



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ERKEN EVRE KANSER TANISI ALMIŞ OLAN HASTALARDA
ALGILANAN EŞ UYUMU VE RUHSAL DURUM İLİŞKİSİ**

YAĞMUR ÖZÇOLAK

TEZ DANIŞMANI

YRD.DOÇ.DR.ELÇİN BABAĞLU

İSTANBUL-2016

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERKEN EVRE KANSER TANISI ALMIŞ OLAN HASTALARDA ALGILANAN
EŞ UYUMU VE RUHSAL DURUM İLİŞKİSİ

YAĞMUR ÖZÇOLAK

TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR.ELÇİN BABAOĞLU

İSTANBUL-2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134204007
Öğrenci Adı Soyadı	: YAĞMUR ÖZGOLAK
Anabilim Dalı	: HEMŞİRELİK
Tez Danışmanı	: YRD. DOÇ. DR. ELGİN BABAÖBLÜ
Tezin Başlığı	: Erken Evre kanser Tanısı Almış Olan Hastalarda Eş uyum Düzeyi ve Ruhsal Durum Arasındaki İlişki

Toplantı Tarihi	: 21.10.2016	Saati	: 10 ⁰⁰
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> 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.			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUĞU			
ile karar verilmiştir.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input type="radio"/> Değişmedi.	<input checked="" type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	: Erken Evre kanser Tanısı Almış Olan Hastalarda Algılanan Eş uyumu ve Ruhsal Durum ilişkisi		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> 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="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Selma Doğan	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Elvan Babaoğlu	
Üye	Doç. Dr. Gülşen Hacıoğlu	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : / / 20

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Selma Doğan
Anabilim Dalı Başkanı

Not : Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

ÖZET

ERKEN EVRE KANSER TANISI ALMIŞ OLAN HASTALARDA ALGILANAN EŞ UYUMU VE RUHSAL DURUM İLİŞKİSİ

ÖZÇOLAK, Yağmur

Üsküdar Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAÖĞLU

Bu araştırmanın amacı, erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda algılanan eş uyumu ve ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma, erken evre kanser tanısı almış olan hastaların eş uyumu ve ruhsal durumu arasında ilişki tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Kasım 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde erken evre kanser tanısı almış ve araştırma kriterlerine uyan 186 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya alınan hastalara sosyodemografik özellikleri içeren 22 soruluk anket formu, Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL90-R), Genel Sağlık Anketi Kısa Form (GSA-12) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) uygulanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Varyansların homojen olmadığı belirlendikten sonra normal dağılıma uymayan ikili gruplar için Mann Whitney U Testi, çoklu gruplar ise Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Verilerin analizi SPSS 22.0 programıyla yapılmış ayrıca analizlerde Pearson Korelasyon Analizi'nin bir yöntemi olan Spearman's rho katsayısı da kullanılmıştır. Verilerin analizinde anlamlılık seviyesi p; 0,05 seçilmiştir.

Çalışmaya 104'ü (%55.9) kadın 82'si (%44.1) erkek olmak üzere 186 kişi katılmıştır. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların yaş ortalaması 54.5 iken; tanı alma ortalama yaşı 53.3' idi. Hastaların %76.8'inin şehirde yaşadığı; çoğunluğunun emekli (%32.7), eğitim durumunun okur-yazar (%55.9) ve gelir düzeyinin orta düzeyde (%70.9) olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki hastaların eğitim

düzeyi (%55.9) ile eşlerinin eğitim düzeyi (%60.2) “sadece okur-yazar” olma durumu ile en çok görülen eğitim düzeyi olmuştur. 186 hastanın tamamı evli olup evlilik süreleri incelendiğinde ise ağırlıklı olarak 40 yıl ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (%29.6). Araştırmaya katılan hastaların kanser türleri arasında %36.5 ile meme kanseri en sık bulunmaktadır. Bunu sırasıyla kolorektal kanserler (kolon ve rektum) (%15.0), gastrointestinal sistem kanserleri (ince bağırsak, karaciğer, mide, pankreas ve safra yolu) (%13.9), prostat kanseri (%10.2), akciğer kanseri (%9.6), ürogenital kanserler (renal, endometrium, over, serviks) (%8.6), deri ile ilgili kanserler (cilt ve melanoma) (%4.3) ve baş-boyun kanserleri (%1.6) izlemektedir. Hastaların %91.3’ünün tanıları hakkında bilgi sahibi oldukları sonucu dikkat çekmekle birlikte bireylerin hastalıkları hakkında konuşmak istememe oranı (%66.6) yüksek bulunmuştur.

Hastaların genel Eş Uyum puan ortalaması 99.0 olup; erkeklerin Eş Uyum puan ortalamasının (102.2), kadınlara oranla (96.5) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hastaların evlenme şekillerinde en sık oranla %38.2 ile ‘severek kendi isteğiyle evlenme’ seçeneği öne çıkmıştır. Hastaların %79’ü hastalığı hakkında çevresinden aldığı desteği yeterli gördüğünü belirtmiştir. Hastalık hakkında destek gördüklerini belirten hastalar, en çok eş ve diğer kişilerden destek aldıklarını belirtmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların eş uyumu ile evlenme şekli, algıladıkları sosyal destek ve destek kaynakları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların Genel Sağlık Anketi puanları ile gelir durumu, eşin eğitim durumu, kanser hakkında konuşma isteği ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların Ruhsal Belirti puanları ile cinsiyet, eğitim durumu, eşlerinin eğitim durumu, kanser türü ve tanı süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çiftler Uyum Ölçeği ile Ruhsal Belirti Tarama testi puanı arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon tespit edilmiştir ($\rho:-0.220$, $p<0.05$). Hastaların Çiftler Uyum Ölçeği puanı arttıkça kişilerarası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, kaygı ve paranoid düşüncelerinde azalma görülmüştür (sırasıyla; $\rho:-0.164$, $p:0.025$; $\rho:-0.240$, $p:0.001$; $\rho:-0.343$, $p:0.000$, $\rho:-0.321$, $p:0.000$, $\rho:-0.180$, $p:0.014$).

Çiftler Uyum Ölçeği ile Genel Sağlık Anketi puanı ile arasında negatif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (rho:-0.320, p<0.05). Hastaların Çiftler Uyum Ölçeği puanları arttıkça Ruhsal Belirti Tarama testi puanları azalmış fakat aralarındaki ilişki zayıf bulunmuştur. Aynı şekilde Çiftler Uyum Ölçeği puanları arttıkça Genel Sağlık Anketi puanları da azalmış, aralarındaki ilişki orta derecede kuvvetli bulunmuştur.

Ruhsal Belirti Tarama testi puanı ile Genel Sağlık Anketi puanı arasında pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (rho:0.507, p<0.05). Hastaların Ruhsal Belirti Tarama testi puanları arttıkça Genel Sağlık Anketi puanlarının da arttığı saptanmış, aralarındaki ilişki orta derecede kuvvetli bulunmuştur.

Sonuç olarak, erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda eş uyumu ve hastaların ruhsal durumlarının arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların algıladıkları eş uyumu azaldıkça ruhsal belirtilerin arttığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına dayanarak, erken evre kanser tanısı almış olan hastaların psikolojik sorunlarının çözümlenebilmesi, destek mekanizmalarının aktifleştirilmesi için Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi ile iş birliği yapılması ve kanser hastalarına eş desteğinin artmasına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Erken Evre, Ruhsal Durum, Eş Uyumu, Hemsirelik

ABSTRACT

MASTER THESIS

THE RELATIONSHIP PERCEIVED ADJUSTMENT OF SPOUSE AND MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH EARLY STAGE CANCER DIAGNOSIS

OZCOLAK, Yagmur

Üsküdar University

Health Sciences Institute, Nursing Department

Supervisor: Ass. Prof. Dr. Elçin BABAOĞLU

The aim of this research was to examine the relationship between perceived adjustment of spousal and mental status in patients with early stage cancer diagnosis. The aim was conducted as a descriptive study of the relationship between perceived adjustment of spousal and mental status of patients with early stage cancer diagnosis.

The research sample, was administered to 186 patients that meet the search criteria between November 2015-May 2016 Namik Kemal University Health Application and Research Center had been diagnosed with early stage cancer. 22 item questionnaire containing sociodemographic characteristics, General Symptom Screening Test (SCL90-R), Short Form General Health Questionnaire (GHQ-12) and Dyadic Adjustment Scale (DAS) has been applied of the patients enrolled in the study.

The statistical analysis of the data was evaluated normally distributed continuous variables. After determining that the homogeneity of variance, Mann-Whitney U test for two groups, multiple groups were analyzed with the Kruskal Wallis test that do not meet the normal distribution. Data analysis done with SPSS 22.0 program also includes a method of analysis with Pearson Correlation Analysis of Spearman's rho coefficient was used. Significance level of p to analyze the data; 0,05.

The study included 104 (55.9%) were female and 82 (44.1%) were male, 186 people attended. While the average age of patients who had been diagnosed with early stage cancer 54.5; the average age at diagnosis was 53.3. 76.8% of patients living in the city. The majority, retired (32.7%), the reader-writer of education

(55.9%) and 70.9% with a moderate level of income was determined. The level of education of the patients in the study (55.9%), and education level of spouses (60,2%) "only literate" and that the situation has been the most common level of education. All 186 patients are married and marriage is found to be mainly 40 years and above (29.6%). Patients participating in the study between types of cancer, are the most common breast cancer by 36.5%. This was followed by colorectal cancer (colon and rectum) (15.0%), cancers of the gastrointestinal tract (small intestine, liver, stomach, pancreas and biliary tract) (13.9%), prostate cancer (10.2), lung cancer (9.6%), genitourinary cancers (renal, endometrial, ovarian, cervical) (8.6%), cancers associated with skin (skin and melanoma) (4.3%), and head and neck cancers (1.6%). As a result they have information about the diagnosis of 91.3% of patients, but noted individuals do not want to talk about the illness rate (66.7%) were found.

Marital Adjustment overall score of the patients was 99.0; Marital Adjustment mean score of men (102.2) than women (96.5) has been found to be higher. In this study, compared with 38.2% in patients with the most common form of marriage 'loving marriage voluntarily' option came to the fore. Around 79% of the patients reported that they had received sufficient support for disease. Patients about the disease that they received support, stated that they received the most spousal support ($p < 0.05$).

Marital adjustment of the patients participating in the study; found a significant relationship between form of marriage, perceived social support and support resources ($p < 0.05$). The relationship between General Health Questionnaire scores of the patients and income, spouse's education level, the request to talk about cancer, perceived social support was significantly ($p < 0.05$). Found a significant relationship between patients mental symptoms scores and gender, educational status, education status of their spouses and other persons, cancer type and time of diagnosis ($p < 0.05$).

Negative low degree of correlation was detected between Dyadic Adjustment Scale and Mental Symptoms screening test scores (ρ : -0.22 thousand, $p < 0.05$). Dyadic Adjustment Scale scores of patients increases, has been a decrease in interpersonal sensitivity, depression, anger-hostility, anxiety and paranoid ideation (respectively; ρ :-0.164, p :0.025; ρ :-0.240, p :0.001; ρ :-0.343, p :0.000, ρ :-0.321, p :0.000, ρ :-0.180, p :0.014).

Moderate negative correlation between Dyadic Adjustment Scale with mental symptoms screening test score is determined (Rho: -0,320, $p < 0.05$). Patients, Dyadic Adjustment Scale scores increased General Health Questionnaire scores were reduced but weak relationship between them. Likewise Dyadic Adjustment Scale scores increased, it decreased in the General Health Questionnaire scores were moderately strong relationship between them.

Moderately positive correlation was found between the Mental Symptoms screening test scores and the General Health Questionnaire scores (rho: 0.507, $p < 0.05$). Patients Psychiatric Symptom test scores increase was higher in the General Health Questionnaire scores and moderately strong relationship between them.

As a result, patients who had been diagnosed with early-stage cancers, it was determined that the relationship between dyadic adjustment and the mental status of patients. It was determined that the patients perceived spousal adjustment decreases as the psychological symptoms increased. Based on the research findings, cooperate with the consultation-liaison psychiatry and implementation and planning of appropriate nursing interventions for cancer patients with increased spousal support for solving the psychological problems and the activation of the support mechanism in patients who had been diagnosed with early-stage cancer.

Keywords: Cancer, Early Stage, Mental Status, Dyadic Adjustment, Nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca; yardımlarını esirgemeyen, her zaman destek, ilgi ve sabır gösteren, tez çalışmamın daha iyi planlanmasını ve yürütülmesini sağlayan, değerli Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAOĞLU başta olmak üzere Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selma DOĞAN ve tüm hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmamda beni destekleyen, Namık Kemal Üniversitesi-Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü'm Yrd. Doç. Dr. Tülin YILDIZ Hocama,

Tezin istatistik analizinde, çevirilerimde ve uzmanlık eğitimimin başlangıcından sonuna kadar her an bana destek veren Namık Kemal Üniversitesi-Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi-Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Onur SAKKALI' ya;

Çalışmamda bana güvenen Namık Kemal Üniversitesi-Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastalarına;

Yaşamım boyunca verdikleri sonsuz destek ve fedakarlıklarıyla bu noktaya getiren annem İnci ÖZÇOLAK ve babam Veli ÖZÇOLAK' a;

Çalışmam süresince desteklerini ve anlayışlarını esirgemeyen sevgili hemşire dostlarım Tuğba Yüce ve Halime Yıldırım'a sonsuz teşekkür ederim.

Kasım , 2016

Yağmur
ÖZÇOLAK

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

TARİH

Yağmur ÖZÇOLAK

İMZA



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	vii
BEYAN.....	viii
TABLOLAR DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı.....	2
1.2.Araştırmanın Amacı.....	4
1.3.Araştırma Soruları.....	4
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanser Tanımı ve Sınıflandırılması.....	5
2.2.Erken Evre Kanser Tanımı.....	7
2.3.Kanser Epidemiyolojisi.....	7
2.4.Kanser Etiyolojisi.....	8
2.5.Kanserde Korunma Yöntemleri.....	9
2.6.Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	10
2.6.1.Kemoterapi.....	10
2.6.2.Radyoterapi.....	11
2.6.3.Hormonal Tedavi	11
2.6.4.Cerrahi Tedavi	11
2.7.Kanser ve Ruh Sağlığı.....	12

2.7.1.Kanserde Uyum Bozuklukları.....	17
2.7.2.Kanserde Depresyon.....	18
2.7.3. Kanserde Anksiyete Bozuklukları.....	20
2.7.4. Kanserde Organik Ruhsal Bozukluklar	23
2.7.5. Kanserde Uyku Bozuklukları.....	24
2.8.Kanser Yaşantısı ve Baş Etme ve Biçimi.....	25
2.8.1.Erken Evre Kanser Yaşantısında Psikososyal Problemler.....	29
2.8.1.1. Erken Evre Kanser Hastasının Sosyal Destek Türleri.....	29
2.8.1.2. Sosyal Destek Faktörü Olarak Kanser Hastasının Eşi.....	32
2.8.3. Eş Uyumu Kavramı.....	35
2.9 Kanserde Psikososyal Bakım ve Hemşirelik.....	39
2.9.1. Kanserde Psikososyal Bakım Tanımı.....	39
2.9.2. Kanser Hastalarında Hemşirelik Yaklaşımı.....	40
2.9.3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği ve Psikososyal Bakım.....	41
GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1Araştırmanın Şekli.....	43
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler.....	43
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	43
3.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	43
3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	43
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	44
3.5.Araştırmanın Kabul Edilme Kriterleri.....	44
3.6. Verilerin Toplanması.....	44
3.6.1. Veri Toplama Formları.....	44

3.6.1.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu	44
3.6.1.2. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R).....	45
3.6.1.3. Genel Sağlık Anketi Kısa Form (GSA-12).....	46
3.6.1.4. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dydic Adjustment Scale-DAS).....	46
3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	48
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
3.9. Etik Boyut.....	49
BULGULAR.....	50
TARTIŞMA.....	72
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
6.1.Sonuçlar.....	87
6.2.Öneriler.....	91
KAYNAKÇA.....	93
EKLER.....	110
EK1: Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	110
EK2: Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu.....	111
EK3: Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL90-R).....	116
EK4: Genel Sağlık Anketi Kısa Form (GSA-12).....	120
EK5: Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ).....	121
EK6: Yazışmalar.....	122
EK7:Kurum Onayı.....	123
EK8:Etik Kurul Onayı.....	124
ÖZGEÇMİŞ.....	125

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular.....	52
Tablo 4.2.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular.....	55
Tablo 4.3.	Araştırmada kullanılan ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerinin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.4.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamalarının Ruhsal Belirti Tarama Testi puan ortalamaları (SCL 90-R) ile karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.5.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.6.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puan ortalamalarının hastaların sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.7.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamalarının hastaların sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.8.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti Tarama testi (SCL 90-R) puan ortalamalarının hastalık ve tedavi özelliklerine göre karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.9.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puan ortalamalarının hastalık ve tedavi özelliklerine göre karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.10.	Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamalarının hastalık ve tedavi özelliklerine göre karşılaştırılması.....	70

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 :	Kanserin Evrelendirilmesi.....	6
Şekil 2 :	Araştırmaya Katılan Hastaların Bilgi Edinme Kaynakları.....	57
Şekil 3:	Araştırmaya Katılan Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	57
Şekil 4:	Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Puan Ortalamaları ile Ruhsal Belirti Testi (SCL 90-R) Alt Gruplarından Ortalamaları Grafik İle Gösterimi.....	59
Şekil 5:	Destek Kaynaklarının Grafik ile Gösterimi.....	71



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
ÇUÖ:	Çiftler Uyum Ölçeği
GSA:	Genel Sağlık Anketi
GİS :	Gastrointestinal Sistem
KLP:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
n:	Kişi Sayısı
p:	Sapma Payı
rho:	Spearman's katsayısı
SCL 90-R:	Ruhsal Belirti Tarama Testi
ss :	Standart Sapma
ORT:	Ortalama
WHO:	World Health Organization
vd:	Ve Diğerleri
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TMK:	Türk Medeni Kanunu
TÜİK:	Türkiye Kanser İstatistikleri

GİRİŞ

Yüzyıllar boyunca kanser ölümcül bir hastalık olarak kabul edilmekte, tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunu olarak görülmektedir (Orak ve Sezgin 2015). Yüzyılın başlarında en önemli ölüm nedeni enfeksiyon hastalıklarıyken, kanser bugün ilk sırayı almış kronik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple kanserle ilgili erken tanı, önleme ve tarama çalışmaları önem kazanmıştır (Can 2015, Korkmaz ve Yangöz 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) 2030 yılı ölüm istatistiği verilerine göre tüm dünyada hastalıklara bağlı ölümler arasında kanser birinci sırada yer alacak olup 12 milyon kişinin kanser nedeniyle hayatını kaybedeceği belirtilmektedir (WHO 2010). Tüm dünyada prevalansı en yüksek kanserler meme, prostat, akciğer, mide ve kolorektal kanserleri olup Türkiye'de de en sık görülen türler arasında sırasıyla akciğer, prostat ve meme kanserleri bulunmaktadır. (Avuçan ve ark. 2006, McCaughan et al. 2015, Tünel ve ark. 2012).

Kanser, tek bir hücrenin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan bir hastalık olmasına karşın, birey için ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde tanı konulduğu andan itibaren acı, ağrı ve ölümü çağrıştıran, suçluluk, kaos ve panik duygularıyla birlikte kişinin psikolojik dengesinde krize neden olan bir hastalıktır (Şenel ve Çakıroğlu 2003, Akdemir ve Birol 2005, Ertem ve ark. 2009, Özkan 2010). Kanser tanısı alan birey hastalığı bir yıkım olarak algılamakten öte yandan tedavi süreci ile ilgili kararlara katılmak zorunda kalır. Seçilen tedavi türünün kararı ve yaşantısı hastanın duygusal olarak stres düzeyini artırabilir. Hastanın kanser yaşantısına eşlik eden bu stres ile etkin baş edebilmesi için hastalığın türü, evresi, süresi ve belirti şiddeti önemli belirleyicilerdir. Kanser bulduğu evre bu ruhsal sorunların şiddeti ve sıklığını doğrudan etkilemektedir. Erken evre kanserlerde öncelikle anksiyete ve uyum bozukluklarına rastlanırken ileri evre kanser türlerinde bu bozukluklar uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif sendromlar, organik beyin sendromları (deliryum, demans) ve kişilik bozukluklarına kadar şiddeti ve çeşidi genişleyen bir yelpazede görülmektedir (Eraslan ve ark. 2014, Noyan 2012, Özdemir ve Taşçı 2013, Uğurlu ve ark. 2014). Öte yandan kanser tedavisinde cerrahi girişim, kemoterapi ve radyoterapi gibi bazı invaziv uygulamaları beraberinde getirdiğinden bu alanda

kullanılan yöntemlerin bile tek başına hastaların nöropsikiyatrik durumunda değişimlere neden olduğu bilinmektedir (Özkan 2010).

Kanserde ruhsal sorunlar açısından risk faktörleri, bireyin daha önce psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, yetersiz duygusal ve sosyal destek, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte kayıplar yaşaması olabilmektedir. (Aydoğan ve ark. 2013). Avuçan ve arkadaşlarının (2006) bildirdiğine göre yetersiz duygusal ve sosyal destek hastaların psikiyatrik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Aynı yazarlar, ailelerin kendilerini yeterince desteklemediğini düşünen hastalarda intihar düşüncesinin daha fazla olduğunu belirtmektedir. Güner (2008), çalışmasında bildirdiğine göre hastaların kanserle baş etmelerine yardımcı olan faktörler içerisinde en başta eşlerden ve diğer aile üyelerinden aldıkları sosyal destek gelmektedir. Hastanın artan psikososyal gereksinimlerini eşleri ile paylaşmaları, eşlerin alınacak tedavi ve bakımla ilgili hayati kararlara katılımı, hastaların değişen yaşam biçimlerine uyum sağlayabilmeleri için önemli faktörlerdir (Güner 2008).

Uğurlu ve arkadaşları (2014), karşılıklı destekleyici ilişkinin oluşturulmasının, çiftlerin baş etme ve sorun çözme yollarını kullanabilmeleri ve empati kurabilmelerinin, karşılıklı yakınlığın ve duyarlılığın artırılmasının, cinsel tepkiler ve imaj sorunlarıyla ilgili endişelerin de ele alınmasının hedeflendiği; hasta ve eşine birlikte müdahalenin uygulandığı psikososyal girişimlerin çiftler arasındaki bağlılığı arttırdığı, neticede hastadaki depresyonun da azaldığını bildirmişlerdir. Eş uyumu, evlilikteki mutluluk ve doyum kavramlarını da kapsayan, çiftlerin birlikteliklerinde gösterdikleri başarı ve fonksiyonelliği olarak açıklanan genel bir terimdir (Kalkan 2002, Yılmaz 2001). Evliklerini uyumlu olarak algılayan çiftlerde kanserin beraberinde getirdiği sorun alanları ile baş etmenin daha kolay olduğu ve eşlerin bu durumu ilişkileri açısından bir büyüme ve olgunlaşma fırsatı olarak gördüğü belirtilmiştir (Özbey 2012).

1.1.Problemin Tanımı

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların %28.7'sinde psikopatolojik sorun görüldüğü bildirmektedir (Ateşçi ve ark. 2003). Kanser evresi ilerledikçe hastaların hem fiziksel hem de psikososyal alanlarda sorunlarının arttığı, etrafına karşı artan bir şekilde öfke ve kızgınlık yaşadıkları, kuşkucu yaklaşımlarda

buldukları ve giderek daha kötü bir yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmektedir (Gültekin 2008).

Erken evre kanser teşhisi konmuş olan 330 hasta ve eşleri ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kanserin bir stres faktörü olarak çiftleri birlikte etkilediği ve hastaların eşlerinden gördükleri duygusal desteği ise yetersiz olarak algıladıkları bildirilmiştir (Manne et al. 2015). Harden ve arkadaşlarının (2013), algıladıkları eş desteğini yetersiz olarak belirten erken evre kanser tanısı almış olan hastaların bilişsel, fiziksel, cinsel ve psikososyal alanlarda zorlanmalar yaşadığı, prognozlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir. McCaughan ve arkadaşlarının (2012), kanser hastası ve eşleriyle birlikte görüşme yaparak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastalar kanserin tüm yaşam alanlarında zorlanmalar yaşadıkları, eşlerinden aldıkları destek sayesinde kanser sürecine daha kolay uyum sağladıkları tespit edilmiştir. Hastaların kanser sürecinde en çok destek görmek istedikleri aile bireyinin eş olduğu vurgulanmakta olup etkili iletişim ve etkileşimi sürdürebilen eşlerin, kanser hastalarının değişen psikososyal gereksinimlerini daha iyi karşılayabildiği bildirilmektedir (Badr et al. 2006, Özyurt 2007).

Kanser hastalığı süresince psikiyatrik morbiditenin azaltılabileceği bilinmekte, bunun sebeple sorunun kaynağının anlaşılması ve hastanın baş etme becerilerinin geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir (Güleç ve Büyükkınacı 2010). Kanser tanısı, her iki eşi de psikososyal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Manne et al. 2015). Kanser hastaları, kanserin zorlu sürecince en önemli destek mekanizmalarının eşleri olduğunu belirtmektedir (Güner 2008, Özyurt 2007).

Kliniklerde çalışan ve hasta ile yirmi dört saat birlikte olan hemşirelere de önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler bakım verdikleri hastalardaki psikiyatrik sorunların farkında olabilmeli, hastalık tablosu ilerlemeden ve birtakım uyum bozuklukları ortaya çıkmadan bu sorunlarının nedenini değerlendirebilmelidir (Kelleci ve ark. 2009).

Kanser tanısı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve yardım etmede hemşirelerin önemli sorumlulukları olduğu göz önüne alındığında kanser hastasının eş ile uyum sorunlarının da hastanın kanserle ilgili süreçlerini olumsuz etkilediği unutulmamalıdır. Kanser hastasının en büyük sosyal desteğinin eşi olduğu dikkate alındığında, hastaların algıladığı eş uyumu ve ruhsal

durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi hastanın psikososyal sağlığına yönelik hemşirelik bakımının planlanması açısından fayda sağlayacaktır. Ülkemizde konu ile gerçekleştirilmiş sınırlı sayıda çalışmanın olması ve hastanın bütüncül bakımını planlayabilmek açısından bu çalışmada; erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda algılanan eş uyumu ve ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi gerektiği öngörülmüştür.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, erken evre kanser tanısı almış hastalarda algılanan eş uyumu ve ruhsal durum ilişkisinin incelenmesidir.

1.3.Araştırma Soruları

1. Hastaların sosyodemografik özellikleri açısından Ruhsal Belirti puanları arasında fark var mı?
2. Hastaların sosyodemografik özellikleri açısından Genel Sağlık Anketi puanları arasında fark var mı?
3. Hastaların sosyodemografik özellikleri açısından Eş Uyumu puanları arasında fark var mı?
4. Hastaların hastalık ve tedavi özellikleri açısından Ruhsal Belirti puanları arasında fark var mı?
5. Hastaların hastalık ve tedavi özellikleri açısından Genel Sağlık Anketi puanları arasında fark var mı?
6. Hastaların hastalık ve tedavi özellikleri açısından Eş Uyumu puanları arasında fark var mı?
7. Hastaların Eş Uyumu (Çiftler Uyum Ölçeği), Ruhsal Belirtileri (Ruhsal Belirti Tarama Testi) ve Genel Sağlık Anketi puanları arasında ilişki var mı?

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı ve Sınıflandırılması

Neoplazmalar olarak da adlandırılan tümörler spontan olarak oluşurlar fakat bir kez tetiklendikten sonra, tümörün poliferasyonu uyarıcının varlığından bağımsız olarak hareket etmektedir. Tümörler, benign veya malign olarak adlandırılmaktadır. Benign tümörler, köken aldıkları hücrelerin özelliklerini korur, yavaş büyüme gösterir, kapsülleri vardır ve metastaz yapmazlar. Malign hücreler sıklıkla kanser olarak adlandırılır ve hızlı bölünme, toksik ve proteolitik enzim salgılama, fagositoz, kohezyon azlığı, implantasyon, invazyon ve metastatik olma özelliklerine sahiptirler. Kanserinin ortaya çıkabilmesi için kontrolsüz büyümeleri yeterli olmayıp invazif ve metastatik yayılımları olması gerekmektedir. Bir tümörün tek bir transforme olmuş hücreden metastatik tümöre gelişimi evre ve grade/derecelerle kategorize edilmektedir. Üç fazdan oluşmaktadır: başlama (initiation), hızlı bölünme (promotion) ve ilerleme (progression). Metastaz, kanser hücrelerinin köken aldıkları bölgeden vücudun farklı doku ve organlarına yayılmasıdır. Bu; anjiogenezis, invazyon, migrasyon-motilite, ekstrasvazyon ve proliferasyon gibi kompleks ve çok basamaklı bir olaylar zinciridir (Akdemir ve Birol 2005, Güllü ve Akalın 2005, Kalenderer ve ark. 2013, Ölgen ve ark. 2002, Öncel 2012, Ulusoy ve Topgül 2010)

Tümörün tanısı için histopatolojik sınıflandırma esastır. Tümörlerin hepsi eşit olmamakla birlikte tedavi stratejileri tümörün evre ve derecesine göre değişmektedir. 1987'den itibaren American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından önerilen ve dünya genelinde en yaygın olarak kullanılan TNM evrelemesi, kanserin anatomik yayılımı ve seçilmiş ilgili anatomik olmayan faktörlerin dokümantasyonuna dayanmaktadır. Anatomik faktörlerin tanımlanması her hastalık bölgesi için spesifiktir. TNM evreleme sistemi, kanserleri öncelikle primer tümörün anatomik uzanımı, bölgesel lenf nodlarının durumu ve uzak metastazın varlığı veya yokluğu ile gruplamakta ve sınıflamaktadır. Bu sistem özünde tümörün anatomik uzanımının klinik ve patolojik durumunu kısa ifade ile tanımlamaktadır. T komponenti, primer tümörün boyutu veya çevreye devamlılık gösteren uzanımının durumu ile tanımlanır. Her kanser bölgesi için, T'yi tanımlamak adına kullanılan tümörün boyut komponenti ve çevreye devamlılık gösteren uzanımının durumu özel olarak tanımlanmıştır. N komponenti, bölgesel lenf nodlarındaki kanserin durumu, varlığı veya yokluğu ile tanımlanır. Nodal tutulum pozitif lenf nodlarının sayısı ve bazı

kanser tipleri için spesifik bölgesel nodal grupların tutulumu ile kategorize edilir. M komponenti, genel olarak kanserin vasküler kanallar ile yayılabileceği lokalizasyonlar veya bölgesel olarak tanımlanan lenf nodlarından daha uzaktaki “rejyonel” olarak tanımlanan lenf nodlarında, uzak yayılım veya metastazın varlığı veya yokluğu ile tanımlanır (Ergüney 2013, Sağiroğlu 2013, Ulusoy ve Topgül 2010) (Şekil 1: Kanserın Evrelendirilmesi).

Şekil 1: Kanserın Evrelendirilmesi

Primer Tümör (T)	
T0	Hiç primer tümör kanıtı olmayan
Tis	Karsinoma in situ
T1, T2, T3, T4	Tümörün lokal yayılımı
Tx	Primer tümörü değerlendirilemeyen
Bölgesel Lenf Nodları (N)	
N0	Lenf nodu tutulumu yok
N1, N2, N3	Artan sayıda veya bölgesel lenf nodu tutulumunun durumu
NX	Bölgesel lenf nodu değerlendirilemeyen
Uzak Metastaz (M)	
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

(Ergüney 2013)

Kanser, tedavisi multidisipliner bir hastalıktır. Günümüzde cerrahi tedavi, kanser tedavisinde multidisipliner yaklaşımın en önemli kısmını oluşturmaktadır. Cerrahi tedavinin başarısı hastaya uygulanabilen tümör rezeksiyonunun başarısıyla yakın ilişki göstermektedir. Ameliyatta uygulanan rezeksiyon durumuna göre 4 sınıfa ayrılmaktadır (Ergüney 2013):

R0: Rezidüel tümör yok,

R1: Mikroskobik rezidüel tümör,

R2: Makroskobik rezidüel tümör,

RX: Rezidüel tümör varlığı değerlendirilemez.

2.2.Erken Evre Kanser Tanımı

Kanser hastalarında R0 rezeksiyon yapılabilmesi neredeyse tüm kanser tiplerinde prognozu oldukça iyi hale getirmektedir. Kanserlerin evrelendirilmesinde literatürde çok sayıda yöntem mevcuttur. Fakat bunlar her kanser tipi için spesifik özellikte olup ortak erken evre tanımı yapılması güçtür. Tüm kanser tipleri için ortak bir erken evre tanımı yapabilmek için en uygun yöntem cerrahi rezeksiyon başarısının değerlendirilmesidir. Metastazı olmayan ve primer cerrahiye uygun olan, uygulanan cerrahi sonrası mikroskopik ve makroskopik bakiye tümör kalmayacak şekilde rezeksiyonun mümkün olduğu kanser hastaları erken evre kanser hastası olarak tanımlanabilir (Alıcıkış ve Gören 2015, Can 2015, Ergüney 2013, Ulusoy ve Topgül 2010, Haydaroglu 2015, Sağıroğlu 2013, Özsoy 2013).

2.3.Kanser Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın verilerine göre 2008 yılında dünya genelinde 12 milyon kişiye kanser teşhisi konulurken, bu rakamın 2030 yılında 26 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2012).

2012 yılında Dünya'da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünya'da en çok tanı konulan kanserler akciğer (%13.0), meme (%11.9) ve kolon (%9.7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (%19.4), karaciğer (%9.1) ve mideden (%8.8) gerçekleştiği belirtilmiştir (globocan.iarc.fr).

Türkiye Kanser İstatistikleri Kurumu (TÜİK)'nin 2015 yılında yayınladığı kanser raporuna göre; Türkiye'de 2012 yılı itibariyle toplam 175 000 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. Türkiye Kanser İnsidansı, Dünya ortalamasının üzerinde seyrederken, Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere oranla kanser açısından hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türü kadınlarda meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseri, erkeklerde ise akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide en sık görülen kanser türleri olmuştur (TÜİK 2015).

Ülkemizde 1970'li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanser, son yıllarda kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra 2. sıraya yükselmiştir (Fidaner ve ark. 2001, Ünal ve Orgun 2006). TÜİK raporuna göre, 2014 yılı itibariyle ise %40.4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada olmaya devam ederken, neoplazmlar nedeniyle ölümler %20.7 ile ikinci sırada yer almıştır. Malign neoplazmlar nedeniyle ölümler 2014 yılı itibariyle 74 993 kişi olarak tespit edilmiştir. Larinks, özefagus, bronş ve akciğer tümörü nedeniyle ölümler ise %31.1 ile ilk sıradadır (TÜİK 2015).

2.4. Kanser Etiyolojisi

Kanser, tek başına bir ölüm nedeni olarak kalmayıp kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, işgücü kaybına neden olan bir hastalıktır. Erken evrede teşhis edilebilmesi için ve her evrede tedavinin mümkün olabilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir (Şenel ve Çakıroğlu, 2003). Etiyolojisinde virüsler, bakteriler ve parazitler, fiziksel faktörler, sigara ve kimyasal faktörler, cinsel sağlık ve doğurganlık, genetik ve ailesel özellikler, beslenme ve diyet faktörü, hormonal faktörler, immünojenik faktörler gibi birçok etken rol oynamaktadır (Akdemir ve Birol, 2005).

Retrovirüslerin onkogen aktivasyonu yaparak hayvanlarda kanser oluşturduğu, insanlarda da bazı virüslerin kanser oluşturduğu bilinmektedir (Örneğin; Hepatit-B virüsünün karaciğer kanseri ile, Epstein-Barr virüsünün Burkitt lenfoma ile, human immunodeficiency virüsünün (HIV) kaposisakomu). İyonize radyasyon, tanı ve tedavi amacı ile sık kullanılması başta lösemi olmak üzere akciğer, kemik, meme ve diğer doku kanserlerinin insidansının artmasına neden olmaktadır. En önemli radyasyon kaynaklarından biri olan ve morötesi ışınlar yayan Güneş; tüm cilt kanserlerinin %90'ından sorumludur. Sigaranın; oral kavite, farinks, larinks, akciğer, özefagus, mesane, pankreas ve serviks kanseri etiyolojisinde direkt etkili olduğu; katranla uğraşanlarda deri kanserleri, asbestle karşılaşanlarda ise mezotelyoma ve baca temizleme işçilerinde skrotum kanseri görülmektedir. Menarş yaşı geç olan, siklusunun düzene girmesi uzun süren, erken yaşta ve en az bir doğum yapan ve erken menopoza giren kişilerde meme kanseri riski daha azdır. Hamilelik sayısının artmasının meme, endometrium ve over kanseri riskini azalttığı; meme, prostat ve uterus kanserlerinin endojen hormon düzeyine bağlı olarak büyüdüğü, menarş sonrası uzun süreli oral kontraseptif kullanımının meme ve endometrium kanseri

riskini artırdığı, östrojen replasman tedavisinin, hepatosellüler ve meme kanseri riskini hafif düzeyde artırdığı bilinmektedir Yağlı yiyeceklerden ve fazla proteinden kaçınmanın, kanser riskini azalttığı tespit edilmiştir (Akdemir ve Birol 2005, Bostankolu ve ark. 2011, Can 2015, Kutluk ve Kars 2001, Şenel ve Çakıroğlu 2003).

2.5. Kanserde Korunma Yöntemleri

Kanser, tüm dünyada en önemli ölüm nedeni olmakla birlikte kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %30'u önlenmektedir. Gelişimi uzun süren bir hastalık olan kanser; erken evrelerde teşhis edilirse, tedavisinde kolaylıklar sağlanmaktadır. Yüksek morbidite ve mortalitesi nedeniyle kanserden korunma ve erken teşhis büyük önem arz etmekte olup hücrelerin mutasyonuna erken evrelerde müdahale edilebilirse kanser gelişimi durdurulabilmektedir. Kanserden korunmada birincil, ikincil ve üçüncül koruma yöntemleri kullanılmaktadır (Akdemir ve Birol 2005, Güran 2005, Kılıçkap ve ark. 2006, Tuncer 2009, Oylar ve Tekin 2011).

Birincil koruma; kanserin ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörlerinden kontrol edilebilir olanlarından uzak durma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması, kanser oluşumunu engelleyecek veya azaltacak tedbirlerin alınması esasına dayanan yöntemlerdir. Cinsel sağlık eğitimi, genel hijyen, ağız sağlığı, sigara ve alkol, mesleki temas, radyasyon, güneş ışığı ve beslenme ile ilgili konularda bilinçlenilmesi, kendi kendine meme muayenesi ve testis muayenesinin uygulanması, erken teşhis için önemli katkılar sağlayabilecek uygulamalardır. İkincil korumada; klinik bulgu bulunmamakta ancak hücresel düzeyde kanser başlamış bulunduğu için erken tanılama ve etkin tedavi ile etkilerinin en aza indirilmesi hedeflenmektedir. Ülkemizde 2009 yılında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri kurulmuştur. Üçüncül korumada ise kanser bulguları mevcuttur ve doğru tedavi ile mortalite düşürülebilmektedir. Hastanın yaşamının uzatılması ve yaşam kalitesinin artırılması üçüncül korumanın amacı olmaktadır (Akdemir ve Birol 2005, Can 2015, Kılıçkap ve ark. 2006, Tuncer 2009).

2.6.Kanserde Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavilerinde ana hedef, erken evrede hastalığın nüks etmesinin önlenmesi, ileri evre hastalıkta ilerlemesinin durdurulması ve en önemlisi de semptomların rahatlatılması, yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır (Yavuzşen ve ark. 2014).

Cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi kanser tedavisinde kullanılan klasik yöntemlerdir. Bunlara alternatif olarak, lazer tedavisi, gen tedavisi, immünoterapi, anjiogenez inhibitörleri, neupojen uygulaması, hormonal tedavi, kanser aşısı, antikor tedavisi, kemik iliği transplantasyonu ve kök hücre nakli uygulanmaktadır (Akdemir ve Birol 2005, Şenel ve Çakıroğlu 2003, Oylar ve Tekin 2011)

Neoplastik hücreler, önce cerrahi olarak ya da radyasyon tedavisi ile azaltılır veya gelişimi yavaşlatılır. Bunu kemoterapi, immünoterapi veya bu tedavi yöntemlerinin birlikte kullanılması takip etmektedir. Cerrahi tedavi dışındaki tüm tedavilerin ortak yönü, hepsi doğrudan ya da dolaylı olarak tümör hücrelerini yok edilmesini hedeflemektedir (Ölgen ve ark. 2002, Ulusoy ve Topgül 2010).

2.6.1.Kemoterapi

Temel amacı normal hücelere zarar vermeden, anormal hücreleri yok etmek, tümör gelişimini baskılamak, farklı odaklarda yeniden gelişmesini ve hatta tümüyle ortadan kaldırılmasını veya ağrı/obstrüksiyon gibi belirtileri kontrol altına almayı sağlayacak sitotoksik etkiyi sağlamak olan; neoplastik hastaların tedavisinde, nadiren tek başına, genellikle cerrahi tedavi ve radyoterapi ile birlikte kullanılan bir tedavi yöntemi olan kemoterapi; hücrenin biyokimyasal sürecinin değişmesine neden olur ve doğrudan ya da dolaylı olarak hücrenin çoğalmasını engeller. Kanser türüne, evresine, hastanın genel durumuna (yaş ve diğer başka hastalık varlığı gibi) ve hastalığın tedaviye verdiği yanıtı göre belirli aralıklarla, çeşitli kombinasyonlarla birden fazla kez tedavi kürü uygulanması gerekebilmektedir. Tümör hücrelerinin yok edilmesi amacıyla kullanılan ilaçlar sitostatik ajanlar olarak isimlendirilirken; kemoterapi, primer veya adjuvan kemoterapi şeklinde uygulanmaktadır. Antikanser ilaçlarının çoğu DNA hasarına neden olur ya da replikasyon ve transkripsiyonu inhibe eder (Akdemir ve Birol 2005, Can 2005, Ulusoy ve Topgül 2010, Uslu ve Bıçaklı 2013, Tuna 2014).

2.6.2.Radyoterapi

Kanser tedavisinde, cerrahi ve kemoterapinin yanında radyoterapi de oldukça sık uygulanmaktadır. Bu uygulamaların yaklaşık yarısı lokal ileri evre ve/veya metastatik hastalarda uygulanmakta olup kanserli hastaların %50-60'ının hastalıklarının seyrinde, küratif veya palyatif amaçla, radyoterapiye ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Hücre farklılaşması, profilasyon ve maturasyon, potansiyel olarak iyonize radyasyondan etkilenmektedir. Hücresel düzeyde radyasyonun en hassas hedefi DNA'dır ve çekirdek dışında, hücre membranı da radyasyona duyarlıdır (Akdemir ve Birol 2005, Can 2015).

2.6.3.Hormonal Terapi

Cerrahi tedavi ve kemoterapi kürlerini tamamlamış olan hastalara, eğer tümörleri östrojen ve/veya progesterona duyarlı ise (tümörleri hormon reseptörü taşıyorsa) yapısal olarak bu hormonlara benzer ancak baskılayıcı özellikte hormon ilaçları (hormonoterapi) uygulanmasıdır. Kombine tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Meme ve prostat kanseri olan vakalarda kullanımı yaygındır (Can 2015). Hormonal tedavi hastalara neoadjuvant (ameliyat öncesi tümör yükünü azaltmak için), adjuvant (ameliyat sonrası nüksü önlemek ve mortaliteyi azaltmak için) ve palyatif (metastatik hastada hastalığın kontrolünü sağlamak için) tedavi olarak kullanılabilir (Can ve Özdemir 2015).

2.6.4.Cerrahi Tedavi

Kanser tedavisinde tarihsel olarak kullanılan en eski yöntemdir ve %75-80 oranında kanser tedavisinde primer tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Kanserli dokunun vücuttan çıkarılması esasına dayanır ve halen yavaş büyüyen ve lokal olarak sınırlı lokalize tümörlerin 1/3'ünde kullanılmaktadır. Primer olarak ya da kombine tedavilerde, adjuvan tedavi (sitoreduktif ve profilaktik), insizyonel biyopsi, iğne biyopsisi şeklinde tanısal, palyatif, önleyici (epiteldeki premaling ve in situ lezyonlar için yapılan girişimler gibi), rekonstrüktif ve plastik cerrahi olarak

girişimler yapılmaktadır. En iyi tedavi edici yaklaşımı belirlemek için cerrahiye karar vermeden önce yeterli evreleme yapılmış olması gerekmektedir. Primer kanserin başlangıçta cerrahi olarak çıkarılmasıyla elde edilen başarı, tekrarlanmış hastalığın ikincil olarak çıkarılmasına göre daha yüksektir (Akdemir ve Birol 2005, Kalenderer ve ark. 2013).

2.7.Kanser ve Ruh Sağlığı

“Kanser” kelimesi günlük yaşamda bile yıkım olarak algılanmakta ve yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak bireylerde ciddi psikolojik zorlanmalar yaratmakta, en dramatik yaklaşımla kişinin psikolojik dengesinde krize neden olmaktadır (Çivi ve ark. 2011, Ülger ve ark. 2014). Tıbbi, fiziksel, ruhsal ve psikososyal bileşikleri olan kanser; kriz, uyum bozuklukları ve depresyonun en sık görüldüğü hastalıktır (Zenciri ve ark. 2015). Kriz; sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidine uyuma uzanan bir süreçtir ve insanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Bag 2013, Ülger ve ark. 2014).

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının da ötesinde; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, cezalandırılma algısına neden olarak ölüm korkusunu çağrıştırmaktadır (Ülger ve ark. 2014, Zenciri ve ark. 2015). Varoluşun doğallığını artık radikal olarak sorgulanmaya başlayan birey, kendi ölümlülüğünün düşüncesinden kurtulamaz ve yapmış olduğu bu sorgulama, bireyin biyopsikososyal özelliklerinden, yaşadığı deneyimlerden ve kanserin türünden etkilenmektedir (Bag 2013, Öz 2015). Sigmund Freud, bu durumu bireyin bilinçaltındaki sonsuza kadar yaşama isteği olarak açıklamaktadır (Bag 2013). Hastalık öncesi kişilik ile hastalığın algılanması arasında bir ilişki mevcuttur ve hastalığa verilen tepkiler, kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Narsistik kişiler hastalığı özerklik, otonomi, yeterlik ve mükemmelliklerinin tehdit edilmesi olarak algırlar ve başkalarına bağımlı olmaktan korkarlar. Eleştirilere tahammülleri yoktur ve empati kuramazlar. Benlik saygıları kırılan olan bu kişiler, hastalığı bir yenilgi olarak yorumlayıp büyük bir kızgınlık ya da depresyon ile karşılık verebilirler. Hastanın otonomi duygusu güçlendirilmelidir. Paranoid kişiliği olan bireyler sorgulayıcı tutum sergileyen, kuşkucu ve hatta referans düşünceleri olabilen bireylerdir. Hastalığı bir dış tehdit

olarak algılarlar. Sürekli sömürülecekleri hissi sebebiyle en yakın ilişkilerinde bile açık olamazlar. Söylemlerin ve davranışların sürekli olarak gizli anlamları olduğunu düşünen bu bireylere yaklaşımda dürüst ve açık olunmalı, anlaşılır, temel ve objektif açıklamalar yapılmalı, ayrıntılı tartışmalara girilmemelidir. Obsesif kişiliği olan bireyler, duygusal kısıtlanmaları olan, kendilerini ve buldukları koşulları denetimleri altında tutmaya çalışan mükemmeliyetçi bireylerdir. Mükemmeliyetçi yapıları nedeniyle düzenleri bozulduğunda tolerans gösteremezler ve anksiyeteleri artar. Hastalığı bir ceza, işlerini denetleyememe sonucunda gelişen bir durum olarak algılamaktadırlar. Bu kişilerin bakım ve tedavi kararlarında kendi katılımları arttırılarak sorumluluk almaları desteklenmelidir. Histrionik kişilik özellikleri gösteren bireyler; dramatik, kolay heyecanlanan, dışa dönük davranış gösterirler. İlişkilerinde yüzeysel olup duygu ve düşüncelerini abartırlar. Hastalığı ceza ve saldırı gibi algılarlar, duygularını kontrol edemezler ve rol yapıyormuş gibi duygusaldırlar. Çoğunlukla iş birliği yaparlar ve kendilerine yardım edilmesini isterler. Bakım ve tedavileri süresince destek, takdir, güven ve telkin edilmeleri etkili olmaktadır. Bağımlı kişilik özelliği gösteren bireylerin kendi gereksinimleri ve sorumlulukları başkalarınınkinden sonra gelir. Edilgendirler ve sömürüye dayalı ilişkilere katlanabilirler. Hastalığı, terk edilme ve ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak algılar. Sürekli gözetim altında tutulmaya gereksinim duyan bu kişilerin regresyonları artırılmadan, dikkatli ve ölçülü bir şekilde desteklenmeleri gerekmektedir. Şizoid kişilik özellikleri gösteren bireyler, başkalarıyla olduklarında kendilerini rahat hissetmezler, göz teması kurmazlar ve içe dönmüştürler. Duygulanımları kısıtlı ve yüzeyseldir. Hastalığı; mahremiyet, benlik ve özgünlüklerinin tehdit edilmesi olarak algılarlar. Bu nedenle, bu kişilerin, özgünlük, gizlilik ve mahremiyet gereksinimlerine özellikle saygı gösterilmelidir (Eren 2010, Köroğlu ve Bayraktar 2011, Öz 2015).

Kanser tanısı alan bireyin, kanseri algılaması, yorumlaması ve sonuçta bunlara ilişkin oluşturduğu anlam, bireyin manevi anlamdaki eğilimleri, inanışları, tercihleri, beklentileri, kişilik özellikleri, yaş ve cinsiyet, kültür, çevre (aile, iş, okul gibi), benlik imgesi, stres verici yaşam olayları (boşanma, taşınma, iş değişikliği gibi), genetik özellikler gibi birçok faktörden etkilenir. Bu sebeple kansere gösterilen tepkiler de değişiklik gösterir. Kanserde ortaya çıkan psikolojik aşamaları ve gösterilen tepkileri, süreci yorumlayabilmek adına birçok sınıflandırma yapılmıştır.

Blound kanser tanısının konulması ile şok, tepki, direnme ve uyum olmak üzere toplam dört; Elisabeth Kübler Ross, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere toplam beş; Watson ve arkadaşlarına göre ise mücadeleci ruh, çaresizlik (ümitsizlik), endişeli bekleyiş, kadercilik, ve son olarak inkâr ve kaçınma şeklinde beş dönem belirlemişlerdir (Çam ve Engin 2014, Güleç ve Büyükkıncı 2011, Hallaç ve Öz 2011, Yıldırım ve Gürkan 2010).

Şok olma ve inanmama, genel olarak kanser tanısına ilk aşamada gösterilen en yaygın tepki olmaktadır. Kısa bir süre iç dünyası karışık olan birey, şok etkisi yavaş yavaş azaldıkça en yaygın uyum biçimi olarak inkar etmeyi kullanır. Başka kaynaklara başvurarak tanının gerçek olmadığını ispat etmeye çalışan birey, tanıyı inkar ederek benlik bütünlüğünü korumaya ve gerçeği bilinç dışında tutmaya çalışmaktadır. İkinci aşamada ise gerçeğin koşullu bir kabullenme süreci vardır ve kaygı tepkisini ortaya çıkarır. Belirsizlik kaygısı, korku ve keder yaşatmaktadır. Korku ve öfke reaksiyonları mevcut olan birey; inkar, bastırma, karşıt tepki kurma gibi savunma mekanizmaları kullanılabilir. Bu dönemde öfkenin nedeni anlaşılmalı ve hastanın tepkilerinin bireyselleştirilmemesi gerekmektedir. Bireyin tedaviye uyumlu olma ve çabalama tutumu desteklenmelidir. Tedavinin aktif olduğu dönemde ise birey yeni durumuna uyum göstermeye çalışmaktadır. Yaşamında geri dönülemez değişiklik olan birey yaşamını yeniden yorumlaması gerektiğini fark eder. Hastalık gözardı edilemez olduğu son aşamada bireyin tedavi ve ameliyatlara bağlı olarak gelişen güçsüzlük, maddi ve manevi durumdaki değişimler, geçen zamanda biriktirdiği duygusal tepkilerin açığa çıkmasına neden olmaktadır. Bu dönem bireyin, enerjisini yeni yaşamına yöneltmeye, güven ve denge sağlamaya, geleceğini, geçmişini, varoluşunu yeniden yorumlamaya yöneldiği dönemdir (Can 2015, Çam ve Engin 2014, Güleç ve Büyükkıncı 2011, Hallaç ve Öz 2011, Öz 2015, Yıldırım ve Gürkan 2010). Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal reaksiyonlarda bulunmakta; şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm bu dönemlerde sürekli tekrarlanmaktadır (Öz 2015, Ülger ve ark. 2014).

Kanser tanısı, tedavisi, hastalığın seyri ve nüksler, bireyin ruhsal durumunu doğrudan etkilemektedir. Ruhsal durumunda değişiklikler olan bireyin tüm fizyolojik sistemi de etkilenmektedir (Can 2015, Çam ve Engin 2014). Ruhsal durumdaki

olumsuz değişimler; yaşam kalitesi, fiziksel semptomlar ve kanser tedavisi ile ilgili sonuçları da etkilemektedir (Çam ve Engin 2014). Meme kanserli kadınlarda yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesi ve kanserle mücadeleyi olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Karakoyun-Çelik ve ark. 2010). Kanser, bireyin psikososyal yaşamında olumsuz etkilere neden olmaktadır. Psikososyal komplikasyonlar genel olarak yorgunluk, uyku bozukluğu, ekonomik ve sosyal kayıplar, bilişsel ve işlevsel alanda sınırlılık yaşanması, kişisel kontrol kaybı, yaşam kalitesinde azalma, cinsel işlev bozukluğu, infertilite, psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik bozukluklardır (Bağ 2013, Kavradım ve Özer 2014, Ülger ve ark. 2014, Zenciri ve ark. 2015). Meme kanseri ve lenfoma tanısı olan hastaların semptom düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, sırasıyla yorgunluk %51.1, uyku bozuklukları % 36.3, stres % 29.2, ağrı % 29.2 şeklinde görülürken, lenfomalı olan hastalarda yorgunluk % 67.1, uyku bozuklukları %39.20, stres % 36.50, uyuşukluk % 41.9, ağrı % 31.1 şeklinde tespit edilmiştir (Cleeland 2007). Kanser cerrahisinden sonra; kanser, organ kaybı ve psikopatoloji ilişkisinin hastalarda daha sık psikiyatrik bozuklukları ortaya çıkardığı belirtilmektedir. Hastalar biyopsikososyal dinamiklerine göre değişen zorlanmalar yaşamaktadırlar. Bu zorlanmalar:

- Ölüm korkusu,
- Geleceğe yönelik belirsizlik endişeleri,
- Hastalığın tekrarlayacağı düşüncesi,
- Ayrılık kaygısı,
- Otonomisini ve temel işlevlerini yerine getiremeyeceği korkusu
- Vücut organ ve bölümlerinin hasar göreceği endişesi,
- Görünümünde değişme ve kötüleşme düşüncesi
- Sevgi, ilgi ve desteği kaybetme korkusu,
- Cinsel çekicilik ve fonksiyonlarda azalma endişesi,
- Eş olma ve aile içi rollerini yerine getiremeyeceği endişesi,
- Görünümünü bozacak değişimler yaşama endişesi olmaktadır (Özkan 2007).

Yapılan araştırmalarda, kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk görülme oranının yüksek olduğu; psikiyatrik bozuklukların, kanser tanı ve tedavisine tepki olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir (Güleç ve Büyükkınacı 2011, Hallaç ve Öz 2011,

Tünel ve ark. 2012). Kanserli hastalar, %30-40 oranında yaşam boyu psikiyatrik komorbiditeye sahip olmakta, hastaların yaklaşık yarısı duygusal güçlükler yaşamaktadır (Can 2015, Ülger ve ark. 2014). Hastaların %10'unda, varolan kişilik bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu, kanser tanısı veya tedavisi sürecinde alevlenmektedir (Güleç ve Büyükkınacı 2011). Ayrıca anksiyete ve depresyonun, kanser tedavi sürecinde yaşanması olası semptomları daha çok artırdığı bildirilmiştir (Lee et al. 2010).

Kanser milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalık haline gelmiştir (Çam ve Engin 2014, Hintistan ve ark. 2015, Kutlu ve ark. 2011). Erken evre kanser tanısı olan hastalarının %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (Ateşçi ve ark., 2003). Hastalığın evresine veya tedavi yöntemlerine bağlı olduğunu bilen birey için somut ölüm tehdidi; otonomisini kaydedeceği, rol ve sorumluluklarının değişeceği, yaşam planı ve önceliklerini yeniden planlaması gerektiği ve fiziksel yıkım olacağı düşünceleriyle depresyon ve anksiyete oluşumuna neden olmaktadır (Bag 2013, Kavradım ve Özer 2014, Ülger ve ark 2014, Zenciri ve ark. 2015). Kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik sorunların uyum bozukluğu ve majör depresyon olduğu tespit edilmiştir (Can 2015, Çam ve Engin 2014, Kutlu ve ark. 2011). Seven ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kanser tanısı alan hastaların %88.7'nin depresif belirtiyeye, %38'inin anksiyete belirtilerine, %87.3'nün yorgunluk ve %67.6'sının uykusuzluk şikayetlerine sahip olduğu bildirilmiştir (Seven et al. 2013). Öte yandan diğer fiziksel hastalıklarda ruhsal bozukluk görülme sıklığının %20-40 oranında olduğu tespit edilmiştir (Ateşçi ve ark. 2003, Çam ve Engin 2014). Kanserli bireylerde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar şu şekilde sıralanmaktadır (Çam ve Engin 2014, Güveli ve ark. 2014, Özdemir ve Taşçı 2013):

- Uyum bozuklukları
- Depresyon
- Anksiyete
- Organik Ruhsal Bozukluklar
- Uyku bozuklukları

2.7.1.Kanserde Uyum Bozuklukları

Anksiyete veya depresif duygudurumla birlikte görülen uyum bozuklukları, kanser hastalarının yaklaşık %25'inde gözlenen ruhsal bir tablodur (Çam ve Engin 2014, Güveli ve ark. 2014, Tünel ve ark. 2012). Gösterilebilir psikososyal stres etkeni ya da etkenlerine tepki olarak klinik açıdan belirgin emosyonel veya davranışsal belirtilerin (beklenebilecek olandan aşırı) ya da sosyal bozulma olması (boşanma, işten çıkarılma gibi) başlangıcından sonraki 3 ay içinde gelişmesi ve bu belirtilerin stres tetikçisinin sona ermesinden itibaren sonraki 6 ay içinde çözülmesi gerekmektedir (Güleç ve Büyükkınacı 2011, Güveli ve ark. 2014, Tünel ve ark. 2012). Klinik olarak, anksiyete ile birlikte seyreden uyum bozukluğunun bulguları, yaygın anksiyete ile benzerlik göstermekte olup zorlayıcıya verilen tepki normal ya da beklenen düzeyde kabul edilse bile ortaya çıkan tepki belirgin bir işlev yetersizliğine neden olmuşsa uyum bozukluğu tanısının verilmesi için yeterli ölçütü sağlamaktadır (Çam ve Engin 2014, Güleç ve Büyükkınacı 2011, Tünel ve ark. 2012). Tanı konma, cerrahi müdahale, yeni bir sağaltıma başlama, nüks veya metastaz saptanması gibi kanserin her aşamasında uyum bozukluğu görülebilmekte, süre ve şiddeti bireysel farklılıklar göstermektedir (Çam ve Engin 2014, Güveli ve ark. 2014). Kanser hastalarında en sık görülen psikopatolojik sorunun %55.8 oranla uyum bozukluğu olduğu bildirmiştir (Ateşçi ve ark. 2003, Akşahin ve ark. 2010, Güveli ve ark. 2014). Onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise uyum bozukluğu %19.4 oranıyla en sık saptanan ruhsal bozukluk olarak belirlenmiştir (Mitchel et al. 2012). Uyum bozukluğunun, hastanın geleceğe ve tedavinin etkinliğine ilişkin belirsizlik duygusunu, yeni ve alternatif tedavi yöntemlerinin etkili olmayabileceğine dair endişesini, hastalığa ve tedavi sürecine bağlı olarak yaşanabilecek fiziksel semptomlarla ilgili korku ve kaygısını yansıtır olabileceği düşünülmektedir (Güleç ve Büyükkınacı 2011, Güveli ve ark. 2014, Tünel ve ark. 2012). Bu bağlamda kanser tedavisinde hasta ve sağlık hizmeti profesyonelleri arasındaki ilişki ve iletişim standartlarının son derece önemli olduğu vurgulanmakta; yetersiz açıklamalar hastanın tanı, sonlanım ve potansiyel terapötik seçenekler konusunda kafasının karışmasına ve dolayısıyla da memnuniyetsizliğinin ve psikolojik distresinin artmasına neden olabileceği bildirilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı 2011).

2.7.2. Kanserde Depresyon

Kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olan depresyon; hastanın yaşam kalitesini, özbakımını, tedaviye uyumunu ve zamanla kanserin şiddetini, gidişatını ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkilemektedir (Can 2015, Kutlu ve ark. 2001,). Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk olan depresyonun görülme oranı %4.5-58.0 gibi çok geniş bir aralıkta değişmektedir (Dedeli ve ark. 2008, Güleç ve Büyükkınacı 2011, Seven et al. 2010, Özdemir ve Taşçı 2013). Kanser hastalarında depresyon gelişimine neden olabilecek birçok etken bulunmaktadır. Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşük olması, kişinin ego gücünün zayıf ve nevrotik özelliklerinin fazla olması, tanı sırasında fazla duygusal stres, tanıyı paylaşma ve kabullenme süreçlerinde duygusal desteğin azlığı (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü ve aile desteğinin olmaması) gibi nedenler gelmektedir. Kanserle ilişkili ağrı, bulantı, yorgunluk gibi fiziksel semptomlar, ağrı kontrolünün yetersizliği, kanserin evresi, nüks etme, prognozla ilgili endişeler ve madde bağımlılığı depresyona neden olabilecek etkenler arasında yer almaktadır. Kanser tedavisi sırasında kullanılan bir takım tedaviler (yüksek doz interferon tedavisi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonal tedavi), çeşitli nörolojik veya tıbbi problemler (folat-B12 eksikliği ile sonuçlanabilen beslenme yetersizlikleri, tiroid anormallikleri ve adrenal yetmezlik gibi endokrin sorunlar, beyin metastazları, leptomeningeal hastalık), tümörün yeri ve ciddiyeti gibi komorbidite de depresif belirtilere katkıda bulunmaktadır (Çam ve Engin 2014, Elbi 2008, Güveli ve ark. 2014, Krebber et al. 2014, Kutlu ve ark. 2011, Zenciri ve ark. 2015).

Danimarka'da 3343 erken evre meme kanseri tanılı hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, depresif belirtiler ve majör depresyon prevalansı %13.7 olarak tespit edilmiş olup topluma oranla daha yüksek bulunmuştur. Risk faktörleri ise sosyal durum, gelir, etnisite, yaş, psikiyatrik öykü gibi kişisel faktörlerin hastalıkla ilgili faktörlerden daha fazla depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Christensen et al. 2009).

Kanser hastalarında depresyonun tanı ve değerlendirmesi, fiziksel hastalığı olmayanlara göre oldukça zor olmaktadır. Kanser belirtileri ve tedavi yan etkileri ile

depresif epizodu gösteren semptomlar arasındaki farklılığın iyi tanımlanması gerekmektedir. Ayrıca bu farklılıklar sosyodemografik özelliklere, kanser biyolojisine ve kanser tedavisine göre değişiklik göstermektedir (Elbi 2008, Güveli ve ark. 2014, Soylu 2014). 228 hasta ile yapılan kesitsel bir araştırmada, kadın hastaların erkeklere oranla kaygı ve depresyon puan düzeyleri, evlilerin evli olmanın getirdiği sorumluklar nedeniyle hem anksiyete hem de depresyon puanlarının, eğitim düzeyi düşük olan bireylerde ise depresyon puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Zenciri ve ark. 2015).

DSM-V tanı kriterlerine göre enerji kaybı, yeme isteğinde azalma, kilo verme veya uyku bozukluğu gibi fiziksel semptomlar kanser hastalarında da sık görülmektedir. Bu nedenle, kanser hastalarında depresyon belirtileri değerlendirilirken, depresyonun psikolojik belirtilerine (çökkün duygudurum, sosyal izolasyon, anhedoni, ümitsizlik, değersizlik ya da aşırı veya uygunsuz suçluluk duyguları, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme, benlik saygısında azalma ve intihar düşünceleri gibi) odaklanılması gerekmektedir (Çam ve Engin 2014, Elbi 2008, Güveli ve ark. 2014, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011, Krebber et al. 2014, Köroğlu 2014, Massie 2004).

Genel popülasyona oranla kanser hastalarında özkıyım riskinin 1-20 kez daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Atmaca ve Durat 2015, Güveli ve ark. 2014). Kanser tanısının konulduğu ilk bir yıl içinde, metastaz olduğunda veya hastalığın terminal döneminde, hastaneden taburcu edildiğinde intihar riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Özarlan ve ark. 2010). Fang ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada; intihar riskinin kanser teşhisi alan hastalarda, teşhisi izleyen ilk hafta, kanser hastası olmayanlardan 12 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir araştırmaya göre ise intihar girişimi öyküsü bulunmayan kanser hastalarında intihar riski %11 olarak tespit edilmiş, yaşla birlikte ölüm düşüncelerinin yaygınlığının arttığı, tanı aldıktan sonra geçen süre uzadıkça azaldığı görülmüştür (Tokgöz ve ark. 2008).

Kanser hastalarında intihar girişiminin; depresyon, önceki psikiyatrik hastalık ve suicidal davranış, alkol-madde kötüye kullanımı, ailede intihar öyküsü, B kümesi kişilik bozuklukları, ilerlemiş hastalık, deliryum, kemoterapi, sosyo-ekonomik durum, eğitim durumu, sosyo-demografik özellikler, erkek cinsiyet, bekar olma, fiziksel ve ruhsal tükenme belirtilerinin olması, ağrı kontrolünün yetersiz olması,

kötü prognoz, dini inançlar, sosyal izolasyon ve sosyal destek eksikliğiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Atmaca ve Durat 2015, Elbi 2008, Güveli ve ark. 2014, Maderia et al. 2011, Özgüven 2008). Baş-boyun kanserleri, akciğer, meme, gastrointestinal sistem kanserleri ve multipl myelomada intihar riski artmaktadır (Atmaca ve Durat 2015, Güveli ve ark. 2014).

İntihar eden grup ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı, 232 vakanın incelendiği post mortem bir araştırmada, intihar etme oranları kanser tanısı alanlarda yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada çok değişkenli analizler sonrasında da kanser varlığında intihar riskinin arttığı bildirilmiştir. Ayrıca incelenen vakalarda, depresyon prevalansı %75 olarak tespit edilmiştir (Grandmason et al. 2014). Yapılan başka bir çalışmada da borderline kişilik bozukluğu olan hastaların aile geçmişlerinde depresyonun yaygın olduğu belirtilmiştir (Gunderson et al. 2006).

İntihar girişimcileri, psikososyal etkenler ve yüksek oranda psikiyatrik komorbidite nedeniyle tanısal açıdan heterojen vakalar olma özelliği göstermektedir (Karamustafaloğlu ve ark. 2010). Bu nedenle hastaya empatik bir yaklaşım göstererek, yaratıcı ve esnek olmalı, kişiyi tüm olanaklarını kendi yararına kullanmak üzere cesaretlendiren koruyucu bir tutum içerisinde yer alınması gerekmektedir. Hastanın durumu hakkında, multidisipliner yaklaşım göstererek ekip üyeleriyle iletişime geçmek, hastaya konuşma fırsatı vermek, hastanın benlik saygısına yönelik olumlu bir yaklaşım içinde, hastanın nonmedikal gereksinimlerine duyarlı olmak gerekmektedir. Uygulamalar hakkında bilgi vermek, periyodik kontrolleri açıklamak ve iznini almak önemlidir. Aile, ev, iş koşullarını, potansiyellerini belirlemek ve sosyal destek sistemlerini etkinleştirmek hastanın uyumunu olumlu yönde geliştirerek sorumlulukları paylaşma olanağı verir (Sayıl 2008). Hastanın anlaşıldığını hissettiği zaman yaşadığı duygularla ilgili açıklamalar yapması beklenmektedir. Bu durumda, hastanın kendini ifade etmesini kolaylaştırmak amacıyla açık uçlu sorular sorarak, hastanın duygularını ifade etmesi, hasta için uygun bir yaklaşım olacaktır (Atmaca ve Durat 2015).

2.7.3. Kanserde Anksiyete Bozuklukları

Bireyin varoluşuna tehdit olarak algıladığı durumlara karşı verdiği dinamik yanıtı anksiyetedir (Can 2015, Yıldırım ve Gürkan 2010). Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağlamanın yanı sıra kişinin ruhsal gelişiminin olumlu yönde

ilerlemesine katkıda bulunabilir. Uyum sağlayıcı işlevi olduğu gibi engelleyici de olabilir. Bu nedenle ne zaman maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti önem arz etmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal 2011). Kanseri; bireye bağlandığı kişileri yitireceği, yaşam tarzı ve rol değişiklikleri olacağı, ekonomik güçlükler, özbakımında yardıma ihtiyaç duyacağı, geleceğe yönelik belirsizlikler ve korku nedenleriyle hastada anksiyete oluşmasına neden olmaktadır (Köroğlu 2014, Ülger ve ark. 2014). Kanseri tanısı almış grup ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı deneysel bir çalışmada kanserli hastalarda anksiyete görülme oranı %66 olarak bildirilmiştir (Jadoon et al. 2010). Meme kanseri tanısı almış, %46'sı evre I, %53'ü evre II olan prospektif bir çalışmada ise kadınların anksiyete oranlarının %35 olduğu saptanmıştır (Daştan ve Buzlu 2011). Erken evre meme kanseri tanısı almış 222 kadında, tanıdan 5 yıl sonraki anksiyete oranlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada iyileşme sağlanan kadınlarda anksiyete oranı %25'ten %15'e gerilemiş, fakat nüks yaşanan kadınlarda bu oran %45 olarak tespit edilmiştir (Burgess et al. 2005).

Tanı konma süreci, kanserin cinsi, evresi, tedavi, belirsizlikler, hastanın yaşı ve cinsiyeti anksiyeteyi olumsuz yönde etkileyerek alevlendirmektedir (Can 2015). Araştırmalarda genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastalarında, kadınlarda, solunum distressi olanlarda ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete düzeylerinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alacacıoğlu ve ark. 2007, Tünel ve ark. 2012). Farklı kanser gruplarından oluşan 10 153 kişinin incelendiği bir çalışmada ise; hastaların %55'inin kadınlardan oluştuğu ve %19'unda klinik düzeyde anksiyete, ilerleyen dönemde ise %12.9'unda depresyon belirtileri gözlemlenmiştir (Linden et al. 2012).

Anksiyete katastrofik düzeyde olabilmekte ve çaresizlik, şaşkınlık duygularına kardiovasküler, gastrointestinal ve solunum belirtileri eklenebilmektedir (Elbi 2008). Kişinin verimini düşüren, kişilerarası ilişkilerinde bozulmaya sebep olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği anksiyete durumlarının patolojik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal 2011). Ayrıca tiroksin, psikostimülanlar, bazı antibiyotikler, antihistaminikler ve serotonerjik ilaçlar da anksiyete belirtileri üretebilmektedirler (Can 2015).

Anksiyetede hastalık öncesi kişilik özellikleri ve hastalık sonrası tepkiler önemlidir (Elbi 2008). Genellikle kanser tanısından önce de var olan anksiyete

bozuklukları fobiler ve panik bozukluğu olmaktadır (Elbi 2008, Güleç ve Büyükkınacı 2011, Güveli ve ark. 2014, Tünel ve ark. 2012). Panik Bozukluğu öyküsü olan kanser hastalarındaki panik ataklar önceden mevcut bir panik bozukluğun alevlenmesini yansıtıyor olabilir (Güleç ve Büyükkınacı 2011, Tünel ve ark. 2012). Yaygın anksiyete bozukluğunun belirtileri artabilir, panik ataklar sıklaşabilir. Özellikle, kan, iğne, kapalı yer fobileri kanser tanı araştırmalarını olanaksız hale getirebilmekte, hastalarının tedaviye uyumunu bozabilmekte ve tedavi reddine neden olabilmektedir (Elbi 2008, Güveli ve ark. 2014). Yapılan kesitsel bir araştırmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve %18 oranında panik bozukluk tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir (Kadan-Lottick et al. 2005).

Belirgin psikolojik travması bulunan hastalarda, depersonalizasyon gibi bazı dissosiyatif belirtiler, kanserle ilgili herşeyden kaçınma davranışı, öfke patlamaları, kabuslar, tekrarlayan düşünceler, irritabilite, hipervijilans ve konsantrasyon güçlüğü belirtileriyle giden akut stres bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (Çam ve Engin 2014, Güveli ve ark. 2014). Akut stres bozukluğu kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur (Çam ve Engin 2014, Tünel ve ark. 2012). Kişinin başa çıkma mekanizmalarının travmaya maruz kaldığını göstermektedir (Tünel ve ark. 2012). Bu tablonun 6 aydan uzun sürmesi durumunda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişebilir (Çam ve Engin 2014, Güveli ve ark. 2014). Bu durum direkt olarak hastalıkla ilintili olabileceği gibi, daha önceden yaşanmış ama sendrom gelişimine yol açmamış eski travmaların yeniden aktivasyonu şeklinde de ortaya çıkabilir (Elbi 2008, Güveli ve ark. 2014). Kanser hastalarının %52'sinde tanı sonrası TSSB belirtileri görüldüğü bildirilmiştir (Avcı ve Doğan 2014). Aynı araştırmada kadın, genç- orta yaş grubunda olan, ailesiyle yaşayan, stresle başa çıkma ve sosyal destek düzeyleri düşük olan hastaların TSSB oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Avcı ve Doğan 2014). Ayaktan takipli onkoloji hastalarında yapılan bir araştırmada ise; kemoterapi alan hastalarda, almayanlara göre TSSB oranı %19 bulunmuştur. Kanser hastalarında TSSB görülme nedeni, kemoterapinin yaşanılan travmayı tekrar hatırlatıcı bir durum olması ve hastalıkla ilgili travmatik strese ilişkin sorunların sürmesine sebep olabilmesiyle açıklanmaktadır (Çam ve Engin 2014; Güveli ve ark. 2014, Tokgöz ve ark. 2008). Zenciri ve arkadaşlarının (2015) bildirdiğine göre, kemoterapi alan bireylerin anksiyete ve depresyon puanları kemoterapiye bağlı olarak oluşan semptomlar nedeniyle yüksek bulunmuştur.

Yapılan kesitsel bir çalışmada da hastaların kemoterapi semptomları ile anksiyete arasında ilişki olduğu belirlenmiş ve anksiyete oranları %80.5 olarak tespit edilmiştir (Nazik ve ark. 2012).

2.7.4. Kanserde Organik Ruhsal Bozukluklar

Dikkat ve bilişsel işlevlerde ani bozulma ile karakterize, klinik bir sendrom olan deliryumun kanser hastalarında prevalansı %28-48 olarak bildirilmektedir. (Agar and Lawlor 2008, Hardy and Brown 2015, Sanderson ve Agar 2010, Onur ve ark. 2003). Hastanede yatmakta olan kanser hastalarında ise deliryum %14-55 oranında görülmektedir (Güleç ve Büyükkınacı 2011). Bu oran ileri evre kanser hastalarında %90'lara çıkmaktadır (Sanderson and Agar 2010). Mortalite ve morbiditeyi artırması sebebiyle tıbbi aciliyet taşıyan bu bozukluğun tedavisi büyük önem arz etmektedir (Güner ve Geneen 2007, Elbi 2008).

Kanserin santral sinir sistemine doğrudan ya da dolaylı etkisi, hipoksi, bağırsak obstrüksiyonu, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma, enfeksiyon, anemi, difenhidramin gibi antikolinergik ilaçlar, benzodiazepin, kemoterapötik ajanlar, biyolojik ajanlar, opiyat içeren ilaçların beklenmeyen etkisi gibi sebeplere bağlı olarak gelişebilir (Avuçan ve ark. 2006, Bond and Neelon 2008, Çam ve Engin 2014, Şen ve ark. 2016). Yaş, demans, fonksiyonel yetersizlik, hastalığın seyri, malnutrisyon gibi predispozan faktörler de deliryum riskini arttırmaktadır (Can 2015).

Kognitif işlevlerde bozulma, hastanın fiziksel durumunun ve homeostazisinin bozulması öncü belirtidir (Can 2015). Deliryumun başlangıcında hastada huzursuzluk, uyaranlara aşırı tepkiler, şaşkınlık, anlamsız hareketler, enkoheran ve dezorganize konuşma görülmektedir. Hastanın dikkati kolay bir şekilde dağılırken çevreye olan farkındalığı azalmaktadır. Kognitif olarak yakın hafıza uzak hafızaya oranla daha çok etkilenirken, oryantasyon bozukluğu ve objeleri isimlendirme, konuşmama, yazmama gibi dil bozuklukları da tabloya eşlik etmektedir. İllüzyon ve halüsinasyonlara varan algı değişimleri de söz konusudur. Psikomotor aktivasyonlarda bozulma, duygusal bozulma, gündüz uyuma, sirkadyen ritimde bozulma, gece ajitasyonun artması diğer belirti ve bulgular da eşlik etmektedir (Güner ve Geneen 2007, Sanderson and Agar 2010).

Deliryum tanısı konulduktan sonra hızlı bir şekilde altta yatan nedene yönelik olarak tedavi başlatılmalıdır (Elbi 2008). Sepsis, dehidratasyon, organ yetmezliği gibi durumları değerlendirmek için tam bir fiziki muayene yapılmalı ve metabolik anormallikleri değerlendirmek için de laboratuvar parametreleri değerlendirilmeli; ayırıcı tanısında demans, depresyon, anksiyete bozuklukları, mani, şizofreni form bozukluklar ekarte edilmesi gerekmektedir (Güner ve Geenen 2007, Tünel ve ark. 2012, Can 2015). Özellikle hastanede yatış süresinin uzamasına, maliyetin artmasına, bilişsel ve fonksiyonel alanlarda kalıcı bozukluklara yol açması, morbidite ve morbiditeyi arttırması nedeniyle tedavi edilmesinin önemi artmaktadır (Bond and Neelon 2008, Elbi 2008). Opioidler deliryum vakalarının %60'ından sorumlu tutulmakta olup müdahalesi geciken hastaların %40'ında kalıcı hasar oluşmaktadır (Elbi, 2008, Can 2015). Palyatif bakımda, deliryum reversibilite potansiyeline bakarak yapılan bir dizi çalışma, vakalarının %50'ye kadar geri dönüşümlü olabileceğini göstermiştir (Sanderson and Agar 2010).

Deliryum, tedavisinde önerilen antipsikotik ilaçlar içinde ilk tercih haloperidoldür (Onur ve ark. 2003, Tünel ve ark. 2012). Bilişsel uyaranlar (saat, takvim, aile resimleri gibi) ve oryantasyon için (yer, zaman, kişiye ilişkin) ekip ve hasta yakınlarınca her gün hastaya hatırlatmalar yapılması ile nonfarmakolojik yöntemlerle de kontrol altına alınabilmektedir. Steroid, antikolinerjik, benzodiazepin gibi ilaçlardan kaçınmak, uygulanan ilaçların dozlarının yeniden ayarlanması, sosyal desteğin arttırılması, gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu istenmesi diğer önemli adımları oluşturmaktadır (Can 2015, Elbi 2008, Şen ve ark. 2016).

2.7.5. Kanserde Uyku Bozuklukları

Kanser hastalarında uyku bozuklukları çok sık rastlanan ve genelde hem hasta hem de sağlık ekibi tarafından gözden kaçırılan ya da ihmal edilen önemli problemler olmaktadır (Çam ve Engin 2014, Yavuzşen ve ark. 2014). Literatürde genel popülasyondaki prevalansı %5-35 iken, kanser hastalarında %30-50 aralığında değiştiği belirtilmektedir (Savard et al. 2005, Tokgöz ve ark. 2008, Tünel ve ark. 2012, Yavuzşen ve ark. 2014). Kanser hastalarında özellikle ileri evrede, genel popülasyona oranla daha sık görülmektedir (Savard et al. 2005). Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) bildirdiklerine göre; aynı zamanda depresyonu da olan kanser hastalarında uyku bozukluğu daha fazla oranda saptanmış olup, kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Uyku bozukluğu en fazla meme

kanserinde %20, ikinci olarak da akciğer kanserinde %15 oranında tespit edilmiş, diğer kanser türlerine oranla daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (Tokgöz ve ark. 2008).

Kanser tanısı, kanserin tipi ve evresi, tedavinin yan etkileri (bulantı, kusma gibi) uyku bozukluğununa neden olan faktörleri oluşturmaktadır (Çam ve Engin 2014, Güveli ve ark. 2014). Meme, gastrointestinal, jinekolojik, genitoüriner, akciğer ve melanom dışı deri kanseri türlerinde, 982 hastayla yapılan bir araştırma sonucunda yorgunluk ile kötü uyku kalitesi, uykuya dalış ve sürdürmede güçlük, uykunun yeterliliğinin az olarak algılanması, dinlendirici olmayan uyku ve huzursuz uyku gibi uyku parametreleri arasında ilişkili olduğu saptanmış, yorgunluk oranı %44 ve aşırı uykululuk hali %28 olarak tespit edilen hastaların uyku bozuklukları ve yorgunlukları arasında pozitif yönde artan bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Roscoe et al. 2007).

2.8.Kanser Yaşantısı ve Baş Etme Biçimi

Kanser, ölümü ve varoluşsal kaygıyı temsil eden, kronik bir hastalık olmanın ötesinde; bilinmeyen bir tehlikeyi, acıyı, terk edilmeyi, izolasyonu, karmaşa ve kaygıyı sembolize eden bir hastalıktır (Bilge ve Çam 2008, Özyurt 2007, Ülger 2014, Yıldırım, 2010). Her geçen gün görülme sıklığı artan kanserin, hastada biyopsikososyal sonuçları ağır olmakta, kanserli hastalarda normal popülasyona göre çok daha yüksek oranlarda psikiyatrik morbidite görülmesi nedeniyle hastalığın seyri ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkilemektedir (Bahar 2007, Öz 2015, Ülger 2014).

Bireylerin kanser tanısı ile başedebilmesi; kanserin türünden, evresi ve etkilenen organın o evredeki anlamından, belirtilerinden, öngörülen prognozdan, kanser konusunda bilinenler ve bilinmeyenlerden, bireyin sosyodemografik özelliklerinden ve sosyoekonomik düzeyinden, bireyin kişilik yapısı ve sorunları ile baş etme biçimlerinden, daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme becerisinden, aile ve iş çevresi arasındaki dengeden, ego gücünden, hastalığın ruhsal yaşam üzerindeki etki biçiminden, kültürel-dinsel inanç ve tutumlarından, sosyal ve duygusal desteklerin varlığından ve sağlık ekibinin tutumundan etkilenmektedir (Bilge ve Çam 2008, Öz 2015, Zenciri ve ark. 2015). Yapılan araştırmalarda hastaların eğitim düzeyi arttıkça depresyona karşı daha etkili baş etme mekanizmaları geliştirdikleri bildirilmiştir (Arslan ve ark. 2008, Bilge ve Çam 2008,

Zenciri ve ark. 2015). Bir çalışmada ise akciğer kanseri tanısı almış hastalarda kemoterapiye bağlı olarak yorgunluk ve ağrı düzeyleri arttıkça başetme düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Genç ve Tan 2011).

Bireyin, hastalığa karşı verdiği psikososyal tepkiler, psikolojik bütünlüğünü korumak adına verdiği tüm kognitif, emosyonel ve davranışsal yanıtları içermektedir. Kanser tanısı, bireyin daha önceki zorluklarla başa çıkmada kullandığı savunma mekanizmaları yerine yeni bir uyum ve başa çıkma düzenekleri gerektirebilmektedir. Baş etme yöntemleri olarak da kullanılan savunma düzenekleri, karşılaşılan tüm sorunlara aynı düzenerle karşı çıkmaya çalışıldığında yetersiz kalmaktadır. Psikopatolojik tepkiler veren bireyin fiziksel ve emosyonel kaynakları azalarak psikiyatrik komorbidite gelişmesiyle, hastalığın gidişatı ve şiddeti etkilenmektedir. Kriz olarak algılanan kansere karşı en sık kullanılan savunma mekanizmaları inkar, regresyon ve yansıtmadır (Elbi 2014, Öz 2015, Zenciri ve ark. 2015). Başetme yöntemleri, fiziksel hastalıkların ortaya çıkışında amaçlarına göre üç gruba ayrılmaktadır (Öz 2010, Öz 2015):

➤ Tehditten kaçma ve enerjinin korunması: Hastalar baş etmek adına regresyon yaşayarak, hastalık ve hastaneye yatış süresince geçmiş yaşantılarından sorunsuz olan bir dönemin davranışlarını sergileyebilmektedirler. Hastalık bireyin bağımlılık-bağımsızlık dengesini tehdit eden bir olgu olarak algılanır, bireyin bağımsız aktivitelerine bir sınırlılık getirirse patolojik bağımlılık-bağımsızlık tepkisi ortaya çıkmaktadır. Hastalığın getirdiği yüklerle paralellik göstermeyen davranışlar sergileyen hastalar, kimi zaman bağımsız yapılabilecek davranışlar için yardım talep ederken kimi zaman hastalık öncesi dönemdeki aktivitelerini aynı şekilde yerine getirmek için çaba harcayabilmektedirler. Bu sebeple, hastaların davranışları iyi analiz edilmesi gerekmektedir.

➤ Tehdidin yadsınması veya öneminin reddi: Regresyon (bastırma), inkar, projeksiyon, dışlaştırma ve rasyonalizasyon bu gruta yer almaktadır. Regresyon (Bastırma), içinde bulunduğu istenmeyen durum, onaylanmayan dürtü, sıkıntı, kaygı, korku yaratmadüşünce, deneyim ve anıların bilinç dışına itilerek rahat hissettiği ilk dönemlere gerilemesidir. İnkâr, bilinçli olarak, hoşla gitmeyen bir gerçekle karşı karşıya kalındığında, onun anlamını reddederek ve görmezden gelerek yok saymaktır. Böylece birey kendini güçlü hissedene kadar çözümlenemeyen çatışma,

tolere edilemeyen anksiyete veya bir tehdit ile karşılaşıldığında benliğini korumaktadır. Rasyonalizasyon, kişinin, benlik için, acı, bunaltı verici durumlar hakkında kendisini suçlu hissettiği zaman, gerçek olan düşünce veya isteklerin yerine, mantığa uygun görünen bir açıklama bulma yoludur. Dışlaştırma, bireyin tehlikeli ve istenmeyen durumlar karşısında, duygu ve düşüncelerini diğer kişilere atfederek onları sorumlu tutmasıdır. Projeksiyon, bireyin kabul edilemez düşünce, duygu, istek ve davranışlarını başka bir bireye yansıtarak rahatlamasıdır.

➤ Tehlike ve tehdidin azaltılması ve denetlenmesine yönelik savunmalar: Entellektüalizasyon, yanıltma, sublimasyon ve kompensasyon bu grupta yer almaktadır. Entellektüalizasyon, asıl bunalım kaynağının, entelektüel yetiler ve bilgilerle açıklanmaya çalışılarak, yasak dürtülerin, anıların ve yaşantıların kapatılmasıdır. Yalıtma, duyguların ilgisiz gibi görünen bir nesneye veya bir duyguya aktarılmasıdır. Kaynağa yöneltmek ifade etmek zor ve kabul edilemez olarak görüldüğünden duyguların düşüncelerden ayrıştırılarak ifade edilmesidir. Sublimasyon (Yüceltme), toplumca kabul edilebilir kanallardan itici bir gücün katalizörlüğünde, dürtülerin asıl amaç ve nesnelere bırakarak, yaratıcı ve yapıcı eylemler için kullanılabilir duruma gelmeleri düzeneğidir. Kompensasyon (Telafi), kişisel eksikliklerden doğan anksiyeteye bağlı olarak kişinin belirli bir özelliğini öne çıkarması ya da üstün göstermesidir.

Ashing-Giwa ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları niteliksel bir çalışmada, meme kanseri tanısı alan kadınların ilk tepkilerinin korku, inkar ve endişe olduğunu; Özdemir ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise hastaların %60'ının tanıları öğrendiklerinde ilk olarak şok dönemi yaşadıklarını ve sonrasında ise bu durumu kabullendiklerini bildirmiştir. Kanser tanısının konmasıyla birlikte birey, bu durumu yıkım olarak algılayabilmekte, stres kaynağını tehdit yerine gelişimi için bir fırsat olarak gören hastaların mücadele etme gücü artarken daha etkili başe etme yöntemleri geliştirebilmektedirler. Krizi anlayabilme zorlu bir deneyim olmakta ve kişiyi olgunlaşmaya götürmektedir (Elbi 2008, Kavradım ve Özer 2008, Elbi 2014).

Hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların artması, sağlık koşullarında artan bozulmaların süreklilik arz etmesi kanser hastalarında desteğe duyulan ihtiyacın da artmasına neden olmaktadır. Gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan, insanların yaşamında önemli bir yeri olan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı

korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak tanımlanmaktadır (Dedeli ve ark. 2008, Çalışkan ve ark. 2015). Bireyler tarafından algılanan sosyal destek, sosyal çevre tarafından sağlanan yardımların kişiye verdiği doyum olarak değerlendirilmektedir (Dedeli ve ark. 2008). Sosyal desteğin en önemli işlevleri, kişilerin benlik saygısının, fiziksel ve mental sağlığının güçlendirilmesi, temel ihtiyaçlarının doyurulmasıdır (Işıkhan 2007).

Sosyal destek, bireyin yakın çevresinden yardım talebinde bulunması, diğerlerinin de vereceği desteği kabul etmesiyle ilgilidir. Araştırmalar sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu, yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğünü belirtmektedir (Dedeli ve ark. 2008, Doğan 2008, Ülger ve ark. 2014). Hastanın tedavi süresince ve sonrasında psiko-sosyal sağlığının temin edilmesi ve bunun sürdürülebilmesinin en önemli aracı sosyal destektir. Genel olarak sosyal destek kapsamını aile üyeleri, yakın çevre (akrabalar, arkadaşlar) ve sağlık ekibi (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vd.) oluşturmaktadır. Hastanın çevre desteği arttıkça, sosyal desteği bir başetme stratejisi olarak kullanmakta, kanser gerçeğine uyumu kolaylaşmaktadır (Tuncay 2010). Kanser hastalarında sosyal desteğin azalması yaşam kalitesinde düşüş olmasına ve daha fazla septom gelişmesine yol açmaktadır (Çalışkan ve ark. 2015). Sosyal desteğin sıklığı ve yoğunluğuna paralel olarak kanser mortalite ve morbidite oranlarında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Çalışkan ve ark. 2015, Tuncay 2010). Literatürde birçok araştırma hastaların sosyal destekleri arttıkça genel sağlık durumları, fiziksel, rol, emosyonel ve bilişsel fonksiyonları anlamlı düzeyde artış sağlanmakta olduğu; sosyal destek düzeyleri azaldıkça halsizlik ve uykusuzluk semptomlarında artış olduğu belirtilmiştir (Bıkmaz 2009, Doğan 2011, Çalışkan ve ark. 2015).

Dansuk ve arkadaşları (2002), kanserli hastalarda sosyal destek arttıkça umutsuzluk ve yalnızlık düzeyinin azaldığını, Güner (2008), ise meme kanseri olan hastalarda özellikle eş desteğinin hastalıkla başetmede, fizyolojik ve psikolojik sorunların daha kolay atlatılmasında ve sorumlulukların paylaşılmasında önemli bir kriter olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca 102 kanser tanısı almış hastayla yapılan bir çalışmada hastaların duygusal desteği ve bilgilendirilme düzeyleri arttıkça emosyonel, rol, uğraş ve bilişsel fonksiyonlarında anlamlı düzeyde artış olduğu bildirilmiştir (Çalışkan ve ark. 2015). Sosyal destek arttıkça benlik saygısı, uyum,

sağlık ve toplum yanlısı davranışlarda artış gözlemlenirken; depresyon, stres ve diğer psikopatolojik belirtilerde azalma olduğu gözlenmiştir (Doğan 2008).

2.8.1. Erken Evre Kanser Yaşantısında Psikososyal Problemler

Kanser tanısı ve tedavisi sosyal destek ihtiyacını arttırırken kanser olmak sosyal alanda damgalanmaya (stigma) yol açarak sosyal desteğe ulaşmayı zorlaştırabilmektedir. Bireyler tanıyı öğrendikleri andan itibaren tüm tedavi süresince, nükslerin gerçekleştiği dönemlerde çevre desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Çam ve Gümüş 2006, Çalışkan ve ark. 2015, Özyurt 2007). Özbek ve arkadaşlarının (2003) araştırmasına göre, hastaların %18'inin tanıyı öğrendikten sonra ilk olarak babaları ile konuştuğu, %35'inin ise bu konuyu herhangi biriyle paylaşmadıkları saptanmıştır. Kanser, sosyal destek sayesinde daha kolay kabullenilmekte ve burada en önemli unsur aile olmaktadır. Sosyal desteğin olumlu etkisine rağmen kanserli hastalar yeterli desteği elde etmede güçlükler yaşadıklarını ifade etmektedirler. (Işıkhan 2007).

2.8.1.1. Erken Evre Kanser Hastasının Sosyal Destek Türleri

Tanı konmasıyla birlikte aile ve akrabalar doğal destek grupları olarak ön plana çıkarken, kanser destek grupları ve sağlık profesyonellerinin bilgilendirme, sosyal ve duygusal destek uygulamaları sosyal destek sistemlerini oluşturmaktadır (Çam ve Gümüş 2006, Doğan 2008, Işıkhan 2007, Özyurt 2007, Özer 2015). Hastalık ve yetersizlik gibi kriz anlarında, ailelerin en önemli rolü sağlığın sürdürülebilmesi için fiziksel ve emosyonel destek sağlamaktır. Tanının ilk öğrenildiği evrede, hastaların güvendikleri ve en yakınında bulunan yakınları hastalar için en önemli sosyal destek kaynağını oluşturması rağmen; hasta yakınları da bu aşamada bir kriz yaşantısı yaşamaktadır. Hastaların bakımverenle olan akrabalık derecesi bu süreçte özellikle ayrı bir önem kazanmaktadır (Can 2015). Özyurt'un bildirdiğine göre (2007), hastalar sosyal destek kaynağını %67 eş, %56 çocuk, %44 kardeş ve %38 ebeveyn olarak belirtmişler; hemşire ve doktor gibi sağlık profesyonellerinden yeterince yararlanmadıklarını; hastalar, ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyini duygusal destek, güven desteği ve bilgi desteği açısından tatmin edici bulduklarını ifade etmişlerdir. En yüksek algıladıkları sosyal desteğin güven desteği olduğu, en düşük düzeyde algıladıkları ise bilgi desteği olduğu tespit edilmiştir (Özyurt 2007).

Bireyler, hastalığın erken evre aşamasında hemşirelerden alınan duygusal desteği daha değerli bulunmaktadır (Manne et al. 2015, Özyurt 2007). Dunkel-Schetter'in (1984) yaptığı çalışmada kolon kanseri ve meme kanseri tanılı gruplarda yapmış olduğu çalışmasında hastaların %81'i duygusal desteği, %41'i bilgi desteğini yararlı gördüklerini ifade etmiş ve sağlık profesyonellerinden alınan duygusal desteği yeterli görmediklerini, bunun aksine sağlık profesyonellerince verilen bilgi desteğini, aile ve arkadaşlardan alınan bilgi desteğine oranla daha yardımcı olan bir davranış olarak nitelendirmişlerdir. Duygusal destek girişimleri hastaların stresli olaylar karşısında cesaretlendirilip endişelerini giderilmesi ve teşvik edilmesini sağlamaktadır. Bu sebeple hastaların duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşılması ve günlük yaşama uyumlarının sağlanması, hastalıkla baş etme yeteneklerinin geliştirilmesinde duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri planlanması gerekmektedir (Çam ve Gümüş 2006).

Birey tarafından gereksinim duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişim gösterse de önemli olan hastanın kendisine yakın hissettiği kişilerden aldığı duygusal destektir (Işıkhani 2007). Marlow ve arkadaşları (2003), interaktif görüşme yöntemiyle 78 meme kanserli kadında yaptıkları çalışmada hastaların psikososyal gereksinimleri arasında aile desteği, destek grupları ve destek ağlarının da olduğunu bildirmişlerdir. Manne ve arkadaşlarının (2015), 330 erken evre meme kanseri teşhisi konmuş hasta ve eşleri ile yaptıkları çalışmada ise kanserin bir stres faktörü olarak çiftleri birlikte etkilediğini ve hastaların eşlerinden gördükleri duygusal desteği yetersiz olarak algıladıklarını bildirmiştir.

Kanser hastasının sosyal destek sisteminin içinde yer alan bir diğer önemli araç kanser destek gruplarıdır. Kanser destek grubunda diğer kanser hastaları, yakın çevre ve lider olarak sağlık bakım ekibinden psikiyatrist, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi, psikolog veya konuyla ilgili diğer sağlık profesyonelleri gibi sosyal destek unsurlarının birden çoğu hali hazırda mevcut bulunmaktadır. Bu yönüyle bir kanser destek grubu, deneyimlerin ve benzer sorunların üyeler arasında paylaşılmasını; kanserle yaşama ve kanserin riskleri hakkındaki deneyimlerin ve hislerin ifade edilmesini; hastalık ve tedavi seçenekleri konusunda bilgi aktarımını ve grup üyelerinin baş etme stratejilerini ve sorun çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan, çok boyutlu etkileşimlerle psiko-sosyal uyum vaat eden bir güçlenme aracı olarak görülmektedir (Özer 2015, Yıldırım ve Gürkan 2010,

Tuncay 2010). Letho ve arkadaşlarının (2009), Finlandiya'da 1239 prostat kanseri tanısı almış hastayla yapmış oldukları çalışmada; partnerler, prostat kanseri eşin fiziksel değişikliklerinin daha büyük sıkıntılara yol açacağına dair korkuları sebebiyle özgürce tartışmamakta ve duygularını saklama eğiliminde olduğu tespit edilmiş, kanser destek gruplarına katılan çiftlerin aynı sorunları paylaşan diğer çiftlerle etkileşimde bulunmalarının kanserin psikososyal yüklerine uyum sağlamada yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Kanser hastalarının destek gruplarına katılması depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalma görülmesini sağlamanın yanı sıra yaşam kalitesi, sorun odaklı başetme stratejileri ve hastalık uyumunda artış sağlanmasına işaret etmektedir (Tuncay 2010). Levin ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, psikoterapi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin arttığı, kaygı ve çökkünlük durumlarının azaldığı bildirilmiştir. Fukui ve arkadaşlarının (2001) psikososyal grup uygulamalarına 126 meme kanserli kadın hastadan oluşan çalışmasında destek alma durumu ve ilişkili faktörleri incelenmiş ve %73'ü'nün grup uygulamaları ilgisini çekerken %27'sinin çekmemiş ve destek almayanlar arasında grup uygulaması ilgisini çekmeyen kadınların anksiyete düzeyleri, grup uygulamalarına katılmayı kabul etmiş hastalara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Chambers ve arkadaşları (2011), prostat kanseri hastaları ve destek gruplarını inceleyen 25 makalenin değerlendirildiği meta-analizde, hasta-partner ilişkisini geliştirmek için kullanılabilecek bir destek metodu saptamak üzere yapılan çalışmaların yetersiz kaldığını fakat eş ile birlikte verilen baş etme yeteneği eğitiminin umut vaad ettiği bildirilmiştir.

Bir destek grubunun kanserden etkilenen insanlara yarar sağlaması için tanı sürecinde, tedavi boyunca ve tedavi sonrasında, stigma sorunundan kurtulma; yakınlarıyla ve tedavi ekibiyle sağlıklı iletişim becerileri geliştirme; kanser ve tedavi yöntemleri konusunda bilgi edinme; yaşam planını ve önceliklerini yeniden oluşturma; baş etme becerileri geliştirme; aileden ve arkadaşlardan destek alma ve onlara destek verme yeteneğini artırma; ölüm düşüncesinden uzaklaşma; stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltma ya da ortadan kaldırma ve kontrol kaybı ile çaresizlik hissini azaltma gibi temel psikososyal gereksinimleri karşılaması gerekmektedir. Bu gereksinimlere psikolojik yaklaşımda, problem merkezli ve çözüme odaklı yaklaşım; hastanın beraberinde getirdiği biyopsikososyal öğelere

saygı duyulması ve kaynaklarının araştırılıp başa çıkma stratejilerine odaklanma; hastaya duygusal tepkiler için gerekli olan zaman ve yerin sunulması ve hastalık algılarının dikkate alınması; hastada bilgi eksikliğinin giderilmesi, güven desteğinin oluşturulması ve bilgi alışverişi gibi süreçlerle yapılandırılmış özelliklerin kullanılması gerekmektedir (Bağ 2012, Çalışkan ve ark. 2015, Çam ve Gümüş 2006, Özyurt 2007, Tuncay 2010).

2.8.1.2. Sosyal Destek Faktörü Olarak Kanser Hastasının Eşi

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak, artan kanser tanısı almış hasta ve uzayan sağkalım süreleri nedeniyle aile üyelerinin bakım sürecindeki sorumluluk ve yükümlülükleri de her geçen gün artmaktadır. Kanser hastasına bakım verme, aile üyelerinin günlük yaşantılarında ve sosyal rollerinde değişime, ekonomik kayıplara ve evlilik içi çatışmalara neden olmaktadır (Hassett 2010, Eraslan ve Cankurtaran 2014). Aile üyelerinin bakımverici rolü üstlenmesi ile kanser tanısının konması paralel gelişen bir süreçtir (Öksüz ve ark. 2013). Kanserli hastanın eşi, ebeveyni, kardeşi ya da arkadaşı olma durumu bireyin duyarlılıklarını, rollerini ve paylaşımlarını yönlendirmektedir (Can 2015). Kanser hastalarında bakım verenler birincil olarak eşler olmaktadır. Kanserlinin tipi, evresi, hasta eşin hasta olmayan eşinden beklentileri gibi birçok etken eşler arası iletişimi etkileyen başlıca faktörlerdir (Collins and Swartz 2011, Öksüz ve ark. 2013, Eraslan ve Cankurtaran 2014). Shands ve arkadaşlarının (2006) bildirdiğine göre; erken evre kanser tanısı almış hasta ve eşlerinin kanser nedeniyle kişiler arası iletişimde %65’inde gerginlik ve sorun yaşadıkları, %22’sinde ise çiftler, kanser dışında farklı yollardan ilişkilerine odaklanmak için yardım istedikleri gözlemlenmiştir.

Kanser hastasına bakım veren eşin pek çok gereksinimleri olduğu bilinmektedir (Eraslan ve Cankurtaran 2014). Objektif ve sübjektif yük yaşayan bakım verenlerde, bakım verme konusunda bilgi ve yetenek açısından kendini yetersiz hissetme, psikolojik distres, yorgunluk, kendi öz bakımını gerçekleştirememesi, baş ağrısı, emosyonel stres, konsantrasyon güçlükleri, çaresizlik ve kendini güvensiz hissetme, sosyal izolasyon, günlük yaşamlarında bozulma, ev dışındaki aktivitelerini sonlandırma, kendi tıbbi randevularını erteleme ve fiziksel sağlıklarında bozulma gibi sorunlar görülmektedir (Collins and Swartz 2011, Kurt 2008, Sert 2015, Öksüz ve ark. 2013, Özkan 2007). Kanser hastalarının eşlerinde en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar;

- Depresyon,
- Anksiyete,
- Psikomatik belirtiler,
- Uyku bozuklukları,
- Yeme bozuklukları,
- Baş ağrısı,
- Sinirlilik,
- Gerginlik ve
- Konsantrasyon güçlükleri olmaktadır (Özkan 2007).

Ruhsal, fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinim ve güdülerini doymayı amaçlayan evlilikte uyumun sağlanmış olması, eşlerin ve ailelerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının temelini oluşturmasını sağlamaktadır (Kalkan 2002, Salman ve Uzunboylu 2011, Özgüven 2009). Evlilik çatışması ile psikolojik sorunlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, depresif semptomlar, yeme bozuklukları, erkeklerde alkolizm ile evlilik çatışması arasında ilişkili olduğu belirtilmiştir (Fincham 2003). Hagedoom ve arkadaşlarının 46 araştırmayı değerlendirdikleri bir meta-analiz çalışmada, kanser nedeniyle hastaların ve eşlerinin yaşadıkları emosyonel sıkıntı arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Hagedoom et al. 2008). Meme kanserli hasta ve eşleri ile matektomi öncesi ve sonrası görüşlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada da, hastaların evlilik uyumu ile duygu kontrolü arasında yapılan korelasyon analizlerinde negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ve duygular bastırıldıkça evlilik uyumu azalmıştır (Okanlı ve Ekinci 2008).

Alanda yapılan çalışmalar kısıtlı olmasına rağmen, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörler, eşler arasındaki ilişkinin niteliği, sosyodemografik faktörler ve hasta olmayan eşin sosyal durumu, hasta ve eşlerinde psikiyatrik ve psikososyal sorunların görülmesinde artışa neden olan risk faktörleridir. Ayrıca, genç çiftlerde duygusal problemler ve rol karmaşasına bağlı sorunlar daha sık gözlemlenirken, ileri yaşta çiftlerde ise tükenmişlik duyguları ve depresif semptomlar ön plana çıkmaktadır (Özkan 2007). Mazogetti ve arkadaşlarının (2013), 152 bakım vericiyle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlasında duygudurum bozukluğu tespit edilmiş, kadınlarda daha fazla oranda duygu durum bozukluğu görüldüğü saptanmıştır. Karabuğa-Yakar ve Pınar (2013), 120 hasta ile yaptıkları çalışmada ise

hastaya bakımverenlerin tamamı bakım verme sorumlulukları nedeniyle sağlıklarının olumsuz etkilendiğini; %53.3'ü bireysel sorumluluklarını yerine getiremediklerini, %30'u çalışma hayatında, %15'i aile ilişkilerinde, %45'i evlilik yaşamında sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Cameron ve arkadaşları (2004) ise, %73'ü evli olan meme kanseri tanısı almış çiftlerle yaptıkları çalışmada, eşlerde emosyonel distres ve davranış bozukluğu görüldüğü, eşlerin sıkıntılarının tanı aşamasından üç yıl sonra da anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.

Hasta bireyin rollerini aile üyeleri devraldığı için hasta ve eş arasında bağımlılık artışı bakım yükünü arttırmaktadır (Can 2015, Öksüz ve ark. 2013). Bakım yükü; psikolojik, emosyonel, ekonomik ve fiziksel etkisi olan bir stresör kavramı olarak tanımlanmaktadır. Bakım yükünün kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu; fiziksel, finansal ve emosyonel stresin %75'inin kadınlarda ortaya çıktığı tanımlanmıştır (Ansari and Quressi 2013, Collins and Swartz 2011, Hagedoom et al. 2008). Pek çok bakımveren, haftada 40 saatten fazla bakım verdikleri saptanmış, %66'sı bakım vermeleri nedeniyle işlerinde değişiklik yapmak zorunda kaldıklarını, bazı bakımverenler ise işlerini bıraktıklarını bildirmişlerdir (Pantilat et al., 2012, Karabuğa ve Pınar 2013).

Kanser tanısı nedeniyle aile üyelerinin rollerinde değişim yaşanmakta, belirtilerle baş etme biçiminde ve yaşam kalitesinin devam ettirilmesinde eşler birbirlerine destek olmalarını gerektirmektedir (Can 2015). Sherman ve arkadaşlarının (2009), 45 çift ile fiziksel, duygusal ve sosyal uyum türlerinde etkileşimin değerlendirdikleri randomize kontrollü bir çalışmada, hastaların algıladıkları duygusal ve sosyal destek ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiş, eşleri tarafından yeterli desteklendiğini algılayan hastaların, kanser yaşantısının getirdiği sorun alanları ile daha etkin baş ettikleri belirtilmiştir. Tanı sırasında, 2 ay sonrasında ve 1 yıl sonrasında görüşmeye dayalı olarak 56 kolon kanserli hasta ve eşleriyle yapılan bir çalışmada eşlerin hastalara kıyasla ostomi operasyonundan 1 yıl sonrasında dahi daha fazla duygusal stres ve daha az sosyal destek bildirdikleri saptanmıştır (Northouse et al. 2000). Reis ve arkadaşlarının (2006), %61'i evre I jinekolojik kanser tanısı almış hastalarla yapmış oldukları kalitatif çalışmada ise; kadınların yaşadıkları sorunlarla baş etmede eş desteğinden yoksun oldukları bu sebeple yaşam kalitelerinde düşüş olduğu vurgulanmıştır.

Hasta ve eşine, etkin baş etme ve sorun çözüme yollarını kullanabilmelerini, karşılıklı destekleyici ilişkinin oluşturulmasını, empati kurabilmelerini, karşılıklı yakınlığın ve duyarlılığın artırılmasını, cinsel tepkiler ve imaj sorunları ile ilgili endişelerin ele alınmasını içeren müdahalelerin, çiftler arasındaki bağlılığı artırdığı, neticede hastadaki depresyonun da azaldığı bildirilmiştir (Eraslan ve ark. 2014). Hemşireler, eşler arasındaki iletişimi geliştirecek girişimler planlayarak hasta ve eşlerinin duygularını tartışmalarını desteklemeli, girişimlerinde birbirlerine karşı duyarlı olmalarının önemini vurgulamalıdır (Akçay ve Gözüm 2012, Can 2015).

2.8.1.3. Eş Uyumu Kavramı

İnsan; biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin hiyerarşisine entegre olmuş, en önemli yetisinin karşılaştığı durumlara uyum yapabilmesi olan sosyal bir varlıktır. Değişen durumlara alışabilme yeteneği ise bireyin, kişisel durumunun farkında olmasına bağlıdır (Kalkan 2002, Tarhan 2015). İnsan kendisine ve çevresine uyum sağlayabildiği ölçüde mutlu ve sağlıklı olabilmekte ve bu sebeple sosyal yaşamın bir parçası olan evlilikte de bireylerin uyum göstermesi gerekmektedir (Kalkan 2002). Hastalar, kanserin yıpratıcı süresince kendilerine yardımcı en çok dokunan destekleyici yaklaşımın ilk olarak eşlerinden geldiğini belirtmektedirler (Güner 2008). Bu duruma göre kanser yaşantısına uyum sağlayabilmenin en önemli faktörü eş uyumu olmaktadır (McCaughan et al. 2012)

Türk Meden Kanunu (TMK)'na göre evlilik evlenmeye akli eren bir erkek ile bir kadının, yetkili bir yasal merci önünde yapmış oldukları çift taraflı iki şahit nezaretinde gerçekleştirilen evlilik akti ile kurulan karşı cinsten iki insanın hür iradeleriyle hayatlarını birleştirdikleri sözleşme olarak tanımlanmıştır (TMK 2001).

Farklı toplumlarda evlilik; iki farklı cinsin yaşamda ortak mücadele vermek adına bir araya gelerek; karşılıklı dayanışma, toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan cinsel ihtiyaçların doyuma ulaştırıldığı, toplumsal onaylama sonucunda gerçekleşen, hayatı paylaşma adına yaptıkları ikili bir sözleşme olarak tanımlanmaktadır (Saridoğan ve Karahan 2005, Türküm 2000). Spanier (1976), eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişimini evlilik uyumu olarak tanımlamaktadır. Spanier'in 1976'da yayımlanan çalışmasına göre, evlilik uyum sürecinin sonuçları, şu faktörlere göre belirtilmiştir:

- ✓ Çiftler arasında problem yaratan farklılıklar,
- ✓ Kişilerarası gerginlik ve bireysel kaygı,
- ✓ Çift doyumu,
- ✓ Çift birlikteliği,
- ✓ Çiftlerin işlevselliğinde önemli olabilecek mevzularda fikir birliği

Johnson ve arkadaşları (1986), eşler arasındaki uyum için yapılan ölçümlerin beş ayrı faktörden oluştuğunu ve iki boyut altında toplanabileceğini belirtmişlerdir. Mutluluk ve etkileşim birinci boyutu; anlaşmazlıklar, problemler ve boşanma eğilimi ikinci boyutu oluşturmaktadır. Eşler arasındaki mutluluk, bireyin evliliği hakkındaki doyum hissini tanımlar. Kişinin hem evlilik hakkındaki genel duygularını (genel olarak mutlu olma, evliliğini 3 yıl öncesiyle karşılaştırma ve aşkın gücü gibi) hem de ilişkisinin belirli yönleri hakkındaki duygularını (anlaşma, aşk ve sevgi miktarı, eşiyle aynı fikirde oldukları şeylerin miktarı ve cinsel ilişkileri gibi) içerir. Eşler arasındaki etkileşim yemek saatleri, alışveriş, arkadaşları ziyaret ve eğlence yerlerine gitme gibi karı kocanın günlük faaliyetlerde ne kadar birlikte vakit geçirdiklerini içerir. Eşler arasındaki anlaşmazlık ise ilişkideki sözel ve fiziksel çatışmanın yoğunluğu ve miktarı olarak tanımlanmaktadır. Eşler arasındaki problemler çabuk sinirlenme, kolayca incinme hissi, kıskançlık, kimseyle konuşmama, evde çok bulunmama, savurganlık, içki ya da psikoaktif ilaç kullanma gibi eşlerin kişisel özellikleri ya da davranışlarının evlilikte problem yaratıp yaratmadığıyla ilgilidir. Boşanma eğilimi ise evliliğin problemlili olduğunu ve boşanma olasılığını düşünme gibi evlilik ilişkisinin bilişsel yönünü ve arkadaşlarıyla ya da eşiyle boşanma olasılığı hakkında konuşma ve eşden ayrılma gibi davranışları birlikte içermektedir (Johnson et. al 1986).

Evlilik uyumu olan çiftler; karşılıklı olarak etkileşebilen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftler olmaktadır. Çiftlerin uyumlu birliktelikleri aynı zamanda evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu da içermektedir (Erbek ve ark. 2005a, Taşçı ve ark. 2008). Evlilik uyumu, tarafların birbirlerinin istek, beklenti ve ihtiyaçlarını giderebilmelerinin, birbirlerinin gelişimine ve olgunlaşmasına katkı sağlayabilmelerinin derecesine göre öznel değerlendirilmelere tabi olmaktadır (Ekşi ve Kahraman 2012, Tutarel–Kışlak ve Göztepe 2012). Bu nedenle evliliğin kalitesi;

evlilik uyumu, doyumu, mutluluğu ve bütünlüğü kavramları tarafından oluşturulan üst bir kavram olarak, evlilik ilişkisinin çiftler tarafından öznel değerlendirilmesi olarak tanımlanmakta ve evliliğin niteliğini değerlendiren çalışmalarda sıklıkla çift uyumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır (Erbek ve ark. 2005a).

Evlilik ilişkisi, etkileşim rollerinin ve iletişim ağlarının oluşturduğu bir sistemdir; açık, etkili ve nitelikli iletişim, evlilik başarısını ve mutluluğunu pozitif yönde etkilemektedir. İletişim, evliliğin başarısında birçok etkenle ilişkili olması nedeniyle sorunların çözümünde önem sıralamasında pek çok etkenden önce gelmektedir (Şenel ve Terzioğlu 2002). Ortalama 14 yıldır evli olan 43 çiftle yapılmış bir çalışmada eşler arası uyum, eşlerin birbirleri ile iletişim ve etkileşimlerine dayalı olarak algıladıkları memnuniyet olarak bildirilmiştir (Whisman and Delinsky 2002). Evliliklerinde iletişim sorunları bulunan çatışmalı evliliklerde, hastanın kanserin yol açtığı sorunları daha baş edilemez ve çözümsüz görmesine yol açmakta; bu da hastanın daha fazla psikiyatrik sorun yaşamasına neden olmaktadır. (Ateşçi ve ark. 2003, Eraslan ve ark. 2014). Bu durum kanser hastasının eşi açısından da benzer şekilde algılanmaktadır. Galbraith'in (2011) bildirdiğine göre, evlilik uyumlarını yetersiz olarak algılayan eşlerin hastaya bakım verme esnasında psikolojik streslerinin ve buna bağlı çatışmalarının arttığını; bu sorunların da evliliğin sonlanmasına kadar gidebildiğini belirtilmiştir. Evlilik uyumu üzerinde etkili olabilecek değişkenler incelendiğinde üç alan ortaya çıkmaktadır (Özgüven 2009, Erbek ve ark. 2005a, Gülsün ve ark. 2009):

- Bireylerin tanıtıcı özellikleri (eşlerin kişilik yapıları, eşler arasındaki cinsel yaşamın niteliği, eşlerin fiziksel ve ruhsal durumları, bağlanma özellikleri),
- Aileye ilişkin özellikler (eşler arasındaki yaş farkı, sahip olunan çocuk sayısı, evlilik biçimi, eşle duygu ve düşünceleri paylaşma, eşle ev işlerini paylaşma, ailelerden alınan destek, eşlerin cinsel yaşamdaki doyumları)
- Sosyoekonomik özellikler (eşlerin mesleki durumları, ailenin toplam aylık geliri, gelirin yeterlilik seviyesi, eşlerin aile gelirin katkısı, eşlerin öğrenim düzeyi, eşlerin yaptıkları işten memnuniyet düzeyleri)

Evlilikte, eşler mutluluğu elde etmek, müşterek hedeflere ulaşmak, sahip oldukları değer ve amaçlarda ortak paydada buluşmak gibi konularda bir bütün olarak birbirlerini tamamlayabilmekte, karar verme sürecinde birlikte yer almakta, bir uzlaşmaya varıp seçimlerini uygulayabilirlerse, evlilikten duyulan memnuniyet pozitif yönde etkilenmektedir. Bu nedenle çiftlerin ekonomik, yönetsel ve psikososyal alanlardaki kararlarının güç dengesi, evliliklerinin her alanında başarılı ve uyumlu olmalarında anahtar bir role sahiptir (Şenel ve Terzioğlu 2002).

Eş uyumunu etkileyen bir diğer önemli faktör de cinsel uyumdur. Çift uyumu ile birbirlerini karşılıklı olarak etkilemeleri nedeniyle yakın ilişki içerisinde bulunmaktadırlar (Erbek ve ark. 2005a). Cinselliğin sürdürülmesi sağlıklı kişilerde olduğu gibi kanserli hastalarda da temel gereksinimler arasında yer alan önemli bir işlevdir (Erbek ve ark. 2005b, Nazik ve Eryılmaz 2011). Cinsel disfonksiyonların prevalansı kanser hastalarında genel olarak %40–100 gibi bir oranda görülmektedir (Can 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne (2010) göre cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşmaktadır. Ön test-son test araştırma ilkelerine uygun olarak yürütülmüş olan başka bir çalışmada da kemoterapinin 30 meme kanserli hasta üzerine etkilerini araştırılmış, hastaların %63'ü cinsel istekte azalma olduğunu; hemşirenin, hasta ve eşinin ortak tutum alarak baş etme yöntemleri geliştirmesine rehberlik etmesi gerektiği vurgulanmıştır (Akçay ve Gözüm 2012).

Belli bir zamanda, bir çiftin toplam uyumu, birçok farklı değişkenin dengesi ve ilişkiyi etkileyen birçok unsurun bir araya gelmesi ile belirlenmektedir. Eş uyumunu etkileyen faktörler eşler arasında fikir birliği, fikir ayrılığını düzeltmek için kullanılan yöntemler, evli olmaktan duyulan memnuniyet veya pişmanlık, evliliği sürdürme, ayrılma ya da boşanmanın düşünülmesi, eşe karşı şikâyetlerin ifadesi, eşlerin evlilikten aldıkları doyumun öznel değerlendirilmesi olarak sıralanmaktadır (Çakır 2008, Erbek ve ark. 2005a, Yalçın 2014, Yılmaz 2001). Evliliklerde eşlerin karşılaştıkları problem durumları ile baş etme biçimini önemli ölçüde eşler arası uyum belirlemektedir. McCaughan ve arkadaşlarının (2012) bildirildiğine göre evlilik içi çatışmaları az olan ve uyumlarını iyi olarak algılayan kanser hastalarında kanser yaşantısı sonucu eşlerin birbirine daha çok bağlandıkları ve birbirini daha iyi anladıkları; daha az psikiyatrik morbidite gösterdikleri gözlenmiştir. Eş uyumunu kötü olarak algılayan çiftlerde ise problem çözme becerisi yetersiz kalmış, iletişim

çatışmaları büyümüş ve izlem çalışmasında bu hasta ve eşlerinin diğer gruba göre daha fazla psikiyatrik morbidite gösterdiği gözlenmiştir (McCaughan et al. 2012). Kim ve arkadaşlarının (2008), prostat ve meme kanseri olan toplam 168 evli çift ile yürütmüş oldukları çalışmalarında, her iki kanser türünde de hastaların kanser ile baş etmesinde eş desteğinin önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmaya göre eşlerde kanser yaşantısına ilişkin ortaya çıkan duygusal sorunların, hastaların yaşam kalitesini ve psikolojik sağlıklarını önemli ölçüde etkilediği vurgulanmaktadır. Evlilik içi eş uyumunu iyi olarak algılayan kanser hastalarının kanserin getirdiği sorun alanları ile daha kolay baş edebildiği; sorunların kronikleşmediği, hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmektedir. (Kim et al. 2008).

2.9.Kanserde Psikososyal Bakım ve Hemşirelik

Kanser hastalarında psikososyal tedavi ve bakım; genel tedaviye uyumları, yaşam kalitelerinin artırılması ve prognozlarının olumlu seyretmesi için fiziksel tedavisinin ve genel bakımın bütünlüğü ve ayrılmaz bir parçasıdır (Bahar 2007, Can 2015, Çam ve Gümüş 2006). Literatur, etkili psikososyal bakımın, kanser hastalarında baş etmeye yardımcı olduğunu, fiziksel ve psikolojik distresi azaltmada katkı sağladığını, hastaların prognozlarını olumlu yönde etkilediğini bildirilmiştir (Bahar 2007, Carlson and Bultz 2003).

2.9.1. Kanserde Psikososyal Bakım Tanımı

Psikososyal bakım, bireyin sosyal, kültürel, emosyonel, kognitif, psikoseksüel ve spiritual ihtiyaçlarını tanılama ve karşılama süreci olarak tanımlanmaktadır. Psikososyal girişimlerin amacı, hastanın tanı ve tedavisine uyum gösterebilmesi, mevcut durumu gerçekçi bir şekilde değerlendirmesi ve kabullenmesi, sorunlarıyla adaptif baş etme yeteneklerini geliştirebilmesi, umudunu koruyabilmesi, tedavi ekibiyle, aile ve sosyal etkileşim alanlarıyla arasındaki ilişkilerini düzenleyebilmesi, hastalığa ve günlük yaşama uyumunu artırması olmalıdır (Bahar 2007, Can 2015, Çam ve Gümüş 2006). Psikososyal bakım yönetimi, bireyin hastalığı, tedavi ve sağlık hizmetleri hakkında bilgilenmesini; sosyal destek, karar verme, kişilerarası iletişim, baş etme, yaşam kalitesini arttırmak alanlarında beceriler geliştirmesini; psikiyatrik komorbidite açısından tanılanmasını; cinsellik ve rol kayıpları sorunlarının ele alınmasını; spiritüel destek sağlanmasını; lojistik (konaklama, transport) ve ekonomik sorunlarla ilgili yardım almasını sağlayan hastaları

güçlendirici müdahaleler içermektedir (Can 2015). Psikososyal ve spirüel iyilik ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelendiği, 80 kolorektal kanser tanısı almış hasta ile yapılan bir çalışmada, psikososyal ve spirüel iyilik hali arttıkça ölüm anksiyetesi oranlarında düşüş olduğu saptanmıştır (Shukla and Rishi 2014).

2.9.2. Kanser Hastalarına Hemşirelik Yaklaşımı

Hastaların fiziksel, emosyonel, psikoseksüel, psikosoyal, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim, bilgi, çevre, ekonomik, kültür ve spirüel alanlarda gereksinimleri olmaktadır. Hastaların algılanan gereksinimleri ile aldığı hizmet arasında uyumsuzluk olması, karşılanmamış gereksinimleri ortaya çıkarmaktadır (Can 2015). Kanser hastalarının süreç içerisinde en sık karşılanmayan gereksinimleri emosyonel ve bilgilendirilme alanlarında olduğu bildirilmiştir (Legg 2011). Doksan dört makalenin incelendiği sistematik bir derlemede hastaların 57 maddede karşılanmamış gereksinimleri olduğu bildirilmiş ve en sık karşılanmayan gereksinimlerin günlük yaşam aktiviteleri (%1-73), psikolojik (%12-85), bilgi (%6-93), psikosoyal (% 1-89) ve fiziksel (% 7-89) alanlarda olduğu saptanmış; en az sık araştırılan gereksinimlerin ise spirüel (%14-51), iletişim (% 2-57) ve cinsellik (% 33-63) alanlarında olduğu tespit edilmiştir (Harrison et al. 2009). Bilgi verme ve psikoeğitim, kanserde psikososyal yaklaşımda ilk hedef olması gerekmektedir (Elbi 2014). Kanser tanısı alan hastaların en yaygın yakınmaları bozuk giden şeyin ne olduğunu ve kendilerine ne olup bittiği konusunda bilgilendirilmemeleri olmaktadır. Genellikle hastalıkları, yapılacak müdahaleler ailelere söylenmekte, hastalara yeterince bilgi verilmemektedir. Özkan (2008), kaygı ve depresyon oranları iyi bilgilendirilme yapılan hastalarda %23 iken, bilgilendirme yapılmayan hastalarda %46'ya çıkmakta olduğunu tespit etmiştir. Kanser tanısının hastaya söylenmesine ilişkin, 50 kanser hastası ve 50 yakınıyla yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış bir çalışmada hastaların %64'ünün ve hasta yakınlarının %72'sinin tanıyı bilmek istediklerini, hasta yakınlarının %68'i ölümcül tanıyı hekimin söylemesinin uygun olduğunu belirtmişlerdir (Özkan 2008).

Kanserin bütün evrelerinde olduğu gibi kanser tanısına uyum sağlanması için hasta ve aileye yardım etmede hemşirenin rolü büyük önem arz etmektedir (Korkmaz ve Yangöz 2013). Kanser hastasının bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve yönetilmesi hemşirelik hizmetlerinin sorumluluğunda bulunmaktadır (Can 2015). Psikolojik sorunların görmezden gelinmesi, terapötik görüşme tekniklerinin

bilinmemesi veya hastanın yaşadığı sorunların tanınmaması psikososyal tanılarının konulmasını engelleyerek hastada güvensizlik duygusunun oluşmasına neden olmaktadır (Bağ 2012). Psikoterapötik girişimler, hastalık ve uygulanan tedaviden kaynaklanan somatik ve psikolojik şikayetlerin azaltılması, hastalığın ve terapinin hasta tarafından daha iyi anlaşılması, belirtilere odaklı önlemlerin alınması ve kriz yönetimi sağlamaktadır (Özer 2015).

2.9.3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği ve Psikososyal Bakım

Hemşireler, hastaların baş etme biçimlerini ve psikososyal sorunlarını tanılamak için önemli bir pozisyonda bulunmaktadırlar. Tedavi ekibi ve hasta arasındaki ilk görüşmede psikososyal gereksinimlerin belirlenmesi ve psikolojik distresin tanınması, hastanın ruh sağlığı kaynaklarına ulaşılabilmesinde kilit rol oynamaktadır. Onkoloji gibi genel hastanelerde çalışan hemşirelerinin psikososyal bakım becerilerinin geliştirilmesi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinde uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğunda bulunmaktadır (Can 2015).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP); tıbbi-fiziksel hastalardaki psikiyatrik hastalık ve psikososyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan; hasta bakımında etkileşimi arttıran ve tıbbi tedaviler ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımı bütünleyen bir alandır (Ekinci ve Okanlı 2001, Kaçmaz 2006). Aynı zamanda tedavi ekibinin hastaları anlamasına ve yaşadıkları güçlüklerle uygun başetmelerine yardımcı olurken, tedavi ekibinin yaşadığı duygusal sorunları da ele alarak objektif ve profesyonel yaklaşım sürdürmelerini sağlamaktadır (Özkan 2007).

KLP hemşiresi, hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonuna kadar; duygusal, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığı olarak hizmet vermektedir (Kaçmaz 2006). KLP hemşireleri hasta ve aileye psikoterapötik müdahalelerde bulunarak hasta-aile-sağlık sistemi ilişkisinde memnuniyetin artmasında, onkoloji hastaları ile çalışan hemşirelerin psikopatolojik belirtileri tanınmasında ve hastaların gereksinimlerinin karşılanması için beceriler geliştirmesinde süpervizörlük ederek bakım kalitesinin artmasını sağlamaktadırlar (Can 2015, Kaçmaz 2006). KLP

hemşiresi, kanser hastası ile terapötik ilişki kurarak hastanın hastalığa uyumunu etkileyen sorunları tespit etmektedir. Hastanın geçmişte ve şimdide yaşadıklarını keşfederken hastalık ve etkileri üzerine odaklanmaktadır. Hasta tarafından kriz olarak algılanan bu süreçte, hastanın hastalığı ve sonuçları ile ilgili yaşadığı duyguları ve kokuları ifade etmesine yardımcı olur (Çam ve Engin 2014, Özkan 2007). Bu sayede psikiyatrik iyileşimi olan hastanın, gücü ve potansiyeli gelişirken, çevre desteğinde de artış gerçekleşir (Olçay ve Çam 2014).

Hemşirelerin temel düzeyde hastaya ve aile bireylerine psikososyal bakım verilmesinde; terapötik iletişim (etkin ve aktif dinleme, empati, geri bildirimde bulunma, duyguların tanınması ve ifade edilmesi), psikososyal tanılama (psikolojik tepkileri tanıma, sorunları ve gereksinimleri belirleme), riskli grubu tespit etme ve yönlendirme, bilgi verme (bilgilendirme öncesi, sırası ve sonrasında yapılması gerekenler, kararlara katılmasını teşvik etme), baş etme yöntemleri (sosyal destek sistemlerini harekete geçirme, etkin yöntemler kullanma, maneviyatı güçlendirme) alanlarında becerilere sahip olması gerekmektedir (Can 2015). Birey merkezli destekleyici bakım yaklaşımı belirlenirken tanı, tedavi ya da hastalığın diğer tüm aşamaları dahil, sağlık sorunlarının tanımlanması ve önlenmesi, hayatta kalma, etkileri hafifletme ve kayıplar konusunda, kanserin etkileriyle yaşama şekillerine spiritüel, duygusal sosyal ya da fiziksel ihtiyaçlarını içeren bilginin sağlanması gerekmektedir (Paterson et al. 2015). Hemşireler, tüm kanser türlerinde hastaların farklı sorunları ve ihtiyaçları olduğunu göz önünde bulundurarak kanserli hastaların psikososyal sorunlarına yönelik destekleyici girişimleri, tedavi öncesi, sırası ve sonrası dönemde; bilgi verme, danışmanlık, eğitim ve psikoterapötik yollarla sosyal ve psikolojik destek sağlama yaklaşımlarını multidisipliner ekip anlayışı içinde sürdürmeleri gerekmektedir (Bahar 2007, Çam ve Gümüş 2006, Özer 2015).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, bir hastanede erken evre kanser tanısı almış hastaların algıladıkları eş uyum düzeyi ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla ilişki tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırmanın yapıldığı Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 126 yatak ile yataklı hizmet verilmekte olup Onkoloji bölümü adına toplamda dokuz hekim ve on hemşire, Cerrahi bölümler adına on beş hekim ve on beş hemşire görev yapmaktadır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Konsültasyonu'nda bulunmakta ve poliklinik hizmeti vermektedir.

Erken evre kanser tanısı alan hastalar, Onkoloji, Genel Cerrahi, Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Günübirlik Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi görmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bir yıllık süre içerisinde, erken evre kanser tanısı alan tüm hastalara ulaşılamaması ve kurumda yapı değişikliğine gidilmesi nedenleriyle örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup Kasım 2015 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında hastaneye tedaviye gelen tüm erken evre kanser hastasına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu süre zarfında ulaşılan hasta sayısı 186'dır.

3.4. 1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Eş Uyumu (Çiftler Uyum Ölçeği)
- Ruhsal Belirtiler (Ruhsal Belirti Tarama Testi)
- Genel Sağlık Anketi

3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri
- Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Hastalık ve Tedavi Özellikleri

3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

Araştırmaya katılacak olan hastanın,

- 18 yaş üstü olması,
- Evli ya da partnerinin olması,
- Okuma-yazma bilmesi,
- Ölçekleri doldurmaya engel olabilecek fiziksel ve bilişsel bir engelinin bulunmaması,
- Erken evre kanser tanısı öncesinde psikiyatrik tanının olmaması,
- Erken evre kanser tanısı öncesinde psikotrop ilaç kullanmıyor olması,
- Metastazının olmaması,
- Makroskopik ve mikroskopik tümör kalmayacak şekilde (R0) cerrahi rezeksiyon yapılmış ya da planlanmış olması,
- Neo-adjüvant kemoterapi almamış olması gerekmektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu, Ruhsal Belirti Tarama Testi, Genel Sağlık Anketi ve Çiftler Uyum Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

3.6.1. Veri toplama formları

3.6.1.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından hazırlanmış 22 soruluk bir formdur. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaya onay formu (Ek1) ile birlikte katılımcının

cinsiyet, yaş, doğum yeri, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, gelir seviyesi, hangi kanser türüne sahip olduğu, ek sistemik bir sağlık sorunu olup olmadığı, hastalığı hakkında bilgi sahibi olup olmadığı, tanı süresi, tedavi şekli, hastalık hakkında konuşma isteği, hastalık hakkında kimlerden destek aldığı, evlenme şekli, eşin eğitim durumu, evlilik süresi, varsa çocuk sayısı ve çocuklarla birlikte yaşama durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2014) (Ek2).

3.6.1.2. Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-90-R)

Ruhsal Belirti Tarama Testi, 1977 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir. Bireyin içinde bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin (distress) düzeyini ölçmek için kullanılan bir psikiyatrik tarama aracıdır. 17 yaşından itibaren genç ve yetişken, en az orta öğretimden geçmiş, psikiyatrik olmayan popülasyonlara uygulanabilir. Ölçek, 5 dereceli Likert tipi cevaplanan 90 madde içerir. 1991 yılında İhsan Dağ tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 99 deneklik bir örnekleme ölçeğin GSI puanlarına göre Cronbach alfa iç tutarlılığı 0.97 olarak hesaplanmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2014) (Ek 3).

Ölçek 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçeklerden oluşmaktadır: (1) somatizasyon, (2) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), (3) kişiler arası duyarlılık, (4) depresyon, (5) anksiyete, (6) düşmanlık, (7) fobik anksiyete, (8) paranoid düşünce, (9) psikotizm ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçekler. Ek maddeler, yeme ve uyku bozukluklarını, suçluluk duygusunu içermektedir. Bunlar pozitif belirti düzeyini gösterir. Ölçeğin alt ölçek puanları, ilgili maddelere verilen cevapların puan değerlerinin toplanarak o alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Her madde için yapılan derecelmeler (0-4 puan) 90 madde için toplandıktan sonra elde edilen toplam puanın 90'a bölünmesiyle de genel belirti düzeyi (GSI) ortalaması elde edilir. Dağ (1991) çalışmasında üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz olarak, 1.57 GSI puanı "hafif psikolojik belirtili" denekleri, 2.14 GSI puanı ise "psikolojik belirtili" denekleri tanımada alt kesim noktaları olarak kabul etmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2014). Ölçek genel ortalama puanı olan GSI' deki artış, bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. Pozitif belirti toplamı arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. Pozitif

belirti düzeyindeki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir (Aydemir ve Köroğlu, 2014).

3.6.1.3.Genel Sağlık Anketi Kısa Form (GSA-12)

Ölçek, 1979 yılında Goldberg ve Hillier 28 soruluk GSA, 1988 yılında da 12 soruluk GSA Golberg ve Williams tarafından oluşturulmuştur. Psikiyatri dışı toplumda anksiyete ve depresyon belirtilerinin taranmasını sağlayan ölçüm aracıdır. Toplum taramalarında ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılan, kısa, uygulanması kolay ve pratik bir ölçektir. Ölçeğin, 12 ve 28 sorulu formları vardır. Türkiye’deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında bu iki ölçek birleştirilerek 34 maddeli formu oluşturulmuştur (soruların altısı ortak). Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Cengiz Kılıç, Türkçe’ ye 1996’da çevirmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı GSA12 için 0.78 ve GSA-28 için 0.84 bulunmuştur. Güvenilirlik çalışmasında ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile GSA-12 için kesme puanı 1/2, GSA-28 için ise 4/5 olarak hesaplanmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2014).

Genel Sağlık Anketi 12 (GSA- 12), 12 sorudan ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde ‘her zamankinden az’dan ‘her zamankinden fazla’ya uzanan 4 şıklı cevaptan oluşur. Ölçeğin değerlendirilmesinde iki tip değerlendirme (GHQ ve Likert) kullanılmaktadır (Küçük S. ve Bayat M. 2012). GHQ tipi değerlendirmede “2 ve üzerinde” puan alanlar GSA–12 sonucuna göre ruhsal sorunlar açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir (Küçük S. ve Bayat M. 2012; Üner ve ark. 2007). Likert tipi değerlendirmede GSA-12’nin puanlamasında; 0 ve 1’lerin 0, 2 ve 3’lerin 1 şeklinde puanlanır. Buna göre alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 12’dir. Ölçekten 2’den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta, 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır. Ölçekten yüksek ve orta puan alanlar, psikolojik ve fiziksel bozukluk yönünden değerlendirilir (Yalçınoğlu ve Önal, 2014) (Ek 4). Bu çalışmada GSA tipi puanlama kullanılmış, kesit ½ olarak alınmıştır.

3.6.1.4.Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dydic Adjustment Scale-DAS)

Çiftler uyum ölçeği, evli ya da birlikte yaşayan çiftlerde ilişkinin kalitesinin nasıl algılandığını değerlendirmek için Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2000 yılında

Fıfıloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır. Çiftler Uyum leği çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik ölçektir. Dört alt ölçekten oluşur;

- Eşler arası tatmin alt leği; negatif ve pozitif düşünce modelleri ile pozitif ve aversif iletişimi sorgulayan 10 madde içerir.
- Eşler arası bağlılık alt leği; birlikte geçirilen zamanı ve konuşmaları anlatan 5 maddeden oluşur.
- Eşler arası fikir birliği alt leği; evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur.
- Duygusal ifade alt leği; sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesini gösterir ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir.

10 maddesi memnuniyet-doyum (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32) ; 13 maddesi fikir birliği (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) ; 5 maddesi bağlılık (24, 25, 26, 27, 28) ; 4 maddesi duygusal ifade (4, 6, 29, 30) ile ilgilidir. Ölçek farklı maddeler için beşli, altılı ve yedili Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. İki madde ise “evet” ve “hayır” olarak cevaplandırılır. Maddelerin çoğunluğu 0-5 arasındaki değerlerin kullanıldığı altılı bir puanlama sistemi üzerinden değerlendirilir (her zaman anlaşırız/anlaşamayız, her zaman/hiçbir zaman gibi). Toplam puanlar evlilik uyumu ve tatminin derecesini yansıtılmaktadır. Toplam lm puanları evlilik uyumu ve tatmin derecesini yansıtılmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksekliliği ilişkiden elde edilen uyumun arttığını, puanların düşüklüğü işe uyumun azaldığını göstermektedir. Testten alınabilecek puanların dağılımları 0-151’dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir (Fıfıloğlu ve Demir 2000, Bodur ve ark. 2013) (Ek 5). Araştırma, anketin yasal hak sahibi olan Fıfıloğlu’nun isteği üzerine geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Literatürde kalite, doyum, mutluluk ve uyum kavramlarını karşılayan ortak bir kullanım bulunmamaktadır (Yılmaz A., 2001). Çalışmada “Kalite”, “Doyum”, ve “Mutluluk” kavramlarını içine alması bakımından bunların hepsinin yerine “Eş Uyumunu” kavramı kullanılmıştır. Bu nedenle, kuramsal bölüm aktarılırken orijinal

araştırmalardaki isimlendirme kullanılmış ve bu bakımdan “uyum”, “doyum” ve “kalite” kavramları eş anlamlı olarak kullanılmıştır.

3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce hastaneye başvuran ve erken evre kanser tanısı almış olan 30 hastaya n uygulama yapılmıştır. n uygulama sonuçları soruların anlaşılabilirliği ve uygulama süreleri açısından uzman kadro tarafından değerlendirilmiştir.

Araştırmanın soruları hastalar ile servis şartlarında mahremiyetin sağlanabilmesi adına araştırmacı ve sadece hasta ile toplantı odasında gerçekleştirilmiştir. Gnbirlik kemoterapi ünitesinde, mahremiyetin sağlanabilmesi için özel bir alan bulunmaması nedeniyle, formların uygulanacağı zaman, her defasında, her hasta için ünite içerisinde mahremiyet sağlanabilen bir ortam oluşturulmuştur. Formların uygulanması sürecinde hastanın eşi, uygulamaya dahil edilmemiştir. Formların uygulanması en az 20, en fazla 45 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS-22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımını kullanarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler kullanarak verilmiştir. Değerkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (Histogram grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk testleri) kullanarak incelendi. Grup karşılaştırmaları için normal dağılıma uymayan sürekli değerkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis nemlilik testleri kullanılmıştır. Korelasyon karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden Spearman testi kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık için Tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır. p değerinin 0,05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

3.9. Etik Boyut

Çalışmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalara çalışmanın amacı açıklanarak yazılı onam alınmış, tüm izinler alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi temel alınarak çalışmaya başlanılmıştır. Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puanı 2 ve üstü olanlar ile Ruhsal Belirti Tarama (SCL90-R) puanı 1.5 ve üstü olanlar, danışmanlık almaları amacıyla Namık Kemal Üniversitesi-Araştırma Ve Uygulama Merkezi-Psikiyatri Polikliniği'ne yönlendirilmişlerdir.



BULGULAR

Erken evre kanser tanısı almış hastaların algıladıkları eş uyumu ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada araştırma sonucunda hastalardan elde edilen veriler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

1. Erken evre kanser tanısı almış olan sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular
3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerinin karşılaştırılması
4. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamalarının Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) alt başlıklarının puan ortalamaları ile karşılaştırılması
5. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması
6. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması
7. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması
8. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti Tarama testi (SCL 90-R) puan ortalamalarının hastalık ve tedavi özelliklerine göre karşılaştırılması
9. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puan ortalamalarının hastalık ve tedavi özelliklerine göre karşılaştırılması
10. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamalarının hastalık ve tedavi özelliklerine göre karşılaştırılması

4.1. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Erken evre kanser tanısı almış hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde 186 hastanın %55.9'unun kadın; %44.1'inin ise erkek olduğu gözlenmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54.5 olup %52.6 yüzdesiyle 40-59 yaş gurubu en sık gözlenmektedir. Bu grubu sırasıyla %33.3 yüzdesiyle 60-79 yaş grubu, %11.8 yüzdesiyle 20-39 yaş grubu ve %2.3 yüzdesiyle 80 yaş ve üzeri olan grup izlemektedir. Araştırmaya katılmış erken evre kanser tanısı almış hastaların tamamı evli olup, hastaların gelir durumları incelendiğinde %70.9'u düşük, %23.6'sı orta ve %5.5'i yüksek seviyededir. Hastaların meslekleri incelendiğinde en sık gözlenen meslek türünün %32.7'lik oran ile emekli grubu olduğu, bunu ev hanımı (%17.2), işçi (%13.9), serbest meslek (%9.6), çiftçi (%9.1), memur (%9.1) ve işsiz (%8.4) grupları izlemektedir. Erken evre kanser tanısı almış hastaların yaşadıkları bölge türü incelendiğine ise hastaların %76.8'inin şehirde yaşadığı; geri kalanının ise köy veya kırsal bölgede yaşadığı görülmektedir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %55.9'unun sadece oku-yazar olduğu görülmekte ve bunu sırasıyla ilk/ortaokul mezunu (%24.7), lise mezunu (%8) ve yüksekokul mezunu (%1.6) takip etmektedir. Araştırmaya katılan hastaların evlilik süreleri incelendiğinde %29.5'lik yüzde ile 40 yıl ve üzeri olan grup ön plana çıkmaktadır. Bunu sırasıyla 30-39 yıl grubu (%28.4), 20-29 yıl grubu (%20.4), 10-19 grubu (%13.9) ve 0-9 grubu (%7.8) izlemektedir. Evlenme şekillerinde severek kendi isteğiyle evlenme %38,1 ile ilk sırada olup, bunu kendi kararıyla evlenme (%29.8), görücü usulü ile evlenme (%19.8) ve görücü usulüyle ailesinin kararıyla evlenme (%12.3) izlemektedir. Hastaların eşlerinin %60.2'si sadece okur-yazar iken, %26.8'si ilk/ortaokul mezunu, %12.9'u okur-yazar değil, %10.7'si lise mezunu ve %2.3'ü yüksekokul mezunudur. Araştırmaya katılan hastaların %58.0'ı çocuklarıyla birlikte yaşarken, %41,4'ü çocuklarıyla birlikte yaşamamaktadır. Hastaların çocuk sayıları incelendiğinde %58,0 ile 1-2 çocuk sayısı ilk sırada olup, bunu %31.1 ile çocuk sayısı 3-4 olan grup, %5.3 ile çocuk sayısı 0-1 ve %5.6 ile çocuk sayısı 5 ve üzeri olan grup gelmektedir. Tablo 4.1'de erken evre kanser tanısı almış hastalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular tanımlanmıştır.

Tablo 4.1. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		KİŞİ SAYISI (n)	YÜZDE (%)
Yaş (Ortalama=54,3)			
	20-39	22	11.8
	40-59	98	52.6
	60-79	62	33.3
	80 ve Üzeri	4	2,3
	Toplam	186	100
Medeni Durum			
	Evli	186	100
Cinsiyet			
	Kadın	104	55.9
	Erkek	82	44.1
	Toplam	186	100
Gelir Durumu			
	Düşük	44	23.6
	Orta	132	70.9
	Yüksek	10	5.5
	Toplam	186	100
Meslek			
	Emekli	61	32.7
	Ev Hanımı	32	17.2
	İşçi	26	13.9
	Serbest Meslek	18	9.6
	Çiftçi	17	9.1
	Memur	17	9.1
	İşsiz	15	8.4
	Toplam	186	100
Yaşanılan Bölge			
	Şehir	143	76.8
	Köy / Kırsal Bölge	43	23.1
	Toplam	186	100

Tablo 4.1. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		KİŞİ SAYISI (n)	YÜZDE (%100)
Eğitim			
	Sadece Okur-Yazar	122	55.9
	İlk/Orta Okul Mezunu	46	24.7
	Lise Mezunu	15	8.0
	Yüksekokul Mezunu	3	11.4
	Toplam	186	100
Evlilik Süresi			
	0-9 Yıl	14	7.8
	10-19 Yıl	26	13.9
	20-29 Yıl	38	20.4
	30-39 Yıl	53	28.4
	40 Yıl ve Üzeri	55	29.5
	Toplam	186	100
Evlenme Şekli			
	Severek Kendi İsteği İle	71	38.1
	Kendi Kararıyla	55	29.8
	Görücü Usulüyle	37	19.8
	Görücü Usülü Ailesinin Kararıyla	23	12.3
	Toplam	186	100
Hasta Eşinin Eğitim Durumu			
	Sadece Okur-Yazar	112	60.2
	İlk/Orta okul mezunu	50	26.8
	Lise Mezunu	20	10.7
	Yüksekokul Mezunu	4	2.3
	Toplam	186	100
Çocuk Sayısı			
	0-1	10	5.3
	1-2	108	58.0
	3-4	58	31.1
	5 ve üzeri	10	5.6
	Toplam	186	100

Tablo 4.1. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	KİŞİ SAYISI (n=186)	YÜZDE (%100)	
Çocuğu İle Birlikte Yaşama			
	Evet	108	59.1
	Hayır	78	41.9
	Toplam	186	100

4.2. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Erken evre kanser tanısı almış hastaların hastalık ve tedavi özellikleri incelendiğinde ilk kanser tanı alma yaşı 53.3 olup ilk sırada 40-59 yaş grubu (%54.8) yer almaktadır. Bunu sırasıyla 60 yaş ve üzeri (%32.2) ile 20-39 yaş grubu (%12.9) izlemektedir. Araştırmaya katılan hastaların kanser türleri arasında %36.5 ile meme kanseri en sık bulunmaktadır. Bunu sırasıyla kolorektal kanserler (%15.0), gastrointestinal sistem kanserler (%13.9), prostat kanseri (10.2), akciğer kanseri (%9.6), ürogenital kanserler (%8.6), deri ile ilgili kanserler (%4.3) ve baş-boyun kanserleri (%1.9) izlemektedir. Hastaların tanı süreleri incelendiğinde 0-6 ay %46,7 ile ilk sıradadır. Bunu 1-2 yıl (%21.5), 2-3 yıl (%10.2), 7-12 ay (%8.0), 5 yıldan fazla (%7.5) ve 3-5 yıl (%5.9) olarak sıralanmıştır. Erken evre kanser tanısı almış hastaların tedavi şekilleri; cerrahi tedavi ve kemoterapi alanlar (%48.3), sadece cerrahi tedavi alanlar (%38.7), cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi alanlar (%10.7) ile cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi alanlar (%2.3) olarak sıralanmaktadır. Hastaların %62.9'unun kanser dışı kronik hastalığı bulunmazken, %37.0'ının kanser dışı kronik hastalığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %66.6'sı hastalık hakkında konuşmak istememekte, %33.4'ü ise hastalık hakkında konuşmayı kabul etmektedir. Hastaların %79.0'ı algıladıkları sosyal desteği yeterli gördüklerini, %20.9'u ise yetersiz görmektedir. Hastaların %76.8'i eş ve diğer kişileri, %13.4'ü eş hariç diğer kişileri ve %9.1'i sadece yalnızca eşlerini destek kaynağı olarak gördüklerini belirtmiştir. Hastaların hastalıkları hakkında %91.3'ü algıladıkları bilgi düzeyini yeterli gördüklerini, %8.7'si ise yetersiz gördüklerini bildirmiştir. Tablo 4.2'de erken evre kanser tanısı almış hastalarının hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular incelenmiş olup kanser tipi, kanser yaşı, algılanan sosyal destek gibi bulgular tanımlanmıştır.

Tablo 4.2. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

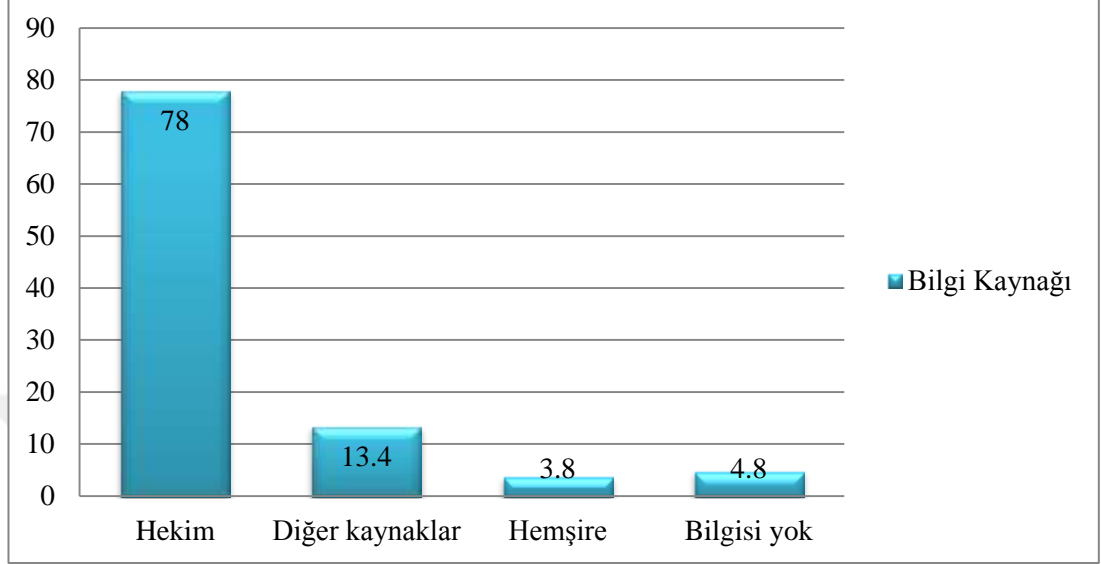
HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ		KİŞİ SAYISI (n)	YÜZDE (%)
Kanser Türü			
	Meme	68	36.5
	Kolorektal Kanserler (Rectum ve Kolon)	28	15.0
	GIS Sisteme Ait Kanserler (İnce Bağırsak, Karaciğer, Mide, Pankreas ve Safra Yolu)	26	13.9
	Prostat	19	10.2
	Akciğer	18	9.6
	Ürogenital Kanserler (Renal, Endometrium, Over, Serviks)	16	8,6
	Deri İle İlgili Kanserler (Cilt ve Melanoma)	8	4.3
	Baş - Boyun	3	1.9
	Toplam	186	100
Kanser Tanı Alma Yaşı (ortalama=53.3)			
	20-39 Yaş	24	13.0
	40-59 Yaş	102	54.8
	60 ve Üzeri	60	32.2
	Toplam	186	100
Kanser Tanı Süresi			
	0-6 Ay	87	46.7
	7-12 Ay	15	8.0
	1-2 Yıl	40	21.5
	2-3yıl	19	10.2
	3-5 Yıl	11	5.9
	5 Yıldan Fazla	14	7.7
	Toplam	186	100

Tablo 4.2 devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ		KİŞİ SAYISI(n)	YÜZDE(%)
Tedavi Şekli			
	Cerrahi Tedavi	72	38.7
	Cerrahi ve Kemoterapi	90	48.3
	Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapi	20	10.7
	Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonal Terapi	4	2.3
	Toplam	186	100
Kanser Dışı Kronik Hastalık			
	Var	69	37.1
	Yok	117	62.9
	Toplam	186	100
Kanser Hakkında Konuşma İsteği			
	Evet	62	33.4
	Hayır	124	66.6
	Toplam	186	100
Hastalık Hakkında Algılanan Bilgi Düzeyi			
	Yeterli	170	91.3
	Yetersiz	16	8.7
	Toplam	186	100
Algılanan Sosyal Destek			
	Yeterli	147	79.0
	Yetersiz	39	21.0
	Toplam	186	100
Destek Kaynakları			
	Eş/partner ve diğer kişiler	143	76.8
	Eş/partner hariç diğer kişiler	26	13.4
	Yalnızca Eş/partner	17	9.1
	Toplam	186	100

Katılımcılar hastalıkları hakkında bilgi edindikleri kaynağa göre değerlendirildiğinde 145'inin (%78) hekimden, 25'inin (%13.4) diğer kaynaklardan, 7'sinin (%3.8) hemşireden bilgi edindiği; 9 hastanın (%4.8) hastalığı hakkında bilgisinin olmadığı görülmektedir. Bulgular **şekil 2**'de gösterilmiştir.

Şekil 2 : Araştırmaya katılan hastaların bilgi edinme kaynakları



4.3.Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerinin Karşılaştırılması

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların ölçek puanları şu şekildedir:

Şekil 3 : Araştırmaya katılan hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları

ARAŞTIRMADA KULLANILAN TESTLER	TESTTEN ALINAN PUAN	KİŞİ SAYISI (N)	YÜZDE (%)
Eş Uyum Puan Ortalamaları (ÇUÖ)	99.03	186	100
Ruhsal Belirti Puan Ortalamaları (SCL90-R)	0.83	186	100
Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamaları (GSA-12)	3.44	186	100

ÇUÖ ile SCL90-R puanı arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon saptanırken ($\rho:-0.220$, $p<0.05$), GSA-12 puanı ile arasında negatif yönde orta derecede korelasyon ($\rho:-0.320$, $p<0.05$) saptanmıştır. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların ÇUÖ puanları arttıkça SCL90-R puanları azalmış fakat aralarında ilişki zayıf bulunmuştur. Aynı şekilde ÇUÖ puanları arttıkça GSA-12

puanları da azalmış, aralarındaki ilişki orta derecede kuvvetli bulunmuştur. SCL90-R puanı ile GSA-12 puanı arasında pozitif yönde orta derecede korelasyon ($\rho:0.507$, $p<0.05$) saptanmıştır. Hastaların SCL90-R puanları arttıkça GSA-12 puanlarının da arttığı saptanmış, aralarındaki ilişki orta derecede kuvvetli bulunmuştur. Bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

4.3.Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerinin Karşılaştırılması

		ÇUÖ	SCL90-R	GSA-12
ÇUÖ	ρ^*	1,000	-,220*	-,320*
	p	.	,003	,000
SCL90-R	ρ^*	-,220*	1,000	,507*
	p	,003	.	,000
GSA-12	ρ^*	-,320*	,507*	1,000
	p	,000	,000	.

*Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

4.4.Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Ortalamalarının Ruhsal Belirti Puan Ortalamaları (SCL 90-R) İle Karşılaştırılması

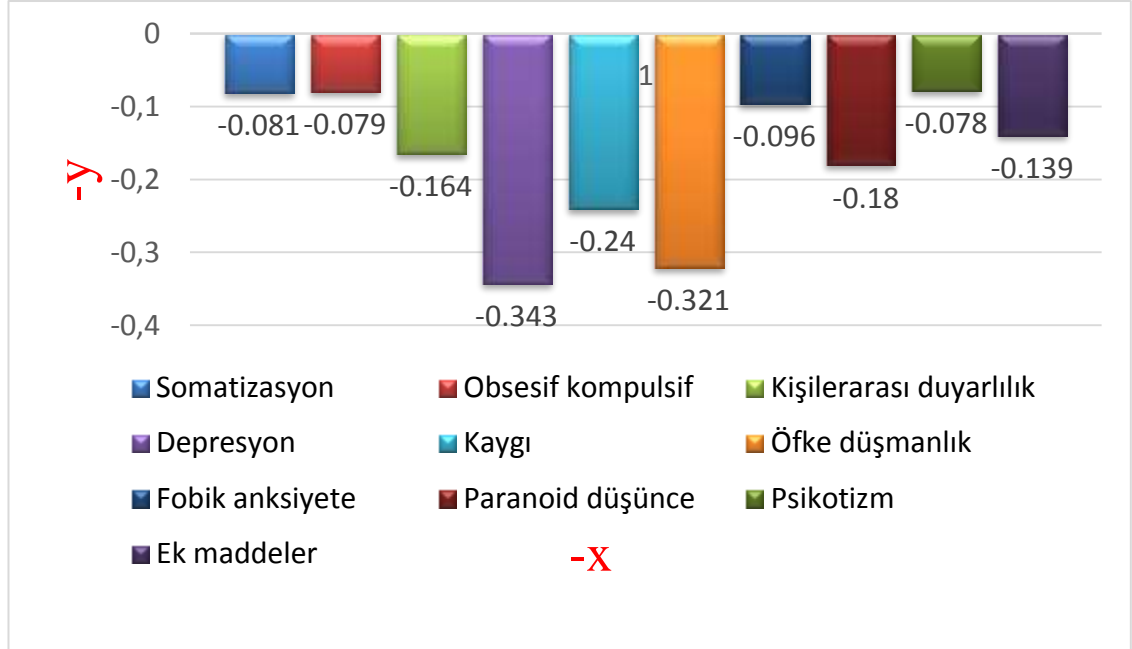
Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların ÇUÖ puanı ile kişilerarası duyarlılık arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon ($\rho:-0.164$, $p:0.025$), kaygı ile arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon ($\rho:-0.240$, $p:0.001$), depresyon ile arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon ($\rho:-0.343$, $p:0.000$), öfke düşmanlık ile arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon ($\rho:-0.321$, $p:0.000$) ve paranoid düşünce arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon ($\rho:-0.180$, $p:0.014$) saptanmıştır. Diğer değişkenler arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır ($p>0.05$). Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların ÇUÖ puanı arttıkça kişilerarası duyarlılık, kaygı ve paranoid düşünce puanlarında azalma saptanmış; somatizasyon, obsesif kompulsif, fobik anksiyete, psikotizm ve ek maddeler arasında ilişki bulunamamıştır. Bulgular Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Ortalamaları ile Ruhsal Belirti Türleri (SCL 90-R) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ÇUÖ	
	rho*	P
SCL90-R ALT GRUPLAR		
Somatizasyon	-0.081	0.274
Obsesif kompulsif	-0.079	0.286
Kişilerarası duyarlılık	-.164*	0.025
Depresyon	-.343*	0
Kaygı	-.240*	0.001
Öfke düşmanlık	-.321*	0
Fobik anksiyete	-0.096	0.193
Paranoid düşünce	-.180*	0.014
Psikotizm	-0.078	0.290
Ek maddeler	-0.139	0.059

*Spearman korelasyon testi kullanılmıştır

Şekil 4: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Ortalamaları ile Ruhsal Belirti Türleri (SCL 90-R) Alt Grupların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Grafik ile Gösterimi



4.5. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özellikleri İle Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi puan ortalamaları (SCL 90-R) ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsiyet, eğitim ve eş eğitim durumunun ölçek puanı ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmış olup diğer değişkenler açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p < 0.05$). Bulgular Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		SCL90-R			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Yaş					
	20-39	22	.81	.63	0.514*
	40-59	98	.79	.66	
	60-79	62	.88	.78	
	80 ve üzeri	4	1.30	.95	
	Toplam	186			
Cinsiyet					
	Kadın	104	.96	.74	$p < 0.05^{**}$
	Erkek	82	.68	.64	
	Toplam	186			
Gelir Durumu					
	Düşük	44	.97	.68	0.077*
	Orta	132	.77	.69	
	Yüksek	10	1.11	.93	
	Toplam	186			
Meslek					
	Emekli	61	.80	.69	0.321*
	Ev hanım	32	.72	.64	
	İşçi	26	.65	.51	
	Serbest meslek	18	.81	.66	
	Memur	17	1.18	.92	
	Çiftçi	17	.81	.55	
	İşsiz	15	1.21	.97	
	Toplam	186			
Yaşanılan Bölge					
	Şehir	143	.77	.65	0.051**
	Köy / kırsal bölge	43	1.06	.85	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.5. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		SCL90-R			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Eğitim					
	Sadece Okur Yazar	122	.76	.68	p<0.05*
	İlk/Orta okul mezunu	46	.84	.69	
	Lise Mezunu	15	1.45	.74	
	Yüksekokul Mezunu	3	.51	.14	
	Toplam	186			
Evlenme Şekli					
	Severek kendi isteği ile	71	.85	.71	0.263*
	Kendi kararıyla	55	.74	.65	
	Görücü usulüyle	37	.83	.75	
	Görücü usulü ailesinin kararıyla	23	1.03	.75	
	Toplam	186			
Hasta Eşinin Eğitim Durumu					
	Okur yazar	112	.72	.61	p<0.05*
	İlk/Orta okul mezunu	50	.81	.75	
	Lise mezunu	20	1.52	.78	
	Yüksekokul mezunu	4	.89	.41	
	Toplam	186			
Çocuk Sayısı					
	0	10	.72	.67	0.146*
	1-2	108	.91	.72	
	3-4	58	.77	.72	
	5 ve üzeri	10	.50	.41	
	Toplam	186			
Çocuklar İle Birlikte Yaşama					
	Evet	108	.88	.70	0.148**
	Hayır	78	.77	.71	
	Toplam	186			
Evlilik Süresi					
	0-9 yıl	14	.92	.66	0.132*
	10-19 yıl	26	1.06	.72	
	20-29 yıl	38	.73	.56	
	30-39 yıl	53	.77	.75	
	40 ve üzeri yıl	55	.84	.76	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

4.6. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan (GSA-12) Ortalamalarının Sosyodemografik Özellikleri İle Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Genel Sağlık Anketi Kısa Form puan ortalamaları (GSA-12) ile sosyodemografik özelliklerinin arasındaki ilişki incelendiğinde; gelir durumu ve hasta eşinin eğitim durumu ölçek puanı ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup diğer değişkenler açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p < 0.05$). Bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		GSA-12			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Yaş					
	20-39	22	2.86	3.82	0.257*
	40-59	98	3.38	2.99	
	60-79	62	3.56	3.15	
	80 ve üzeri	4	6.25	4.92	
	Toplam	186			
Cinsiyet					
	Kadın	104	3.76	3.63	0.514**
	Erkek	82	3.04	2.52	
	Toplam	186			
Gelir Durumu					
	Düşük	44	3.89	3.24	p<0.05*
	Orta	132	3.14	3.09	
	Yüksek	10	5.50	3.75	
	Toplam	186			
Meslek					
	Emekli	61	3.38	2.82	0.460*
	Ev hanım	32	3.41	3.68	
	İşçi	26	2.58	2.63	
	Serbest meslek	18	3.39	2.75	
	Memur	17	4.18	3.41	
	Çiftçi	17	2.76	2.91	
	İşsiz	15	5.27	4.51	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.6. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		GSA-12			p
		SAYI(n)	ORTALAMA	SS	
Yaşanılan Bölge					
	Şehir	143	3.27	2.97	0.453**
	Köy / kırsal bölge	43	4.02	3.85	
	Toplam	186			
Eğitim					
	Okur yazar	104	3.42	3.03	0.128*
	İlk/Orta okul mezunu	46	3.07	3.55	
	Lise mezunu	15	5.00	3.36	
	Yüksekokul mezunu	3	2.33	2.08	
	Toplam	186			
Evlilik Süresi					
	0-9 Yıl	14	2.43	3.46	0.545*
	10-19 Yıl	26	3.85	3.92	
	20-29 Yıl	38	3.11	2.71	
	30-39 Yıl	53	3.55	3.17	
	40 Yıl Ve Üzeri	55	3.64	3.15	
	Toplam	186			
Evlenme Şekli					
	Severek Kendi İsteği İle	71	3.46	3.53	0.300*
	Kendi kararıyla	55	2.78	2.52	
	Görücü usulüyle	37	3.89	3.05	
	Görücü usulü ailesinin kararıyla	23	4.22	3.66	
	Toplam	186			
Hasta Eşin Eğitimin Durumu					
	Okur yazar	112	3.28	2.97	p<0.05*
	İlk/Orta okul mezunu	50	2.94	3.23	
	Lise Mezunu	20	5.35	3.59	
	Yüksekokul Mezunu	4	4.75	4.65	
	Toplam				
Çocuk Sayısı					
	0	10	2.30	3.95	0.123*
	1-2	108	3.46	3.20	
	3-4	58	3.83	3.20	
	5 ve üzeri	10	2.10	1.85	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.6. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		GSA-12			p
		SAYI(n)	ORTALAMA	SS	
Çocuklar İle Birlikte Yaşama					
	Evet	108	3.26	3.24	0.228**
	Hayır	78	3.69	3.14	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

4.7. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Ortalamalarının Sosyodemografik Özellikleri İle Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların eş uyum puan (ÇUÖ) ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların evlenme şekli ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup diğer değişkenler açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p < 0.05$). Bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyumu (ÇUÖ) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		ÇUÖ			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Yaş					
	20-39	22	101.50	27.89	0.314*
	40-59	98	96.16	24.84	
	60-79	62	102.44	22.07	
	80 ve üzeri	4	103.00	20.30	
	Toplam	186			
Cinsiyet					
	Kadın	104	96.53	25.22	0.120**
	Erkek	82	102.21	22.74	
Gelir Durumu					
	Düşük	44	96.50	24.01	0.270*
	Orta	132	99.03	24.62	
	Yüksek	10	110.20	18.68	
Yaşadığı Yer					
	Şehir	143	100.45	24.75	0.082**
	Köy / kırsal bölge	43	94.30	22.14	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.7. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyumu (ÇUÖ) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		ÇUÖ			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Meslek					
	Emekli	61	10367	20.40	0.161*
	Ev hanım	32	96.06	22.26	
	İşçi	26	100.58	26.08	
	Serbest meslek	18	90.94	29.91	
	Memur	17	95.29	30.66	
	Çiftçi	17	106.59	22.25	
	İşsiz	15	89.20	23.68	
	Toplam	186			
Eğitim					
	Sadece Okur-yazar	122	98.57	23.29	0.204*
	İlk/Orta okul mezunu	46	99.35	23.75	
	Lise mezunu	15	96.80	33.49	
	Yüksekokul mezunu	3	124.00	9.54	
	Toplam	186			
Evlilik Süresi					
	0-9 yıl	14	100.50	27.31	0.899*
	10-19 yıl	26	102.73	25.00	
	20-29 yıl	38	97.24	27.68	
	30-39 yıl	53	97.62	24.32	
	40 ve üzeri yıl	55	99.51	21.00	
	Toplam	186			
Evlenme Şekli					
	Severek Kendi İsteği İle	71	103.48	24.91	p<0.05*
	Kendi Kararıyla	55	99.45	21.80	
	Görücü Usulüyle	37	96.19	25.76	
	Görücü Usulü Ailesinin Kararıyla	23	88.87	23.12	
	Toplam	186			
Hasta Eşinin Eğitim Durumu					
	Okur Yazar	112	98.40	22.98	0.077*
	İlk/Orta okul mezunu	50	98.08	26.41	
	Lise Mezunu	20	99.70	26.20	
	Yüksekokul Mezunu	4	125.25	8.18	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.7. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyumu (ÇUÖ) Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	ÇUÖ			p	
	SAYI (n)	ORTALAMA	SS		
Çocuk Sayısı					
	0	10	104.10	24.48	0.124*
	1-2	108	101.38	25.03	
	3-4	58	94.22	22.71	
	5 ve üzeri	10	96.50	22.95	
	Toplam	186			
Çocuklar İle Birlikte Yaşama					
	Evet	108	99.64	25.44	0.639**
	Hayır	78	98.19	22.65	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

4.8. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının (SCL 90-R) Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti Puan ortalamalarının (SCL 90-R) ile hastalık ve tedavi özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, kanser tipi ve tanı süresi ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup diğer değişkenler açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p < 0.05$). Bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R) Puan Ortalamaları ile Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ		SCL90-R			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Kanser Türü					
	Meme	68	.81	.63	p<0.05*
	Kolorektal Kanserler (Rectum ve Kolon)	28	1.13	.88	
	GIS Sisteme Ait Kanserler (İnce Bağırsak, Karaciğer, Mide, Pankreas ve Safra Yolu)	26	.90	.80	
	Prostat	19	.40	.25	
	Akciğer	18	.87	.83	
	Ürogenital Kanserler (Renal, Endometrium, Over, Serviks)	16	1.10	.53	
	Deri İle İlgili Kanserler (Cilt ve Melanoma)	8	.28	.15	
	Baş ve Boyun	3	.61	.72	
	Toplam	186			
Kanser Tanı Yaşı					
	20-39	24	.83	.62	0.829*
	40-59	102	.82	.71	
	60 ve üstü	60	.86	.74	
	Toplam	186			
Tanı Süresi					
	0-6 ay	87	.99	.77	p<0.05*
	7-12 ay	14	.48	.51	
	1 yıl	41	.58	.47	
	2 yıl	19	.75	.77	
	3-5 yıl	11	1.02	.72	
	5 yıldan fazla	14	.94	.69	
	Toplam	186			
Tedavi Şekli					
	Cerrahi	71	.74	.67	0.379*
	Cerrahi ve Kemoterapi	91	.94	.77	
	Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapi	20	.72	.54	
	Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonal Terapi	4	.70	.52	
	Toplam	186			
Kanser Dışı Kronik Hastalık Durumu					
	Var	69	.80	.69	0.441**
	Yok	117	.86	.72	
	Toplam	186			
Kanser Hakkında Konuşma İsteği					
	Evet	62	1.02	.87	0.137**
	Hayır	124	.74	.59	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.8 devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R)Puan Ortalamaları ile Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ	SCL90-R			p	
	SAYI (N)	ORTALAMA	SS		
Algılanan Sosyal Destek					
	Yeterli	147	.80	.67	0.255**
	Yetersiz	39	.96	.82	
	Toplam	186			
Hastalık Hakkında Algılanan Bilgi Düzeyi					
	Yeterli	170	.84	.70	0.658**
	Yetersiz	16	.77	.80	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

4.9. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Puan Ortalamalarının Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların GSA-12 puanı ile hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulguları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık konuşma ve hastalık destek ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki anlamlı olup diğer değişkenlerle ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bulgular Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Puan Ortalamaları ile Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ	GSA-12			p	
	SAYI (n)	ORTALAMA	SS		
Kanser Türü					
	Meme	68	3.06	3.11	0.186*
	Kolorektal Kanserler (Rectum ve Kolon)	28	439	3.58	
	GIS Sisteme Ait Kanserler (İnce Bağırsak, Karaciğer, Mide, Pankreas ve Safra Yolu)	26	408	3.42	
	Prostat	19	242	2.17	
	Akciğer	18	272	2.44	
	Ürogenital Kanserler (Renal, Endometrium, Over, Serviks)	16	500	3.97	
	Deri İle İlgili Kanserler (Cilt ve Melanoma)	8	300	2.62	
	Baş ve Boyun	3	1.33	1.53	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.9. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) Puan Ortalamaları ile Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

HASTALIK VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ	GSA-12			p	
	SAYI (n)	ORTALAMA	SS		
Kanser Tanı Yaşı					
	20-39	24	2.88	3.81	0.230*
	40-59	102	3.39	3.01	
	60 ve üstü	60	3.75	3.26	
	Toplam	186			
Kanser Tanı Süresi					
	0-6 ay	87	3.85	3.52	0.152*
	7-12 ay	14	3.07	2.62	
	1 yıl	41	2.51	2.53	
	2 yıl	19	2.79	2.92	
	3-5 yıl	11	4.91	2.63	
	5 yıldan fazla	14	3.71	3.69	
	Toplam	186			
Tedavi Şekli					
	Cerrahi	71	3.62	3.45	0.894*
	Cerrahi ve Kemoterapi	91	3.35	2.97	
	Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapi	20	3.25	3.08	
	Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonal Terapi	4	3.25	5.25	
	Toplam	186			
Kanser Dışı Kronik Hastalık					
	Var	69	3.72	3.04	0.157**
	Yok	117	3.27	3.29	
	Toplam	186			
Kanser Hakkında Konuşma İsteği					
	Evet	62	4.27	3.43	0.014**
	Hayır	124	3.02	3.01	
	Toplam	186			
Algılanan Sosyal Destek					
	Yeterli	147	3.04	3.12	p<0.05**
	Yetersiz	39	4.95	3.06	
	Toplam	186			
Hastalık Hakkında Algılanan Bilgi Düzeyi					
	Yeterli	170	3.42	3.17	0.887**
	Yetersiz	16	3.69	3.59	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

4.10. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Ortalamalarının Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan evre kanser tanısı almış olan hastaların ÇUÖ puanı ile hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular arasındaki ilişki incelendiğinde; algılanan sosyal destek durumu ve destek kaynakları ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki anlamlı olup, diğer değişkenlerle ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p<0.05). Destek

kaynaklarına göre Eş Uyum Puan (ÇUÖ) ortalamalarının karşılaştırılması Şekil 5'te grafik ile gösterilmiştir. Bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Puan Ortalamaları ile Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Hastalık ve Tedavi Özellikleri		ÇUÖ			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Kanser Türü					
	Meme	68	98.75	23.55	0.765*
	Kolorektal Kanseler (Rectum ve Kolon)	28	102.57	30,06	
	GIS Sisteme Ait Kanseler (İnce Bağırsak, Karaciğer, Mide, Pankreas ve Safra Yolu)	26	95.12	20.16	
	Prostat	19	98.32	18.48	
	Akciğer	18	103.89	20.96	
	Ürogenital Kanseler (Renal, Endometrium, Over, Serviks)	16	93.00	31.22	
	Deri İle İlgili Kanseler (Cilt ve Melanoma)	8	106.13	22.22	
	Baş-Boyun	3	95.00	40.11	
	Toplam	186			
Kanser Tanı Yaşı					
	20-39	24	100.33	27.86	0.247*
	40-59	102	96.53	24.76	
	60 ve üstü	60	102.77	21.61	
	Toplam				
Kanser Tanı Süresi					
	0-6 ay	87	98.92	26.32	0.311*
	7-12 ay	14	101.93	19.07	
	1 yıl	41	102.93	17.90	
	2 yıl	19	94.68	20.40	
	3-5 yıl	11	83.64	33.43	
	5 yıldan fazla	14	103.43	26.43	
	Toplam	186			
Tedavi Şekli					
	Cerrahi	71	98.00	25.70	0.471*
	Cerrahi ve Kemoterapi	91	98.38	2256	
	Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapi	20	102.45	27.89	
	Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonal Terapi	4	115.00	15.06	
	Toplam	186			
Kanser Dışı Kronik Hastalık Durumu					
	Var	69	96.58	25.12	0.309**
	Yok	117	100.48	23.72	
	Toplam	186			

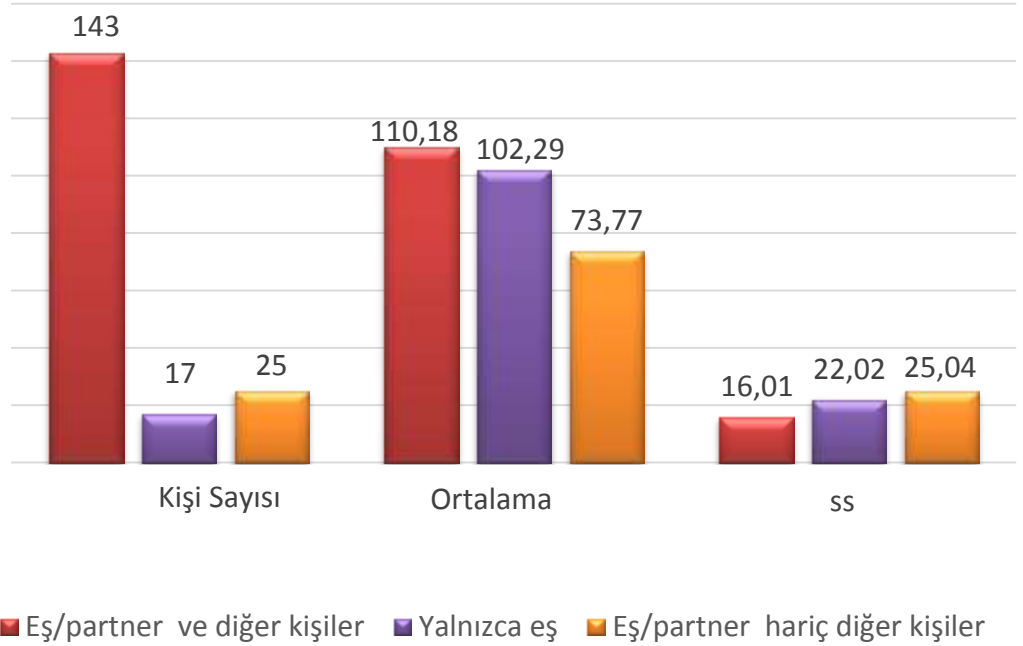
*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.10. devamı: Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastaların Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Puan Ortalamaları ile Hastalık ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Hastalık ve Tedavi Özellikleri		ÇUÖ			p
		SAYI (n)	ORTALAMA	SS	
Hastalık Hakkında Konuşma İsteği					
	Evet	62	98.48	23.25	0.704**
	Hayır	124	99.31	24.83	
	Toplam	186			
Hastalık Hakkında Algılanan Bilgi Düzeyi					
	Yeterli	147	105.00	19.77	p<0.05**
	Yetersiz	39	76.54	26.58	
	Toplam	186			
Algılanan Sosyal Destek					
	Yeterli	170	98.48	24.65	0.309**
	Yetersiz	16	104.88	19.30	
	Toplam	186			
Destek Kaynakları					
	Eş/partner ve diğer kişiler	143	110.18	16.01	p<0.05*
	Yalnızca eş/partner	25	102.29	22.02	
	Eş/partner hariç diğer kişiler	17	73.77	25.44	
	Toplam	186			

*Kruskal Wallis Varyans Analizi **Mann Whitney U Testi

Şekil 5: Destek Kaynaklarına Göre Eş Uyum Puan (ÇUÖ) Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Grafik İle Gösterimi



TARTIŞMA

Erken evre kanser tanısı almış hastalardan elde edilen bulgular, hastaya ve hastalığa ilişkin sosyodemografik özellikler ile hastaların eş uyumu ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişkiye ilişkin sonuçlar ile bu bölümde tartışılacaktır.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda algılanan eş uyumu ve ruhsal durum ilişkisinin incelendiği çalışmada araştırma kapsamına alınan hastalarda veriler, sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikler bilgi formu, Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL-R 90), Genel Sağlık Anketi Kısa Form (GSA-12) ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ile toplanmıştır. Elde edilen bulgular, mevcut literatür bilgisi ile birlikte aşağıda tartışılmaktadır.

Erken evre kanser tanısı almış olan sosyodemografik özellikleri incelendiğinde hastalarda algılanan eş uyumu ve ruhsal durum ilişkisinin incelendiği bu çalışmada hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de yer almaktadır. Buna göre araştırma kapsamına alınan 186 hastanın %55.9’unun kadın; %44.1’inin ise erkek olduğu görülmektedir. Aynı bulgularda araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 54.5 olduğu görülmekte olup en sık gözlenen yaş gurubu ise 40 ile 59 yaş aralığıdır (Tablo 4.1). Dünya ve Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre kanser tanısının alındığı yaş aralıklarıyla uyumlu bulunmuştur (Can 2015, Özdemir ve Özkan 2016).

Araştırmaya katılma kriterlerinin gereği olarak çalışmaya katılan tüm bireyler evlidir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %70.9’unun gelir seviyesi orta seviyede olup en sık gözlenen meslek gurubunun ise %32.7’lik oran ile emekli olduğu görülmektedir. Erken evre kanser tanısı almış hastaların yaşadıkları bölge türü incelendiğine ise hastaların %76,8’inin şehirde yaşadığı; geri kalanının ise köy veya kırsal bölgede yaşadığı görülmektedir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %55.9’unun sadece okur-yazar olduğu görülmekte iken; hastaların eşleri ise %60.2’si sadece okur-yazardır. Bu oranlar araştırmanın gerçekleştirildiği il dikkate alındığında Türkiye İstatistik Kurumu 2014 verilerine göre Tekirdağ ili okur-yazarlık oranı (%56.3) ile uyumlu bulunmuştur (TÜİK-2015). Gene araştırma kapsamına alınan hastaların gelir düzeyi de Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2014 yılında gerçekleştirdiği Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların evlilik süreleri incelendiğinde ise yaklaşık %30'unun 40 yıl ve üzeri süredir evli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayısı incelendiğinde ise hastaların %58'inin 1 ile 2 arasında çocuğu olduğu, yine hastaların %58'inin çocukları ile birlikte yaşadıkları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların evlenme şekilleri incelendiğinde ise sıklıkla severek ve kendi isteğiyle evlenme şekli dikkati çekmektedir (Tablo 4.1). Bunu sırasıyla kendi kararı ile evlenme, görücü usulü ile evlenme ve görücü usulüyle ailesinin kararıyla evlenme izlemektedir (Tablo 4.1). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2011 yılında gerçekleştirdiği Aile Yapısı araştırmasına göre de araştırmaya katılanların %41'inin kendi seçimi ve ailesinin onayıyla; %42.4'ünde kendi kararı ve görücü usulüyle evlendiği görülmektedir (TÜİK, 2014)

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de yer almaktadır. Bu bulgular incelendiğinde hastaların ilk kanser tanısı alma yaş ortalaması 53.3 bulunmuştur. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların %54.8'i ilk kanser tanısını 40 ile 59 yaş aralığında almaktadır Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society-ACS)'nin 2015'te yayımladığı verilerine göre, tüm kanser türlerinin %78'i, 55 yaş ve üzerindeki kişilerde ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada da kanserde tanı alma yaş ortalaması yakın bulunmuştur.

Araştırma kapsamında yer alan hastalarda en sık meme kanserine rastlanmaktadır (%36.5). Bunu sırasıyla kolorektal kanserler, GİS kanserleri, prostat kanseri, akciğer kanseri, ürogenital kanserler, deri ile ilgili kanserler ve baş-boyun kanserleri izlemektedir (Tablo 4.2). Kolorektal kanserler içinde rektum ve kolon kanserleri; gastrointestinal sistem kanserleri içinde ince bağırsak, karaciğer, mide, pankreas ve safra yolu; ürogenital kanserler içinde renal, endometrium, over ve serviks; deri ile ilgili kanserler içinde cilt ve melanoma kanserleri bulunmaktadır.

Özdemir ve Özkan'ın (2016) bildirdiğine göre dünya genelinde görülen kanser vakalarında ilk beş sıra akciğer (%13), meme (%12), kolorektal (%10), prostat (%8) ve mide kanseri (%7) olarak saptanmıştır. Erken evre kanser hastalarında gerçekleşen bu çalışmada da ilk sırada akciğer kanserinin olmayışı,

araştırmaya dahil edilme kriteri olan hastanın metastazının olmaması, makroskopik ve mikroskopik tümör kalmayacak şekilde (R0) cerrahi rezeksiyon yapılmış ya da planlanmış olması kriterlerini sağlayabilen akciğer kanseri vakasının sınırlı olmasıyla açıklanabilir. Öte yandan araştırma bulgularında en az gözlenen kanser türü olan baş-boyun ve deri ile ilgili kanserlerin de literatür bilgilerine göre erken evrede tanılama süreci güç olmaktadır (Ulusoy ve Topgül 2010). Erken evre kanser tanısı almış olan hastalar ile gerçekleştirilen bu çalışmada da bulgularda en sık gözlenen kanser türünün meme kanseri olması, çalışmanın yapıldığı merkezin meme kanseri için tarama projesi uygulamasını sürdürmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanı süreleri incelendiğinde hastaların %46.2'sinin ilk tanıyı öğrenmelerinden itibaren geçen süre 6 ay ile sınırlıdır. Literatür bilgilerine göre ilk kanser tanısı aldıktan 1 yıl içinde hastalar daha fazla tanı ve tedavi süreci nedeniyle hastanede bulunmaktadırlar (Baykan ve ark. 2010, Can 2015, Ulusoy ve Topgül 2010). Gene aynı yazarlar kanser hastalarında birçok kanser türü için ilk bir yıl sonra takip sayısının azaldığını belirtmektedir.

Erken evre kanser tanısı almış hastaların tedavi şekillerine ilişkin bulgular incelendiğinde; cerrahi tedavi ve kemoterapi alanlar, sadece cerrahi tedavi alanlar, cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi alanlar ile cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi alanlar olarak sıralanmaktadır (Tablo 4.2). Çalışmaya katılan hastaların hepsi cerrahi tedavi almış olup en sık gözlenen tedavi şekli %48.4 ile kemoterapi ve cerrahi tedavi birlikteliği olmuştur. Göksoy'un (2001) bildirdiğine göre tümörlerin yaklaşık %90'ının tanılanması ve evlendirilmesinde cerrahi yöntem kullanılırken %60'ından fazlasının da cerrahi yöntemle tedavi edilmektedir.

Tüm kanser türleri için erken evre tanımı yapılabilmesi güç bir konudur (Alicıkuş ve Gören 2015, Can 2015, Haydaroğlu 2015, Ergüney 2013, Özsoy 2013, Sağıroğlu 2013, Ulusoy ve Topgül 2010). Erken evre kanser hastalarının tanı ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde de cerrahi tedavi ve kemoterapi uygulanan hasta oranının (%48.3) diğer tedavi uygulamalarına göre yüksek çıktığı görülmektedir. Bu bulgu araştırmaya dahil edilme kriteri olan, hastaların makroskopik ve mikroskopik tümör kalmayacak şekilde (R0) cerrahi rezeksiyon yapılmış ve nüks oranını azaltması sebebiyle adjuvan tedavi kapsamında kemoterapi almaları ile açıklanabilmektedir. Araştırma kapsamına dahil edilen erken evre kanser hastalarının radyoterapi alma oranlarının düşük olması (%10.7) araştırma yapılan

merkezde radyasyon onkolojisi bölümünün bulunmayışı ve her kanser türünde bu tedavinin uygulanmamasından ileri geldiği düşünülmektedir. Literatür bilgilerine göre meme kanseri ve prostat kanserinde hormonal terapinin sıklıkla kullanılmasına karşın araştırma bulgularında bu tedavi türünün de kullanım sıklığının az olduğu (%2.3) görülmektedir (Fidan ve Kavgacı 2012, Tinay ve Türkeri, 2016, Uçar ve Berk 2015). Öte yandan hormonal terapi alan hasta sayısının araştırma bulgularında düşük çıkması (%2.3) bu hastaların hormonal tedaviyi ayaktan-yatış olmadan almaları ile açıklanabilmektedir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların kanser hakkında bilgi alma istekleri incelendiğinde hastaların %66.6'sı hastalıkları hakkında konuşmak istememektedir. Literatüre göre de "kanser" sözcüğü, insan yaşamını beklenmeyen bir şekilde kesintiye uğratan, bireye otonomisini kaybedeceğini ve ölümü çağrıştıran bir hastalık olması nedeniyle tabu olarak görülmekte ve konuşulamamaktadır. (Gümüş 2006, Öz 2015, Zenciri ve ark. 2015). Babaoğlu ve Öz (2003)'ün bildirdiğine göre kanser tanısı kişinin homeostatik dengesini bozabilen bir kavram olup, adının verdiği korku, hastalık ve tedavi sürecindeki yaşanabileceklerin yarattığı stres, hastaları ve yakınlarını, diğer hastalık gruplarına oranla daha çok olumsuz etkilemektedir. Araştırma bulguları incelendiğinde de hastaların yarısından çoğunun kanser hastalığını konuşmaya ve bilgi alamaya isteksizlikleri yukarıdaki araştırma sonuçları ile açıklanabilmektedir.

Erken evre kanser tanısı alan hastaların sosyal destek kaynağı ve algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkili bulgular incelendiği hastaların %79'unun algıladıkları sosyal desteği yeterli gördükleri; %76.8'inin de eşlerini ve diğer kişileri destek kaynağı olarak algıladıkları görülmektedir. Konuyla ilgili araştırmalara göre hastaların kanser yaşantısı ile baş edebilmeleri için sosyal çevrelerinin hastanın yeni yaşamına uyum yapmaları ve hastaların da kendilerini gerek maddi gerek manevi desteklendiklerini hissetmeleri gerekmektedir (Arslan ve ark. 2008, Dansuk ve ark. 2002, Dedeli ve ark. 2008, Özyurt 2007).

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların %91.3'ü de hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini yeterli görmekte; bilgi sahibi olan hastaların %78'i sadece hekimden, %3.8'i hemşireden bilgi aldığını ifade etmiştir (Şekil 2). Buradaki

bilgi düzeyi ile belirtilmek istenen hastanın kanser tanısı, prognozu ve tedavi sürecine dair bilgileridir. Literatür bilgilerine göre kanser ile ilgili bilgileri paylaşmada farklı bakış açıları hakimdir. ABD, Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde tanının bireye söylenme eğilimi yaygın olsa da Güney Avrupa ülkelerinde, kanser tanısı ve prognozunun hastalara söylenmemesi eğiliminin daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Aynı eğilim doğu ülkelerinde de görülmektedir. Doğu ülkelerinin anlayışında birey aileye aittir ve karar verme yetki ve sorumluluğu da bir aile sorunu olmaktadır (Bilgin ve ark. 2008, Dülgerler ve Çam 2016). Bu konuda ülkemizde de benzer bir yaklaşımın egemen olduğu, yapılan çalışmalarda ülkemizde kanser tanısını bilmeme oranının %20-54 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Ateşçi ve ark. 2003, Bilgin ve ark. 2008, Ersoy 2000). Özyurt (2007), konu ile ilgili gerçekleştirildiği çalışmada, hastaların yarısından çoğunun kanser tanısı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmektedir. Araştırma bulgularında erken evre kanser tanısı almış hastaların çoğunun bilgi düzeylerini yeterli bulmalarının nedeni olarak araştırma yapılan merkezde sağlık profesyonellerinin, hastaların yanlış kaynaklardan bilgi almanın önüne geçmeye yönelik bilinçli bilgilendirmeleri olduğu düşünülmektedir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların araştırma kapsamında kullanılan tetslerden aldıkları puanlar incelendiğinde (Şekil 3), Eş Uyum Puanı (ÇUÖ) ile Ruhsal Belirti puanları (SCL 90-R) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.3, Şekil 4). Bu bulguya göre, erken evre kanser tanısı almış olan hastaların eş uyumu artan hastaların ruhsal belirtileri azalmaktadır. Konuyla ilgili çalışmalarda da erken evre kanser türlerinin eş uyumunu olumsuz yönde etkilediği; eş uyumu arttıkça hastaların ruhsal durumunun ve iyilik halinin artmakta olduğu vurgulanmıştır (Doğan 2008, Manne et al. 2015, McCaughan et al. 2015, Ross et al. 2016). McCaughan ve arkadaşları da (2012), evlilik içi çatışmaları az olan ve uyumlarını iyi olarak algılayan kanser hastalarında daha az psikiyatrik morbidite görüldüğünü bildirmişlerdir. Hindistan ve arkadaşları (2015), benlik saygısının düşük, tanılama esnasında fazla duygusal stres yaşayan ve duygusal desteğin az olan kanser hastalarında depresyon riskinin arttığını bildirmişlerdir. Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların eş uyumları ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada eş uyumunun hastanın ruhsal sağlığını korunmadaki önemi doğrulanmaktadır.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Eş Uyum Puanı (ÇUÖ) ve Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puanı arasında negatif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulguya göre, eş uyumunun yüksek olduğu hastalarda ruhsal iyilik hali sağlanmakta/korunmakta olması nedeniyle psikopatoloji görülme olasılığı da azalmaktadır.

Kanserli hastaların hastalıkla başa çıkmada en önemli sosyal destek kaynaklarını eşleri oluşturmaktadır. Pek çok çalışma hastanın gerek fiziksel gerek psikososyal boyuttaki desteği en fazla eşlerinden aldıklarını belirtmektedir (Ateşçi ve ark. 2003, Fan 2002, Sadler et al. 2011). Ersnt ve arkadaşlarının (2016), 208 kanserli çiftle yaptıkları gerçekleştirdikleri çalışmalarında da, eşlerin birbirlerinin yaşam kalitesini doğrudan etkilediklerini belirtmişlerdir. Lueboonthavatchai (2007)'nin çalışmasına göre de kanserli hastalarda depresyon sıklığı %16.7 bulunmuş; özellikle eş ve aile desteğinin depresif semptomları azalttığı bildirilmiştir. Kamen ve arkadaşlarının (2015), 292 prostat kanserli hasta ve eşi ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında eşleri tarafından desteklenen hastaların psikolojik sorunlarının daha az olduğu ve evlilik uyumunu yetersiz olarak algılayan hasta gurubuna göre daha az psikiyatrik morbidite yaşadıkları belirtilmiştir. Güner (2008) çalışmasında hastaların kanserle baş etmelerine yardımcı olan faktörler içerisinde en başta eşlerinden aldıkları sosyal desteğin geldiği vurgulanmıştır. Badr ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında etkili iletişim ve etkileşimi sürdürebilen eşlerin, kanser hastalarının değişen psikososyal gereksinimlerini daha iyi karşılayabildiği vurgulanmış olup böylece bazen bakım verici rolünde olan sağlıklı eşlerin de yükünün azaldığı vurgulanmıştır.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti puanı ile Genel Sağlık Anketi puanı arasında pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmış ($p<0.05$), ruhsal belirtiler arttıkça psikopatoloji görülme sıklığının arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.3). Bu bulguya göre, olumsuz ruhsal belirtiler gösteren kanser hastaların psikolojik iyilik halleri bozulmakta, hastalarda kanser tanısıyla birlikte ek bir psikiyatrik bozukluk da gelişmektedir. Spiegel (2006)' e göre de kanser hastalarının yarısında, tanı ve tedavi aşamasında çoğunlukla psikiyatrik bir bozukluk görülmektedir. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda kanser hastalarında, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ve bu durumun gerek hastalığın seyri, gerekse tedaviye uyumu dikkate alınınca, bu hastalarda rutin psikiyatrik

değerlendirmenin önemi ön plana çıkmaktadır. Bu alanda yapılan kapsamlı araştırmalar kanser hastalarında yüksek oranlarda komorbiditenin olduğunu göstermiştir (Ateşçi ve ark. 2003, Özkan 2007).

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti puanları ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.5'te yer almaktadır. Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış hastaların Ruhsal Belirti puanı ile cinsiyet arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Linden ve arkadaşlarının (2012) bildirdiğine göre; farklı kanser gruplarından oluşan 10 153 kişinin incelendiği bir araştırmada; hastaların %55'inin kadınlardan oluştuğu ve %19'unda klinik düzeyde anksiyete, ilerleyen dönemde ise %12.9'unda depresyon belirtileri gözlemlenmiştir.

Literatüre göre anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha sık bulunmakta, sosyoekonomik durumu kötü olan kadınlarda özkıyım riskinin daha fazla olduğu, beden imajında bozulma duyguları, özsaygıda azalma, cinsel çekiciliği kaybetme düşüncesi, cinsel fonksiyonlarda azalma düşüncesi, umutsuzluk, suçluluk ve utanç, izolasyon ve ölüm korkuları gibi psikolojik ve manevi yönden şiddetli sorunlar kadınlarda erkeklere oranla daha sık yaşamakta oldukları bildirilmiştir (Daştan ve Buzlu 2007, Güleç ve Büyükkınacı 2001). Bu veriler çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Çiftler Uyum Ölçeği puanı ile kişiler arası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, kaygı ve paranoid düşünce arasında negatif yönde düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Kişilerarası duyarlı olan bireyler, yetersizlik duygusu hisseden, sıradan ve çözülmesi oldukça basit sorunları içinden çıkılmaz bir hale getiren, sık sık diğer kişilerin davranışlarını yanlış yorumlayan, kişilerarası kaçınma ve güvenli olmayan davranışlar sergileyen hassas bireylerdir (Erözkan 2005). Paranoid düşünce eğilimleri olan bireyler, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayan, sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk içinde olan bireylerdir. Bu bireylerde güven ilişkisi oluşturmak esastır (Çam ve Engin, 2014). Kadın cinsiyet ve ileri yaş gruplarında kanser tanısı alan bireylerin paranoid düşünce puanları artmaktadır (Hindistan ve ark., 2015). Bozulan kişiler arası ilişkiler, eşlerden ve diğer kişilerden alınan sosyal desteğin azalmasına ve yaşam zorluklarına bağlı olarak ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olduğu söylenebilir. Kanserinin neden olduğu

bilinmezlik olgusu bireylerin kaygı puanlarında artışa neden olmuş olduğu öngörülebilir. Çalışma, eş uyumunun olumlu olmasının kanser tanısı alan bireylerde ki kaygının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Hastaların somatizasyon, obsesif kompulsif, fobik-anksiyete, psikotizm ve ek maddeler puanları arasında ise ilişkiye rastlanılmamıştır ($p<0.05$).

Nordin ve ark. (2001) kanser hastalarında özellikle duygusal ve maddi destek yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir. Gültekin (2008) yaptığı çalışmada; kanser evresi ilerledikçe hastaların daha çok öfke ve kızgınlık yaşadıklarını, kuşkucu yaklaşımlarda bulduklarını, daha kötü yaşam kalitesine sahip olduklarını, hem fiziksel hem de psikososyal alanlarda sorunlarının arttığını belirtilmiştir. Konuyla ilgili yapılmış benzer çalışmalarda da erken evre kanser türlerinde şok ve kabullenememe, nonspesifik distres ile anksiyete durumlarının ön plana çıktığı bildirilmektedir (Aydoğan ve ark. 2013, Koyun ve ark. 2011, Noyan 2012, Özdemir ve ark. 2011, Tünel ve ark. 2012).

Sundström ve arkadaşlarının (2001), jinekoloji polikliniğine başvuran 897 kadınla, ruh hali, anksiyete ve yeme bozukluklarını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, hastaların %30.5'inde psikiyatrik bozukluk, %10.1'inde majör depresyon, %12,4'ünde minör depresyon, %12,1'inde anksiyete bozuklukları, %2.7'sinde obsesif-kompulsif bozukluklar, %1.8'inde sosyal fobi ve %1.1'inde yeme bozuklukları saptanmıştır. Aynı çalışmada, major veya minör depresyon tanılı 172 hastanın; %31.9'unda artmış veya azalmış iştah, %60,5'inde uykusuzluk veya aşırı uyuma, %47.7'sinde değersizlik ya da suçluluk duyguları, %37.8'sinde düşünme veya konsantrasyon kabiliyetinde azalma, %10.5'inde tekrarlayan ölüm düşünceleri olduğu saptanmıştır (Sundström ve ark. 2001). Finlandiya'da 1 239 prostat kanseri tanısı almış hastayla yapılan farklı bir çalışmada da; partnerler, prostat kanseri eşin fiziksel değişikliklerinin daha büyük sıkıntılara yol açacağına dair korkuları sebebiyle özgürce tartışmamakta ve duygularını saklama eğiliminde olduğu tespit edilmiş, çiftlerin aynı sorunları paylaşan diğer çiftlerle etkileşimde bulunmalarının kanserin psikososyal yüklerine uyum sağlamada yardımcı olduğunu belirtilmiştir (Letho et al. 2009). Manne ve arkadaşları da (2015), 330 erken evre meme kanseri teşhisi konmuş olan hasta ve eşleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların eşlerinden gördükleri duygusal desteği yetersiz olarak algıladıklarını

bildirilmişlerdir. Yazarlara göre, kanser tanısı büyük bir stres faktörü olup her iki eşi de psikososyal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Manne et al. 2015). Doğan da (2008), sosyal destek arttıkça benlik saygısı, uyum, sağlık ve toplum yanlısı davranışlarda artış olduğunu; depresyon, stres ve diğer psikopatolojik belirtilerde azalma olduğunu bildirmiştir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların eğitim seviyesi ile Ruhsal Belirti puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da psikiyatrik hastalık sıklığı öğrenim durumu ile ters orantılı olduğu bildirilmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur. Sosyokültürel durumu ve eğitimi görece daha düşük insanların çoğunun, hastalıklarının durumunu açık olarak bilmedikleri ve hastalıkla ilgili bir iç görüyü daha az oranda geliştirdikleri düşünülebilir. Daha eğitimsiz kişilerin hastalığa karşı tepkileri ve hastalıkla baş etme yolları ile eğitilmişlerin hastalığı yaşama biçimleri ve kullandıkları savunma mekanizmaları da bu durumda farklılık göstermektedir. Çalışmada hastanın eğitim durumunun Ruhsal Belirti puanı arasında anlamlı ilişki olması; eğitim durumundaki artışla birlikte hastalığın ciddiyetinin algılanmasında da artış olduğu, daha fazla iç görü oluşturulması olarak düşünülebilir. Bu da beraberinde psikolojik stres, ardından da psikiyatrik komorbidite getirebilmektedir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastalar, yaş aralıklarına göre incelendiğinde Ruhsal Belirti puanı ve Genel Sağlık Anketi puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun kanser olgusu ve yaşamın sonlanmasına dair düşüncelerinden kaynaklandığı öngörülebilir. Hindistan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasına göre de 80 yaş üzeri hastalar Ruhsal Belirti puanları yüksek bulunmuş, yaş ile Ruhsal Belirti arasında ilişki bulunamamıştır.

Erken evre kanser tanısı almış hastaların bulguları incelendiğinde hasta eşin eğitim durumu ile Ruhsal Belirti ve Genel Sağlık Anketi puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Özcanlı ve arkadaşlarının (2007); kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini araştırdıkları çalışmalarında, eşin eğitim durumu ile spiritüel sıkıntı ve etkisiz bireysel baş etme arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuşlardır. Eğitim seviyesi azaldıkça hasta eşin duygusal sorunlarının artmakta olduğu söylenebilir.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Genel Sağlık Anketi puanları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.6'da yer almaktadır. Hastaların gelir durumu ile Genel Sağlık Anketi puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların diğer değişkenlerle ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların gelir durumları yükseldikçe Genel Sağlık Anketi puanları azalmıştır. Ekonomik düzeyi iyi olan hastaların psikolojik iyilik hali olumlu etkilenmiştir. Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek, sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Dansuk ve ark. 2002). Başka bir çalışmada ise kanser hastalarının düşük eğitim seviyesi, gelir seviyesinin düşük olması, kanserin ileri evrelerde olması, kadın cinsiyet, bekar olma, ev hanımı olma gibi özelliklere sahip olmanın psikolojik semptomları daha fazla yaşamalarında etkili olduğu saptanmıştır (Hintistan ve ark. 2015).

Literatürde düşük sosyoekonomik durum psikiyatrik hastalıklar için genel olarak daha riskli kabul edilmektedir (Doğan 2011).

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Eş Uyum puanları (ÇUÖ) ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.7'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan evre kanser tanısı almış olan hastaların sosyodemografik özellikleri ile Çiftler Uyum Ölçeği puanı arasındaki ilişki incelendiğinde evlenme şekli ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların genel Eş Uyum puan ortalaması 99.03 olup; erkeklerin Eş Uyum puan ortalamasının, kadınlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Genel değer, Spanier (1976) ile Fışiloğlu ve Demir (2000) tarafınca yayımlanan çalışmalarındaki değerler ile benzer bulunmuştur (Fışiloğlu ve Demir; 104.50, Spanier; 114.80). Çiftler Uyum Ölçeği cinsiyet puan ortalamaları da Fışiloğlu ve Demir'in 2000'de yayımlanan araştırması ile benzer (kadınların eş uyum puan ortalamaları:105.2, erkeklerin eş uyum puan ortalamaları:103.7) olduğu görülmektedir. Levenson ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında evlilik doyumu ve cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiş ve erkeklerin oranının kadınların oranından daha yüksek olduğunu belirtmiş olup bu veri çalışmayı desteklemektedir.

Şendil ve Korkut (2008) 112 kadın ve 59 erkek, toplam 171 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında evlilik uyum ve çatışma düzeylerini, evlenme türlerine ve evlilik süresine göre değerlendirdiklerinde anlaşarak evlenen kişilerin, çift uyumlarının görücü usulü ile evlenen kişilere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Fışiloğlu (2001) ise akraba evliliği ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi araştırmış, 150 evli çiftten, 68'inin akraba, 82'sinin ise akraba olmayan çiftlerden oluştuğu araştırmasında, akraba evliliği yapan grupların daha düşük uyum ve geniş aileyle daha fazla çatışma gösterdiğini ortaya koymuştur. Çimen (2007) yaptığı çalışmada görücü usulü ve anlaşarak evlenen kişileri çeşitli sosyal psikolojik değişkenler yönünden karşılaştırmış olup, anlaşarak evlenen bireylerin ilişki tatminlerinin görücü usulü ile evlenenlere göre daha fazla olduğunu bulmuştur. Araştırmaya göre anlaşarak evlenenler, görücü usulü ile evlenenlere göre ilişkilerinden daha fazla doyum sağlamakta, anlaşarak evlenenlerin uzun bir süre içerisinde evlenmesi eşlerin birbirini daha iyi tanımalarına neden olmaktadır. Birbirini daha iyi tanıyan bireylerin beklentilerine uygun bir eş bulma olasılığı artmaktadır (Çimen 2007).

Görücü usulü ile evlenmede çiftlerin birbirlerini tanımamaları ve kendi rızaları dışında evlendirilmeleri nedeniyle bu hastaların psikolojik, duygusal, sosyal ve fizyolojik olarak tüm alanlarda sorun yaşadıkları öngörülebilmektedir. Uçar ve Uzun'un (2008) yaptığı çalışmada da severek kendi rızasıyla evlenen kanserli hastaların eş uyumunun daha yüksek olduğu, evlilik şeklinin ise eş uyumunu etkilemediği saptanmıştır. Uğurlu'nun (2003) çalışmasında, kendi tercihleri ile evlenen kişiler ve görücü usulü ile evlenen bireylerde bir sorun çözme durumunda eşler arasındaki iletişim incelenmiş, kendi tercihleri ile evlenen eşler arasındaki iletişimin daha olumlu olduğu bulunmuştur.

Literatür, evliliklerinde iletişim sorunları bulunan çatışmalı çiftlerde, hastanın kanserin yol açtığı sorunları daha baş edilemez ve çözümsüz görmesine yol açtığını; bunun da hastanın daha fazla psikiyatrik sorun yaşamasına neden olduğunu bildirmektedir (Ateşçi ve ark. 2003, Eraslan ve ark. 2014).

Literatür eş uyumunun eğitim, yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, evlilik süresi, sosyoekonomik düzey, çocuk sayısı ve çocuk sahibi olma faktörlerinden etkilenmediğini bildirmektedir (Berk 2009, Erbek ve ark. 2005, Uçar ve Uzun 2008,

Tutarel-Kışlak ve Çabukça 2002). Bu çalışmada da yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, yaşanan bölge, evlilik süresi, hasta eşin eğitim durumu, çocuk sayısı ve çocuklarla birlikte yaşama değişkenleriyle ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Eş uyumunun eğitim, yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, evlilik süresi, sosyoekonomik düzey ve çocuk sahibi olma faktörlerinden etkilendiği belirten literatüre göre (Akar 2005, Allendorf and Gimme 2012, Avisa et al. 2004, Kurdek 2005, Şendil ve Korkut 2008, Uçar ve Uzun 2008); düşük eğitim düzeyinin, çocuk sahibi olmanın ve sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının bireylerin eş uyumunu olumsuz etkilediği, kanserli hastaların gelir düzeyi yükseldikçe eş uyumunun arttığı, evlilik süresi ilerledikçe evlilik doyumu oranının kadınlarda daha fazla azalma gösterdiği, eğitilmiş çiftlerin evlilik sorunlarının daha fazla farkında oldukları bildirilmiştir.

Çağ ve Yıldırım (2013) cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, eş desteği, evlilik süresi, eşler arasındaki yaş farkı, ailenin gelir düzeyi, cinsel yaşam memnuniyeti ve ev içi sorumlulukların paylaşımı değişkenlerinin evlilik doyumuna etkisinin araştırdığı ve 811 evli birey ile gerçekleştirdiği çalışmada, evlilik doyumunun; bireylerin algıladıkları eş desteği, cinsel yaşam memnuniyeti ve eğitim düzeylerinden etkilendiği tespit edilmiştir. MacLean (2001) ise çalışmada, çocuk sayısı arttıkça çiftlerin evlilik uyumlarında azalma olduğunu vurgulamıştır.

Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların Ruhsal Belirti puanı ile hastalık ve tedavi özellikleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.8'de yer almaktadır.

Araştırmaya katılan evre kanser tanısı almış olan hastalarının kanser türü ile Ruhsal Belirti puanı (SCL 90-R) arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçek puanı ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Konuyla ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda; kanserli hastalarda yüksek oranda psikiyatrik komorbidite ve hastaların yarısından fazlasında duygusal güçlükler yaşandığı bilinmektedir. Ruhsal sorunlar genellikle uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete, azalan yaşam memnuniyeti ya da özgüven kaybı olmaktadır. Nonspesifik distres ve anksiyete ise kanser hastalarında yaygın olarak görülmektedir (Ateşçi ve ark. 2003, Avuçan ve ark. 2006, Aydoğan ve ark. 2013, Noyan 2012, Ülger ve ark. 2014). Kissane ve arkadaşlarının (2004) erken evre meme kanseri tanısı almış 200 kadınla yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarında da, hastaların

%36.7'sinin uyum bozukluğu, %9.6'sının major depresyon, %27.1'sinin minör depresyon, %8.6'sının anksiyete bozuklukluğu olduğu saptanmıştır. Aydoğan ve arkadaşları da (2013), konuyla ilgili gerçekleştirdikleri kohort çalışmalarında, farklı kanser türlerindeki hastaların depresyon ve anksiyete puanlarında anlamlı farklar saptamışlardır. Aynı çalışmada, meme kanseri vakalarında anksiyete %16 ile en yüksek oran iken, en yüksek depresyon oranı ise %13 ile Hodgkin Lenfoma ve meme kanseri hastalarında görülmüştür. Karakaya (2013) da erken evre kanser hastası olan meme, kolon, tiroid papiller ve over kanseri olan kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmasında, kolorektal kanserli hastaların %63.3'ünde azalmış benlik saygısı olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada meme ve over kanserli hastalarda da benlik saygısının diğer kanser türlerine göre daha çok etkilendiği; bunun nedeni olarak da kadınların meme ve overi kadınlık simgesi olarak görmelerinden kaynaklandığını bildirmiştir. Aydın ve arkadaşlarının (2012) bildirdiğine göre, kanser tanısı konduktan sonraki bir yıl içerisindeki intihar oranları hem kadın hem de erkeklerde; pankreas, akciğer ve safra kesesi kanserlerinde diğer kanserlere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Uyum bozukluklarına neden olan ana faktör, kanser tanı ve tedavi aşamasında karar verme, seçim yapma ve hayatta kalmayla ilişkili yaşanan anksiyetedir (Aydoğan ve ark. 2013, Noyan 2012). Hastaların Ruhsal Belirti puanları, genel olarak tüm zaman aralıklarında, hafif psikolojik belirti olarak kabul edilen 1.57'nin altında bulunmaktadır. Genellikle tanının ilk konduğu dönem hasta için kriz dönemi olmakla birlikte, kanser tanısına ilk aşamada gösterilen en yaygın tepki şok olma ve inanmama olmaktadır (Altınova ve Duyan 2013, Onan ve Işıl 2010, Ülger ve ark. 2014). Kanser tanısını doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu ve büyük acılara neden olacağı düşüncesi ile birey, diğer kronik hastalıklara göre daha korkunç ve tehdit edici olarak algılamaktadır (Ülger ve ark. 2014). Erken evre kanser tanısı almış olan hastaların tanı aldıktan sonraki geçen süre ile Ruhsal Belirti düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasını, zaman ilerledikçe tanı ile geçen sürenin halen "kansere" olgusunu devam ettirmesi, cerrahi tedavinin idameleri şeklinde kombinasyon tedavilerine devam edilmesi sebebiyle biyopsikososyal bütünlüklerini daha fazla tehdit eden değişimler yaşamaları olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların tedavi şekilleri ile Ruhsal Belirti puanları (SCL 90-R) karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Reis (2003) çalışmasında hastalara uygulanan tedavi şekli ile yaşam kalitesi arasında fark olduğunu tespit etmiş ve diğer tedavi şekillerine göre cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapinin bir arada uygulandığı hastaların ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Radikal prostatektomi veya radyasyon tedavisi sonrası uzun süreli üriner, bağırsak ve cinsel fonksiyonlarındaki değişimlerin karşılaştırıldığı ve 1 655 erkek hasta ile yapılmış bir kohort çalışmada, vakaların 1 164'üne cerrahi tedavi, 491 hastaya radyoterapi uygulanmıştır. Cerrahi uygulanan erkeklerde erektil disfonksiyon oranının daha yüksek olduğu, prostatektomi grubundaki erkeklerin %43.5'inin ve radyoterapi grubundakilerin %37.7'sinin seksüel disfonksiyondan şikayetçi olduğu rapor edilmiştir (Penson et al. 2013).

Histerektomi yapılan kanser vakalarında beden imajına ilişkin kayıp kaygısı, cinsel işlevlerle ilgili düşüncelere bağlı olarak özgüven zedelenmesi nedeniyle depresif reaksiyonların daha sık olduğu bildirilmiştir (Özkan ve Özkan 2014). Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kemoterapi alan hastaların depresyon puanları %19 olurken, cerrahi tedavi olan hastaların depresyon puanı %10 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca akciğer, mide ve baş-boyun kanserlerinde intihar riski daha yüksek bulunmuştur (Atmaca ve Durat 2015). Literatür, çalışma bulgularını desteklememektedir.

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine ilişkin özellikler ile Genel Sağlık Anketi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; kanser hakkında konuşma isteği ve algılanan sosyal destek ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Aynı bulgularda diğer değişkenler açısından ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Babaoğlu ve Öz'ün (2003) bildirdiklerine göre, kanser hastalarının hastalığa ve tedavi sürecine uyum zorlukları mevcut olup bunu takiben psikososyal gereksinimleri de artmaktadır. Segrin (2003) bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile psikososyal problemler arasında negatif korelasyon olduğunu belirtmiştir. Kafetsios (2002) sosyal desteğin bireylerin psikolojik iyilik durumuna etkisi üzerine yaptığı çalışmada fiziksel ve psikolojik iyilik halinde algılanan sosyal desteğin olumlu etkisinin olduğunu vurgulamıştır. Karnell ve arkadaşları (2007) baş-boyun kanserli hastalarda tedavi sonrası verilen

sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sosyal destek puanlarında artış ile depresyon puanlarının azalması arasında ilişki tespit etmişlerdir.

Araştırmaya katılan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların hastalık ve tedavi özellikleri ile Eş Uyum puanı (ÇUÖ) arasındaki ilişki incelendiğinde; algılanan sosyal destek ve destek kaynakları ile ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10, Şekil 5). Aynı bulgularda diğer değişkenlerle ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Özbey (2012) evlilik uyumları ile sosyal destek kaynakları arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Kim ve arkadaşlarının (2008) prostat ve meme kanseri olan toplam 168 evli çift ile yürütmüş oldukları çalışmalarında da, her iki kanser türünde de hasta eşlerinin desteğinin hastaların psikolojik sağlıklarını önemli ölçüde etkilediğini vurgulamışlardır. Aynı yazarlar, evlilik içi eş uyumunu iyi olarak algılayan kanser hastalarının kanserin getirdiği sorun alanları ile daha kolay baş edebildiği; sorunların kronikleşmediğini vurgulamıştır (Kim et al. 2008). İnflamatuar barsak hastalığı ya da gastrointestinal kanser nedeni ile kalıcı ileostomi veya kolostomi yapılmış ostomi grubunda 40, sağlıklı kontrol grubunda 20 olmak üzere toplam 60 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada eş uyumu yüksek olan hastaların, beden algısının yüksek olduğu; cinsel iletişimlerinin de daha iyi olduğu gösterilmiştir (Kılıç ve ark. 2007). Kayıççı ve Çam (2011) Benign Prostat Hiperplazisi olan hastaların eşlerinin yaşam kalitelerini incelemiş ve eşlerinin de olumsuz etkilendiğini saptamış, hastalık sürecinde ve tedavisinde hastanın iyilik halinin yeniden kazanılmasında eşlerin önemli bir faktör olduğuna değinmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda algılanan eş uyum düzeyi ve ruhsal durum arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırma da 186 hastanın %55.9'unun kadın; %44.1'inin ise erkek olduğu gözlenmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54.5 olup %52.6 yüzdesiyle 40-59 yaş grubu en sık gözlenmektedir. Bu grubu sırasıyla %33.3 yüzdesiyle 60-79 yaş grubu, %11.8 yüzdesiyle 20-39 yaş grubu ve %2.3 yüzdesiyle 80 yaş ve üzeri olan grup izlemektedir. Araştırmaya katılmış erken evre kanser tanısı almış hastaların tamamı evli olup, hastaların gelir durumları incelendiğinde %70.9'u düşük, %23.6'sı orta ve %5.3'ü yüksek seviyededir. Hastaların meslekleri incelendiğinde en sık gözlenen meslek türünün %32.7'lik oran ile emekli grubu olduğu, bunu ev hanımı (%17.2), işçi (%13.9), serbest meslek (%9.6), çiftçi (%9.1), memur (%9.1) ve işsiz (%8.4) grupları izlemektedir. Bu özelliklere sahip erken evre kanser tanısı alan hastaların eş uyumu ile ruhsal belirti arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Bunlar:

1. Hastaların en uzun evlilik süresi 40 yıl ve üzeridir (%29.5). Çoğunluğu severek kendi isteği ile evlenmiş (%38.1), 1 ya da 2 çocuğa sahip (%58.0) olan, çocuklarıyla birlikte yaşayan (%58.0) çiftlerdir. Hasta eşlerinin %60.2'si okur-yazardır.
2. Kanser tanı alma yaşı ortalama 53.3 iken hastaların çoğunluğu 40-59 yaş aralığındadır.
3. Hastaların %36.5'i meme kanseridir. Bunu sırasıyla kolorektal, gastrointestinal sistem, prostat, akciğer, ürogenital, deri ile ilgili ve baş-boyun kanserleri takip etmiştir.
4. Hastaların çoğunluğu (%46.7) kanser tanısı aldıktan sonra geçen ilk 6 aylık süre aralığındadır.
5. Hastaların kanser evresinin erken evre olabilmesi için hepsi cerrahi tedavi almış olup çoğunluğu (%48.3) cerrahi tedavi ve kemoterapi almıştır.
6. Hastaların %62.9'unun kanser tanısı harici kronik bir hastalığı bulunmamaktadır.

7. Hastaların büyük çoğunluğu (%91.3) kanser hakkında algıladığı bilgi düzeyini yeterli olduğunu belirtmiştir.
8. Hastaların %66.6'sı kanser tanısı hakkında konuşmak istememektedir.
9. Hastaların büyük çoğunluğu (%79.0) algıladığı sosyal desteği yeterli görürken, %76.8'i destek kaynağını olarak eş ve diğer kişiler olarak belirtmiştir.
10. Tüm hastaların Ruhsal Belirti puan ortalaması 0.83 olup Ruhsal Belirti Tarama (SCL90-R) testine göre normal aralıktadır.
11. Tüm hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puan ortalaması 3.44 olup psikopatoloji görülme sınırı olan 2.00'in üstündedir.
12. Hastaların genel Eş Uyum (ÇUÖ) puan ortalaması 99,03 olup; erkeklerin Eş Uyum puan ortalamasının (102.2), kadınlara oranla (96.5) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
13. Hastaların Ruhsal Belirti (SCL90-R) puanları ile cinsiyet, eğitim durumu ve eşlerinin eğitim durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ($p<0.05$). Hastaların ruhsal durumlarının yaş, gelir durumu, meslek, yaşanılan bölge, evlilik süresi, evlenme şekli, çocuk sayısı ve çocuklarıyla birlikte yaşamalarından etkilenmediği saptanmıştır.
14. Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puanları ile gelir durumu ve eşin eğitim durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ($p<0.05$); yaş, cinsiyet, gelir durumu, meslek, eğitim durumu, yaşanılan bölge, evlilik süresi, evlenme şekli, çocuk sayısı ve çocuklarıyla birlikte yaşamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur.
15. Hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puanı ile evlenme şekli arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eş uyumunun (ÇUÖ); yaş, cinsiyet, gelir durumu, meslek, eğitim durumu, yaşanılan bölge, evlilik süresi, evlenme şekli, hasta eşin eğitim durumu, çocuk sayısı ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktan etkilenmediği belirlenmiştir.
16. Hastaların Ruhsal Belirti (SCL90-R) puanları ile kanser türü ve tanı süresi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
17. Hastaların ruhsal belirti (SL90-R) durumlarının tanı alma yaşından, tedavi şeklinden, kanser dışı kronik hastalık sahibi olmak ya da olmamaktan, kanser hakkında konuşma isteğinden, kanser hakkında algıladıkları bilgi düzeyinden ve algıladıkları sosyal destekten etkilenmediği saptanmıştır.

18. Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puanları ile kanser hakkında konuşma isteği ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalar, kanser hakkında konuşma istemediklerini, çevreden aldıkları sosyal desteği yetersiz olduğunu tanımlamışlardır.
19. Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puanlarının kanser türü, tanı alma yaşı, tanı süresi, tedavi şekli, kanser dışı kronik hastalık sahibi olma ve kanser hakkında algıladıkları bilgi düzeyinden etkilenmedikleri belirlenmiştir.
20. Hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puanı ile algıladıkları sosyal destek ve destek kaynakları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalar, algıladıkları sosyal desteği yetersiz olarak tanımlamış, algıladıkları sosyal destek azaldıkça eş uyumları da azalmıştır. Hasta bireyler, en öncelikli destek kaynağını eş ve diğer kişiler olarak belirtmişlerdir. Bunu sırasıyla yalnızca eşinden destek alanlar ve eş hariç diğer kişilerden destek alanlar takip etmiştir.
21. Eş uyumu (ÇUÖ) ile kanser türü, tanı alma yaşı, tanı süresi, tedavi şekli, kanser dışı kronik hastalık sahibi olma ve kanser hakkında algıladıkları bilgi düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır.
22. Hastaların eş uyumu (ÇUÖ) arttıkça kişilerarası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, kaygı ve paranoid düşüncelerinde azalma görülmüştür (sırasıyla; rho:-0.164, p:0.025; rho:-0.240, p:0.001; rho:-0.343, p:0.000, rho:-0.321, p:0.000, rho:-0.180, p:0.014).
23. Hastaların Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamaları ile somatizasyon, obsesif kompulsif, fobik anksiyete, psikotizm ve ek maddeler arasında bir ilişki saptanmamıştır.
24. Araştırmaya katılan hastaların Eş Uyumları (ÇUÖ) arttıkça Ruhsal Belirti (SCL 90-R) düzeylerinde azalma saptanmıştır (rho:-0.220, $p<0.05$). Eş uyumunun, erken evre kanser türlerinde de ruhsal durumu etkilediği gözlemlenmiştir.
25. Hastaların eş uyumları (ÇUÖ) arttıkça hastalarda psikopatoloji (GSA-12) görülme oranları azalmıştır (rho:-0.320, $p<0.05$).
26. Hastaların Ruhsal Belirtileri (SCL90-R) arttıkça hastalarda psikopatoloji (GSA-12) görülme sıklığı da artmıştır (rho:0.507, $p<0.05$).
27. Çalışmanın sonucunda, erken evre kanser tanısı alan hastaların eş uyumunun artması, ruhsal iyilik hallerini korumalarına olumlu etki ettiğini göstermiştir.

Çalışma, kanserin zorlu sürecinde, eş ve diğer kişilerin, kanser hastalarına verilen sosyal desteğin önemini ortaya koymuştur.



6.2.Öneriler

Erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda eş uyum düzeyi ve ruhsal durum arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Cinsiyeti kadın olan, eşinin ve kendisinin eğitim seviyesinin düşük olduğu, görücü usulüyle ailesinin kararıyla evlenmiş olan, eşinden ve çevresinden yeterli sosyal destek alamayan erken evre kanser tanısı alan hastaların eş uyumlarının daha düşük olması ve psikopatoloji görülme olasılığının daha yüksek olması nedeniyle riskli grup olarak değerlendirilmesi,
2. Eş uyumu azalan erken evre kanser tanısı almış olan hastalarda ruhsal belirti ve psikopatoloji görülme olasılığının artması nedeniyle öncelikli olarak destek mekanizmalarının harekete geçirilmesi,
3. Ruhsal belirtileri olan erken evre kanser tanısı almış olan hastaların psikopatoloji göstermeleri nedeniyle riskli grup olarak değerlendirilmeleri,
4. Hastalara olduğu kadar hasta eşlerine de sosyal destek sağlayabilme konusunda araştırmalar, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin planlaması,
5. Onkoloji ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin araştırma sonuçlarına göre riskli durumlar konusunda eğitim verilmesi,
6. Hasta eşlerine de riskli durumlar hakkında psikoeğitim verilmesi,
7. Hemşirelik bakım sürecinde eş desteğinin sağlanması adına hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasına,
8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri kurulması ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşireliği uygulamalarına ağırlık verilmesi,
9. Kanser tanısı, teşhisi ve tedavi süresince Konsültasyon Liyezon Psikiyatri ekibi ile işbirliği içerisinde bulunulması,
10. Ruh sağlığının ve eş uyumunun kanserdeki önemini arttırmak için hemşirelerin bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, uzmanlaşmaları, danışmanlık ve eğitim alanında becerilerinin geliştirilmesi amacıyla hizmet içi programların hazırlanması,
11. Tedavi boyunca çevre desteğinin çok önemli olduğunun bilinmesi ve çiftlerin destek konusundaki farkındalıklarının artırılması,
12. Kansere uyum konusunda yapılan hemşirelik müdahalelerinde, eş uyumunun kansere olan uyumda önemli bir faktör olduğunun belirtilmesi,

13. Bu çalışma nicel bir araştırma olup ilişki tanımlanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Eş uyumu ve ruhsal durum arasındaki ilişkiyi, farklı disiplinler (psikoloji, sosyoloji vb.) ile işbirliği içinde nicel ve nitel çalışmaların yapılarak da belirlenmesi,
14. Hastanın eşinin yaşadığı ruhsal belirtilerin hem nicel hem de nitel olarak belirlenmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H. (2011) Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25(1):45 – 154.

Agar M. and Lawlor P. (2008) Delirium in cancer patients: a focus on treatment-induced psychopathology. Curr Opin Oncol., 20(4):360-366.

Akçay D. ve Gözüm S. (2012) Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 8(4):191-199.

Akdemir N., Birol L. (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, İstanbul Tıp Kitapevi

Akşahin A., Çolak D., Altınbaş M. (2010) Kanser hastalarında psikososyal sorunlar. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2(1):50-53.

Akar H. (2005) Psikiyatrik yardım talebi olanlar ile yardım talebi olmayan ve boşanma aşamasında olan çiftlerde çift uyumu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

Alacacioğlu A., Yavuzşen T., Diriöz M., Yeşil L., Bayrı D., Yılmaz U. (2007) Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 2(17):87-93.

Allendorf K., Ghimire D. (2012) Determinants of marital quality in an arranged marriage society. PSC Research Report, 12:758.

Alicıkış Z. ve Gören İ. (2015) Erken evre meme kanserinde meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi. Türkiye Klinikleri Journal Radiat Oncol-Special Topics, 1(2):27-36.

American Cancer Society (2015). Cancer Facts And Figures

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>(Ulaşım: 15 Haziran, 2016).

Anderson T., Howe C., Soden R., Halliday J., Low J. (2001) Peer interaction and the learning of critical thinking skills in further education students. Instructional Science, 29(1):1-32.

Ansari B., Quressi S.S. (2013) Stress and coping in caregivers of cancer patients. Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business, 4(11):558-563.

Arıkan K. (2003) Kanserde psikolojik destek. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi, 37:119-132.

Arslan S., Akın B., Koçoğlu D. (2008) Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal destek ilişkisi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:47-56.

Ashing-Giwa K.T., Padilla G., Tejero J., Kramer J., Wright K., Coscarelli A., Clayton S., Williams I., Hills D. (2004) Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology*, 13(6):408-428.

Ateşci F. ., Oğuzhanoğlu N. K., Baltarlı B., Karadağ F., zdel O., Karagöz N. (2003) Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2):145-152.

Altınova H. H., Duyan V. (2013) Onkolojik sosyal hizmet. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 7(3):40-45.

Atmaca D. G., Durat G. (2015) Kanser hastalarında intihar riski. *J Hum Rhythm*, 1(4):127-132.

Avcı D., Doğan S. (2014) Kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):16-21.

Avisa N., Crawford S., Manuela J. (2004) Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13: 295–308.

Avuçan E. E., İmrek M., Karaboğa I. (2006) Kanserın psikososyal yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*, 12 (38): 81-87.

Aydemir ., Köroğlu E. (2014) Psikiyatride Kullanılan Klinik lekler. HYB Basım Yayın, Ankara.

Aydın O., Deveci A., Esen-Danacı A. (2012) Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir?. *Üroonkoloji Bülteni*, 11(4):311-315.

Aydoğan T., Cakcak E., şimşek O., Erginz E., Aydoğan F., Hatipoğlu S., Kapan S. (2013) Güncel evresel risk faktörlerinin meme kanserine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 4(9): 176-182.

Babaoğlu E., z F. (2003) Terminal dönem kanser hasalarına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemarge Dergisi*, 2:32-36.

Badr H., Carmack T.C.L. (2006) Social constraints and spousal communication in lung cancer. *Psycho Oncol.*, 15:673-683.

Bahar A. (2007) Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1):105-111.

Bağ B. (2013) Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1):109-126.

Bağ B. (2012) Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve lmler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4):449-464.

- Balkan F., Usluoğulları C. A. (2015) Metabolik sendromda kanser riski artar mı?. Tıp Araştırmaları Dergisi, 13(3):147-150.
- Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C. (2010) Kolon ve Rektum Kanserleri. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul
- Berk M. (2009) Evli öğretmenlerin yüklenme tarzları ve evlilik doyum algılarının bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bıkmaz Z. (2009) Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi.
- Bilge A., Çam O. (2008) Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(1):16-21.
- Bilgin N. G., Öztürk G., Şirin S. (2008) Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: Hekime düşen görev. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 71(1):22-26.
- Bodur E. N., Çoşar B., Karabacak O. (2013) Relationship between perceived social support and clinical variables in infertile couples. Cukurova Med J., 38(2): 214-223.
- Bond S.M., Neelon J.V. (2008) Delirium resolution in hospitalized older patients with cancer. Cancer Nursing, 31(6):444-451.
- Bostankolu Ö., Öztürk B., Coşkun U., Büyükberber S., Benekli M. (2011) Yaşlı hastalarda kanser kemoterapisi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 3(18): 186-192.
- Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. doi:10.1136/bmj.38343.670868 (ulaşım: 15 Haziran, 2015).
- Can G. (2015) Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul
- Can G. (2005) Antineoplastik ilaçların yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2(2): 8-15
- Can G. (2004) Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu, (19):355-356
- Can G., Özdemir E. E. (2015) Meme ve prostat kanserinde hormonal tedavi ile ilişkili toksisitelerin yönetimi. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics, 1(1):49-58.
- Carlson L., Bultz D. B. (2003) Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. Health and Quality Of Life Outcomes, 1(8):1-9.

Chambers S. K., Pinnock C., Lepore S. J., Hughes S, O'Connell D. (2011) A systematic review of psychosocial interventions for men with prostate cancer and their partners. *Patient Educ Couns.*, 85(2):75-88

Christensen S., Zachariae R., Jensen A. B., Væth M., Møller S., Ravnsbæk et al. (2009) Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months postsurgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat.*, 113(2):339-55

Cameron J. I., Shin J. L., Williams D., Stewart D. E. (2004) A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *J Psychosom Res.*, 57(2):137-43.

Cleeland C. S. (2007) Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl. Cancer Inst. Monogr.*, (37):16-21.

Collins G. C., Swartz K. (2011) Caregive care. *Am Fam Physician*, 83(11):1309-1317.

Çağ P., Yıldırım İ. (2013) Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39): 13-23.

Çam O., Gümüş B. A. (2006) Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3):52-60.

Çam O. ve Engin Ç. (2014) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Bakım Sanatı*. İstanbul. İstanbul Tıp Kitapevi

Çakır S. (2008) Evli bireylerin evlilik uyumlarının ana-babalarına bağlanma düzeyleri ve demografik değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi.

Çalışkan T., Duran S., Karadaş A., Ergün S., Tekir Ö. (2015) Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Dergisi*, 17(1): 27-36.

Çelik İ. (2003) Kanserde tarama testleri: kime ve ne zaman?. *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2): 71-78.

Çivi S., Kutlu R., Çelik H. (2011) Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53: 248-253.

Çimen, E. Ş. (2007) Görücü usulü ve anlaşarak evlenen bireylerin çeşitli sosyal psikolojik faktörler yönünden karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi.

Dansuk R., Ağargün M., Kars B., Ağargün H. P., Turan C., Ünal O. (2002) Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 12:142-147.

Daştan N., Buzlu S. (2011) Depression and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 12:137-141.

Daştan N., Buzlu S. (2010) Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1):73-78.

Dedeli Ö., Fadıllıoğlu Ç., Uslu R. (2008) Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 23:132-9.

Doğan N. (2011) akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi.

Doğan O. (2011) Psikiyatrik Epidemiyoloji. Janssen İlaç, Sivas

Doğan T. (2008) Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(30):30-44.

Dunkel-Schetter C. (1984) Social support and cancer: Findings based on interviews and their implications. Journal of Social Issues, 40(4): 77-98.

Dülgerler Ş., Çam O. (2016) Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1): 15-19.

Ekinci M., Okanlı A. (2001) Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2):75-80.

Ekşi H., Kahraman Z. (2012) Bir evlilik ve aile hayatı eğitim programının evli kadınlarda evlilik uyumuna ve aile sistemine etkisi. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi; 36:129-145.

Elbi M. H. (2008) Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 1(2): 36-46.

Elbi M.H. (2014) Kanser ve psikiyatrik sorunlar. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 7(4):5-10.

Eraslan T. P., Cankurtaran Ş. E. (2014) Kanser hastalarında eş ve aile. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 7(4):50-58.

Erbek E., Beştepe E., Akar H., Eradamlar N., Alpkan R. L. (2005a) Evlilik uyumu. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 18(1):39-47.

Erbek E., Beştepe E., Akar H., Alpkan L., Eradamlar N. (2005b) Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: Üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 18(2): 72-81.

Ergüney S. (2013) Ajcc Kanser Evreleme Atlası. American Joint Committee On Cancer: 4-22.

Eren N. (2010) Kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri-Bölüm I. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(1):33-38.

Ernst J., Hinz A., Niederwieser D., Döhner H., Höning K., Vogelhuber M., Mehnert A., Weissflog G. (2016) Dyadic coping of patients with hematologic malignancies and their partners and its relation to quality of life - a longitudinal study. *Leuk Lymphoma*, 22:1-11.

Erözkan A. (2005). Üniversite öğrencilerinin kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14:1-27.

Ersoy M. A. (2000) Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *3P Dergisi*, 8: 17-26.

Fan A. (2002) Psychological And psychosocial effects of prostate cancer. *Nursing Standart*, (17):33-37.

Fang F., Fall K., Mittleman A., Sparén P., Ye W., Adami H., Valdimarsdóttir U. (2012) Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med.*, 14: 366.

Fidaner C., Eser S.Y., Parkin D. M. (2001) Incidence in izmir in 1993-1994: First results from Izmir cancer registry. *Eur J Cancer*, 37:83-92.

Fincham, F.D. (2003) Marital conflict: Correlates, structure and context. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1): 23-27.

Fukui S., Kugaya A., Kamiya M., Koike M., Okamura H., Nakanishi T., Wenner M., Shigeru Imoto S., Kanagawa K., Uchitomi Y. (2001) Participation in psychosocial group intervention among Japanese wo men with primary breast cancer and its associated factors. *Psychooncology*, 10(5):419-427.

Fışiloğlu H. (2001) Consanguineous marriage and marital adjustment in Turkey. *The Family Journal*, 9:215-222.

Fışiloğlu H., Demir A. (2000) Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal Of Psychological Assessment*, 16(3):214-218.

Fidan E., Kavgacı H. (2012) Metastatik meme kanserinde hormonal tedavi. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*, 5(2):70-75.

Fidanoğlu O. (2007) Evlilik uyumu ve eşlerin somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki ve diğer sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi.

www.globocan.iarc.fr (Ulaşım: 18 Şubat, 2016)

Galbraith E. M., Fink R., Wilkins G. G. (2011) Couples surviving prostate cancer: challenges in their lives and relationships. *Seminars On Oncology Nursing*, 27(4): 300-308.

Grandmaison G. L., Watier L., Cavard S., Charlier P. (2014) Are suicide rates higher in the cancer population? An investigation using forensic autopsy data. *Medical Hypotheses*, 82(1):16-19.

Genç F., Tan M. (2011) Symptoms of patients with lung cancer undergoing chemotherapy and coping strategies. *Cancer Nursing*, 34(6): 503-509.

Göksoy E. (2001) Onkolojik cerrahinin temel ilkeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu-Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul: 235-239

Gunderson J. G., Weingberg I., Daversa M. T., Kueppenbender K. D., et al. (2006) Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163:1173-1179.

Gümüş B. A. (2006) Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3):108-144.

Güner İ. C. (2008) Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14:46-49.

Güleç G., Büyükkınacı a. (2011) kanser ve psikiyatrik bozukluklar. psikiyatride güncel yaklaşımlar, 3(2):343-367.

Gültekin Z., Pınar G., Pınar T., Kızıltan G., Doğan N., Algier I., Bulut I., Özyılkan Ö. (2008) Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(2):99-106.

Güner P., Geenen O. (2007) Atlanması kolay bir bozukluk: Deliryum. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1):37-46.

Güllü İ., Akalın İ. (2005) Metastaz biyolojisi. *Üroonkoloji Bülteni*, 4:16-19.

Gülsün M., Ak M., Bozkurt A. (2009) Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:68-79.

Güran Ş. (2005) Kanserden korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47: 324-326.

Güveli H., Oflaz S., Yenilmez D., Atagün M.İ. (2014) Kanser ve psikiyatrik komorbidite. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*,7(4):11-18.

Hagedoorn M., Sanderma R., Bolks H. N., Tuinstra J., Coyne J. C. (2008) Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull.*, 134(1):1-30.

Hallaç S., Öz F. (2011) Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4):595-610.

Harden J., Sanda G. M., Thomas J., Yarandi N. H., Hembroff L., Northouse L. (2013) Survivorship After Prostate Cancer Treatment: Spouses' Quality of Life at 36 Months. *Oncol Nurs Forum*, 40(6): 567-573

- Hardy K., Brown M. (2015) Delirium: a diagnostic dilemma, Part 1. *British Journal Of Nursing, (Oncology Supplement)*, 24(16): 9.
- Harrison J. D., Young J. M., Price M. A., Butow P. N., Solomon M. J. (2009) What are the unmet supportive care needs of people with cancer? a systematic review. *Support Care Cancer*, 17(8):1117-11128.
- Hassett M. J. (2010) The full burden of cancer. *Oncologist*, 15 (8):793-795.
- Haydaroğu A. (2015) Meme kanserinde epidemiyoloji, sınıflama ve evreleme. *Turkiye Klinikleri J Radiat Oncol-Special Topics*, 1(2): 1-6.
- Hintistan S., Pekmezci H., Nural N., Güner G. S. (2015) Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1):1.
- Ilgaz A., Gözüm S. (2014) Kanser Taramalarında öncelikli hedef birinci derece akrabalar. *DEUHYO Ed,7 (4): 345-353.*
- Işıkhan V. (2007) Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*; 18(1): 15-29.
- Jadoon A. N., Munir W., Shahzad A. M., Choudhry S. Z. (2010) Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*; doi:10.1186/1471-2407-10-594 (Ulaşım: 18 Mart, 2016).
- Johnson, D. R., White L. K., Edwards J. N., Booth A. (1986) Dimensions of marital quality: toward methodological and conceptual refinement. *Journal Of Family Issues*, 7:31-39.
- Kafetsios K. (2002) Social support and well-being across the life-span: independent and combined effect. 11. *International Conference On Personal Relationships Posters*. Halifax. Canada.
- Kaçmaz N. (2006) Konsültasyon liyezon psikiyatrisi e konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: Tarihsel bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1):75-85.
- Kadan-Lottick N. S., Vanderwerker L. C., Block S. D., Zhang B., Prigerson H. G. (2005) Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, 104(12):2872-2881.
- Kalenderer Ö., Sünger G., Özel A., Turan D., Ünek T. (2013) *Kemoterapi Ünitesi Hemşirelik El Kitabı*, İzmir
- Kalkan M. (2002) Evlilik ilişkisini geliştirme programının evlilerin evlilik uyumu üzerine etkisi. *Doktora Tezi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi
- Kamen C., Mustian M., Heckler C., Janelsins C., Peppone J., Mohile S., McMahon J., Lord R., Flynn P., Weiss M., Spiegel D., Morrow G. (2015) The association between partner support and psychological distress among prostate cancer survivors in a nationwide study. *J Cancer Survivors*, 9(3):492-499

Karadağ A., Menteş B. B., Üner A. (2003) Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis.*,18:234-238.

Karakaya B. (2014) Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Konya

Karamustafaloğlu O., Özçelik B., Bakım B., Ceylan C. Y., Yavuz G. B., Güven T. , Gönenli S. (2010) İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:151-157.

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.

Karamustafaloğlu O., Yumrukçal H. (2011) Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2):65-74.

Karakoyun-Çelik O., Görken İ., Sahin S., Orcin E., Alanyali H., Kinay M. (2010) Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol.*, 27(1):108-13.

Karnell L. H., Christensen A. J., Rosenthal E. L., Magnuson J. S., Funk G. F. (2007) Influence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. *Head Neck.*, 29(2):143-146.

Kavradım S., Özer Z. (2014) Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2):154-164.

Kayıkçı A., Çam K. (2011) Bir toplum hastalığı olarak benign prostat hiperplazisi: eşlerin yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 4:59-60.

Kelleci M., Aydın D., Sabancıoğulları S., Doğan S. (2009) Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*,12:90-98.

Kılıç E., Taycan O., Belli K. E., Özmen M. (2007) Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4):302-310.

Kılıçkap S., Aksoy S., Çelik İ. (2006) Kanserde birincil koruma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 13(2): 57-71.

Kim Y., Deborah A. K., David K. W., Rachel L. S., Chiew K. K., Tenbroeck G., Smith M.A. (2008) Quality of life of couples dealing with cancer: dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *The Society Of Behavioral Medicine*, 35:230–238.

Kissane W., Grabsch B., Love A., Clarke M., Bloch S., Smith C. (2004) Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 38:320–326.

Krebber A. M. H., Buffart L. M., Kleijn G., Riepma I. C., de Bree R., Leemans C. R., Becker A., Brug J., van Straten A., Cuijpers P., Verdonck-de Leeuw I. M. (2014) Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *J Psycho-Oncology*, 23(2):121-130.

Kormaz M., Yangöz Ş. (2013) Hastanın kanser tanısına uyumunun sağlanmasında hemşirenin rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 8(3).

Köroğlu E., Bayraktar S. (2011) *Kişilik Bozuklukları*. HYB Yayıncılık, Ankara

Köroğlu E. (2014) *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Elkitabından Çeviri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara*

Köse R. M. ed. (2015) *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. Ankara

Kurdek, L. A. (2005). What do we know about gay and lesbian couples?. *Current Directions In Psychological Science*, 14:251–254.

Kurt Öncü H. (2008) Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Kutlu R., Çivi S., Börüban C. M., Demir A. (2011) Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Dergisi*, 27(3):149-153.

Kutluk T., Kars A. (2001) *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Ankara

Legg M.J. (2011) What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients?. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 3:61-67.

Lee J. I., Kim S. H., Tan A. H., Kim H. K., Jang H. W., Hur K. Y., et al. (2010) Decreased healthrelated quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. *Health Qual Life Outcomes*, 15(8):101.

Lehto U., Helander S., Taari K., Aromaa A. (2014) Patient experiences at diagnosis and psychological well-being prostate cancer: a finnish national survey. *European Journal Of Oncology Nursing*, 2: 88-92.

Levenson R. W., Carstensen L. L., Gottman J. M. (1999) Long-term marriage: age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(8):301–313.

Linden W., Vodermaier A., Mackenzie R., Greig D. (2012) Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord.*, 141(2-3):343-351.

- Lueboonthavatchai P. (2007) Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai.*, 90(10):2164-74.
- MacLean P. (2001) Attachment in marriage: predicting marital satisfaction from partner matching using a three -group typology of adult attachment style. *Dissertation Abstracts International, United States*
- Marlow B., Cartmill T., Cieplucha H., Lowrie S. (2003) An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psychooncology*, 12(4):319-330.
- Massie M. J. (2004) Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32:57-71
- Madeira N., Albuquerque E., Santos T., Mendes A., Roque M. (2011) Death ideation in cancer patients: contributing factors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29:636-642.
- Manne S., Kashy A. D., Siegel S., Myers S., Heckman C., Ryan D. (2015) Unsupportive partner behaviors, social-cognitive processing, and psychological outcomes in couples coping with early stage breast cancer. *J Fam Psychol.*, 28(2): 214-224.
- Martin R. M., Vatten L., Gunnell D., Romundstad P. (2010) Blood pressure and risk of prostate cancer: Cohort Norway (Conor). *Cancer Causes Control*, 21(3):463-72.
- Mazzotti E., Sebastiani C., Antonini Cappellini G. C., Marchetti P. (2013) Predictors of mood disorders in cancer patients' caregive. *Support Care Cancer*, 21(2):643-647.
- McCaughan E., Mckenna S., Mcorley O., Parahoo K. (2015) The experience and perceptions of men with prostate cancer and their partners of the connect psychosocial intervention: a qualitative exploration. *Journal Of Advanced Nursing*, 2-8.
- Michiels A. (2013) Mide Kanseri: Hastalar İçin Bir Rehber. *Europen Society For Medikcal Oncology Klinik Uygulama Kılavuzu*, 1-28.
- Mitchell A.J., Chan M., Bhatti H., Halton M., Grassi L., Johansen C. (2011) Prevalence of depression, anxiety, and andadjustment disorder in oncological, haematological and palliative- caresettings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.*, 12(2):160-174.
- Nazik E., Arslan S., Nazik H., Narin M. A., Karlangic H., Koç Z. (2012) Anxiety and symptom assessment in Turkish gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, (13)7:3129-3133.
- Nazik E., Eryilmaz G. (2011) Kadında disparoni ve hemşirelik yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 211-215
- Nordin K., Berglung G., Glimelius B. et al. (2001) Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J. Cancer*, 37 (3): 376 -384.

Northouse L. L., Mood D., Templin T., Mellon S., George T. (2000) Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Soc Sci Med.*, 50:271-284.

Noyan A., (2012) Mesane Kanseri hastasına psikiyatrik yaklaşım ilkeleri ve üroonkologlara öneriler. *Üroonkoloji Bülteni* 11 (4): 305-310

Oflaz F. (2002) Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4 (1):65-72.

Okanlı A., Ekinci M. (2008) Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 46(1):9-14.

Onan N., Işıl Ö. (2010) Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerde stres, tükenmişlik ve başa çıkma: literatür gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 264-271.

Onur E., Cimilli C., Ulaş H. (2003) Psikiyatri konsültasyonlarında deliryum. *Demans Dergisi*, 3:127-130.

Orak O., Sezgin S. (2015) Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği*, 6(1):33-39.

Oylar Ö., Tekin İ. (2011) Kanser teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 16(1).

Öksüz E., Barış N., Arslan F., Ateş M.A. (2013) Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatol J Clin Investig*, 7(1):24-30.

Ölgen S., Bıçak I., Nebioğlu D. (2002) Angiogenesis ve kanser tedavisinde yeni yaklaşımlar. *Ankara Ecz. Fak. Derg.*, 31:(3)193-214.

Öncel M. (2012) Matriks metalloproteinazlar ve kanser. *Eur J. Basic Med. Sci.*, 2(3):91-100.

Öz F. (2015) Kanserde psikososyal hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J İntern Med Nurs-Special Topics*, 1(2).

Özaslan A., Akyıldız Ü. E., Çelik S., Koç S., Tuğcu H. (2010) Kanser hastalarında intihar riski. *Türkiye Klinikleri J. Foren Med.*, 7(1):42-47.

Özbey S. (2012) Eşlerin algıladıkları sosyal desteğin ailenin bazı özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(1):167-181.

Özcanlı D., Ovayolu N., Neşe A. (2007) Kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 17(2): 38-44.

Özdemir Ü., Taşçı S. (2013) Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1).

Özdemir Z., Özkan A. E. (2016) Yozgat'ta kanser sıklığı. Bozok Tıp Dergisi, 1(1):27-33.

Özer N. (2015) Meme kanserli kadınların psikososyal gereksinimleri. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics, 1(1):16-22.

Özgüven D. H. (2008) İntihar davranışı riskinin değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 1(3):8-14.

Özgüven İ. E. (2009). Evlilik ve aile terapisi. PDREM Yayınları. Ankara

Özkal F. (2008) Kanser tanısının hastaya söylenmesine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi

Özkan S. (2007) Psiko-onkoloji. İstanbul: Novartis Yayınları

Özkan S. (2010) Kolon Ve Rektum Kanserleri. Türk Kolon Ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 787-791

Özsoy M. (2013) Erken evre serviks kanseri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, (1):1-4.

Özyurt B. E. (2007) Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. Kriz Dergisi, 15(1):1-15.

Pantilat S. Z., Kerr K. M., Billings J. A., Bruno K. A., O'Riordan D. L. (2012) Characteristics of palliative care consultation services in california hospitals. J Palliat Med.,15(5):555-560.

Paterson C., Robertson A., Smith A., Nabi G. (2015) Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostat cancer: a systematic review. European Journal Of Oncology Nursing, 1-2.

Penson F. D., Matthew J. Resnick M. D., Koyama T., Kang-Hsien F., Peter C. A., Goodman M., Hamilton A. S., Hoffman R. M., Potosky A. L., Stanford J. L., Stroup A. M., R. van Horn L. (2013) Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. N Engl J Med., 368:436-445.

Pınar G., Algier L., Çolak M., Ayhan A. (2008) Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Ulusal Hematoloji Onkoloji Derg., 18(3):141-149.

Reis N. (2003) Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. C.Ü. Hemşirelikyüksekokulu Dergisi, 7:35-40.

Reis N., Coşkun A., Bej N. K. (2006) Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2:25-35.

- Roscoe J. A., Kaufman E. M., Matteson-Rusby E. S., Palesh G. O., Ryan L. J., Kohli S., Perlis L. M., Morrow G. R. (2007) Cancer-related fatigue and sleep disorders. *The Oncologist*, 12(1):35-42.
- Ross M. K., Ranby W. K., Wooldridge S. J., Robertson C., Lipkus M. I. (2016) Effects of physical and mental health on relationship satisfaction: a dyadic, longitudinal examination of couples facing prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 25(8):898–904.
- Sağlık Bakanlığı (2012) Dünya ve Türkiye’de Kanser (online). <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser-02042012.html> (ULAŞIM: 12 Haziran, 2016)
- Sağiroğlu M. (2013) Kolorektal kanser evrelemesi. *Turkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*, 6(3).
- Salman N., Uzunboylu H. (2011) Eşlerin boşanma nedenleri ve eğitimi. Pegem Akademi. Ankara
- Sarıdoğan M. E., Karahan. M. F. (2005) Evli bireylere yönelik bir insan ilişkileri beceri eğitimi programı’nın evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 38(2): 89-102.
- Savard M. H., Savard J., Simard S., Ivers H. (2005) Empirical validation of the insomnia severity index in cancer patients. *Psychooncology*, 14(6): 429-441.
- Sayıl I. (2008) İntihar davranışında tedavi. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1(3).
- Segrin C. (2003) Age moderates the relationships between social support and psychosocial problems. *Human Communication Research*, 29:317-342.
- Senderson C., Agar M. (2010) Delirium in advanced cancer. *Cancer Forum*, 34 (2).
- Sert H. (2015) Ortak bir sorun: bakımyükü. *Turkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 1(1):62-66.
- Seven M., Akyüz A., Sever N., Dinçer Ş. (2013) Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *Taf Prev Med Bull*, 12(3):219-224.
- Shands M., Lewis F., Sinsheimer J., Cochrane B.B. (2006) Core concerns of couples living with early stage breast cancer. *Psycho-Onkology*, 15: 1055-1064.
- Sherman D. W., Haber J., Hoskins C. N., Budin W. C., Maislin G., Cater J., Cartwright-Alcares F., McSherry B. C., Feurbach R., Kowalski O. M., Rosedale M. (2009) Differences in physical, emotional and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncol Nurs Forum*, 36:185-97.
- Shukla P., Rishi P. (2014) A correlational study of psychosocial & spiritual well being and death anxiety among advanced stage cancer patients. *American Journal of Applied Psychology*, 2(3): 59-65.

- Spanier G. (1976) Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal Of Marriage And The Family*; 38:15-28.
- Spiegel D. (2006) Psychotherapeutic intervention for depression in cancer patients. abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. *Psycho-Oncology*, 15: 1-478.
- Soylu C. (2014) Kanser hastalarında bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(3):257-270.
- Sundström M., Björn I., Åström M. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients. *Am J ObstetGynecol*, 184:8-13.
- Şen S., Aygin D., Sert H. (2016) Palyatif onkolojik tedaviler ve bakım. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 21-35.
- Şendil G., Korkut Y. (2008) Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 28:15-34.
- Şenel F., Çakıroğlu B. (2013) Kanserle savaş. *Bilim Ve Teknik Dergisi*, 1-23
- Şener A., Terzioğlu G. (2002) Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörler. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları. Ankara
- Tarhan N. (2015) Pozitif Psikoloji. Timaş Yayınları. İstanbul
- Taşçı E., Bolsoy N., Kavlak O., Yücesot F. (2008) İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2):105-110.
- Tinay İ., Türkeri L. (2016) Metastatik prostat kanserinde yeni bir dönem: başlangıç tedavisi olarak kemoterapi ve hormonal tedavi kombinasyonu. *Bulletin Of Urooncology*, 15:65-68.
- Tuncer M. (2009) Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara
- Tuncay T. (2010) Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1):59-71.
- Tokgöz G., Yaluğ İ., Özdemir S., Yazıcı A., Uygun K., Aker T. (2008) Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium*, 46(2):51-61.
- Tünel M. , Vural A., Evlice Y. E., Tamam L. (2012) Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3):189-219.
- Tutarel-Kışlak Ş., Çabukça, F. (2002). Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2(5):35-41.
- Türküm S. (2000) Anne Baba Eğitimi. TC Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014) Aile Yapısı Araştırması 2011. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07, İstanbul.

Türkiye İstatistik Kurumu (2015) Sayı:21519

Türk Medenî Kanunu (2001) <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.htm> (Ulaşım: 7 Haziran 2016)

Ulusoy A., Topgül K. (2010) Modern Cerrahi Pratiğin Biyolojik Temeli. İstanbul

Uslu R., Bıçaklı D. (2013) Onkoloji Hastaları İçin Kemoterapi El Kitabı. İzmir

Uçar T., Berk V. (2015) Prostat kanserinde hormonal tedavi. Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topic, 8(3):31-38

Uçar T., Uzun Ö. (2008) Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 4(3):162-168.

Uğurlu O. (2003) Evli çiftlerde cinsiyet ayrımına ilişkin tutumlar, çatışma yöntemi biçimleri ve evlilik uyumu arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Ankara

Uğurlu K. G., Uğurlu M., Karadayı E. (2014) Kanser ve cinsel işlevsellik. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Kavşağı Özel Sayısı, (7): 52-55.

Ülger E., Alacacıoğlu A., Gülseren A., Zencir G., Demir L., Tarhan M. (2014) Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEÜTIP Fakültesi Dergisi, 2(28):85-92.

Ünal G., Orgun F. (2006) Kanserden korunmaya ilişkin eğitim programının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 13(1):31-35.

World Health Organization (2014) Cancer Country Profiles
apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf (ulaşım: 23 Temmuz, 2016)

World Health Organization (2010) Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22

Whisman M., Delinsky S. (2002) Marital satisfaction and an information-processing measure of partner schemas. Cognitive Therapy And Research, 26:617.

Yalçın H. (2014) Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 3(1).

Yavuzşen T., Alacacıoğlu A., Çeltik A., Yılmaz U. (2014) Kanser ve uyku bozuklukları. Türk Onkoloji Dergisi, 29(3):112-119.

Yalçınoğlu N., Önal A. (2014) Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri. Turk J Public Health, 12(2).

Yıldırım S., Gürkan A. (2010) Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemüirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26 (1):87-97.

Yılmaz A. (2001) Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. Aile ve Toplum Dergisi, 4(4).

Zencirci A., Yıldız C., Ulusoy S., Özdemir F. (2015) Kemoterapi alan onkoloji hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci.*, 7(1):1-9.



EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Bu çalışma, erken evre kanser tanısı almış bireylerin eş uyumları ve ruhsal durumları arasındaki incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanır. Araştırmaya katılmamanız size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etseniz de istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki herhangi bir hizmette olumsuzluğa neden olmayacaktır. Bu araştırmadan elde edilen tüm bilgiler tüm aşamalarında özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim
Yağmur Özçolak

EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1-Yaşınız...

2-Medeni durumunuz nedir?

- Evli
- Bekar
- Dul / Boşanmış
- Diğer(açıklayınız.)

3-Eğitim durumunuz nedir?

- Sadece okur-yazar
- İlk –Ortaokul Mezunu
- Lise Mezunu
- Üniversite Mezunu
- Diğer

4-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?

- Düşük
- Orta
- Yüksek

5-Mesleğiniz nedir?

- İşçi
- Serbest meslek
- Memur
- İşsiz
- Emekli
- Diğer ...

6-Yaşadığınız yer?

- Köy- kırsal bölge
- Şehir

7-Kaç yıldır evlisiniz/birliktesiniz: ...

8-Evli iseniz evlenme şekliniz;

- Görücü usulüyle ailemin kararıyla
- Görücü usulüyle
- Kendi kararımle
- Severek kendi isteğimle

9-Eşinizin/partnerinizin eğitim düzeyi;

- Sadece okur-yazar
- İlk –Ortaokul Mezunu
- Lise Mezunu
- Yüksekokul Mezunu
- Diğer

10-Çocuğunuz var mı?

- Var (ise kaç çocuğunuz var? ...)
- Yok

11-Çocuklar sizinle birlikte mi yaşıyor?

- Evet
- Hayır

12-Kanser tanınız?

- Multipl Miyelom
- Baş ve Boyun Kanseri
- Mide Kanseri
- Serviks Kanseri (Rahim Ağızı Kanseri)
- Safra Yolu Kanseri
- Safra Kesesi Kanseri
- Prostat Kanseri
- Pankreas Kanseri
- Özefagus Kanseri
- Melanoma
- Karaciğer Kanseri
- Kan Kanseri (Lösemi)
- Kalın Bağırsak Kanseri
- İnce Bağırsak Kanseri
- Rahim Kanseri
- Meme Kanseri
- Cilt Kanseri
- Böbrek Kanseri
- Anüs Kanseri
- Anal Kanal Kanseri
- Akciğer Kanseri

13-Kanser dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı?

- Var (ise açıklayınız ...)
- Yok

14-Kaç yaşında kanser tanısı aldınız? ...

15-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?

- ...ay
- ...yıl

16-Kanser tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kemoterapi
- Radyoterapi
- Hormonal tedavi
- Cerrahi tedavi

17-Hastalığınız konusunda konuşmaktan kaçınır mısınız?

- Evet
- Hayır

18-Hastalığınızın yan etkileri hakkında kimlerle konuşmayı tercih ederdiniz?

- Eş/partner
- Akraba
- Arkadaş
- Sağlık personeli
- Aynı hastalığı olan biri

19-Hastalığınız hakkında çevrenizden aldığınız desteği yeterli görüyor musunuz?

- Evet
- Hayır

20-Destek kaynaklarınız kimler?

- Yalnızca eş/partner
- Eş/partner ve diğer kişiler
- Eş/partner hariç diğer kişiler

21-Hastalığınız hakkınızda bilginiz var mı?

- Evet
- Hayır

22- Yanıtınız evet ise nereden bilgi aldınız?

- Hemşire
- Hekim
- İnternet
- Radyo- televizyon - gazete
- Diğer (arkadaş, akraba ...)



EK 3: RUHSAL BELİRTİ TARMA TESTİ (SCL-90-R)

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Örnek: 1. (2) Baş ağrısı

Hiç : 0	Çok az : 1	Orta derecede : 2	Oldukça fazla : 3	İleri derecede : 4
---------	------------	-------------------	-------------------	--------------------

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığımız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi

Hiç : 0	Çok az : 1	Orta derecede : 2	Oldukça fazla : 3	İleri derecede : 4
---------	------------	-------------------	-------------------	--------------------

22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar.
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Herşey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duyularınızın kolayca incitilebilme hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkus

Hiç : 0	Çok az : 1	Orta derecede : 2	Oldukça fazla : 3	İleri derecede : 4
---------	------------	-------------------	-------------------	--------------------

48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek hissi
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yıkama, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşmaya kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkışık ve hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri

Hiç : 0	Çok az : 1	Orta derecede : 2	Oldukça fazla : 3	İleri derecede : 4
---------	------------	-------------------	-------------------	--------------------

73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığımızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktı hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

EK 4: GENEL SAĞLIK ANKETİ (GSA-12)

SON ZAMANLARDA;

1- Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz ?
Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
2- Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz ?
Hiç hissetmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
3- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
Hiç çekmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
4- Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?
Hiç hissetmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
5- Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz ?
Hiç hissetmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
6- Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz ?
Hiç kaybetmiyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
7- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?
Hiç görmüyorum () Her zamanki kadar () Her zamankinden sık () Çok sık ()
8- Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?
Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()
Her zamankinden çok daha az ()
9- İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz ?
Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az () Her zamankinden çok daha az ()
10- Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?
Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az () Her zamankinden çok daha az ()
11- Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz ?
Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()
Her zamankinden çok daha az ()
12- Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?
Her zamankinden çok () Her zaman ki kadar () Her zamankinden az ()
Her zamankinden çok daha az ()

EK 5: ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz

aşırı mutsuz oldukça mutsuz az mutsuz mutlu

oldukça mutlu aşırı mutlu tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

(...) ilişkinin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yok.

(...) ilişkinin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.

(...) ilişkinin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yaparım.

(...) ilişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.

(...) ilişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için anda yaptıklarımın daha fazlasını reddediyorum.

(...)ilişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkimin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

EK 6: YAZIŞMALAR



Hürol Fıfıloğlu <fisil@metu.edu.tr>

Alıcı: bana

18.06.2015 ☆



Sayın Özocak,

Mesajınıza ve ölçeği kullanma konusundaki kriterlere "uyacağınızı" belirten mesajınız teşekkür ediyorum.

Ekli dosyalarda gerekli dökümanları bulacaksınız. Sizde "paylaşım bilgisinin" imzalı şeklini bekliyorum. Taratıp gönderebilirsiniz. İyi günler dilerim.

...

Sayın.....

Ölçeği aşıağıda belirteceğim koşullara uyararak kullanmayı kabul ederseniz ölçeği gerekli materyallerle beraber size iletirim.

1. Ölçeğin formatında değişiklik yapmadan orjinal şeklinde kullanmak (bazen kişiler ölçekleri kendileri yeniden yazıyor, sayfa düzenini değiştiriyor mesala 1 sayfalık ölçeği 2 sayfa yapıyor vs)
2. Ölçeğin kendi örnekleminize göre yeniden geçerlik güvenirlik çalışması yapmamanız, var olan ölçek verilerine güvenerek kullanılması (bunun gerekçesini anlatmam biraz karışık olabilir onun için yazmıyorum).
3. Tez kullanımında ekler bölümünde ölçeğin tamamı yerine örnek maddeleri olarak 1-2 soru verilip, yazışma adresi bilgisiyle verilmesi.
4. Herhangi bir yayında ölçeğin tamamı yerine örnek maddeleri olarak 1-2 soru verilip, yazışma adresi bilgisiyle verilmesi.

Eğer bu söylediklerim size uygunsa lütfen bana bilgi verin. Cevabınız olumluysa size ıteceğim e-posta adresinizi yazarsanız sevinirim.

İyi çalışmalar ve günler dilerim.

H.Fıfıloğlu

EK7: ETİK KURUL ONAYI



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /195

25 Kasım 15

Sayın Yrd. Doç. Dr. Elçin Babaoğlu
(Yağmur Özçolak)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23 Kasım 2015 tarihinde, 13 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastalarda Eş Uyum Düzeyi ve Ruhsal Durum Arasındaki İlişki" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK 8: KURUM ONAYI

ÜSKÜDAR
Fakültesi
Kısıklı
Bağlarbaşı St. Tel: (0216) 474 32 59 - 474 37 68
Fax: (0216) 474 32 59

08 Kasım 2015

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

№ 19600

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi kapsamında yürütmekte olduğum “Erken Evre Kanser Tanısı Almış Olan Hastalarda Eş Uyum Düzeyi ve Ruhsal Durum Arasındaki İlişki” isimli tezimin anket çalışmasını Merkez Müdürlüğünüzde yapabilmem için gerekli iznin verilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

11
Yağmur Özçolak

04/11/2015
Yağmur Özçolak
Hemşire

EK: Çalışma için kullanılacak anketler ektedir.

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Doç. Dr. Erdoğan GÜLTEKİN
Merkez Müdürü...

Adı Soyadı
Merkez Müdürü

ASLINA UYGUNDUR
Üsküdar 5. Noterliği

Uskudar 5. Noterliği
F. N. ...
Vekili
Başkatip, Şafak Kutay

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yağmur Özçolak
Doğum Yeri Ve Tarihi: Bakırköy-1989
Yabancı Dili: İngilizce
İletişim: yagmurozcolak@gmail.com
Eğitim Durumu: **Lisans:** Namık Kemal Üniversitesi- Sağlık
Yüksekokulu-2010 Mezunu
Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi-
Hemşirelik Anabilim Dalı-Psikiyatri
Hemşireliği
Çalıştığı Kurum: Namık Kemal Üniversitesi- Sağlık
Uygulama Ve Araştırma Merkezi