



**T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERİN
ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON BAKIMINDAN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. ALPER EVRENSEL

REYHAN ERDOĞAN

İSTANBUL 2017

**T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERİN
ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON BAKIMINDAN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. ALPER EVRENSEL

REYHAN ERDOĞAN

İSTANBUL 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 132101006
Öğrenci Adı Soyadı	: Reyhan ERDOĞAN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL
Tezin Başlığı	: KANSER TANISI KONMUŞ HASTA YAKINLARININ ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON BAKIMINDAN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 27.01.2017	Saati	: 17.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input checked="" type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	: Kanser Hastalarının Bakım Verilerinin Anksiyete Yaşam Kalitesi ve Depresyon Bakımından İncelenmesi		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Alper EVRENSEL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre SARGIN	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Samuray ÖZDEMİR	

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yemin Metni Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Bakımından İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

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

AD- SOYAD

REYHAN ERDOĞAN

İmza

TEŞEKKÜR

Bu çalışmamın yurütölmesi sırasında desteğini esirgemeyen danışmanım Yard. Doç. Dr. Alper Evrensel'e, Ölçekleri uygularken kolaylık sağlayan Florence Nightingale hastanesi başhekimisi Uzm. Dr. Dilek Leyla MAMU'ya, uzman psikolog Gözdem Özdem'e, onkoloji bölümünde çalışmam konusunda yardımı için sevgili doktorum Prof. Dr. Vahit ÖZMEN'e ve Op. Dr. Dauren Sarsenov'a, onkoloji bölümü hemşirelerine, çalışmalarım sırasında her türlü kolaylığı sağlayan ve destek olan Beykoz Devlet Hastane'si Onkoloji bölümü Uzm. Dr. Abdül LAMA'ya, bana katlandığı ve sabır gösterdiği için aileme, motivasyon desteği ve manevi destek için arkadaşlarıma, her zaman olduğu gibi bu süreçte de büyük destek veren ve anlayış gösteren sevgili kardeşim Handan ERDOğAN'a bu çalışmayı uygulamamda bana destek ve yardımcı olan kanser tanısı almış hastalara ve bakım veren bireylere, çalışmam sırasında küçük veya büyük yardımını esirgemeyen herkese teşekkür ederim.

Reyhan ERDOğAN
Ocak 2017

(ERDOĞAN Reyhan, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

*Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Depresyon
Bakımından İncelenmesi*

ÖZET

Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Gayrettepe Florence Nightingale ve Beykoz Devlet Hastane'lerinin Onkoloji Bölümlerinde tedavi görmekte olan ve 2015-2016 yılı içerisinde kanser hastalarına bakım veren bireylerden oluşmaktadır.

Örneklem grubunun 37'si kadın, 23'ü erkek;, 39'u evli, 17'si bekar, 4'ü boşanmış, %27'si 50 yaş ve üstü bireylere aittir. Örneklem %50'sini meme kanseri tanısı alan, tanı süresi %63'ünün < 1 yıl olan, katılımcıların 26'sı çalışan, 34'ü çalışmayan; 32'si kemoterapi ve radyoterapi, 23'sadece kemoterapi, 6'sı ise sadece radyoterapi alan bakım veren bireylerden oluşmaktadır. Bu süreçte psikolojik yardım alan 4, psikiyatrik ilaç kullanan 5 kişidir.

Bu çalışmanın hazırlanma amacı kanser hastalarına bakım veren bireylerin anksiyete, yaşam kalitesi ve depresyon açısından süreçten nasıl etkilendiklerini belirlemektir. Elde edilen sonuçlar bakım veren bireylerin anksiyete, yaşam kalitesi ve depresyon açısından olumsuz yönde etkilendiklerini göstermiştir. Depresyon ve anksiyete arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunun belirlendiği çalışmada, depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin verdikleri yanıtların samimi yanıtlar olduğunun kabul edilmesi, bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Bakım Veren, Anksiyete, Depresyon, Yaşam kalitesi.

(ERDOĞAN, Reyhan, Master's Degree, Istanbul, 2017)

Anxiety, Quality of Life and Depression Analysis of Individuals Caring for Cancer Patients

ABSTRACT

The sample of the study consisted of individuals who were treated in the Department of Oncology at the Istanbul Gayrettepe Florence Nightingale and Beykoz State Hospitals and who gave care to cancer patients in 2015-2016.

The sample group consists of 37 women, 23 men, 39 married, 17 single, 4 divorced, 27% belonging to 50 and over. 50% of sample were diagnosed with breast cancer, 63% were diagnosed as having <1 year, 26 of the participants were working, 34 were not working; 32 participants who were treated with Chemotherapy and radiotherapy, 23 were treated just chemotherapy and radiotherapy was only 6. Participants who had psychological help was 4 in this process and 5 was psychiatric medicine .

The purpose of this study is to determine how individuals who care for cancer patients are affected by this process in terms of anxiety, quality of life and depression. The results have shown that caregivers are affected in the negative way in terms of anxiety, quality of life and depression. In a study in which there was a direct correlation between depression and anxiety, it was concluded that depression and anxiety did not have an impact on quality of life.

Key words: Cancer, Care Giver, Anxiety, Depression, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

BİLİMSEL ETİK SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Kanser Hakkında Genel Bilgiler	3
1.1.1. Kanserın Epidemiyolojisi.....	3
1.1.2. Kanserın Etiyolojisi.....	5
1.1.3. En Yaygın Kanser Türleri ve Kanserın Cinsiyetlere Göre Dağılımları	6
1.1.4. Kanser Tedavisi.....	8
1.2. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler	9
1.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	9
1.2.2. Anksiyetenin Klinik Açıklaması	10
1.2.3. Anksiyetenin Belirtileri.....	13
1.2.4. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	15
1.2.5. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	16

1.2.6. Anksiyetenin Tedavisi.....	17
1.2.6.1. İlaç ile Tedavi.....	18
1.2.6.2. Psikoterapi.....	18
1.2.7. Kanser ve Anksiyete İlişkisi.....	19
1.3. Depresyon Hakkında Genel Bilgiler	20
1.3.1. Depresyonun Tanımı.....	21
1.3.2. Depresyonun Klinik Açıklaması	22
1.3.3. Depresyonun Belirtileri.....	23
1.3.4. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	25
1.3.5. Depresyonun Etiyolojisi.....	26
1.3.6. Depresyonun Tedavisi.....	26
1.3.6.1. İlaç ile Tedavi.....	27
1.3.6.2. Psikoterapi.....	27
1.3.7. Kanser ve Depresyon İlişkisi	28
1.4. Yaşam Kalitesi Hakkında Genel Bilgiler	29
1.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve İşlevleri.....	30
1.4.2. Yaşam Kalitesinin Tedavisi	32
1.4.3. Kanserle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	33
1.4.4. Radyoterapi Alan Hastalar ile Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşam Kalitesi Arasındaki Farklar	34
1.4.5. Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi	34
İKİNCİ BÖLÜM.....	36
YÖNTEM.....	36
2.2. Örneklem Seçimi.....	36
2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlar.....	37

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	37
2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	37
2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	38
2.3.4. Yaşam Kalitesi Örneği	38
2.4. Verilerin Analizi.....	39
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	40
BULGULAR.....	40
3.1. Demografik Bilgilere Ait Bulgular	40
3.2. Hipotez Testlerine Ait Bulgular	54
3.3. Tartışma.....	72
SONUÇ	75
KAYNAKÇA.....	77
EKLER.....	82
Ek 1. Demografik Bilgiler Formu	82
Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	84
Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği	85
Ek 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği	89

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Dünyada Kanser Vakası Sayıları (100.000 kişide).....	4
Tablo 2. Erkeklerde En Sık Görülen Beş Kanser Türünün Dağılımı.....	6
Tablo 3. Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kanser Türünün Dağılımı	7
Tablo 4. Anksiyetenin Klinik Açıklaması.....	12
Tablo 5. Anksiyetenin Epidemiyolojisi	16
Tablo 6. Depresif Belirtiler ve İlgili Hastalıklar	24
Tablo 7. Yaşam Kalitesi İşlevleri.....	31
Tablo 8. Yaş Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	40
Tablo 9. Cinsiyet Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	41
Tablo 10. Medeni Durum Değişkenine Ait Frekans Dağılımı.....	42
Tablo 11. Çocuk Varlığı Değişkenine Ait Frekans Dağılımı.....	43
Tablo 12. Eğitim Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	44
Tablo 13. Aylık Gelir Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	45
Tablo 14. Çalışma Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	46
Tablo 15. Yaşama Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	47
Tablo 16. Tanı Tipi Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	48
Tablo 17. Tanı Süresi Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	50
Tablo 18. Sistemik Tedavi Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	51
Tablo 19. Psikolojik Yardım alma Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı.....	52
Tablo 20. Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı	53
Tablo 21. Örneklemin Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinden aldıkları puan dağılımları	54
Tablo 22. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşa Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	55
Tablo 23. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşa Göre ANOVA Sonuçları	56

Tablo 24. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları	57
Tablo 25. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	58
Tablo 26. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları	59
Tablo 27. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Çocuk Varlığına Göre T Testi Sonuçları	60
Tablo 28. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Çalışma Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	61
Tablo 29. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Çalışma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	62
Tablo 30. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	63
Tablo 31. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	64
Tablo 32. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Aylık Gelir Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	65
Tablo 33. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Aylık Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	66
Tablo 34. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Tam Süresine Göre T Testi Sonuçları	67
Tablo 35. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre T Testi Sonuçları.....	68
Tablo 36. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre T Testi Sonuçları	69
Tablo 37. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki.....	70
Tablo 38. Yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisi.....	70
Tablo 39. Depresyonun Yaşam Kalitesi Ve Anksiyete Üzerindeki Etkisi.....	71
Tablo 40. Anksiyetenin Depresyon ve Yaşam Kalitesi üzerindeki Etkisi	71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Anksiyetenin Tıbbi ve Nörolojik Belirtileri.....	14
Şekil 2. Kanser Hastalarında Depresyonun Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	29
Şekil 3. Yaş Dağılımı	41
Şekil 4. Cinsiyet Dağılımı	42
Şekil 5. Medeni Durum Dağılımı.....	43
Şekil 6. Çocuk Varlığı Dağılımı.....	44
Şekil 7. Eğitim Durumu Dağılımı	45
Şekil 8. Aylık Gelir Dağılımı	46
Şekil 9. Çalışma Durumu Dağılımı	47
Şekil 10. Yaşam Durumu Dağılımı.....	48
Şekil 11. Tanı Tipi Dağılımı	49
Şekil 12. Tanı Süresi Dağılımı.....	50
Şekil 13. Sistemik Tedavi Dağılımı	51
Şekil 14. Psikolojik Yardım Dağılımı.....	52
Şekil 15. Psikiyatrik İlaç Kullanma Dağılımı	53

GİRİŞ

Kanser hastalığı, içinde bulunulan dönem itibariyle giderek daha fazla karşılaşılan bir yapıda olması nedeniyle önemli bir araştırma konusu haline almıştır ve kanserle ilgili yapılan araştırmaların sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışmanın konusu, kanser tanısı alan hastalara bakım veren bireylerin anksiyete, yaşam kalitesi ve depresyon açısından değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir. Çalışma iki bölümden oluşacak şekilde planlama yapılmıştır ve bu şekilde bir ilerleme kaydedilecektir.

Birinci bölümde kavramsal çerçeve incelemesi yapılacaktır. Buna göre ilk olarak kanser hastalığı ile ilgili genel bilgilere yer verilecektir. Kanser hastalığının nedenleri, epidemiyolojisi, kanserin tedavi edilmesi gibi konular, bu incelemedeki temel araştırma konuları olarak belirlenmiştir. Kansere ilişkin bilgi sahibi olmak için burada elde edilecek olan veriler belirleyici olacaktır. Anksiyetenin kavramsal incelemesi, birinci bölümdeki bir diğer araştırma konusudur. Anksiyetenin sahip olduğu kapsamı açıklamak için geniş çapta bir araştırma yapılacak olup aynı zamanda anksiyetenin kanserle ilişkisi ele alınacaktır. Böylece anksiyete ile kanser arasındaki ilişkiye dair literatürde yer alan veriler ortaya konulmuş olacaktır.

Depresyon, çalışmanın birinci bölümünde yer alacak olan bir başka konudur. Anksiyete ile benzer şekilde bir literatür araştırmasının yapılacağı depresyon için de yine kanser ile ilişkisini ortaya koyacak veriler ortaya koyulacaktır. Yaşam kalitesi, birinci bölümdeki son araştırma konusudur. Yaşam kalitesinin tanımı ve işlevlerinin yanı sıra tedavisi ve kanserle ilişkisi de bu kısımda yer alacaktır. Yine kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi de bu kısımdaki değerlendirme ile birlikte açıklanacaktır.

Çalışmanın ikinci bölümünde araştırma kısmı ile ilgili bilgiler, materyal ve metot başlığı altında yer alacaktır. Araştırmada kullanılacak olan veri toplama araçları, örneklem seçimi, verilerin analizi materyal ve metot bölümündeki başlıklar olarak

belirlenmiştir. Yapılan araştırmanın sonuçlarının içeriği ise bulgular bölümünde kapsamlı bir şekilde değerlendirmeye alınacaktır.

Literatür taraması ve uygulanan anketin sonrasında elde edilen sonuçlar, sonuçlar kısmında ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeye alınacaktır. Çalışmada ulaşılan sonuçların değerlendirilmesi, aynı zamanda benzer konularda ulaşılan veriler ile kıyaslama yapılması adına faydalı olacaktır.

Böyle bir çalışma hazırlanması ile birlikte kanser, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili literatüre katkıda bulunulacağı düşünülmektedir. Kanserin her geçen gün daha fazla karşılaşılan bir hale gelmesi sebebiyle bu araştırmada ortaya konulacak olan verilerin faydalı olması beklenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmada incelenecek olan konular hakkındaki literatür taraması, kavramsal çerçeve başlığı altında bu bölümde incelenecektir. Buna göre kanser, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili genel bilgiler, kavramsal çerçeve başlığı altında değerlendirmeye alınacaktır. Yine anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin kanser ile olan ilişkisine yönelik literatür taraması çalışmanın bu bölümündeki araştırma kapsamında yer alacaktır.

1.1. Kanser Hakkında Genel Bilgiler

Kanserle ilgili temel bilgilerin açıklanacağı bu kısımda incelenecek olan konu başlıkları sırasıyla; kanserin epidemiyolojisi, kanserin etiyolojisi, en yaygın kanser türleri ve kanserin cinsiyetlere göre dağılımları, kanser tedavisi şeklindedir. Sıralanan konu başlıklarının incelenmesi ile birlikte kanser hastalığına ilişkin kayda değer düzeyde bilgi sahibi olunacağı düşünülmektedir.

1.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Kanserin epidemiyolojisi ile ilgili sunulacak olan bilgiler içeriğinde Türkiye'deki ve dünyadaki veriler üzerinden değerlendirme yapılması yöntemi tercih edilmiştir. Bu kapsamda açıklanan son veriler 2013 yılına ait olduğu için bu yılın verilerine göre değerlendirme yapıldığının bilinmesi gerekmektedir. Kanserin epidemiyolojisi içeriğinde yer alan temel veriler aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 1. Dünyada Kanser Vakası Sayıları (100.000 kişide)

	Erkek	Kadın
Dünya Geneli	205,4	165,3
Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı Ülkeleri (IARC)	236,4	192,5
Avrupa Birliği	314,9	243,2
Amerika Birleşik Devletleri	347,0	297,4
Türkiye	241,7	169,3

Kaynak:http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf , Erişim Tarihi: 28.06.2016.

Tablo 1’de görüldüğü üzere Türkiye’deki kanser vakası sayısı gerek kadınlar gerekse erkekler özelinde dünya genelinin üzerinde seyretmektedir. AB ülkeleri ve ABD gibi gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında ise Türkiye’deki kanser vakalarının düşük oranda olduğu, tablo 1’de yer alan veriler aracılığıyla anlaşılmaktadır.

Kanserin epidemiyolojisine dair ulaşılan veriler Türkiye’de 100.000 kişide 241 erkeğin, 170 kadının kansere yakalandığını ortaya koymuştur. Ulaşılan bu bilgi, Türkiye’deki kanser vakalarının dünya geneline oranda daha fazla sayıda olduğunu işaret etmektedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansına üye ülkelerle kıyaslandığında ise Türkiye’de kansere yakalanan erkek sayısı ajansa üye ülkelere göre yüksek iken kansere yakalanan kadın sayısı açısından ajans ülkelerinden daha düşük sayıda olduğu sonucu elde edilmiştir.

1.1.2. Kanserin Etiyolojisi

Kanserin etiyojisi içeriğinde yer alan temel faktörler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Çetin, 2013):

- i. Tütün içmek,
- ii. Pasif içici olmak,
- iii. Dumansız tütün kullanmak,
- iv. Kronik enfeksiyonlar,
- v. Alkol içmek,
- vi. Ürete faktörleri,
- vii. Endojen hormonlar,
- viii. Ekzojen hormonlar,
- ix. İyonlaştırıcı radyasyonlar,
- x. Güneş ışığı ve ultraviyole radyasyon şeklinde sıralanmaktadır.

Yukarıda sıralanan maddelerin destekleyeceği üzere kanser sonucunu doğuran faktörlerin içeriği oldukça geniştir. Yine sıralanan faktörlerin her birisi kanser hastalığının ortaya çıkmasında farklı düzeyde etkisini gösterecektir.

Kanserle ilgili araştırmalarda kanserin nedenleri üzerinde yapılan değerlendirmeler önemli bir yere sahiptir. Buna göre kansere neden olan faktörler, çevresel ve kalıtsal faktörler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Çevresel faktörler, kansere neden olan faktörler arasında daha fazla yere sahiptir. Başka bir deyişle kansere neden olan faktörler incelenirken çevresel faktörlerin daha yüksek düzeyde etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Kutluk ve Kars, 2001). Bu da kanserin etiyojisi konusunu araştırırken çevresel faktörlerin daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmektedir.

1.1.3. En Yaygın Kanser Türleri ve Kanserin Cinsiyetlere Göre Dağılımları

Yaygın kanser türleri ve kanserin cinsiyete göre dağılımı konusunda yer alan belli başlı veriler, tablo üzerinde gösterilmek suretiyle incelenecektir. Kanserin epidemiyolojisi için ulaşılan verilerle ifade edilen hususlar, bu kısımda ulaşılan veriler için de geçerlidir.

Tablo 2. Erkeklerde En Sık Görülen Beş Kanser Türünün Dağılımı

Türkiye	Dünya	IARC	AB	ABD
Akciğer	Akciğer	Prostat	Prostat	Prostat
Prostat	Prostat	Akciğer	Akciğer	Akciğer
Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal
Mesane	Mide	Mide	Mesane	Mesane
Mide	Karaciğer	Mesane	Böbrek	Böbrek

Kaynak: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf , Erişim Tarihi: 30.06.2016.

Tablo 2’de yer alan veriler 7 farklı kanser türünün erkeklerde en yoğun olarak karşılaşılan kanser türleri olduğunu göstermiştir. Vaka yoğunluğuna göre kanser türlerinin sıralaması değişiyor olsa da kanser türlerinin büyük oranda benzer olduğu anlaşılmaktadır. Bu da erkeklerde gözlenen kanser vakalarının dünya genelinde benzer yoğunlukta seyrettiği şeklinde değerlendirme yapılmasını mümkün kılmaktadır ve tablo 2’deki veriler bu ifadeleri destekler niteliktedir.

Tablo 3. Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kanser Türünün Dağılımı

Türkiye	Dünya	IARC	AB	ABD
Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
Kolorektal	Uterusserviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
Akciğer	Akciğer	Uterusserviksi	Uteruskorusu	Tiroid
Uteruskorusu	Uteruskorusu	Uteruskorusu	Uterusserviksi	Uterus

Kaynak: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf , Erişim Tarihi: 30.06.2016.

Tablo 3'te görüldüğü kadınlarda en sık görülen kanser türleri, erkeklerde olduğu gibi 7 farklı kanser türünü ön plana çıkarmıştır. Meme kanserinin dünyanın her yerinde en sık karşılaşılan kadın kanser türü olması, tablo 3'teki en dikkat çekici veridir. Bunun dışında diğer kanser türlerinin ortaya çıkma yoğunluklarının benzer düzeyde olduğu değerlendirilmesini yapmak mümkün görünmektedir. Yine erkekler için gözlenen kanser türleri için geçerli olduğu gibi kadınlar için yapılan değerlendirmede de ülkelere göre sıralamada ufak değişikliklerin olabileceği tablo 3'te yer verilen veriler aracılığıyla görülmüştür.

Kanserin cinsiyete göre dağılımları farklılık göstermektedir (Özkan vd., 2012). Bu nedenle kanser konusunda yapılan araştırmalarda cinsiyete göre araştırma yapılması ile sık sık karşılaşılmaktadır. Ayrıca kanser türlerinin cinsiyete göre farklılık gösteriyor olması, cinsiyete göre kanser araştırmasının yapılmasını zorunlu hale getirmektedir denilebilir. Nitekim kanser türü ve cinsiyete göre dağılımına ilişkin verilen bilgiler, bu ifadeleri destekler niteliktedir.

1.1.4. Kanser Tedavisi

Kanser tedavisi konusu kapsamında ilk olarak değinilmesi gereken husus erken tanıdır. Kanserin erken tanısı, tedavinin olumlu sonuçlar vermesine katkıda bulunacaktır (Alicı, İzmirli ve Doğan, 2006). Bu nedenle kanserin tedavisi içeriğinde erken tanı yapılması yer almaktadır denilebilir. Kanserin bilinirliğinin ve kanser hastalığına yönelik bilincin artması, kanser tedavisi ve kanserin erken tanısı etkileşimi kapsamında yardımcı roller üstlenecektir.

“Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açan ciddi bir sağlık problemidir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25’ini oluşturan, tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir” (Aydoğan vd., 2012). Bu ifadelerden anlaşılacağı üzere kanser, tedavi edilmesi büyük önem taşıyan bir hastalıktır. Sadece ölüm sonucunun ortaya çıkması değil psikolojik bozukluklara neden olma olasılığının bulunması da kanserin tedavisini önemli hale getiren unsurlar arasında yer almaktadır.

Gelişen teknoloji ve yaşanan gelişmeler, kanser tedavi yöntemlerinin de gelişmesinde etkili olmaktadır. Kanser tedavisinde kullanılan temel yöntemler üç tane olup radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi bu yöntemleri oluşturmaktadır. Bu yöntemlerin içeriğinin açıklanacak olduğunda aşağıdaki verilerden bahsedilmesi mümkündür (Oylar ve Tekin, 2011):

- i. **Cerrahi Yöntemler:** Kanser tedavisi için cerrahi yöntemler, kanserli dokuların cerrahi teknikler vasıtasıyla dokudan çıkarılması işlemlerini açıklamaktadır.
- ii. **Radyoterapi:** Radyoterapi yönteminde ise kanserli hücrenin radyasyon aracılığıyla yakılması söz konusudur. Bu sistemde hücrelerin yakılmasında spesifik şiddet olarak ifade edilen düzey, tedavi için oldukça önemli bir yere sahiptir.
- iii. **Kemoterapi:** Kanserli hücrelerin ilaç kullanımı vasıtasıyla öldürülmesi, kanserli hücrenin bölünmesini sağlayan mekanizmaların ortadan

kaldırılması, kemoterapi yöntemi ile kanser tedavisini ifade eder. Kemoterapi, kanser tedavisi sürecinde olabildiğince tümörleri hedef almaktadır ve tedaviyi bu şekilde ilerletir.

Yukarıda sıralanan yöntemleri de içermek suretiyle kanser tedavisine ilişkin değerlendirme yapılacak olduğunda, kanserler tedavisinde erken tanının büyük öneme sahip olduğu söylenebilir. Yine teknolojik gelişmeler, kanser tedavisi için oldukça önemlidir. Nanoteknoloji konusunda yaşanan gelişmeler buna örnek olarak gösterilebilir. Bu nedenle kanser tedavisi konusu, teknolojik faktörlerden bağımsız bir şekilde değerlendirilmekten uzaktır.

1.2. Anksiyete Hakkında Genel Bilgiler

Çalışmanın temel araştırma konularından bir tanesi olan anksiyete, bu kısımdaki inceleme iler birlikte açıklanacaktır. Anksiyete kavramı hakkında genel bilgiler araştırılırken bu kısımda incelenecek olan konu başlıkları sırasıyla; anksiyetenin tanımı, anksiyetenin klinik açıklaması, anksiyetenin belirtileri, anksiyetenin epidemiyolojisi, anksiyetenin etiyojisi, anksiyetenin tedavisi ve anksiyetenin kanserle ilişkisi şeklindedir. Böylece anksiyete kavramı ve kanserle olan ilişkisine dair bilgi sahibi olunacağı düşünülmektedir.

1.2.1. Anksiyetenin Tanımı

“Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım şeklidir. Kaygı veya bunaltı olarak da adlandırılır” (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bu ifadelerden anlaşılacağı üzere anksiyete olumsuz duyguların yer aldığı bir kavramı ifade etmektedir. Anksiyetenin içeriğinin anlaşılmasında bu boyutun bilincinde olmak gerekir. Anksiyetenin kaygı ile ifade edilmesi daha sık karşılaşılan bir yapıdadır denilebilir.

Korku ve endişe gibi kavramlarla ilişkili olması sebebiyle anksiyetenin bu kavramların yerine kullanılması ile karşılaşılması mümkün olsa da bu yanlıştır. Anksiyetenin tanımının sağlıklı bir şekilde yapılması, bu nedenle oldukça önemli bir yere sahiptir. “Anksiyete, varlığın sürdürülmesinde ve bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında kişiyi gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan temel duygulardandır” (Tekin ve Tekin, 2014).

Fizyolojik ve psikolojik içeriğe sahip olması, anksiyete için önemli bir ayrıntı olarak görünmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde şu şekilde bir anksiyete tanımından söz edilebilir: “Anksiyete, kişinin fiziksel ya da fizyolojik bir tehdit altında kendini hissettiğinde gösterdiği, yaşamdaki stresörlere karşı verilen doğal bir reaksiyondur” (Uyar ve Akın Korhan, 2011). O halde anksiyetenin oluşumunda fiziksel faktörlerin etkisi büyüktür denilebilir. Bu husus, anksiyetenin belirtileri konusunun incelenmesi ile birlikte daha sağlıklı bir şekilde anlaşılacaktır.

Anksiyete kavramına ilişkin genel bir değerlendirme yapılacak olduğunda, olumsuz sonuçları ön plana çıkan bir kavram olduğu görülmüş, endişe ve korku ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Anksiyetenin birçok farklı unsurun etkisi altında olduğu anlaşılmış olmakla bu veriler tanım kısmında sınırlı tutulmuştur. Bunun yanı sıra anksiyete, sosyal ilişkiler ile doğrudan etkileşim içinde olması sebebiyle kişilerarası ilişkiler açısından belirleyici roller üstlenmektedir (Karaca vd., 2016). Nitekim sahip olduğu bu nitelik, anksiyetenin araştırılma sıklığını olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak görünmektedir. Bu husus aynı zamanda anksiyetenin birden fazla boyutu olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

1.2.2. Anksiyetenin Klinik Açıklaması

Anksiyetenin klinik açıklaması kapsamında ilk olarak değinilmesi gereken birçok anksiyete türünün bulunduğudır. Panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, maddeye bağlı anksiyete bozukluğu, tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu gibi türlerin varlığı bilinmektedir (Kocabaşoğlu, 2008). Sıralanan anksiyete türleri, anksiyetenin sahip olduğu içeriğin ne denli geniş olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Depresif belirtiler, anksiyete bozuklukları içeriğinde kayda değer düzeyde etkiye sahiptir. Anksiyete bozuklukları ve depresif belirtiler ilişkisi içeriğinde duygular ani değişmeler ve kötü sonuçlara neden olabilir (Akkaya, 2006). Bu da anksiyetenin klinik açıklaması kapsamında depresif belirtilerin rolünü açıklaması bakımından göz önüne alınmak durumundadır.

Çalışmanın bu kısmında yapılacak olan değerlendirmede sınıflandırmalara göre anksiyete bozukluklarının açıklanması yolu tercih edilmiştir. Böylece anksiyete bozuklukları içeriğinde farklı yaklaşımlara göre değerlendirme yapılmasının mümkün olacağı düşünölmektedir.

Tablo 4. Anksiyetenin Klinik Açıklaması

DSM-IV-TR sınıflandırması	ICD-10 sınıflandırması
Panik bozukluğu, agorafobisiz	<u>Fobik bunalı bozuklukları:</u> Agorafobi, panik bozukluğu yok
Panik bozukluğu, agorafobili	Agorafobi, panik bozukluğu var
Agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan	Sosyal fobi Özgül fobiler Başka fobik bunalı bozuklukları Fobik bunalı bozukluğu, belirlenmemiş
Sosyal fobi	<u>Başka bunalı bozuklukları:</u>
Özgül fobi	Panik bozukluğu Yaygın bunalı bozukluğu Karışık tip bunalı ve depresyon bozukluğu Başka karışık tip bunalı bozuklukları Başka belirlenmiş bunalı bozuklukları Bunalı bozukluğu, belirlenmemiş
Travma sonrası stres bozukluğu	<u>Obsesif-kompulsif bozukluk:</u> Obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların baskın olduğu tip Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip Obsesyonel düşüncelerin ve kompulsif hareketlerin birlikte bulunduğu karışık tip Obsesif-kompulsif bozukluk, belirlenmemiş
Akut stres bozukluğu	<u>Ağır strese tepki ve uyum bozuklukları:</u> Akut stres tepkisi Travma sonrası stres bozukluğu Uyum bozuklukları Ağır strese karşı başka tür tepkiler Ağır strese karşı tepki, belirlenmemiş
Yaygın bunalı bozukluğu	
Bunalı bozukluğu bedensel bozukluğa ya da maddeye bağlı	
Bunalı bozukluğu başka türlü adlandırılmayan	

Kaynak:Bal, 2010.

Tablo 4'te görüldüğü üzere anksiyetenin klinik açıklaması için farklı yaklaşımların varlığına paralel olarak anksiyete içeriğinde birbirinden değişik içeriğe sahip türlerin varlığı ortaya çıkmıştır.

1.2.3. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetenin belirtileri kapsamındaki belli başlı hususlar, aşağıdaki gibidir (Sevinçok, 2007):

- i. Belirli periyotta süregelen endişe,
- ii. Endişeyi kontrol etmede güçlük yaşama,
- iii. Huzursuzluk hali,
- iv. Çabuk yorulmak,
- v. Odaklanamama,
- vi. Aşırı şekilde tepkiler vermek,
- vii. Uyku sorunları yaşamak,
- viii. Kol ve bacaklarda yanma ile midede rahatsızlık,
- ix. Terleme,
- x. Baş dönmesi ve sersemleme hali içerisinde girme şeklindedir.

Yukarıda sıralanan faktörler, anksiyetenin belirtileri arasından fiziksel ve psikolojik belirtileri içermektedir. Fiziksel ve psikolojik belirtilerin yanı sıra, tıbbi ve nörolojik belirtilerin açıklanması, anksiyetenin belirtilerinin anlaşılmasına katkıda bulunacaktır. Bu kapsamda yer alan veriler aşağıdaki şekil üzerinde gösterildiği gibidir.

Nörolojik Bozukluklar	Eksiklik Durumlar
Serebral neoplazmalar	B12 vitamin eksikliği
Serebral travma ve postkonfüzyonel sendromlar	Pellegra
Serebrovasküler hastalık	Çeşitli Durumlar
Subaraknoid kanama	Hipoglisemi
Migren	Karsinoid sendrom
Ensefalit	Sistemik malign durumlar
Serebral sifiliz	Premenstrüel durumlar
Multipl skleroz	Aleşli hastalıklar
Wilson hastalığı	ve kronik hastalıklar
Huntington hastalığı	Porfiri
Epilepsi	Enfeksiyöz mononükleoz
Sistemik durumlar	Posthepatit sendrom
Hipoksi	Üremi
Kalp damar hastalığı	Toksik durumlar
Akciğer yetmezliği	Alkol ve drog yoksunluğu
Anemi	Amfetaminler
Endokrin Bozukluklar	Sempatomimetik ajanlar
Hipofiz işlev bozukluğu	Vazopressör ajanlar
Tiroid işlev bozukluğu	Kafein ve kafein yoksunluğu
Paratiroid işlev bozukluğu	Penisilim
Adrenal işlev bozukluğu	Sulfonamidler
Fenkromasitoma	Esrar
Kadınlarda virilizan bozukluklar	Çiçak
Enflamatuvar hastalıklar	Arsenik
Lupus eritematozus	Fosfor
Romatoid artrit	Organofosfatlar
Poliarteritis nodoza	Karbon disülfid
Temporal arterit	Benzen
	Aspirin entoleransı

Şekil 1. Anksiyetenin Tıbbi ve Nörolojik Belirtileri

Kaynak: Kocabaşoğlu, 2008.

Şekil 1’de yer alan veriler, anksiyetenin oluşumunda nörolojik ve tıbbi nedenlerin göz ardı edilemeyeceğini açıklaması bakımından önemlidir. Bunun yanı sıra anksiyetenin oluşumunda birçok belirtinin bulunduğu anlaşılmasına katkıda bulunacak olması, şekil 1’de yer alan verileri önemli kılmaktadır denilebilir.

Özetle anksiyete belirtilerinin içeriği oldukça geniştir. Ancak psikolojik ve fiziksel belirtilerin yeri anksiyete belirtileri içerisinde daha geniştir denilebilir. Anksiyeteyi açıklarken bu belirtiler özelinde değerlendirme yapılması, bu ifadeleri doğrular niteliktedir. Son olarak anksiyetenin belirtileri, anksiyetenin türünü belirleyecek olması bakımından da önemlidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

1.2.4. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete ile ilgili tanımların ve belirtilerin açıklanmasının ardından epidemiyoloji incelemesi yapılacaktır. Günümüz yaşam koşullarının anksiyeteyi tetikleyen bir yapıda olması, bu kısımdaki incelemeyi önemli kılmaktadır. Yine anksiyetenin hangi sıklıkla karşılaşılan bir bozukluk olduğunun belirlenmesi için elde edilecek olan verilerin açıklayıcı roller üstlenmesi beklenmektedir. Bu konulardaki soru işaretlerini ortadan kaldırmak adına literatürde yer alan çalışmalardan faydalanarak ilerleme kaydedilmesi planlanmaktadır.

Erken yaşta ortaya çıkabilmesi ve sinsi başlangıçlı olarak nitelendirilen yaygın anksiyete bozukluğunun belirtileri anlık alevlenmeleri içermektedir (Ünsalver ve Balcıoğlu, 2006). Anksiyetenin tanı kriterlerinin değişkenlik gösteren bir yapıda olmasının nedenlerinden birisi de budur. Anksiyete ile ilgili yapılan araştırmalarda tanı kriterlerinin farklı olduğunun gözlenmesi, anksiyetenin epidemiyolojisi incelemesi açısından zorluklar oluşturmaktadır.

İlgili literatürde yer alan çalışmalar, anksiyetenin epidemiyolojisi hakkında fikir verecektir. Bu kapsamda Türkiye’de yapılan çalışmalardan bazıları aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir. Yapılan araştırmalar farklı bölgelerde ve farklı örneklemeler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 5. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Bölge-yerli, kaynak	Örneklem, yaş, yaygınlık	Örneklem büyüklüğü	Tarama aracı	Sonuç	Notlar
Konya, (Çilli ve ark. 2004)	Genel toplum taraması, 18 yaş ve üzeri, son 1 yıl yaygınlığı	3012	UBTG 2.1	%3 OKB	Başlama yaşı 26, ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda 4,2 kat fazla; %30 obsesyon, %68,5 obsesyon + kompulsiyon.
Aydın, (Gültekin ve Deratoy 2011)	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	700	LSAS	% 21,7 SAB	Özgül SAB: %5,7; yaygın SAB: %16,0, SAB'de düşük yaşam kalitesi
Sivas, (Kırmızıoğlu ve ark. 2009)	Genel toplum taraması, 65 yaş ve üzeri, nokta yaygınlık	462	SCID-I	PB %0,4, OKB %3,2, TSSB %1,9, SAB %2,8, YAB %6,9, ÖF %11,5	-
Adana, (Yoldascan ve ark. 2009)	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	804	UBTG 2.1	%4,2 OKB	-
Sivas, (Erge ve ark. 2004)	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	1003	DIS-III-R	%9,6 SAB	SAB olanlarda düşük öz benlik saygısı
Şanlıurfa, (Simssek ve ark. 2008)	15-49 yaş, kadınlara yönelik tarama, nokta yaygınlık	270	SCID-I	%4,8 (FB), %3,6 (TSSB), %3,2 (OKB), %2,2 (TBAB), %1,2 (PB)	Aile içi şiddet, önceki travma yükümlü, anemi ve kıtanöz laparonyasis varlığı ruhsal hastalıkların öncelikli öngörütçileri
Van, (Selvi ve ark. 2010)	Lise son sınıf öğrencileri, nokta yaygınlık	520	UBTG 2.1	%5,9 OKB	Ruhsal hastalık aile öyküsü olanlarda ve sigara içenlerde daha sık OKB

UBTG 2.1: Uluslararası birleşik tanı güncelmesi 2.1 versiyonu, OKB: Obsesif ve kompulsif bozukluk, LSAS: Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği, SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu, SCID-I: DSM-IV-Eksen I için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği, PB: Panik bozukluğu, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, YAB: Yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu, ÖF: Özgül fobi, DIS-III-R-Tamamı Görüşme Ölçeği-III, FB: Fobik bozukluk, TBAB: Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu.

Kaynak:Binbay vd., 2013.

Tablo 5'te görüldüğü üzere anksiyete bozuklukları arasında sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif ve kompulsif bozukluk, fobik bozukluk gibi anksiyete türlerinin ön plana çıkması söz konusudur.

Anksiyetenin epidemiyolojisi ile ilgili dünyadaki ülkelere -Türkiye de dahil olmak üzere- ilişkin verilere ulaşılamadığı için Türkiye'de yapılan araştırmalar özelinde değerlendirme yapılması uygun görülmüştür. Anksiyete ile ilgili kanser araştırmalarında olduğu gibi uluslararası bir ajansın varlığının olmaması, bu durumun ortaya çıkmasındaki temel etken olarak görünmektedir.

1.2.5. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyetenin etiolojisi içeriğinde yer alan hususlar, aşağıdaki gibidir (Öztürk, 2014: 11, Tural, 2009):

- i. Öz farkındalık,

- ii. Onaylanma ihtiyacı hissedilmesi,
- iii. Bireyin eleştirilmekten korkması,
- iv. Takip edilme/izlenme korkusu,
- v. Benlik saygısı seviyesinin düşük olması,
- vi. Sosyal beceri konusundaki yetersizlikler,
- vii. Sosyal başarısızlıklar,
- viii. Yabancı bireylere karşı yaklaşım,
- ix. Stresin yüksek düzeyde olması,
- x. Bireyin aşırı hassas kişilik yapısı,
- xi. Bağlanma sorunları,
- xii. Fiziksel ve cinsel istismar olayları,
- xiii. Öfke kontrolünün yetersiz olması,
- xiv. Bağımlılıklar şeklindedir.

Sıralanan maddelerden anlaşılacağı üzere anksiyetenin etiyolojisi içeriğinde birçok farklı içerikten unsur bulunmaktadır. Bunlar arasından sosyal ve psikolojik unsurların diğerlerine oranla daha fazla ön planda olduğu yine yukarıdaki veriler aracılığıyla anlaşılmaktadır.

1.2.6. Anksiyetenin Tedavisi

Anksiyetenin tedavisi konusunda araştırma yapılırken ilaç ile tedavi ve psikoterapi olmak üzere iki başlık altında incelemede bulunulacaktır. Anksiyetenin tedavisine bireylerin göstereceği tepkilerin farklı olması sebebiyle bu şekilde değerlendirme yapılması tercih edilmiştir. Bu kısımdaki incelemenin tamamlanmasının ardından anksiyetenin tedavisinde nasıl bir yol izleneceğine dair yeterli düzeyde bilgi sahibi olunacağı düşünülmektedir.

1.2.6.1. İlaç ile Tedavi

İlaç tedavisi, anksiyetenin tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılan etkili bir tedavi yöntemi olarak bilinmektedir. İlaçla tedavide ilk olarak gerekli görülen ilaçların doğru bir şekilde seçilmesi şarttır (Saatçioğlu, 2001). Aksi takdirde seçilen tedavi yöntemi sorgulanır hale gelecektir. Anksiyetenin tedavi edilmesinde çoğunlukla ilk aşamayı oluşturan ilaç tedavisi, teşhisin doğruluğunu göstermesi bakımından da önem ifade etmektedir.

Anksiyete türünün belirlenmesi sürecinde ilaç tedavisinden faydalanılıyor olması, ilaç ile tedavi kapsamında değinilmesi gereken hususlardan birisidir. Hangi anksiyete türünden bahsedildiğini açıklaması, ilaç ile tedavinin anksiyete ve teşhis etkileşiminin bir ürünü olarak görünmektedir.

Gelişen olanaklara paralel olarak anksiyetenin ilaçla tedavisi, yaygınlaşan bir hale gelmiştir. Bu durum tedavide kolaylıklar içermesinin yanı sıra bir takım riskleri de içermektedir. Nitekim anksiyetenin ilaçla tedavisinde maksimum seviyede dikkat edilmesinin gerekliliği de bundan dolayıdır. “Bazen genel tıbbi durum nedeniyle ilaç kullanıldığı durumlarda da anksiyete belirtileri ortaya çıkabilir. Kullanılan ilaçların anksiyete oluşturduğu yönünde bilgi yok ise tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu olmalıdır” (Tural, 2009). Bu ifadelerden de anlaşılacağı üzere anksiyetenin ilaçla tedavisinde yapılacak olan hatalar tedavinin olumsuz sonuç vermesinin yanı sıra yeni anksiyete vakalarına neden olabilecektir.

1.2.6.2. Psikoterapi

Anksiyetenin psikoterapi ile tedavi edilmesinde bireylerin korkularının üzerine gidilmesi adına çaba gösterilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Böylece anksiyetenin birey üzerindeki olumsuz etkilerinin önüne geçilmesinin yanında bireyin gelecekte tekrar aynı vaka ile karşılaşmaması adına girişimlerde bulunulmuş olacaktır. Belirtilen işlemlerin gerçekleşmesi sürecinde psikoterapi belirli bir program dahilinde ilerlemeyi gerektirmektedir.

Psikoterapiden sonuç alınabilmesi için aşağıdaki sorulara yanıt alınması gerekmektedir (Tural, 2009):

- i. Vaka, yaşam olayı ile ilişkili mi?(stres gibi unsurların anksiyete üzerinde etkisi var mı?)
- ii. İlk olarak ne yaşandı? (anksiyete için anahtar belirtinin belirlenmesi adına gereklidir.)
- iii. Süreç nasıl ilerledi? (anksiyetenin oluşumundaki seyrin nasıl olduğunu açıklamaktadır.)
- iv. Süreç ilerlerken nelere tesir etti? (anksiyetenin getirdiği sonuçlar açısından gereklidir.)
- v. Süreç nelerden etkilendi? (ortaya çıkacak olan etkilerin neler olduğunu açıklamak için gereklidir.)
- vi. Birey anksiyeteyi engellemek için neler yaptı? (nasıl başa çıkıldığına cevap vermede yardımcıdır.)
- vii. Günlük yaşam üzerinde ne gibi etkileri oldu? (anksiyetenin etkilerini belirlemede ihtiyaç duyulmaktadır.)

Yukarıdaki sorulara yanıt verilmesi, anksiyetenin psikoterapinin sonuç vermesi adına gereklidir. Psikoterapi kapsamında açıklanan hususlar, anksiyetenin tedavisinde ilaç tedavisine göre oldukça farklı bir sürecin varlığını göstermektedir. Tüm bu faktörler eşliğinde psikoterapinin anksiyete ile başa çıkılması adına belirleyici rolleri olduğu çıkarımını yapmak mümkündür.

1.2.7. Kanser ve Anksiyete İlişkisi

Anksiyete hakkında genel bilgiler başlığında son olarak kanser ve anksiyete ilişkisi ile ilgili bilgi verilecektir. İlk olarak bilinmesi gereken anksiyetenin kanser tanı

ve tedavisinde gelişen bir yapıda olduğudur. Bu süreçte anksiyetenin fark edilmemesi tedaviyi oldukça güç bir sürece itmektedir. Kansere ve anksiyete ilişkisi kapsamında değinilmesi gereken hususlardan bir tanesi de kanser hastalarının yaklaşık üçte birinde kronik anksiyete olduğudur (Aydoğan vd., 2012). Dolayısıyla kanser ve anksiyete arasındaki doğrudan bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür ve bu ilişki hayatın tamamını etkilemektedir.

“Kanser hastalarından hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonucu bekleme, hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama anksiyeteye yol açabilir” (Beser ve Öz, 2003). Anlaşılacağı üzere kanser hastalarının anksiyete bozukluğu yaşamaları, belirsizlikleri artırarak tedavinin olumsuz sonuçlanmasına neden olmaktadır.

Kanser hastaları üzerinde yapılan araştırmalar, bu hastalarda özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozuklukların yüksek oranda olduğunu göstermektedir (Ateşci vd., 2003). Bu veriyi önemli hale getiren husus ise psikolojik bozuklukların tedavi edilememesinin kanserle mücadeleye zarar verdiğidir. Belirtildiği şekilde bir etkileşimin olması sebebiyle kanser ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısında artış gözlenmektedir. Kanser ve anksiyete arasındaki bu ilişkinin devam etmesi halinde, konuyla ilgili çalışmaların da artması beklenmektedir.

Özetle kanser ve anksiyete arasındaki ilişkinin varlığı kaçınılmazdır. Kanser hastalarının büyük çoğunluğunda anksiyete vakalarının da gözlenmesinin olumsuz etkileri, çalışmanın bu kısmında verilen bilgiler aracılığıyla anlaşılmıştır. Kanser ve anksiyete arasındaki ilişkinin önemine paralel olarak bu etkileşimin giderek önemi artan bir araştırma konusu halini aldığı hatırlatılmasında fayda vardır.

1.3. Depresyon Hakkında Genel Bilgiler

Çalışmanın bir diğer temel araştırma konusu olan depresyon kavramı bu kısımda araştırılacaktır ve bu kısımda depresyonla ilgili temel bilgiler yer alacaktır. Depresyon hakkındaki genel bilgiler başlığı altında sırasıyla; depresyonun tanımı, depresyonun

linik açıklaması, depresyonun belirtileri, depresyonun epidemiyolojisi, depresyonun etiyojisi, depresyonun tedavisi, kanser ve depresyon ilişkisi başlıkları incelenecektir. Bu konu başlıklarının açıklanması ile birlikte depresyonun kavramsal çerçevesinin açıklanması hedeflenmektedir.

1.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon kavramına ilişkin üzerinde anlaşılan bir tanımdan söz edilmesi mümkün değildir. Depresyonla ilgili tanımların her birisine yer vermek mümkün olmayacağı için farklı yaklaşımları içeren tanımlara yer verilecektir. En yalın haliyle depresyon “kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük hali” şeklinde tanımlanmaktadır (Cengil, 2003). Bu tanımdan anlaşılacağı üzere depresyon, duygu durum bozukluğu niteliği taşıyan bir kavram olarak ifade edilmektedir.

Daha geniş bir yaklaşımla depresyon tanımlanacak olduğunda şu şekilde bir tanım ortaya çıkacaktır: “Depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur” (Erdem ve Bez, 2009). Depresyon kavramının ne gibi belirtileri içerdiği özelinde yapılan bu tanımlama, sahip olduğu geniş kapsam da göz önüne alındığında oldukça açıklayıcı olarak görünmektedir.

Psikolojik bozukluklar arasından depresyon, en yoğun şekilde karşılaşılan bozukluktur. Bu noktada depresyon kapsamında sadece bir rahatsızlık ya da bozukluktan değil çok sayıda alt gruptan meydana gelen bozuklukları ifade ettiğinin bilinmesi gerekmektedir (Karabulut, 2016). Kelime anlamı olarak depresyon ise bitkinlik, çökkünlük, tükenmişlik gibi anlamları ifade etmektedir.

Kısacası depresyon farklı şekillerde tanımlanabilen duygusal bir bozukluktur denilebilir. Depresyonla ilgili yapılan tanımlar kavramın kapsamını ortaya koymasının yanı sıra depresyonun en sık karşılaşılan bozukluk olduğunu göstermiştir. Bu da

depresyonun günümüz dünyasının önemli bir sorunu olduğu anlamına gelmesi sebebiyle önem ifade etmektedir.

1.3.2. Depresyonun Klinik Açıklaması

Depresyonun klinik açıklamasında Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu yeti kaybı vurgusu dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, depresyonun yeti kaybı ile ilişkili olduğunu belirtmiş ve ölümlerle sonuçlanmayan yeti kaybı olaylarının birinci nedeninin ise depresyon olduğunu ortaya koymuştur (Aydemir, 2011). O halde klinik açıdan depresyon için bireyi normal sınırlarının dışında davranmaya iten bir kavram nitelendirmesi yapmak mümkündür.

Kişiden kişiye göre düzeyi değişmekle birlikte depresyon birey üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır. Depresyon ilerledikçe bireylerin olumsuz değerlendirmelerinin etkisi artmaktadır. Olumsuz düşüncenin egemen olması da depresyonun olumsuz sonuçlarının ortaya çıkması anlamına gelmektedir. Bu noktada ortam ve bireyin yorumları arasında mantıksal bağın bulunduğunu söylemek güçtür (Arkar, 1992). Ancak yine de depresyonun klinik açıklamasında olumsuz sonuçlar odak noktasında yer almaktadır.

Depresyonun klinik açıklaması içeriğince depresyonun alt gruplarının açıklanması gerekmektedir. Bu kapsamda yer alan alt gruplar aşağıdaki gibidir (Karabulut, 2016):

- i. Majör depresif bozukluk,
- ii. Distimik bozukluk,
- iii. Bipolar bozukluktaki depresyon,
- iv. Genel tıbbi duruma bağlı depresyon,
- v. Depresyonlu uyum bozukluğu,
- vi. Başka bir şekilde adlandırılmayan depresif bozukluk -kendi içinde üç alt gruba daha ayrılır- şeklindedir.

Gerek yukarıda sıralanan maddeler gerekse bu kısımda değinilen hususlar, depresyonun klinik açıklamasının anlaşılmasına katkıda bulunacak niteliktedir. Depresyonun en sık karşılaşılan psikolojik bozukluklar arasında yer alması, kavramın klinik açıdan incelenmesini gerekli kılmıştır. Klinik açıdan depresyonun incelenmesinde değişik sınıflandırma ve gruplandırmalardan faydalanılarak ilerleme kaydedildiği, yine bu kısımdaki veriler aracılığıyla anlaşılmıştır.

1.3.3. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun belirtileri içeriğinde yer alan hususlar aşağıda sıralandığı gibidir (Üstün ve Bayar, 2015):

- i. Üzgünlük hali,
- ii. Kederli olma,
- iii. Gündelik olarak zevk alınan davranışlardan soğuma,
- iv. Kişisel bakıma zaman ayırmamaya başlama,
- v. Uyku düzeninin değişmesi -uyuyamama ya da çok uyuma-,
- vi. İştah değişimi -çok az yeme ya da fazla yeme-,
- vii. Kararsızlıklar yaşama,
- viii. Rutin işlemlerini yerine getirmede zorlanma,
- ix. Konsantre olamama,
- x. Kendini değersiz görme ve yaşananlar sebebiyle kendisi suçlama şeklindedir.

Bireyin gündelik hayatın doğrudan etkileyen ve önemli değişiklikler doğuran depresyonun belirtileri de depresyonla ilgili bu ifadeleri destekler niteliktedir. Günlük davranışların yanı sıra bazı hastalıkların da depresyonun belirtileri ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Depresif belirtilerin sık sık görüldüğü hastalıklar, tablo gösterildiği gibidir.

Tablo 6. Depresif Belirtiler ve İlgili Hastalıklar

Nörolojik hastalıklar	Endokrin hastalıklar
Alzheimer Hastalığı	Adrenal hastalıkları
Serebrovasküler Hastalıklar	Cushing hastalığı
Serebral neoplazmalar	Addison hastalığı
Serebral travma	Hiperaldosteronizm
MSS infeksiyonları	Menstruasyonla ilişkili
Demans	Paratiroid hastalıkları
Epilepsi	Tiroid hastalıkları
Ekstrapiramidal hastalıklar	Vitamin yetersizlikleri
Huntington hastalığı	B12 ve Folik asit
Hidrosefal	C vitamini
Migren	Niasin
Multipl skleroz	Tiamin
Narkolepsi	Diğer hastalıklar
Parkinson hastalığı	AIDS
Progresif supranükleer palsi	Kanser
Uyku apnesi	Kardiyopulmoner hastalıklar
Wilson hastalığı	Klinefelter sendromu
Sistemik hastalıklar	Myokard infarktüsü
Virial ve bakteriyel infeksiyonlar	Porfiriler
İltihaplı hastalıklar	Postoperatif durumlar
Romatoid artrit	Böbrek hastalıkları ve üremi
Sjogren sendromu	Sistemik neoplazmalar
Sistemik lupus eritematозus	
Temporal arterit	

Kaynak:Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011.

Tablo 6’da görülen hastalıkların her birisi, depresif belirtiler ile düzeyi değişmekle birlikte etkileşim halindedir. Tabloda yer alan hastalıklarının bazılarının sık sık karşılaşılan bir yapıda olması sebebiyle depresif belirtiler ve hastalıklar arasındaki ilişkinin açıklanması gerekli görülmüştür.

Genel bir değerlendirme yapılacak olduğunda depresyonun belirtileri, depresyonun kavramının anlaşılması adına gerekli bir konudur. Depresyon; üzüntülü ruh hali, günlük hareketlerde değişme ve karamsarlık gibi temel belirtileri içermektedir (Erdem ve Bez, 2009). Bunun yanı sıra birçok belirtinin olduğu bu kısımdaki bilgiler aracılığıyla anlaşılmıştır. Son olarak depresyonun belirtilerinin bireyden bireye göre farklılık göstereceğinin yinelenmesinde fayda vardır.

1.3.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalar, depresyonun bireyin hayatına verdiği zararın anlaşılmasının ardından artmaya başlamıştır. Depresyonun epidemiyolojisi kapsamındaki uluslararası yayınların artması da konuyla ilgili bilincin arttığı anlamına gelmektedir. Özellikle 2000’li yıllar itibariyle depresyonun epidemiyolojisi konusundaki çalışmaların sayısında kayda değer düzeyde artış olduğu görülmektedir (Binbay vd., 2013).

Çalışmanın bu kısmında depresyonun epidemiyolojisi açıklanırken altı temel başlıkta değerlendirme yapılacaktır. Bu kapsamdaki veriler aşağıda açıklandığı gibidir (Doğan, 2000):

- i. **Depresif Belirtiler:** Toplum genelinde depresif belirtilerin varlığı yüzde 13 ile yüzde 20 arasındadır. Depresif belirtiler, kadınlar üzerinde daha fazla yoğunluğa sahiptir.
- ii. **Sıklık:** Sağlık kurumlarına başvuran bireyler de değerlendirmeye alınarak depresyon sıklığının yüzde 10 düzeylerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu oran toplumlara göre farklılık göstermektedir.
- iii. **Nokta Yaygınlık:** İnsanların yaşı ilerledikçe depresyonun nokta yaygınlık düzeyi de artmaktadır. 50 yaş üzeri bireylerde bu oran yüzde 10,1 düzeylerinde seyretmektedir.
- iv. **Periyodik Yaygınlık:** Periyodik yaygınlık aylık, üç aylık, altı aylık ve yıllık gibi dönemleri kapsamaktadır. Aylık yaygınlık oranı yüzde 2,2 iken altı aylık yaygınlık yüzde 3 düzeyinde belirlenmiştir. Yıllık yaygınlık oranları ise yüzde 2,6 ile 3,1 arasında tespit edilmiştir.
- v. **Yaşam Boyu Yaygınlık:** Yaşam boyu yaygınlık değişkenlik düzeyi fazla olmakla birlikte yüzde 1,5 ile 19 arasındaki oranlarda değişir. Bu konudaki kümelenmenin yüzde 13 düzeylerinde gerçekteğiği belirlenmiştir.

- vi. Hastalanma Riski: Depresyona yakalanma riskine dair elde edilen veriler kadınlarda yüzde 18, erkeklerde ise yüzde 11’lik rakamları göstermiştir.

1.3.5. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun etiyojisini oluşturan etmenler aşağıdaki gibidir (http://www.nhs.uk/translation/turkish/Documents/Depression_Turkish_FINAL.pdf):

- i. Yorgun düşme,
- ii. Zorlu deneyimler yaşama,
- iii. Beyin kimyasallarının -nörotransmitter- etkileri,
- iv. Anne-baba tarafından yaşanan depresyon vakaları,
- v. İlaç kullanımının yan etkileri,
- vi. Uyuşturucu ya da alkol bağımlılığı,
- vii. Büyük travmalar şeklindedir.

Sıralanan maddeler de göz önüne alınarak depresyonun ortaya çıkmasında tek bir faktörün etkisinin olması olasılığı düşüktür. Başka bir deyişle depresyonun varlığı, birden fazla etkenin bir araya gelmesiyle gerçekleşmektedir. Nitekim depresyonun etiyojisi kapsamında verilen bilgiler de bu ifadeleri desteklemektedir.

1.3.6. Depresyonun Tedavisi

Anksiyete kavramında olduğu gibi depresyonun tedavisi incelenirken ilaç ile tedavi ve psikoterapi şeklinde ilerleme kaydedilecektir. Depresyonun tedavi edilmesinde faydalanılan bu yöntemler yine farklı başlıklar altında değerlendirmeye alınacaktır. Böylece depresyonun tedavi edilmesi konusunda nasıl bir yol izleneceği hakkında bilgi sahibi olunacaktır.

1.3.6.1. İlaç ile Tedavi

“Depresyonda ilaç tedavisi ana hatlarıyla üç evreden oluşur, bunlar akut evre, sürdürme evresi ve idame evresidir. Akut evrenin amacı, belirtilerde hızlı bir düzelme sağlamaktır. Bunu takip eden sürdürme evresinde, belirtilerde sağlanan gerilemenin korunması ve yerleşmesi, son evre olan idamede ise hastalığın yinelenmesinin engellenmesi amaçlanır” (Tutkunkardaş ve Kılınçaslan, 2011). Depresyonun ilaç ile tedavi edilmesinde burada açıklanan aşamalara bağlı kalınması gerekmektedir. Böylece ilaçla tedaviden sonuç alınması mümkün olacaktır.

İlaç ile tedavide kısa süreli değişkenler, tedavinin seyrini değiştirebilir. Duruma göre değişmekle birlikte ilaçla tedavinin kesilmesi dahi söz konusu olabilir. Bunun tam tersi olarak depresyonun tedavisi için yeni ilaçların varlığı gerekebilir. Yeni ilaçların tedaviye eklenmesi noktasında ilaçların dozuna dikkat edilmesi şarttır. Depresyonun ilaçla tedavi edilmesinde ilacın yan etkileri, depresif belirtiler, ilaçlara verilen tepkiler ve geçmiş deneyimler göz önünde bulundurularak ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir (Yorbık ve Söhmen, 1998).

1.3.6.2. Psikoterapi

Depresyonun psikoterapi ile tedavi edilmesi, duygu durum bozukluklarına karşı bilinç oluşturmaya amaçlanmaktadır. Psikoterapi ile depresyonun tedavisi uzun bir süreçtir. Hastaların depresyona karşı bilinçlenmesinin yanı sıra tedavide etkili sonuçlar elde edilmesi, psikoterapi ile depresyonun tedavi edilmesinin popülerliğini artırmaktadır. Depresyona neden olan faktörlerin üzerine gidilmesi suretiyle mağdur konumundaki kişinin içselleştirdiği sorunların açıklanması psikoterapi için önemli bir ayrıntıdır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

Bireyin karşı karşıya olduğu depresyon vakasının düzeyine göre psikoterapinin verimlilik düzeyi de farklılık göstermektedir. Depresyonun şiddetini değiştiren melankolik özellikler, ümitsizlik, intihar düşüncesi gibi olaylar psikoterapinin yetersiz kalmasına neden olabilir (Tutkunkardaş ve Kılınçaslan, 2011). Ayrıca bu noktada

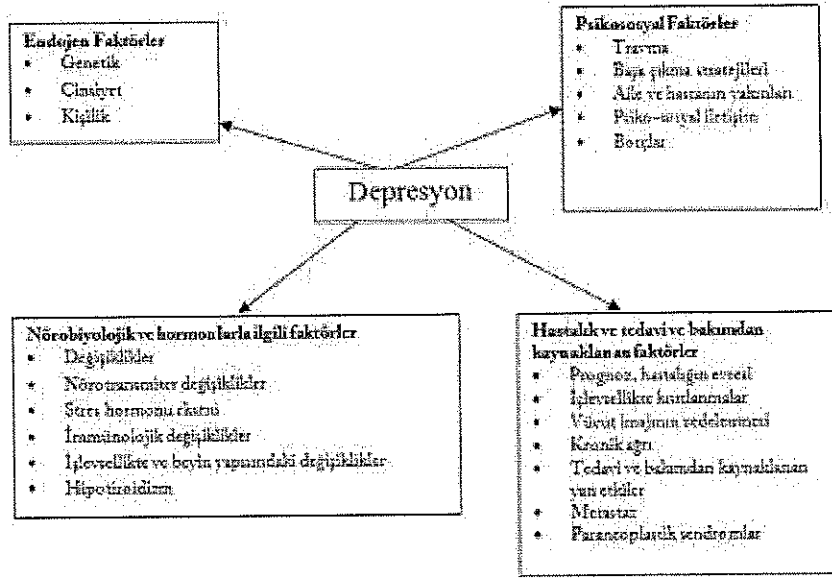
kişisel özelliklerin belirleyici rol oynadığı bilinmektedir. Psikoterapide yaşanan depresyonun düzeyinin belirleyici olduğunun yinelenmesinde fayda vardır.

Kısaca özetlemek gerekirse depresyonun tedavisinde izlenecek olan yol haritasının belirleyicisi depresyonun seviyesi ve bireyin kişisel özellikleri olarak görünmektedir. Bu iki değişkenin yanı sıra etkisi olan değişkenlerden söz ediliyor olsa da tedavinin temel belirleyicileri depresyon seviyesi ve bireyin özellikleri olarak görünmektedir. Depresyonun tedavi edilmesinde ilaçla tedavi ya da psikoterapi yolunun tercih edilmesinde süreçlerin kendine has niteliklerinin bulunduğu ve bunun tedaviden alınacak sonucu doğrudan etkilediği, çalışmanın bu kısmında yapılan incelemeler ile birlikte anlaşılmıştır.

1.3.7.Kanser ve Depresyon İlişkisi

En sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisi olan depresyon, kanserli hastalar üzerinde etkisini göstermektedir ve bu nedenle kanser-depresyon ilişkisine yer verilmesi gerekmektedir. Depresyonun kanserle ilişkisini oluşturan temel hususlar; yaşam kalitesini, kişisel bakım, tedaviye uyum, tedavinin gidişatı, kanserin şiddeti ve tedaviye verilecek yanıtı etkilemesi ile ilgilidir (Kutlu vd, 2011). Bu hususlar kanser ve depresyon arasındaki ilişkinin birçok farklı boyutta gerçekleştiğini göstermesi sebebiyle önemlidir.

Kanser ve depresyon ilişkisi kapsamında yapılan araştırmalar, kanser hastalarında depresyonun etkilerine odaklanmış durumdadır. Kanser hastalarında depresyonun gelişimine etki eden faktörler aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir. Bu tabloda yer alan veriler, kanser ve depresyon ilişkisinin anlaşılmasına katkıda bulunacak olması sebebiyle önemlidir.



Şekil 2. Kanser Hastalarında Depresyonun Gelişimini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Bag, 2014.

Şekil 2’de görüleceği üzere kanserli bireylerde depresyonun gelişiminde endojen faktörler, psikososyal faktörler, nörobiyolojik faktörler, hormonlarla ilgili faktörler, tedaviyle ilgili faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Bu faktörlerin her birisi kanserin gelişiminde etkisini göstermesi sebebiyle önem ifade etmektedir. Aynı zamanda depresyon ve kanser arasındaki ilişkinin birden fazla boyutta gerçekleştiğini doğrulaması, şekil üzerinde yer alan verileri önemli kılan bir başka husustur.

Sonuç olarak kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar görülmesi olasılığı yüksektir ve bu bozukluklar arasından en yoğun şekilde görüleni depresyondur (Aydoğan vd., 2012). Bireyin yaşam kalitesinden tedaviye vereceği yanıt kadar uzanan geniş bir etki kapsamının olması, depresyon ile kanser arasındaki ilişkinin açıklanmasını gerektiren en temel faktör olarak görülmektedir.

1.4. Yaşam Kalitesi Hakkında Genel Bilgiler

Çalışmanın literatür bölümünde son olarak yaşam kalitesi kavramı ele alınacaktır. Bu kapsamda ilk olarak yaşam kalitesinin tanımı yapılacak ve hangi

işlevlere sahip olduğu sorusuna yanıt aranacaktır. Ardından yaşam kalitesinin nasıl tedavi edildiğine yönelik bilgiler paylaşılacaktır. Böylece yaşam kalitesi ile ilgili bilgi sahibi olunacak ve yaşam kalitesi ile kanser arasındaki ilişkiyi ortaya koymak adına ihtiyaç duyulan veriler elde edilmiş olacaktır. Bu kısımda incelenecek olan diğer konu başlıkları ise radyoterapi alan hastalar ile kemoterapi alan hastaların yakınlarının yaşam kalitesi arasındaki farklar, kanser tanısı alan hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Bu başlıkların incelenmesinin ardından çalışmanın literatür kısmı sonlandırılmış olacaktır.

1.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve İşlevleri

Yaşam kalitesinin tanımını yapmadan önce ilgili olduğu temel kavramların bilinmesi gerekmektedir. Yaşam kalitesi, algılanan sağlık ve mutluluk ile ilişkilidir (Eser vd., 2010). Yaşam kalitesinin tanımı ve işlevi incelemesi bu temel husus üzerinden yapılmak durumundadır. Ayrıca yaşam kalitesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgilendiği konulardan bir tanesidir. Buna göre Dünya Sağlık Örgütü, evrendeki her bireyin daha iyi yaşam kalitesine sahip olmasını hedeflemektedir (Taşkapılıoğlu ve Karlı, 2013). Yaşam kalitesi kavramının algılanan sağlıkla olan ilişkisi, bu hususu anlaşılabilir kılmaktadır.

İlgili literatürde yaşam kalitesinin farklı tanımları ile karşılaşılması mümkündür. Bireyler açısından farklı şekilde algılanması sebebiyle bu son derece olağandır. Bu kapsamda yaşam kalitesi tanımlarından bir tanesi, “fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi” biçimindedir (Arslan ve Gökçe Kutsal, 1999). Görüldüğü üzere yaşam kalitesinin içeriğinde insan hayatının birçok yönünü içeren ihtiyaçların giderilmesi yer almaktadır.

Bir başka tanımda yaşam kalitesi şu şekilde açıklanmaktadır: “Yaşam kalitesi; kişinin kendini iyi hissetmesi, yaşadığı hayattan tatmin olması ve mutluluğudur” (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Yapılan bu kısa tanımdan hareketle yaşam kalitesinin birçok farklı disiplinin araştırma konusu olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanı sıra yaşam kalitesinin yüksek düzeyde refah ve yüksek düzeyde mutluluk gibi odak noktaları olduğu şeklinde bir yorum yapılabilir. Tüm bu faktörler eşliğinde yaşam

kalitesinin bireyin ihtiyaçları ve bunların tatmin edilmesi düzeyi gibi hususlara göre şekillendiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramının tanımı içeriğinde yer alan hususların açıklanmasının ardından kavramın işlevlerine ilişkin bilgi verilmesi uygun görülmüştür. Bu kapsamda yer alan hususlar aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 7. Yaşam Kalitesi İşlevleri

İşlev	İçerik
Fiziksel işlev	Gündelik yaşam faaliyetleri
Mental Sağlık	İyi hissetme
Sosyal İşlev	Sosyal ilişkilerin niteliği
Rol İşlevi	İş yapma becerisi
Kognitif İşlev	Dikkat, hafıza, konsantrasyon,
Enerji	Enerjiklik ya da halsizlik
Genel Sağlık Algılaması	Kişinin sağlık değerlendirmesi
Ağrı	Ağrının şiddeti ve tekrarlanma sıklığı
Semptomlar	Baş ağrısı ve mide bulantısı.
Seksüel İşlev	Performans düzeyi ve doyum.
Uyku	Uyku miktarı ve niteliği.

Kaynak: Top vd., 2003.

Tablo 7’de yer alan faktörler, yaşam kalitesinin geniş kapsamını işaret etmesinin yanında kavramın içeriğinde birçok farklı faktörün yer aldığını göstermektedir.

Yukarıdaki tablonun içeriğindeki her bir fonksiyon, yaşam kalitesinin gündelik hayatın her evresinde var olduğunun anlaşılmasında doğrudan etkilidir.

Sonuç olarak yaşam kalitesi, bireyin hayatından mutlu olma düzeyi ve hayata dair genel iyi olma durumunu ifade etmektedir (Eser, 2014). Yaşam kalitesi ile ilgili verilen bilgiler, insanların beklentilerinin yaşam kalitesinin en temel belirleyicileri arasında olduğunu göstermektedir. Tüm bunlar, yaşam kalitesinin ölçümünün yapılmasındaki zorluklar olarak değerlendirilmeye müsaittir. Yaşam kalitesi, insan hayatının bütününe içeren ve son derece geniş bir kapsama sahip olan bir yapıdadır.

1.4.2. Yaşam Kalitesinin Tedavisi

Yaşam kalitesinin tedavisi, tıpkı yaşam kalitesinin ölçümü için geçerli olduğu gibi değişken bir yapıya sahiptir. Bu sebeple herkes için geçerli olan bir tedavi yönteminden söz edilmesi mümkün olmayacaktır. Yaşam kalitesinin tedavisi, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen unsurlardan kaçınılması şeklinde olabilir. Buna göre bireyin stres, kaygı ve depresyon gibi olumsuz hislerden uzak durması ya da bu hislerle mücadele etmeyi öğrenmesi, yaşam kalitesinin tedavi edilmesinde bir araç olarak kullanılabilir (Özbay ve İlhan, 2013). Bu gibi örneklerin sayısı rahatlıkla artırılabilir.

Yaşam kalitesi ile ilgili hususlar genel hastalıkların yanı sıra kronik olan hastalıklarla ilgili faktörler eşliğinde belirlenmektedir (Sarper, 2013). Bu durumun etkileri, yaşam kalitesinin tedavisi kapsamında da gözlenir. Yaşam kalitesinin tedavi edilmesinde hastalıklarla ilgili genel hususların yanı sıra kronik hastalıklara yönelik temel veriler yer almaktadır.

Bireylerin yaşam kalitesinin değişken olması sebebiyle yaşam kalitesine ilişkin büyük oranda kabul gören sonuçlara yer vermek pek olası değildir. Nitekim bu durumun etkileri yaşam kalitesinin tedavisi konusunda gözlenmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesinin tedavisi kapsamında yüzeysel bir şekilde ilerleme kaydedilmesi uygun görülmüştür.

1.4.3. Kanserle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Kanser ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi oluşturan faktörler dört temel grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; fiziksel faktörler, psikolojik faktörler, sosyal faktörler, çevresel faktörler şeklindedir (Gelin ve Ulus, 2015). Kanser ve yaşam kalitesi ilişkisini meydana getiren faktörlerden söz edilirken bu dört temel gruptan birisinin geçerli olduğu anlaşılmaktadır.

Yaşam kalitesinin depresyon, kaygı gibi kavramlarla ilişkisi, kanserle yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin oluşumunda da kendisini göstermektedir. Buna göre kanserle mücadele eden bir bireyin tedavi sürecinde kaygı ve depresyon hali içinde bulunması, tedavinin olumlu sonuçlanmasını zorlaştırmanın yanı sıra yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kutlu vd., 2011). Kanser ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin içeriğinde psikolojik açıdan içinde bulunulan durum oldukça önemli bir yere sahiptir.

Kanserle yaşam kalitesi arasındaki ilişki kapsamında dolaylı ya da doğrudan bulunan hususlar aşağıda sıralandığı gibidir (Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013):

- i. Anksiyete -kaygı-,
- ii. Depresyon,
- iii. Ekonomik sorunlar,
- iv. Tartışma ve çatışmalar,
- v. Yaşamsal faaliyetlerde kısıtlamalar olması,
- vi. Bakım maliyetleri,
- vii. Uyku sorunları -uykusuzluk ya da çok uyuma-,
- viii. Yorgunluk,
- ix. Kişilerarası ilişkiler şeklindedir.

Yukarıda sıralanan hususların her birisi kanser ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler etrafında şekillendiğini doğrular niteliktedir. Tüm bunlar, yaşam kalitesi ve kanser arasındaki ilişkinin çok

yönlü bir yapıda olduğunu ve birçok faktörün etkisi altında şekillendiğini göstermektedir.

1.4.4. Radyoterapi Alan Hastalar ile Kemoterapi Alan Hastaların Yakınlarının Yaşam Kalitesi Arasındaki Farklar

Radyoterapi ve kemoterapi, kanser hastalığının tedavi edilmesinde en sık faydalanılan yöntemlerden ikisidir. Nitekim günümüzde kanser tedavisinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemlerinden bir arada kullanılmaktadır. Böylece cerrahi müdahale ile birlikte tümörün uzaklaştırılması hedeflenmekte iken radyoterapi ve kemoterapi ile birlikte kanser hücrelerinin öldürülmesi amaçlanmaktadır (Çetin, 2013). Radyoterapi ve kemoterapide izlenen süreç, hastaların yakınlarının yaşam kalitelerinde farklı değişikliklere neden olabilmektedir.

Kanserle mücadelede kullanılan yöntemlerin hasta yakınları üzerindeki etkilerini literatür verileri ile ortaya koymak mümkün değildir. Çalışmanın araştırma kısmında radyoterapi ve kemoterapi tedavisi gören hastaların yakınlarının yaşam kalitesi arasındaki farkları açıklamak hedeflenmektedir. Bu sebeple bu kısımdaki incelemenin yüzeysel olması uygun görülmüştür.

1.4.5. Kanser Tanısı Alan Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi

“Kanser hastalığının adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir” (Güngörmüş ve Erdem, 2014). Bu ifadelerden de anlaşılacağı üzere kanser hastalığı tanısının koyulması ile birlikte sadece hasta için değil hasta yakınları için de çok zorlu bir sürecin başladığı değerlendirilmesi kolaylıkla yapılabilir.

Hastalık sürecinde hastaların göstereceği tepkilerin yanı sıra hasta yakınlarının göstereceği tepkiler, önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Kanser hastalığı için

hastalıkla ilgili süreçlerin yanı sıra tedavinin yan etkileri kaynaklı unsurlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Çalışkan vd., 2015). Hasta yakınları özelinde değerlendirme yapılacak olduğunda ise anksiyete ve depresyon açısından olumsuz sonuçların ortaya çıkması söz konusu olacaktır. Hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasına paralel olarak yaşam kalitesi düzeyinin de düşmesine yönelik sonuçlar elde edilmektedir.

Genel bir değerlendirme yapılacak olduğunda kanser tanısı alan hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından çoğunlukla olumsuz biçimde etkilendikleri görülmüştür. Çalışmanın temel araştırma konusu olan bu husus, yapılacak olan anket çalışmasında daha ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır. Böylece konuyla ilgili daha somut verilere ulaşılabileceği düşünülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacından, hipotezlerinden, örneklemeden ve veri toplama araçlarından bahsedilecektir.

2.1.Çalışmanın Amacı ve Hipotezler

Hipotezler:

H:1:Yaşam Kalitesi düzeyi azaldıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olmaktadır.

H:2: Kadınlarda anksiyete ve depresyon puanları erkeklere göre daha yüksek görülmektedir.

H:3: : Medeni durum ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H:4: Ekonomik düzey ile yaşam kalitesi arasında pozitif, depresyon, anksiyete arasında ise negatif bir ilişki vardır.

H:5. Kadınların yakalandığı kanser türleri kadın hasta yakınlarında erkek hasta yakınlarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek görülmektedir.

H:6: Kanser tanısı <1 yıldan az olan kişilerde yaşam kalitesi daha düşük, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek görülmektedir.

H:7: Depresyon düzeyi yüksek olan kişilerde anksiyete düzeyi yüksek, yaşam kalitesi düzeyi ise düşük görülmektedir.

H:8: Psikolojik yardım alan ve psikiyatrik ilaç kullanan hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktür.

2.2. Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Gayrettepe Florance Nightingale ve Beykoz Devlet Hastane'lerinin Onkoloji Bölümlerinde tedavi görmekte olan ve 2015-2016 yılı içerisinde kanser hastalarına bakım veren bireylerden oluşmaktadır. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlar

Araştırmada veri toplamak amacıyla, Kişisel Bilgi Formu, BeckAnksiyete Ölçeği, Depresyon ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini ve hastalığıyla ilgili bilgileri içeren toplam 16 adet sorudan oluşmaktadır. Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, yaşam durumu, çalışma durumu, hastalığın teşhis zamanı, tanı tipi tedavi şekli, hastalığı paylaşıp paylaşmadığı, psikiyatrik bir tedavi alıp almadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory), Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. BDÖ'nin maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Likert tipinde olan ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Her belirti kategorisi 0-3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir.

“Beck Depresyon Ölçeği”nin çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980) tarafından yapılmıştır. Teğin (1980), 40 üniversite öğrencisinde 15 gün ara ile test tekrar test yöntemi ile yaptığı çalışmada 0.65 güvenilirlik katsayısı elde etmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı (internalconsistency), iki-yarım (split-half) korelasyon yöntemi ile üniversite öğrencileri için 0.78 ve depresif hastalar için 0.61 olarak bulunmuştur. Ölçek eş zamanlı geçerlik (concurrentvalidity) yöntemi ile değerlendirildiğinde depresyon tanısı konan hastaların tanıları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının paralellik gösterdiği saptanmıştır. Yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Beck Depresyon Ölçeği'nin depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilir, kolay bir şekilde puanlanabilen uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0-63 'tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye için geçerlilik-güvenirlik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H tarafından yapılmıştır.

2.3.4. Yaşam Kalitesi Örneği

Kısa form 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek 36 madde içermekte, fiziksel ve mentalkomponentlerden oluşmaktadır. Fiziksel komponent genel sağlık (GS), fiziksel fonksiyon (FF), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (FR), vücut ağrısı (VA) alt skalalarından, mentalkomponent ise mental sağlık (MS), emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (ER), canlılık/ vitalite/enerji (CVt), sosyal fonksiyon (SF) alt skalalarından oluşmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve “0” kötü sağlık durumunu gösterir. Ölçekte son dört hafta ve son bir hafta içinde sağlıktaki değişim

algısını içeren maddeler bulunmaktadır. SF-36 Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Örnekleme giren katılımcılara uygulanan Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi ölçeğinden elde edilen veriler bilgisayara geçirilmiş ve verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin demografik bilgileri ile ilgili bulgular için frekans analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular yüzde (%) ve frekans (f) olarak tablo halinde verilmiştir. Örnekleme oluşturan bireylerden elde edilen verilerin analizinde T Testi ve ANOVA uygulanmış ve değişkenler arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için korelasyon analizi ve etkiyi belirleyebilmek için regresyon analizi yapılmıştır. Sayısal gelişmelerle ilgili veriler tablolar haline getirilip yorumlanmış, bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı $\alpha = 0.05$ düzeyinde test edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

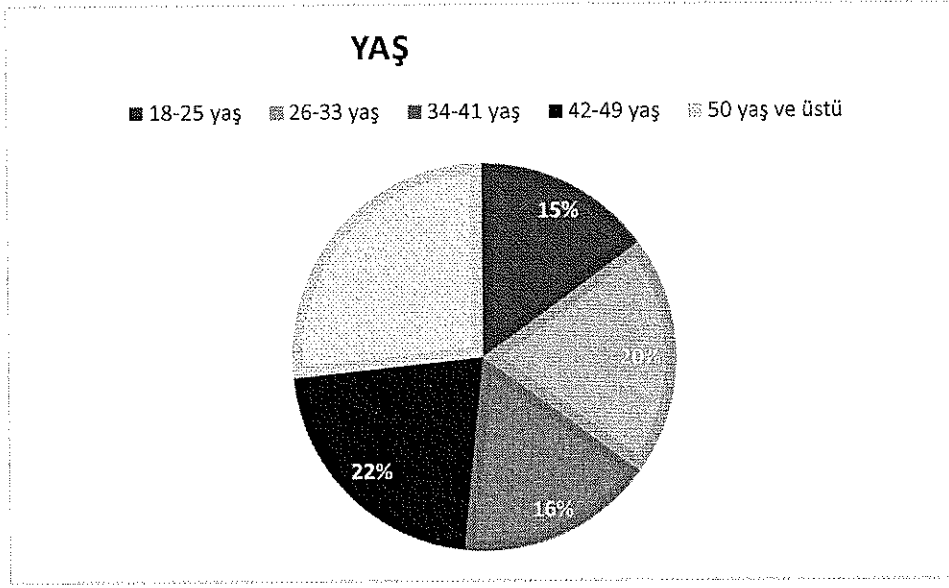
Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına yer verilmektedir. Bulgular, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen veriler SPSS 22,0 programı kullanılarak elde edilmiştir.

3.1. Demografik Bilgilere Ait Bulgular

Tablo 8. Yaş Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Yaş		
18-25 yaş	9	15
26-33 yaş	12	20
34-41 yaş	10	17
42-49 yaş	13	22
50 yaş ve üstü	16	27
Toplam	60	100

Tablo 8’de örneklemin yaş dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %27 oranı ile 50 yaş ve üstü bireylere ait olduğu, %22 oranı ile 42-49 yaş aralığı, %20 oranı ile 26-33 yaş aralığı, %17 oranı ile 34-41 yaş aralığı ve %15 oranı ile 18-25 yaş aralığındaki bireylerin takip ettiği görülmüştür.



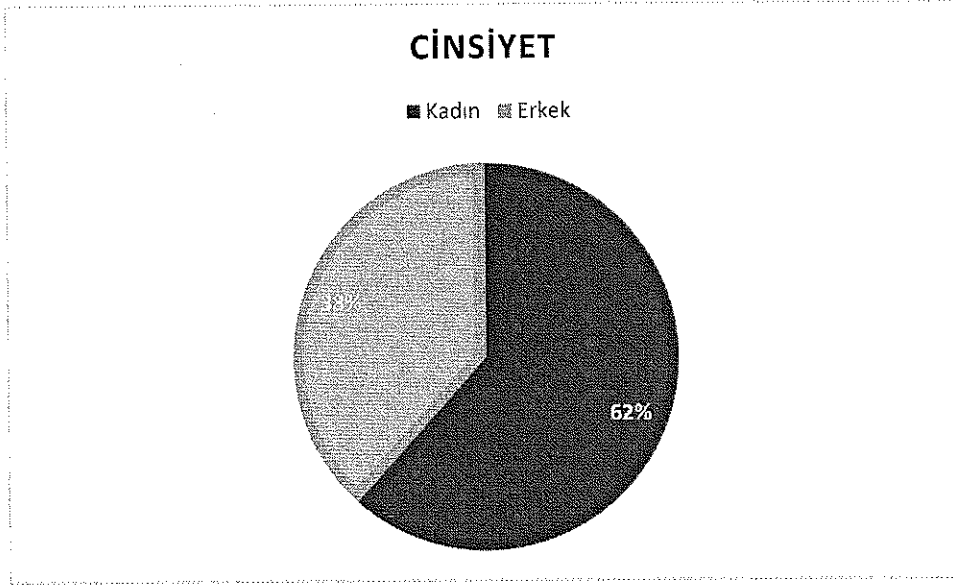
Şekil 3. Yaş Dağılımı

Şekil 3'te görüldüğü gibi, örneklemin en fazla 50 yaş ve üstü bireylerin olduğu ve en az 18-25 yaş bireylerin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Cinsiyet Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Kadın	37	62
Erkek	23	38
Toplam	60	100,0

Tablo 9'da örneklemin cinsiyet dağılımına bakıldığında %62 oranla kadınların ve %38 oranı ile erkeklerin olduğu görülmüştür.



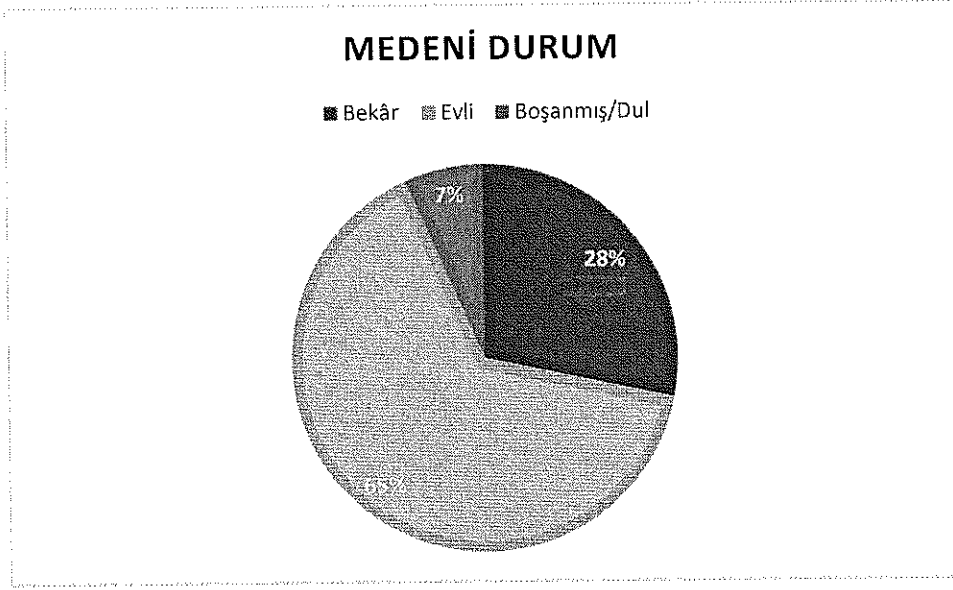
Şekil 4. Cinsiyet Dağılımı

Şekil 4'te görüldüğü gibi, örneklemin çoğunluğunun kadın bireyler tarafından oluşturulduğu görülmüştür.

Tablo 10. Medeni Durum Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Bekâr	17	28
Evli	39	65
Boşanmış/Dul	4	7
Toplam	60	100,0

Tablo 10'da örneklemin medeni durum dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %65 oranı ile evli bireylere ait olduğu, %28 oranı ile bekar bireylerin ve %7 oranı ile boşanmış/dul bireylerin takip ettiği görülmüştür.



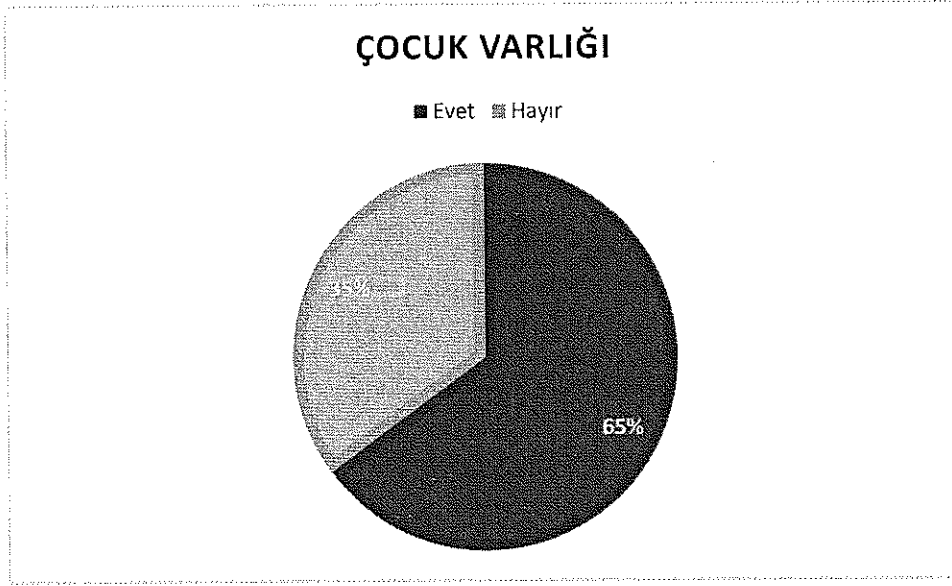
Şekil 5. Medeni Durum Dağılımı

Şekil 5'te görüldüğü gibi, örnekleme en fazla evli bireylerin olduğu ve boşanmış/dul bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Çocuk Varlığı Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Evet	39	65
Hayır	21	35
Toplam	60	100

Tablo 11'de örneklemin çocuk varlığı dağılımına bakıldığında %65 oranında çocuk sahibi bireylerin ve %35 oranında çocuk sahibi olmayan bireylerin oluşturduğu görülmüştür.



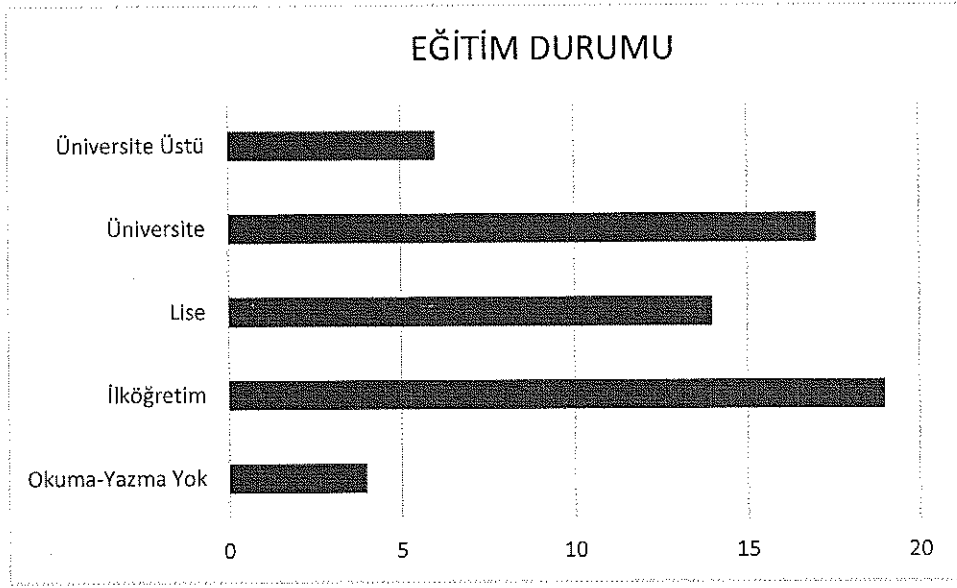
Şekil 6. Çocuk Varlığı Dağılımı

Şekil 6’da görüldüğü gibi, örneklemin çoğunluğunun çocuk sahibi bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir.

Tablo 12. Eğitim Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Okuma-Yazma Yok	4	7
İlköğretim	19	32
Lise	14	23
Üniversite	17	28
Üniversite Üstü	6	10
Toplam	60	100

Tablo 12’de örneklemin eğitim durumu dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %32 oranı ile ilköğretim mezunu bireylere ait olduğu, %28 oranı ile üniversite mezunu, %23 oranı ile lise mezunu, %10 oranı ile üniversite mezunu ve %7 oranı ile okuma ve yazması olmayan bireylerin takip ettiği görülmüştür.



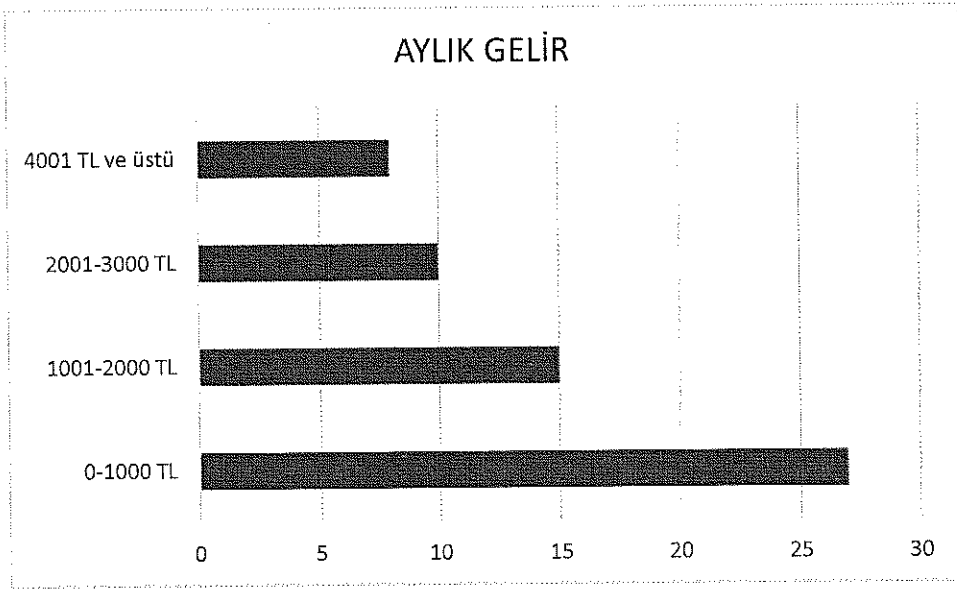
Şekil 7. Eğitim Durumu Dağılımı

Şekil 7’de görüldüğü gibi, örneklemini en fazla ilköğretim mezunu ve en az okuma yazması olmayan bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. Aylık Gelir Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
0-1000 TL	27	45
1001-2000 TL	15	25
2001-3000 TL	10	17
4001 TL ve üstü	8	13
Toplam	60	100

Tablo 13’te örneklemin aylık gelir dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %45 oranı ile 0-1000 TL gelire sahip bireylere ait olduğu, %25 oranı ile 1001-2000 TL, %17 oranı ile 2001-3000 TL ve %13 oranı ile 4001 TL ve üstü aylık gelire sahip bireylerin takip ettiği görülmüştür.



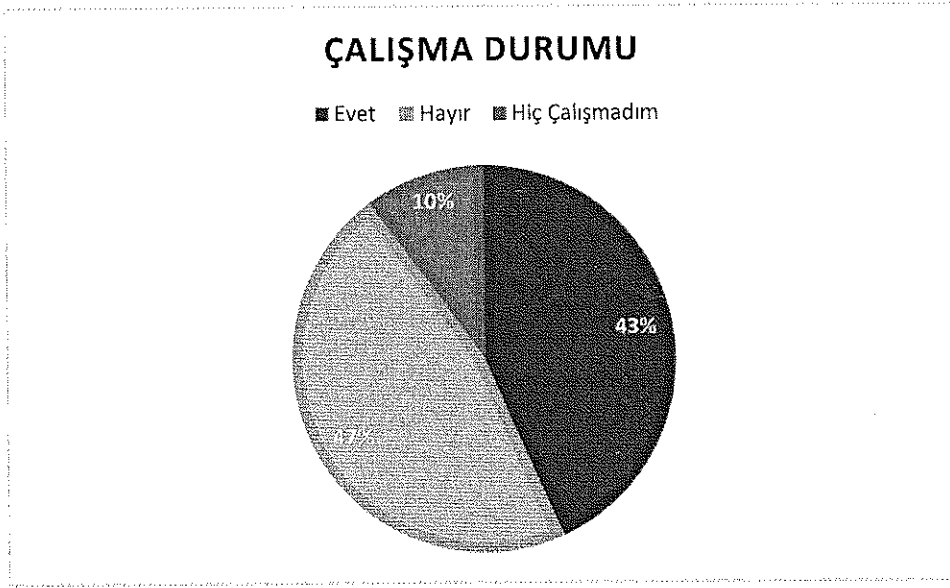
Şekil 8. Aylık Gelir Dağılımı

Şekil 8’de görüldüğü gibi, örneklemini en fazla 0-1000 TL gelire sahip bireylerin olduğu ve en az 4001 TL ve üstü gelir grubunda olan bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14. Çalışma Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Evet	26	43
Hayır	28	47
Hiç Çalışmadım	6	10
Toplam	60	100,0

Tablo 14’te örneklemin çalışma durumu dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %47 oranı ile çalışmayan bireylere ait olduğu, %43 oranı ile çalışan bireylere ve %6 oranı ile hiç çalışmayan bireylerin takip ettiği görülmüştür.



Şekil 9. Çalışma Durumu Dağılımı

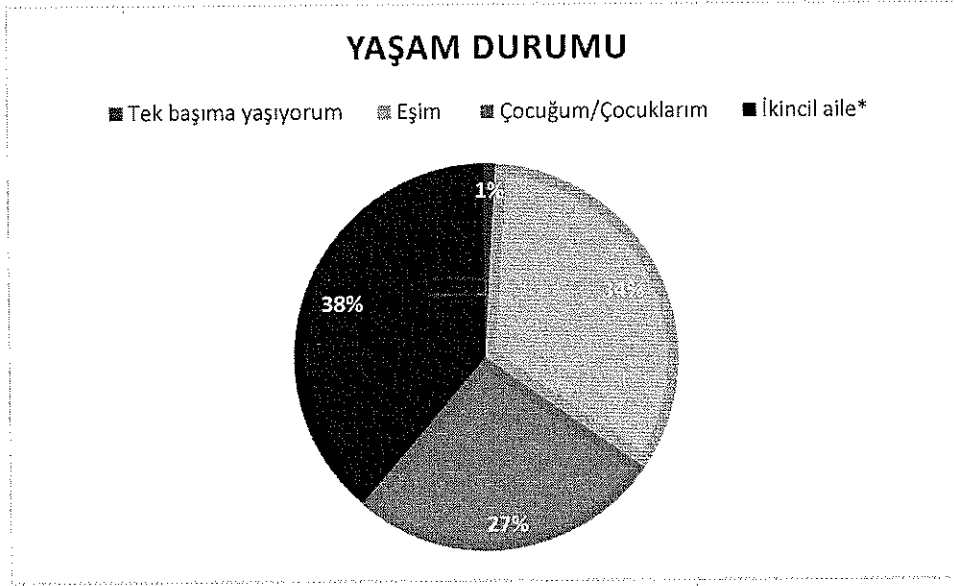
Şekil 9’da görüldüğü gibi, örneklemini en fazla çalışmayan bireylerin ve en az hiç çalışmayan bireylerin oluşturduğu görülmüştür.

Tablo 15. Yaşama Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Tek başıma yaşıyorum	1	1
Eşim	34	34
Çocuğum/Çocuklarım	27	27
İkincil aile*	39	39
Toplam	101	100,0

*İkincil aile: annem, babam, eşimin ailesi, kardeşim/kardeşlerim, eşimin kardeşi/kardeşleri.

Tablo 15’te örneklemin yaşama durumu dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %39 oranı ile ikincil ailede yaşayan bireylere ait olduğu, %34 oranı ile eşi ile yaşayan bireylere, %27 oranı ile çocuğu veya çocukları ile yaşayan bireylere ve %1 oranı ile tek başına yaşayan bireylerin takip ettiği görülmüştür.



Şekil 10. Yaşam Durumu Dağılımı

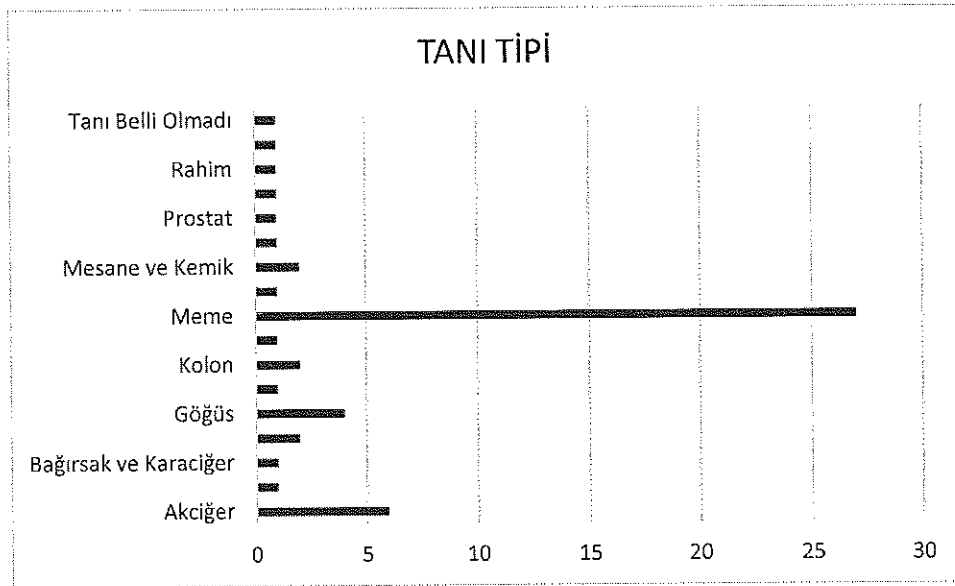
Şekil 10’da görüldüğü gibi, örnekleme en fazla ikincil aile ile yaşayan bireylerin ve en az tek başına yaşayan bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 16. Tanı Tipi Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

Tanı Tipi	n	%
Akciğer	6	11
Akciğer ve Omurilik	1	2
Bağırsak ve Karaciğer	1	2
Böbrek	2	4
Göğüs	4	7
Kemik	1	2
Kolon	2	4
Lenf	1	2
Meme	27	50
Meme ve Beyin	1	2
Mesane ve Kemik	2	4
Mide	1	2
Prostat	1	2

Psödomiksomaperitonei	1	2
Rahim	1	2
Rektum	1	2
Tanı Belli Olmadı	1	2
Toplam	54	100

Tablo 16’da örneklemin tanı tipi dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %50 oranı ile meme kanseri olan bireylere ait olduğu, %11 oranı ile akciğer kanseri, %7 oranı ile göğüs kanseri, %4 oranı ile böbrek, kolon ve mesane ve kemik kanseri ve %1 oranı ile diğer kanser teşhisi olan bireylerin takip ettiği görülmüştür.



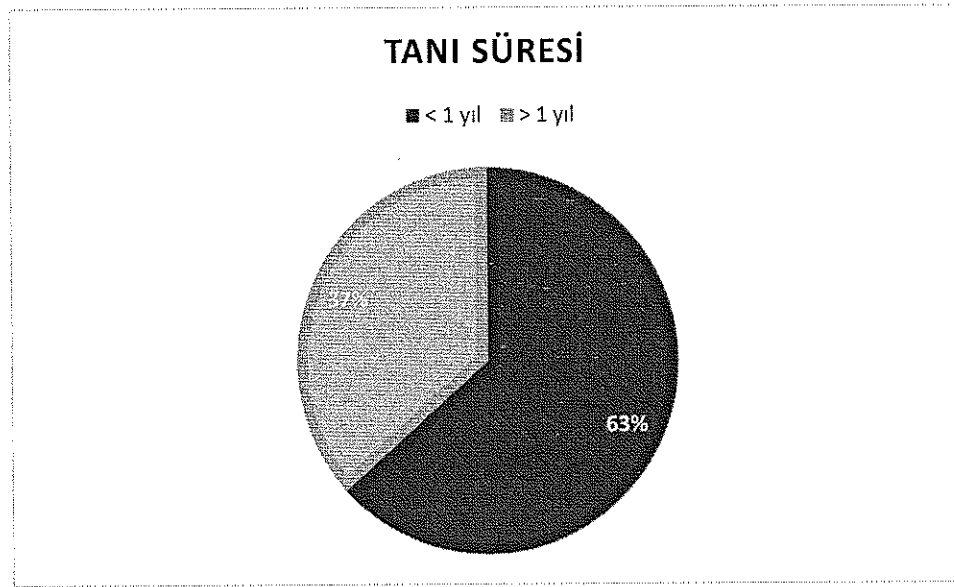
Şekil 11. Tanı Tipi Dağılımı

Şekil 11’de görüldüğü gibi, örneklemini en fazla meme kanseri olan bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 17. Tanı Süresi Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Tanı süresi		
< 1 yıl	38	63
> 1 yıl	22	37
Toplam	60	100

Tablo 17’de örneklemin tanı süresi dağılımına bakıldığında 1 yıldan az süredir tanısı olan bireylerin %63 oranında ve 1 yıldan fazladır tanısı olan bireylerin %37 oranında olduğu görülmüştür.



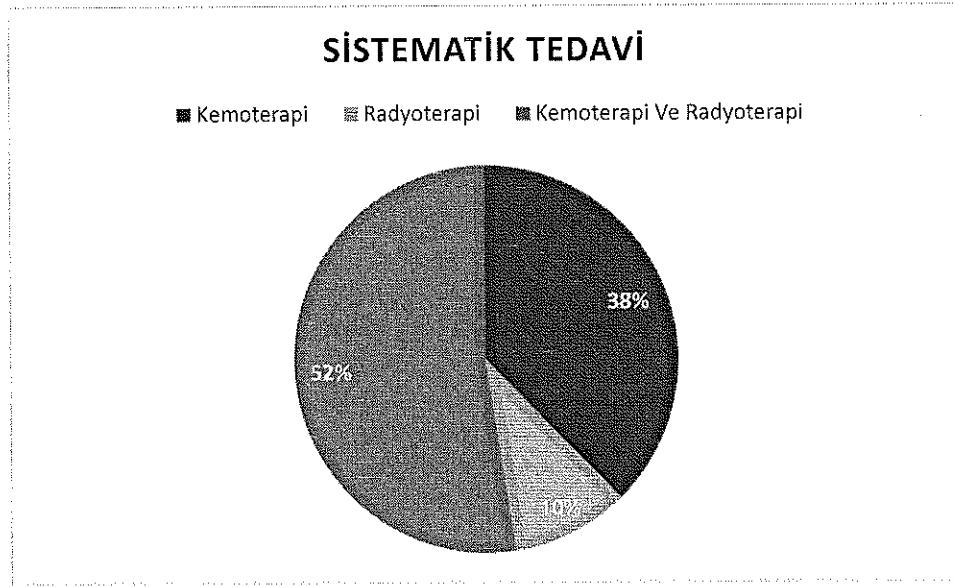
Şekil 12. Tanı Süresi Dağılımı

Şekil 12’de görüldüğü gibi, örneklemini oluşturan bireylerin büyük bir kısmının 1 yıldan az olarak tanı süresi olduğu görülmüştür.

Tablo 18. Sistematik Tedavi Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Sistematik Tedavi		
Kemoterapi	23	38
Radyoterapi	6	10
Kemoterapi Ve Radyoterapi	32	52
Toplam	61	100

Tablo 18’de örneklemin sistematik tedavi dağılımına bakıldığında en yüksek dağılıma sahip bireylerin %52 oranı ile hem kemoterapi hem de radyoterapi alan bireylere ait olduğu, %38 oranı ile kemoterapi alan ve %10 oranı ile radyoterapi alan bireylerin takip ettiği görülmüştür.



Şekil 13. Sistematik Tedavi Dağılımı

Şekil 13’te görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin büyük bir kısmının hem kemoterapi hem de radyoterapi tedavisi aldığı görülmüştür.

Tablo 19. Psikolojik Yardım alma Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

		n	%
Psikolojik Yardım	Evet	4	7
Alma Durumu	Hayır	56	93
	Toplam	60	100

Tablo 19’da örneklemin psikolojik yardım alma durumu dağılımına bakıldığında psikolojik yardım alan bireylerin %7 oranında ve psikolojik yardım almayan bireylerin %56 oranında olduğu görülmüştür.



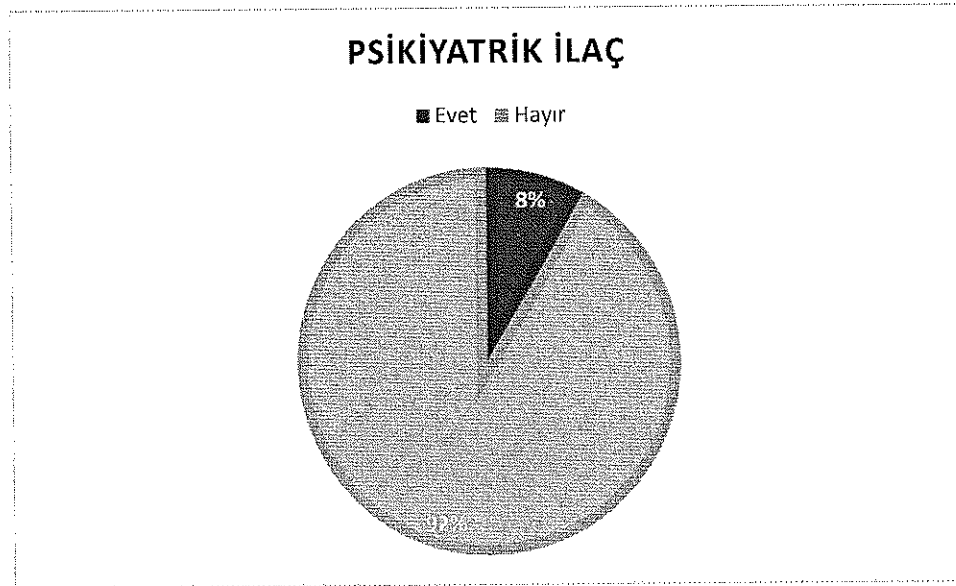
Şekil 14. Psikolojik Yardım Dağılımı

Şekil 14’te görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin büyük bir kısmının psikolojik yardım almadığı görülmüştür.

Tablo 20. Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu Değişkenine Ait Frekans Dağılımı

	n	%
Psikiyatrik Bir İlaç Evet	5	8
Kullanma Durumu Hayır	55	92
Toplam	60	100

Tablo 20’de örneklemin psikiyatrik ilaç kullanma durumu dağılımına bakıldığında psikiyatrik ilaç kullanan bireylerin %8 oranında ve psikiyatrik ilaç kullanmayan bireylerin %92 oranında olduğu görülmüştür.



Şekil 15. Psikiyatrik İlaç Kullanma Dağılımı

Şekil 15’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan bireylerin büyük bir kısmının psikiyatrik ilaç kullanmadığı görülmüştür.

3.2. Hipotez Testlerine Ait Bulgular

Bu kısımda hipotez testlerine ait bulguların tablolar halinde ortaya konulması ve yorumlanması planlanmaktadır.

Tablo 21. Örneklemin Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinden Aldıkları Puan Dağılımları

	Minimum	Maximum	Ortalama	Ortanca	Standard Sapma
Anksiyete	1,00	36,00	12,80	11,50	8,25
Depresyon	3,00	38,00	14,30	12,00	8,38
Yaşam Kalitesi	70,00	114,00	95,28	95,00	8,66

Tablo 21’de görüldüğü üzere, Anksiyete ölçeğinin ortalamasının (12,80±8,25) olduğu ve ölçekten alınan minimum puanın 1, maksimum puanın 36 olduğu, Depresyon ölçeğinin ortalamasının (14,30±8,38) olduğu ve ölçekten alınan minimum puanın 3, maksimum puanın 38 olduğu ve Yaşam Kalitesi ölçeğinin ortalamasının (95,28±8,66) olduğu ve ölçekten alınan minimum puanın 70, maksimum puanın 114 olduğu görülmüştür.

Tablo 22’de görüldüğü üzere, Anksiyete ölçeği puanlarının yaş değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (15,89±8,45) 18-25 yaş grubundaki bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (14,69±7,71) 42-49 yaş aralığı, (12,83±9,33) ortalama ile 26-33 yaş aralığı, (11,70±9,19) ortalama ile 34-41 yaş ve (10,19±7,13) 50 yaş ve üstü bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, genç kişilerin anksiyete düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 22. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşa Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		N	Ortalama	Std. Sapma
Anksiyete	18-25 yaş	9	15,89	8,45
	26-33 yaş	12	12,83	9,33
	34-41 yaş	10	11,70	9,19
	42-49 yaş	13	14,69	7,71
	50 yaş ve üstü	16	10,19	7,13
	Toplam	60	12,80	8,25
Depresyon	18-25 yaş	9	16,44	9,93
	26-33 yaş	12	12,25	6,38
	34-41 yaş	10	16,50	9,70
	42-49 yaş	13	15,00	8,41
	50 yaş ve üstü	16	12,69	8,28
	Toplam	60	14,30	8,38
Yaşam Kalitesi	18-25 yaş	9	93,78	11,37
	26-33 yaş	12	98,67	8,37
	34-41 yaş	10	97,80	9,14
	42-49 yaş	13	94,31	5,15
	50 yaş ve üstü	16	92,81	9,00
	Toplam	60	95,28	8,66

Yine tablo 22'den anlaşılacağı üzere, depresyon ölçeği puanlarının yaş değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının ($16,50 \pm 9,70$) 34-41 yaş grubundaki bireylere ait olduğu, onları sırasıyla ($16,44 \pm 9,93$) 18-25 yaş aralığı, ($15,00 \pm 8,41$) ortalama ile 42-49 yaş aralığı, ($12,69 \pm 8,28$) ortalama ile 50 yaş ve üstü ve ($12,25 \pm 6,38$) 26-33 yaş aralığındaki bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, 34-41 yaş grubunda yer alan kişilerin depresyon düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Yaşam Kalitesi ölçeği puanlarının yaş değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (98,67±8,37) 26-33 yaş grubundaki bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (97,80±9,14) 34-41 yaş aralığı, (94,31±5,15) ortalama ile 42-49 yaş aralığı, (93,78±11,37) ortalama ile 18-25 yaş ve (92,81±69,00) 50 yaş ve üstü yaş aralığındaki bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, 26-33 yaş grubunda yer alan kişilerin yaşam kalitesi düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir. (yaşam kalitesinde yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir.)

Tablo 23. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşa Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler	Kareler			
		Toplamı	sd	Ortalaması	F	P
Anksiyete	Gruplar Arası	253,738	4	63,434	0,927	0,455
	Gruplar İçi	3763,862	55	68,434		
	Toplam	4017,600	59			
Depresyon	Gruplar Arası	188,190	4	47,048	0,654	0,627
	Gruplar İçi	3958,410	55	71,971		
	Toplam	4146,600	59			
Yaşam Kalitesi	Gruplar Arası	331,154	4	82,789	1,114	0,360
	Gruplar İçi	4089,029	55	74,346		
	Toplam	4420,183	59			

Tablo 23'te görüldüğü gibi; katılımcıların yaşına göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 24. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Anksiyete	Kadın	37	15,35	8,09	3,279	0,002
	Erkek	23	8,70	6,85		
Depresyon	Kadın	37	15,78	8,52	1,770	0,082
	Erkek	23	11,91	7,74		
Yaşam Kalitesi	Kadın	37	94,22	9,40	-1,216	0,229
	Erkek	23	97,00	7,15		

Tablo 24'te görüldüğü gibi; katılımcıların cinsiyetlerine göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete ölçeği puanları açısından kadınların erkeklere oranla anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 25. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		N	Ortalama	Std. Sapma
Anksiyete	Bekâr	17	12,82	9,72
	Evli	39	12,54	8,01
	Boşanmış/Dul	4	15,25	3,77
	Toplam	60	12,80	8,25
Depresyon	Bekâr	17	12,88	7,43
	Evli	39	14,46	8,68
	Boşanmış/Dul	4	18,75	9,71
	Toplam	60	14,30	8,38
Yaşam Kalitesi	Bekâr	17	95,00	11,85
	Evli	39	95,87	7,30
	Boşanmış/Dul	4	90,75	4,19
	Toplam	60	95,28	8,66

Tablo 25'te görüldüğü üzere, Anksiyete ölçeği puanlarının medeni durum değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının ($15,25\pm 8,01$) boşanmış/dul bireylere ait olduğu, onları sırasıyla ($12,82\pm 9,72$) bekâr ve ($12,54\pm 8,01$) evli bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, boşanmış/dul bireylerin anksiyete düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Depresyon ölçeği puanlarının medeni durum değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının ($18,75\pm 9,71$) boşanmış/dul bireylere ait olduğu, onları sırasıyla ($14,46\pm 8,68$) evli ve ($12,88\pm 7,43$) bekâr bireylerin izlediği

görülmektedir. Bu sonuçlara göre, boşanmış/dul bireylerin depresyon düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Yaşam Kalitesi ölçeği puanlarının medeni durum değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının ($95,87 \pm 7,30$) evli bireylere ait olduğu, onları sırasıyla ($95,00 \pm 11,85$) bekâr ve ($90,75 \pm 4,19$) boşanmış/dul bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, evli bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 26. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler		Kareler			
		Toplamı	sd	Ortalaması	F	P	
Anksiyete	Gruplar Arası	26,687	2	13,344	0,191	0,827	
	Gruplar İçi	3990,913	57	70,016			
	Toplam	4017,600	59				
Depresyon	Gruplar Arası	114,393	2	57,196	0,809	0,451	
	Gruplar İçi	4032,207	57	70,740			
	Toplam	4146,600	59				
Yaşam Kalitesi	Gruplar Arası	97,074	2	48,537	0,640	0,531	
	Gruplar İçi	4323,109	57	75,844			
	Toplam	4420,183	59				

Tablo 26’da görüldüğü gibi; katılımcıların medeni durumuna göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 27. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Çocuk Varlığına Göre T Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Anksiyete	Evet	39	13,49	7,65	0,877	0,384
	Hayır	21	11,52	9,34		
Depresyon	Evet	39	15,56	8,64	1,613	0,112
	Hayır	21	11,95	7,51		
Yaşam Kalitesi	Evet	39	95,69	7,75	0,496	0,622
	Hayır	21	94,52	10,30		

Tablo 27’de görüldüğü gibi; katılımcıların çocuk varlığına göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve çocuk varlığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve çocuk varlığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve çocuk varlığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 28. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		N	Ortalama	Std. Sapma
Anksiyete	Evet	26	12,92	8,58
	Hayır	28	12,93	8,70
	Hiç Çalışmadım	6	11,67	4,97
	Toplam	60	12,80	8,25
Depresyon	Evet	26	15,46	9,26
	Hayır	28	13,54	8,19
	Hiç Çalışmadım	6	12,83	5,08
	Toplam	60	14,30	8,38
Yaşam Kalitesi	Evet	26	97,69	7,77
	Hayır	28	93,82	8,41
	Hiç Çalışmadım	6	91,67	11,96
	Toplam	60	95,28	8,66

Tablo 28’de görüldüğü üzere, Anksiyete ölçeği puanlarının çalışma durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (12,93±8,70) çalışan bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (12,92±8,58) çalışmayan bireylerin ve (11,67±4,97) hiç çalışmayan bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, çalışan bireylerin anksiyete düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Depresyon ölçeği puanlarının çalışma durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (15,46±9,26) çalışan bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (13,54±8,19) çalışmayan bireylerin ve (12,83±5,08) hiç çalışmayan bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre çalışan bireylerin depresyon düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Yaşam Kalitesi ölçeği puanlarının çalışma durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (97,69±7,77) çalışan bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (93,82±8,41) çalışmayan bireylerin ve (91,67±11,96) hiç

çalışmayan bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, çalışan bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 29. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Çalışma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler		Kareler			
		Toplamı	sd	Ortalaması	F	p	
Anksiyete	Gruplar Arası	8,563	2	4,282	0,061	0,941	
	Gruplar İçi	4009,037	57	70,334			
	Toplam	4017,600	59				
Depresyon	Gruplar Arası	64,341	2	32,170	0,449	0,640	
	Gruplar İçi	4082,259	57	71,619			
	Toplam	4146,600	59				
Yaşam Kalitesi	Gruplar Arası	289,204	2	144,602	1,995	0,145	
	Gruplar İçi	4130,979	57	72,473			
	Toplam	4420,183	59				

Tablo 29’da görüldüğü gibi; katılımcıların çalışma durumuna göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve çalışma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve çalışma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve çalışma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 30. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		N	Ortalama	Std. Sapma
Anksiyete	Okuma-Yazma Yok	4	12,25	8,26
	İlköğretim	19	15,53	8,98
	Lise	14	11,00	7,54
	Üniversite	17	11,94	9,13
	Üniversite Üstü	6	11,17	3,82
	Toplam	60	12,80	8,25
Depresyon	Okuma-Yazma Yok	4	12,75	5,56
	İlköğretim	19	17,68	9,25
	Lise	14	12,50	8,67
	Üniversite	17	12,18	6,94
	Üniversite Üstü	6	14,83	9,11
	Toplam	60	14,30	8,38
Yaşam Kalitesi	Okuma-Yazma Yok	4	88,00	13,49
	İlköğretim	19	94,68	8,00
	Lise	14	96,79	5,99
	Üniversite	17	97,12	10,02
	Üniversite Üstü	6	93,33	7,97
	Toplam	60	95,28	8,66

Tablo 30'da görüldüğü üzere, Anksiyete ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (15,53±8,98) ilköğretim mezunu bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (12,25±8,26) okuma-yazması olmayan bireylerin, (11,94±9,13) üniversite mezunu bireylerin, (11,17±3,82) üniversite üstü mezunu bireylerin ve (11,00±7,54) lise mezunu bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, ilköğretim mezunu bireylerin anksiyete düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Depresyon ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (17,68±9,25) ilköğretim mezunu bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (14,83±9,11) üniversite üstü mezunu bireylerin, (12,75±5,56) okuma yazması olmayan bireylerin, (12,50±8,67) lise mezunu bireylerin ve (12,18±6,94) üniversite mezunu bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, ilköğretim mezunu bireylerin depresyon düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Yaşam Kalitesi ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (97,12±10,02) üniversite mezunu bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (96,79±5,99) lise mezunu bireylerin, (94,68±8,00) ilköğretim mezunu bireylerin, (93,33±7,97) üniversite mezunu bireylerin ve (88,00±13,49) okuma yazması olmayan bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, üniversite mezunu bireylerin depresyon düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 31. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	sd	Ortalaması	F	P
Anksiyete	Gruplar Arası	216,339	4	54,085	0,783	0,541
	Gruplar İçi	3801,261	55	69,114		
	Toplam	4017,600	59			
Depresyon	Gruplar Arası	350,941	4	87,735	1,271	0,292
	Gruplar İçi	3795,659	55	69,012		
	Toplam	4146,600	59			
Yaşam Kalitesi	Gruplar Arası	330,623	4	82,656	1,112	0,360
	Gruplar İçi	4089,560	55	74,356		
	Toplam	4420,183	59			

Tablo 31’de görüldüğü gibi; katılımcıların eğitim durumuna göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 32. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Aylık Gelir Durumuna Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		N	Ortalama	Std. Sapma
Anksiyete	0-1000 TL	27	12,70	9,39
	1001-2000 TL	15	12,47	8,23
	2001-3000 TL	10	13,40	7,01
	4001 TL ve üstü	8	13,00	6,87
	Toplam	60	12,80	8,25
Depresyon	0-1000 TL	27	13,67	7,48
	1001-2000 TL	15	14,27	9,32
	2001-3000 TL	10	15,80	8,77
	4001 TL ve üstü	8	14,63	10,35
	Toplam	60	14,30	8,38
Yaşam Kalitesi	0-1000 TL	27	95,81	8,54
	1001-2000 TL	15	91,93	8,99
	2001-3000 TL	10	95,50	8,54
	4001 TL ve üstü	8	99,50	7,73
	Toplam	60	95,28	8,66

Tablo 32’de görüldüğü üzere, Anksiyete ölçeği puanlarının aylık gelir durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (13,40±7,01) 2001-3000 TL gelire sahip bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (13,00±6,87) 4001 TL ve üstü bireylerin, (12,70±9,39) 0-1000 TL bireylerin ve (12,47±8,23) 1001-2000 TL gelire sahip bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre 2001-3000 TL gelire sahip bireylerin anksiyete düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Depresyon ölçeği puanlarının aylık gelir durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (15,80±8,77) 2001-3000 TL gelire sahip bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (14,63±10,35) 4001 TL ve üstü bireylerin, (14,27±9,32) 1001-2000 TL bireylerin ve (13,67±7,48) 0-1000 TL gelire sahip bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre 2001-3000 TL gelire sahip bireylerin depresyon düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Yaşam Kalitesi ölçeği puanlarının aylık gelir durumu değişkeni açısından ortalamalarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının (99,50±7,73) 4001 TL ve üstü gelire sahip bireylere ait olduğu, onları sırasıyla (95,81±8,54) 0-1000 TL bireylerin, (95,50±8,54) 2001-3000 TL bireylerin ve (91,93±8,99) 1001-2000 TL gelire sahip bireylerin izlediği görülmektedir. Bu sonuçlara göre 4001 TL ve üstü gelire sahip bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin diğer bireylere oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 33. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Aylık Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler		F	P
		Toplamı	sd		
Anksiyete	Gruplar Arası	5,837	3	1,946	0,027
	Gruplar İçi	4011,763	56	71,639	
	Toplam	4017,600	59		

Depresyon	Gruplar Arası	34,192	3	11,397	0,155	0,926
	Gruplar İçi	4112,408	56	73,436		
	Toplam	4146,600	59			
Yaşam Kalitesi	Gruplar Arası	318,676	3	106,225	1,450	0,238
	Gruplar İçi	4101,507	56	73,241		
	Toplam	4420,183	59			

Tablo 33'te görüldüğü gibi; katılımcıların aylık gelir durumuna göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve aylık gelir durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve aylık gelir durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla ANOVA yapılmış ve aylık gelir durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 34. Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanı Süresine Göre T Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Anksiyete	<1 yıl	38	13,24	8,63	0,536	0,594
	>1 yıl	22	12,05	7,69		
Depresyon	<1 yıl	38	14,32	8,63	0,019	0,985
	>1 yıl	22	14,27	8,13		
Yaşam Kalitesi	<1 yıl	38	95,95	7,79	0,778	0,440
	>1 yıl	22	94,14	10,07		

Tablo 34'te görüldüğü gibi; katılımcıların tanı süresine göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve tanı süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$).

Yine tablo 34 incelenirse, depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve tanı süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve tanı süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 35. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre T Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Anksiyete	Evet	4	17,75	8,96	1,248	0,217
	Hayır	56	12,45	8,17		
Depresyon	Evet	4	16,00	6,48	0,417	0,678
	Hayır	56	14,18	8,54		
Yaşam Kalitesi	Evet	4	98,00	10,71	0,647	0,520
	Hayır	56	95,09	8,58		

Tablo 35'te görüldüğü gibi; katılımcıların psikolojik yardım alma durumuna göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve psikolojik yardım alma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve psikolojik yardım alma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve psikolojik yardım alma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 36. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre T Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma		
Anksiyete	Evet	5	19,00	8,25	1,787	0,079
	Hayır	55	12,24	8,09		
Depresyon	Evet	5	15,80	5,63	0,415	0,680
	Hayır	55	14,16	8,61		
Yaşam Kalitesi	Evet	5	96,80	9,65	0,406	0,686
	Hayır	55	95,15	8,64		

Tablo 36’da görüldüğü gibi; katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre katılımcıların Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$).

Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla T Testi yapılmış ve psikiyatrik ilaç

kullanma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$)

Tablo 37. Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Anksiyete Depresyon Yaşam Kalitesi		
Anksiyete	r 1		
	p		
	N 60		
Depresyon	r 0,603**	1	
	p 0,000		
	N 60	60	
Yaşam Kalitesi	r -0,252	-0,202	1
	p 0,052	0,122	
	N 60	60	60

** p < 0,01

Tablo 37’de görüldüğü gibi, depresyon ve anksiyete düzeyi arasında $r= 0,603$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($R=0,603$, $p < 0,01$). Böylece depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı görülmüştür. Yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 38. Yaşam Kalitesinin, Depresyon ve Anksiyete Üzerindeki Etkisi

Model		Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar		
		B	Std. Hata	Beta	T	p
1	Sabit	99,188	2,302		43,094	0,000
	Anksiyete	-0,215	0,168	-0,205	-1,276	0,207
	Depresyon	-0,081	0,166	-0,078	-0,489	0,627

Bağımlı Değişken: Yaşam Kalitesi

Tablo 38’de görüldüğü üzere, yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlarla anksiyete ve depresyon puanları üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizi sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan $p > 0.05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Tablo 39. Depresyonun Yaşam Kalitesi Ve Anksiyete Üzerindeki Etkisi

Model	Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar		T	p
	B	Std. Hata	Beta			
1 Sabit	11,550	10,538			1,096	0,278
Anksiyete	0,599	0,111	0,590		5,413	0,000
Yaşam Kalitesi	-0,052	0,106	-0,053		-0,489	0,627

Bağımlı Değişken: Depresyon

Tablo 39’de görüldüğü üzere, depresyon ölçeğinden alınan puanlarla anksiyete ve yaşam kalitesi puanları üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizi sonucunda depresyon ile anksiyete arasında istatistiksel açıdan $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir etki saptanmış, ancak depresyon ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan $p > 0.05$ düzeyinde anlamlı bir etki saptanamamıştır.

Tablo 40. Anksiyetenin Depresyon ve Yaşam Kalitesi üzerindeki Etkisi

Model	Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar		T	p
	B	Std. Hata	Beta			
1 Sabit	17,025	10,108			1,684	0,098
Yaşam Kalitesi	-0,129	0,101	-0,136		-1,276	0,207
Depresyon	0,567	0,105	0,576		5,413	0,000

Bağımlı Değişken: Anksiyete

Tablo 40'da görüldüğü üzere, anksiyete ölçeğinden alınan puanlarla depresyon ve yaşam kalitesi puanları üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizi sonucunda depresyon ile anksiyete arasında istatistiksel açıdan $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir etki saptanmış, ancak anksiyete ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan $p > 0.05$ düzeyinde anlamlı bir etki saptanamamıştır.

3.3. TARTIŞMA

Kanser hastalarına bakım veren bireylerin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi bakımından süreçten nasıl etkilendiğinin açıklanmasında literatürde yer alan benzer çalışmalara yer verilecektir. Böylece benzer konuda yapılan çalışmaların ulaştığı sonuçlar ile bu çalışmanın sonuçları arasında kıyaslama yapılması mümkün olacaktır.

Kanser hastalarına bakım veren bireylerin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı görülmüştür. Depresyon ve anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup hipotez doğrulanmıştır. Özkal (2008), Kanser tanısı alan hastaların görüşlerini araştırdıkları çalışmada kanser tanısının ölümcül olup olmadığını bilme isteklerinin gerek hastalar gerekse bakım veren bireyler için yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir (Özkal, 2008). Bu durumun bir sonucu olarak da bakım veren bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri anlamlı bir şekilde yükselmektedir. Araştırmacının ulaştığı bu sonuç, çalışmanın bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Aydoğan vd. (2012), anksiyete ve depresyon düzeylerini kanser hastaları üzerinde değerlendirmeye almıştır. 74 kanser hastası üzerinde uygulamanın yapıldığı çalışmada kanser hastalarının hastalık tanısı aldıkları dönemden itibaren anksiyete ve depresyon konusundaki eğilimleri takip edilmiştir. Elde edilen sonuçlar kanser hastalığının birey üzerinde psikolojik yıkım meydana getirdiğini göstermiştir (Aydoğan vd., 2012). Bu yıkımın bir sonucu olarak da hastanın yanı sıra hasta yakınlarının –aile ve birinci derece akrabalar ile yakın arkadaşların- anksiyete düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kalitesi puanı anlamlı düzeyde düşmediği saptanmış ve yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir

ilişki saptanmamış olup hipotez doğrulanmamıştır. Aynı zamanda ekonomik düzey ile yaşam kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamış olup araştırmanın hipotezi doğrulanmamıştır. Ancak ekonomik düzey arttıkça yaşam kalitesi puanının da arttığı gözlenmiştir. Karabuğa Yakar ve Pınar (2013), kanser hastalarına bakım veren bireyler ile yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin anlamlı bir düzeyde düştüğü saptanmış olup çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Kanser tanısı alan bireylerin yakınlarından ekonomik gücü düşük olanların yaşam kalitelerinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda bakım veren bireylerin ekonomik düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup ekonomik düzey arttıkça yaşam kalitesi puanı arttığı görülmüştür. Kanser hasta yakınlarına bakım veren bireylerin verdikleri yanıtlar kanser tanısının alınmasının ardından hastanın çevresindeki kişilerin sağlıklarının olumsuz etkilendiği, bireysel sorumlulukları yerine getiremedikleri, çalışma, aile ve evlilik hayatında sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. (Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013).

Araştırmamızda kadınlarda anksiyete düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulunurken, yaşam kalitesi ve depresyon ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki saptanmamış olup hipotezlerimizin bir kısmı böylece doğrulanmıştır. Ateşçi ve ark. Kanser hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenleri araştıran çalışması bulgularımızı destekler niteliktedir. Bu çalışmada psikiyatrik bozukluklar en çok kadınlarda görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Pandey ve ark. çalışmalarında erkek hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü, Kaplan ve ark. ise çalışmalarında cinsiyetten bağımsız olarak depresyon ve anksiyetenin sık görüldüğünü bildirmiştir. Bizim sonuçlarımızda kadın bakım verenlerin anksiyete düzeyinin yüksek görülmesi literatür ile uyumluluk gösterirken, cinsiyet farkının depresyon ve yaşam kalitesi düzeyinde değişikliğe neden olmadığı belirlendi. Araştırmamızla benzerlik gösteren bir araştırmada ise cinsiyet farklılığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Tokgöz, 2008).

Çalışmamızda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin tanı süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiş olup hipotez doğrulanmamıştır. Alacacioğlu (2007), çalışmasında kanser hastalarına bakım veren bireylerin depresyon, umutsuzluk ve anksiyete açısından değerlendirmesini yapmıştır. Araştırmacının elde ettiği sonuçların başında altı aydan fazla süredir devam eden kanser vakalarının hasta

bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olması sonucunu doğurduğu gelmektedir.

Araştırma sonucunda kadınların yakalandığı kanser türleri kadın bakım veren bireylerde erkek bakım veren bireylere göre anksiyete düzeyleri daha yüksek görülmüş olup hipotez doğrulanmıştır. Bu durum araştırmaya katılan bireylerin %50'sinin meme kanseri tanımlı olması ve kadın bakım veren bireylerin hastalarla özdeşim kurmasıyla açıklanabilir. Kanser türü ile depresyon arasında cinsiyet bakımından anlamlı bir ilişki saptanmamış olup hipotez doğrulanmamıştır.

Medeni durum ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup hipotez doğrulanmıştır. Bakım veren bireylerin evli ya da bekar olması depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinde herhangi bir değişikliğe neden olmamıştır. Beşer ve Öz'ün çalışmalarında da medeni durumun hasta ve bakım verenlerde anksiyete ve depresyon üzerinde etkisinin olmadığı rapor edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Örneklemin demografik özellikleri araştırmanın sınırlılıklarından birisidir. Eğitim düzeyi farklılık gösteren katılımcıların seçilmesi, cinsiyet ve yaş dağılımlarının homojen olması ve daha büyük örneklem alınması diğer araştırmalara genellenebilirlik ve güvenilirlik açısından önerilmektedir.

Depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin kişiden kişiye farklılık gösteriyor olması çalışmamızda araştırmadığımız konulardan birisidir. Araştırmacılara bu konuya değinmeleri tavsiye edilmektedir.

Doktorlara, hemşirelere kanser hasta ve bakım veren bireylere kanser süreci, kayıplar, hastalığın nasıl söylenmesi gerektiği, sosyal desteğin önemi, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi konularında psikoeğitim verilmesi önerilmektedir. Ayrıca kanser hastalarına bakım veren bireylere psikolojik destek verilmesi amacıyla hastanelerin onkoloji servislerinde uzman psikolog ve psikiyatrların görevlendirilmesi ve onkoloji servisinde çalışan hekimlerin ve hemşirelerin hastaların ve bakım veren bireylerin içinde bulunduğu duruma uygun davranması hastalık sürecinin daha sağlıklı atlatılabilmesi adına büyük önem taşımaktadır.

SONUÇ

Kanser hastalarına bakım veren bireylerin anksiyete, yaşam kalitesi ve depresyon açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada bir kişinin kanser tanısı almasının çevresindeki kişileri etkilemesinin kaçınılmaz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucu ortaya çıkaran faktörler, bu kısımdaki inceleme ile birlikte açıklanacaktır.

Araştırmaya katılan bireylerin verdikleri yanıtlar; cinsiyet değişkeninin kanser hastalarına bakım veren bireylerin anksiyete düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Anksiyete ölçeği puanları açısından kadınların erkekle oranla anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon ve yaşam kalitesi ölçeği puanları açısından cinsiyet değişkeninin anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. ($p>0.05$).

Anksiyete düzeyi kadınların yakalandığı kanser türlerinde kadın hastalara bakım veren bireylerin erkek hastalara bakım veren bireylere göre daha yüksek görülmüştür.

Yaş değişkeninin kanser hastalarına bakım veren bireylerin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde etkili olmadığını göstermiştir. Medeni durum ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Gelir faktörü ile anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde aylık geliri 2001 ile 3000 TL arasında olan bireylerin anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi puanı en yüksek olan katılımcıların aylık geliri 4001 TL ve üzerinde olan bireyler oldukları görülmüştür.

Eğitime göre değerlendirme yapıldığında anksiyete düzeyi en yüksek bireylerin ilköğretim mezunu bireyler oldukları tespit edilmiştir. Depresyon puanı en yüksek olan katılımcılar ise üniversite mezunu olan kişiler olarak belirlenmiştir. Yaşam kalitesi açısından yapılan inceleme ile birlikte en yüksek yaşam kalitesi puanının yine üniversite mezunu olan bireylerde olduğu sonucuna varılmıştır. Tüm bunlar eğitim açısından farklı sonuçların varlığını işaret etmesi bakımından önem ifade eden veriler olarak görünmektedir.

İnsanların çalışıp çalışmamalarının kanser tanısı sonrasındaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelendiğinde çalışan bireylerin anksiyete düzeyleri en yüksek olarak belirlenmiştir. Depresyon için de aynı sonuç elde edilmiş olup çalışanların depresyonlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşam kalitesi açısından ise çalışan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu, buna karşın çalışmayan bireylerin yaşam kalitesinin düşük düzeylerde kaldığı sonucu elde edilmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlar; araştırmanın değişkenleri olan anksiyete ve depresyon arasında doğru orantılı bir etkileşim olduğunu orta koymuştur. Yani depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Buna karşın çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyinin yaşam kalitesi düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

- Akkaya, C., 2006, Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağıaltımındaki Güçlükler, Türk Psikiyatri Dergisi, 17 (2), 139-146.
- Alacacioğlu, A., 2007, Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Ahıcı, S., İzmirli, M., Doğan, E., 2006, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalına Başvuran Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Değerlendirilmesi, Türk Onkoloji Dergisi, 21 (2), 87-97.
- Arkar, H., 1992, Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi, Düşünen Adam Dergisi, 5, 37-40.
- Arslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y., (1999), Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Turkish Journal of Geriatrics, 2 (4), 173-178.
- Ateşci, F.Ç., Oğuzhanoglu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N., 2003, Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (2), 145-152.
- Aydemir, Ö., Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 21, 51-59.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A., Sağlam, K., 2012, Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 16 (2), 55-60.
- Bag, B., 2014, Kanser Hastalarında Depresyon, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6 (2), 186-198.

- Bal, U., 2010, Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Beser, N., Öz, F., 2003, Kemoterapi Alan Lenfomali Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (1), 47-58.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B.K., Şar, V., Taycan, O., Ulaş, H., 2013, Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji, Türk Psikiyatri Dergisi, 24, 1-18.
- Cengil, M., 2003, Depresyonu Önlemede Dini İnancın Koruyucu Rolü, Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 2, 129-152.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S., Tekir, Ö., 2015, Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17 (1), 27-36.
- Çetin, A., 2013, Kanser Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar, http://pharmacy.erciyes.edu.tr/ckfinder/userfiles/files/bitirmeler/Abdullah_%C3%87etin_Tez.pdf, Erişim Tarihi: 29.08.2016.
- Doğan, O., 2000, Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygudurum Dizisi, 1, 29-38.
- Erdem, Ö., Bez, Y., 2009, Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon, Konuralp Tıp Dergisi, 1 (1), 32-37.
- Eser, E., 2014, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü, Türk Nöroloji Dergisi, 20 (1), 1-4.
- Eser, S., Saatlı, G., Eser, N., Baydur, H., Fidaner, C., 2010, Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları, Türk Psikiyatri Dergisi, 21 (1), 37-48.

- Gelin, D., Ulus, B., 2015, Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (1), 31-35.
- Güngörmüş, Z., Erdem, Ö.B., 2014, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (1), 24-30.
- http://www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Depression_Turkish_FINAL.pdf ,
Erişim Tarihi: 13.08.2016.
- Karabuğa Yakar, H., Pınar, R., 2013, Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 15 (2), 1-16.
- Karabulut, M., 2016, Edip Cansever'in Şiirlerinde Depresif Karakterler, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (22), 35-68.
- Karaca, S., Gök, C., Kalay, E., Başbuğ, M., Hekim, M., Onan, N., Ünsal Barlas, G., 2016, Ortaokul Öğrencilerinde Bilgisayar Oyun Bağımlılığı ve Sosyal Anksiyetenin İncelenmesi, ClinicalandExperimentalHealthSciences, 6 (1), 14-19.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H., 2011, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45 (2), 65-74.
- Kocabaşoğlu, N., 2008, Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 62, 175-184.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. Kısa Form- 36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102-106.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M.C., Demir, A., 2011, Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 27 (3), 149-153.

- Kutluk, T., Kars, A., 2001, Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı, Ankara.
- Oylar, Ö., Tekin, İ., 2011, Kanser Teşhis ve Tedavisinde Nanoteknolojinin Önemi, Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi, 16 (1), 147-154.
- Özbal, Y., İlhan, T., 2013, Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Başa Çıkma: Yarı-Deneysel Bir Çalışma, TheJournal of AcademicSocialScienceStudies, 6 (8), 945-962.
- Özkal, F., 2008, Kanser Tanısının Hastaya Söylenmesine İlişkin Hasta ve Hasta Yakınlarının Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocetepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Özkan, Ö.F., Kaya, Ü., Güner, A., Cevizci, S., Özkul, F., Sezer, C., Reis, E., 2012, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kolokteral Kanser Hastalarının Demografik Dağılımı ve Hastalık Özellikleri, Pamukkale Tıp Dergisi, 5 (3), 132-135.
- Öztürk, A., 2014, "Sorumluluk Tutumu ve Aileden Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Kaygıyı Yordamadaki Rolü ve Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29 (3), 137-152.
- Saatçioğlu, Ö., 2001, Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11, 60-77.
- Sevinçok, L., 2007, Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri Dergisi, 10, 3-12.
- Taşkapılıoğlu, Ö., Karlı, N., 2013, Migrende Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 1, 60-64.
- Tekin, M., Tekin, A., 2014, Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 6 (4), 330-339.
- Top, M.Ş., Özden, S.Y., Efe Sevim, M., 2003, Psikiyatride Yaşam Kalitesi, Düşünen Adam Dergisi, 16 (1), 18-23.

- Torlak, S.E., Yavuzçehre, P.S., 2008, Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme, Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, 17 (2), 23-44.
- Tural, Ü., 2009, “Anksiyete Bozuklukları”, http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/u_tural/anksiyete.pdf , Erişim Tarihi: 10.07.2016.
- Tutkunkardaş, M.D., Kılınçaslan, A., 2011, Çocuk ve Ergenlerde Depresyonun İlaçla Tedavisi: Bir Gözden Geçirme, Journal of MoodDisorders, 1, 34-45.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2016, Türkiye Kanser İstatistikleri, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf , Erişim Tarihi: 28.06.2016.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H.Turkishversion of BeckAnxietyinventory: Psychometricproperties. Journal of CognitivePsychotherapy: An InternationalCjuaterly 1998. Volume 12 No 2: 163–172.
- Uyar, M., Akın Korhan, E., 2011, Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi, Ağrı Dergisi, 23 (4), 139-146.
- Ünsalver, B.Ö., Balcıoğlu, İ., 2006, Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler, Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 37, 115-120.
- Üstün, A., Bayar, A., 2015, Üniversite Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 4 (1), 384-390.
- Yorbık, Ö., Söhmen, T., 1998, Çocuk ve Ergenlerde Depresyonun İlaçla Tedavisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 8 (3), 145-155.

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgiler Formu

Kişisel Bilgi Formu

- 1- Yaşınız : _____
- 2- Cinsiyetiniz:
 - a- Kadın
 - b- Erkek
- 3- Medeni haliniz:
 - a- Bekar
 - b- Evli
 - c- Boşanmış
 - d- Eşi vefat etmiş
 - e- İlişkisi var
- 4- Ne kadar süredir ilişkiniz var?/ Ne kadar süredir ayrısınız? _____
- 5- Çocuğunuz var mı?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 6- Evinizde sizinle birlikte kimler yaşıyordu? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)
 - a- Tek başıma yaşıyorum
 - b- Eşim
 - c- Çocuğum/Çocuklarım
 - d- Annem
 - e- Babam
 - f- Eşimin ailesi
 - g- kardeşim/Kardeşlerim
 - h- Eşimin kardeşleri
 - i- Akrabalarım
 - j-Eşimim akrabaları
- 7- Eğitiminiz
 - a- Okuma-yazma yok
 - b- Okuma-yazma
 - c- İlköğretim
 - d- Lise
 - e- Üniversite
 - f- Üniversite üstü
- 8- Mesleğiniz: _____
- 9- Aylık gelir düzeyiniz? _____

10-Çalışıyor musunuz?

a- Evet

1. Ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

b- Hayır

1- Daha önce çalıştıysanız ne kadar süredir çalışmıyorsunuz?.....

c- Hiç çalışmadım

10-Yakınıınız kanser tanısını ne zaman aldı? _____

11-Hangi kanser türü teşhisi kondu? _____

12-Psikolojik yardım aldınız mı?

a- Evet

b- Hayır

13-Psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?

a- Evet

b- Hayır

14-Tedavi aşamasında ne uygulandı?

a- Kemoterapi

b- Radyoterapi

c- Kemoterapi ve Radyoterapi

Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Adı Soyadı : Cinsiyeti :

.....

Eğitim Türü: Birinci (Gündüz) Öğretim () İkinci (Gece) Öğretim ()

Bölümü : Yaşı :

.....

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir Őey dūřünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36

1). Genel Olarak Sağlığınız için Hangisini Söyleyebilirsiniz?

A-Mükemmel B-Çok iyi C-iyi D-Orta E-Kötü

2).1 Yıl Öncesiyle Karşılaştığımızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

A-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha iyi
B-1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha iyi
C-1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı
D-1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü
E-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3). Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığımız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığımız Bunları Kısıtlıyor mu?Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			

1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4). Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5). Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6). Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

7).Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

8).Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

9).Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı işaretleyin.



	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10).Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi? (akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir zaman

11).Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunhıkla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					