

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**KANSER HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON**  
**BELİRTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Levent ŞAHİN**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN**

**YARDIMCI TEZ DANIŞMANI**

**Doç.Dr. Yüksel KÜÇÜKZEYBEK**

**2015- İZMİR**

**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**

**ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**KANSER HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON  
BELİRTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Levent ŞAHİN**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN**

**YARDIMCI TEZ DANIŞMANI**

**Doç.Dr. Yüksel KÜÇÜKZEYBEK**

**2015- İZMİR**



## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince tıbbi bilgi ve becerilerimi kazanmamda engin bilgi, ve tecrübesiyle yanımda bulunan, her konuda yol gösteren, insani ve ahlaki yönleriyle de örnek aldığım değerli hocam, klinik idari sorumlumuz, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN'a,

Kısıtlı vakit ve yoğun iş temposuna rağmen tıbbi desteklerinin yanı sıra her konuda ilgi, güler yüz ve manevi desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Yüksel KÜÇÜZEYBEK'e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Cerrahi Kliniği Eğitim Görevlisi Doç. Dr. Ercüment TARCAN'a, Dahiliye Kliniği Eğitim Görevlisi Doç. Dr. Dilek ERSÖZ'e,

İhtisas süresi boyunca aynı çalışma ortamını paylaştığım ve birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım başta olmak üzere hemşire, asistan ve tüm klinik çalışanlarına,

Ayrıca sonsuz sabrı ve özverisiyle tüm eğitim hayatım boyunca fedakarlıklarını esirgemeyen, beni bu zorlu süreçte her zaman motive eden, her zaman yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan aileme,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Levent ŞAHİN

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONAY .....	iii
ÖNSÖZ .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR .....	viii
ŞEKİLLER .....	ix
TABLolar .....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. PALYATİF BAKIM .....	3
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı .....	3
2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihi Gelişimi .....	4
2.1.3. Palyatif Bakımının Temel Amaç Ve İlkeleri .....	5
2.1.4. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar .....	7
2.1.5. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma .....	7
2.1.6. Palyatif Bakımda Engeller .....	9
2.1.7. Palyatif Bakımda Semptomatik Tedaviler .....	10
2.1.8. Ülkemizde Palyatif Bakımın Durumu .....	12
2.1.9. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu .....	14
2.2. KANSER HASTALARINDA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR .....	14
2.2.1. Epidemiyoloji .....	14
2.2.2. Kanser Hastalarında Psikolojik Tepkiler .....	15

2.2.3. Kanser Hastalarında Anksiyete Ve Depresyon .....	18
2.2.4. Anksiyete ve Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri .....	21
2.2.5. Kanser Hastalarında Anksiyete Ve Depresyonun Tedavi İlkeleri	22
2.3. DEPRESYON.....	23
2.3.1. Tanımı ve Sınıflaması .....	23
2.3.2. Epidemiyolojisi .....	24
2.3.3. Major Depresif Bozukluğun DSM-V Tanı Kriterleri.....	24
2.3.4. Depresyon Tedavisi.....	26
2.4. ANKSİYETE .....	29
2.4.1. Tanımı .....	29
2.4.2. Epidemiyolojisi .....	30
2.4.3. Sınıflaması.....	30
2.4.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	31
2.4.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri .....	32
2.4.6. Yaygın Anksiyete Anksiyete Tedavisi.....	32
2.4.7. Diğer Anksiyete Bozuklukları.....	35
<b>3. MATERYAL- METOD .....</b>	<b>38</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	38
3.2. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi .....	38
3.3. Veri Toplama Araçları.....	38
3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	39
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	39
3.6. Etik Konular .....	39
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>40</b>
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	40

4.2. Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Alma Özelliklerinin Dağılımı .....	42
4.3. Hastaların, Anksiyete ve Depresyon Özelliklerinin Dağılımı.....	43
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>50</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>56</b>
<b>7.ÖZET.....</b>	<b>60</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>62</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>64</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>80</b>
Ek-I Hasta Görüşme Formu .....	80
Ek-II HAD Ölçeği.....	81
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>83</b>

## **KISALTMALAR**

ARK	: Arkadaşları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HAD-A	: Hastane Anksiyete ve depresyon Ölçeği - Anksiyete
HAD-D	: Hastane Anksiyete ve depresyon Ölçeği - Depresyon
MAOI	: Mono Amin Oksidaz İnhibitörü
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MSS	: Merkezi Sinir Sistem
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
SSRI	: Selektif Serotonin Reseptör İnhibitörü
SNRI	: Selektif Noradrenelin Reseptör İnhibitörü
TSA	: Trisiklik Antidepresan
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu



## ŞEKİLLER

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 2.1.</b> Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyon .....	6
<b>Şekil 4.1.</b> Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	41
<b>Şekil 4.2.</b> Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı .....	42

## TABLÖLAR

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	40
<b>Tablo 2.</b> Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Alma Özelliklerinin Dağılımı.....	43
<b>Tablo 3.</b> Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi .....	44
<b>Tablo 4.</b> Hastaların Anksiyete, Depresyon Puan Ortalama Ve Derecelerinin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 5.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Anksiyete Risk Dağılımı.....	45
<b>Tablo 6.</b> Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Özelliklerine Göre Anksiyete İçin Risk Oranları Dağılımı .....	46
<b>Tablo 7.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Depresyon İçin Risk Oranları Dağılımı .....	47
<b>Tablo 8.</b> Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Almalarına Göre Depresyon İçin Risk Oranları Dağılımı .....	49

## 1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre, palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan, hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhani problemlerin erken tespit ve tedavisini hedefler. Palyatif bakım, önceleri tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda gündeme gelen bir yaklaşımken, günümüzde, yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte, onlara ek olarak gündeme gelmesi gerektiği görüşü hakimdir (1). DSÖ ruhsal sorunların önlenmesi konulu 2004 yılı raporunda ruhsal bozuklukların ortaya çıkışını tetikleyen risk faktörlerini açıklamaktadır (2). Stresli yaşam olayları, fiziksel hastalıklar, aile düzeninde bozulma ve çatışmalar DSÖ'nün sıralamış olduğu ruhsal sorunlar için risk faktörleri arasında yer almaktadır. Söz konusu raporda hastalıklar boyutunda daha çok uzun süreli sağlık sorunlarının depresyon riskini artırdığı vurgulanmakta, anksiyete reaksiyonları, kayıp yaşantıları ile artan depresif durumun da ek hastalık riskini ortaya çıkardığı belirtilmektedir. Ruhsal problemlerin risk faktörlerinden biri olarak sıralanan uzun süren yaşam tehdidi olan fiziksel sağlık problemlerinden biri kanserdir (3). Kanser, çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra, tedavisi uzun süre devam eden bir durum olduğu için sosyoekonomik ve ruhsal sorunlara da neden olabilir. Bu ruhsal sorunların başında gelen depresyon sıklıkla bir başka hastalık tarafından maskelendiği için, genellikle gözden kaçabilmektedir. Bunun yanı sıra anksiyete sık olarak depresyona eşlik etmektedir (4). Depresyon olgularında anksiyete varlığı depresyonu karmaşık hale getirmekte, tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (5,6).

Özellikle sosyoekonomik durum, performans kapasitesi, sosyal destek, son dönemde yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır (6-8). Klinisyenler için bu etmenlerin varlığı psikiyatrik bozuklukların araştırılması yönünde sinyal olabilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve tedavisi, hastaların tedaviye

uyumunu ve yaşam kalitesi için önem taşımaktadır (5). Hastaların, tıbbi tedavi yanında psikososyal desteğe de ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır.

Bu çalışmanın amacı; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kansere Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde yatarak tedavi görmekte olan kanser hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptanması ve bu belirtilerle ilişkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.PALYATİF BAKIM

#### 2.1.1.Tanım

Son yıllarda kanser insidansındaki artış ve kanser tedavi stratejilerindeki büyük gelişmeler, kanserli bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Bu gelişmelerle günümüzde ileri evre, prognozu belirli olmayan ve başta ağrı olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen bir kanser hasta popülasyonu oluşmuştur. Yaşam şansı uzamış olmasına rağmen, hastalık sürecinde fonksiyonel yeterlilikleri ve yaşam kaliteleri azalan bu hasta grubu için özel bir bakım gereksinimi ortaya çıkmıştır (9,10). Palyatif bakım, tam da bu noktada, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında palyatif bakımı küratif tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, toplam bakımı şeklinde tanımlamışken; 2002 yılında ise “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önceden önlemler alınması ve giderilmesi ile yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır” olarak tanımlanması ile palyatif tedavinin artık mümkün olduğunca hastalığın erken dönemlerinde verilmesi gereği vurgulanmaktadır (11).

Sağlık Bakanlığımız palyatif bakımı; kür şansı olan ya da olmayan, sadece hastaları değil; yakınlarını da kapsayan, hastaların önce kendi yaşadığı yerde olan, hastalığın teşhisi ile başlayıp, ölümden sonra da devam eden, akut, subakut, kronik dönemlerde fiziksel, maddi, manevi (dini-psikososyal) bakım hizmetlerini kapsayan bir disiplin olarak tanımlanmıştır. (12).

Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisine göre; Palyatif bakım tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş

gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir. Palyatif bakımın amacı kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı kalırken acı çekmeyi dindirme, semptomları kontrol etme, işlevsel kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır (13). Amerikan Tıp Enstitüsüne göre; Palyatif bakımın amacı kür sağlamaksızın hastalığın semptomlarını önleme, dindirme, azaltma veya yatıştırma değildir. Bu bağlamda palyatif bakım sadece ölmekte olanlarla değil hasta yakınlarının da duygusal, dinsel ve uygulamaya ait gereksinim ve hedeflerini de dikkate alır (14). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (2012) tarafından yapılan tanım ise; kanser Palyatif bakımı, hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olup onların hayat kalitesini etkileyen çeşitli hususlara yönelik tedavilerin kanser bakımına entegre edilmesidir (15).

Palyatif bakım “ölüm bakımı” olarak ortaya çıkmış, daha sonra “terminal bakım” olarak değişmiştir. Günümüzde tıp alanında “hospis”, “bakımın sürekliliği”, “yaşam sonu bakım”, “tanatoloji”, “sürekli bakım ünitesi” ve “destek bakım” gibi çeşitli terimlerle iç içe kullanılmaktadır. Bu farklı isimler palyatif bakım kavramını tam olarak yansıtmamaktadır (16).

Temel olarak palyatif bakım insan haklarına uygun, maliyeti etkin olan, yaşam kalitesi ve yaşam süresinde anlamlı derecede artış sağlayan; bireyin içinde bulunduğu kültürel değer ve inanç uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan, fonksiyonel kapasitenin düzenlenmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi amaçlayan multidisipliner bir anlayıştır (17-19).

### **2.1.2 Palyatif Bakımın Tarihi Gelişimi**

Dünya genelinde “Palyatif Bakım” ve “Hospis” olarak adlandırılan bu bakım hizmetleri benzer yaklaşımları içermekle birlikte hospis bakımı palyatif bakımın içinde yer alır ve yaşamın sonuna çok az zaman kala verilen bir hizmettir. Palyatif bakım hastane temelli hasta bakımındır ve aynı zamanda hospis ve evde bakım hizmetlerine destek verir. İlk Palyatif Bakım Ünitesi Fransa’da Jeanne Garnier tarafından terminal dönemdeki hastalara yönelik 1842’de Fransa’da kurulmuştur. Hospisler, 4. yüzyılda gezginlere dinlenme evi olarak hizmet vermiş, bakım hastalarına hizmet vermesi 19. yüzyıl ortalarında Londra ve İrlanda’da şefkat

gönüllüleri tarafından başlatılmıştır. Günümüz palyatif bakım anlayışı 1900'lerin son yarısı boyunca daha iyi anlaşılır hale gelmiş ve uygulanmıştır. Modern son dönem bakım ve palyatif bakımın evrimi Dame Cicely Saunders'in vizyon, cesaret ve sorumluluğu sayesinde gelişmiştir. 1967'de İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından kurulan “St. Christopher's Hospice” olup bu tarihten sonra sayıları hızla artmıştır. Hasta ve refakatçisinin birlikte kalabileceği, hastane kampüsüne çok uzak olmayan yerlerde oluşturulan, ev atmosferine benzer kuruluşlardır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde hospis sistemi, terminal hastaların rutin evde bakımını, evde günlük takipleri, evde hemşirelik hizmetlerini ve gerektiğinde hospitalizasyonu sağlamaktadır (20).

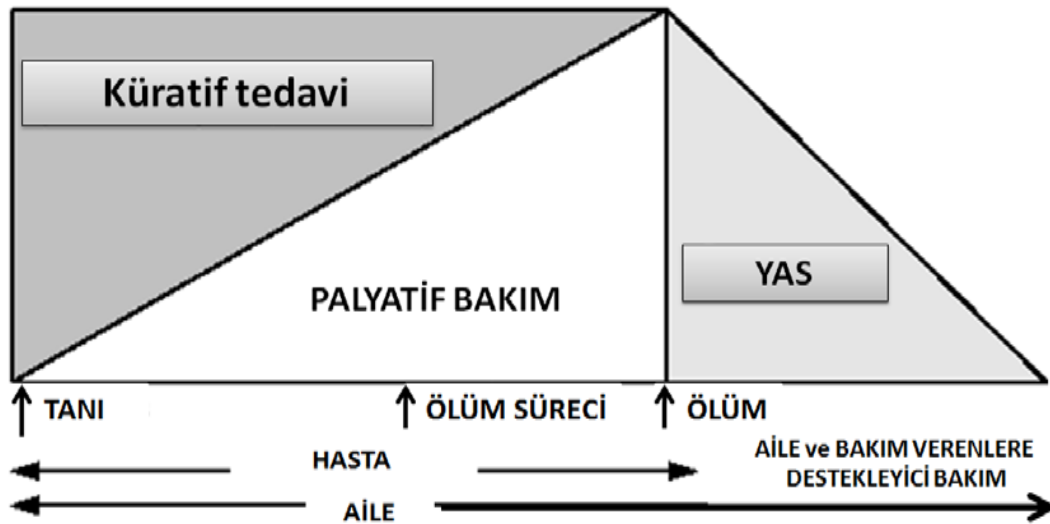
### **2.1.3. Palyatif Bakımın Temel Amaç Ve İlkeleri**

Tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç kazanması, sosyal yapıdaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, hane nüfus sayısında azalma gibi çeşitli gerekçelerle, kronik süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği kanser hastalarında başta olmak üzere, tanı anından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anı ve sonrasındaki yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhani gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür (21). Son yıllarda, klasik tıp anlayışında meydana gelen değişim sonucunda, hastalık ve ölümlü mücadele temel hedefinin yanı sıra, ‘yaşam kalitesi’ kavramı da giderek artan bir önem kazanmaktadır. Palyatif bakım kişiyi sadece fiziksel açıdan değil, psikososyal ve ruhani açıdan da ele alan, kronik süreçteki hasta ve yakınları için total bir iyilik hali sağlanmasını hedefleyen bir yaklaşımdır. Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmaktan çok, kapsamlı kanser bakımının bir parçası olmalıdır (22). Temel ilkeleri şu şekilde özetlenebilir;

- Hastanın fiziksel semptomlarının yönetimi (ağrı ve diğer semptomların giderilmesini sağlar);
- Hasta bakımının psikososyal ve spiritüel yönünü fiziksel bakıma entegre eder;
- Hasta ve ailesinin bilgi gereksinimi sağlanır;
- Ölümü çabuklaştırma veya erteleme amacı taşımaz;

- Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de saygı duyulması gereken doğal bir süreç olarak algılar;
- Hastaların, son ana kadar, mümkün olduğunca aktif bir şekilde yaşamasına yardım eder ve destek sistemi oluşturur;
- Hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında, yas danışmanlığı dahil ekip yaklaşımı kullanır;
- Yaşam kalitesini artırır, ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilir;
- Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi veya radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir (23).

Son dönem kanser, hastanın durumunun ilerleyici olduğu ve hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı, küratif tedavinin yararlı olmadığı ileri bir düzeyi ifade eder. Palyatif bakım ve küratif tedavi entegrasyonu Şekil 1'de gösterilmiştir. Terminal döneme yaklaşan hasta için palyatif bakım ihtiyacı artmaktadır. Hastanın ölümden sonra aile üyeleri ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir. Palyatif bakım modeli ideal olarak yaşamı tehdit eden hastalığa tanı konduğu anda başlamakta, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam etmekte, ölüm sonrası yas sürecinde aile ve diğer yakınlarını destekleyen bir multidisipliner bakımla sona ermektedir (19,23).



Kaynak: Monzon, J. (2011). Palliative Care. Erişim: 1 Şubat 2015, <http://carewellcommunity.org/articles-palliative.php>



## **Şekil-2.1 Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyon**

### **2.1.4. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar**

Günümüze kadar palyatif bakım uzmanları temel olarak kanserli hastalara hizmet sunarken palyatif bakımın kanserli hastalarla sınırlı olmaması gerektiği anlaşılmıştır. DSÖ'ne göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar şu şekilde sınıflandırılmıştır (24,25);

- Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Amyotrofik Lateral Skleroz, Multiple Skleroz),
- İleri dönem organ yetmezlikleri,
- Tedavi sürecinde olan ya da tedaviye cevapsız kanserler,
- HIV/AIDS,
- Çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar.

### **2.1.5. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma**

- Yataklı tedavi kurumları
  - - Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (3. basamak)
  - - Palyatif Bakım Merkezi (2. Basamak)
  - - Palyatif Bakım Birimi (1. basamak)
- Ev bakım programları (1. Basamak)
- Aile hekimleri (1.basamak)
- Hospis kuruluşları

Bu dört ünite ihtiyaca hasta bakımında görev alacaklardır. Palyatif bakım merkezi organizasyonunda multidisipliner ve interdisipliner yaklaşım çok önemli olup görevli personele bu konuda gerekli eğitimler verilmelidir (25).

Multidisipliner ekip; medikal (medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, primer hekim, algolog, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, cerrah, diğer uzmanlar) , rehabilitasyon (fizyoterapist, meşguliyet terapisti), eczane, ev bakımı (infüzyon ekibi, hemşire, bakıcı), psikososyal (klinik psikolog, sosyal hizmet

uzmanı), manevi destek uzmanları tamamlayıcı tıp uygulamalarından oluşacaktır (25).

Palyatif bakım merkezlerinde semptomları yönetmek için doktor gözetiminde eğitilmiş sağlık personeli tarafından farmakolojik, non-farmakolojik ve inançsal tedaviler uygulanacak, temel hastalığa yönelik küratif tedaviler ise uygulanmayacaktır. Hastaların yaşam içinde aktif rol almasını ve üretken olmasını sağlamak amacıyla ilgi alanlarına, hobilerine ve inançlarına yönelik ortamlar oluşturulacaktır (25).

Palyatif bakım biriminde ise ağırlıklı olarak ayaktan poliklinik hizmeti ve ayaktan kemoterapi hizmeti verilecektir. Aile hekimi hasta ve hasta yakınlarının semptomlarını takip ve tedavide, hastalığın seyrine ve gereksinime göre palyatif bakım birim ve merkezlerine yönlendirmede rol oynayacaktır (25).

**Evde Bakım;** Evde hasta bakım hizmeti deneyimli bir ekip tarafından hasta, hasta yakını ve bakıcılara sunulacak, hastalıkla, tedaviyle ve bakımla ilgili eğitimler verilecek, hasta yakınlarına psikososyal destek sağlanacaktır. Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın, hastanın kendi ortamında evinde verilmesidir. Hasta, palyatif bakım desteğine 7 gün 24 saat ulaşabilmektedir (26,27).

**Günlük/Gündüz Bakım;** Terminal dönem hastalarda sosyal izolasyonu önlemek ve semptom kontrolü için kurulan, kulüp benzeri ortamlardır (26). Tek başına yaşayan ya da kendi kendine yetemeyen hastalar günlük palyatif bakım merkezlerine haftada iki ya da üç kez gelerek hizmet alabilir. (28,29).

**Hastanede Bakım;** Tıp alanındaki gelişmelere rağmen kanser hastalarında tam bir semptom kontrolü sağlamak mümkün olmayabilmekte ve hastalar akut tıbbi yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler (26). Hastalar yaşamlarının son döneminde gereksiz tetkik yüküyle yorulmaz ve daha uygun bir semptom kontrolü sağlanır. Hastanede bakım ağrıyla hastalık ve tedavinin fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren diğer semptomlarının kontrolüne odaklanır (27,29,30). Yapılan çalışmalarda palyatif yaklaşım uygulanan bir yatan hasta ünitesinde ölen hastaların, hastane masraflarının, diğer servislerde ölen hastalara göre %57 daha az olduğu gösterilmiştir (31).

**Hospis (destekevi);** Son 6 ayda verilen her türlü palyatif bakım hizmetidir. Bakanlığımızca planlanan hospis özellikleri; bakacak kimsesi, evi olmayan hastaların kendi isteği ile, 15 günden uzun bakımlarının, yaşamın son aylarında yaşam kalitesini mümkün olduğunca artırmak, ‘en iyi ölüm’ ün sağlanması, yaşam sonu planları ve işlerin tamamlanması, etkin bir yas süreci ile hasta ve yakınlarının hastalık ve matem sürecinde kayıplarıyla başa çıkabilmelerine yardımcı olmaktır (12).

### **2.1.6. Palyatif Bakımda Engeller**

Morfin hammaddesi üretimi açısından önde olan ülkemizde kişi başı opioid kullanımında gerilerde bulunmakta ve ABD’de kişi başı opioid kullanımı ülkemizdeki 650 katı olarak tespit edilmiştir. Palyatif bakımın uygulanmasında engeller bazıları şu şekilde özetlenebilir (32-35);

- Yaşam süresini uzatmaya yönelik tedavi ile destek tedavisinin ayrı tutulması;
- Profesionellerin palyatif bakımı, hastalığı ‘ihmal etme’ olarak değerlendirmesi ve sonucunu bir yenilgi olarak görmesi;
- Doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının eğitiminde palyatif bakım eğitimi eksiktir. (Hastalara ve ailelere hastalıkla ilgili kötü haberi söyleyememe, nasıl söyleyeceğini bilememe, sağlık personelinin ölmekte olan hastanın bakımı ile ilgili olarak okulda yeterince eğitim almaması ve konuyu bilmemesi);
- Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlalığı ve personel eksikliği;
- Halkın bu konuda farkındalığı düşüktür ve bu hastalar yeterince destek tedavisi talep edememesi;
- Palyatif bakım yeterli kanun ve mevzuatla desteklenmemesi;
- Evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları özel sigortaların kapsamı dışında kalması;
- Opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılır ve bağımlılık yan etkisi çok abartılır.
- Semptom kontrolünde standartlar yeterince bilinmemektedir. Ağrı kontrolünde engeller (32-35); semptomu tanımama, “lüzum halinde”

orderların iyi uygulanmaması. Hasta ve sağlık personelinin opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar);

- Kırmızı ve yeşil reçete ulaşılabilirliğinde ve reçetelendirmesi bürokratik engeller ile zorlaşması;
- Opioidlerin çeşitliliğinin az olması, eczanelerden temin edilmesindeki engeller (morfinlerin ucuzluğu nedeni ile ilaç firmalarından ilgisizliği gibi).

Palyatif bakım ile ilgili etik sorunlar nedeniyle uzmanlık düzeyinde hizmet verilememektedir. Kanser tanısı alan hastalara tanının söylenmesi ile ilgili farklı uygulamalar yaşanmaktadır. Medikal onkologlar ve diğer ekip üyeleri etik olarak kanser tanısı alan her bireye uygun şartlarda tanının söylenmesi gerektiğini belirtmektedirler. Ancak ülkemiz kültürel yapısı gereği aile bağlarının güçlü olması, hasta yakınlarının hastaların kendi kararlarını almalarına müdahil olmasına neden olmaktadır. Hasta yakınları medikal onkologlar başta olmak üzere sağlık ekibinin diğer üyelerinden hastalarına kanser tanısının söylenmemesini talep edebilmektedirler (32).

### **2.1.7. Palyatif Bakımda Semptomatik Tedaviler**

Palyatif kanser hastasında en sık karşılaşılan yaşam sonu semptomları; ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, halsizlik, dispne, asit, anksiyete, ajitasyon, deliryum ve konfüzyondur.

**Ağrı:** Uluslararası Ağrı Araştırma Birliği ağrıyı, var olan doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen, duyuşsal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (36). Çalışmalar göstermiştir ki, ileri dönem kanser hastalarında %60-90 oranında orta ile şiddetli ağrı problemi bulunmaktadır (37). İlaçlar ağrı oldukça değil, ağrının oluşmasını önleyecek şekilde düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. Ağrı tedavisine, non-opioidler ile başlanmalı, yanıtızsızlık durumunda önce zayıf opioidler, takiben kuvvetli opioidler ile tedaviye devam edilmelidir. Ağrı kontrolünde ilaçların yanı sıra girişimsel tedavilerde fayda sağlayabilir (38).

**Kaşeksi;** Kanser kaşeksisi, iştahsızlık, kilo kaybı, yağ ve kas dokusunda kayıp ile ortaya çıkan paraneoplastik bir sendromdur (39). Kanser kaşeksisinde, IL-1, IL-6, TNF-alpha başta olmak üzere, proinflatuar sitokinlerin rolü olduğu

düşünülmektedir (40). Kaşeksi, yaşam kalitesi ve sağkalım üzerine olumsuz etkiye sahip olup, kanser hastalarının yaklaşık %30'unda ölüm nedenidir (41). Kanser kaşeksisinin farmakolojik tedavisi, megestrol asetat, medroksiprogesteron asetat, kortikosteroidler, kannabinoidler, anabolik ilaçlar ve antienflamatuar ilaçlardan oluşmaktadır. Balık yağı, ve non-steroid antienflamatuar ilaçların, sistemik enflamasyonu azaltarak, kaşeksi üzerinde etkili olduğu ileri sürülmüştür (42).

**Halsizlik:** Kanser veya tedavisi ile ilişkili, günlük yaşamı etkileyen, kalıcı subjektif yorgunluk hissi olarak tanımlanmaktadır. Kanser hastalarında yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi üzerinde, kanser ağrısından bile daha etkili olduğu gösterilenen halsizlik, performans ve yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Kanserle ilişkili halsizliğin nedenleri tam olarak ortaya konamasa bile, oluşumunda fizyolojik ve psikososyal etkenler olduğu düşünülmektedir (43). Genellikle kanser ile ilişkili halsizlik bir nedene bağlanamaz. Bu durumda halsizlik tedavisine yaklaşım, genel semptomatik yaklaşımdır. Farmakolojik tedaviler; metilfenidat, kortikosteroid, megestrol asetat ve modafinil' dir. Yapılan çalışmalar, metilfenidat'ın 10-30 mg/gün kullanımının kanserle ilişkili halsizlik tedavisinde hastaların %52-80' inde etkili olduğunu göstermektedir (44).

**Bulanti-Kusma:** Kanser hastalarının çoğu küratif tedavi ya da palyatif kanser bakımı süresince bulantı ve kusma yaşayabilir. Tedaviye cevapsız bulantı ve kusma, dehidratasyon, anoreksi, ilaç yan etkileri, sıvı elektrolit dengesizliği, kilo kaybı, yiyeceklere karşı isteksizlik, ilaçlara sekonder gibi fizyolojik etkilerin yanı sıra psikolojik duruma bağlı gelişebilir.(45). Az yağlı ve az şekerli, soğuk ve kolay sindirilebilen yiyecekler önerilmesi (46-48), bulantıya neden olacak (sıcak, tatlı, yağlı, baharatlı, ağır kokulu) yiyeceklerden kaçınılması konusunda bilgi verilmelisi, kokusuz ve temiz bir çevrenin sağlanması, düzenli ağız bakımı uygulanması alınacak önlemler arasında sayılabilir (46-50).

**Dispne:** Kanserli hastalarda şiddetli anksiyeteye yol açan dispne; solunum yolu tıkanması, koyu solunum yolu sekresyonu, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner embolizm, anemi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, hipoksi, anksiyete ya da metabolik nedenlerle ortaya çıkabilir. Temel tedavi öncelikle nedene yönelik

olmalıdır. Opiatlar dispnenin semptomatik olarak rahatlama için en etkili tedavidir. Son dönem hastalarının çoğunluğunun yaşadığı dispne hipoksemik değildir ve oksijen kullanımından semptomatik olarak yararlanacaklarına dair kanıt yoktur. Koyu sekresyonlar için nebulize salin veya bazı durumlar için nebulize opiatlar, standart tedaviye dirençli dispnelerde etkinliğinin olmadığını gösteren çalışmalara rağmen alternatif olarak kullanılabilir (51).

Dispne nedenlerinden olan malign plevral effüzyon tedavisinde, hastanın genel durumuna, yaşam beklentisine, tümörün tipine, tedaviden yanıt beklentisine göre çoğunlukla da semptomatikse tedaviye başlanır. Tedavinin amacı sıvıyı drene etmek, mümkünse plöredezi, ya da uzun süreli drenajı sağlamaktır. Terapötik torasentez tedavide ilk adımdır ve ilk torasentezde 1000 ml'den fazla sıvı drene edilmemelidir. Hastaların %98-100'ünde effüzyon ve semptomlar ilk 30 gün içinde tekrar eder (51).

#### **2.1.8.Ülkemizde Palyatif Bakımın Durumu**

Ülkemizde palyatif bakım konusunun yıllarca üzerinde durulmamış, çok sınırlı sayıda Palyatif bakım merkezi ve az miktarda destek tedavisi merkezi bulunmaktadır. Ağrı merkezi sayısı yüksek ancak çoğu büyük şehirlerde yerleşiktir.

Sağlık Bakanlığınca ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetleri verilmesine imkân sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10/03/2008 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe konulmuş yönetmeliği takiben Sağlık Bakanlığınca bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarda evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönerge ile sağlıkta dönüşüm programı kapsamında; ihtiyacı olan bireylere, eşitlik ve hakkaniyet ilkesi çerçevesinde, evlerinde ve aile ortamında etkin, verimli, güler yüzlü ve insan merkezli sağlık hizmeti sunulması ve tedavi birimlerimizin hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarımızca sunulan evde sağlık hizmetleri;

- Birinci Basamakta Aile Hekimleri, Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi bünyesinde oluşturulan birimler
- İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde oluşturulan Mobil Ekipler

- Hastanelerimiz (2. ve 3. Basamak) bünyesinde oluşturulan Evde Sağlık Hizmet Birimleri tarafından verilmektedir.

Palyatif bakımın erişkin hastalara yönelik ilk “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi” S.B.Ulus Devlet Hastanesi'nde açılmıştır.

Şuan için Türkiye'de uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmeti verilmemekle beraber, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesince mevcut durum analizleri değerlendirilerek PALLIA-TURK adında bir proje hazırlanmıştır. Palyatif bakım 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir (34,52).

**Palya-Türk Projesi:** Birinci Seviyedeki hizmetler toplum temelli olarak aile hekimleri ve evde bakım ile verilecektir. Hastane merkezleri, akut bakım merkezleri olarak birinci, ikinci seviye, üçüncü seviye düzeyinde ve kronik bakım merkezleri ise hospis (destek evi) olarak planlanmış, gönüllüler ve sosyal toplum kuruluşları ise her seviyede sisteme entegre olarak düşünülmüştür.

**I. Seviye Palyatif Bakım Birimini;** Palyatif bakım ayaktan poliklinik hizmetleri ve yine planlaması daha üst merkezlerce yapılmış kemoterapileri uygulanmalarının da verildiği daha perifer bölgelere kurulumu önerilen birimlerdir. Aile hekimleri ve evde sağlık hizmetlerince yönlendirilen hastaları değerlendiren ilk basamak palyatif bakım birimlerindedir.

**II. Seviye Palyatif Bakım Merkezi;** Multidisipliner bir ekip olması, hizmet hastaneleri ile üst role sahip sağlık tesislerine kurulması, düşünülmektedir.( Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır)

**III. Seviye Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi;** Üniversite/ Eğitim ve Araştırma hastaneleri bünyesinde kurulması önerilen bu merkezlerin, alt tedavi gruplarına palyatif bakım konusunda hizmet-içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitim programlarını verebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip olması planlanmıştır. (Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale

getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır)

**Destek Evi (Hospis):** Planlanan projeye göre hospisler; detaylı bakımdan ziyade son günlerinde hasta semptomlarının kontrol edildiği, hasta ve ailelerine kronik hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda her türlü desteği verildiği sağlık tesisleridir. Sağlık Bakanlığı ve Üniversite sağlık tesislerinde küratif tedaviye daha fazla yanıt vermeyen son dönem hastalar ile ilerlemiş kronik hastalığı olan hastaların semptom kontrolünün sağlandığı ev ortamına sahip mekanlar olması planlanmaktadır (34,52).

### **2.1.9.Dünyada Palyatif Bakımın Durumu**

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Dünya genelinde 234 ülkede palyatif bakım hizmetlerinin gelişim düzeyleri belirlenmiştir. Dünya ülkelerinin yarısında palyatif bakım servisleri bulunmaktadır. Ancak bu serviler global nüfusun %88'ine karşılık gelmektedir. 234 ülkenin %33'ünde (78 ülkede) palyatif bakım aktiviteleri bulunmakta, %18'inde (41 ülke) palyatif bakım hizmetleri yapılanma kapasitesinde, % 34'ünde (80 ülke) palyatif bakım yerel servislerle sağlanmakta ve %15'inde (35 ülke) palyatif bakım hizmetleri sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulmaktadır. Bu çalışma sonuçlarının da gösterdiği üzere, dünyanın birçok ülkesinde efektif palyatif bakım hizmetlerine gereksinim mevcuttur (53).

## **2.2. KANSER HASTALARINDA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

### **2.2.1. Epidemiyoloji**

Kanser, erken tanı konularak tedavi edilmediğinde, büyük oranda ölüme yol açan ciddi bir sağlık problemidir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluştururken, tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (54). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedeni ölüm ve 28 milyon kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. Bu veriler, dünyada yaklaşık 28 milyon



kişinin ve ailesinin kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili semptomlar ile baş etmek zorunda kaldığını göstermektedir (55,56).

Kanser, çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini de artırır (57). Kanserli hastalardaki ruhsal bozukluk yaygınlığı %29-47 arasında saptanmıştır(58). Yaygınlık, ilerlemiş hastalığı ve kötü prognozu olanlarda en yüksektir (59-62). Psikiyatrik açıdan görülen tablolar; depresif mizaçlı uyum bozukluğu, majör depresyon, organik beyin sendromu, kişilik bozuklukları, anksiyete bozukluğudur.

En sık görülen psikopatoloji majör depresif bozukluktur (MDB). MDB, kanser hastalarında gözden kaçmaması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve yanıtı, hastalığın şiddetini olumsuz yönde etkiler (57,62). Masie'nin kanser hastalarında MDB ve depresif semptomların prevalansını belirttiği derlemesinde MDB prevalansı %0- 38 ve depresif semptomlar % 0- 58 oranında belirtilmiştir (63). Valente ve ark.'ları ile Bottomley, kanser hastalarının %25'inin hastalığın bir döneminde MDB geçirebileceğini belirtmişlerdir (64,65). Tümör çeşidine bağlı sağkalım şansının azalması ile hastanın depresyonu arasında sıkı ilişki saptanmıştır (66,67). Bu oranlar göz önüne alındığında kanser hastalarında MDB yaygınlığı genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazladır (68).

Alacaoğlu ve ark.'larının kanser hastalarının anksiyete düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada; kemoterapi tedavisinin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği ve özellikle kadın hastaların erkek hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek bir oranda saptandığı belirtilmiştir (69). Tokgöz ve ark.'ları kanser hastalarında depresyon yaygınlığı üzerine yaptıkları çalışmada ise; kanser hastalarında depresyon yaygınlığını %22 olarak saptamış ve kanserli kadın hastalarda erkek hastalara oranla daha yüksek bir oranda saptandığı belirtmişlerdir (57). Doğar ve ark.'larının çalışmasında %23,3 anksiyete, %10 depresyon, %18.3 anksiyete ve depresyon birlikteliği saptanmıştır (70). Her ne kadar genel popülasyonda majör depresyon yaygınlığı kadınlarda daha fazla olsa da kanser popülasyonunda kadın erkek arasında belirgin cinsiyet farklılığı saptanmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (71).

### 2.2.2. Kanser Hastalarında Psikolojik Tepkiler

Depresyon, kanserin sık görülen bir psikiyatrik komplikasyonu ve öz kıyım için önemli bir risk faktörüdür. Kanser hastaları her evrede depresif bulgulara eğilimlidirler. Klinisyenler için, kanser ile ilişkili normal üzüntü veya sıkıntının, depresif bozukluğa dönüştüğü noktanın belirlenmesi önemlidir (61).

Kanser hastasının uyumunda rol oynayan bir dizi tıbbi, psikolojik ve psikosozyal faktör vardır. Bu faktörleri şöyle sıralayabiliriz;

- Hastalığın kendisi, hastalığın tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, seyri, tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri,
- Hastanın hangi yaş döneminde bu hastalığa yakalandığı, yaşına uygun amaç ve projeleri için oluşturduğu tehdit düzeyi (iş, aile, yaş dönemi).
- Hastanın çevre destek sistemleri ve hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar.
- Hastanın genel fiziksel ve psikolojik potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleri.

Hastanın duygusal, davranışsal tepkileri, beklenen ya da normal kabul edilebilecek sınırları aşınca psikiyatrik ve psikosozyal sorunlar baş gösterir.

Hastalar ve aileleri ölüm korkusu, hastalığın doğası ve özellikleri hakkında belirsizlikler gibi acı verici bir duygu ve tecrübelerle karşı karşıya kalırlar. Kanserden etkilenen bireylerin yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerindeki azalma, başkalarına bağımlılıktaki artış ve aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşirler (72). Elizabeth Kübler Ross ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalarda yaşanan psikolojik tepkileri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon, ve kabullenme şeklinde tanımlanan beş evreye ayırarak tanımlamıştır (73).

**İnkâr;** Hastanın ilk tepkisi geçici bir şok olma ve inanmamadır. Daha sonra bu şok yavaş yavaş geçer. İlk şok anı geçmeye başladığında ve yeniden kendisini toparlamaya başladığında insanın yanıtı genellikle “hayır bu bana olamaz” olur (74). Bir anlamda, gerçeği reddederek, olmamış kabul ederek hasta, kendini dayanılmaz kaygıdan korur; bu nedenle, hastaların, psikolojik açıdan önceden hazırlanması ve çevre, sosyal, duygusal desteklerin sağlanarak bunun yavaş yavaş söylenmesi daha

uygun olabilir. İnkâr, bu şok edici haberden sonra hastanın kendisini toplamasına ve zaman içerisinde daha az savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi yapar (74). Bu aşamada hastaya zaman tanımalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailevi desteği sağlanmalıdır (74).

**Öfke;** İlk inkâr evresinden sonra yerine öfke, içerleme duyguları geçer; “Neden ben, neden o değil” (74). İnkâr evresinin tersine öfke evresi aile ve destek ekibi açısından başa çıkması çok zor bir evredir. Bunun nedeni öfkenin her yöne yöneltilmesi ve çevreye neredeyse rastgele biçimde yansıtılmasıdır. Hasta bu dönemde sürekli, yalnızca kendini mutsuz eden şeyler görür. Bu dönemde kaygı, yemeden-içmeden kesilme, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk beklenen tepkilerdir (74).

**Pazarlık;** Eğer ilk dönemde acı gerçeklerle yüzleşme olmadıysa ve ikinci evrede insanlara ve tanrıya öfkelenildiyse, belki de kaçınılmaz olayı ertelemek için bir anlaşma yapılabilir: eğer Tanrı bizi bu dünyadan almaya karar verdiyse ve öfkeli yakarıtlara yanıt vermiyorsa, belki de iyilikle istersek daha olumlu davranabilir. Bu dönemde hasta işbirliği yapar. Tedaviye uyum, gayret gösterme dönemidir (74). Hasta, hastalığı ile ilgili daha çok bilgi edinmeye, umut veren gelişmeleri izlemeye odaklanmıştır, tedaviye uyum ve işbirliği bu dönemin özelliklerindedir. Bu dönem Green’ in ‘’savaşma ruhu’’ diye adlandırdığı dönemdir (75).

**Depresyon;** Hasta artık hastalığını yadsıyamaz hale geldiğinden uzun süren tetkikler ve bunların sonuçlarının beklenmesi, organ kaybı, yeni ameliyatlara girmesi, tekrar tekrar hastaneye yatması, belirtilerin daha da ağırlaşması, hastalığın tekrar etme korkusu, hayat kalitesinin düşmesi gibi birçok nedenlerden dolayı depresyon gelişir. Hastaya uygulanan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri de depresyon gelişiminde rol oynar (76). Eğer üzüntüsünü ifade etmesine izin verilirse, kendi sonunu kabullenmesi daha kolay olacaktır. Bu daha ziyade karşılıklı olarak ifade edilebilen bir duygu yaşanmaktadır ve diğerinin elini tutmak, sırtını okşamak ya da sessizce birlikte oturmak yeterlidir (74).

**Kabullenme;** Bu zamana kadar sağlıklı olanlara hissettiklerini, sağlıklı olanlara duyduğu hasedi ve eceli bu kadar çabuk gelmemiş olanlara duyduğu öfkeyi ifade edebilmiş kişi kabullenme evresine girecektir (74). Hastanın ne öfkeli nede üzüntülü olduğu gözlenir. Kübler-Ros bu dönemi duygusal bir boşluk dönemi olarak tariflemiştir. Bu ayrıca hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gerek duyduğu zamandır. Bu dönemdeki hastalar genelde tek başlarına kalmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez (74).

### **2.2.3.Kanser Hastalarında Anksiyete Ve Depresyon**

Withlock ve Siskind, depresyonla kanser arasındaki olası ilişkiyi şöyle özetlemektedir; öncelikle tanı ve tedavi girişimlerine, tıbbi sürece, ağrıya ve tanının söylenmesiyle kişi tarafından algılanma biçimine karşı gelişen psikolojik tepkiler sonucu depresyon gelişebilir. Ayrıca depresyon henüz tanı konulmamış serebral bir metastazın ilk işareti veya ortaya çıkarılmamış bir primer kanserin belirtisi olarak beyindeki yapısal bozulmaların bir sonucu olabilir. Bunlardan başka endokrin bozukluklar oluşturabilen paraneoplastik bir sendromun sonucu olarak depresyon etiolojisinde rol oynayan endokrin süreçleri bozarak depresyona neden olabilir (77).

Hastalarda ölüm olasılığı ile yüz yüze gelme, beden imajında değişme, girişimsel tedaviler, ağrı ve acı çekme korkusu, aile iş ve toplum rollerinde değişme, elektrolit dengesizlikleri, tümör lokalizasyonu, kemoterapi ve radyoterapi gibi nedenler depresyona yol açmaktadır (71,78-82).

İleri hastalık durumunda ortaya çıkan yorgunluk ve enerji kaybı gibi somatik belirtiler depresyon belirtileri ile karışabilir ancak kanser hastalığında depresyon tanısı değersizlik, ümitsizlik, aşırı suçluluk ve intihar düşüncesi gibi psikolojik ya da bilişsel semptomlara dayanarak konur (83). Kansere karşı hissedilen çaresizlik duygusu, tedavinin yan etkileri ve kanserin yol açtığı fiziksel belirtiler de kanserli bireyler bedenlerini kontrol edemedikleri duygusu yaşatmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı sonucunda ise kişinin öz saygısı düşülebilmekte ve depresyon daha kolay ortaya çıkabilmektedir. Depresyon yaşayan hasta, kendi içine kapanarak sosyal çevresinden

izole olur. Böylece değersizlik hissi yaşayan hasta hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenecek, iş performansında düşme, sosyal izolasyon ve günlük yaşam aktivitelerinde azalma görülerek hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenecektir (84). Anksiyete ve depresyon belirtileri ayrı olarak yaşanabildiği gibi hastalık durumlarında birlikte de görülmektedir (85).

Kontrol edilemeyen ağrı kanserde çok farklı bir anlam taşımaktadır. Ağrı, hasta için her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisidir. Tıbbi durumdan bağımsız olarak hasta olabilecek en kötü yorumu yapar. Akut ağrı ile, sessiz, içe dönük, huzursuz olur. Hastanın ağrısını kesmede yetersiz kalırsa, sıkıntısı artar, tedaviyi ya da hastaneyi terk etme, intihar girişimi gelişebilir. Depresif bozuklukların farkına varılması ve tedavisi, kanser tedavisine uyumu artırır, yaşam kalitesini iyileştirir ve özkıyımı azaltır (86).

Anksiyete kanser tanı ve tedavisinde gelişebilen ve fark edilmediğinde tedavisiz kalabilen bir durumdur (87). Hafif ve orta şiddetten şiddetli anksiyeteye kadar yaşanır ve orta şiddette anksiyete motivasyonu sağlamada yararlı olur (88). Genellikle bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan tehdit ya da tehlikelere karşı yaşanan bunaltı olup; kişiye belirsizlik ve yardımsızlık duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe duygusu yaşatır (89). Kanser hastalarında hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonucu bekleme, hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama anksiyeteye yol açabilir (90).

Kanser hastalarında anksiyete konusu depresyona oranla daha az çalışılmışsa da gözlenme sıklığı giderek artmaktadır (91). Son dönemde kanser hastalarındaki anksiyete insidansı %50'nin üzerinde ve yaklaşık %30'unda da kronik anksiyete vardır (92).

Yıldırım ve ark.'ları meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların anksiyete, depresyon riskinin tanı aşamasından itibaren yüksek olduğunu ve riskin birinci yılda da devam ettiğini saptamışlardır (93). Araştırmacılar hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler, genel yaşam kalitesi ve algılanan sağlık yaşam kalitesi düzeyinin en

fazla operasyon sonrası erken dönemde düştüğünü, operasyon sonrası geç dönemde yaşam kalitesinde sosyal ilişkiler alanı dışındaki diğer alanların puanlarının yükseldiğini bulmuşlardır. Ancak birinci yıldaki puanların operasyon öncesi döneme göre düşük olduğunu ve hastaların tanı aşamasından itibaren psikolojik olarak risk altında olduğunu bildirmişlerdir (93). Çelik ve ark.'ları da takipteki meme kanserli hastalarda duygusal durum, uyku güçlüğü, yorgunluk ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamışlardır (94). Roth ve ark.'larının Prostat kanserli hastalardaki çalışmalarında, anksiyete en sık görülen psikolojik yakınmadır ve irritabilite, depresyon, eski depresyon öyküsü bu tablonun en önemli öngörücüleridir (95).

Anksiyeteyi tetikleyen nedenler arasında; gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonucu bekleme; hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama, enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, beyin metastazları ve özellikle uygulanan tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, steroidler, antiemetikler vb) yer almaktadır (96-98). Kanser hastalarında anksiyete düzeyini belirleyip azaltmanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir (13).

### **Kanser Hastalarında Anksiyete Tipleri;**

**Akut Stres Bozukluğu;** Posttravmatik stres bozukluğundaki semptomlar, travmatik olaydan hemen sonra başlarsa ve bir aydan daha kısa sürerse, akut stres bozukluğu olarak isimlendirilir (33). Kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur. Kişinin başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığını gösterir. Kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur: otuz günden kısadır. Bu dönemde benzodiazepinler kullanılabilir (99).

**Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB);** Akut stres bozukluğu 30 günden uzun sürdüğünde tanı TSSB olarak değişir. Kanser tanısı almak TSSB'ye yol açabilme kapasitesi taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır (100). TSSB'nin akut (3 aydan kısa süren), kronik (3 aydan uzun süren), gecikmiş (olaydan 6 ay sonra başlayan) ve tekrarlayıcı (ilk olay kadar şiddetli olmasa da ilk olayı hatırlatan durumlarda belirtilerin alevlenmesi) şeklinde tipleri vardır (101).

Kanser hastalarında TSSB %6-19 oranlarında saptanmıştır (100). Kanser hastaları ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler sonrası şimdiki TSSB oranları %1,9-50, yaşam boyu TSSB ise %3-35 oranlarında bildirilmektedir (100,102).

Tokgöz ve arkadaşları, kanser hastalarında TSSB yaygınlığını %19 olarak saptamışlardır (100). Araştırmaya katılan hasta grubunda TSSB görülme sıklığı ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yerleşim yeri, çocuk sahibi olma gibi değişkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak kemoterapi alan hastalarda, almayanlara göre TSSB oranı daha yüksektir. Kansere bağlı TSSB tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılabilir (99). Tekrarlayan düşünce, yaşantı ve aşırı uyarılmışlık durumlarında sedatif özellikli antidepresan ilaçlar ve anksiyolitikler kullanılabilirken, psikoterapinde TSSB tedavisinde önemli bir yeri vardır (99).

**Diğer Anksiyete Bozuklukları;** Bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 TSSB tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir (103). Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu anksiyete belirtileri hastalığın doğrudan fizyolojik sonucu olduğunda konulan bir tanıdır. Bazı karsinoid ve endokrin tümörler buna örnek verilebilir (99). Ağrıya eşlik eden anksiyete tablosu en iyi analjezik ilaçlar ile tedavi edilebilir (104).

#### **Kanser Hastalarında İlaça Bağlı Anksiyete Bozukluğu**

Bronkodilatatörler, steroidler, metoklopramid gibi antiemetikler anksiyeteye sebep olabilirler. Ensefalopati ve deliryuma sebep olan ilaçlar eş zamanlı olarak anksiyeteye de neden olabilir. Bu durumda tedavi için benzodiazepinler ya da düşük doz antipsikotik ilaçlar kullanılabilir (104).

#### **2.2.4. Anksiyete ve Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri**

Kanserde anksiyeteyi etkileyen risk faktörlerini üç ana grupta toplayabiliriz;

- Tıbbi Faktörler; Kanser tipi, evresi, seyri, ağrı, bulantı gibi semptomlar,
- Psikolojik Faktörler; Daha önceki uyum, baş etme yetenekleri, olgunluk düzeyi, yaşı, yaşam düzeyi, amaç ve beklentilerini geliştirebilme gücü, narsistik amaçlar,

· Sosyal Faktörler; Aileden, bakım verenlerden, arkadaşlarından, duygusal, psikososyal destek görebilme derecesi (79,82,105).

Depresyonun gelişimi açısından etkili olan risk faktörleri;

- Genç olmak, kadın cinsiyet,
- Hastalıkta; yetersiz ağrı kontrolü, ileri evre hastalıkları, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, hastalığın nüks etmesi gibi faktörler,
- Öz saygının düşük olması, fazla duygusallık ve stres, kötü fiziksel şartlar,
- Birey ya da ailede depresyon,
- Madde kullanımı öyküsü (47,106).

Kanser hastalarında anksiyete düzeyini belirleyip azaltmanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir (107).

### **2.2.5.Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Tedavi Prensipleri:**

**Farmakolojik Sağaltımlar:** Antidepresan seçimi, hedef belirtiler, hastanın tıbbi durumu ilaç yan etki ve etkileşimlerine göre yapılır. TSA'lar kardiyak sorunu olmayan hastalarda, düşük bir dozda (10-25 mg) başlanıp, yarar elde edilene dek 1-2 günde bir 25 mg arttırılabilir. Bir çok nedenle deprese kanser hastaları TSA'lara bedensel açıdan sağlıklı kişilerle (150-300 mg/gün) karşılaştırıldığında çok daha düşük dozlarda (75-125 mg/gün) yanıt verirler. Belirtilerin gerilemesinden 4-6 ay sonra doz azaltılarak kesilebilir. Mirtazapin ve trazodon düşük dozlarda güçlü sedasyon yapar, insomnisi olan deprese hastalarda kullanılabilir (106).

SSRI'lar daha az toksik olmaları ve yan etkilerinin daha az oluşu ile son yıllarda kanserli hastalarda yoğun olarak kullanılmaktadırlar. Antikolinergik ve sedatif yan etkilerinin olmamasına karşın, başlangıçta anksiyete artması, mide ve barsak yan etkileri, bulantı, iştahsızlık sorun olabilir. Yan etkiler genellikle bir iki haftada geçer. Antidepresanların kullanılmadığında psikostimülanlar kullanılabilir. Düşük doz metilfenidat iyilik halini oluşturup, yorgunluğu azaltıp iştahı arttırabilir (106).

**Psikoterapiler:** Bir yaşam krizi olan kanser yalnızca tıbbi tedavilerle içinden çıkılamayacak kadar karmaşık durumlara yol açar. Seçilecek terapi yöntemleri, fazla zaman alıcı olmayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde aile ve tedavi ekibini de içeren özellikte olmalıdır. Terapilerde amaç, hastanın zedelenmiş



olan benlik değerini yeniden kazanmasına yardım etmek, yanlış anlamaları düzeltip, yeni bir yaşam dengesi kurmasını desteklemektir. Kayıpları kabullenmeye ve yeni bir yaşam planı oluşturmaya yardım edilir. Hastanın, krizle mücadelede kendine özgü başa çıkma yollarını geliştirmesi desteklenir (118).

### **Kanser Hastalarında Anksiyete Bozukluklarının Tedavi Prensipleri:**

Anksiyolitik ilaçların başlangıç dozu, anksiyetenin şiddeti, hastanın tıbbi durumu ve kullandığı diğer ilaçlara göre belirlenmelidir. Kanser hastalarında anksiyete bozukluğunun farmakolojik tedavisinde en sıklıkla benzodiazepinleri kullanılır. Diazepam gibi uzun etkili benzodiazepinler günde 2 kez verilirken, daha kısa etkili günde 3-4 kez verilebilir. Eğer anksiyete ilaca cevap vermezse aynı gruptan başka ilaca geçmeden önce doz hastanın tolere edebildiği doza dek çıkarılmalıdır. Akut ve kronik anksiyetenin tedavisinde, benzodiazepin ile yeterli sonuç alınamazsa veya bilişsel konfüzyon, erken deliryum olasılığı olduğunda, antipsikotikler düşük dozda (thioridazine 10-50 mg) kullanılabilirler. Solunum güçlüğü olan hastalarda, benzodiazepinler değil, antihistaminik ilaçlar tercih edilmelidir. Beta-blokerler (propranolol), trisiklik antidepresan (imipramin) tıbbi kontrendikasyon yok ise panik ve fobik tablolarında kullanılabilir (119). TSSB tedavisinde SSRI'lar ön plandadır.

## **2.3.DEPRESYON**

### **2.3.1. Tanımı Ve Sınıflandırması**

Depresyon sözcüğü; bunalım, çöküntü, ruhsal veya bedensel düşkünlük durumu, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Depresyon kederli ve karamsar duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama ile karakterize, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama, iştah ve uyku düzensizlikleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (108).

MDB tanı ölçütlerinin 2 yıl ya da daha uzun süre tam olarak karşılanması halinde kronik depresyondan söz edilir. Depresif belirtilerin belirli bir mevsimde düzenli olarak başlaması ve düzelmesi şeklindeki örüntü mevsimsel affektif

bozukluk olarak isimlendirilir. Depresif atak doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlarsa post partum depresyon, depresyon atağında varsanı ve sanrılar şeklinde psikoz belirtileri görülürse, psikotik özellikli depresyon olarak isimlendirilir. Katalepsi, katatonik eksitasyon, negativizm ve stereotipiler gibi katatonik özellikler varlığında katatonik depresyon olarak isimlendirilir. Duygudurumun tepkisel oluşu, aşırı uyuma, aşırı yeme, insanlar arası ilişkilerde reddedilme duyarlılığı, atipik özellikli depresyon olarak adlandırılır. Tepkisel olmayan duygudurum, anhedoni, kilo kaybı, suçluluk, psikomotor retardasyon ve ajitasyon, duygudurumun sabah kötüleşmesi, sabah çok erken uyanıp yeniden uyuyamama gibi belirtilerle seyreden alt tip ise melankolik depresyon olarak isimlendirilir (109).

MDB bireyde yol açtığı yeti yitimi ve toplumda çok yüksek mali yitimlere neden olmasıyla öne çıkmaktadır. Tek uçlu depresyon gelişmiş ülkelerde yeti yitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmekte ve tüm dünyada ise dördüncü sırada bulunmaktadır (110). MDB 2020 yılında tüm dünyada en önemli ikinci yeti yitimi nedeni olacağı kabul edilmektedir (111). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi'ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi kapsamında ise en fazla yeti yitimi yaratan hastalık olarak tek uçlu depresif hastalık saptanırken, yine üretken çağ olan 15-59 yaş aralığında tek uçlu depresif hastalık ilk sıradadır (112).

### **2.3.2 Epidemiyoloji**

Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülen MDB orta yaşlarda (20-40 yaş) daha sık izlenen bir hastalıktır. MDB için yaşam boyu risk erkeklerde % 5-12, kadınlarda % 10-25 olarak; nokta prevalansı erkekler için % 2-3, kadınlar için % 5-9 arasında değişmektedir (113). Weismann ve ark.'nın yaptığı ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında MDB yaşam boyu ve yıllık yaygınlığı sırasıyla %4,9 ve %2,7 olduğunu bildirmiştir (114). Kessler'in NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranları daha yüksektir (%17,1, %10,3)(115). Kessler ve ark.'nın yaptıkları NCS-R çalışmasında ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranları sırasıyla %16,2 ve %6,6 dır (116). Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı Küey ve Güleç'in tespit ettiği sonuçlara göre toplum içinde klinik düzeyde

depresyon prevalansı % 10 dolayındadır (113). Doğan ve ark.'nın 1995'deki çalışmasında (% 8-20) olarak diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur (117).

### 2.3.3. Major Depresif Epizod İçin DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

- Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür kendini boşlukta hisseder yada umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür)

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.

- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).
- Diyet yapmıyorken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin, ayda, vücut kilosunun % 5" inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması).

Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.

- Neredeyse her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.
- Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)
- Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
- Neredeyse her gün, değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının (sanrısız düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).
- Yineleyen ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not. A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (örn. Yas, batıklık, parasal çöküntü), doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilme ve önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminde de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün de yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

E. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

- Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (118).

#### **2.3.4. Depresyon Tedavisi**

Depresif bozuklukların tedavisi öncelikle doğru tanı konulması ve tedavi amaçlarının belirlenmesini içerir. Bu amaçla David J. Kupfer tarafından depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili ortaya konulan tanımlar, yanıt (response), düzelmeye

(remission), iyileşme (recovery), depresme (relapse), yinleme (recurrence)'dir. (119,120).

Depresyon tedavisinde ana hedef düzelmeyi (remisyon) sağlamaktır. Düzelmeye ulaşma, yinleme oranlarını azaltması, işlevselliğin artması ve yaşam kalitesinin artması açısından önemlidir. Tam remisyonla giren hastalarla kıyaslandığında kısmi remisyonla olanlarda, kalıntı belirtileri devam edenlerde depresme riskinde artma, ataklar arası süresinde kısalma, iş ve sosyal işlevsellikte bozulma ve intihar riskinde artış gözlenmektedir (121-124). MDB tedavi algoritmasında birinci basamak tedavi seçeneği olarak SSRI ve SNRI'ları içermektedir. Etkinlikleri kanıtlanmış olsa da (125) yeterli doz ve sürede hastaların %30-45'inin kısmi yanıt gösterdikleri veya hiç yanıt vermedikleri bildirilmiştir (126). Ayrıca semptomlarda yatışma iki üç haftadan önce gözlenmemekte ve 10-14 hafta sonunda hastaların yalnızca %28'i tam düzelmeye ulaşabilmektedir (127). Bu bağlamda yeni tedavi seçenekleri devreye girmektedir. Tedaviye dirençli depresyon kavramı iki farklı antidepresana yanıt alınamaması olarak tanımlanmıştır. Bu durumda, aynı gruptan başka bir antidepresana geçiş, farklı gruptan antidepresana geçiş, farklı gruptan antidepresanların birlikte kullanımı, lityum, tiroid hormonu, pindolol, triptofan, buspiron, antikonvülzanlar, dopaminerjik agonist ve psikostimulanlar ile güçlendirme stratejisi, ve elektrokonvülsif tedavi seçenekler olarak karşımıza çıkar (128,129).

**Depresyon Tedavisinde Yanıt;** Yanıt hastanın başlanan tedaviyle düzelmeye göstereceğinin ön belirtisi olarak ölçülmesi gereken bir değişkendir. Başlangıç puanına göre ölçek puanında en az %50 azalma sağlanması olarak tanımlanmaktadır (7).

**Depresyon Tedavisinde Düzelmeye Tanımı;** Hastanın tüm belirtilerinin düzelmeye hedeflenirken, normal sağlıklı toplumda da bazı depresyon belirtilerinin bulunabileceği göz önünde bulundurulmaktadır. Düzelmeye ölçütü olarak ölçeklerde kesme puanı hesaplaması en çok tercih edilen yöntemdir. Belirlenen kesme puanının altına düşen hastaların düzelmiş kabul edilmesidir. Örneğin; Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinde 7 veya 8 puanın altına düşmek düzelmeye olarak tanımlanmaktadır (6,7).

## **Depresyonun Ve Tedavisinin Seyrinde Kullanılan Ölçekler**

Depresyonun değerlendirilmesi ve şiddetinin ölçülmesinde kullanılan ilk ölçeklerden birisi olan Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği depresyonun tedavisinde giderek yaygınlaşan TSA etkinliğinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili çalışmalarda en yaygın olarak kullanılan ölçekler arasında Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, CES-Depresyon Ölçeği bulunmaktadır. Türkçeye uyarlanmamış diğer ölçekler arasında ise en yaygın kullanılanı Depresif Belirti Envanteri ve Seri Depresif Belirti Envanteri (Quick Inventory of Depressive Symptomatology) bulunmaktadır. Bu ölçeklerin depresyonu değerlendirme açısından birbirleriyle karşılaştırmalı korelasyonları yapılmıştır. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği ve Klinik Global İzlenim ölçeklerinin antidepresan çalışmalarından elde edilen verilerine göre yapılan çözümlerinde bu ölçeklerin orta düzeyde etki büyüklükleri gösterdikleri saptanmıştır (130). Aynı grubun aynı yöntemle aynı karşılaştırdıkları bir tekrar çalışmasında ise Hamilton Depresyonu Derecelendirme ölçeği ve Klinik Global İzlenim ölçeklerinde orta düzeyde etki büyüklüğü elde edilirken, Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinde iyi düzeyde etki büyüklüğü bulunmuştur (131).

**Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği:** İlk kez 1960 yılında Hamilton (132) tarafından geliştirilen ölçek dilimize Akdemir ve ark. (133) tarafından uyarlamıştır. Ölçeğin ilk geliştirilme motivasyonu o dönemde yaygın olarak kullanılan TSA'ların etkilerinin ölçülmesidir. Yanıt için ölçek puanında %50 azalma kabul görmüş ve düzelme için ise 7 puan ve altına düşme ölçüt haline gelmiştir. MD dönemin tedavisinde düzelme sağlama hedefi olarak belirtilerin giderilmesinin yanı sıra işlevselliğin geri kazanılması belirlenirse, Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinde 5 ve altı puan bu hedefi tutturmaktadır gibi görünmektedir (134).

**Tedavi süresi:** Çoğu antidepresif ilacın etkinliği 1-3 hafta içinde başlar. Bu süre içinde, uykuda, iştahta, duygudurum ve toplumsal etkinliklerde düzelme başlar. Etkin olup olmadığına karar verirken 4- 6 haftalık süre zorunludur. Bu süre içinde olumlu

yanıt alınmadıysa aynı ilaçta ısrar edilmemeli, tedaviye yanıt alınan durumlarda, düzelmeden sonra 6-12 ay tedaviye devam edilmelidir. 6-12 aylık sürdürme döneminin ardından ilaçlar aylar içinde azaltılarak kesilmelidir. MD uzun süreli seyri genellikle kötüdür. Tekrarlayan depresyonu olanlarda yeni bir atak olasılığını azaltmak amacıyla yapılan bir yıl ya da daha uzun süreli profilaksi amaçlı tedaviye idame tedavi denilmektedir (135,136).

SSRI'ların bırakılmasıyla uyku bozuklukları, anksiyete, gastro-intestinal sistemle ilgili değişiklikler olabilmektedir. TSA ve heterosiklik antidepresanların dozlarınının 3 ayda bir 1/4 oranında azaltılması, uzun yarı ömrü olan fluoxetin gibi ilaçların güneşirı, 3 günde bir verilmesi gittikçe artan sürelerle uygulanarak kesilmesi önerilmektedir

### **Depresyon Tedavisinde İlaç Seçiminde Genel İlkeler**

Etkinlik, yan etki profili ve ilacın güvenilirliği antidepresan ilaç seçerken ilaçla ilgili gözönüne alınması gereken özelliklerdir SSRI ve SNRI ilaçlar, TSA ve MAOI'lerine göre daha iyi yan etki profiline sahiptir ve birçok olguda etkinlik açısından bu ilaçlarla karşılaştırılabilir düzeydedir. Yan etki profili, klinik etkinlik, uzun süre kullanımda güvenilirlik gibi ölçütler gözönüne alındığında trisiklik antidepresan ilaçlar öncelikle seçilmemeli, dirençli olgularda ek ilaç olarak veya tek başlarına kullanılmalıdır. Tianeptin, mirtazapin, moklobemid gibi ilaçların cinsel işlev bozukluğu açısından daha güvenilir olduğu unutulmamalıdır. İlaç seçiminde vurgulanması gereken bir noktada sitokrom izoenzimleri nedeniyle olan ilaç etkileşmeleridir (137, 138).

## **2.4. ANKSİYETE**

### **2.4.1. Anksiyete Tanımı**

Anksiyete duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı, bunaltı hali, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim durumudur. (74). Anksiyete bozukluğu ise anksiyete bağlı belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu anlamındadır (139). Çarpıntı, nefes almada zorluk, boğuluyormuş gibi hissetme, hızlı hızlı nefes alma, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı,

heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktı gibi hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır. Anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt edebiliriz (140).

Normal anksiyete, insanda biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında olaydan kaçma veya savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (141). Ancak ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de anksiyete ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir (142).

Patolojik anksiyete hastalar tarafından, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, ölüm ve çıldırma korkusu, saçma korkular, bedenini yabancı olarak algılama, rahatsız edici saplantılar, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü gibi bedensel semptomlar ile kendini gösterebilir (143). Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Genellikle, bu belirtilere kendi bilgi ve becerisiyle karşı koymaya çalışır. Sorunu aşmakta zorlandığında, belirtilerin üstesinden gelemediğinde tedavi için başvurabilir (143).

#### **2.4.2. Anksiyete Epidemiyolojisi**

Anksiyete bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmekte ve genel nüfustaki yaygınlık oranı % 4-6 olarak bilinmektedir. Prevalans oranlarının erkeklerde bir yıllık % 2, yaşam boyu % 3,6 olduğu ve kadınlarda bir yıllık % 4,3, yaşam boyu % 6,6 olduğu saptanmıştır (144). Anksiyete bozuklukları nüfusun % 15'inden fazlasını etkilemektedir (145).

#### **2.4.3. Anksiyete Bozukluklarında Sınıflama**



Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması anksiyete bozuklukları sınıflaması; (146);

- Agorofobi olmadan Panik Bozukluk
- Agorofobi ile birlikte Panik Bozukluk
- Panik bozukluk öyküsü olmadan Agorofobi
- Özgül Fobi
- Sosyal fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Akut Stres Bozukluğu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

#### **2.4.4.Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Devam eden bir bozukluk olan yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)'nin temel özelliği, bir takım olaylar ve faaliyetler ile ilişkin olarak hemen her gün görülen aşırı anksiyete, korku ve gergin bir bekleyiş olmasıdır. Bireyin denetleyemediği bu duruma ayrıca, huzursuzluk, heyecanlanmak, dikkatini toparlayamamak, kolay yorulmak, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bir takım belirtiler de eklenmiştir (11).

YAB, kaygı ve kuruntuya eşlik eden en az altı ay süreyle, hemen her gün bir dizi olay veya faaliyetle ilgili olarak aşırı endişe ve üzüntü ile endişe, kolay yorulma, kolay yorulma, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi altı belirtiden en az üçünün bulunması olarak tanımlanmıştır (147).

Hastalar, psikiyatri dışındaki hekimlere başvurdıklarından, YAB aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Klinisyenler, çoğu zaman hastalığın ciddiyeti ve kronik gidişatının farkında değildirler. YAB, "endişeli" olmanın yanı sıra; anksiyetenin her zaman hissedilmesidir (148).

YAB, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı sıkıntı, kaygı ve endişenin yaşandığı, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorlandığı ve yaşanan kaygı ve endişe nedeniyle kişinin işlevselliğinin bozulduğu bir anksiyete bozukluğudur (149-151). YAB'nun temel belirtisi kaygı, sağlıklı insanlara göre daha yoğun, uzun süreli, kontrol edilemez şekilde yaşanan, diğer anksiyete ve depresif bozukluklarda da görülen bir semptom olduğu halde YAB'nda tanımlayıcı özelliştir (152). YAB'nda yaşanan kaygıyı patolojik yapan; aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanması ve kişinin küçük sorunlarda bile aşırı kaygı yaşamasıdır (153). Kanseri hastalarda bulgular görece kısa bir süre zarfında gelişebilir ve tanı koymak için altı ay beklemektense, semptomatik olarak tedavi edilmesi gerekebilir (154,155).

#### **2.4.5. YAB'nun DSM-V Tanı Kriterleri**

A. En az 6 ay sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü ( ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

NOT: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe( huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması

4. Kolay kızma

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin(örn: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn: hipertroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (155).

#### **2.4.6.Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi**

Anksiyeteye genel yaklaşımda tıbbi bir sebep, madde toksin ya da ilacın etkisi, belli bir durumda ortaya çıkıp çıkmadığı, sorunun özellikleri, mevcut ve eski başa çıkma yolları, tetikleyen faktörleri, sonuçları, sorunu arttıran ve azaltan durumlar, hastanın soruna yorumu değerlendirilmelidir (156).

YAB'nun tedavisinde ilaç tedavisi, davranışçı ve bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitimi gibi tedavi yöntemlerinin faydalı olduğu görülmüş ancak birbirlerine üstünlüğü yeterince araştırılmamıştır (157-159). YAB' nun tedavisi için gereken ilaçların seçimi ve tedavinin yöntemi önemlidir. Psikiyatrik değerlendirmede depresyon, psikoz veya diğer psikiyatrik durumların ayırt edilmesi önemlidir. Anksiyeteyi artırabilecek ürünlerden uzak durulması öğütlenmelidir. Mümkünse kafein içeren gıdalar ve çikolata diyetten kaldırılmalıdır (144,160). Psikorstimülanlar, teofilin, dekonjestanlar, esrar, kokain, ve alkol kullanımı önlenmelidir. Hastanın alkol ve madde kullanımını gizleyebileceği akılda tutulmalıdır. Bunun dışında kalan ve anksiyeteye yol açabilecek tüm tıbbi durumlar dışlandıktan sonra anksiyete tedavisine geçilir (159).

Günümüzde YAB için Amerika Birleşik Devletleri' nde FDA(Food and Drug Administration) tarafından onaylanmış, benzodiazepinler, buspiron, venlafaksin olmak üzere üç ilaç bulunmaktadır Ayrıca  $\beta$  adrenerjik antagonistler, hidroksizin ve ondansetron gibi bazı ilaçlarda kullanılmaktadır (160,161).

**Psikolojik tedavi:** YAB' unda orta şiddette anksiyetesi olan hastalara farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri uygulanabilir (162,163). Dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımları önemlidir (160,162,164).

**Farmakolojik tedavi:** Farmakolojik tedavi, anksiyetesi işlevsel bozukluğa yol açan hastalar için tercih edilmelidir. Araştırma neticeleri YAB'lu hastalar için henüz ideal bir tedavi süresi konusunda sonuç vermemiştir (164).

**Benzodiazepinler:** En sık kullanılan anksiyolitikler benzodiazepinlerdir (165-169). Bütün benzodiazepinlerinler gama-aminobutirik asit (GABA)/benzodiazepin (BZ) kompleks reseptörü ile etki etmekte, sedasyon etkisi yaratmaktadır. Benzodiazepinler endişeyi azaltmamakta, tetikte olmayı azaltarak anksiyetenin azalmasını sağlamakta ve kas gerginliği gibi bedensel belirtileri ortadan kaldırmaktadır (164). Benzodiazepinlerden triazolam ve midazolam gibi yüksek potanslı benzodiazepinlerde antegrad amneziye (yeni öğrenilen bilginin unutulması) sebep olabilir (166). Sedasyon, ve bellek kaybı gibi etkileri tolere edebilme bir kaç hafta içinde gelişir. Buna rağmen anksiyolitik etki daha geç kaybolur (164,168). Benzodiazepin tedavisi 2 mg başlanabilir. Günlük etkin tedavi dozu 15-25 mg olarak kabul edilmektedir. Doz belirtiler kaybolana veya yan etkiler ortaya çıkana yada 40 mg'lik günlük doza ulaşılan kadar, iki veya üç günde bir günde 2 mg arttırılabilir (165,167). Sedatif ve psikomotor etkilerine tolerans geliştiğinde antianksiyete etkisine de tolerans geliştiği bildirilmesine rağmen, bununla ilgili çok az çalışma bulunmaktadır (170,171). Yaşlı hastalarda, benzodiazepine mümkün olan en düşük dozda başlanmalı ve yavaş yavaş doz arttırılmalıdır (172). Oksazepam gibi kısa yarı ömürlü ajanlar kolayca metabolize edilir ve daha az sedasyona sebep olur. Bu ajanlar yaşlı ve karaciğer rahatsızlıkları olan hastalarda kullanılmalıdır..

Klonazepam gibi uzun yarı ömürlü ajanlar, eşlik eden başka tıbbi sorunları olmayan genç hastalarda olan hastalarda kullanılmamalıdır (165,173). Benzodiazepinlerin tamamı bağımlılığa yol açabilmektedir. Bu sebepten ilaç kullanımı bırakıldığında yoksunluk belirtileri ortaya çıkabilir. Bağımlılık riski dozun yüksekolmasına ve tedavi süresinin uzamasına bağlı olarak artmasın rağmen benzodiazepinlerin, YAB'nda üç ay süreyle etkin dozda kullanıldığında yarar sağladığı belirtilmiştir (165,168). Çabuk ve etkili yanıt alınan hastalarda, 6 hafta içinde tedavi azaltılarak sonlandırılabilir. Yetersiz yanıt alınanlarda ise 6-12 ay süreyle kullanılabilir.

**Buspiron:** Buspiron 5-HT<sub>1A</sub> reseptörlerine parsiyel etki yoluyla serotonin sistemi üzerine etkilidir. Ayrıca dopamin 2 reseptörlerine afinitesi vardır ve hipokampal A10 nöronları üzerine etkilidir. Terapötik etkilerine karşı tolerans gelişmez (174). Genelde buspiron benzodiazepinlere oranla daha az sedasyona sebep olur ve psikomotor işlevi azaltmaz. MSS depresanları ile çapraz tolerans geliştirmez, alkolle etkileşimi yoktur. Yan etkileri sersemlik, baş ağrısı, bulantı, sinirlilik ve parastezidir (175). Buspironun yarı ömrü kısadır. Bu nedenle günde 2-3 kez, bölünmüş dozlarla verilmelidir. Buspironun kullanım dozu 2-3 hafta süresince terapötik etkisi görülene kadar 30-60 mg/gün olup, doz 90 mg/gün'e kadar çıkılabilir (178).

**Antidepresanlar:** Kabul edilen ajanlar doksepin, imipramin, nefazodon, paroksetin ve venlafaksindir (176-179).

**Venlafaksin:** Venlafaksin'in anksiyete düzeyini belirgin düzeyde azalttığı ve plasebo kontrollü bazı çalışmalarda da venlafaksin'in depresyonlu hastaların anksiyete belirtilerinde düzelme sağladığı bulunmuştur (180,181). Venlafaksin Amerika Birleşik Devletleri'nde anksiyolitik ve antidepresan olarak adlandırılan ilk ilaçtır; buna bağlı olarak, major depresyonu veya YAB olan hastaların tedavisinde veya bunların komorbid olduğu zamanlarda tercih edilmesi önerilmektedir (109,176).

**Tedavi süresi:** YAB' nun tedavi süresi için bazı araştırmacılar en düşük etkin dozda tedavi yapılmasını ve 6 aylık aralıklarla ilacın kesilerek yeniden değerlendirilmesini önermektedirler (33,83,178).

#### **2.4.7. Diğer Anksiyete Bozuklukları**

##### **Panik Bozukluk**

Panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %1.5-3 arasında değişirken, panik atak için bu oran %3-4'tür. Kadınlarda ve genç erişkinlerde daha sık görülür (182). Panik atağının öğrenilmiş bir tepki olduğuna ilişkin kuram ve bulgularla birlikte, paniğin psikolojik açıklamasının yetersiz olan ruhsal savunma mekanizmaları olduğu görüşü kabul görmüştür. Panik atağının görünürde bir sebebi yoktur ama panik

bozukluk sürecinin başlangıcı genellikle çevresel veya psikolojik faktörler bulunmaktadır (183).

Panik ataklardan en az birini, bir ay veya daha uzun bir süreyle başka atakların olacağına ilişkin bunların yol açabilecekleri ya da kurgulanan sonuçlarıyla ilişkin beklenti anksiyetesi izler ve ilişkili davranış değişiklikleri olursa panik bozukluğu tanısı konur. Agorafobi, tehlike halinde kaçmanın zor olabileceği veya yardım sağlanamayacak yerlerde bulunmaktan anksiyete duymaktır. Agorafobi, tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma, sırada bekleme, otobüse binme olarak belirtilebilir (182,184).

Panik bozuklukta tedavi düşük doz SSRI'larla başlar. Yanıt alana kadar doz yavaş yavaş arttırılır. Tedavi yaklaşık bir yıldır ve ilaç yavaş yavaş kesilmelidir. Benzodiazepinler, anksiyete başlangıçta şiddetli olması, tedavi uyumunun bozulma riski varsa ve sadece çok acil durumlarda düşük doz, iki-dört hafta kullanılabilirler (185,186).

### **Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)**

Obsesyon (saplantı) tekrarlayıcı ve zorlayıcı düşünce, duygu, fikir ya da histir. Kompulsiyon (zorlantı) ise sayma, kontrol etme ya da kaçınma gibi bilinçli, tekrarlayıcı düşünce ya da davranıştır. Obsesyonlar kişinin anksiyetesini artırır, kompulsiyonlar anksiyetesini azaltır. Kişi obsesyonların ve kompulsiyonların mantıksız olduğunu bilir, ancak obsesyonların gelmesini engelleyemez ve kompulsiyonları tekrarlamaktan kendini alıkoyamaz (187). OKB hastalarının birinci derece akrabalarının %35'inde OKB vardır (17). Birinci seçenek olan SSRI'lar ve klomipramin tedavide tek başına %60 etkilidir.

### **Sosyal Fobi**

Sosyal fobi kendini sosyal ortamlarda ya da performans gösterilmesi beklenen durumlarda, bireyin, aşağılanmasına veya utanç duymasına sebep olabilecek bir davranış göstereceğine ilişkin belirgin ve inatçı bir korku duymasıdır. Bu korku ve sonucunda oluşan kaçınma davranışları, kişinin iş, sosyal ve özel yaşamını kısıtlamaktadır. Fizyolojik belirtileri diğer anksiyete bozukluklarının belirtilerine benzeyen, belirgin yeti yitimine sebep olan kronik bir hastalıktır. Sosyal fobide en

çok görülen bedensel yakınmalar; çarpıntı, titreme, gerginlik, midede rahatsızlık hissi, ağız kuruluğudur (182,188,189).

Anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve komorbid durumları tedavi etmek esastır. Spesifik tipte performans kaygısı için, 30 dakika önce propranolol 10-40 mg kullanılabilir. Yaygın tipinde SSRI'lar etkilidir. (185,186).

### **Özgül Fobi**

Korkulan nesnelere ve durumlar hayvanlar, fırtınalar, yükseklik, hastalık, yaralanma ve ölüm olabilir. Alt tipler bunların baskın alanına göre; hayvan tipi, doğal çevre tipi, kan-enjeksiyon-yara tipi, durumsal tip ve diğer tiptir. Fobik uyaranlarla karşılaşma veya karşılaşma beklentisi ile aşırı veya anlamsız, belirgin ve sürekli korku başlar, hatta panik atağı biçimini alabilir. Kişi korkusunun aşırı veya anlamsız olduğunu bilir (189).

### **Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)**

Üstesinden gelinemeyen travmatik bir olayın, çaresizlik ve dehşet duygusu, yoğun korku, uyandıracak şekilde yeniden yaşantılanması ve travmaya dair uyaranlardan kaçınılmasını içeren bir bozukluktur (190).

PTSB için travma olmalıdır ama her birey travmatik olay arkasından PTSB yaşamaz. Travmanın şiddeti, yinelenmesi, çocukluk travmasının varlığı, kişinin destek sisteminin yetersizliği, genetik yapısal yatkınlık, aşırı alkol alımı PTSB gelişimini kolaylaştırır (15,182). Farmakolojik tedavide ilk seçilecek ilaç grubu SSRI'lardır. Yanıt için sekiz hafta beklemek ve bir yıl tedaviye devam etmek gereklidir. En iyileştirici tedavi etmeni, güven veren bir hasta doktor ilişkisidir (185,191).

### **3.MATERYAL-METOD:**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Kesitsel tipte tasarlanan araştırma tek grup üzerinden yapılmış olup, kontrol grubu alınmadı.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri, Süresi ve Örneklemi**

Araştırma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 15 Aralık 2013 - 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında, Kanseri Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde yatarak tedavi görmekte olup, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla yapıldı. Aylık yatan hasta sayısı üzerinden hesaplama yapılmış olup, altı aylık sürede, araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hasta araştırmaya dahil edildi.

#### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki form kullanıldı. Bu formlar;

1-Sosyo-demografik veri formu,

2-Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS).

**Sosyodemografik veri formu;** Çalışmanın amaçlarına yönelik sosyo-demografik bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan form kullanıldı (EK-I).

**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS):** Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek hastayı kaygı ve depresyon yönünden değerlendirmek amacıyla kullanılır (192,193).

HADS ölçeği toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyete ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve ark.'larının yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda HADS anksiyete skoru (HAD-A) için kesme puanı 10/11, HADS depresyon skoru (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. HADS'de anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir (192-194) (EK-II).



### **3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veri toplama işlemi bireylere araştırmacının kimliği tanıtılarak, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek ve yazılı onamı alınarak yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle kanser hastalarından (n=105) toplandı. Görüşme sırasında hastaya uygun zaman belirlenmiş ve bütün sorular tek tek araştırmacı tarafından sorularak 20 dakika süre içerisinde uygulandı.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizi IBM Statistics Version 22 paket programında %95 güvenle yapıldı. Değişkenler tablolarda Ortalama±Standart Sapma ile n ve % şeklinde özetlenerek gösterildi. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test ve Ki-Kare trend; sürekli değişkenlerin parametrik özellik göstermesine göre iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Independent Sample t test ve Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda One Way Anova ve Kruskal Wallis H (Post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. Anksiyete ve depresyon puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### **3.6. Etik Konular**

Çalışmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan alındı. Çalışmaya katılan hastalara çalışma hakkında açıklama yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı.

## 4. BULGULAR

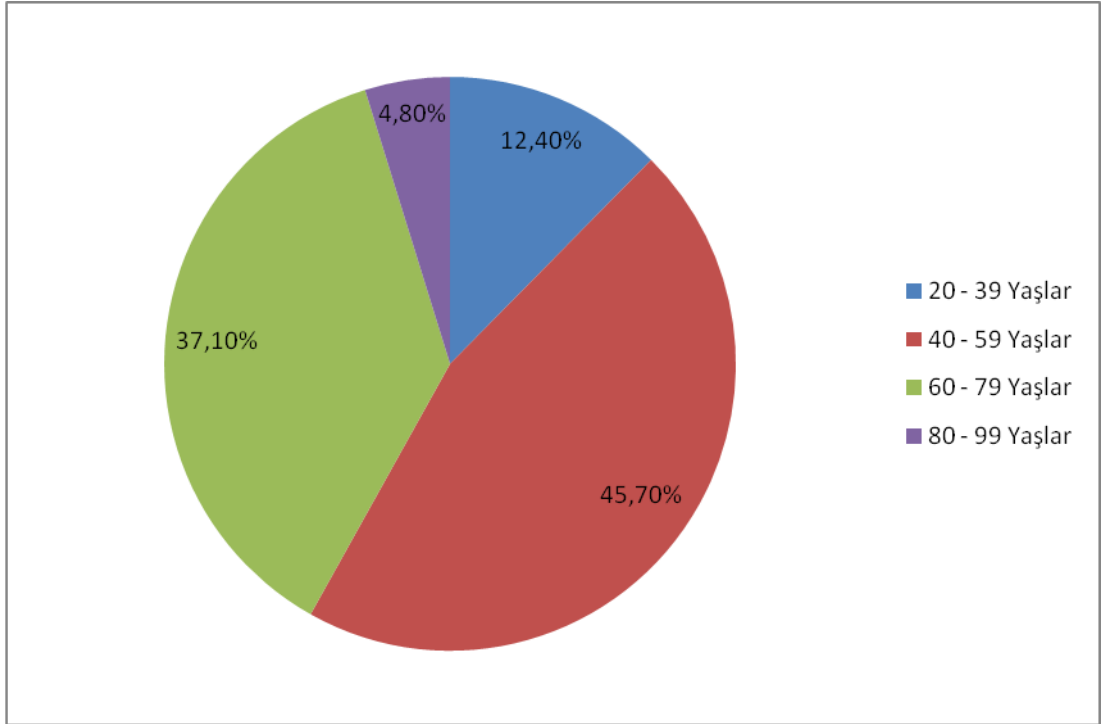
### 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Katılımcıların (n:105) yaş ortalaması  $56,89 \pm 14,88$  (20-97) olup, % 51,4'ü erkekti. Grubun çoğunluğunun evli olduğu (%74,3), ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı (%55,2), düşük düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (%57) ve eşleriyle yaşadıkları (%65,7) belirlendi. Katılımcıların diğer tanımlayıcı verileri Tablo 1'de gösterildi.

**Tablo 1: Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri**

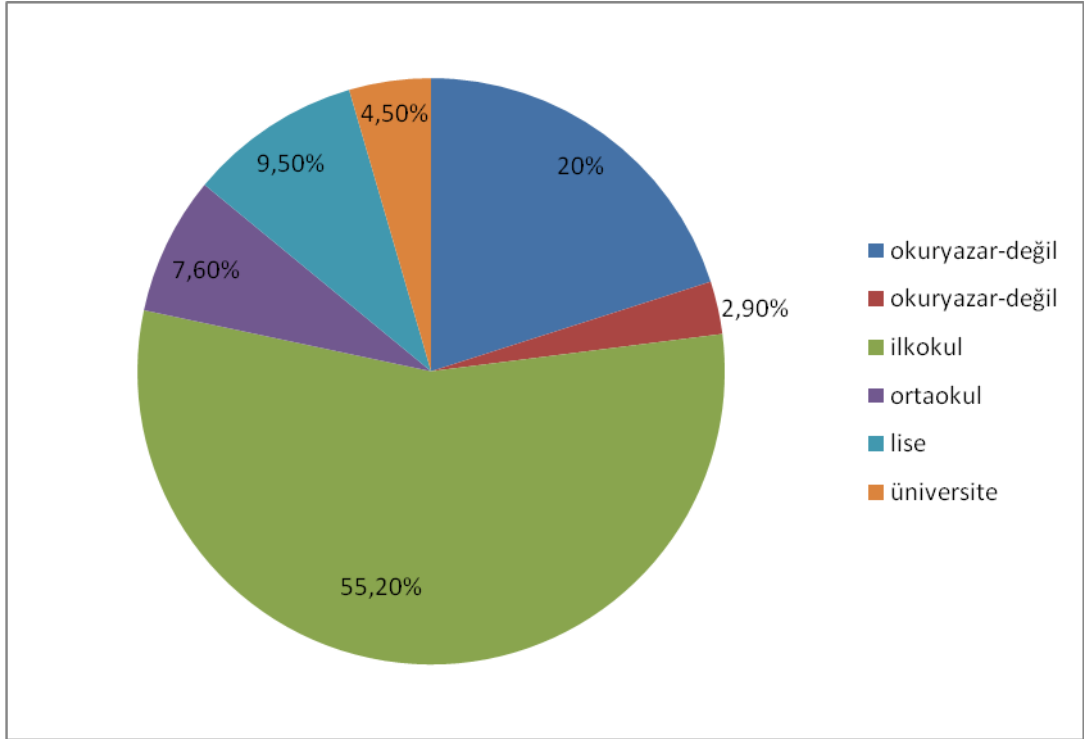
Değişken	n	%	
Geriatri	65 yaş altı	74	70,5
	65 yaş ve üzeri	31	29,5
Yaş	20 - 39 Yaş	13	12,4
	40 - 59 Yaş	48	45,7
	60 - 79 Yaş	39	37,1
	80 - 99 Yaş	5	4,8
Cinsiyet	Erkek	54	51,4
	Kadın	51	48,6
Eğitim	Okur yazar değil	21	20,0
	Okur yazar	3	2,9
	İlkokul	58	55,2
	Ortaokul	8	7,6
	Lise	10	9,5
Gelir durumu	Üniversite	5	4,8
	<500 TL	24	24,0
	500-1000 TL	57	57,0
Medeni durum	>1000 TL	19	19,0
	Bekâr	5	4,8
	Evli	78	74,3
Kimlerle yaşıyor	Dul-boşanmış	22	21,0
	Yalnız	4	3,8
	Eşi ile	69	65,7
	Çocuk-torunlarla	21	20,0
	Diğer	11	10,5

Kadınların yaş ortalaması  $56,69 \pm 16,14$  (22-97) yıl, erkeklerin yaş ortalaması  $57,07 \pm 13,74$  (20-85) yıl olup, yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; %12,4'ünün 20-39 yaş grubunda, %45,7'sinin 40-59 yaş grubunda, %37,1'inin 60-79 yaş grubunda, %4,8'inin 80-99 yaş grubunda olduğu belirlendi. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil-4.1'de gösterildi.



**Şekil 4.1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde; %51,4'ünün erkek, %48,6'sının kadın olduğu belirlendi. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı ise; (öğrenim durumu Şekil 4.2.'de gösterildi) %20'sinin okur yazar olmayan, %2,9'unun okur yazar, %55,2'sinin ilkokul, % 7,6'sının ortaokul, %9,5'inin lise, %4,8'inin üniversite düzeyinde eğitim aldığı tespit edildi.



**Şekil 4.2. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

Hastaların; %24'ünün 500TL altı aylık geliri, %57'sinin 500-1000 TL arası aylık geliri, %19'unun 1000TL üzeri aylık geliri bulunmaktaydı. Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %74,3'ünün evli, %4,8'inin bekar, %21'inin dul/boşanmış olduğu belirlendi. Hastaların %3,8'si tek başına, %10,5'minin huzurevi ve diğerlerinde, %20'sinin diğer aile bireyleriyle, %65,7'sinin ise eşiyle yaşadığı tespit edildi.

#### **4.2. Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Alma Özelliklerine Göre Dağılımı**

Hastaların tanı süresine göre dağılımı incelendiğinde; %19'unun 0-6 ay, %21'inin 6 ay-1 yıl, %29,5'inin 1-3 yıl, %28,6'sının 4 yıl ve üzeri süredir kanser tanıları olduğu belirlendi. Hastaların % 80'i hastalığını bilirken, %20'si bilmemekteydi. %5,8'i hastalığı hakkında çok yeterli düzeyde bilgi sahibi iken, % 31,1'inin hastalığı hakkında yeterince bilgi sahibi, %21,4'ünün hastalığı hakkında

kısmen yeterli bilgi sahibi, %33'ünün yeterli bilgi sahibi olmadığı, %8,7'sinin çok yetersiz düzeyde bilgi sahibi olduğu belirlendi (Tablo 2).

Hastaların aldığı tedavi tipine göre dağılımı ise; %10,5'sinin radyoterapi, %36,2'sinin kemoterapi, %44,8'ünün ise her ikisini birden aldığı, % 8,6'sının hangi tedavileri aldığını bilmediği saptandı. Hastaların, %15,2'sinin hastalığı boyunca psikolojik/psikiyatrik destek aldığı, %84,8'inin ise herhangi bir psikolojik/psikiyatrik destek almadığı belirlendi. Tablo 2'de hastaların hastalık bilgileri, tedavi ve psikiyatrik destek alma özelliklerinin dağılımları görülmektedir.

**Tablo 2. Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Alma Özelliklerine Göre Dağılımı**

		n	%
Hastalık süresi	0-6 ay	20	19,0
	6 ay-1 yıl	22	21,0
	1-3 yıl	31	29,5
	3 yıl üzeri	30	28,6
Hastalık hakkında bilgisi var mı?	Evet	84	80,0
	Hayır	21	20,0
Hastalık ile ilgili yeterince bilgi sahibi mi?	Çok yeterli	6	5,8
	Yeterli	32	31,1
	Kısmen yeterli	22	21,4
	Yetersiz	34	33,0
	Çok yetersiz	9	8,7
Tedavi	KT	38	36,2
	RT	11	10,5
	KT+RT	47	44,8
	Bilmiyor	9	8,6
Psikolojik/psikiyatrik destek aldı mı?	Evet	16	15,2
	Hayır	89	84,8

#### **4.3. Hastaların, Anksiyete Ve Depresyon Özelliklerine Göre Dağılımı**

Çalışmaya katılan hastaların %47,6'sı anksiyete açısından riskli, %79'u depresyon açısından riskli bulundu. Hastaların anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla uygulanan Hastane Anksiyete Ölçeği skorları ortalama puan değerleri  $9,99 \pm 4,54$  iken, depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla uygulanan Hastane Depresyon Ölçeği skorları ortalama puan değerleri  $11,74 \pm 5,66$  olarak belirlendi. Hastalarda anksiyete ve depresyon puan azami 21'e ulaştığı görüldü. (Tablo 3).

**Tablo 3. Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyi**

		n	%	Anksiyete - depresyon toplam	
				Ort.±SS	Min.-Max.
Anksiyete	Risk sınırında değil	55	52,40%	6,44±2,84	0-10
	Riskli durumda	50	47,60%	13,9±2,27	11-21
Total		105	100,00%	9,99±4,54	0-21
Depresyon	Risk sınırında değil	22	21,00%	3,64±2,56	0-7
	Riskli durumda	83	79,00%	13,89±4,08	8-21
Total		105	100,00%	11,74±5,66	0-21

Çalışmamızda HAD-A ve HAD-D skorlarına göre; hastalar anksiyete ve depresyon derecesi açısından değerlendirildiğinde; %52,4 anksiyete olmadığı, %45,7 hafif anksiyete, %1,9 orta derecede anksiyete yaşadıkları; %21 depresyon olmadığı, %47,6 hafif depresyon, %31,4 orta derecede depresyon yaşadıkları gözlemlendi (Tablo 4).

**Tablo 4: Hastaların Anksiyete, Depresyon Ortalama Puan Ve Derecelerinin Dağılımı**

		n	%	Anksiyete - Depresyon toplam	
				Ort.±SS	Min.-Max.
Anksiyete	Anksiyete Yok	55	52,40%	6,44±2,84	0-10
	Hafif anksiyete	48	45,70%	13,67±1,97	11-17
	Orta anksiyete	2	1,90%	19,5±2,12	18-21
Depresyon	Depresyon Yok	22	21,00%	3,64±2,56	0-7
	Hafif Depresyon	50	47,60%	11,06±2,32	8-15
	Orta Depresyon	33	31,40%	18,18±1,72	16-21

Yaş ve eğitim grupları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamında yer alan hastaların anksiyete riskleri ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu, kanser hastalarında yaş arttıkça anksiyete riskinin arttığı görüldü ( $p=0.043$ , Tablo 5). Anksiyete düzeyleri

ile eğitim durumu arasında negatif yönde önemli bir ilişki olduğu, düşük eğitim düzeyi olan kanser hastalarında anksiyete düzeyi daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0.037$ , Tablo 5). Tablo 5’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre anksiyete için risk dağılımı görülmektedir.

**Tablo 5: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Anksiyete Risk Dağılımı**

		Anksiyete				Total		p
		Anksiyete için risk sınırında değil		Anksiyete için riskli durumda				
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	20 - 39 Yaş	10	18,2	3	6	13	12,4	<b>0,043</b>
	40 - 59 Yaş	27	49,1	21	42	48	45,7	
	60 - 79 Yaş	15	27,3	24	48	39	37,1	
	80 - 99 Yaş	3	5,5	2	4	5	4,8	
Geriatri	65 yaş altı	41	74,5	33	66	74	70,5	0,338
	65 yaş ve üzeri	14	25,5	17	34	31	29,5	
Cinsiyet	Erkek	28	50,9	26	52	54	51,4	0,911
	Kadın	27	49,1	24	48	51	48,6	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	7	12,7	14	28	21	20	<b>0,037</b>
	Okur yazar	1	1,8	2	4	3	2,9	
	İlkokul	31	56,4	27	54	58	55,2	
	Ortaokul	7	12,7	1	2	8	7,6	
	Lise	6	10,9	4	8	10	9,5	
Üniversite	3	5,5	2	4	5	4,8		
Gelir durumu	<500 TL	8	15,1	16	34	24	24	0,085
	500-1000 TL	34	64,2	23	48,9	57	57	
	>1000 TL	11	20,8	8	17	19	19	
Medeni durum	Bekar	3	5,5	2	4	5	4,8	0,936
	Evli	40	72,7	38	76	78	74,3	
	Dul-boşanmış	12	21,8	10	20	22	21	
Kimlerle yaşıyor	Yalnız	3	5,5	1	2	4	3,8	0,129
	Eşi ile	34	61,8	35	70	69	65,7	
	Çocuk-torunlarla	9	16,4	12	24	21	20	
	Diğer	9	16,4	2	4	11	10,5	

Kanser hastalarının, hastalık bilgileri, tedavi ve psikolojik destek almalarına göre anksiyete için risk oranları dağılımı incelendiğinde; tüm değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ , Tablo 6). Tablo 6’da hastaların, hastalık bilgileri, tedavi ve psikolojik destek almalarına göre anksiyete için risk oranları dağılımı görülmektedir.

**Tablo 6: Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Almalarına Göre Anksiyete İçin Risk Oranları Dağılımı**

		Anksiyete				Total		p
		Anksiyete için risk sınırında değil		Anksiyete için riskli durumda				
		n	%	n	%	n	%	
Hastalık süresi	0-6 ay	12	22,2	8	16,3	20	19,4	0,346
	6 ay-1 yıl	13	24,1	9	18,4	22	21,4	
	1-3 yıl	14	25,9	17	34,7	31	30,1	
	3 yıl üzeri	15	27,9	15	30,6	30	29,1	
Hastalık hakkında bilgisi var mı?	Evet	46	83,6	38	76	84	80	0,329
	Hayır	9	16,4	12	24	21	20	
Hastalık ile ilgili yeterince bilgi sahibi mi?	Çok yeterli	4	7,4	2	4,1	6	5,8	0,200
	Yeterli	18	33,3	14	28,6	32	31,1	
	Kısmen yeterli	12	22,2	10	20,4	22	21,4	
	Yetersiz	17	31,5	17	34,7	34	33	
	Çok yetersiz	3	5,6	6	12,2	9	8,7	
Tedavi	KT	22	40	16	32	38	36,2	0,817
	RT	5	9,1	6	12	11	10,5	
	KT+RT	23	41,8	24	48	47	44,8	
	Bilmiyor	5	9,1	4	8	9	8,6	
Psikolojik/psikiyatrik destek aldı mı?	Evet	5	9,1	11	22	16	15,2	0,066
	Hayır	50	90,9	39	78	89	84,8	

Hastalarda Tablo 7’de sosyo-demografik özelliklerine göre depresyon için risk oranları dağılımı görülmektedir. Yaş, geriatri, eğitim, medeni durum ve yaşadığı kişiler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ , Tablo 7).



Çalışma kapsamında yer alan hastaların depresyon düzeyleri ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu, kanser hastalarında yaşla birlikte depresyon riskinin arttığı görüldü (p=0.001, Tablo 7).

Çalışmamızda hastaların depresyon düzeyleri ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında negatif yönde önemli bir ilişki olduğu, düşük eğitim düzeyi olan kanser hastalarında depresyon düzeyi daha yüksek olduğu görüldü (p=0.024 ,Tablo 7).

Hastaların medeni durumuna göre depresyon düzeyleri incelendiğinde risk en yüksek dul/boşanmışlarda, en düşük bekar hastalarda olduğu saptanarak; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005,Tablo 7).

Hastaların yaşadıkları kişiye göre depresyon riski ise yalnız yaşayan ve çocuk ve torunlarıyla yaşayanlarda yüksek, eşiyile yaşayanlarda daha az olduğu belirlenmiştir (p=0.029,Tablo 7).

**Tablo 7: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Depresyon İçin Risk Oranları Dağılımı**

		Depresyon riski				Total		p
		Depresyon için risk sınırında değil		Depresyon için riskli durumda		n	%	
		n	%	n	%			
Yaş	20 - 39 Yaş	8	36,4	5	6,0	13	12,4	<b>0,001</b>
	40 - 59 Yaş	10	45,5	38	45,8	48	45,7	
	60 - 79 Yaş	4	18,2	35	42,2	39	37,1	
	80 - 99 Yaş	0	0	5	6,0	5	4,8	
Geriatri	65 yaş altı	20	90,9	54	65,1	74	70,5	<b>0,018</b>
	65 yaş ve üzeri	2	9,1	29	34,9	31	29,5	
Cinsiyet	Erkek	13	59,1	41	49,4	54	51,4	0,419
	Kadın	9	40,9	42	50,6	51	48,6	
Eğitim	Okuryazar değil	2	9,1	19	22,9	21	20	<b>0,024</b>
	Okuryazar	0	0	3	3,6	3	2,9	
	İlkokul	11	50	47	56,6	58	55,2	
	Ortaokul	4	18,2	4	4,8	8	7,6	

	Lise	3	13,6	7	8,4	10	9,5	
	Üniversite	2	9,1	3	3,6	5	4,8	
Gelir durumu	<500 TL	3	13,6	21	26,9	24	24	0,255
	500-1000 TL	14	63,6	43	55,1	57	57	
	>1000 TL	5	22,7	14	17,9	19	19	
Medeni durum	Bekar	4	18,2	1	1,2	5	4,8	<b>0,005</b>
	Evli	16	72,7	62	74,7	78	74,3	
	Dul-boşanmış	2	9,1	20	24,1	22	21	
Kimlerle yaşıyor	Yalnız	0	0	4	4,8	4	3,8	<b>0,029</b>
	Eşi ile	14	63,6	55	66,3	69	65,7	
	Çocuk-torunlarla	2	9,1	19	22,9	21	20	
	Diğer	6	27,3	5	6	11	10,5	

Kanser hastaların hastalık bilgileri, tedavi ve psikolojik destek almalarına göre depresyon için risk oranları dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ , Tablo 8). Tablo 8’de hastaların, hastalık bilgileri, tedavi ve psikolojik destek almalarına göre depresyon için risk oranları dağılımı görülmektedir.

**Tablo 8: Hastaların, Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Almalarına Göre Depresyon İçin Risk Oranları Dağılımı**

		Depresyon derecesi				Total		p
		Depresyon için risk sınırında değil		Depresyon için riskli durumda				
		n	%	n	%	n	%	
Hastalık süresi	0-6 ay	1	4,8	19	23,2	20	19,4	0,132
	6 ay-1 yıl	6	28,6	16	19,5	22	21,4	
	1-3 yıl	5	23,8	26	31,7	31	30,1	
	3 yıl üzeri	9	42,9	21	25,6	30	29,1	
Hastalık hakkında bilgisi var mı?	Evet	18	81,8	66	79,5	84	80	0,810
	Hayır	4	18,2	17	20,5	21	20	
Hastalık ile ilgili yeterince bilgi sahibi mi?	Çok yeterli	3	14,3	3	3,7	6	5,8	0,307
	Yeterli	7	33,3	25	30,5	32	31,1	
	Kısmen yeterli	3	14,3	19	23,2	22	21,4	
	Yetersiz	6	28,6	28	34,1	34	33	
	Çok yetersiz	2	9,5	7	8,5	9	8,7	
Tedavi	KT	8	36,4	30	36,1	38	36,2	0,637
	RT	1	4,5	10	12	11	10,5	
	KT+RT	10	45,5	37	44,6	47	44,8	
	Bilmiyor	3	13,6	6	7,2	9	8,6	
Psikolojik/psikiyatrik destek aldı mı?	Evet	1	4,5	15	18,1	16	15,2	0,117
	Hayır	21	95,5	68	81,9	89	84,8	

## 5. TARTIŞMA

Kanser yaşamı olumsuz etkileyen, hastaya acı verip aşırı duygusal stres sonucu suçluluk ve kaygı yaratan, paniğe neden olan bir hastalıktır (195). Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (6,196). Araştırmamız; kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek, bunları etkileyen faktörleri tespit etmek ve kanserli hastaların psikiyatrik/psikolojik takip ve tedavisinde öneriler geliştirmek amacıyla İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kanser Hastalarında Palyatif ve Destek Bakım Servisinde yatarak tedavi görmekte olan 105 hasta üzerinde yapılmıştır.

Kanser yol açtığı dayanılmaz semptomlarla korku ve ölümlle eş anlamlı tutulan, kişinin ölüm ve yaşamla ilgili beklentilerini değiştiren kronik bir hastalık olduğu için pek çok psikiyatrik sorunun tetiklenmesine neden olabilir (195). Kanserli hastalardaki psikiyatrik bozukluk sıklığı %29-47 arasında saptanmıştır (197). Vachon çalışmasında tüm kanser hastalarında psikolojik semptomların %25 oranında görüldüğü belirtilmiştir (198). Tokgöz ve ark.'ları kanser hastalarında depresyon yaygınlığı üzerine yaptıkları çalışmada ise %22 olarak saptamıştır (57). Masie'nin kanser hastalarında MDB ve depresif semptomların prevalansını belirttiği derlemesinde MDB prevalansı %0-38 ve depresif semptomlar %0-58 oranında belirtilmiştir (60). Valente ve ark.'ları ile Bottomley, kanser hastalarının %25'nin hastalığın bir döneminde MDB geçirebileceğini belirtmişlerdir (64,199). Doğar ve ark.'larının çalışmasında %23,3 anksiyete, %10 depresyon, %18,3 anksiyete ve depresyon birlikteliği saptanmıştır (70).

Alacacioğlu ve ark.'nın meme kanseri olan hastalarda aksiyete, depresyon ve seksüel bozuklukların değerlendirilmesi üzerine yaptıkları çalışmasında ise; % 41 anksiyete, %46 depresyon oranları bulunmuştur (200). Son dönem kanser hastalarında yapılan çalışmalarda, anksiyete insidansı %50'nin üzerinde, yaklaşık %30'unda da kronik anksiyete vardır (101). Ferrario ve ark.'larının çalışmasında ise kanser hastalarındaki sürekli anksiyete düzeyi normal popülasyondan yüksek bulunmuştur (201) .

Çalışmamıza katılan hastaların %47,6'sının anksiyete açısından riskli, %79'unun depresyon açısından riskli olduğu bulundu. Saptadığımız anksiyete riski literatürle uyumludur. Depresyonun (%79) literatürün üzerinde bir yaygınlıkta saptamamız; diğer çalışmalardaki hastaların kanser evrelerinin bizim hasta grubumuzdan farklı oluşundan kaynaklanmış olabilir. Özellikle çalışmamıza katılan kanser hastalarının Palyatif Bakım ve Destek servisindeki ölüme yaklaşmış, son dönem hastalar olması bu sonuçta en etkili faktör olabilir. Palyatif Bakım ve Destek Servislerinde hizmet alan son dönem kanser hastalarında, ağrı ve diğer belirtilerin kontrolünün yetersiz kalması, tedavi seçeneklerinin azalması, prognoz giderek kötüleşmesi, organik mental bozuklukların sık görülmesi gibi birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlarda çalışmamızdaki depresyon riskinin literatüre göre yüksekliğini açıklayabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların HAD-A ve HAD-D skorlarına göre anksiyete ve depresyon derecesi açısından değerlendirildiğinde; %52,4 anksiyetenin olmadığı, %45,7 hafif anksiyete, %1,9 orta derecede anksiyete yaşadıklarını; %21 depresyon olmadığı, %47,6 hafif depresyon, %31,4 orta derecede depresyon yaşadıkları görüldü. Bu sonuç, son dönem kanser hastalarında Palyatif Bakım uygulamalarının yaygınlaşması ve hastaların fiziksel ve psikiyatrik destekler başta olmak üzere tüm ihtiyaçlarının üst düzeyde karşılanması bile, hastalığın yol açtığı psikolojik yıkımın kaçınılmaz olduğunu ancak sadece bu psikiyatrik bozuklukların düzeyinin hafifletilebildiğini düşündürmektedir.

### **5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Böncü ve ark.'larının kanserli hastaların psikolojik durumlarını değerlendirdiği çalışmalarında, kanserli hastalarda yaşın anksiyete ve depresyon için tek başına etkili faktör olmadığı belirtilmiştir (202). Beşer ve Öz'e göre kanserde yaş, cinsiyet ve medeni durumun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememesi, kanserin doğrudan depresyon ve anksiyeteye yol açmasına bağlı olabilir (203). Bizim çalışmamız kapsamında yer alan hastaların anksiyete ve depresyon riskleri ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu, kanser hastalarında yaş arttıkça anksiyete ve depresyon riskinin arttığı görüldü.

Alacaoğlu ve ark.'larının kanser hastalarında depresyon yaygınlığı üzerine yaptıkları çalışmada; kadın hastaların erkek hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek bir oranda saptandığı belirtilmiştir (69). Tokgöz ve ark.'larının çalışmasında ise; kanserli kadın hastalarda erkek hastalara oranla daha yüksek bir oranda saptandığı belirtilmiştir (57). Doğar ve ark.'larının çalışmasında anksiyete ve depresyon oranları kadınlarda erkeklere göre daha fazlaydı (70). Kaplan ve ark.'ları ise cinsiyetten bağımsız olarak depresyon ve anksiyetenin sık olduğunu bildirdiler (204). Her ne kadar genel popülasyonda MDB yaygınlığı kadınlarda daha fazla olsa da kanser popülasyonunda kadın erkek arasında belirgin cinsiyet farklılığı saptanmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (16). Çalışmamızda kadın ve erkek hasta sayıları yaklaşık olarak birbirine eşit sayıda iken anksiyete ve depresyon puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bahsedildiği gibi bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunup, belli bir cinsiyette anksiyete ve depresyonun baskın olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar, prostat kanseri, meme kanseri gibi cinsiyetle bağımlı kanser hastaları üzerinde yapılmış olması ile ilişkilendirilebilir. Araştırma sonucumuz ise Palyatif Bakım ve Destek Servisinde yatan hastaların cinsiyet açısından homojen dağılımına bağlanabilir.

Kanser hastalarında, düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon için risk faktörü olduğu ve korelasyon gösterdiği vurgulanmıştır (20). Kaplan ve ark.'ları kanser hastalarında yaptıkları çalışmada ise; düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birlikte (204). McCall ve ark.'ları düşük eğitim düzeyinin MDB için bir risk faktörü olduğunu bildirdiler (205). Bizim çalışmamızda ise anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eğitim durumu arasında negatif yönde önemli bir ilişki olduğu, düşük eğitim düzeyi olan kanser hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek olduğu görüldü. Bu sonuç bizim çalışmamızdan önceki çalışma sonuçları ile uyumaktadır. Eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyi üzerine olumlu etkisinin, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların stres kontrollerini daha iyi yapabildiklerini ve bu durumda anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu söylenebilir.

Bulotine ve ark.'larının çalışmalarında anksiyete ve depresyon şiddetini medeni halin arttırdığı belirtilmiştir (206). Ailesinde ya da geçmişinde depresyon belirtileri olanlarda, dul ya da boşanmış olanlarda depresyon sıklığının arttığı belirtilmektedir

(207). Çalışmamıza katılan hastalarda medeni durumuna göre depresyon riski en yüksek dul/boşanmışlarda, en düşük bekar hastalar olduğu saptanmıştır. Bu sonuç literatürdeki çalışmalarla uyumaktadır. Bunda dul/boşanmış olmanın doğrudan depresyon için risk oluşturmasına, bekar hastalarda ise tedavi ve bakım hizmetlerinin yeterli düzeyde olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda depresyon riski eşyle yaşayanlarda daha az olduğu görüldü. Bu sonuçta sosyal destekler içerisinde, eşlerin desteğinin ne kadar ön plana çıktığını gösterebilir.

Nordin ve ark.'larının kanser hastalarında anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalarında gelir düzeyinin yetersizliğinin anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir (207). Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun 1000TL ve altında aylık geliri olan düşük gelir düzeyli oldukları ancak anksiyete ve depresyon riskine gelir durumu ile ilişkili olmadığı saptandı .

## **5.2. Hastaların Hastalık Bilgileri, Tedavi Ve Psikolojik Destek Almalarına Göre Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Nordin ve ark.'larının çalışmalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalığın klinik seyri uzadıkça arttığını belirtmişlerdir (208). Bazı çalışmalarda hastalardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin hastalık süresi uzadıkça arttığı bildirilmektedir (209). Çalışmamızda da hastalık süresi uzadıkça HAD-anksiyete ve HAD-depresyon puanları artmaktaydı, ancak anksiyete ve depresyon riskinin tanı süresiyle ilişkili olmadığı saptandı. Çoğu hastada kanser tanısı ile başlayan depresif semptomlar zamanla yerine değişik düzeylerde depresyona bırakılmaktadır. Araştırmaya katılan son dönem hastalarda da kronik bir zemin olduğu ve depresyon oranlarının yükseldiği ancak hastaların hepsinin ölüme yaklaşmış terminal dönem hastalar olması, tanı süresinin anlamını yitirmesine sebep olduğu düşünülebilir.

Kanser hastalarında tanısını bilip bilmeme konusunda ülkemizde yapılan çalışmalarda tanısını bilmeme oranı %20 ile %37 arasında değişmektedir (210-213). Alexander ve ark.'larının (1993) yaptıkları bir çalışmada, tanısını bilmeyen

hastalarda psikiyatrik bozuklukların düşük olduğu ve tedavi sonuçlarından daha fazla ümitli oldukları gösterilmiştir (214). Çalışmamızda ise hastaların çoğunluğunun tanısını bildiği sadece %20'sinin tanısını bilmediği ancak bunun anksiyete ve depresyon riski ile ilişkili olmadığı saptandı. Çalışmamızda hastalarımızın çoğunluğunun son dönemde oluşunun bunda etken olmasının yanı sıra, tanının söylenme biçimi, tedavi seçenekleri, klinik ve sosyal destekler, psikoterapatik yaklaşım bu konuda önemli görülmektedir.

Montgomery ve ark.'ları (1999) iyi bir bilgilendirmeye hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığını ve daha iyi uyum yapabildiklerini saptamışlardır (215). Genel olarak hastaların çoğunluğu hastalık ve tedavi hakkında bilgi ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Kanser hastaları destekleyerek, yaşam olaylarına karşı pozitif bakış açısı kazandırarak gerekli bilgilendirme yapılabilir. Ancak bireyin gereksiniminden fazla verilen bilgi, dikkati pozitif yönden daha çok negatif yöne kaydırabilir; gereksinimden az verilen bilgi de bireyde korku ve anksiyete yaratabilir. Bu nedenle, hasta bireye gereksindiği kadar bilgi verilmesi ve o bireyin de verilen bu bilgiye hazır oluşu çok önemlidir (216-218). Çalışmamızda hastaların %43'ünün yetersiz bilgilendirildikleri ve bilgi düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı ancak bilgi düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktaydı. Bu sonuçta örneklem sayısının azlığı etkili olabileceği gibi, hastalar bilgilendirilirken, kişisel, kültürel özelliklerinin gözönüne alınmasının ve psikiyatri klinikleri ile kurulacak işbirliğinin önemini görülmektedir.

Jacobsen ve ark.'larının çalışmalarında kemoterapi süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kemoterapi süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon şiddetinin de arttığı belirtilmiştir (213). Beser ve Öz'ün çalışmalarında kemoterapi tedavisinin uzun sürmesi ve kontrol edilemeyen yan etkilerin anksiyete ve depresyon düzeyinin artmasına neden olduğu bulunmuştur (203). Çalışmamızda ise anksiyete ve depresyon riskine hastanın aldığı radyoterapi ve/veya kemoterapi tedavisi ile ilişkili olmadığı saptandı. Bunun nedeni sadece bu parametrelerin karşılaştırıldığı homojen gruplarda çalışmanın yapılmaması olabilir.

Önceden var olan psikiyatrik sorunlar kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklara yatkınlık sağlayan önemli etmenlerden biri olarak bildirilmektedir



(219,220). Olguların daha önce psikiyatrik/psikolojik tedavi almalarına göre anksiyete ve depresyon dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında, hastalık bilgileri, tedavi ve psikolojik destek almalarına göre anksiyete ve depresyon risk dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Ülkemizdeki palyatif bakım hizmetlerinde olumlu yönde büyük bir ivmelenme ve gelişmeler yaşansa da kanser hastalarında, hastalığın yol açtığı psikolojik yıkımdan kaçınılamaz.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $56,89 \pm 14,88$  olup, %51,4'ü erkeklerden %48,6'sı kadınlardan oluşmaktaydı. Hastaların %70,5' ü 65 yaş altı, %29,5'si 65 yaş üstü geriatric yaş grubunda bulundu. Grubun çoğunluğunun evli olduğu (%74,3), ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı (%55,2), düşük düzeyde sosyoekonomik düzeye sahip oldukları (%57) ve eşleriyle yaşadıkları (%65,7) belirlendi.

Hastaların çoğunluğunun, tanısını bildiği (%80), tanı süresinin 1-3 yıl arası olduğu (%29,5), hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı (%33), tedavi olarak hem radyoterapi hemde kemoterapi aldığı (%44,8) belirlendi. Hastaların %84,8'inin herhangi bir psikolojik/psikiyatrik destek almadığı belirlendi.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular, kanser hastalarında anksiyete ve depresyonun sıkı birlikteliğini ve şiddetini göstermiştir. Son dönem kanser hastaların %47,6'sında anksiyete riski, %79'unda depresyon riski saptandı. Anksiyete ve depresyon dereceleri ise, %52,4'ünde anksiyete yok, %45,7'sinde hafif anksiyete düzeyi, %47,6 hafif şiddette depresyon, %31,4 orta şiddette depresyon belirlendi.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerinden anksiyete yaş ve öğrenim durumu, depresyon ise yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve hastanın kimlerle beraber yaşadığından etkilenmektedir. Yaş arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı, evli ve eşleriyle yaşayanlarda depresyonun daha az görüldüğü tespit edildi.

Çalışmamızda hastaların, hastalık bilgileri, tedavi ve psikolojik destek alma değişkenlerine göre (hastalık hakkında bilgisi, bilgi düzeyi, tanı süresi, tedavi şekli, psikiyatrik/psikolojik tedavi alması) depresyon ve anksiyete riski arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır. Bununda vaka sayısının kısıtlı olmasına, puan ortalamalarının birbirine yakın olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Kanserli hastaların, kanserin tanı ve tedavi aşamasından itibaren giderek artan anksiyete ve depresyon riskinin, terminal kanser evresinde pik yaptığı ve bizim çalışmamızda saptadığımız %79 oranlarına yükselebileceği, bu konuda terminal dönem için literatürün zengin olmadığı, yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görüldü.

Çalışmamızda anket sorularımızda hastalardan teşhislerini yazmaları istendiğinde %10,5'inin "kanseri", %59'unun ise "bilmiyorum" olarak işaretlediği görülmüştür. Bunun da kanser tiplerinin belirlenemeyerek, anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi saptanamamıştır. Kanserli hastaların başta tanılar hakkında olmak üzere hastalıklarının her aşamasında bilgilendirilmesinin en önemli unsurlardan birisi olduğu, bu sağlandığında ise tedaviye uyumun kolaylaşacağı ve anksiyete ve depresyon seviyelerini düşüreceği düşünülebilir.

Palyatif bakım tedavisi, hastalığın başlangıcından terminal döneme kadar geçen sürede hastaya yapılan optimal ağrı tedavisi, dengeli beslenme, psiko-onkolojik bakım ve sosyo-medikal yardımların toplamı olduğu düşünülürse; kanser hastalarında semptom kontrolünün yüksek düzeyde psikiyatrik bozukluklara etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastalarımızdaki palyatif bakım tedavisinin uygun dönemde başlayıp başlamadığı ve semptom kontrolünün sorgulanması anketimize dahil edilebilirdi.

Hastaların psikiyatrik değerlendirilmesinde, ölçek puanlarının ruhsal muayene bulguları ile birlikte düşünülmesi ve fiziksel, psikolojik, sosyal faktörler aynı anda multidisipliner bir yaklaşımla göz önünde tutulması gerekmektedir. Bu amaçla birinci basamak hekimliği ve onkoloji klinikleri dahil palyatif bakımın her seviyesinde hizmet veren birimlerde kullanılacak HAD gibi tarama testleriyle kanser hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri yakından izlenmelidir.

Kanser hastalarının tedaviye uyumlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında psikososyal desteğin önemi aşırıdır. Evde bakım seviyesinde tüm hastalarla bir psikiyatrin görüşmesinin olanaksızlığı dikkate alındığında, takipleri yapan hekim ve hemşirelere eğitim verilmesi, destek grupları oluşturulması ve eğitim hizmetlerinin belli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Bu alanda çalışan ekibin eğitimi, kanser hastaları ve yakınları ile görüşme teknikleri, onların duygularını ifade

edebilmelerini sağlama ve duygularını paylaşma, onlara destek verebilme, psikiyatrik bozuklukları tanıyabilme konularını kapsamalıdır. Hastalarda anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal belirtileri iyi tanımaları, anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirerek hastaya uygun tedavi ve bakım standardı geliştirebilmeleri gerekmektedir.

## **ÖNERİLER;**

1. Palyatif Bakım ve Destek hizmetlerine yönelik toplumu bilgilendirmeye yönelik çalışmalar yapılması,
2. Tıp Fakültesi eğitim müfredatlarına Palyatif Bakım ve Destek hizmetleri konusunun yerleştirilmesi,
3. Palyatif Bakım ve Destek hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması,
4. Kanserin ruhsal etkilerine yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmalarının yapılması,
5. Palyatif bakım hizmetlerinde anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesinde sosyo-kültürel ve psikolojik etkenlerin dikkate alınması ve mutlaka ruh sağlığı çalışanları ile koordineli bir çalışmanın sürdürülmesi,
6. Birinci basamak hekimliği ve onkoloji klinikleri dahil palyatif bakımın her seviyesinde hizmet veren birimlerde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir ölçeklerle, anksiyete ve depresyon düzeylerinin periyodik olarak değerlendirilmesi, hastalara uygun tedavi ve bakım standartları geliştirilmesi,
7. Kanserin kendisinin ve tedavisinin beraberinde getirdiği anksiyete ve depresyonla etkili baş edebilme ve etkin yönetebilme için Palyatif bakım hizmetine yönelik kamusal politikaların daha da geliştirilmesi, yaygınlaştırılmasının ve hizmet kapsamının geliştirilmesi,
8. Kansersiz hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlere yönelik gelecekte daha geniş araştırma grupları ile karşılaştırılmalı deneysel araştırmalar planlanması,

Palyatif bakım hizmetlerinde gelişme sağlayıp kanser hastalarının anksiyete ve depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukları ile başa çıkmada katkı sağlayacak en öncelikli ve temel yaklaşımlar olacaktır.

## 7. ÖZET

### KANSER HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde görülen en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanserli hastada tanı konulma anından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde ve sonrasında çok değişik duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının yaklaşık yarısında psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir, en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Bu araştırmanın amacı; kanser hastalarında, anksiyete ve depresyon belirtilerinin saptanması ve bu belirtilerle ilişkili olabilecek etmenlerin belirlenmesidir.

Kesitsel olarak yapılan bu çalışmaya Araştırmaya İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 15 Aralık 2013 - 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında, Kanser Hastalarında Palyatif ve Destek Bakım Servisinde yatarak tedavi görmekte olup çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan oluşturuldu. Katılmayı kabul eden 105 hasta dahil edildi (n=105).

Araştırmada ilgili literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 16 soruluk "Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu" ve 14 soruluk "HAD Ölçeği (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)" kullanılmıştır. Her iki bilgi formu içinde uzman görüşü alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS IBM Statistics Version 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirilmiştir.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızda son dönem kanser hastaların %47,6'sında anksiyete riski, %79'unda depresyon riski saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon dereceleri ise, %52,4'ünde anksiyete yok, %45,7'sinde hafif anksiyete düzeyi; %47,6 hafif şiddette depresyon, %31,4 orta şiddette depresyon belirlenmiştir. Hastane Anksiyete Ölçeği skorları ortalama puan değerleri  $9,99 \pm 4,54$  iken, depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla uygulanan Hastane Depresyon Ölçeği skorları ortalama puan değerleri  $11,74 \pm 5,66$  olarak tespit edilmiştir.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerinden anksiyeteyi yaş ve öğrenim durumu, depresyonu ise yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve hastanın kimlerle beraber

yaşadığı etkilemektedir. Yaş arttıkça, eğitim düzeyi düşükçe anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı, evli ve eşleriyle yaşayanlarda depresyonun daha az görüldüğü tespit edildi.

Sonuç olarak araştırmaya katılan kanser hastalarının anksiyete riskleri literatüre uyumlu olarak artmış, depresyon riskleri ise literatürün üzerinde yüksek olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda; Palyatif Bakım uygulamalarının yaygınlaştırılmasının ve hastaların psikososyal olarak desteklenmesinin önemini ortaya koyduğu gibi; anksiyete ve depresyon düzeylerinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle periyodik olarak değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelime: Palyatif bakım, kanser, anksiyete, depresyon

## ASSESSMENT OF SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS

### SUMMARY

The cancer is one of the most important health problems seen all over the world and in our country. Very different emotional and behavioral reactions arise in cancer patient, starting from the moment of diagnosis and in all stages of treatment and after it. About half of all cancer patients have been reported for psychiatric disorders, depression is the most common seen psychiatric disorder. The purpose of this study is to detect the symptoms of anxiety and depression in cancer patients and to determine the factors that can be associated with those symptoms.

In this study conducted as a sectional, the sample set of survey was made up of the in-patients who received treatment in Palliative and Supportive Care Services of Izmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital on December 15, 2013 - May 15, 2014 and agreed to participate in the study. 105 patients who agreed to participate in were included (n = 105).

In this research, 16 questions prepared by the researchers in accordance with the relevant literature "Patient Introductory Information Form" and 14 questions "HAD Scale (Hospital Anxiety and Depression Scale)" were used. Experts' opinions were taken for both forms. The data obtained from the research was analyzed by using software package program-IBM SPSS Statistics Version 22 in computer environment and was evaluated by using the descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation).  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

In that study, it was found out that 47,6% of patients with end-stage cancer has the risk of anxiety and 79% has the depression risk. The degrees of anxiety and depression were identified as such that no anxiety is at 52,4%; mild anxiety is at 45,7%; mild depression is at 47,6%; moderate depression is at 31,4%. It was determined that while the average values of Hospital Anxiety Scale points were  $9.99 \pm 4.54$ , the average values of Hospital Depression Scale points applied to measure the level of depression were  $11.74 \pm 5.66$ .

The age and education affects the anxiety, one of the defining characteristics of the patients, and also age, educational background, marital status and people with



whom patients live affects the depression. It was stated that while age increases and education level decreases, the levels of anxiety and depression increases and depression is seen less frequently in patients married and living with their spouses.

As a result, the risk of anxiety of cancer patients participating in the research increased in accordance with the literature, but the depression risk was identified higher than the level which the literature states. In accordance with the results of the study; not only it was put emphasis on importance of the dissemination of Palliative Care Applications and giving the psychosocial support to patients; but also it can be advisable to evaluate periodically the levels of anxiety and depression with reliable and valid measurements.

**Keywords:** Palliative care, cancer, anxiety, depression

## KAYNAKLAR

1. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim 2011;24(3):4-9.
2. World Health Organization (WHO), Prevention of Mental Disorders, Effective Interventions and Policy Options ,2004.
3. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. Deuhyo Ed 2011;4(2):78-82.
4. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim Ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2012; 8(4): 181-199
5. Hardman A, Maguire P, Crowther D (1989) The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. J Psychosom Researc, 33: 235-239.
6. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J (1983) The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. JAMA, 297: 751-755.
7. Maguire P, Harrison J (1994) Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. Br J Psychiatry, 165: 593-598.
8. Pettingale KW, Morris T, Greer S (1990) Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. Lancet, 1: 49-50
9. Glare P. Clinical predictors of survival in advanced cancer. J Support Oncol 2005;3(5):331-9.
10. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995;274(20):1591-8.
11. World Health Organization. Definition of Palliative Care. Available at: Tarihi:07.Haziran.2014 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
12. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı . palyatif bakım. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/palyatif-bakim/70-palyatif-bakim-nedir.html> (Erişim tarihi: 01.Ocak.2015)
13. Bruera E, Billings JA, Lupu D, et al. Academic Palliative Medicine Task Force of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. J Pain Symptom Manage 2010;39(4):743-55.
14. Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, et al. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, American Journal of Hospice

and Palliative Care, Hospice Journal, Journal of Palliative Care, and Journal of Pain and Symptom Management. Palliat Support Care 2003;1(1):7-13.

15. American Society of Clinical Oncology.(2012). Integrating Palliative Care into Standard Oncology Care: ASCO Guidance. Erişim: 31.10.2014, <http://chicago2012.asco.org/ASCODailyNews/PalliativeCarePCO.aspx>

16 PASTRANA, T., JÜNGER, S., OSTGATHE, O. et al (2008). A Matter of Definition Key Elements Identified in a Discourse Analysis of Definitions of Palliative Care. Palliative medicine, 22 (3):222-232

17. Center to Advance Palliative Care. (2007). What should you know about palliative care, [www.getpalliativecare.org](http://www.getpalliativecare.org) (Erişim tarihi:10.01.2015)

18. Palliative Care Council of South Australia, “Multicultural Palliative Care Guidelines” [www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif](http://www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif)

19. World Health Organization. WHO definition of palliative care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Erişim Tarihi; 10. 12. 2014

20. Kabalak et al. (2012) Journal of Contemporary Medicine 2012;2(2): 122-126

21. Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Semin Oncol 2005;32:134-8

22. American Society of Clinical Oncology: Cancer care during the last phase of life. J Clin Oncol 1998;16:1986-96

23. World Health Organization (2007). Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva, World Health Organization,

24. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care. 2011; 9: 1-2.

25. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013; 11: 56-70.

26. Çolak, D., Özyılkan, Ö. (2006). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Türkiye Klinikleri, 2(10), 1-9.

27. World Health Organization. (2004). Integrated Management Of Adult Illnesses, Palliative Care: Symptom Management And End Of Life Care. <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf> Erişim: 02.01.2015

28. Gomez, B. X., Porta, S. J., Paz, S., Stjernsward, J. (2008). Palliative Medicine: Models Of Organization. D. Walsh (Ed.). Palliative Medicine (S.116-126). Philadelphia: Elsevier.

29. National Consensus Project. (2009). National Consensus Project For Quality Palliative Care. Erişim: 6 Mayıs 2015, <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
30. The Council Of Palliative Care Australia. (2005). Standards For Providing Quality Palliative Care For All Australians Palliative Care Australia. Erişim: 13 Eylül 2014, <http://www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards%20for%20providing%20quality%20palliative%20care%20for%20all%20Australians.pdf>
31. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager M 2005. Chapter 56:12
32. Bingley, A., Clark, D. (2009). A Comparative Review Of Palliative Care Development İn Six Countries Represented By The Middle East Cancer Consortium (Mecc). Journal Of Pain and Symptom Management, 37(3), 287-96
33. Palliative Care İn Cancer. (2010). Erişim: 12 Aralık 2014, <http://www.cancer.gov/Cancertopics/Factsheet/Support/Palliative-Care>
34. Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2010). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.
35. World Health Organization. (2012). WHO Definition Of Palliative Care. Erişim: 1 Şubat 2015, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
36. <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html.pain> Erişim: 1 Şubat 2015
37. Kathleen M, Foley KM. Supportive Care and Quality of Life: Section 1: Management of cancer pain. In de vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. 7th ed. Lippincot Williams Wilkins; 2005. Chapter 55.
38. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/print.html> Erişim: 1 Şubat 2015
39. Muscaritoli M, Bossola M, Aversa Z. Prevention and treatment of cancer cachexia. Eur J Cancer. 2005 Nov 25
40. Argiles JM, Busquets S, Garcia Martinez C. Mediators involved in the cancer anorexia-cachexia syndrome: past, present and future. Nutrition 2005;21:977-85
41. Illman J, Corringham R, Robinson D Jr. are inflammatory cytokines the common link between cancer-associated cachexia and depression? J Support Oncol 2005;3:37-50
42. Nelson K, Walsh D, Deeter P. A phase 2 study of delta-9- tetrahydrocannabinol for appetite stimulation in cancer associated- anorexia. J Palliat Care 1994;10:14-8

43. Mock V. Evidence based treatment for cancer related fatigue. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:112-8
44. Von Roenn JH, Paice JA. Control of common, non-pain cancer symptoms. Semin Oncol 2005;32:200-10
45. Grant, M. (1997). Nausea And Vomiting, Quality Of Life, And The Oncology Nurse. Oncology Nurs Forum, 24(7), 5-7.
46. Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık
47. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Mavi İletişim Danışmanlık A.S; 2007: p. 229-253
48. Emiroğlu, f. (2010). Kanser ve Kanserli Hasta Bakımı. N. Sabuncu ve F. A. Ay (Ed.). Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi (779-804). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
49. Bartlett, N., Koczwara, B. (2002). Control Of Nausea And Vomiting After Chemotherapy : What Is The Evidence? Internal Medicine Journal, 32(8), 401-408.
50. Tipton, J. M., Mcdaniel, R. W., Barbour, L., Johnston, M. P., Kayne, M., Leroy, P., ve Diğerleri. (2007). Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions To Prevent, Manage, And Treat Chemotherapy-Induced Nausea And Vomiting. Clinical Journal Of Oncology Nursing, 11(1):69-78.
51. Fischer J. Palliating symptoms other than pain. Australian Family Physician 2006;35(10):762-5
52. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1, 1-6.
53. Wright M., Wood J., Lynch T., Clark D. (2006). Mapping levels of palliative care development: A global view. London: International Observatory on End of life Care.
54. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. Anny Behav Med 2006;32:85-92.
55. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study, BMC Cancer, 2010,10:594.
- 56 .World Health Organization (WHO) (2008).World health statistics. 2008, ISBN 978 92 40682740 (electronic version).

57. Tokgöz G, Yaluğ D, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun A, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:59-6
58. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.
59. Derogatis LR, Marrow GR, Fetting D, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-7.
60. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32: 57-71.
61. Breitbart W, Lederberg MS, Ruedra-Lara M, Alici Y. Psychooncology. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan Lippincott Williams & Wilkins*, 2009
62. Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med* 2001; 135: 32-40.
63. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 8): 58-61; discussion 62-63.
64. Valente SM, Saunders F. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing* 1997;20:168-77.
65. Bottomley A. Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer* 1998;7:181-91.
66. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.
67. Freyer G, Geay JF, Touzet S, et al. Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: A GINECO study. *Ann Oncol* 2005;16:1785-800
68. Nelson CJ, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol* 2009; 28:348-356.
69. Alacacioğlu A, Yavuzsen T, Dirioz M ve Ark. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Aksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2007

70. Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, Hina I. Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *Pak J Med Sci* 2009;25:734-7.
71. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue (Evidence Report/Technology Assessment No. 61). Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.
72. Boyle P, Levin B. Dünya Kanseri Raporu 2008. Lyon, Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu, 2008.
73. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.
74. Özkan S. Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche, İstanbul 1993
75. Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., Spertus, I. L., & Steakley, C. Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in Women With breast cancer. *Psychometrics* 1998;39:102-111.
76. Özkan S. Psiko-onkoloji. 1. Baskı, İstanbul: Form Reklam Hizmetleri, 2007.
77. Withlock JC, Siskind M. Depression and cancer: A follow-up study. *Psychol Med* 1979;9: 747-752.
78. Guo Y, Musselman D L, Manatunga A K, Gilles N. et al. The Diagnosis of Major Depression in Patients with Cancer A Comparative Approach, *Psychosomatics* 2006; 47 (5): 376-384
79. Yeung W S. Psychiatric Morbidity in Cancer Patients, *Hong Kong Practitioner* 1997;19 (8): 403-407
80. Wasan A D, Artamonow M, Nedeljkovic S S, Delirium, Depression and Anxiety in the Treatment of Cancer Pain, *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 2005; 9 (3): 139-143
81. Arıkan K. Kanseri Hastalarında Psikolojik Destek, *Klinik Gelişim* 2004; 17: 77-86
82. Lim L. Diagnosis and Management of Depression in Terminal Cancer, *SGH Proceedings* 2007; 16(2): 88-96
83. Breitbart W, Shuster JL ve Cox JM (2002) Depression. *Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician* (eds: Kim KK ve Peg E). Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA, 85-88.

84. Altınbaş ve Gönül 2001; Cimilli 1998, Fawzy, Fawzy, Pasnau 1995; Valente, Saunders, Cohen 1994; Terakye, Öz, Köşgeroğlu 1994.
85. Batur 1998, Çuhadaroğlu 1993; Gülseren, Küey, Kültür 1997.
86. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. 2. Baskı, New York: Oxford University Press: 2009: 1-480
87. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. Clin J Oncol Nurs 2006;10:319-22.
88. Spencer P (2002) Anxiety. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician (eds:Kim KK ve Peg E).Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA, 23-26.
89. Öztürk O (2002) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Feryal Matbaası, 9.Basım, Ankara
90. Öz F (2001) Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1); 61-68.
91. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, ve ark. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. J Pain Symptom Manage 2007;33: 118
92. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. Clin J Oncol Nurs 2006;10:319-22
93. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi: Bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46:175-181.
94. Karakoyun-Çelik O, Görken I, Sahin S, Orcin E, Alanyalı H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping
95. Roth AJ, Weinberger MI, Nelson CJ. Prostate Cancer: Quality of life, psychosocial implications and treatment choices. Future Oncol 2008; 4:561-568.
96. Passik S D, Kirsh K L. Psycho-oncology, Business Briefing: US Oncology Review 2004; 1-4
97. Ballantyne J C, Causins M J, Ciamberandino M A et al. The Cancer Patient with Anxiety and Chronic Pain, Pain Clinical Updates 2009;17(4):1-6
98. Massie J M, Roth J A. Anxiety and Management in Advanced Cancer (Eds) Curr Opin Support Palliat Care; Lippincott Williams&Wilkins 2007; 1: 50-56
99. Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.



100. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. Yeni Symposium 2008; 46:51-61.
101. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth
102. Hamann HA, Somers TJ, Smith AW, Inslicht SS, Baum A. Posttraumatic Stres associated with cancer history and BRCA1/2 genetic testing. Psychosomatic Med 2005; 67: 766-772.
103. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 2005; 104:2872 -2881.
104. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik sorunlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997; 2:173-187.
105. Mandel N M, Onat H (Editörler). Kanser Hastasına Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002: p .261-280
106. Mete H E, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon; Duygudurum Dizisi 2001; 4:184-191
107. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü S, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi, C.Ü.Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (1): 15-28
108. Askın Rüstem, Depresyon El Kitabı 2. baskı Konya 1999 : 100-122
109. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85
110. Murray CJL, Lopez AD (1997a) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet, 349:1436–1442.
111. Murray CJL, Lopez AD (1997b) Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study. Lancet, 349:1498–1504
112. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi (2004) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, s: 267-305.
113. Savrun M. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 1999;p. 11-17.

114. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. (1991). Affective disorders, in *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. Edited by Robins LN, Regier DA. New York, Free Press, ,pp 53–80
115. Kessler RC., McGonable KA., Zhao S., ve ark. (1994). Lifetime and 12 month prevalance of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry* ; 51 : 8-19
116. Kessler RC., Berglund P., Demler O., ve ark (2003). The epidemiology of majör depresyon depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289:3095-3105.
117. Doğan O. Gülmez H., Ketenoğlu C. ve ark. (1995). *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Dilek Matbaası, Sivas
118. Amerikan psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından*, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,2013 92-94
119. Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. A review of the current research literature. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(9):796-800.
120. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(9):851-5.
121. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ ,Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, Maser JD, Mueller T, Solomon DA, Keller MB. Does incomplete recovery from first life-time major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry* 2000;157:1501-1504
122. Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF. The treatment of chronic depression, pt 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:608-619.
123. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord*. 1997;45:5-18.
124. Trivedi MH, Hollander E, Nutt D, Blier P. Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression. *J Clin Psychiatry* 2008;69:246-258
125. Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000;58:19-36

126. Fava M, Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment resistant depression. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:179-200.
127. Rush AJ, Trivedi M, Fava, M. Depression, IV: STAR\*D treatment trial for depression. *Am J Psychiatry* 2003;160:237.
128. Yazıcı O. Tedaviye dirençli depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9: 68-77
129. Bird D, Haddad PM, Dursun SM. Tedaviye dirençli depresyonun tanımı ve tedavisinin gözden geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12: 92-101
130. Mahmoud RA, Pandina G, Turkoz I, Kosik-Gonzalez C, Canuso CM, Kujawa MJ, Gharabawi-Garibaldi GM: Risperidone for treatment-refractory major depressive disorder. *Ann Intern Med* 2007; 147:593-602
131. Berman RM, Marcus RN, Swanink R, McQuade RD, Carson WH, Corey-Lisle PK, Khan A: The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:843-853
132. Hamilton M. A Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-62.
133. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dağ İ, Özbay MH. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri PsikolojiPsikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-259.
134. Romera I, Pérez V, Menchón JM, Polavieja P, Gilaberte I. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psychiatry Res.* 2010 (yayında)
135. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI ve ark. (1992) Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 49:809-816.
136. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW (1982) Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and regression models. *Arch Gen Psychiatry*, 39:905-910.
137. Bazire S (2003) *Psychotropic Drug Directory 2003/2004*. Fivepin Publishing, Bath.
138. Yüksel N (2003) Antidepresan ilaçlar. *Psikofarmakoloji*. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, s. 169-264
139. Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay. 1994; 70-77

140. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999,p.36–37
141. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev 2000; 20: 731– 754.
142. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002; 5 (EkSayı:1): E5-E13.
143. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E,editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.
144. Alkın T., Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografıları Serisi, 1995;(4):149-188.
145. Yetkin S, Aslan S, Akdemir A, Örsel S. Anksiyete bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. İkinci baskı, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi. Ankara 2005.
146. Amerikan Psikiyatri Birliği:Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü baskı ,Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den Türkçe'ye çevirenKöroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001)
147. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.
148. Dilbaz N. Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2005.p:59–78.
149. Işık E, Işık Y, Çocuk, ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, İstanbul, Asimetrik Paralel, 2006 s: 425–442.
150. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, text revision.(DSM-IV-TR). Washington DC: APA.
151. Algulander C, Bandelow B, Hollander; World Council of Anxiety (2003), WCA recommendations for the long term treatment of generalized anxiety disorder. CNS spectrum, (8 Suppl 1):53–61.
152. Flannery-Schroeder EC. Generalized anxiety disorder. In: Morris TL, March JS, editors. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. New York: The Guilford Press; 2004. p. 125–140.
153. Barlow DH, Wincze J (1998) DSM-IV and beyond: vwhat is generalized anxiety disorder. Açta Psychiatr Scand, 98 (Suppl 393): 23–29
154. Regier DA., Rae DS. ve ark. (2000). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. Br J Psychiatry, 173(suppl.34):24-8

155. Amrikan psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,2013 S: 121-122
156. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 343-89
157. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR: The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1272-1280
158. Gliatto MF. Generalized Anxiety Disorder. *Am Fam Physician* 2000; 62:1591-600,1602
159. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146:1440-6
160. Taylor CB. Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1998:775-89
161. Roerig JL. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39:811-821
162. Connor KM, Davidson JR. Generalized anxiety disorder
163. Gelder M. Psychological treatment for anxiety disorders. In: the clinical management of anxiety disorders. Coryell W, Winokur G, eds. New York: Oxford University Press, 1991:10-27
164. Papp LA, Gorman JM. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1995:1236-49
165. Schweizer E, Rickels K. Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl 3):27-33
166. Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Engl J Med* 1993;328:1398-405
167. Hoehn-Saric R, McLeod DR. Clinical management of generalized anxiety disorder. In: the clinical management of anxiety disorders. Coryell W, Winokur G, eds. New York: Oxford University Press, 1991: 79-100

168. Salzman CN. Behavioral side effects of benzodiazepines. In: *Adverse Effects of Psychotropic Drugs*. Kane JM, Lieberman JA, eds. New York, NY: Guilford Press; 1992:139-52
169. Schweizer E. Generalized anxiety disorder. Longitudinal course and pharmacologic treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:843-57
170. Dubovsky SL. Generalized anxiety disorder: new concepts and psychopharmacologic therapies. *J Clin Psychiatry* 1990;51(suppl):3-10
171. Shader RI, Greenblatt DJ. The pharmacotherapy of acute anxiety: a mini update. In: Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York, NY: Raven Press Ltd; 1995:1341-8
172. Shorr RI, Robin DW. Rational use of benzodiazepines in the elderly. *Drugs Aging* 1994;4:9-20
173. Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista C. *Manual of clinical psychopharmacology*. 3d ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc., 1997
174. Uhde TW, Tancer ME. Buspirone. In: Kaplan HI, Sadock, BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1995:1957-60
175. Goa KL, Ward A. Buspirone: a preliminary review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy as an anxiolytic. *Drugs* 1986;32:114-29
176. Rocca P, Fones V, Scotia M, et al. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:444-50
177. Rickels K, Downing R, Schweizer E, et al. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:884-95
178. Nutt D: Early action of nefazodone in anxiety associated with depression. *J Psychopharmacol* 1995; 10(suppl):18-21 101
179. DeVane CL. Differential pharmacology of newer antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):85-93
180. Lecrubier Y, Moon CAL, Schifano F, et al. Efficacy of venlafaxine in depressive illness in general practice. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:485-93
181. Rudolph RL, Entsuah R, Chitra R. A meta-analysis of the

effects of venlafaxine on anxiety associated with depression. J Clin Psychopharmacol 1998;18:136-44

182. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3.Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 236-71

183. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. 2. Baskı, New York: Oxford University Press: 2009: 1-480

184. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitimi Ders Notları. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürlüğü yayımları, 2003: 16.

185. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals. 2. Baskı, Cambridge: Cambridge University Press, 2002: 148-98

186. Yüksel N. Psikofarmakoloji. 2. Baskı, İstanbul: Çizgi Tıp Yayınevi, 2003

187. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 343-89

188. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85

189. Alkın T, Onur E. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. In: Köroğlu E, Güleç C (editörler) Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: s 296-304

190. Beers MH, Berkow R. The Merck Manual of Diagnosis and therapy. 17. Baskı, West Point: John Wiley & Sons, 1999: 1503-99

191. Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61 (Suppl.5): S43-51

192. Snaith R P. The Hospital Anxiety And Depression Scale, Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1: 1-29

193. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale, Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70

194. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formuna Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi; 8: 280-287 Türk Psikiyatri Dergisi; 8: 280-287

195. Özkan S. Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002;345-54.

196. Hardman A, Maguire P, Crowther D (1989) The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Researc*, 33: 235-239.
197. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.
198. Vachon MLS. The Emotional Problems of The Patient. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Ed: Doyle D., Hanks G. W.C. Mac Donald N, New York, New York, Oxford University Pres, 1999.
199. Valente SM, Saunders F. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing* 1997;20:168-77.
200. A. Alacacioglu, E. Ulger, U. Varol, I. Yildiz, T. Salman, V. Bayoglu et. Al. Depression, Anxiety and Sexual Satisfaction in Breast Cancer Patients and their Partners- *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (24): 10631-10636
201. 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.
202. Böncü M, Özacar R ve ark. Akciğerli Kanserli Olgularda Anksiyete ve Depresyon Siddeti, *Akciğer Arsivi* 2001; 3: 123-126
203. Beser N, Ezz F. Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7:47-58.
204. Kaplan CP, Miner ME. Relationships: Importance for patients with cerebral tumors. *Brain Inj* 2000;14:251-9.
205. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, et al. The prevalence of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-service beneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:557-65
206. Bulotiene G, Ostapenko V, Veseliūnas J. Psychological adaptation of Breast Cancer Patients, *Acta Medica Lituanica* 2006; 13(2): 92-96
207. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample: demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:117-25
208. Nordin K, Berlung G, Glimelius B et al. Predicting Anxiety and Depression Among Cancer Patients: A Clinical Model, *European Journal of Cancer* 2001; 37: 376-384
209. Ell K, Nishimoto R, Morvay T ve ark. (1989) A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer*, 63: 406-413



210. Elbi H, özaydemir G, Tamar M ve ark. (1992) Bir grup kanserli hastada psikososyal sorunlar ve yaklaşım. XVIIth Congress of the European Society for Medical Oncology. 7-10, Kasım, Lyon, France
211. Şenol S, Bitlis V, Ünal E ve ark. (1994) Kanser teşhis ve tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 5: 103-108.
212. Devrimci H, Ünlüoğlu G (1998) Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi, 6: 196-206
213. Ersoy MA (2000) Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. 3P Dergisi, 8: 17-26
214. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS (1993) Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. Acta Oncologica, 32: 623-626.)
215. Montgomery C, Lydon A, Lloyd K (1999) Psychological distress among cancer patients and informed consent. J Psychosom Res, 46: 241-245.
216. Cimilli C. (1998) Kanserde anksiyete ve depresyon. 3P, 6 (ek sayı 3); 8-13.
217. Nelson JP (1996) Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. Adv Nurs Sci, 18(3):59-76
218. Rusteen T, Wiklund I, Honestad R, Moum T (1998) Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patient. Cancer Nursing, 21(4); 235-245.
219. Jacobsen P B, Donovan K A, Traks P C. Screening for Psychologic Distress in Ambulatory Cancer Patients, American Cancer Society 2005; 103(7): 1494-1502
220. Braud A C, Genre D, Leto C et al. Nurses' Repeat Measurement of Chemotherapy Symptoms, Cancer Nursing 2003; 26(6): 468-474



13. Hastalığınız nedeniyle hangi sıklıkta tedavi alıyorsunuz?.....
14. Hastalığınız boyunca hiç psikolojik-psikiyatrik destek aldınız mı?  
A) Evet B) Hayır
15. Halen psikolojik-psikiyatrik destek alıyor musunuz?  
A) Evet B) Hayır (Cevap Evet ise 16. Soruya geçiniz)
16. Psikolojik-psikiyatrik olarak aldığınız destek nedir?  
A) İlaç tedavisi B) Konuşma terapisi C) Diğer.....

## EK-II : HAD (HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON) ÖLÇEĞİ

<b>HAD ÖLÇEĞİ</b> (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)	
Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.	
1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum. <input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum. <input type="checkbox"/> Hemen hemen her zaman <input type="checkbox"/> Çok sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum. <input type="checkbox"/> Aynı eskisi kadar <input type="checkbox"/> Pek eskisi kadar değil <input type="checkbox"/> Yalnızca biraz eskisi kadar <input type="checkbox"/> Neredeyse hiç eskisi kadar değil	9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum. <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık
3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum. <input type="checkbox"/> Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli <input type="checkbox"/> Evet, ama çok da şiddetli değil <input type="checkbox"/> Biraz, ama beni endişelendiriyor <input type="checkbox"/> Hayır, hiç de öyle değil	10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim. <input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Gerektiği kadar özen göstermiyorum <input type="checkbox"/> Pek o kadar özen göstermeyebilirim <input type="checkbox"/> Her zamanki kadar özen gösteriyorum
4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum. <input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Şimdi pek o kadar değil <input type="checkbox"/> Şimdi kesinlikle o kadar değil <input type="checkbox"/> Artık hiç değil	11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum. <input type="checkbox"/> Gerçekten de çok fazla <input type="checkbox"/> Oldukça fazla <input type="checkbox"/> Çok fazla değil <input type="checkbox"/> Hiç değil
5) Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor. <input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, ama çok sık değil <input type="checkbox"/> Yalnızca bazen	12) Olacakları zevkle bekliyorum. <input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az <input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az <input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç
6) Kendimi neşeli hissediyorum. <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum. <input type="checkbox"/> Gerçekten de çok sık

<input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çoğu zaman	<input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum. <input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Genellikle <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum. <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Pek sık değil <input type="checkbox"/> Çok seyrek

**ANKET BİTTİ, CEVAPLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER**

## **ÖZGEÇMİŞ**

1976 yılında Çorum'da doğdu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl Trabzon Sosyal Güvenlik Kurumu Çaykara Sağlık İstasyonunda 1,5 yıl çalıştı. 2002-2005 yıllarına Ankara Etlik Doğumevinde çalıştı. 2005 yılından itibaren Sosyal Güvenlik Kurumunda çeşitli kademelerde görev aldıktan sonra 2012 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimi asistanı olarak uzmanlık eğitimine başladı. Halen aile hekimliği uzmanlık eğitimine devam etmektedir.