

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumda ruhsal hastalıklar yaygın görüldüğü halde hastalığı olanların büyük bir kısmı yardım alamamakta, yardım arayanlar ise birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve bunların büyük bir çoğunluğuna tanı konulamamaktadır. Kansere gibi, yol açtığı ek problemleri iyi bilinen ve mortalite oranı yüksek olan bir hastalıkta da psikiyatrik yardım ihtiyacı artmakta ancak mevcut psikiyatrik komorbidite atlanabilmektedir.

Yaşamın akışını bozan, kişinin varoluşuna ciddi bir tehdit getiren kanser kuşkusuz herkesi sarsar. Hasta bu krizle başa çıkmaya çalışırken aynı zamanda önemli tedavi kararları vermek, hastalığın ve sağaltımın sonuçları yüzünden yaşantısını yeniden düzenlemek zorunda kalır. Gelişen sağaltım yöntemleriyle birçok hasta iyileşmekte ya da eskisine oranla daha uzun yaşamaktadır. Ayrıca tıptaki gelişmelerle paralel olarak hastaların beklentileri artmış, yalnızca yaşayabilmek değil, iyi bir şekilde ve yaşam kalitesini bozmadan yaşamı sürdürmek hedef olmuştur. Beden bütünlüğünü mümkün olduğunca koruyan sağaltım modellerini geliştirme çabalarının yanı sıra ruh sağlığını da dikkate almak, kanser ve tedavileriyle ortaya çıkan ruhsal sorunları, bozuklukları tanıyıp tedavi etmek önem kazanmıştır. Kansere ve psikiyatrinin ilişkisi oldukça eski olmasına karşın psiko-onkolojinin son tanımını alması oldukça yenidir. Bu alanda son 20 yılda önemli araştırma verileri birikmiştir. Kansere hastalardaki ruhsal sendromlar, bunların sıklık ve sağaltımları psikoterapiler, hasta aileleri, kansere hastalarla çalışan sağlık personeli, hastalığın ortaya çıkışında ve hastalığa dirençte ruhsal etkenlerin yeri, kanser ve yaşam kalitesi psiko-onkolojinin ilgi alanları içinde yer almıştır (1).

Kansere hastaların yaşadığı psikososyal sorunların ve ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların ele alınmasının kansere tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olduğu, bu bakış açısı geliştirilmediği zaman, bu hastaların onkoloji servislerinde yatan sorunlu hastalar olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (2).

Kansere tanısıyla başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hastayla ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalar ve sağaltımlara ilişkin değişkenler, (sakatlayıcı belirtiler, kansere yerleşimi, prognoz, ağrı, kariyer, evlilik gibi yaşam hedeflerine ne oranda engel olduğu) ve çevresel özellikler (sosyal

destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, sağaltımları ekonomik olarak karşılayabilme gücü) kanser tanısıyla baş etmeyi belirleyen etmenlerdir (3).

Kanserli hastaların psikiyatrik tedaviye çok da istekli olmadığı, ya da kanserli hastalarla çalışan ekibin ruhsal sorunları tanıma ve hemen psikiyatri konsültasyonu istemede güçlükleri olduğu bilinmektedir (4). Hastaların bilgilendirilmesi, onkoloji birimleri ile liyezonun gelişmesi, böylece sorunların tanınması ve konsültasyon oranlarının artması sağlanabilir. Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini bozan herhangi bir sorun olduğunda ya da bir psikiyatrik bozukluk saptandığında zaman yitirmeden tedaviye başlamak, hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesine katkıda bulunur.

Kanser süregelen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal sorunlara yol açan önemli bir sorundur. Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir. Çalışmamızda kanserli hastalarda görülen psikiyatrik bozuklukların oranı ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabilecek etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Hipotezleri:

- 1-Kanserli hastalarda ruhsal hastalık görülme sıklığı daha yüksektir.
- 2-Psikiyatrik tanı alan kanserli hastalarda yaşam kalitesi düşmektedir.
- 3-Yaşam kalitesi düşük olan kanserli hastalarda intihar düşüncesi artar.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP)

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleriyle bir bütündür. Bedendeki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler. Ruhsal durumdaki çatışmalar ve sarsılmalar da bedeni etkiler. Psikiyatri; doğa bilimlerinden sosyolojik bilimlere, antropolojiden felsefeye, klinik tıp bilimlerinden davranış bilimlerine kadar uzanan bu alanların verilerini sentez eden bir tıp dalıdır. Bu çok yönlü ve geniş yelpazedeki ilgi alanı, psikiyatrinin insan varlığına, hastalıklara ve insan mutluluk ve yaratıcılığına yaklaşım felsefesinin ve klinik uygulamasının temelini oluşturur. Hekimlik, hastalıkları tedavi etmenin çok ötesinde ve öncesinde hastalığı olan kişiyi bütüncül olarak anlamak ve yardımcı olmaktır. Hekimlik uygulaması, tıp ile psikiyatriyi, davranış bilimleri ile biyolojik bilimleri bütünleyen bir anlayışı kavramayı ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıkları holistik (biyopsikososyal) bütünlüğü içinde ele almayı ve çözümlenmeyi gerekli kılar. Tıbbi hastalarda gelişen psikiyatrik bozukluklarla ilgili araştırmalar son 10–15 yılda olağanüstü hızlanmıştır. Bu çalışmalar, hem tüm tıp disiplinlerine, hem de psikiyatriye katkı sağlamaktadır. Konuyu tek boyutlu araştırmak ya da kavramak değil, insan varlığına, hastalıklara ve tedavisine ilişkin bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesi merkezi bir önem taşımaktadır (5–8).

Tıbbi hastalığı olanlarda, psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, ancak ruhsal yardım gerektiren ve psikiyatrik tedaviden yararlanabilecek birçok hasta vardır. Dar ve hastalık merkezli yaklaşımlar, fiziksel hastalık çerçevesindeki insan algı ve yaşantısını yeterince kavrayamaz. Tıbbi bilimler de, ruh sağlığı bilimleri de, indirgeyici yaklaşımı aşmalıdır ve biyomedikal teknolojik yaklaşımdan öte, insana empatik, varoluşsal yaklaşımı gerektirir. Bu bağlamda psikopatolojiye ilişkin biyolojik süreçleri, somatik etkileri, psikososyal kavramlar ve insan varoluşuna ilişkin yaklaşımlarla bütünleştirmek gerekmektedir (7–9).

KLP, klinik tıpta, genel hastane içinde psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Genel hastanede yatarak ya da ayakta tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ve bakım ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak sunulmasıdır. Bu disiplin, hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda, insanın bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele

alınmasına yardımcı olur. Psikiyatri üst disiplini ve uzmanlık alanı olarak kurumsallaşan KLP şöyle tanımlanmaktadır (8,10–12).

1-Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması,

2-Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı) sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelere, psikososyal tıp eğitimi verilmesi,

3-Tıp ve psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırma yapılması.

2.2. Onkoloji – Psikiyatri İlişkisinin Gelişimi

M.S. 200 yılında Galen'in melankolik kadınların daha yüksek kanser riski taşıdığı gözlemine dek gidebilen psikiyatri-onkoloji ilişkisi sistemli ve modern bir biçime ancak son 20 yılda ulaşmıştır. Özellikle 18. ve 19. yüzyıllarda kanserli hastaların psikolojik özellikleri klinisyenlerin ilgisini çekmeye başlamış, kanser ve depresyon ilişkisine dikkat çekilmiştir. 1701'de Gendron, anksiyeteli ve depresif kadınların kansere aday olduklarını, 1759'da Guy, flegmatik ve melankolik olarak tanımladığı kadınların daha çok kansere yakalandığını, 1846'da ise Walsche, mental disfori ve güç bir yaşamın getirdiği streslerin kanser patogenezinin bir parçası olduğunu düşündüğü 'defektif innervasyon'a yol açtığını yazmıştır (13). 20. yüzyılın başlarında kanserli hastaların psikolojik özellikleri konusunda tek tük yazılar yayımlanmış, 1950'lerde literatürlerin gözden geçirilerek yapılan çalışmalarda ümitsizlik, yitim ve depresyonun en sık gözlenen belirtiler olduğuna dikkat çekilmiştir (14). 1950'li yıllarda ilgi, kanser oluşumunda psikolojik nedenlerden kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına kaymaya başlamıştır (15). Destekleyici nitelikte kendine yardım gruplarının ilk çıkışları 1950'li yıllara dayanmaktadır. A.B.D.'de "İyileşmiş Kanserliler Derneği" 1956'da, kanserli hastalar için bilgi, danışmanlık ve duygusal destek sağlamak amacı ile "İyiliğe Ulaşma Derneği" ise eski bir mastektomili hasta tarafından mastektomi hastalarına kansere uyum sağlamada yardımcı olmak için kurulmuştur (13). Yapılan bir çalışmada radyoterapi alan 50 kanserli hastanın tanılarını ne ölçüde bildiklerini ve bu tanıya

gösterdikleri duygusal tepkileri araştırılmış; tüm hastalarda bunaltının daha az olduğu, hekimle özdeşim gibi savunma mekanizmalarının daha fazla olduğu bildirilmiş olup, özellikle tanılarını bilmeyen hastaların inkar mekanizmasını diğer hastalardan daha yoğun olarak kullandıklarını gözlemişlerdir (16).

2.3. Kanser Oluşumunda Psikolojik Etkenlerin Yeri

Kanserli hastaların kişilik özellikleri ve hangi kişilik özelliklerinin ya da ne gibi yaşam olaylarının kansere yol açtığı her zaman merak konusu olmuştur. Uzun yıllar; yitim, bastırma ve duyguların inkârı kanserin başlangıç ve ilerlemesinde etkin olduğu düşünülmüştür. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada kişilerdeki nörotiklik puanları ile kanserin ters ilişkisi olduğu varsayımı sınanmış ve sağlıklı kişilerden oluşan kontrol gruplarında, akciğer kanserli hastalardan çok daha yüksek nörotiklik puanları olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada düşük nörotiklik puanları olanlarda, yüksek nörotiklik puanları olanlara oranla 6 kez daha fazla akciğer kanseri riski olduğu saptanmıştır (17). Başka bir çalışmada kanserli hasta gruplarında kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük nörotiklik puanı saptanmıştır (18).

Yapılan başka bir çalışmada ise meme kanserli hastalarla, fibrokistik hastalığı olan ve hiçbir meme hastalığı öyküsü olmayan üç kadın grubunu kişilik özelliklerinin algılanması bakımından dört standart ölçek kullanarak karşılaştırılmıştır. Meme kanserli grup, diğer iki gruba oranla daha depresif, daha az saldırgan ve daha az duygularını ifade edebilir olarak bulunmuştur (19).

2.4. Kanser Hastasıyla İletişim

Bir onkolog 40 yıllık meslek hayatında yaklaşık 150.000 ile 200.000 hastaya sağlık hizmeti vermektedir. Dolayısıyla iletişim, onkolojide en çok vakit alan ve özel eğitim gerektiren bir alan olduğu halde, uygulamada iletişim yeteneklerini geliştirmeye yönelik yeterli eğitim verilmemektedir. İyi ve hasta oryantasyonlu bir iletişim kanser hastasının tedaviye uyumunu arttırmakta, ağrı kontrolünü sağlamakta, fizik ve işlevsel iyilik halini desteklemekte, kan şekeri ve tansiyon gibi fizyolojik değerlerin daha iyi kontrolünü sağlamakta, psikolojik iyilik halini desteklemektedir (20).

Kanser hastasıyla iletişim konusunda doktorun üç alanda beceri göstermesi beklenmektedir. Birincisi hastanın verilen bilgiyi anlayabilme kapasitesini belirlemek, ikincisi gerekli bilgiyi duyarlı ve anlaşılır şekilde verebilmek ve üçüncüsü hastanın kanserinin özelliklerine, öyküsüne ve genel psikolojik durumuna göre iletişim yöntemini seçebilmektir (21).

2.4.1. Tıbbi Hastalık Tanısı Konmuş Hastalarda Aktarım ve Karşıaktarım

Günümüze dek yapılmış bilimsel çalışmaların ışığında, örneğin kanser gibi ciddi tıbbi hastalık tanısı konmuş kişilerin tedavisine, sağlıklı yaşama eğitimi, stresle baş etme, davranış değiştirme eğitimi, sorun çözme odaklı yaklaşım teknikleri ve psikososyal grup çalışmaları gibi girişimlerin eklenmesi önerilmektedir (22). Ancak bu yapılandırılmış yaklaşımlar bazı durumlarda hastaların gereksinimlerine tam olarak yanıt verememektedir. Özellikle “hasta” olmanın iç dünyasında tetiklediği ve bir kısmı bilinçdışı olabilen tepkilerle başa çıkmakta zorluk çeken bireylere yönelik daha “kişiye özel” yaklaşımlara gereksinim vardır (23).

Kişi, özellikle hastalığına yönelik ruhsal tepkileri sonucunda çeşitli ruhsal bozukluklar geliştirmişse ya da hastalığı önceden var olan ruhsal bir çatışmayı yoğunlaştırmışsa, bireysel psikoterapi gereklidir. Hasta-hekim ilişkisinde ve psikoterapi sürecinde temel kavramlar olan aktarım ve karşıaktarım duygularını ve bunların sonucunda ortaya çıkan tepkileri tanıyabilme ve yönetebilme becerisi, hem hastanın iç dünyasına ait bilgiler edinmemize, hem de tedavi sürecinin olumlu yönde ilerlemesine katkıda bulunacaktır. Psikiyatristin bu hastaların tedavi süreci içerisinde ortaya çıkan karşıaktarım duygularını tanıma ve yönetebilme becerisi sadece ruhsal sorunlarının tedavisinde değil, medikal hastalığının tedavisi ya da rehabilitasyonu sırasında da ortaya çıkabilen güçlükleri anlama ve yönetme becerilerimize katkıda bulunabilir (24).

2.4.2. Tıbbi Hastalık Tanısı Konmuş Hastalarda Aktarım

Tıbbi hastalığının tanı ya da tedavi aşamasında karşımıza gelen hastalar, oldukça sık “doktorun onlarla pek de ilgilenmediğinden” yakınır, daha ender olarak tedaviye uyum göstermeyebilirler. Bu durumların bir kısmını, hastada ortaya

çıkan aktarım duyguları olarak ele almak mümkündür. Ciddi bir hastalık tanısı konmuş birey için terapist ile gerçek bir ilişki özellikle önemlidir. Terapist, var oluşuna yönelik bir tehdit karşısında kalan ve terk edilme korkuları tetiklenen hastanın duygulanımını ve benlik saygısını ayarlayan yardımcı ego olarak görev yapar. Hastalar, özellikle yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalık karşısında psikolojik bir gerileme içerisine girerler ve koşulsuz bir güven içerisinde hissetmeye gereksinimleri vardır. Bunun sonucu olarak, tanı konma aşamasında ve tedavinin başında hekimlerini sıklıkla ölküleştirirler. Başlangıçta ortaya çıkan bu olumlu aktarım duyguları, tedavi sürecini de olumlu yönde etkiler (25). Bazen aktarım bölünür ve psikiyatrist ölküleştirilirken, öfke hastalıkla daha sıkıca ilişkilendirilen ve tıbbi hastalığın tedavisi ile ilgilenen ekibe yönelir. Bu durumda öfke gerçekten ortaya çıkan hayal kırıklıkları ile ilişkili olabileceği gibi, aynı zamanda hastanın bilinçdışında kendisini her zaman koruyacağı umudunu taşıdığı, tümgüçlü nesneye yönelik hayal kırıklığını da içerir. Bu gibi durumlarda amaç hastanın öfkesiyle baş etmesine yardım etmek ve tıbbi tedavisini üstlenen ekiple ilişkisini güçlendirmektir. Özellikle terminal dönemdeki hastalarda terapist ile kurulacak empatik bir ilişkinin ve gelişecek aktarım duygularının tedaviye etkisi azımsanmamalıdır. Terminal hastalıklarda terapist, acı ile baş etmeye yardım eden ve fizik bakımını yöneten bir anne gibi işlev görür. Bu durumda terapistin işi çok güç ve hayli tartışmalıdır; terapistin tümgüçlülük fantezileri hastanın hayatına aşırı derecede müdahale etme tehlikesini arttırabilir. Böyle durumlarda hekim sıklıkla ölküleştirilir; hasta çok eskilerde kalmış, görece olarak ikircikli duygular içermeyen bir ilişkiye, sevgi, tam güvenlik ve mutlak güven duyacağı bir döneme gerileme ihtiyacı içerisindedir. Bu nedenle terminal dönemde hastaya yaklaşım, Kohut'un ölküleştirilmiş ve tümgüçlü nesne aktarımı kavramlarını temel alır (25,26).

2.4.3. Tıbbi Hastalık Tanısı Konmuş Hastalar ve Karşıaktarım

Bazen hasta, hekiminde ya da terapistinde, kendi geçmiş yaşantılarına ait olan çatışmalarla ilişkili bir tepki uyandırır. Bu durumda terapistin ya da tedavi ekibinin üyelerinden birinin çözümlenmemiş çatışmaları tetiklenir ve hastanın tedavisi aksayabilir hatta bu kişi tarafından gerçekleştirilmesi mümkün olmayabilir (27). Karşıaktarım, terapistin bilinçdışından kaynaklanan ve hastaya ya da onun bir

kısmına yönelik olarak ortaya çıkan bir tepki olarak ele alınmıştır. Yansıtılmalı özdeşim ile karşıaktarım kavramını ilişkilendirilmiş ve “uyumlu” ve “tamamlayıcı” tipte özdeşimlerden söz edilmiştir. Benzer biçimde hastanın ruhsal aygıtının tamamı ya da bir kısmı bir terapistte tamamlayıcı ya da karşıt bir özdeşim oluşmasına yol açar ve terapist hastanın iç dünyasına ait bir çatışmanın bir bölümü ile özdeşim yapar (28).

Ağır tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda karşıaktarım duyguları psikoterapide güçlülere neden olabilir. Hastalık, terapistin tümgüçlülük ya da hastasını kurtarabileceği fantezilerini harekete geçirebilir. Hastası için bir şeyler yapabilmek ister. Hastasına fazladan acı çektirmemek için pasif kalmakla, ona yardım edebilme, kurtarma fantezileri ve zaman baskısı ile güdülenen yoğun girişimler arasında bir denge kurmaya çabalar. Karşıaktarımın pek çok biçimde gözlenebileceğini akılda tutmak gerekir. Hastasıyla yaptığı çalışma sırasında kayıp, kontrol ve kendi ölümü ile ilgili duygularla yüzleşmek zorunda kalan terapist, karşıaktarım duygularını çeşitli şekillerde ifade edebilir. Örneğin hastaya duygulanımlarının dile gelmesini kısıtlamak üzere gereksiz güvence verebilir, terapötik süreçte pasif kalıp pratik, günlük sorunlara odaklanabilir, hastaya çok fazla odaklanabilir ya da ondan sıkılabilir, görmekten kaçınabilir, seanslara geç kalabilir, terapiyi vaktinden önce bitirebilir ya da başka terapistte yönlendirebilir. Umutsuzluk, depresyon, anksiyete ve düşük benlik saygısı da ortaya çıkabilecek diğer tepkiler arasında sayılabilir. Eğer terapist karşıaktarım duygularına dikkat etmezse ve tanımakta yetersiz kalırsa, kendisini koruyacak mekanizmalar devreye girer ve hastası ile ilişki kurma ve yardım edebilme olanağı ortadan kalkar. Karşıaktarım tepkilerini tanıyabilmek için, onların terapistin her zamanki davranışlarından farklı olup olmadığına dikkat etmek gerekir. Örneğin genellikle hastalarla olumlu ilişkiler kurabilen bir ekip üyesi belli bir hastadan sıkılıyorsa akla karşıaktarım tepkilerinin gelmesi gerekir (29).

Ağır ve ölümcül bir hastalık, psişik gerilemeye ve ilkel savunma düzeneklerinin faaliyete geçmesine neden olur. Bu da güçlü karşıaktarım tepkilerinin gelişmesine neden olur. Bu tür reaksiyonlar özellikle akut dönemde hasta ile çalışan tedavi ekibinin işlevselliğini dolayısı ile hastanın tedavisini olumsuz etkileyebilir. Karşıaktarım duyguları akut ve kronik olarak iki grupta ele alınmıştır. Bu ayırım,

tıbbi hastalıklarda ortaya çıkan karşıaktarım duygularını anlamak ve değerlendirmek için kullanılabilir. Kronik karşıaktarım duyguları psikoterapi süreci içerisinde gelişen ve terapistte ortaya çıkan duyguları içerir. Akut gelişen, yoğun biçimde ortaya çıkan ve hastanın doyurulması için baskı yaptığı aktarım durumlarında da hastanın premorbid özellikleri arasında sınır kişilik bozukluğu gibi ciddi psikopatolojik durumların varlığından söz edilebilir. Bu hastalar bilindiği gibi kendi psikopatolojilerini dış dünyadakilere yansıtma eğilimindedirler. Günümüzde karşıaktarım iki kişi ilişki içerisindeyken kaçınılmaz olarak gelişen etkileşimsel bir fenomen olarak kabul edilmektedir. Terapistin görevi bu yaşantıyı mümkün olduğunca taşıyabilmesi ve hasta ile bunu daha iyi anlayabileceği fırsatları kollamasıdır. Terapist, her zaman kendi hissettiklerinin sıklıkla hastanın iç dünyasını anlamak için en iyi rehber olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Özellikle ağır ve yeti yitimine neden olabilecek tıbbi durumlarda tedavi ekibine ciddi yükler biner. Hastalar umutlarını koruyabilmek için yoğun ve uzun bir tedaviye gereksinimleri olduğu gerçeğini inkâr edebilirler ya da kontrol edebildiklerini hissedebilmek için kendilerinden istenen işbirliğine katılmayabilirler. Tedavi ekibi ise bu hastaları motivasyonları yetersiz, kışkırtıcı, kendisi için gösterilen çabaları görmeyen kişiler olarak değerlendirebilir ya da kendi yeterliliklerine yönelik bir tehdit olarak algılayabilir. Bu tepkiler hastanın iç dünyası hakkında bilgi verir, ancak tedavi ekibine bu tepkileri anlayıp yönetebilmeleri için yardım edilmezse, tedavi ya da rehabilitasyon için çok önemli olan etkili bir tedavi işbirliğini kurmak güç olabilir. Bazen klinikte hastanın sorun çıkaran davranışları nedeniyle istenen konsültasyonlarda tedavi ekibinin üyelerini ve onların karşıaktarım duygularını ele almak gerekebilir (30).

2.4.4. Kanser Tanısı Hastaya Nasıl Söylenmeli?

Kanser hastasının tamamen bilgilendirilme arzusu tedavi kararlarında aktif rol alma isteğiyle ilişkilidir. Haber kötü bile olsa iyi bilgilendirilen hastalar umudunu yitirmemeyi ve kendine yeni hedefler koymayı başarır. Kural olarak belirsizlik gerçeği bilmekten daha fazla endişe yaratır çünkü bilgi baş etmeyi kolaylaştırır. Tanı ve tedavi seçenekleri hakkında verilen dürüst bilgi hastalara tedavilerine aktif katılma şansı tanıyarak hastanın kanserle baş etmesine yardımcı olmaktadır (31).

Kanserli hastanın tedavisi söz konusu olduğunda “hastaya ne söylemeli, nasıl söylemeli?” sorusu hemen gündeme gelir. Bazı hekimler her zaman açıkça söylemek, bazıları da asla söylememek yanlısıdır. Bilgilendirilmiş hastaların sağaltıma daha yüksek oranda uyum gösterdiği, bununla birlikte tanıyı söyleme zamanının, hasta ve ailesinin kanserle baş etmesi bakımından önemli olduğu yolundadır (32).

Hastanın yaşam ve aile öyküsü öğrenilerek kanser tanısına nasıl tepki göstereceği öngörülebilir. Önce hastanın ne bildiği ortaya konulmalıdır. Pek çok hastanın kanser konusunda ön bilgisi vardır ve kanser teşhisi için detaylı testlerden geçerler. Hastanın kendisine uygulanan testlerden, cerrahi, ilaç ve ışın sağaltımından ne gibi anlamlar çıkardığı, bunları nasıl yorumladığı önemlidir. Tanısını öğrenmek isteyen hasta sorarak, ipuçlarını, verilen bilgileri değerlendirerek bir sonuca ulaşabilmekte; tanıyı bilmek istemeyen, inkâr mekanizmasının egemen olduğu hastalar ise ameliyat, ışın sağaltımı gibi kanseri düşündüren sağaltım yöntemlerine karşı hastalıklarının tanılarını hekimlerine sormamaktadır. Bu konuyla ilgili yapılan 50 hastayı içeren bir araştırmada, hastalardan 40’ının tanılarını bildiği ve kanser sözcüğünü kullandığı, tanısını bilmeyen 10 hastanın daha az eğitilmiş olduğu, kansere özgü sağaltımlar ve söylenen tanının mantıksızlığına karşın, kanser dışı tanıları kolaylıkla kabullenip konuyu araştırmadığı gözlenmiştir (16).

Bilginin; uyumu, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir. Hastaların bilgi ihtiyacı yaş, cinsiyet, eğitim, kanserin tipi ve evresi, tedavi tipi ve hastalık süresine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğinden hastaya ne kadar bilgi verileceğini anlamak sağlık çalışanının görevidir. Hastalara verilen bilginin 6 işlevi vardır (31).

1. Kontrol kazanmak
2. Anksiyeteyi azaltmak
3. Uyumu arttırmak
4. Gerçekçi beklentiler sağlamak
5. Kendine bakımı ve katılımı arttırmak
6. Güvende olma duygusunu sağlamak

Bilgi ihtiyaçlarının değişkenlik gösterdiği durumlar şöyle özetlenmiştir (33). O sıradaki şikâyetleri soru sormayı gerektirecek kadar ciddiye (örneğin öksürmekle ağzından kan gelen hasta), önceki deneyimler (örneğin yakınlarını kanserden

kaybeden hasta daha şüpheli olur); baş etme mekanizmaları (örneğin hastalığı reddeden hastalar daha az soru sorma eğiliminde olur); onkoloji servisine başvurmadan önce pratisyen hekim tarafından bilgilendirilmiş olma; yaş (gençler daha çok soru sorar); sosyoekonomik düzey (ne kadar yüksekse o kadar çok soru sorar).

İstenilen bilgi hastalık sürecinde değişkenlik gösterebileceğinden her konsültasyondan önce iyi bir değerlendirme yapılmalıdır. Ayrıca özellikle de kötü haber verildiğinde verilen diğer bilgilerin sonradan unutulabileceği sağlık çalışanının aklında tutulmalıdır. Yetersiz ya da eksik bilgi hastanın anksiyetesini, emin olamama halini, stresini ve memnuniyetsizliğini arttıracak ve tedavi kararlarını olumsuz etkileyecektir. Çalışmalar karar verme sürecine katılımı psikolojik uyum ve memnuniyet arasında olumlu ilişki olduğunu göstermektedir. Hastanın daha fazla katılımı psikolojik iyilik halini desteklemekle birlikte kan basıncı ve kan şekeri gibi fizyolojik değerlerini, işlevsel düzeyini ve genel sağlık durumunu da olumlu etkilemektedir. Hastalar ne kadar sık soru sorarsa o kadar çok bilgi edinirler, hastanın katılımını arttırmak için soru sorma konusunda onu cesaretlendirmek de hekime düşmektedir (34).

Yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan kaynaklanan memnuniyetsizlik hissi kötü psikolojik ve fiziksel sonuçlara yol açmaktadır. Bilgisizlik hastanın doğru karar vermesini engelleyerek otonomisini bozarak hayal kırıklığıyla sonuçlanmaktadır. Az bilgi hastanın öfkesini arttırmakta ve uyumsuzluğa yol açmaktadır. Çalışmalar radyoterapi öncesi verilen bilgi ne kadar çoksa tedavi sonrası anksiyete ve depresyonun o kadar az; kişisel bakım ve memnuniyetin o kadar çok olduğunu göstermektedir. Ameliyat öncesi daha az bilgilendirilen hastaların postoperatif anksiyeteleri daha fazla olmakta, anestezi etkisinden daha geç kurtulmakta ve daha zor ayağa kalkabilmektedirler. Yüksek düzeyde bilgi verilen çeşitli türden kanser hastalarının daha memnun olduğunu ve hastalığa daha iyi psikolojik uyum sağladığını göstermektedir. Kanser olan ana babaların çocuklarına ne kadar çok bilgi verilirse bu çocukların anksiyetelerinin o kadar azaldığı ve durumla o kadar iyi baş ettikleri de gösterilmiştir (35).

Kanser tanısını hastaya söylemede 10 ana kural (32).

- 1-Hekimin hedefi hastanın fizik ve ruhsal bütünlüğünü korumasına yardımcı olmaktır
- 2-Hekim hastanın yaşam ve aile öyküsünü mümkün olduğunca iyi bilerek tanıyı söylemelidir
- 3-Tanıyı söylemek için birden fazla görüşme planlanmalıdır
- 4-Hastanın yaşı, kişiliği, ailesi, inançları, iletişim biçimi bilinerek aile ile mi, yalnız mı görüşüleceğine karar verilmelidir.
- 5-Hastanın yaş, dil, kültürel özelliklerine uygun görüşülmeli, yüksek öğrenimli hastalarda bile tıbbi sözcükler kullanılmakta kaçınılmalıdır.
- 6-Hasta ve aileye ne anladıkları sorulmalıdır. Bu, yanlış anlamaları saptamayı kolaylaştırır.
- 7-Hekim görüşme süresince hastanın kişiler arası ilişkilerini değerlendirmek için, dinlediği kadar da gözlemelidir.
- 8-Hasta hekime tüm korku ve endişelerini hemen söylemeyecektir. Daha sonra akla gelebilecek soruların hasta tarafından listesi yapıp bir sonraki görüşmeye getirmesi istenmelidir.
- 9-Hastanın tanıya kendi tarzı içinde uyum göstermesi için zaman tanınmalı, müdahale etmeden hasta bir süre gözlenmelidir.
- 10-Tanıya kötü uyumlu tepkiler ve bozukluklar gözlenirse yardımcı olunmalıdır.

2.5. Kanser Tanısı Almaya Tepkiler ve Kansere Psikososyal Uyum

Kanserli hastanın uyumunda rol oynayan tıbbi, psişik ve psikososyal faktörler vardır. Hastalığın kendisi, tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, hastanın yaşı, kişilik yapısı, hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri, kültürel ve sosyal tutumları, baş etme süreçleri, amaç ve projeleri için hastalığın oluşturduğu tehdit düzeyi, çevresel destek sistemleri uyumda rol oynayan faktörlerdir. Tüm bu faktörler kansere psikososyal uyumda sağlık profesyonelleri tarafından göz önünde bulundurulması gereken unsurlardır (36). Tanı aşamasından terminal döneme dek kanser, sadece hastalar için değil, hasta yakınları için de ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır. Kanser tanısı hatta olasılığı, kişinin en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Kanser tanısı konan kişide tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çeşitli emosyonel ve

davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir. Bu tepkilerin tümünün psikopatolojik olarak değerlendirilmesi veya hepsinin normal olarak kabul edilmesi yanlıştır. Kişide gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır. Bu aşamada hastada uyuma yönelik tepkiler görülebileceği gibi, uyumsuz davranışlar da ortaya çıkabilmektedir (37).

Kanser tanısı hastalar için stres verici bir olaydır. İlk aşamada verilen en yaygın tepki şok ve inanmamadır. Bu dönemde görülen; tanının yadsınması, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Bunun ardından kızgınlık ve depresyon gelişebilir. Zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar. Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının sunulması kabullenışı kolaylaştırabilir (38). Ölümcül hastalığı olan hastaların tanının öğrenilmesinden itibaren 5 evreden geçtikleri öne sürülmektedir (39).

Evre-I: İnkâr/yadsıma. “Hayır, bu benim başıma gelmiş olamaz, bu doğru değil!”. İlk tepki inkâr olsa da sonunda “Evet, benim başıma gelmiş, hata değilmiş” gerçeği kavranır ve ikinci evreye geçilir.

Evre-II: Öfke. “Neden ben?” Hastalar gergin, talepkar ve eleştiren konumundadır. Öfkeleri kendilerine, bakıcılara, aileye, arkadaşlarına ve Allah’a yöneltilebilir. Bu evre tedavi ekibi ve aile için en zor evredir. Hastaya empati yapabilmek güçtür ve bu da baş etmeyi iyice zorlaştırır.

Evre-III: Pazarlık. “Evet, ben ama...” diye başlayan ve çocukken annemizden izin alamadığımızda denediğimiz “Peki uslu bir çocuk olursam gidebilir miyim?” şeklindeki pazarlıklara benzer. Hastanın dileği yaşamının uzaması veya ağrısız bir kaç gün geçirme olabilir. Karşılığında kişi kendini tanrıya adayacak veya organlarını bilim uğruna bağışlayacaktır.

Evre-IV: Depresyon. “Evet, ben” Hasta ne olup bittiğinin ve bunların kimin başına geldiğinin tam farkındadır. Uyuşukluk, kayıtsızlık ve öfkenin yerini derin bir kayıp duygusu almıştır.

Evre-V: Kabullenme. “Evet, ben ve hazırım.” Beklenmedik bir ölüm söz konusu değilse, hastanın yeterli vakti olduysa ve önceki evreleri atlatmak için yardım gördüyse kaderi hakkında ne çökkün, ne de öfkeli hissettiği son evreye girecektir. Bu

deneyimin evreleri ile uyumlu ve kötü uyumlu yanıtlar Şekil 1’de özetlenmiştir (1,39).

Evre	Normal, Uyumlu (Adaptif)	Anormal, Uyumsuz (Maladaptif)
Tanı Öncesi	Kanser olasılığı endişesi	Aşırı gerginlik, uygunsuz aşırı uğraş, hastalık belirtisi gösterme
Tanı	Şok, inanamama, kısmi yâdsıma, öfke, kızgınlık, düşmanlık, anksiyete, depresyon	İnkâr, sağaltım reddi, ölüm kaçınılmaz fikri ile tedaviyi reddetme, klinik depresyon, alternatif sağaltımlar
İlk Sağaltım Cerrahi	Ağrı, ölüm korkusu, anestezi korkusu, görünüm değişikliğine yas	Ameliyatı erteleme, cerrahi dışı seçenekler arama, postoperatif reaktif depresyon
Radyoterapi	Araçlar ve yan etkilerden korku, terk edilme korkusu	Psikoz benzeri deliryum ve halisünatuar epizodlar
Kemoterapi	Kemoterapide yan etki korkusu, anksiyetei ılımlı depresyon, beden imajı değişiklikleri, yalıtma, alturistik duygular (organlarını bağışlama)	İlaca bağlı psikotik rezidüel bulgular, belirgin yalıtma ve psikotik inkâr, paranoid tepkiler
Sağaltım Sonrası	Olağan baş etme düzenekleri ve hastalık ve tedavi sınırları içinde yaşama dönüş ve nüks korkusu	Sağaltım sonrası şiddetli anksiyete, depresyon
Yineleme	Şok, inanamama, kısmi yadsıma, öfke kızgınlık, düşmanlık	Uykusuzluk, iştahsızlık, gıda reddi, huzursuzluk, iritabilite ile birlikte şiddetli reaktif depresyon
Hastalığın Seyri ve İlerlemesi	Yeni bilgi arama, farklı doktorlar, alternatif tedavi	Depresyon
Terminal Dönem	Terk edilme korkusu, bütünlüğün ve onurun korunamayacağı korkusu, ağrı korkusu, bitirilememiş işler, ölümlle ilgili yas, bilinmeyen korkusu	Depresyon, deliryum

Şekil 1. Kansere Ruhsal Tepkiler

Hastaların pek azı son evreye ulaşabilir ve çoğu hasta bu evreleri sırayla yaşamaz. Aksine bir evreden diğerine dalgalanma olabilir veya bir görüşmede hasta tüm evreleri gösterebilir. Bir modele göre kabullenme ve inkâr arasında dinamik bir

gerilim vardır. Hasta umut ve inançsızlık arasında gelgitler yaşar. Kabullenme ve inkâr, “keder, korku, uysallık, teslim olma, gazap, düşmanlık, ilgisizlik, hile, sataşma, cüret ve haset” duygularından oluşan ordularıyla adeta bir savaş oyunu oynar (40).

Hastaların kansere yüklediği anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıt etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenler de bu yanıt sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır (1).

2.6. Kanser ve Psikopatoloji:

Yapılan birçok çalışma sonucunda kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların prevalansının %25 ile %60 arasında olduğu gösterilmiştir (41–48). Costantini ve arkadaşları(41) aynı oranın %38 olduğunu rapor etmişlerdir. Daha güncel olarak diğer araştırmacılar kanser hastalarındaki psikiyatrik tanı varlığı prevalansının %30 civarında olduğunu ve en yaygın olarak konulan tanının uyum bozukluğu olduğu gösterilmiştir (49,50).

Kanserli hastaların psikiyatrik durumuna ilişkin bazı net olmayan inanışlar mevcuttur, bu inanışlar hastalığın psikiyatrik desteğe mutlaka ihtiyacı olduğundan kimsenin yardımı ihtiyacı olmadığına uzanan bir aralık içinde yer alırlar. Tanının ilk öğrenildiği iki yıllık süreç içerisinde kanser hastalarının %25 ile %33’ünde genel anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve uyum bozukluğunun varlığı bildirilmektedir (51). Kanserin etkisiyle oluşan diğer bazı psikiyatrik sorunlar ve görülme oranları şöyle ele alınabilir; organ kaybı ve/veya işlev kaybı sonucu hastaların %25’inde fiziksel görününden kaynaklı bozukluklar, %25-33’ünde cinsel sorunlar ve konfuzyonel durumlar da %10 ile %40 arasında bulunabilmektedir. Bunların dışında kanser oluşumu biyokimyasal değişime bağlı hiperkalsemi, beyin metastazları, bazı ilaçlar ve fırsatçı enfeksiyonlar da hastalar üstünde etkili olmaktadır (52). Yapılan bu çalışmada kanser hastalarında gelişen psikiyatrik morbiditelerin çok azının tanınıp tedavi edildiği ortaya konulmuştur (52).

Epidemiyolojik çalışmalar genel nüfusun %18’inin, çeşitli kliniklere başvuranların ise %20-50’sinin psikiyatrik destek gerektirecek düzeyde ruhsal

sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (8). Buna rağmen genel olarak hastanelerde yatan hastalardan psikiyatrik konsültasyon istenme oranı sadece %0.6–12 düzeyindedir (53–56). Kanser hastalarında psikiyatrik morbiditeyi araştıran çalışmaları temel teşkil eden en kapsamlı araştırmada, kanser hastalarının %47'sinde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk saptanmış olup, psikiyatrik tanı dağılımı; %68 uyum bozukluğu, %13 majör depresyon, %8 organik beyin sendromu, %7 kişilik bozukluğu % 4 anksiyete bozukluğu olarak bildirilmiştir (42). Psikiyatrik konsültasyonların epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalarda ise en sık görülen tanının depresyon olduğu bildirilmiştir (57). Onkoloji hastalarında ise durum daha da çarpıcıdır ve psikiyatrik hastalık görülme sıklığı %51 gibi yüksek bir orandadır ve onkoloji polikliniklerine ayaktan başvuran kanser hastalarının %15'inde, yatan hastaların %25'inde majör depresyon görüldüğü bildirilmektedir (58,59).

Yapılan çalışmalarda; özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, son dönemde yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır (3,42,60). Klinisyenler için bu etmenlerin varlığı psikiyatrik bozuklukların araştırılması yönünde sinyal olabilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilecektir (3,42,51,60).

Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin sık ortaya çıktığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir (61–63). Ağır ve tedavisi zor olan hastalıklarda, bu oran daha belirgin şekilde artmaktadır. Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra, hastane ortamında bulunmak, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolması anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olabilmektedir. Bu durumun tersine hastaların psikolojik durumları tedaviye uyumu etkileyerek sağkalım zamanının belirleyici rolü olduğu gösterilmiştir (64).

2.6.1. Kanser Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

Kanser ve Depresyon

Kanser Hastalarında Depresyonun Tanımlanması ve Önemi

Depresyon, ciddi yeti yitimine yol açan hastalıkların %4,4'ünden sorumludur (65). Kanser hastalarında depresyonun tanısını koyma ve takibin gerektiği gibi yapılamaması hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, yatış süresini uzatmakta ve tedavi planına uyumunu azaltmaktadır. Bu nedenle hekimlerin kanser hastalarında majör depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olma sı gereklidir (65–69).

Kanser hastalarında depresyon zorlayıcı bir konudur, çünkü depresif semptomlar üzüntü halinden majör affektif bozukluğa uzanan geniş bir yelpaze içinde ortaya çıkar ve yaşanan duygudurum değişikliklerini, hastanın kanser gibi yaşamını tehdit eden ciddi bir hastalıkla yüz yüze gelmesinden ötürü değerlendirmek zor olabilir (70).

Klinik depresyon oldukça sık karşılaşılan bir durumdur ve henüz kanserli hastalardaki kaynağı tam olarak bilinmemektedir. Bunun nedeni depresyonun kompleks ve sıklıkla çok nedenli olmasıdır. Örneğin, hekimler bu hastalarda klinik depresyon semptomlarına alışık olmayabilirler özellikle de, depresyon ile sıklıkla ilişkili olan somatik semptomlar tek başına kanser nedeniyle oluşmuş gibi algılanabilir. Diğer taraftan, klinisyenler tüm kanser hastalarının 'anlaşılabilir depresif' olduklarını varsayarak ağır depresyon semptomlarını bile göz ardı edebilirler. Hastanın biraz durgun olması kanser açısından bakıldığında normal bir duygusal reaksiyon olsa da, klinik depresyon normal bir durum değildir. Onkoloji çalışanları hastalarının mutsuz olmalarını engellemek için duygusal olarak kötüye doğru gidiş olduğunu gördüklerinde durumu sorgulayabilirler. Tüm bu faktörler birleştirildiğinde klinik depresyonun tedavi edilmesi için uygun terapötik seçimler genellikle bilinmez. Bu engellerin aşılması ve hekimlerin etkili depresyon tedavileri hakkında eğitilmesi, klinik depresyonlu kanser hastalarının yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem arz eder (71,72).

Her birimizin, kanser gibi yaşam boyu tedavi edilmesi gereken ve duygusal reaksiyonları olan hastalarla karşılaşma ihtimali yüksektir. Hastalarda genellikle inanmama ve şok hissi gibi durumları, anksiyete ve mutsuzluk, irritabilite, uyku ve istah bozukluğu semptomları ile ilişkili karmaşık bir period takip eder. Birkaç haftalık bir periodtan sonra hastaların çoğu farklı derecelerde cesurlaşırlar, fakat bu süreç sürekli değildir. İlk akut stres yanıtının ortaya çıkışı tanı konması ile aynı anda olabilir fakat relapsların öğrenilmesi veya tedavinin başarısız sonuçlanması pozitif yanıt alınmasını engeller (70). Kanserli hastalar farklı derecelerde korkular yaşarlar. Bu korkular; disabilite korkusu, daha önceden yerine getirilen rollerin artık getirilemeyecek olmasından korkulması, çirkinleşme korkusu, kontrol kaybı veya bağımlılık korkusu gibi durumlardır. Bazı hastalar etrafındaki insanların onları terk edeceği ve tek başlarına ölecekleri kaygılarını da yaşarlar (73).

Hüzünlü olmak normal bir duygusal reaksiyondur ve kanser gibi bir hastalıkta engellenemez bir durumdur. Hastalar genellikle sağlık dengelerinin değişmesini tolere edemezler ve duygusal destek göremezlerse ailelerinden ve arkadaşlarından uzaklaşırlar. Fakat normal hüznün zamanla azalır veya çoğalır. Hastalar genellikle değişen sağlık durumlarına uyum sağlayamazlar ve aileleri ve arkadaşlarından duygusal destek beklerler. Klinik depresyon veya depresif sendromu olan hastalar psikolojik ve fiziksel (somatik) semptomlar yaşarlar ve bu nedenle işlevsellik kapasiteleri ve sosyal rollerinde anlamlı bozulmalar olur (74).

DSM-IV'e göre iki tane temel depresyon semptomu vardır, bunlar belirgin depresif duygu durum ve hastanın birçok veya tüm aktivitelerinde göze çarpan istek veya ilgi kaybı olmasıdır. Depresyonun nitelendirilmesi için bu iki temel semptomdan bir tanesinin son iki hafta içinde olması gerekir. Ayrıca, İştah dengesizliği veya kilo kaybı, uyuma güçlüğü ve bellek veya konsantrasyon güçlükleri gibi somatik semptomları da bulunmaktadır. Bu semptomlardan bazıları ileri malignant bir hastalık ile ilişkili olan somatik semptomlar olduğundan, bu hastalarda bu semptomların tanısal özelliğinin olmadığı düşünülür. Ancak depresif durum hastalığın belirtilerine eklenirse bu durum tanısal olarak daha da hassaslaşır ve bu nedenle klinisyenlerin mevcut durumu değerlendirmesi ayrıca önem taşır. Ayrıca ölüm ve suisit hakkındaki göze çarpan düşünceler, eğer dirençli iseler, depresif hastalıklar ile güçlü bir ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır (75,76).

Kanser Hastalarında Depresyon Sıklığı

Kanser hastalarında depresyon prevalansı hakkında yayınlanmış veriler kolaylıkla yorumlanamaz. Yayınlanmış depresyon oranları akut lösemili ve diğer malignant hastalıkları olan hastalar için %1 ila %40 arasında değişmektedir (77,78). Ek olarak, çalışmalar arasında bir karşılaştırma yapıldığında metodolojik tutarsızlıklar ve farklılıklar vardır ve bu durum farklı prevalans oranlarını açıklayabilir (79,80). 215 seçilmiş yetişkin ile yapılan, üç farklı kanser tipi için hastalar yatarak ve ayaktan değerlendirilmiş ve bu hastaların %53'ünde psikiyatrik tanı olmadığı rapor edilmiştir. Hastaların diğer %47'lik bölümünün ise %68'inde uyum bozukluğu ile birlikte depresif veya anksiyeteli duygu durum olduğu, %13'ünde majör depresyon, %8'inde organik bir mental bozukluk, %7'sinde kişilik bozukluğu %4'ünde eskiden beri var olan anksiyete bozukluğu olduğu rapor edilmiştir(42). 130 terminal kanser hastasıyla yapılmış bir başka çalışmada ise majör depresyon prevalansının %13 ile %26 arasında değiştiği, bu oranın fiziksel veya somatik semptomların nasıl sınıflandırıldığına ve kullanılan tanısal sistemin zorluğunun nasıl olduğuna bağlı olarak değiştiği rapor edilmiştir (81). Tokgöz ve ark. (82)'i, 100 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada majör depresyon yaygınlığını %22 olarak saptamışlardır. Grassi ve ark. (83)'nin 277 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, depresyon tanı ölçütlerinin hastaların %24,9'unda karşılandığını bildirmiştir. Ülkemizde yapılan ileriye dönük bir çalışmada 150 kanser hastasında psikiyatrik bozuklukların sıklığı araştırılmış, majör depresif bozukluğun sıklığı %11,3 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda, hastalığını bilenlerde ve geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda psikiyatrik bozukluk oranı daha yüksek olarak bulunmuştur (49).

Depresyon prevalansındaki bu değişkenliğin olası nedenleri, depresif bozuklukların tanı kriterlerindeki farklılık, farklı kanser tipleri ve kanser alanları, kontrol grubunun olup olmaması gibi metodolojik problemlerden kaynaklanabilir (84).

Depresyon riski taşıyan kanserli hastalar

Kanserli hastalarda klinik depresyon gelişimi riskini arttıran çeşitli faktörler

vardır. Geçmiş psikiyatrik öykü açısından bakıldığında, geçmiş depresif epizod öyküsünün olması, erken yaşlarda geçirilmiş depresyon öyküsü gibi durumların, bu hastalar için daha yüksek relaps riski taşıyacağı gösterilmiştir. Ek olarak, depresyon veya suisit açısından aile öyküsü olan hastalar da yüksek depresyon ve depresyonla ilişkili morbidite riski taşıdığı gösterilmiştir (85).

Kontrol edilemeyen ağrı diğer bir risk faktörüdür. Çeşitli çalışmalar ağrının şiddeti ile depresyon ve diğer psikiyatrik komplikasyonlar arasında bir ilişki olduğunu rapor etmişlerdir. Ağır ağrıları olan hastaların hafif ağrıları olan hastalara göre 2 ila 4 kat daha fazla depresyona yatkın olduklarını, ayrıca ağrı ve depresyon arasında indirekt bir ilişki olabileceğini, örneğin kronik ağrı bazı hastaların depresif hale gelmelerine neden olabileceği veya depresyon, ağrı çekmelerinin artmasına neden olabileceğini rapor etmişlerdir (86,87). İlaç veya alkol kullanım istismarı öyküsü de depresyon açısından bir risk faktörüdür ve premorbid psikolojik yatkınlığa neden olabilir. Kanserin ileri evreleri de bireyin yatkınlığını arttırabilir (85). Örneğin yapılan bir çalışmada, depresif semptom prevalansının fiziksel hasar ve bağımlılık ile arttığı gösterilmiştir (78).

Çeşitli medikal durumlar depresyona neden olabilmektedir. Metabolik anormallikler (hipercalcaemia, sodyum ve potasyum dengesizlikleri, anemi ve vitamin B12 veya folat eksiklikleri), endokrin anormallikler (hipertroidizm veya hipotroidizm) ve adrenal yetersizlik gibi durumlar depresyon gelişme riskini arttırmaktadır. Çeşitli medikasyon tipleri de depresif semptomlar ile ilişkilidir, örneğin; steroidler, interferon, interleukin 2, methyldopa, reserpine, barbituratlar ve propranolol gibi. Onkologlar; kortikosteroidler, procarbazine, asparaginase, interferon, vinblastine, vincristine, tamoxifen ve cyproteron gibi bazı antikanser ilaçlarının organik affektif değişimlere neden olabileceğinin farkında olmaları gerekir (88).

Kanser bölgesi depresyon gelişimini etkileyen bir faktördür. Bazı çalışmalar, pankreatik kanser hastalarında diğer kanser bölgeleri ile karşılaştırıldığında major depresyon sıklığının daha yüksek olduğunu göstermiştir ve bu duruma ağrı ve pankreatik paraneoplastik sendromların neden olabileceğini işaret etmişlerdir (89,90).

Kanser Hastalarında Anksiyete Bozuklukları

Kanser Hastalarında Anksiyete Bozukluklarının Tanımlanması ve Önemi

Anksiyete, tanım olarak sıkıntı ve üzüntü hissidir. Kanser tanısı ve tedavilerine cevap olarak ortaya çıkan ve sıklıkla göz ardı edilip, tedavi edilmeyen bir semptomdur. Kanser hastalarındaki insidansı son zamanlarda %50'nin üzerindedir ve kanser hastalarının yaklaşık %30'unda kronik anksiyete mevcuttur (91). Kanser tanısı ve tedavileri, hastanın anksiyete düzeyi ve psikolojik durumu ile etkileyerek, yaşam kalitesi ve hastanın tedaviye uyumunda bozulmalara yol açabilir (92,93). Kanser hastalarında özellikle anksiyete düzeyini belirlemek ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik girişimlerin hastanın tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir. Anksiyete bozukluklarının tam mekanizması bilinmemektedir. Anksiyete nöbetlerini çevresel ve fiziksel nedenler tetiklemektedir. Kanser hastalarındaki fiziksel ve tedavi ile ilişkili nedenler arasında enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, beyin metastazları ve özellikle uygulanan tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, steroidler, antiemetikler vb.) yer almaktadır (91).

Kanser bakımında anksiyete hakkındaki sınırlı bilgilerimiz kanser hasta popülasyonlarında anormal anksiyete prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada anksiyete bozukluklarının oranı %0,9 ila %49 arasında bulunmuştur (94). Kanser hastalarındaki anksiyete bozukluklarının prevalansı çalışmadan çalışmaya değişiklik göstermektedir, fakat genel popülasyon ile karşılaştırıldığında patolojik anksiyete kanserli hastalarda daha yüksek bulunmuştur (95). Standardize psikiyatrik görüşmeler ve araştırma tanı kriterlerinin kullanılarak yapıldığı büyük bir çalışmada anksiyete bozukluklarının oranı %10–30 arasında bulunmuştur (96). Prevalans oranlarındaki bu farklılığın olası açıklaması morbid anksiyete tanımlaması, sosyal veya demografik faktörler ve morbid anksiyete ile ilişkili olabilecek kanser tipleri ve tedavilerindeki farklılıktır (97).

Anksiyete kanser tehditiyle alakasız olduğunda tanıya karar vermek zordur, fakat hastalık her zaman gerçek tehditlerle ilişkilidir. Anksiyete seviyesine, tehditin yaşandığı zamana göre karar vermek gerekir. Örneğin; kötü haberler aldıktan sonraki 7–10 gün içindeki dönemde anksiyete yaşamak normaldir. Fakat gerçek tehdidin

derecesi kanser öyküsünün süresine göre değişir. Çok hafif anksiyete bir adaptasyon problemi olabilir ve hemen tanı sonrası rekürans korkusu ve ölüm korkusu doğal olarak gelişebilir fakat bunlar normalde uzun sürmemelidir. Semptomların süresi genellikle anormal anksiyeteyi doğal anksiyete öyküsünden ayırt etmede önemlidir, fakat bu kriterin onkolojide uygulanması zordur. Çünkü anormal anksiyeteyi tanımlamak için birçok kriter bulunmaktadır. Bu nedenle de bir episod başlangıcı sonrası anksiyenin tanımlanması zordur (73).

Genel popülasyonda genç kadınlar anksiyeteye daha yatkındırlar (98). Kanser hastalarındaki anksiyete yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal sınıf ve eğitim ile ilgili değildir ancak kanser hastalarında anksiyete ve yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik hasarı, kilo kaybı ve fiziksel hasar arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Bu ilişkilerin nedensel yönü kanser hastalığı ile ilişkili semptomlar olabilir ve bunlar sıklıkla anksiyeteyi provoke eden durumlardır. Fakat alternatif olarak, yaşam kalitesi anketlerinde tanımlanan fiziksel semptomlar direkt olarak kanser veya kanser tedavisine bağlı olmaktan çok, anksiyete bağlı geliştiği bildirilmiştir (99,100).

Kanser Hastalarında TSSB

Doğal afetler, savaşlar, fiziksel ve cinsel saldırılar gibi travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkan stres yanıt sendromları şimdiye dek oldukça geniş bir biçimde araştırılmış olmakla birlikte, bu sendromlarla kanser ve diğer tıbbi bozukluklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar henüz oldukça yenidir. Bu araştırmalarda kanserin stres yanıt sendromlarının ortaya çıkışını tetikleyebileceği gösterilmiştir (101,102). 1994'te DSM-IV'ün ruhsal travma yanıt ölçütleri yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve kanser tanısı almak TSSB'ye yol açabilme kapasitesi taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır (103). Kanser, diğer bilinen TSSB stresörleri gibi ayrı ve kısa süreli yaşantılanan bir olay değil, sürekliliği olan bir travmadır. Bu travmatize edici süreç kanser tanısının koyulmasıyla başlar, tıbbi tedavilerle ve tedavinin tamamlanmasını takiben yapılan düzenli onkolojik taramalarla devam eder (101).

DSM-IV'ün travma ölçütlerinin kanser gibi hayatı ve beden bütünlüğünü tehdit eden hastalıkları da kapsayacak biçimde genişletilmesini takiben, kanser hastalarında TSSB sıklığını araştıran bir çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerini

kullanılarak kanser hastası olan ergenlerde TSSB'nin çalışmanın yapıldığı dönemdeki yaygınlığı %17, yaşam boyu yaygınlığı ise %35 olarak saptamıştır (104), Alter ve ark. (105)'i, SCID-I ile yaptıkları çalışmalarında, tüm kanser hastalarında TSSB yaygınlığını çalışmanın yapıldığı dönemde %4 ve yaşam boyu %22 olarak bildirmişlerdir.

Green ve ark. (106)'i, Kanserli hastalarda TSSB'nin yaygınlığı %1.9, Tjemsland ve ark. (107)'i, ise %12 olarak bildirilmiştir. Gurevich ve ark. (102)'i, kanser hastalarının %50'sinden fazlasında TSSB belirtilerinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise tedavi altındaki meme kanseri olan hastalarda SCID-I ile saptanan TSSB sıklığı %2,4 olarak bildirilmiştir (108). Yakın dönemde yapılan bir diğer çalışmada yeni tanı konmuş meme kanseri olan hastalarda TSSB oranı %10 olarak saptanmıştır (109).

Kanserli Hastalarda İntihar Düşüncesi

Kronik Fiziksel Hastalığı Olanlarda İntihar Düşüncesi

Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Yaşlı erkek hastalarda bu risk daha da artmaktadır (110,111). Düşkünlük yapan hastalıklar sıklıkla intihar davranışını tetikler. İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı % 25 ile % 70 arasında değişmektedir. Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu öne sürülmüştür (110,112). Fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suisidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır. Yaşlılardaki fiziksel hastalıklarda ve terminal dönemdeki hastalarda, özellikle de kanserde intihar hasta tarafından mantıklı bir "çıkış yolu" gibi görülebilir. İntihar riski teşhisten hemen sonra ve kemoterapi alırken en yüksektir (113). Yaşlı fiziksel hastalarda eşlik eden depresyonun tedavisi, yaşlılardaki intiharların önlenmesinde önemli bir adımdır (114). İntihar riskini arttıran başlıca etkenler, arasında alkol ve madde kullanımının depresyonla komorbiditesi, ileri yaşlar, kötü fiziksel sağlık, kötü iş uyumu, yakın

dönemde bir yakınından ayrılma deneyimi, daha önceki intihar girişimi olarak sıralanabilir (110,115).

Kanser Hastalarında İntihar Düşüncesi ile İlişkili Faktörler

Daha önce yapılmış epidemiyolojik çalışmalar, kanser hastalarında suisid riskinin genel popülasyona göre daha yüksek olduğuna işaret etmişlerdir (113,116-122).

Kanser yaşam boyunca tedavi edilen bir hastalık olduğu için kanserin hastalar üzerindeki psikolojik etkisi klinik onkoloji için önemlidir. Kanser hastalarındaki psikolojik stresin en yaygın halinin depresif bozukluklar olduğu bildirilmiştir (123,124). Kanser hastalarında ötanazi ve hekim-destekli suisid gibi suisidal fikirlerin gelişmesinden dolayı, bu durum tüm dünyada önemli, acil, medikal ve sosyal bir konu haline gelmiştir (125–128). Kontrol edilemeyen ağrı, hastalığın ilerlemesi, kontrol kaybı ve ümitsizlik gibi çeşitli faktörler, kanser hastalarının intiharı çare olarak düşünmesini etkileyen durumlar olduğu bildirilmiştir (129–130). Ayrıca, depresif bozukluğun hem genel popülasyonda hem de kanser hastalarındaki suisid için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (131).

Yapılan başka bir çalışma da, depresif kanserli hastalarda zayıf performans durumu, ileri evre, ileri yaş ve ağır depresyonun intihar düşüncesi açısından risk faktörü olduğunu gösterilmiştir. Bu çalışma, depresif olarak değerlendirilmiş kanser hastalarının yarısından çoğunda (%53,5) intihar düşüncesinin olduğunu göstermiştir (132).

Berard ve ark. (58)'ı, göğüs kanserli, baş ve boyun kanserli ve lenfomalı hasta örneklerinde depresif hastalık oranının %14 olduğunu bulmuşlardır. Baile ve ark. (133)'ı, depresyonun, kanser hastalarında suisid isteğini etkilediğini önermişlerdir. Majör depresyonun neden olduğu suisidal düşünceler terminal kanser hastalarındaki ölüm isteğinin olası nedenlerinden birisidir. Kanserli hastalardaki depresyonun karar vermeyi etkilediği ve bazı benzer riskler içeren terminal sedasyonunda, ötanazi ve hekim destekli suisit riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (125,134).

Kanser hastalarındaki acil ölme isteği, ötanazi veya hekim destekli suisid ile depresyon arasındaki ilişkinin yüksek olduğunu bazı çalışmalar rapor etmiştir (135,136,137–139), fakat yapılan diğer bazı çalışmalarda ise bu ilişkinin yüksek

olmadığı bildirilmiştir (140–142). Ani ölüm isteği aktif olarak devam eden hastalar ile yapılmış güncel bir çalışma, bu istekle depresyon arasında bir ilişki olmadığını açıklamıştır (143).

Depresif hastaladaki intihar riskini arttıran faktörlerin araştırıldığı bir çalışma da, intihar ile ilişkili faktörlerin; daha önceki intihar girişimi öyküsü, evli olmamak ve yalnız yaşamak olduğunu işaret etmiştir (144). Kanseri hastalardaki mental bozuklukların araştırıldığı başka bir çalışmada ise ileri yaş anlamlı bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (145).

Biomedikal faktörler ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, hastaların fiziksel fonksiyonları, kanser derecesi ve ağrının suicidal düşünceler için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (133,146). Yapılan bazı çalışmalarda ise, palliatif bakım gören kanser hastalarındaki hastalık terminolojisinde suicidal fikirler ve ağrı arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı gösterilmiştir (136,147). Ağrı'nın fiziksel fonksiyon yetersizliğine neden olarak kanser hastalarında suicidal fikirlerin oluşmasıyla anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (139,146). Kanseri hastalarındaki yardıma muhtaçlık/çaresizlik ve fiziksel fonksiyon azalması arasında anlamlı bir ilişki olduğu (145), aynı zamanda majör depresyonlu kanser hastalarında suicidal fikirler ve fiziksel fonksiyon azalması arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (148). Kanseri hastalarındaki palliatif bakımın etkinliği ve çok yönlü iyi bir bakımın, suiciti önleyebilecek anahtar bir faktör olduğu rapor edilmiştir (149).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örnekleme

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi onkoloji servisinde Haziran 2007 ile Kasım 2007 ayları arasında yatmakta olan kanser hastaları çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalara DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) formu, Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36(SF-36) ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanarak 144 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma 22.05.2007 tarih ve 19 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulunca onaylanmıştır.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1- 18–65 yaş arasında olmak,
- 2- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 3- Onkolojik rahatsızlığının olması.

Çalışmadan Dışlama ölçütleri:

- 1- Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak dil probleminin bulunması,
- 2- Organik mental bozukluk varlığı,
- 3- Hastanın ön psikiyatrik değerlendirilmesi sırasında psikotik durumun varlığı ve geçmiş kronik psikotik hastalığının olması,
- 4- Mevcut kanser hastalığının terminal dönemde olması.

3.2.Çalışmanın Aşamaları

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi onkoloji servisinde çeşitli kanser türleri nedeni ile yatmakta olan hastalar arasından, araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 144 hasta çalışmaya alınmıştır. Kanser hastalığının terminal dönemde olup olmadığı hakkındaki bilgi kanser hastalarını izleyen onkoloji servis hekimlerinden alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara psikiyatrik görüşme uygulanmasından önce psikiyatrik ön değerlendirme yapılarak psikotik ve çalışmaya uygun olmayan diğer psikiyatrik tanılar dışlanmıştır. Çalışmaya alınan hastalara araştırmacının hazırladığı sosyodemografik ve klinik bilgi formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için

yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36(SF-36) uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Tüm olgularda klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik bilgi formu kullanıldı. Bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kanser tipi, hastalık süresi, mevcut kanser hastalığının tanısını bilip bilmeme, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, şimdiki psikiyatrik tanısının araştırıldığı soruları kapsamaktadır.

3.3.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID I)

SCID I, 1997 yılında DSM-IV'e göre eksen I bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanı konulması amacıyla First ve arkadaşları (150) tarafından geliştirilmiş, şu anda ve yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve arkadaşları (151) tarafından Türkçeye çevrilmiş ülkemizdeki güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır.

3.3.3. Kısa Form-36(SF-36)

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir ancak psikiyatrik hastalığı olanlarda kullanılabilen kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite, sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt ölçekleridir. Her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Ölçeğin toplam puanı yoktur (152). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. (153) tarafından yapılmıştır.

3.3.4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ): Cull ve Gill (154) tarafından geliştirilmiş, 1-4 arası likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir.

Ölçek, ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder. Tuğcu (155) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan İÖÖ'nin iç tutarlılık katsayısı. 87, test-tekrar-test güvenilirliği. 98 olarak saptanmıştır. Ülkemizde ölçek üzerinde yapılan diğer araştırmalar, geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin bulguları içermektedir (156).

4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma sahip bağımsız iki değişkenin değerlendirilmesinde t testi, normal dağılmayan bağımsız iki değişkenin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, üç değişkenin değerlendirilmesinde ise Kuruskal-Wallis testlerinden yararlanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Correlations testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ise Ki-kare testlerinden yararlanılmıştır.

5. BULGULAR

Çalışmaya alınan 144 hastanın yaş ortalaması 48.76 ± 10.32 'ydi. Cinsiyet dağılımına bakıldığında kişilerin %45.8'i (n=66) erkek, %54.2'si (n=78) kadındı. Medeni durumlarına bakıldığında hastaların %82.6'sı (n=119) evliydi. Öğrenim durumlarına bakıldığında ise en fazla sayıda olan %61.1 (n=88) hasta ile, ilkokul mezunlarıydı. Elde edilen bu veriler tablo 1.1'de gösterilmiştir.

Tablo1.1. Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

	(n=144)
Yaş aralığı (yıl)*	19-65 (48,76±10,32)
Cinsiyet	
Erkek	66 (%45,8)
Kadın	78 (%54,2)
Medeni Durum	
Bekâr	11 (%7,6)
Boşanmış- Dul	14 (%9,7)
Evli	119 (%82,6)
Öğrenim Durumu	
Okuryazar değil	5 (%3,5)
Okuryazar	4 (%2,8)
İlkokul	88 (%61,1)
Ortaokul	8 (%5,6)
Lise	23 (%16,0)
Üniversite	16 (%11,1)

* Tanımlayıcı istatistikler (ortalama \pm std. Sapma) olarak gösterildi.

Kanser tanısı ilk konduktan sonra geçen sürelerle göre gruplara ayrıldığında, sırasıyla 0-6 ay arası %29.9 (n=43), 6-12 ay arası %5.6 (n=8), 12-24 ay arası %19.4 (n=28), 24 ay üzerinde %45.1 (n=65)'di. Hastaların %75.7'sinin (n=109) tanıyı bildikleri öğrenildi. Hastalardan en sık tanı alan kanser türü sıklık sırasıyla %28.5'i (n=41) meme, %26.4'ü (n=38) kolorektal ve %11.8'i (n=17) mide ve özefagus kanseri idi. Hastaların herhangi bir organa metastazı olanların oranı %49.3 (n=71)'di. Hastaların geçmiş psikiyatrik tanıları değerlendirildiğinde, %26.4'ünün (n=38) daha önce psikiyatrik tanı aldığı saptanırken, %73.6'sının (n=106) geçmiş psikiyatrik tanısı yoktu. Şimdiki SCID tanılarına bakıldığında hastaların %59'unda (n=85) herhangi bir SCID tanısı vardı ve %53'ünde (n=45) uyum bozukluğu, %29'unda (n=25) depresyon, %9.4'ünde (n=8) GAB ve M.Depresyon, %8.2'inde (n=7) GAB saptandı. Elde edilen bu veriler tablo 1.2'de gösterilmiştir.

Tablo1.2. Kanser Hastalarının Klinik Özellikleri

	n= 144
Kanser Türü	
Akciğer	18 (%12,5)
Baş boyun	7 (%4,9)
Kolorektal	38 (% 26,4)
Meme	41 (%28,5)
Mide veya özefagus	17 (%11,8)
Diğer	23 (%16,0)
Metastaz	
Metastaz yok	73 (%50,7)
Metastaz var	71 (%49,3)
Hastalık Süresi	
0-6 ay	43 (%29,9)
6-12 ay	8 (%5,6)
12-24 ay	28 (%19,4)
>24 ay	65 (%45,1)
Tanıyı Bilip Bilmeme	
Bilmiyor	35 (%24,3)
Biliyor	109 (%75,7)
Geçmiş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	
Yok	106 (%73,6)
Var	38 (%26,4)
Şimdiki SCID Tanısı	
Yok	59 (%41,0)
Var	85 (%59,0)
.Majör Depresyon	25 (%29,4)
.Genel Anksiyete Bozukluğu	7 (%8,2)
.Genel Anksiyete Bozukluğu + Majör Depresyon	8 (%9,4)
.Uyum Bozukluğu	45 (%53,0)

SCID tanısı olanlarla olmayan hastalar yaş aralıkları açısından karşılaştırma yapıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlar Tablo 2.1’de belirtilmiştir.

Tablo 2.1. SCID Tanısı Olanlarla Olmayanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		SCID Tanısı Olmayan (n=59)	SCID Tanısı Olan (n=85)	Toplam
Yaş	19-28	7	1	8
	29-38	6	7	13
	38-48	16	28	44
	49-58	17	32	49
	59+	13	17	30
Toplam		59	85	144

Ki Kare=8.559 Sd=4 p=0.072 p>0,05

Psikiyatrik tanı alanlarla, almayan hastalar arasında cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, hastalık süresi, kanser türü ve metastaz olup olmaması açısından karşılaştırma yapıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$). Tanıyı bilip bilmeme açısından karşılaştırma yapıldığında anlamlı (Ki-Kare =14.563 $p<0,05$), geçmiş psikiyatrik tanının bulunup bulunmaması açısından karşılaştırma yapıldığında ise ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur (Ki-Kare =10.855 $p<0,001$). Bu sonuçlar Tablo 2.2’de belirtilmiştir.

Tablo 2.2. SCID Tanısı Olanlarla Olmayanlar Arasında Demografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı

	SCID Tanısı Olmayan (n=59)	SCID Tanısı Olan (n=85)	p
Cinsiyet			
Erkek	24	42	$p>0,05$
Kadın	35	43	
Medeni Durum			
Bekâr	6	5	$p>0,05$
Boşanmış / Dul	7	7	
Evli	46	73	
Öğrenim Durumu			
Okuryazar / değil	3	2	$p>0,05$
Okur-Yazar	2	2	
İlköğretim	39	49	
Orta Okul	2	6	
Lise	5	18	
Üniversite	8	8	
Hastalık Süresi			
0-6 ay	26	39	$p>0,05$
6-12 ay	17	26	
12-24 ay	5	3	
>24 ay	11	17	
Tanıyı Bilip Bilmeme			
Bilmiyor	24	11	$p<0,05$
Biliyor	35	74	
Kanser Türü			
Akciğer	1	17	$p>0,05$
Baş boyun	5	2	
Kolorektal	20	18	
Meme	15	26	
Mide ve özafagus	9	8	
Diğer	9	14	
Metastaz			
Metastaz yok	37	36	$p>0,05$
Metastaz var	22	49	
Geçmiş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Yok	52	54	$p<0,001$
Var	7	31	

Ki Kare

Kanser hastalarında sosyodemografik ve klinik özellikler, intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile karşılaştırılmıştır. İntihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamış olup elde edilen bulgular tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Sosyodemografik Özelliklerin İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam (İÖÖT) Puanları ile Karşılaştırılması

	İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam (İÖÖT) Puanları				
	n=144	Medyan	%25	%75	p
Cinsiyet*					
Erkek	66	47,50	43,00	57,25	p>0,05
Kadın	78	46,00	40,75	55,00	
Yaş aralığı**					
19–28	8	43,00	39,50	57,25	p>0,05
29–38	13	51,00	42,50	53,50	
38–48	44	51,00	41,50	59,75	
49–58	49	50,00	43,50	57,50	
59+	30	45,50	38,75	50	
Medeni durum**					
Bekâr	11	46,00	42,00	61,00	p>0,05
Boşanmış- Dul	14	47,00	38,00	53,50	
Evli	119	47,00	42,00	56,00	
Öğr. durumu**					
Okuryazar değil	5	41,00	36,50	58,00	p>0,05
Okuryazar	4	46,00	44,50	46,00	
İlkokul	88	46,00	41,00	53,00	
Ortaokul	8	53,50	41,50	61,00	
Lise	23	55,00	43,00	60,00	
Üniversite	16	50,50	40,50	60,00	

Mann-Whitney Test*, Kruskal-Wallis Test**.

Olgular, kanser türü ve metastaz olup olmaması açısından intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Tanıyı bilip bilmeme ve geçmiş psikiyatrik tanının bulunup bulunmaması açısından karşılaştırma yapıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). SCID tanısı olanlarda intihar olasılığı ölçeği toplam puanları, SCID tanısı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,05$), SCID tanıları kendi aralarında intihar olasılığı ölçeği toplam puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamış ($p>0,05$) olup elde edilen bulgular tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Klinik Özelliklerin İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam (İÖÖT) Puanları ile Karşılaştırılması

	İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam (İÖÖT) Puanları				
	n=144	Medyan	%25	%75	p
Semptom Süresi**					
0–6 ay	43	48,00	45,00	55,50	p>0,05
6–12 ay	8	46,00	39,00	59,00	
12–24 ay	28	43,00	35,00	46,75	
>24 ay	65	49,50	44,00	56,75	
Tanıyı Bilip bilmeme*					
Bilmiyor	35	44,00	38,00	52,00	p<0,05
Biliyor	109	50,00	43,00	58,00	
Kanser Türü **					
Akciğer	18	53,50	46,00	57,50	p>0,05
Baş boyun	7	51,00	40,00	60,00	
Kolorektal	38	44,00	38,5	53,20	
Meme	41	47,00	52,00	58,50	
Mide veya özefagus	17	46,00	40,00	57,50	
Diğer	23	51,00	42,00	53,00	
Metastaz*					
Metastaz yok	73	46,00	41,00	54,00	p>0,05
Metastaz var	71	49,00	42,00	57,00	
Geçmiş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü*					
Yok	106	5,00	41,00	53,00	p<0,05
Var	38	55,00	46,00	60,00	
SCID Tanısı *					
Yok	59	41,00	38,00	45,00	p<0,05
Var	85	53,00	46,00	75,00	
SCID Tanıları Dağılımı **					
.Majör Depresyon	25	54,00	48,00	60,00	p>0,05
.Genel Anksiyete Bozukluğu	7	49,00	46,00	53,00	
.Genel Anksiyete Bozukluğu + M.Depresyon	8	56,00	54,00	62,00	
.Uyum Bozukluğu	45	53,00	44,00	60,00	

Mann-Whitney Test*, Kruskal-Wallis Test**.

SCID Tanısı olanlar ile olmayanlar arasında yaşam kalitesi alt ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de gösterilmiştir. SCID tanısı olanlarla olmayanlar arasında Mental Sağlık, Vitalite, Genel Sağlık, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Fiziksel Rol Güçlüğü açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 4.1. SCID Tanısı Olanlarla Olmayanlar Arasında Yaşam Kalitesi Mental Sağlık ve Vitalite Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

	SCID Tanısı Almayan (Ortalama ±SD)	SCID Tanısı Alan (Ortalama ±SD)	p
Mental Sağlık	79,4±11,81	57,7±16,35	p<0,001
Vitalite	68,1±17,86	48,1±20,15	p<0,001

t testi

Tablo 4.2. SCID Tanısı Olanlarla Olmayanlar Arasında Yaşam Kalitesi Genel Sağlık, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Rol Güçlüğü (Emosyon), Rol Güçlüğü(Fiziksel) Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

SCID Tanısı		Medyan	%25	%75	p
Genel Sağlık*	Yok	60,00	45,00	70,00	p<0,001
	Var	45,00	35,00	55,00	
Fiziksel Fonksiyon*	Yok	75,00	45,00	85,00	p<0,001
	Var	30,00	17,50	52,50	
Ağrı*	Yok	80,00	45,45	90,90	p<0,001
	Var	45,45	18,18	63,63	
Sosyal Fonksiyon*	Yok	66,66	44,44	77,77	p<0,001
	Var	33,33	22,22	44,44	
Rol Güçlüğü (Emosyon)**	Yok	100	33,33	100	p<0,001
	Var	,0000	,0000	83,33	
Rol Güçlüğü (Fiziksel)**	Yok	,0000	,0000	50	p<0,001
	Var	,0000	,0000	,0000	

*Kruskal-Wallis Test

**Mann-Whitney Test

İntihar olasılığı ölçeği toplam puanları (İÖÖT) ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki korelasyon düzeyleri Tablo 5’te gösterilmiştir. İntihar olasılığı ölçeği toplam puanları (İÖÖT) ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki korelasyon düzeylerine bakıldığında, intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile bütün alt ölçekler

arasında negatif korelasyon oranları elde edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Elde edilen veriler Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanları (İÖÖT) İle Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Düzeyleri

İÖÖT	Genel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	Mental Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Rol Güçlüğü (Emosyon)
Korelasyon	-0.469	-0.504	-0.350	-0.676	-0.609	-0.513	-0.193	-0.447
	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$

Nonparametric Correlations

6. TARTIŞMA

Çalışmamızda kanser hastalarında, psikiyatrik morbidite oranı %59 olarak bulundu. Bu oran, gerek ülkemizde gerekse dünyada kanser hastalarıyla yapılmış çalışmalardaki psikiyatrik morbidite oranlarıyla uyumludur (2,41–50,157). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada bu oran %65,1 (158), Ateşçi ve ark. (49) çeşitli servislerde yatan 150 kanser hastasıyla yapmış oldukları bir çalışmada psikiyatrik morbidite oranını %28,7, Devrimci ve ark. (157)'i ise kanser hastalarındaki psikiyatrik morbidite oranını %60 olarak bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalar arasındaki bu farklılıkların nedeni, psikiyatrik belirti ve tanıların çok farklı ölçeklerle belirlenmesi ve psikiyatrik tanıdan çok psikiyatrik belirti üzerine yoğunlaşılması olarak gösterilebilir.

Bizim çalışmamızdaki psikiyatrik morbidite oranlarının yüksek oluşu ve diğer bazı çalışmalardan farklılık göstermesinin nedenleri ile ilgili olarak bazı açıklamalar getirilebilir. Çalışmamızda sadece yatan hastaların alınması, hastaların çoğunun kemoterapi alıyor olması ve çoğu hastada metastazın olması nedeniyle ileri evre kanser hastaları olmaları, bu oranların yüksekliğini açıklayabilir. Olasılıkla, hastanede tedaviyi gerektirecek düzeyde bir sağlık sorununun varlığı ve hastane ortamında bulunma, bireylerin stresini arttırarak baş etme becerilerini azaltmaktadır. Bununla ilgili olarak hastanede yatarak tedavi gören kanser hastalarıyla yapılmış çalışmalardaki oranların yüksekliği çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. (100,159)

Yatarak tedavi gören kanser hastalarındaki yüksek psikiyatrik morbiditenin görüldüğü diğer çalışmalara bakarsak, Cassileth ve ark. (160)'ı, yüksek dozda aktif kemoterapi ve palyatif tedavi alıyor olmanın psikiyatrik morbiditeyi arttırdığını, Northouse (161), aktif tedavi almakta olan ve kanseri yineleyen hastalarda, Baider ve Kaplan De-Nour (162), kombine kemoterapi-radyoterapi alan hastalarda uyum sorunlarını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Benzer şekilde, Massie ve Holland. (45) hastalığın ileri evrelerinde ve yaşam kalitesi kötü olan hastalarda depresyon yaygınlığını, Carroll ve ark. (163)'ü yatarak tedavi gören hastalarda, aktif hastalığı olanlarda ve metastazı bulunan hastalarda depresyon ve anksiyete

skorlarını, İbbotson ve ark. (164)'ı hastalığı ileri evresinde olan ve aktif tedavi almakta olan hastalarda psikiyatrik morbiditeyi, Bukberg ve ark. (165)'ı yatarak tedavi gören ve fiziksel kapasitesi düşük olanlarda depresyonun düzeyini daha yüksek bulmuşlardır.

Çalışmamızda SCID tanıları içinde en fazla %53 uyum bozukluğu ve %29,4 majör depresyon saptandı. Bu bulgular özellikle majör depresif bozukluğun tahmin edilmesinin amaçlandığı çalışmalar ile (166,167), ve kanser hastalarında uyum bozukluklarının araştırıldığı çalışmalar ile uyumlu çıkmıştır (42,43,46,49,50). Kanser hastalarına koyulan tanılarının çoğunluğunu uyum bozukluklarının oluşturması, bu hastalardaki psikiyatrik sorunların çoğunluğunun reaktif nitelikte olduğunu göstermektedir. Kanser hastalarında depresyonla ilgili diğer yapılmış çalışmalara bakıldığında; 130 terminal kanser hastasıyla yapılmış çalışmada majör depresyon prevalansının %13 ile %26 arasında değiştiği (81), Tokgöz ve ark. (82)'nin 100 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada majör depresyon yaygınlığını %22, Grassi ve ark. (83)'nin 277 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada, majör depresyon yaygınlığını %24 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan ileriye dönük bir çalışmada ise 150 kanser hastasında psikiyatrik bozuklukların sıklığı araştırılmış, majör depresif bozukluğun sıklığı %11.3 olarak belirlenmiştir (49). Tüm bu çalışmalarda elde edilen depresyon oranları, bizim çalışmamızdaki depresyon oranlarına yakındır. Ayrıca depresif semptomların tarandığı bazı ölçeklerle yapılmış çalışmalarda depresif semptom oranları yüksek çıkmıştır. Örneğin; Carroll ve ark. (163)'nin, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HADS) (Hospital Anxiety and Depression Scale) kullanarak 809 kanser hastasını taradıkları çalışmada, hastaların % 35'i anksiyete alt-ölçeğinden, % 21.7'si depresyon alt-ölçeğinden kesim noktasının üzerinde puanlar almışlardır. Bukberg ve ark. (165)'ı Hamilton ve Beck Depresyon ölçeklerini kullanarak yaptıkları çalışmada, hastaların %42'sinde orta ve yüksek düzeyde depresyon tespit edilmiştir.

Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluk oranı %8,2, anksiyete ve depresyon birliktelik oranını ise %9,4 olarak bulduk. Yapılan bazı çalışmalarda; Lee ve ark. (168)'ı bu oranı %6,5–17,8, Fallowfield ve ark. (169)'ı %17-%23, Harrison ve Maguire (3) %2,3, Kissane ve ark (170)'ı %9,9 olarak bildirmişlerdir. Ayrıca Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada anksiyete bozukluklarının oranı %0,9 ila %49

arasında bulunmuştur (95). Standardize psikiyatrik görüşmeler ve tanı ölçütlerinin kullanılarak yapıldığı büyük bir çalışmada ise anksiyete bozukluklarının oranı %10–30 arasında bulunmuştur (97). Yapılan çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızdaki oranlarla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda elde edilen oranlar arasındaki farklılığın olası açıklaması morbid anksiyete tanımlaması, sosyal veya demografik faktörler ve morbid anksiyete ile ilişkili olabilecek kanser tipleri ve tedavilerindeki farklılık olabilir.

Çalışmamızda tanıyı bilmeme oranı %24,3 olarak saptanmış olup bu oran ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (2,159,171,172). Bizim çalışmamızda psikiyatrik bozukluklar kanser tanısını bilen hastalarda daha fazla saptandı. Bu sonuçlar bazı çalışmalarla uyumlu olup bazı çalışmalardan ise farklıdır. Örneğin; Alexander ve ark. (173)'ü yaptıkları bir çalışmada, tanısını bilmeyen hastalarda psikiyatrik bozuklukların düşük olduğu ve tedavi sonuçlarından daha fazla ümitli oldukları, Montgomery ve ark. (174)'ü iyi bir bilgilendirmeyle hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığını ve daha iyi uyum yapabildiklerini, benzer olarak Ersoy (172), kanser tanısını bilen hastalarda Beck depresyon puanlarını anlamlı derecede daha düşük bulunduğunu, Ateşçi ve ark. (49)'ün yapmış oldukları bir çalışmada ise psikiyatrik bozukluklar, kanser tanısını bilmeyen hastalarda bilenlere oranla daha az gözlemlendiğini bildirilmişlerdir. Bizim kanser tanısını bilen hastalarımızda psikiyatrik bozuklukların daha fazla olması ile ilgili olarak bazı açıklamalar ileri sürülebilir. Çalışmamızdaki kanser hastalarında, hastalıklarıyla ilgili farkındalık durumu, sağlık çalışanlarının desteğiyle açıklanmaktan çok sezgisel ve dolaylı yollarla olmuştur. Bu durum; olasılıkla kansere atfedilen olumsuz düşüncelere neden olmaktadır.

Bu sonuçlar tanı ile ilgili bilgilendirmede, hastanın kişisel, kültürel özelliklerinin göz önüne alınmasının ve bu sayede onkoloji ile psikiyatri klinikleri arasında kurulacak işbirliğinin önemini göstermektedir. Batı ülkelerinde giderek tanının söylenmesi yönündeki uygulamaların ağırlık kazandığı bilinmektedir. A.B.D.'inde doktorların %97'sinin ölümcül tanının hastaya söylenmesi gerektiğini düşündükleri, %78'inin de ölümcül tanıyı hastalarına söyledikleri bildirilmiştir (175). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hastaların %67,9'unun, hemşirelerin %78'inin, doktorların %80'inin tanının söylenmesi gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir (176).

Kanser gibi insan yaşamını tehdit eden bir stresle karşılaşan ve geçirilmiş ruhsal sorunları olan bireyler, yeni durumla baş etmede yetersiz kalabilmekte, dolayısıyla uyum sürecini başlatmada güçlükler yaşayabilmektedirler. Çalışmamızda da, geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek psikiyatrik morbidite oranları saptanmış olup, bulgularımız daha önceden yapılmış bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (1,45,177).

Çalışmamızda psikiyatrik hastalığın varlığı ve yokluğu ile yaş aralığı, medeni durum, öğrenin durumu, hastalık süresi ve kanser türü gibi sosyodemografik faktörler arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmemişken yapılan bazı çalışmalarda; genç yaş, kadın cinsiyeti, bekar olmak ve ileri evre gibi faktörlerle psikiyatrik morbidite arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (100,157-159). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan bu bağlamda farklılık gözlenmesini; kanser türünün eşit dağılmamasına, hastalarımızın büyük bir çoğunluğunun evli ve eğitim düzeyinin düşük olmasına ve ileri evre kanser hastalarının çalışmamıza dahil edilmemesine bağlayabiliriz. Çalışmamızda Akciğer kanseri olan olgularda ve metastazı olan olgularda görece daha fazla psikiyatrik morbidite oranlarına rastlanmıştır. Akciğer kanseri olgularında ve metastazı olan hastalarda daha fazla psikiyatrik morbidite görülme oranlarını, hastalığın seyrinin hızlı olması ve beden işlev kapasitelerinin hızla bozulması, fiziksel işlev yetersizliğinin hızla azalması, hastalığın şiddetine göre hastanede yatış süresinin uzaması ve uygulanan tedavi protokollerinin ağır olması gibi faktörlerle açıklayabiliriz. Tüm bu faktörlerin bu hastalarda kaygı ve stres düzeyini artıracaklarını ve bununla paralel olarak psikiyatrik morbiditenin de artacağını düşünebiliriz.

Çalışmamızda SCID tanısı olanlarda olmayanlara oranla intihar olasılığı ölçeği toplam puanları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak hastaların almış oldukları SCID tanıları ile (depresyon, genel anksiyete bozukluğu ve uyum bozukluğu) intihar olasılığı toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalar daha çok kanser hastalarındaki depresyon ile intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardır. Ancak ülkemizde yapılmış bir çalışmada SCID tanısı alan kanser hastalarında SCID tanısı almayanlara oranla intihar düşüncelerinin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Ancak bizim çalışmamızda depresyon ile

intihar düşüncesi arasında ilişki saptanmazken, bu çalışmada intihar düşüncesi olanların çoğunda depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (49). Bazı çalışmalar bizim çalışmamızla benzer olarak, depresyon ile intihar düşüncesi arasında ilişkinin yüksek olmadığını bildirmişlerdir (140,141,142). Yapılan bazı çalışmalarda ise bu ilişkinin yüksek olduğu bildirilmiştir (125,131,132,134–139,143). Çalışmamızda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, metastazın varlığı ve kanser türü ile intihar düşüncesi arasında ilişki saptanmamıştır. Tokgöz ve ark. (82)'nin yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak cinsiyetler arasında intihar düşüncesi açısından ilişki olmadığını, ancak çalışmamızdan farklı olarak metastazı olanlarda olmayanlara oranla intihar düşüncesinin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Depresif kanser hastalardaki suicidal faktörlerinin araştırıldığı bazı çalışmalar, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsünün olması, evli olmamak ve yalnız yaşamının artmış intihar düşüncesi ile ilişkili faktörlerin olduğuna işaret etmiştir (132,136,141,144). Bu sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermekte olup, bizim çalışmamızda da geçmiş psikiyatrik öykü ile intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak hastalarımızın çoğunun evli olması nedeniyle sosyal desteğin daha fazla olduğu ihtimalini düşünecek olursak, bu nedenle intihar düşüncesiyle medeni durum arasında anlamlılık saptanmadığı söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda kanser tanısı olduğunu bilenlerin bilmeyenlere oranla daha yüksek intihar düşüncelerine sahip olmasını, hastaların kanser olduğunu bilmelerinin getirmiş olduğu ruhsal sıkıntıları ve bu nedenle psikiyatrik morbiditeyi artıracak gibi nedenlerle açıklayabiliriz.

Çalışmamızda SCID tanısı olan kanser hastalarının SCID tanısı olmayan kanser hastalarına göre yaşam kalitesi tüm alt ölçeklerinin (mental sağlık, vitalite, genel sağlık, fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol gücüğü, fiziksel rol gücüğü) puanları düşük çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda intihar olasılığı toplam puanları ile yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri arasında negatif korelasyon oranları saptanmıştır. Yaşam kalitesiyle psikiyatrik morbidite arasındaki ilişkinin saptanmasına yönelik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, kanser hastalarında çeşitli yaşam kalitesi ölçekleriyle çalışmalar yapılmış olup, ölçeklerden alınan puanlara göre hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Örneğin; kanser hastalarında fonksiyonel yaşam kalitesi

ölçeğinin kullanılarak yapılan bir çalışmada, hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği alt başlığı ile ilgili alanlardan (Fiziksel Fonksiyonlar, Genel İyi Hali, Psikolojik Fonksiyonlar, Sosyal Fonksiyonlar, Gastrointestinal Semptomlar) aldıkları puanların ve toplam fonksiyonel yaşam ölçeği puanlarının düşük olduğu bildirilmiştir (178).

Prognozları farklı kanser hastalarının (meme, lenfoma, prostat, akciğer, gastrointestinal sistem, diğer kanserler) izlenerek, 9 farklı yaşam kalitesi ölçeği ve Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ise; hastaların tanı konulduktan 1 ay sonra ve 3 yıl sonra yaşam kaliteleri ölçülmüş, rol fonksiyonları, bilişsel fonksiyonlar, emosyonel fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar, bulantı ve kusma ölçeklerine göre pozitif yönde; fiziksel fonksiyonlar, global sağlık durumu, halsizlik, ağrıda negatif yönde değişiklikler olduğu gözlenmiş olup, sadece bulantı ve kusma puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bildirilmiştir (179). Cella ve ark. (180)'ı kanserli hastaların (%32.8 akciğer, %24.7 meme, %19.1 kolon, %14 prostat, %9.4 baş-boyun) yaşam kalitelerinde oluşan değişiklikleri izledikleri çalışmada; hastalar başlangıçta ve 2-3 ay sonrasında izlenmiş, hastaların %63'ünün fonksiyonel durumlarında anlamlı değişiklikler olmadığı; %37'sinin sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali, emosyonel iyilik, fonksiyonel durum ve toplam fonksiyonel durum puanlarında değişiklikler olduğu ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, hastaların kemoterapi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik alanı, rol performansı, emosyonel ve bilişsel duruma bakıldığında, anksiyete ve depresyonu olanların puan ortalamalarının anksiyete ve depresyonu olmayanlara oranla daha düşük olduğu bildirilmiştir (181). Bizim çalışmamızda da benzer olarak SCID tanısı alanlarda olmayanlara oranla yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri düşük bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır.

Çalışmamızda yaşam kalitesinin tüm alt ölçek puanlarıyla intihar olasılığı toplam puanları arasında negatif korelasyon saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Kanser hastalarında intihar düşüncesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada fiziksel fonksiyon ve performans ölçek katsayılarının düşük olduğu kanser hastalarında intihar düşüncelerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada kanser ağrısının fazla olduğu hastalarda intihar düşüncelerinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu literatür verileri, çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (182).

Başka çalışmalarda ise fiziksel fonksiyonun azalması ile intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir (136,139,183). Kanser hastalarındaki ağrı ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bazı çalışmalarda ağrının intihar düşüncesini etkilediği bildirilmiş olup (133,146), palyatif bakım gören kanser hastalarında yapılmış bazı çalışmalarda da intihar düşünceleri ile ağrı arasında anlamlı ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir (136,137). Bizim çalışmamızda da benzer olarak yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı ile intihar düşüncesi toplam puanları arasında ilişki saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları, kanser tiplerinin eşit dağılmaması, terminal dönem ve poliklinikten izlenen hastaların çalışmaya alınmaması, hastaların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olması, sonuçların tüm kanser hastalarına genellemesini kısıtlamaktadır. Kanserli hastalar ve psikiyatrik tablolara ilişkin betimleyici araştırmaları, bu hastalarla ve yakınlarıyla yapılacak düzenli danışmanlık ve tedavi hizmetlerinin programlanması ve uygulanan programların etkinliklerinin incelenmesi izlenmeli, konunun önemi göz önüne alınarak, bu alandaki çalışma ve araştırmaların artması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın vurgulamamız gereken önemli bir sonucu, onkoloji servisinde yatmakta olan kanser hastaları içinde psikiyatrik morbiditesi olanlarda yaşam kalitesi düşmekte ve intihar ihtimali artmaktadır.

6.SONUÇLAR

- 1- Onkoloji servisinde yatmakta olan kanser hastalarında psikiyatrik hastalık görülme oranları ve bunun yaşam kalitesi ve intihar düşüncesi ile ilişkisini araştırmak için gerçekleştirilen bu çalışmada, onkoloji servisinde yatmakta olan 144 kanser hastasına SCID I uygulanarak % 59 oranında psikiyatrik hastalık ek tanısı saptandı.
- 2- Psikiyatrik hastalık ek tanısı olan kanser hastalarında en sık psikiyatrik tanı %53 uyum bozukluğu olarak saptandı.
- 3- Kanser hastalarında psikiyatrik ek tanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, hastalık süresi kanser türü, metastaz olup olmaması açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- 4- Önceden geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü ile şimdiki psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
- 5- Kanser tanısını bilen hastalarda bilmeyenlere göre daha yüksek psikiyatrik ek tanı oranları saptanmıştır.
- 6- Kanser hastalarında intihar düşüncesi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, hastalık süresi, kanser türü ve metastaz olup olmaması açısından anlamlı farklılık saptanmamış olup, intihar düşüncesi ile kanser tanısını bilip bilmeme ve geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık saptandı.
- 7- Psikiyatrik ek tanısı olanlarda olamayanlara göre yaşam kalitesi alt ölçek puanları düşük olup anlamlı farklılık saptandı.
- 8- İntihar olasılığı ölçeği toplam puanları ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında negatif yönde ilişki olduğu saptandı.

KAYNAKLAR

1. Fawzy IF, Greenberg DB: Oncology. Rudell JR, Wise MG (ed): Textbook of Consultation Liaison Psychiatry'de. American Psychiatric Pres, Washington DC, 1996;673–694.
2. Şenol SS, Bitlis V, Ünal E ve ark. Kanser teşhis ve tedavisi amacıyla bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi. 1994; 5(2):103–108.
3. Harrison J, Maguire P: Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. The British Journal of Psychiatry. 1994;165:593–598.
4. Grunebaum M, Lubner P, Callaha M. Predictors of missed appointments for psychiatry consultations in primary care clinic. Psychiatric Services. 1996;47:848–852.
5. Barton DF. Consultation and liaison work. In: Janosik EH, Davies JL, eds. Psychiatric Mental Health Nursing, Jones and Bartlett Publishers Inc, 2nd ed. Boston. 1989;815–829.
6. Brown TM, Waterhouse J. A psychiatric liaison service in a general hospital—eighteen years on. Health Bulletin. 1987;45:190–196.
7. Cavanaugh S, Wettstein RM. Prevalence of psychiatric morbidity in medical populations. In: Griinspoon L, ed. Review of Psychiatry. vol 3, Part III. American Psychiatric Pres;1984;187–215.
8. Özkan S. Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayi A.Ş. İstanbul: 1993;153-173
9. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Tanımı, Kavramları, Hizmet Alanı, Eğitim ve Araştırma Objektifleri ile Dünyada Gelişimi ve Bir Bilim Dalı ve Uzmanlık Alanı Olarak Kurumsallaşması. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı;1994–1995. Pfizer İlaçları A.Ş. İstanbul: 1995;8–19.

10. Lipowski JZ. History consultation liaison psychiatri. In: Rundell JR, Wise MG, eds. Textbook of Consultation Liaison. psychiatry The American pres, Washington: 1996;2–12.
11. Lipowski ZJ. Consultation liaison psychiatry: an overview. The American Journal of Psychiatry. 1974;131:623-630.
12. Lipowski JZ. Review of Consultation pschiatriy and psychosomatic medicine, 1:general principles.Psychosom Med. 1967;29:153-171.
13. Derogatis LR. Psychology in cancer medicine: A perspective and overview. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1986;54:632–638.
14. Le Shan L. Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical rewiev. Journal of the National Cancer Institute. 1959; 22:1–18.
15. Renneker R, Cutler M. Psychological Problems of adjustment to cancer of the breast. The Journal of the American Medical Association. 1952;148:833–838.
16. Peck A. Emotional reactions to having cancer. American Journal of Roentgenology. . 1972; 114:591–599.
17. Kissen DM, Eysenck HJ. Personality in male lung cancer patients. Journal of Psychosomatic Research. 1962; 6:123–137.
18. Morris T, Greer S, Pettingale KW. Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. Journal of Psychosomatic Research.1981; 25:111–117.
19. Jansen MA, Muenz LR. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. Journal of Psychosomatic Research. 1984;28:35–42.
20. Effective Communication Skills are the Key to Good Cancer Care L. Fallowfield and V. Jenkins European Journal of Cancer. 1999.Vol. 35, No. 11, 1592–1597.

21. Howard P, Greenwald T, Nevitt M.C. Physician Attitudes Toward Communication With Cancer Patients. *Social Science & Medicine*. 1982.Vol.16, 591–594.
22. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau R. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52:110–113.
23. Postone N. Psychotherapy with cancer patients. *American Journal of Psychotherapy*. 1998; 52:412–424.
24. Laatsch L, Rothke S, Burke WF ve ark. Countertransference and the multiple amputee patients: pitfalls and opportunities in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation - Home*. 1993;74:644–8.
25. Straker N. Psychodynamic Psychotherapy for cancer patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1998;7:1–9.
26. Norton J. Treatment of a dying child. *Psychoanal Study Child*.1963;18:541–560
27. Lindy JD, Lindy DC. Countertransference and disaster psychiatry: from Buffalo Creek to 9/11. *Psychiatric Clinics of North America*. 2004;27:571–587.
28. Racker H. Transference and countertransference. New York: International Universities Press;1968;127–73.
29. Tansey M, Burke W. Understanding countertransference: from projective identification to empathy. Hillsdale New Jersey; 1989;107–10.
30. Kernberg O. Acute and chronic countertransference reactions. Fonagy P, Cooper AM, Wallerstein RS (Ed). *Psychoanalysis on the move: The work of Joseph Sandler*. London Routhledge;1999;171–86.
31. Maria E. Carlsson, S.R.N., B.A., and Peter M. Strang M.D., PH.D. Gynecologic Oncology. Facts, Misconceptions, and Myths about Cancer What Do Patients with Gynecological Cancer and the Female Public at Large Know?. 1997;65:46–53

32. Hersh SP. Psychologic Aspects of Patients with Cancer. Principles and Practice of Oncology'de VT DeVita, S Hellman, SA Rosenberg (Ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott. 1985;2051–2066.
33. C. De Valck, K.P. Van de Woestijne. Communication problems on an oncology ward, Patient Education and Counseling, 29. 1996;131–136.
34. Michael Jefford and Martin H N Tattersall. Informing and involving cancer patients in their own care. Lancet Oncology. 2002;3:629–37.
35. Thomas R., Thornton H. and Mackay J. Patient Information Materials in Oncology: Are they Needed and do they Work? Clinical Oncology. 1999;11:225–231.
36. Özkan S. Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı; 21–24 Eylül 2005. İstanbul. s.165
37. Özkan MB. Psiko-onkoloji. 4. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. 1996;21–26.
38. Özkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. 1999. İstanbul. s.140–152.
39. E. Kübler Ross. Ölüm ve ölmek üzerine. Boyner Holding Yayınları. 1997.
40. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition, Volume II Kaplan & Sadock Lippincott. “Death,Dying and Bereavement”. 2000;1963-1980
41. Costantini M, Musso M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Garrone O, Venturini M, Morasso G. Detecting psychological distress in cancer patients: Validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Support Care Cancer. 1999;7:121–127.
42. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetky S, Shamle AM, Henricks M, Carnickle Cl Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. The Journal Of the American Medical Association. 1983;249:751–757.

43. Grassi L, Albieri G, Rosti G, Marangolo M. Psychiatric morbidity after cancer diagnosis. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. 1987;3:199–205.
44. Holland JC, Romano SJ, Heiligenstein JH, Tepner RG, Wilson MG. A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Sychooncology*. 1998;7:291–300.
45. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1990;1:12–19.
46. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1990;156:79–83.
47. Stefanek ME, Derogatis LR, Shaw A. Psychological distress among oncology outpatients: Prevalence and severity as measured by the Brief Symptom Inventory. *Psychosomatics*. 1997;28:530–539.
48. Zabora J, Blanchard CG, Smith ED. et al. Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1997;15:73–87.
49. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14:145–152.
50. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Lowe B, Herfarth C, Lehnert T. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Annals of Oncology*. 2004;15:1243–1249.
51. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *Journal of Psychosomatic Research* 1989;33:235–239.
52. Maguire P et al. Psychiatric morbidity associated wiht screeninnng for breast cancer, *British Journal of Cancer*. 1989;60:781-784

53. Aladjem DA. Consultation-liaison Psychiatry, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baský, Cilt 2, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia, Lýppýncott Williams ve Wilkins;2005;2225–2241.
54. Gelder M, Gath D, Richard M ve ark. Psychiatry and Medicine. Oxford Textbook of Psychiatry, M Gelder, D Gath, M Richard, P Cowen (Ed), NewYork, Oxford University Press; 1996;363-387.
55. Özmen E, Aydemir Ö, İçelli. Bedensel hastalığı olanlarda psikiyatrik tanı dağılımı, EGE Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1997;285-298.
56. Gala C, Rigatelli M ve ark. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry. General Hospital Psychiatry. 1999; 21(4):310-317.
57. Duffy JD. The neural substrates of motivation. Psychiatry Annals. 1997;27: 24-27.
58. Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment, and management. Psycho-oncology. 1998;7:112-120.
59. Mermelstein HT, Lesko L, Holland JC. Depression in the cancer patient. Psycho-oncology; 1992; 199-216.
60. Pettingale KW, Morris T, Greer S. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. Lancet. 1990;1:49–50.
61. Ryan LS. Randomised trial of four drug vs less intensive two drug chemotherapy in the palliative treatment of patients with small cell lung cancer and poor prognosis. British Journal of Cancer. 1996;73: 406–13.
62. Stewart DJ, Tomiak EM, Goss G et al. Paclitaxel plus hydroxyurea as second line therapy for non-small cell lung cancer. Lung Cancer. 1996;15: 115–23.
63. Ranson MR, Jayson G, Perkins S et al. Singleagent paclitaxel in advanced non-small cell lung cancer. Seminars in Oncology. 1997;24: 6–9.
64. Faller H, Bulzebruck H, Schilling S et al. Do psychological factors modify survival of cancer patients? Psychother Psychosomatic Medicine Psychology. 1997;47: 206–18.

65. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28:396–402.
66. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006;32:85–92.
67. Ulutin HC. Kanserli hastada psikolojik sorunlar. *FTR Bil Der*. 2006; 9:39–41.
68. Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*. 2001; 4:184–191.
69. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62 (Suppl.8):58–61; discussion 62–63.
70. Massie, M.J. Popkin, M.K. Depressive disorder, J.C. Holland (Ed.), *Psychooncology*, Oxford, University Pres. 1998; 518-540.
71. MJ Massie and JC Holland, Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: JC Holland and JH Rowland, Editors, *Handbook of psycho-ology: psychological care of the patient with cancer*, Oxford University Press, New York. 1989; 273–282.
72. Depression in cancer patients; *Lanset Oncology*. 2001;2:499–505.
73. JC Holland, Anxiety and cancer: the patient and the family. *Journal of Clinical Psychiatry*. 50. 1989; 20–25.
74. Breitbart W, J Jaramillo and HM Chochinov, Palliative and terminal care. In: JC Holland, Editor, *Textbook of psycho-oncology*, Oxford University Press, New York. 1998; 437–449.
75. M Lander, K Wilson and HM Chochinov, Depression in the elderly terminally ill, *Clinics in Geriatric Medicine*. 16.2000; 335–356.
76. Breitbart W, HM Chochinov and S Passik, Psychiatric aspects of palliative care. In: D Doyle, G Hanks and N MacDonald, Editors, *Oxford textbook of palliative medicine*, Oxford University Press, 2nd edition. New York. 1997;933–954.

77. Colón EA, Callies AL, Popkin MK,McGlave PB.Dedressed mood and other variables related to bone marrow transplatation survival in acute leukemia. *Psychosomatics*. 1991;32:20-25.
78. Bugberg J, Penman D, Holland JC.Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*. 1984;46:199-212.
79. Sellick SM,Crooks DL.Depression and cancer:an appraisal of the litareture for prevelance,detection,and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-oncology*. 1999;8:315-33.
80. Lynch ME. The assessment and prevelance of affective disorders in advenced cancer. *Journal of Palliative Care*. 1995;11:10-18.
81. Chochinov HM,Wilson KG,Enns M,Lander. S.Prevalence of depression in the terminally ill:effects of diagnostiv criteria and symptom threshold judgments. *The American Journal of Psychiatry*. 1994;151:537-40.
82. Tokgöz ve ark. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9:59–66.
83. Grassi L, Travado L, Moncayo FL, Sabato S, Rossi E, SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *The Journal of Affective Disorders*. 2004;83:243–248.
84. Spijker,A. V., Trijsburg, R. W.,Duivendoorden, H.J. Psychological sequeale of cancer diagnosis: A meta-analytic review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*. 1997;59:280-293.
85. Breitbart W and S Krivo, Suicide. In: JC Holland, Editor, *Psycho-oncology*, Oxford University Press, New York. 1998; 541–547.
86. D Spiegel and JR Bloom, Pain in metastatic breast cancer, *Cancer* 52. 1983; 341–345.
87. D Spiegel, S Sands and C Koopman, Pain and depression in patients with cancer, *Cancer* 74. 1994; 2570–2578.

88. AJ Roth and JC Holland, Psychiatric complications in cancer patients. In: MC Brain and PP Carbone, Editors, *Current therapy in hematologyoncology* (5th edn.), Mosby-Year Book, St Louis, Missouri. 1995; 609–618.
89. AI Green and CP Austin, Psychopathology of pancreatic cancer, *Psychosomatics* 34. 1993; 208–221.
90. EJ Shakin and JC Holland, Depression and pancreatic cancer, *Journal of Pain and Symptom Management* 3. 1998;194–198.
91. Marrs JA. Stress, fears and phobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 10. 2006 (3):319–322.
92. Scheier AM, Williams SA. Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 31. 2004 (1):127–130.
93. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2003;17:509–513.
94. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ: Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*. 1997;59:280–293.
95. Wells KB, Golding JM and Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *The American Journal of Psychiatry*. 1988;145:976–981.
96. Stark DP, House A: Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2000;83:1261–1267.
97. By D. Stark, M. Kiely, A. Smith, G. Velikova, A. House, P. Selby: Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20, Issue 14 (July). 2002; 3137–3148.

98. Jenkins R, Bebbington P, Brugha TS, Farrell M, Lewis G and Meltzer H. British psychiatric morbidity survey. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;173:4–7.
99. Forester B, Kornfeld DS, Fleiss JL and Thompson S. Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *The American Journal of Psychiatry*. 1993;150:1700–1706.
100. Aass N, Fossa SD, Dahl AA and Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *The European Journal of Cancer*. 1997;33:1597–1604.
101. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*. 1999;8:521–537.
102. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*. 1999;43:259–281.
103. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*, Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
104. Pelcovitz D, Libov BG, Mandel F, Kaplan S, Weinblatt M, Septimus A. Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of Traumatic Stress*. 1998;11:205–221.
105. Alter CL, Pelcovitz D, Axelrod A, Goldenberg B, Harris H, Meyers B, et al. Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*. 1996;37:137–143.
106. Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, Epstein SA, Stockton P, Stern NM et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*. 1998;39:102–111.
107. Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*. 1998;47:141–151.

108. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*. 2007;16:181–188.
109. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, et al. Distress, psychiatric syndromes and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*. 2006;107:2924–2931.
110. Hawton K. Assessment of suicide risk, *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150:145–153.
111. Heikkinen ME, Lonnqvist JK. Recent life events in elderly suicide: a nationwide study in Finland. *The International Psychogeriatric Association*. 1995;7:287–300.
112. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;171:355–9.
113. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer*. 1992;69:1507–12.
114. Moscicki EK. Epidemiology of suicide, *North American Perspectives, International Psychogeriatrics*, Vol:7, No:2. 1995;137-148.
115. Fidaner H, Fidaner C. İntihar: çok yönlü sosyal psikiyatri sorunu, XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik bilimler kongresi bilimsel çalışmaları, İstanbul. 1987; 301–307.
116. Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *American Journal of Epidemiology*. 1979;109:59–65.
117. Fox BH, Stanek EJ, Boyd SC, Flannery JT. Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *Journal of Chronic Diseases* . 1982;35:89–100.
118. Allebeck P, Bolund C, Pingback G. Increased suicide rate in cancer patients – a cohort study based on the Swedish cancer-environment register. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1989;42:611–6.

119. Levi F, Bulliard JL, Vecchia CL. Suicide risk among incident cases of cancer in the Swiss Canton of Vaud. *Oncology*. 1991;48:44–7.
120. Allebeck P, Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psychological Medicine*. 1991;21:979–84.
121. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*. 1994;73:281–96.
122. Crocetti E, Arniani S, Accia S, Barchielli A, Buiatti E. High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *The British Journal of Cancer*. 1998; 77:1194–6.
123. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 1995;52:89–99.
124. Spiegel D. Cancer and depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168:109–16.
125. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort. A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia. *The Journal of the American Medical Association*, 1997;278:2099–104.
126. Kissane DW, Street A, Nitschke P. Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet*. 1998;352:1097–102.
127. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikimi I, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999;53:569–73.
128. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fliming DW. Physician-assisted suicide in Oregon – the first year’s experience. *The New England Journal of Medicine*. 1999;340:577–83.

129. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:325–40. 8 Breitbart W, Passik SD. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press. 1995;609–26.
130. Breitbart W, Passik SD. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press. 1995;609–26.
131. Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England Journal of Medicine*. 1997;337:910–5.
132. Akechi et al. Suicidal Ideation in Cancer Patients with Major Depression. *Jpn Journal of Clinical Oncology*. 2000;30:221–224.
133. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, et al. The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation. *Cancer*. 1993;72:2786–2791.
134. Orentlicher D. The supreme court and physician-assisted suicide. Rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *The New England Journal of Medicine*. 1997;337:1236–1239.
135. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ. Desire for death in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*. 1995;152:1185–1191.
136. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *The Journal of the American Medical Association*. 2000;284:2907–2911.
137. Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA, et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160:2454–60.
138. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *The Journal of the American Medical Association*. 2000;284:2460–2468.

139. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996;347:1805–1810.
140. Suarez-Almazor ME, Newman C, Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival. *Journal of Clinical Oncology*. 2002;20:2134–2141.
141. Owen C, Tennant C, Levi J, Jones M. Suicide and euthanasia: patient attitudes in the context of cancer. *Psycho-Oncology*. 1992;1:79–88.
142. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*. 2000;342:557–563.
143. Bharucha AJ, Pearlman RA, Back AL, Gordon JR, Starks H, Hsu C. The pursuit of physician-assisted suicide: role of psychiatric factors. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6:873–883.
144. Roy A. Suicides in depressives. *Comp Psychiatry*. 1983;24:487–91.
145. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*. 1998;77:2381–5.
146. Severson KT. Dying cancer patients: choices at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1997;14:94–8.
147. Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA, et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160:2454–60.
148. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics*. 2001;42:141–5.

- 149.Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, Conno FD, Tamburini M. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet*. 1999;354:1877–8.
- 150.First MB, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM–4 Clinical Version (SCID-I/ CV). Washington DC: American Psychiatric Press. 1997.
- 151.Öztürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM–4 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe’ye Uyarlanması ve Güvenirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233–236.
- 152.Ware JCSherbourne CD. The MOS 36- item short- form healthy survey (SF)36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30:473–483.
- 153.Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. Kısa Form-36’nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102–106.
- 154.Cull, G. J. Gill, W. S. Suicide Probability Scale Manual. Western Psychological Services, USA. 1988.
- 155.Tuğcu H. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara,1996.
- 156.Batıgün AD, Şahin NH. Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi? *Türk Psikoloji Dergisi*. 2003;18:37–59.
- 157.Devrimci H, Unluoğlu G. Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*. 1998,6:196–206.
- 158.Mustafa Baştürk, Ali Ünal, Tayfun Turan, Fatih Karaaslan, Kanserli Hastalarda Mental Bozukluklar. *Erciyes Tıp Dergisi*. 1994;16(1):15–20.
- 159.Anuk D, Özkan M, Alçalar N. İ.Ü.İTF konsultasyon liyezon psikiyatrisi bilim dalı psiko-onkoloji çalışmalarının ikiyillik dökümü. *Konsultasyon-Liyeron Psikiyatrisi* 1998–1999. İstanbul,1999;140–152.

160. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA: A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*. 1985;55:72-76.
161. Northouse LL: A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1989;16:511-516.
162. Baider L, Kaplan De-Nour A: Couples' reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report, *international Journal of Psychiatry Medicine*. 1984;14:265-276.
163. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R, Wald TG, Clamon GH: Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry* 1993;15:69-74.
164. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L: Screening for anxiety and depression in cancer patients: The effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30A. 1984;(1):37-40.
165. Bukberg J, Penman D, Holland JC: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*. 1984;46:199-212.
166. Sharpe M, Strong V, Allen K, Rush R, Postma K, Tulloh A, Maguire P, House A, Ramirez A, Cull A. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: Screening and unmet treatment needs. *British Journal of Cancer*. 2004;90:314–320.
167. Pirl WF, Siegel GI, Goode MJ, Smith MR. Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: A pilot study. *Psychooncology*. 2002;11:518–523.
168. Lee MS, Love SB, Mitchell JB, Parker EM, Rubens RD, Watson JP, Fentiman IS and Hayward JL. Mastectomy or conservation for early breast cancer: psychological morbidity. *European Journal of Cancer*. 1992;28A:1340–1344.
169. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire P, Baum M and A'Hern RP. Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *BMJ*. 1994;309: 448–448.

170. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L and McKenzie DP. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *The Medical Journal of Australia*. 1998;169:192–196.
171. Elbi H, Ozaydemir G, Tamar M. Bir grup kanserli hastada psikososyal sorunlar ve yaklaşım. XVIIth Congress of the European Society for Medical Oncology. 7–10 Kasım, Lyon, France, 1992.
172. Ersoy MA. Kanser hastalarında inkâr, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *3P Dergisi*. 2000;8:17–26.
173. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*. 1993;32:623–626.
174. Montgomery C, Lydon A, Lloyd K. Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999;46:241–245.
175. Surbone A. Truth telling to the patient. *The Journal of the American Medical Association*. 1992;268:1661–2.
176. Baflaran N. Kanser tanısı konmuş hastalara tanının söylenip söylenmemesine ilişkin doktor, hemşire ve hasta görüşlerinin saptanması. *Bilim Uzmanlığı Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1987.
177. Pirl FW, Roth JA. Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology*. 1999;13:1293–1306.
178. Aydın H, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2006;26:488–499.
179. Ringdal GI, Ringdal K. A follow-up study of the quality of life in cancer patients with different prognoses. *Quality of Life Research*. 2000;9:65–73.

- 180.Cella D, Hahn EA, Dineen K. Meaningful change in cancer- specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Quality of Life Research*. 2002;11:207-21.
- 181.Beser N, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003;7(1): 47-57
- 182.Akechi et al. Clinical Factors Associated with Suicidality in Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2002;32(12): 506–511.
- 183.Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998;39:366-70.