına göre dağılımı(%)



Hastalar tanılarına göre sınıflandırıldığında ilk sırada kolorektal kanser (86 / %26,1) yer alırken bunu meme kanseri (74 / %22,4), kolorektal olmayan gastrointestinal sistem kanserleri (mide, pankreas, hepatoselüler kanser, safra yolu kanserleri vb) (44/ %13,3), akciğer kanseri (43 / %13), genitoüriner sistem kanserleri (33 / %10) ve diğer kanserler

(yumuşak doku kanserleri, germ hücreli tümörler, lenfoma, melanoma, vb) (50 / %15,2) izlemekteydi (Şekil 3).

Hastaların çoğunluğunu ayaktan tedavi alan hastalar (215 / %65,2), daha az oranda ise yatan hastalar (115 / %34,8) oluşturuyordu. Hastalık evresine göre dağılımlarına göre, lokal hastalık %11,5'ini (38 hasta), lokal ileri hastalık %39,7'sini (131 hasta), ileri evre hastalık ise %48,8'sini (161 hasta) oluşturuyordu. Hastalar tedavi olarak ya kemoterapi (217 / %65,8) ya da kemoterapi ve radyoterapi (113 / %34,2) almışlardı. Hastalık nüksü sorgulandığında ise hastaların %77,6'sında (256 hasta) nüks yoktu. 74 hastada lokal ya da metastatik olmak üzere nüks hastalık olduğu belirlendi (Tablo3).

Tablo 3: Hastaların hastalık ve tedavi ilgili özellikleri

	Hasta sayısı (%) N=330
Hastalık Evresi	
Lokal Hastalık	38 (%11,5)
Lokal İleri Hastalık	131 (%39,7)
İleri Evre Hastalık	161 (%48,8)
Hastalık Nüksü	
Var	74 (%22,4)
Yok	256 (%77,6)
Tedavi	
Kemoterapi	217 (%65,8)
Kemoterapi ve radyoterapi	113 (%34,2)
Tedavi Yeri	
Kemoterapi Ünitesi	215 (%65,2)
Onkoloji Servis	115 (%34,8)

Hastaların hastanede yatış süreleri ortalama $16,54 \pm 20,3$ (1-180) gündü. Hasta yakınlarının hasta ile birlikte geçirdikleri dönem ise ortalama $20,9 \pm 14,56$ (0,1-52) yıld.

Hastalara hastalığını bilip bilmediği sorulduğunda, hastaların 28'inin (%8,5) tanısını bilmediği saptandı. Tanısını bilen 302 hastaya "Tanınınızı bilmeseydiniz size açıklanmasını istermiydiniz?" sorusu yöneltildiğinde 14 hasta (%4,5) tanısını bilmek istemediğini belirtti. Aynı şekilde hasta yakınlarına hastalarının tanısını bilip bilmedikleri sorulduğunda ise 5 hasta yakını (%1,5) hastasının tanısını bilmediğini ifade etti. 330 hasta yakınına "Hastanın tanısını bilmesini ister miydiniz?" sorusu soruldu. 330 hasta yakınının 78'i (%23,6) çeşitli gerekçelerle ("moralinin bozulmasını istemem", "üzülmesin", "umutsuzluğa kapılmasını") hastalarının tanısını bilmesini istemediklerini belirtti.

Tanısını bilen 302 hastanın hastalıkları konusunda bilgileri soruldu. 243 hasta (%80) hastalık hakkında bilgisi olduğunu, 59'u (%20) hastalığı hakkında bilgisinin olmadığı belirtti.

Hastasının tanısını bilen 325 hasta yakınının hastalık hakkındaki bilgileri sorulduğunda ise 286 hasta yakınının (%88) hastalık hakkında bilgisi olduğu 39 hasta yakınının (%12) ise bilgisinin olmadığı belirlendi.

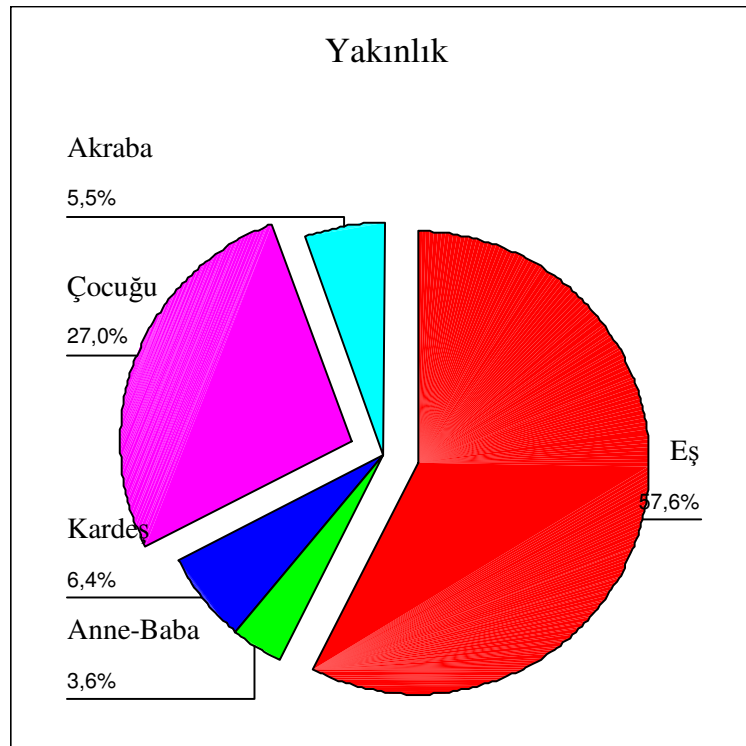
Hastalık konusunda bilgisi olan hastaların ve hasta yakınlarının bilgiyi edinme yolları sorgulandı. Hasta ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğu bilgiyi doktorlardan aldıklarının belirttiler. Her iki grupta az sayıda doktor dışı bilgi edinme yolları (çevre ve yakınları, basın ve TV, internet) kullanıldığı belirlendi(Tablo 4).

Tablo 4: Hasta ve hasta yakınlarının bilgi edinme yolları

Bilgi Kaynağı	Hasta	Hasta Yakını
Doktor	201 (%82)	225 (%78,6)
Çevre ve yakınları	17 (%6,8)	25 (%8,7)
Basın ve TV	21 (%8,6)	23 (%6,0)
İnternet	4 (%1,6)	13 (%4,5)
	243 (%100)	286 (%100)

Hasta yakınlarının yakınlık derecesi sorgulandığında, hasta ile hastalığını paylaşan bireylerin büyük kısmını hasta eşleri oluşturmaktaydı. Daha az sıklıkla hastalara çocuk, anne, baba, kardeş ve akrabaları eşlik ediyordu (Şekil 4).

Şekil 4: Hasta yakınların dağılımı



Hasta ve hasta yakınları Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, STAI skorları açısından birbirleriyle karşılaştırıldı (Tablo 5).

Hastaların Beck Depresyon skorları ortalama $14,76 \pm 9,8$ iken hasta yakınlarının Beck Depresyon skorları ortalaması ise $10,33 \pm 7,6$ saptandı. Hasta grubunda depresyon skoru maksimum 57'ye ulaşırken hasta yakınlarında ise en fazla 40 idi. Her iki grup karşılaştırıldığında hastaların Beck Depresyon skorlarının hasta yakınlarının skorlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,0001$) (Şekil 5).

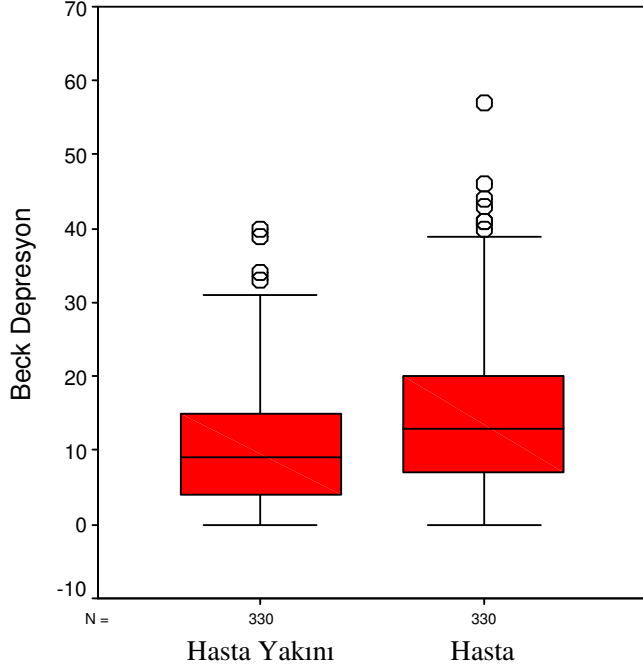
Hastaların Beck Umutsuzluk skorları ortalama $5,92 \pm 4,8$ bulundu. Hastalardaki en yüksek skor 19'du. Hasta yakınlarında ise Beck Umutsuzluk skoru $5,11 \pm 4,2$ idi. En yüksek skor ise 19'du. Her iki grup karşılaştırıldığında, hastalarda Beck Umutsuzluk skoru anlamlı olarak yüksekti ($p=0,023$) (Şekil 6).

STAI anksiyete skorları hastalarda ortalama $44,93 \pm 8,8$ iken hasta yakınlarında $43,27 \pm 8,5$ saptandı. Hastalarda en yüksek STAI skoru 80 iken hasta yakınlarında en yüksek skor 65'ti. Her iki grup değerlendirildiğinde, hastaların STAI anksiyete skorları hasta yakınlarından anlamlı olarak yüksekti ($p=0,015$) (Şekil 7).

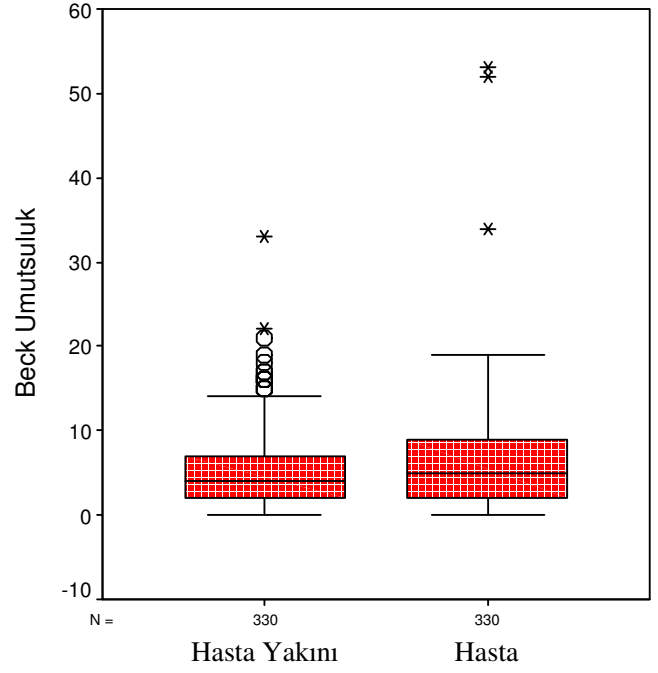
Tablo 5: Hasta ve hasta yakınlarının Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minumum	Maximum	P*
Beck Depresyon						
Hasta	330	14,76	9,846	0	57	<0,0001
Hasta Yakını	330	10,33	7,689	0	40	
Beck Umutsuzluk						
Hasta	330	5,92	4,874	0	19	0,023
Hasta Yakını	330	5,11	4,229	0	19	
STAI						
Hasta	330	44,93	8,896	20	80	0,015
Hasta Yakını	330	43,27	8,532	23	65	

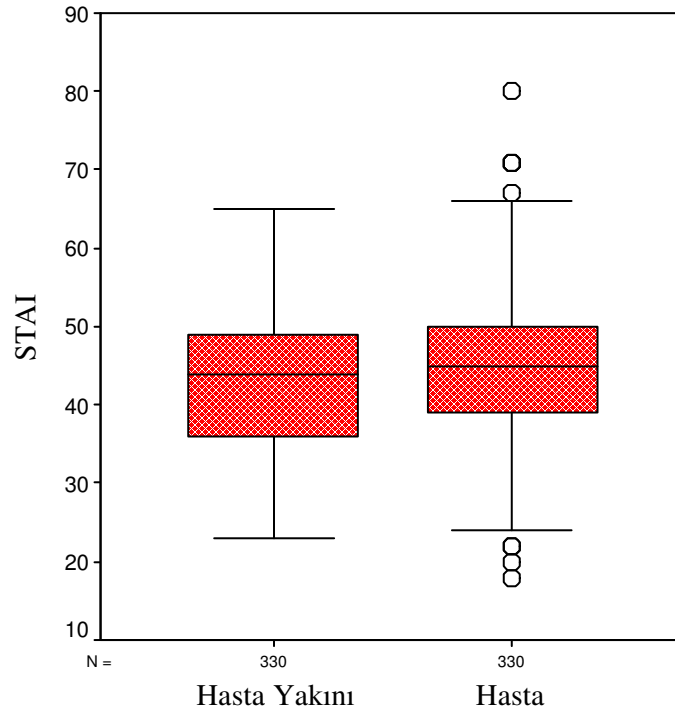
Şekil 5: Hasta ve hasta yakınlarının Beck depresyon skorlarının karşılaştırılması



Şekil 6: Hasta ve hasta yakınlarının Beck umutsüzlük skorlarının karşılaştırılması



Şekil 7: Hasta ve hasta yakınlarının STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması



Hasta ve hasta yakınlarının Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI skorları cinsiyete göre değerlendirildi. Hastalarda erkek ve kadın cinsiyet arasında Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI skorları açısından anlamlı fark bulunmadı. Hasta yakınlarında ise kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI skorları anlamlı olarak yüksekti (Tablo 6).

Tablo 6: Hasta ve hasta yakınlarında cinsiyete göre Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	p*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
Kadın	177	14,1 ± 9,2	0,25	188	11,5 ± 8,2	0,001
Erkek	153	15,4 ± 10,4		142	8,6 ± 6,5	
Beck Umutsuzluk						
Kadın	177	5,5 ± 4,8	0,15	188	5,7 ± 4,3	0,002
Erkek	153	6,3 ± 4,8		142	4,2 ± 3,8	
STAI						
Kadın	177	45,6 ± 9,5	0,12	188	44,7 ± 8,5	<0,0001
Erkek	153	44,1 ± 7,9		142	41,3 ± 8,1	

Hasta ve hasta yakınlarının medeni durumlarının Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorları üzerine etkisi değerlendirildiğinde her iki grupta da evli ya da bekâr olmanın skorlarda anlamlı bir değişiklik yapmadığı belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7: Hasta ve hasta yakınlarında medeni duruma göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	p*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
Bekar	50	15,1 ± 10,3	0,79	67	9,9 ± 7,9	0,67
Evli	280	14,7 ± 9,7		263	10,4 ± 7,6	
Beck Umutsuzluk						
Bekar	50	5,6 ± 4,9	0,67	67	4,5 ± 4,4	0,21
Evli	280	5,9 ± 4,8		263	5,6 ± 4,1	
STAI						
Bekar	50	44,9 ± 11,1	0,99	67	42,66 ± 9,2	0,50
Evli	280	44,9 ± 8,4		263	43,30 ± 8,3	

Hastalarda eğitim durumunun özellikle STAI anksiyete skorunda etkili olduğu saptandı. Hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe anksiyete skorlarında anlamlı derecede düşme olduğu saptandı (Şekil 8). Beck umutsuzluk ve Beck depresyon skorlarında ise eğitim düzeyleri yükseldikçe skorlarda düşme saptandı. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Hasta yakınlarında da eğitim durumunun özellikle Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorları üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlendi. Her iki skorda da hasta yakınlarının eğitim düzeyleri arttıkça Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarında düşme gözlemlendi. Bu düşme istatistiksel olarak anlamlıydı. Aynı ilişki Beck depresyon skorları ile eğitim düzeyi arasında da gözlemlendi. Ancak istatistiksel anlamlılık yoktu (Tablo 8).

Tablo 8: Hasta ve hasta yakınlarında eğitim duruma göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	p*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
Okuryazar	13	18,6 ± 9,3	0,09	10	11,5 ± 8,2	0,07
İlkokul	105	16,3 ± 9,6		77	12,0 ± 8,4	
Ortaokul	38	15,1 ± 10,4		33	10,2 ± 7,7	
Lise	98	13,7 ± 10,4		104	10,5 ± 7,6	
Üniversite	76	13,0 ± 8,7		106	8,7 ± 5,8	
Beck Umutsuzluk						
Okuryazar	13	7,3 ± 3,9	0,052	10	9,1 ± 6,8	<0,0001
İlkokul	105	6,3 ± 4,7		77	6,7 ± 4,1	
Ortaokul	38	7,1 ± 5,7		33	5,4 ± 4,4	
Lise	98	5,8 ± 4,8		104	4,6 ± 3,9	
Üniversite	76	4,6 ± 4,6		106	3,8 ± 3,6	
STAI						
Okuryazar	13	54,1 ± 6,4	0,0001	10	44,5 ± 10,2	0,02
İlkokul	105	46,8 ± 8,6		77	45,3 ± 8,3	
Ortaokul	38	44,3 ± 8,1		33	44,2 ± 8,5	
Lise	98	43,1 ± 8,7		104	43,5 ± 8,5	
Üniversite	76	43,2 ± 8,7		106	41,1 ± 8,1	

ANOVA

Hastaların aylık gelir durumuna göre yapılan değerlendirmede sadece STAI anksiyete skorunun anlamlı olarak gelir düzeyi düşük kişilerde daha yüksek, gelir düzeyi yüksek kişilerde ise daha düşük olduğu belirlendi (p=0,01) (Şekil 9). Beck depresyon ve Beck umutsuzluk skorlarında ise aylık gelir düzeyi ile bir ilişki gözlenmedi. Hasta yakınlarında gelir düzeyi ile Beck depresyon ve STAI skorunda anlamlı ilişki saptanmazken, Beck umutsuzluk skorunda anlamlı değişiklik gözlemlendi. Gelir düzeyi arttıkça umutsuzluk azalıyordu (Tablo 9).

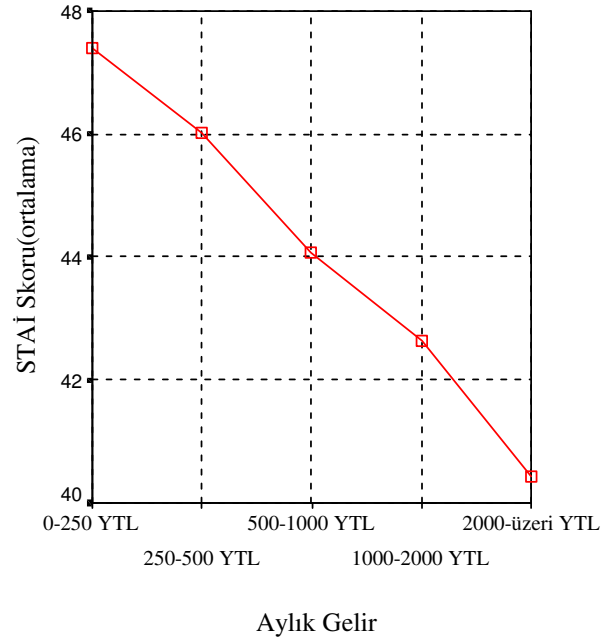
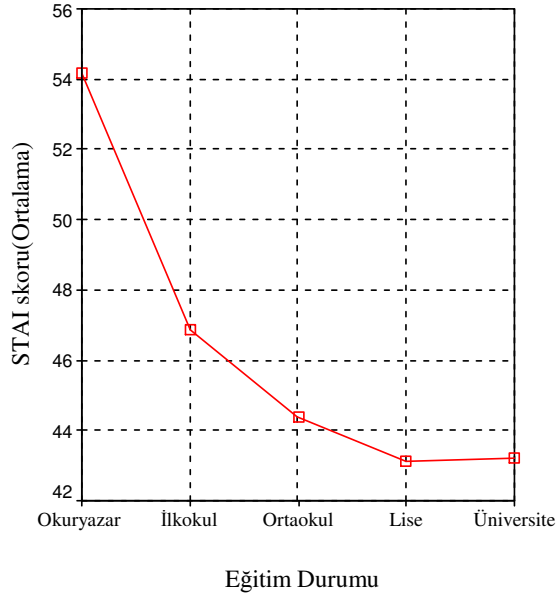
Tablo 9: Hasta ve hasta yakınlarında aylık gelir duruma göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	p*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
0-250 YTL	71	16,6 ± 9,9	0,13	92	11,6 ± 7,8	0,26
250-500 YTL	67	15,7 ± 11,7		57	10,2 ± 8,4	
500-1000 YTL	153	13,6 ± 8,9		132	10,0 ± 7,5	
1000-2000 YTL	25	15,4 ± 9,9		37	9,0 ± 6,9	
2000-üstü YTL	14	11,1 ± 7,4		12	7,9 ± 6,2	
Beck Umutsuzluk						
0-250 YTL	71	6,2 ± 5,0	0,06	92	6,1 ± 4,8	0,003
250-500 YTL	67	7,1 ± 5,3		57	5,7 ± 4,0	
500-1000 YTL	153	5,5 ± 4,5		132	4,6 ± 3,9	
1000-2000 YTL	25	4,2 ± 4,4		37	3,6 ± 3,5	
2000-üstü YTL	14	5,7 ± 5,4		12	3,6 ± 2,1	
STAI						
0-250 YTL	71	47,4 ± 10,6	0,009	92	44,9 ± 9,5	0,11
250-500 YTL	67	46,0 ± 9,3		57	43,6 ± 7,4	
500-1000 YTL	153	44,0 ± 7,5		132	42,6 ± 7,4	
1000-2000 YTL	25	42,6 ± 9,3		37	41,8 ± 8,1	
2000-üstü YTL	14	40,4 ± 6,2		12	39,9 ± 8,6	

ANOVA

Şekil 8: Hastaların eğitim düzeyi ve STAI anksiyete skoru ilişkisi

Şekil 9: Hastaların gelir düzeyi ve STAI anksiyete skoru ilişkisi



Tablo 10: Hasta ve hasta yakınlarında sigara ve alkol kullanımına göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	p*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
Sigara var	90	16,3 ± 11,5	0,06	126	10,0 ± 7,28	0,36
Sigara yok	240	14,1 ± 9,0		204	10,8 ± 8,30	
Alkol var	38	13,6 ± 7,5	0,44	52	8,8 ± 6,4	0,13
Alkol yok	292	14,9 ± 10,1		278	10,6 ± 7,8	
Beck Umutsuzluk						
Sigara var	90	6,5 ± 4,7	0,16	126	5,2 ± 4,2	0,89
Sigara yok	240	5,7 ± 4,9		204	5,0 ± 4,2	
Alkol var	38	5,4 ± 4,3	0,52	52	4,5 ± 3,8	0,30
Alkol yok	292	5,9 ± 4,9		278	5,2 ± 4,2	
STAI						
Sigara var	90	45,6 ± 8,4	0,38	126	43,5 ± 8,3	0,65
Sigara yok	240	44,6 ± 9,0		204	43,1 ± 8,6	
Alkol var	38	45,3 ± 7,8	0,77	52	42,1 ± 7,4	0,31
Alkol yok	292	44,8 ± 9,0		278	43,4 ± 8,7	

Hasta ve hasta yakınlarında sigara ve alkol kullanımının Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorları üzerinde anlamlı etkisi olmadığı belirlendi (Tablo 10)

Hastaların tanısını bilme durumunun Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarında anlamlı değişiklik yapmadığı saptandı (Tablo 11). Tanısını bilen hasta grubunda, hastalık hakkında bilgi sahibi olanların Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının bilgi sahibi olmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 12).

Hasta yakınlarında ise hastasının tanısını bilmeyen hasta yakını çok az olduğu için değerlendirme yapılmadı. Ancak hastasının tanısını bilen hasta yakınlarında, hastalık hakkında bilgilerinin olma durumunun Beck depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI anksiyete skorları üzerine etkisinin olmadığı gözlemlendi (Tablo 13).

Tablo 11: Hastalarda tanılarını bilme durumuna göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama ± SS	P*
Beck Depresyon			
Hasta tanısını bilmiyor	28	16,0 ± 10,6	0,47
Hasta tanısını biliyor	302	14,6 ± 9,7	
Beck Umutsuzluk			
Hasta tanısını bilmiyor	28	6,0 ± 4,8	0,93
Hasta tanısını biliyor	302	5,9 ± 4,8	
STAI			
Hasta tanısını bilmiyor	28	45,6 ± 8,0	0,65
Hasta tanısını biliyor	302	44,8 ± 8,9	

Tablo 12: Tanısını bilen hastalarda hastalık konusunda bilgi durumuna göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama ± SS	P*
Beck Depresyon			
Hastalık hakkında bilgisi yok	61	17,6 ± 11,1	0,007
Hastalık hakkında bilgi var	241	13,8 ± 9,2	
Beck Umutsuzluk			
Hastalık hakkında bilgisi yok	61	7,3 ± 5,0	0,008
Hastalık hakkında bilgi var	241	5,5 ± 4,7	
STAI			
Hastalık hakkında bilgisi yok	61	47,9 ± 9,8	0,002
Hastalık hakkında bilgi var	241	44,0 ± 8,5	

Tablo 13: Hastalarının tanısını bilen hasta yakınlarında hastalık konusunda bilgi durumuna göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama±SS	P*
Beck Depresyon Hastalık hakkında bilgisi yok Hastalık hakkında bilgi var	39 286	9,3 ± 6,5 10,3 ± 7,7	0,46
Beck Umutsuzluk Hastalık hakkında bilgisi yok Hastalık hakkında bilgi var	39 286	5,3 ± 4,5 5,0 ± 4,1	0,74
STAI Hastalık hakkında bilgisi yok Hastalık hakkında bilgi var	39 286	43,5 ± 9,3 43,1 ± 8,4	0,77

Yatan hastalar ile kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi alan hastalar arasında Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorları arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 14).

Tablo 14: Hastalarda tedavi yerine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama ± SS	P*
Beck Depresyon Kemoterapi Ünitesi Onkoloji Servis	215 115	14,4 ± 10,0 15,3 ± 9,3	0,40
Beck Umutsuzluk Kemoterapi Ünitesi Onkoloji Servis	215 115	6,3 ± 6,8 6,2 ± 5,0	0,85
STAI Kemoterapi Ünitesi Onkoloji Servis	215 115	45,0 ± 9,1 44,7 ± 8,4	0,74

Hasta ve hasta yakınlarında hastalık evresine göre yapılan değerlendirmede, hastalığın evresi ile Beck depresyon skorları arasında anlamlı bir artış olduğu görüldü. Lokal hastalıkta Beck depresyon skoru düşük iken ileri evrede anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Beck umutsuzluk skorunda da hasta ve hasta yakınında hastalık evresi yükseldikçe artış saptandı. Bu artış hasta grubunda anlamlı idi. STAI anksiyete skorlarında her iki grupta hastalığın

evresi ile paralel artış saptansa da bu durum istatistiksel olarak yalnızca hasta yakını grubundaydı. (Tablo 15).

Tablo 15: Hasta ve hasta yakınlarında hastalık evresine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	P*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
Lokal Hastalık	38	10,1 ± 6,7		38	7,1 ± 5,7	
Lokal İleri Hastalık	131	12,9 ± 8,3		131	9,4 ± 7,8	
İleri Evre Hastalık	161	17,3 ± 10,8	<0,0001	161	11,7 ± 7,6	0,001
Beck Umutsuzluk						
Lokal Hastalık	38	4,9 ± 4,0		38	3,8 ± 4,0	
Lokal İleri Hastalık	131	5,1 ± 4,6		131	5,2 ± 5,1	
İleri Evre Hastalık	161	6,8 ± 4,8	0,006	161	5,7 ± 4,3	0,064
STAI						
Lokal Hastalık	38	43,6 ± 9,7		38	41,6 ± 9,1	
Lokal İleri Hastalık	131	44,4 ± 8,5	0,32	131	42,1 ± 8,1	
İleri Evre Hastalık	161	45,6 ± 8,9		161	44,5 ± 8,4	0,024

Hastalığın nüks durumunun hastalarda Beck depresyon ve Beck Umutsuzluk skorlarını anlamlı derecede arttırdığı belirlendi. STAI skorlarında anlamlı değişiklik yapıldığı belirlendi. Hasta yakınlarında ise hastalık nüksü ile Beck depresyon ve Beck Umutsuzluk ve STAI anksiyete skorları arasında anlamlı değişiklik saptanmadı (Tablo 16).

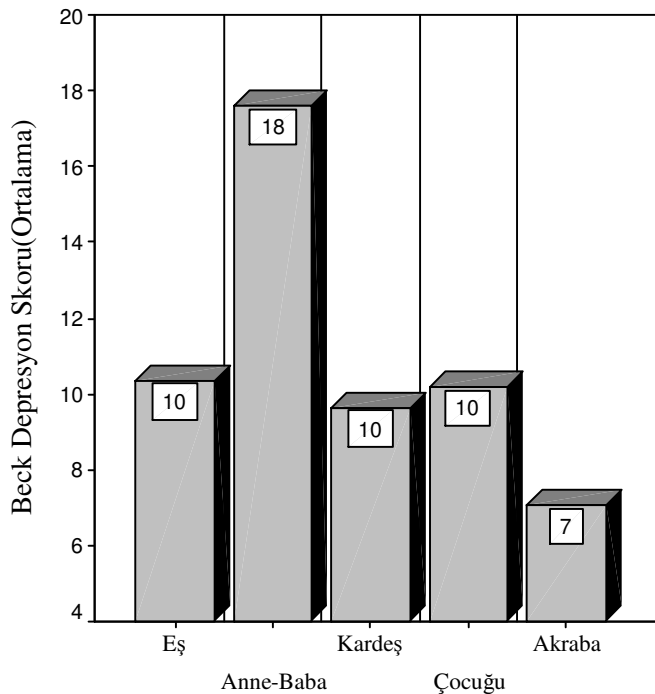
Tablo 16: Hasta ve hasta yakınlarında nüksün varlığına göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ± SS	P*	N	Ortalama ± SS	p*
Beck Depresyon						
Nüks yok	256	14,1 ± 9,6		256	10,1 ± 7,7	
Nüks var	74	16,9 ± 10,3	0,03	74	10,8 ± 7,5	0,52
Beck Umutsuzluk						
Nüks yok	256	5,7 ± 5,0		256	5,1 ± 4,5	
Nüks var	74	8,1 ± 8,1	0,03	74	6,0 ± 4,9	0,13
STAI						
Nüks yok	256	44,7 ± 8,6	0,43	256	42,7 ± 8,3	
Nüks var	74	45,6 ± 9,7		74	44,9 ± 8,9	0,06

Hasta yakınlarında yakınlık derecesine göre Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorları değerlendirildi. Ebeveynlerde Beck depresyon skorları diğer hasta yakınları ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulundu (Şekil 10). Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarında hasta yakınları alt grupları arasında farklılık bulunmadı (Tablo17).

Tablo 17: Hasta yakınlarında yakınlık derecesine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama \pm SS	P*
Beck Depresyon			
Eş	190	10,3 \pm 7,3	0,006
Ebeveyn	12	17,5 \pm 11,9	
Kardeş	21	9,6 \pm 6,2	
Çocuğu	89	10,1 \pm 7,7	
Akraba	18	7,0 \pm 6,3	
Beck Umutsuzluk			
Eş	190	5,5 \pm 4,1	0,16
Ebeveyn	12	6,0 \pm 5,1	
Kardeş	21	5,2 \pm 4,7	
Çocuğu	89	4,2 \pm 4,1	
Akraba	18	4,3 \pm 3,8	
STAI			
Eş	190	43,6 \pm 8,3	0,18
Ebeveyn	12	47,0 \pm 9,7	
Kardeş	21	44,4 \pm 9,3	
Çocuğu	89	41,9 \pm 8,7	
Akraba	18	41,5 \pm 6,5	



Şekil 10: Hastaya yakınlık derecesi ile Beck depresyon skoru ilişkisi

Hastalarda tanı ile anketin uygulandığı tarih arasındaki süre açısından yapılan değerlendirmede, hastaların Beck depresyon ve Beck umutsuzluk skorlarında özellikle tanının konmasından 6 ay sonra anket yapılanlar ile daha erken yapılanlar arasında anlamlı farklılık saptandı. Hasta yakınlarında ise her üç skor ile tanı süresi arasında anlamlı değişiklik saptanmadı (Tablo 18).

Tablo 18: Hasta ver hasta yakınlarında tanı süresine göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Hasta			Hasta Yakını		
	N	Ortalama ±SS	P*	N	Ortalama ± SS	P*
Beck Depresyon						
Tanı süresi <6 ay	199	13,3 ± 9,4	0,001	199	10,1 ± 7,9	0,62
Tanı süresi ≥6 ay	131	16,9 ± 10,0		131	10,5 ± 7,3	
Beck Umutsuzluk						
Tanı süresi <6 ay	199	5,3 ± 4,9	0,002	199	5,3 ± 4,8	0,71
Tanı süresi ≥6 ay	131	7,7 ± 7,7		131	5,2 ± 4,3	
STAI						
Tanı süresi <6 ay	199	44,3 ± 8,7	0,16	199	43,1 ± 8,7	0,72
Tanı süresi ≥6 ay	131	45,7 ± 9,1		131	43,4 ± 8,2	

Hastaların tanılarına göre yapılan değerlendirmede grup içerisinde depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık saptandı. Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarında anlamlı değişiklik saptanmadı. Özellikle akciğer kanser ile kolorektal kanserli hastalar arasında Beck depresyon düzeylerinin anlamlı olarak farklı olduğu belirlendi. Hasta yakınlarında ise sadece grup içerisinde Beck depresyon skorlarına anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Özellikle genitoüriner kanserli hastaların yakınları ile meme kanserli hastaların yakınlarının Beck depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulundu. Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 19)

Tablo 19: Hastalarda tanıya göre, Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama ± SS	P*	N	Ortalama ± SS	P*
Beck Depresyon						
Akciğer K.	43	18 ± 10,1	0,005	43	10,7 ± 6,3	0,002
Meme K.	74	13,8 ± 10,1		74	8,4 ± 6,9	
Kolorektal K.	86	11,7 ± 8,5		86	8,7 ± 6,7	
Genitoüriner K	33	16,9 ± 9,8		33	13,6 ± 9,1	
Non Kolorektal GIS K	44	15,5 ± 8,7		44	11,6 ± 7,6	
Diğer	50	16,2 ± 11,2		50	12 ± 9,1	
Beck Umutsuzluk						
Akciğer K.	43	7,3 ± 5,2	0,16	43	6,7 ± 4,8	0,18
Meme K.	74	5,1 ± 4,9		74	5,1 ± 5,1	
Kolorektal K.	86	5,4 ± 4,4		86	4,5 ± 3,7	
Genitoüriner K	33	5,5 ± 4,9		33	5,6 ± 4,6	
Non Kolorektal GIS K	44	6,3 ± 4,6		44	5,7 ± 5,2	
Diğer	50	6,5 ± 5,1		50	5,2 ± 4,5	
STAI						
Akciğer K.	43	46,2 ± 6,6	0,18	43	44 ± 7,4	0,15
Meme K.	74	45,0 ± 9,0		74	42,1 ± 9,1	
Kolorektal K.	86	42,8 ± 8,8		86	41,8 ± 8,6	
Genitoüriner K	33	45,4 ± 10,8		33	44,6 ± 6,6	
Non Kolorektal GIS K	44	47,1 ± 8,6		44	45,2 ± 7,9	
Diğer	50	44,9 ± 8,7		50	44,2 ± 9,6	

Hasta ve hasta yakınlarının Beck depresyon skorları, Beck tarafından belirtilen depresyon tanısı için sınır değer olan 14 puan ve üstü baz alınarak yapılan değerlendirmede hastaların %47,9'unun, hasta yakınlarının ise %28,8'inin depresif olduğu belirlendi. Hisli ve arkadaşlarının Türk popülasyonu için Beck depresyon ölçeğinde tanımladıkları depresyon sınır puanını 17 ve üstü olarak alındığında ise hastaların %35,2'sinin, hasta yakınlarının ise %17,6'sının depresif olduğu saptandı (Tablo 20).

Tablo 20: Hasta ve hasta yakınlarında depresif bireylerin oranları

	Hasta		Hasta yakını	
	N	%	N	%
Beck Depresyon skoru ≥ 14	158	47,9	95	28,8
Beck Depresyon skoru ≥ 17	116	35,2	58	17,6

F) TARTIŞMA

Kanser hasta ve hasta yakınlarının ruhsal durumlarını değerlendirmek için yaygın kabul gören ve Türkçe çevirileri geçerli hale getirilmiş üç ölçek [Beck depresyon, Beck umutsuzluk ve STAI (Sürekli Kaygı Envanteri)] kullanıldı. Bu ölçeklere verilen yanıtların sonuçları değerlendirildiğinde hastaların Beck depresyon ölçeğine göre 96'sında (%29,1) orta derecede, 60'ında (%18,2) ciddi olmak üzere toplam 156'sında (%47,3) depresyon mevcut olduğu, hasta yakınlarının ise 71'inde (%21,5) orta derecede 24'ünde (%7,3) ciddi derecede olmak üzere toplam 95'inde (% 28,8) depresyon bulunduğu saptandı. Umutsuzluk açısından Beck umutsuzluk ölçeği ile 0-63 arası puanlandırma yapıldığında hastalarda ortalama değer 5,92, hasta yakınlarında ise 5,11 olarak bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel anlamlı olsa da değerlerin birbirine yakın olduğu gözlemlendi. Anksiyete durumları STAI ile ölçüldüğünde hastalardaki ortalama skor hasta yakınlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek olsa da değerler oldukça birbirine yakın bulundu (44,9 vs 43,2).

Beck, depresyon tanısı için sınır değer olan 14 puan ve üstünü belirtmiştir. Bu değer baz alınarak yapılan değerlendirmede yukarıda belirtildiği gibi hastalarımızın %47,9'unun, hasta yakınlarının ise %28,8'inin depresif olduğu belirlendi. Hisli ise Türk popülasyonu için Beck depresyon ölçeğinde depresyon sınır puanını 17 ve üstü olarak tanımlamıştır. Türk popülasyonu için Beck depresyon ölçeğinde tanımlanan 17 puan ve üstü olarak ele alındığında ise hastaların %35,2'sinin, hasta yakınlarının ise %17,6'sının depresif olduğu saptandı. Gözüm ve arkadaşlarının çalışmalarında, Türk kanser hastalarının %53,2'si depresif saptanırken hasta yakınlarının ise %11,8'i depresif olarak bildirilmiştir(24). Segrin ve arkadaşları da meme kanserli hastalar ve yakınlarında depresyon varlığını %32 ve % 33 bulmuşlardır(25). Farklı popülasyonlarda farklı oranların olması, bu popülasyonların genel özelliklerine ve hasta bileşimlerinin farklı olmasının bir sonucu olduğu düşünülebilir.

Depresyon semptomların şiddetini belirlemeye yönelik olarak yapılan Beck depresyon ölçeğinde hastaların depresif semptomlarının şiddeti hasta yakınlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gözüm ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kemoterapi alan Türk kanser hastalarında depresif semptomların şiddetini hasta yakınlarından daha yüksekti (24). Grunfeld ve arkadaşları çalışmalarında ise hasta ve hasta yakınlarının depresif bulgularını benzer rapor etmişlerdir(26). Çalışmamızda hastalarda yüksek depresif semptomların saptanması literatüre göre kanserin adının vermiş olduğu korku ve belirsizlik, tedavinin kontrol edilemeyen yan etkileri, ümitsizlik ve gelecek kaygısı gibi risk faktörlerinin varlığı(27) ile açıklanabilir. Ayrıca çalışma hastalarının büyük çoğunluğunun ileri evre hastalığa sahip olmaları da etkileyen diğer bir unsurdur. Bu arada yakınları nedeniyle

depresyona aday kişilerin, hastaların kendilerinden daha az etkilenmeleri beklenen bir bulgudur.

Anksiyete kanserin tanı ve tedavilerine cevap olarak ortaya çıkan ve sıklıkla göz ardı edilip, tedavi edilmeyen sıkıntı ve üzüntü hissi olarak tanımlanan bir semptomdur. Kanser hastalarındaki insidansı son zamanlarda %50'nin üzerindedir ve kanser hastalarının yaklaşık %30'unda kronik anksiyete mevcuttur (28). Kanser tanısı ve tedavileri, hastanın anksiyete düzeyini etkileyerek, yaşam kalitesi ve hastanın tedaviye uyumunda bozulmalara yol açabilir (29,30). Özellikle kanser tanısının konulmasından sonraki süreçte hastalarda yoğun kaygı hissinin olduğu ve sonraki dönemde azaldığı bilinmektedir (31).

Ferrario ve arkadaşlarının çalışmalarında da hastalarda sürekli anksiyete düzeyleri normal populyasyondan yüksek bulunmuştur(32). Ancak hasta yakınlarında normal populyasyonla bir fark saptanmamıştır. Aslında kanser tanısını kabul edip bu duruma uyum sağlamaya çalışan ve çevresel faktörlerin (kemoterapi, sosyal durum, aile) etkisine maruz kalan hastalarda sürekli sıkıntı hissinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak çalışmamızda hasta yakınlarında da hastalara yakın anksiyete düzeylerinin belirlenmesi kanser kavramının hasta yakınlarında yarattığı etkilenmeyi göstermesi açısından önemlidir.

Kadın hasta yakınlarında depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek bulundu. Hasta grubunda ise cinsiyet farkının, depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinde değişikliğe neden olmadığı belirlendi. Genel toplumda kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha sık olduğu bilinmektedir(33). Aynı zamanda hastalara bakım hizmeti veren kadınlarda da erkeklerden daha sık depresif bozukluk bildirilmiştir(34-36). Kanserli hastalarda da kadın cinsiyette depresyon ve anksiyete bozukluklarının sık olduğu bildirilmekle (4) birlikte özellikle bu konudaki çalışmaların sonuçlarının farklılığı nedeniyle net yorum yapılamamaktadır. Pandey(37) ve arkadaşlarının çalışmalarında erkek hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü, Kaplan(38) ve arkadaşlarının çalışmalarında ise cinsiyetten bağımsız olarak depresyon ve anksiyetenin sık olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışma sonuçlarımızda özellikle bayan hasta yakınlarındaki depresyon, anksiyete düzeylerindeki yükseklik literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının evli ya da bekar olması depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinde herhangi bir değişikliğe neden olmuyordu. Beşer ve Öz'ün çalışmalarında da medeni durumun hastalarda anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin olmadığı rapor edilmiştir. Ayrıca Beşer ve Öz, kanser hastalarında yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi demografik özelliklerin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememesinin

kanserin bu faktörlerden bağımsız olarak doğrudan hastanın depresyon ve anksiyete yaşamasına neden olabileceğinden kaynaklandığını bildirmişlerdir(12).

Hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyleri yükseldikçe depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinin düştüğü belirlendi. İstatistiksel anlamlılık hastalardaki anksiyete düzeylerinde, hasta yakınlarında umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinde saptandı. Yapılan çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birliktelik gösterdiği bildirilmektedir (39,40). Ayrıca düşük eğitim düzeyinin major depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğu da rapor edilmiştir (41-43). Aynı zamanda kanser hastası ve hasta yakınlarında da düşük eğitim düzeylerinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel problemler için risk olduğu ve korelasyon gösterdiği vurgulanmıştır (32,44). Bizim sonuçlarımız da eğitim düzeyinin Türk hasta popülasyonundaki anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin vurgulaması açısından önem taşımaktadır.

Ekonomik durumunun hastalarda anksiyete, hasta yakınlarında da umutsuzluk düzeylerine anlamlı etkisi olduğu bulundu. Düşük ekonomik düzeyin hastalarda anksiyete düzeyini, hasta yakınlarında da umutsuzluk düzeylerini arttırdığı belirlendi. Nordin ve arkadaşları kanser hastalarında özellikle duygusal ve ekonomik destek yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir(45). Sönmez ve arkadaşları ise düşük ekonomik düzeyi olan kanser hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin yüksek ekonomik düzeyi olan hasta yakınlarından daha yüksek olduğunu bulmuşlardır(3). Bizim çalışmamızda da özellikle düşük ekonomik geliri olan hasta ve hasta yakınlarının yüksek anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri bulunmuştu. Ekonomik güç her alanda olduğu gibi hastalıkla mücadelede de etkin bir rol oynamaktadır. Düşük ekonomik geliri olan hasta ve hasta yakınlarının tedaviyi etkin uygulayabilme endişeleri bunun nedeni olabilir.

Çalışmamızda hastaların kanser tanılarını bilmeme oranı %8,5 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise kanser tanısını bilmeme oranları %20 ile %54 arasında değişmektedir(8). Çalışmamızda bu oranın ülkemizdeki diğer çalışmalardan düşük olmasının nedeni kemoterapi öncesi hastalara, hastalıklarını bilmelerinin en doğal hakları olduğu düşüncesiyle tanıların açıklanmasına gösterilen özen nedeniyle olabilir. Bu düşüncüyü doğrular nitelikte, tanısını bilen hastalarımızın “Tanınızı bilmeseydiniz size söylenmesini ister miydiniz?” sorusuna %95,5’i tanılarını bilmek istediklerini belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarına “Hastanızın tanısını bilmesini ister miydiniz?” sorusu sorulduğunda ise %23,6’sı “moralinin bozulmasını istemem”, “üzülmesin”, “umutsuzluğa kapılmasın” gibi düşüncelerle hastalarının tanılarını bilmesini istemediklerini söylemişlerdir. Bu yaklaşımın

kanser tanısının hastada yaratacağını düşündükleri psikolojik yıkımın önüne geçmek amaçlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda tanısını bilen hastalar ile tanısını bilmeyen hastalar arasında depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Alexander ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, tanısını bilmeyen hastalarda psikiyatrik bozuklukların düşük olduğu ve tedavi sonuçlarından daha fazla ümitli oldukları gösterilmiştir(45). Ateşçi ve arkadaşlarının çalışmalarında da psikiyatrik bozukluklar, kanser tanısını bilmeyen hastalarda bilenlere oranla daha az gözlemlendi (8). Bu çalışmaların tersine Ersoy'un çalışmasında kanser tanısını bilen hastaların Beck depresyon puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur(46). Bizim çalışmamızda tanısını bilmeyen hasta sayısının az olması sonuçların anlamlılığını etkilemiş olabilir.

Tanısını bilen hasta grubunda hastalık hakkında ayrıntılı bilgisi olan hastaların, bilgisi olmayan hastalara oranla depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinin anlamlı düşük olduğu saptanmıştır. Montgomery ve arkadaşları bu konuda, iyi bir bilgilendirmeye hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığını ve daha iyi uyum yapabildiklerini belirtmişlerdir(47). Çalışmamızda tanısını bilen hasta grubunda hastalık hakkında ayrıntılı bilgisi olmayan hastaların bulunması, hastalara sadece tanısını söylenip hastalık hakkında yeterli bilgi verilmediğinin ya da hastaların kanser tanısını öğrendikten sonra hastalık süreci ile ilgili gerçekleri yadsımaları nedeniyle olabilir.

Hasta ve hasta yakınlarının hastalıkları ile bilgi edinme yolları yüksek oranda hastanın hekimi olduğu belirlenmiştir. Hastaların özellikle internet gibi çağımızın getirdiği teknolojik kolaylıklardan bilgi edinme konusunda daha az faydalandıkları gözlemlendi. Bu da belki de hasta ve hasta yakınlarının hekimden aldıkları bilgiyi yeterli görmeleri ya da hastalık konusunda daha fazla bilgiyi umut kırıcı olabileceği düşüncesiyle istememeleri nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda yatan hastaları ve ayaktan tedavi alan hastaların Beck depresyon, Beck Umutsuzluk ve STAI anksiyete skorlarında anlamlı fark saptanmadı. Ancak hastanede yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin sık ortaya çıktığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Ağır ve tedavisi zor olan hastalıklarda, bu oran daha belirgin şekilde artmaktadır. Özellikle yatan kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların varlığı ayaktan tedavi alanlara oranla daha yüksek bildirilmektedir(8). Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolması anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olabilir(48).

Hasta ve hasta yakınlarında hastalık evresi ile depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinde paralel artış olduğu belirlendi. Özellikle her iki grubun depresyon düzeylerindeki artış anlamlıydı. İleri evre hastalığın kanser hastalarında depresyon için risk faktörü olduğu bilinmektedir. İleri evre hastalık hastanın hastalığa bağlı semptomlarının varlığı, tedaviye bağlı yan etkiler ve ileriye yönelik beklenti ve umutların azalması depresyon düzeylerini arttırmaktadır. Özellikle ileri evre kanser hastalarında yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozukluk oranlarının yüksek bulunması bunun bir göstergesidir(8). Hasta yakınlarında da hastalığın evresi ile paralel depresyon ve anksiyete skorlarındaki artış ümitsizliğin ve ilerleyen süreçle birlikte bir şey yapamamanın getirdiği sonuç olabilir.

Ayrıca hastalarda hastalık nüksü durumunda da depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Hastalığın nüksü durumu genel de uzak metastazlarla ortaya çıkmış olduğundan ileri evre hastalık grubunda yüksek depresyon düzeyleri saptanması beklenen bir sonuçtur.

Hasta yakınlarının kendi aralarında yapılan karşılaştırmada depresyon düzeylerinin grup içerisinde anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle ebeveyleerin az sayıda olmakla birlikte depresyon düzeyleri eş, çocuk, kardeş ve akraba grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçta “Ağlarsa anam ağlar” atasözünü haklı çıkaran bir bulgu olmuştur.

Tanı ile anketin uygulandığı zaman arasındaki geçen dönem 6 aydan daha çok olan hasta grubunda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Yapılan bazı izlem çalışmalarında hastalık süresi uzadıkça hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı bildirilmektedir(8,49,50). Bu durum hastalığa ve tedaviye bağlı semptomlara olan maruziyetin süre uzadıkça artmasıyla ilişkilendirilebilir.

Hastaların tanılarına göre yapılan değerlendirmede özellikle depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık bulundu. Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyleri kolorektal kanserli hastalardan yüksek bulundu. Özellikle bu sonuç akciğer kanserinin kısa sağkalımına ve semptomlarının daha ağır seyretmesine bağlı olabilir. Hasta yakınlarında ise Beck depresyon skorlarına anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Özellikle genitoüriner kanserli hastaların yakınlarının Beck depresyon düzeyleri meme kanserli hastaların yakınlarından anlamlı yüksek bulunmuştur.

G) SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda hastaların %47,9'unun hasta yakınlarının ise %28,8'inin depresif semptomlar gösterdiği belirlenmiştir. Depresyon ve anksiyete düzeyleri kadınlarda, düşük ekonomik düzeyine ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda, tanı süresi 6 aydan uzun olanlarda, ileri evre ve nüks hastalığı olanlarda yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastalık hakkında bilgi sahibi olma hastalarda depresyon düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir.

Kanser tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Tedavinin her aşamasında hasta ve hasta yakınlarında duygusal etkilenme ve bunun sonucunda gelişen psikolojik bozuklar çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu nedenle tedavinin her evresinde hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Hastaların hastalıkları konusunda bilgilendirilmelerinin depresyon düzeylerini anlamlı derece düşürdüğü saptanmıştır. Bu nedenle hastaların hastalıkları konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

H) KAYNAKLAR

- 1)Özkan S. Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım.Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, sayfa 345-354, 2002.
- 2) Elbi H. Kanser ve depresyon. Psikiyatri Dünyası 2001;5:5-10.
- 3) Sönmez Y, Söylemez D, Sur H. Kanser tedavisi gören hastaların refakatçilerinde depresyon durumunun değerlendirilmesi
- 4) Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. Duygudurum Dizisi 2001;4:184-191.
- 5) Sertöz ÖÖ. Kanserli hastalarda gözlenen ruhsal hastalıkların farmakolojik tedavisi. Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK.Kanser ve palyatif bakım.Mesa Basım Matbaacılık, İzmir, sayfa 175-196.
- 6) Holland JC. Kanserlin insan yönü. Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi. Sayfa 18-20.
- 7) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients.JAMA 1983;297:751-755.
- 8) Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F ve ark. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003;14(2):145-152.
- 9) Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları.Hekimler yayın birliği, Ankara, sayfa 223-260,1995.
- 10) Jenkins PL, May VE, Hughes LE. Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. Int J Psychiatry Med, 1991;21:149-155.
- 11) Massie MJ, Holland JC, Straker N. Psychotherapeutic interventions. Handbook of Psychooncology, JC Holland, JR. Rowland (Ed), New York, Oxford University Press, s. 470-491,1989.
- 12) Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7(1):47-58.
- 13) Fallowfield L Helping the relatives of patients with cancer. European Journal of Cancer, 1995;31(11):1731-1732
- 14) Baral I, Enderer M, Turgay M. Kanserli hastaların yakınlarında hastalığın çeşitli evrelerinde saptanan psikiyatrik durum. NöroPsikiyatri Arşivi, 1995; 32(3):141-146.
- 15) Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme:sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları Ankara,1997.
- 16) Aytar G. Depresyonda düşünce bozukluklarının bilişsel kuram açısından incelenmesi, Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1987.

- 17) Teğin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara,1980.
- 18) Hisli, N. “Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma”, Psikoloji Dergisi, 1988;22:118-126.
- 19) Beck AT, Lester D, Trexler L. The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974;42:861-874.
- 20) Seber G. Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği üzerine bir çalışma. Yayınlanmamış doçentlik tezi Anadolu Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri Bölümü Eskişehir,1991.
- 21) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD. STAI Manual., Consulting Psychologist Press, Palto Alto, California 1970.
- 22) Öner N, LeCompte A. Süreksiz durumluk/ sürekli kaygı envanteri. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi İstanbul,2. basım, 1998.
- 23) Öner N. Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: bir başvuru kaynağı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2.Baskı, 1996.
- 24) Gözüm S, Akçay D. Response to the needs of turkish chemotherapy patients and their families. Cancer Nursing, 2005;28(6):469-475.
- 25) Segrin C, Badger T, Dorros SM, Meek P, et al. Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. Psycho-Oncology (In press).
- 26) Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. Can Med Assoc J, 2004;170:1795-1801.
- 27) Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi . C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7(1):47-58.
- 28) Marrs JA. Stress, fears and phobias: the impact of anxiety. CJON, 2006;10(3):319-322.
- 29) Cheier AM, Williams SA. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. Oncology Nursing Forum, 2004;31(1):127–130.
- 30) Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assesssing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. Palliative Medicine , 2003;17:509–513.
- 31) Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2005;59:576–583.
- 32) Ferrario SR, Zotti AM, Massara Nuvolone G. A comparative assessment of psychological characteristics of cancer patients and their caregivers. Psycho-oncology, 2003;12:1-7.

- 33) Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiat* 2001;158:1091-1098.
- 34) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276:293-299.
- 35) Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorder (icd 10) in general practice. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:197-202.
- 36) Williams JB, Spitzer RL, Linzer M, et al. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:654-659.
- 37) Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, et al. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology* 2006;4:1-5.
- 38) Kaplan CP, Miner ME. Relationships: Importance for patients with cerebral tumors. *Brain Inj*, 14(3):251-259.
- 39) Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression. prospective evidence from human population laboratories studies. *Am J Epidemiol*, 1987;125:206-220.
- 40) Pillay AL, Sargent CA. Relation ship of age and education with anxiety, depression and hopelessness in a south africa community sample. *Prec Mot Skills* 1999;89:881-884.
- 41) Bruce ML, Hoff Ra. Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. *Soc Psychiatry Pshyciatr Epidemiol* 1994;29:165-171.
- 42) Gallo JJ, Royall DR, Anthony JC. Risk factors for the onset of major depression in Middle Agean d Late Life. *Soc Psychiatry Pshyciatr Epidemiol*, 1993;28:101-108.
- 43) McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, et al. The prevalance of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-servicebeneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:557-565.
- 44) Mantani T, Saeki T, Inoue S, Okamura H, et al. Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands : role of alexithymia and family functioning. *Support Care Cancer* (in press).
- 45) Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*, 1993;32:623-626.

- 46)** Ersoy MA. Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. 3P Dergisi,2000;8: 17-26.
- 47)** Montgomery C, Lydon A, Lloyd K. Psychological distress among cancer patients and informed consent. J Psychosom Res,1999;46: 241-245.
- 48)** Böncü M, Özacar R, Halilçolar H, Aydemir Ö. Akciğer kanserli olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti. Akciğer Arşivi, 2001;3:123-126.
- 49)** Ell K, Nishimito R, Morway T, et al. A longitudinal analysis of psycholocial adaptation among survivors of cancer. Cancer, 1989;63:406-413.
- 50)** Nordin K, Berglung G, Glimelius B, et al. Predicting v anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. Eur J Cancer, 2001;37:376-384.

I.EKLER: Ek 1:Tanımlayıcı form

Hastanın:

Adı Soyadı:

Tarih

Yaşı:

Cinsiyet: Erkek Kadın

Doğum yeri:

En uzun yaşanılan yer :

Telefon:

Medeni Durumu: Evli Bekar

Eğitim Durumu: Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Meslek:

Sosyal Güvence: Emekli sandığı Bağ-kur SSK Diğer

Aylık Gelir: 0-250 milyon 250-500 milyon 500 milyon-1 milyar

1-2 milyar 2 milyar ve üzeri

Sigara kullanımı: Yok Var (Kaç yıl: Kaç paket/gün:)

Alkol: Var Yok

Özgeçmiş:

Tanı:

Tanı tarihi:

Hastane protokol no:

Evre: Lokal Lokal-ileri İleri evre

Hasta hastalığını biliyor mu? Evet Hayır

Evet ise;

Hastalığınızı bilmeseydiniz size açıklanmasını istermiydiniz? Evet Hayır (neden?.....)

Bu hastalık hakkında bilgisi var mı?

Evet (Bilgiyi nereden edinmiş?.....) Hayır

Aldığı tedavi: Kemoterapi Radyoterapi Kemoterapi+Radyoterapi

Nüks. Relaps var mı ? Evet Hayır

Anketi yapan.....

Yeri:

Ek 2: Tanımlayıcı form

HASTA VE HASTA YAKINININ YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Hasta yakınının:

Adı Soyadı:

Tarih:

Yaşı:

Cinsiyet: Erkek Kadın

Doğum yeri;

En uzun yaşanılan yer :

Telefon:

Medeni Durumu: Evli Bekar

Eğitim Durumu: Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Meslek:

Aylık Gelir: 0-250 milyon 250-500 milyon 500 milyon-1 milyar
 1-2 milyar 2 milyar ve üzeri

Sigara kullanımı: Yok Var (Kaç yıl: Kaç paket/gün:)

Alkol: Var Yok

Özgeçmiş:

Hastaya yakınlık derecesi:

Ayakta hasta Yatan hasta (Hastası ne kadar süredir hastanede yatıyor?...../gün)

Ne kadar süre hasta ile birlikte?

Hastasının hastalığını biliyor mu? Evet Hayır

Bu hastalık hakkında bilgisi var mı?

Evet (Bilgiyi nereden edinmiş?.....) Hayır

Başka yakınlarında da bu hastalıktan var mı? Ya da olmuş mu?

Evet (.....) Hayır

Hastanız hastalığını biliyor mu? Evet Hayır

Hastanızın hastalığını bilmesini istermiydiniz ? Evet Hayır

Neden?

Ek 3: Durumluk Kaygı Ölçeği

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

ÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmakta kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Genellikle çabuk ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi dinlenmiş hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlülüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Son zamanlarda kafama takılan sorular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 4:Beck Depresyon Ölçeği

1. a) Kendimi üzgün hisselmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öyiesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekten umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum..
c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi .i hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakla güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

Ek 5: Beck Umutsuzluk Ölçeği

Bu bölümde geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Size uygun olanlar için "Doğru" sütununun, uygun olmayanlar için "Yanlış" sütununun altına çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Her cümlede sizin için en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahallatıyor	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimellerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok .	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İsteddiğim bir şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor. Beck IJ, E.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.