

**T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

Ana Bilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT

**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN
BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA
DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI**

Uzmanlık Tezi

Dr. Zehra ÖZSOY

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Gamze GÖKSEL ÖZTÜRK

MANİSA, 2013

ÖNSÖZ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistanlık eğitimim süresince göstermiş olduğu sabır ve hoşgörü, sağladığı huzur dolu çalışma ortamı nedeniyle, bilgi ve deneyimlerini bizlerden esirgemeyen, Ana Bilim Dalı Başkan'ım sayın Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT olmak üzere, eğitimim süresince birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve ömür boyu da duyacağım Tüm Hocalarıma;

Tezimin planlanması ve yürütülmesi aşamalarında olduğu kadar, her zaman bilgisini ve değerli tecrübelerini paylaşan Doç. Dr. Gamze GÖKSEL ÖZTÜRK 'e teşekkürü bir borç bilirim. Tez çalışmam sırasında desteğini ve emeğini esirgemeyen Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN 'a ve Prof. Dr. Erol ÖZMEN 'e teşekkürleri sunarım.

Uzmanlık eğitim boyunca uyum ve sevgi ile beraber çalıştığım tüm uzmanlarımıza, asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin değerli hemşire ve personeline sonsuz teşekkür ederim.

Bana her zaman destek ve güç veren hayat yoldaşım Eşime, Biricik oğluma, sevgili Anneanneme, Anneme, Babama ve Kardeşlerime, sonsuz sevgilerimle...

DR. ZEHRA ÖZSOY

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ

ÖZET

ABSTRACT

1. GİRİŞ

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Tanımı

2.1.2. Kanser Epidemiyolojisi

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

2.1.4. Erken Tanı Ve Tarama

2.1.5. Kanser Tanısı, Evreleme Ve Tedavi

2.2. Kansere Karşı Tepkiler

2.2.1 Hasta Ve Hasta Yakınlarında Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler

2.2.2. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar Ve Epidemiyolojisi

2.2.2.1. Uyum Bozukluğu

2.2.2.2. Anksiyete Bozuklukları

2.2.2.3. Depresif Bozukluk

2.2.2.4. Yorgunluk

2.2.2.5. Uyku Bozuklukları

2.2.2.6. Organik Ruhsal Bozukluklar (Deliryum)

2.2.2.7. Öz Kıyım

2.2.2.8. Kanser Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Belirtiler

2.3. Anksiyete Bozuklukları

2.3.1. Anksiyetenin Tanımı

2.3.2. Anksiyete Tarihçesi

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

2.3.4. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi

2.3.5. Anksiyete Belirtileri

2.3.6. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması

2.3.6.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.3.6.2. Panik Bozukluk

2.3.6.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.3.6.4. Özgül Fobi

2.3.6.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

2.3.6.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.3.6.7. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

2.3.6.8. Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu

2.3.7. Kanser Ve Anksiyete

2.4. Depresyon

2.4.1. Tanımı

2.4.2. Depresyon Epidemiyolojisi

2.4.3. Depresyon Tarihçesi

2.4.4. Depresyonda Risk Faktörleri

2.4.5. Depresyon Etiyolojisi

2.4.6. Depresyonda Klinik

2.4.7. Depresyonda Tanı

- 2.4.8. Depresyonda Ayırıcı Tanı
- 2.4.9. Depresyon Tedavisi
- 2.4.10. Genel Tıbbi Durumu Olanlarda Depresyon
- 2.4.11. Depresyon Ve Kanser

2.5. Yaşam Kalitesi

- 2.5.1. Tarihsel Gelişim
- 2.5.2. Tanım
- 2.5.3. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar
- 2.5.4. Kanser, Kemoterapi Ve Yaşam Kalitesi

3. MATERYAL VE METOD

4. BULGULAR

5. TARTIŞMA

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKLAR

EKLER

ŞEKİL LİSTESİ

1. **Şekil 1:** Tanı Koymadan Önce Yapılması Gerekenler
2. **Şekil 2:** Belirtileri Depresyonla Karışabilen Bir Kısım Medikal Hastalıklar
3. **Şekil 3:** Belirtileri Depresyonla Karışabilen Bir Kısım Psikiyatrik Bozukluk

TABLO LİSTESİ

1. **Tablo 1:** Tümör Belirleyicileri Ve İlişkili Tümörler
2. **Tablo 2:** Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması
3. **Tablo 3:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri (Dsm-Iv Tr)
4. **Tablo 4:** Panik Atağı Dsm-Iv Tr Tanı Ölçütleri
5. **Tablo 5:** Panik Bozukluğu Dsm-Iv Tr Tanı Ölçütleri
6. **Tablo 6:** Agorafobi Dsm-Iv Tr Tanı Ölçütleri
7. **Tablo 7:** Panik Atak Ayırıcı Tanı
8. **Tablo 8:** Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri Dsm-Iv Tr
9. **Tablo 9:** Özgül Fobi Dsm-Iv Tr Tanı Ölçütleri
10. **Tablo 10:** Sosyal Anksiyete Bozukluğu Dsm-Iv Tr Tanı Ölçütleri
11. **Tablo 11:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu Dsm-Iv Tr Tanı Kriterleri
12. **Tablo 12:** Flanagan'ın İnsan Yaşamındaki Önemli Alanlar Sınıflaması
13. **Tablo 13:** Hasta Ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri
14. **Tablo 14:** Hasta Ve Hasta Yakınlarının Sosyoekonomik Özellikleri
15. **Tablo 15:** Hasta Ve Hasta Yakınlarında Beyana Dayalı Kronik Hastalık Varlığı
16. **Tablo 16:** Hasta Ve Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumu
17. **Tablo 17:** Hasta Yakınlarının Baseline Ve Kontrollerde Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi
18. **Tablo 18:** Hasta Yakınlarının Yaşa Ve Cinsiyete Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Ortanca Ve Çeyrek Dağılımı

19. **Tablo 19:** Hasta Yakınlarının Yaşa Ve Cinsiyete Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı
20. **Tablo 20:** Hasta Yakınlarının Medeni Durum Ve Eğitime Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Ortanca Ve Çeyrek Dağılımı
21. **Tablo 21:** Hasta Yakınlarının Medeni Durum Ve Eğitime Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı
22. **Tablo 22:** Hasta Yakınlarının Sağlık Güvencesine Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Ortanca Ve Çeyrek Dağılımı
23. **Tablo 23:** Hasta Yakınlarının Sağlık Güvencesine Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı
24. **Tablo 24:** Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Ortanca Ve Çeyrek Dağılımı
25. **Tablo 25:** Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı
26. **Tablo 26:** Hasta Yakınlarının Daha Önce Depresyon Tanılarına Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı
27. **Tablo 27:** Hasta Yakınlarının Daha Önce Depresyon Tanılarına Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi Ortanca Ve Çeyrek Dağılımı
28. **Tablo 28:** Hastaların Yaş, Cinsiyet, Metastaz Ve Kanser Tipine Göre Hasta Yakınlarının Tanı Anında Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri
29. **Tablo 29:** Hastaların Kontrollerde Prognozuna Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri
30. **Tablo 30:** Hasta Yakınlarında Tanı Anında Ve Kontrollerde Anksiyete Varlığı İle İlişkili Değişkenler
31. **Tablo 31:** Hasta Yakınlarında Tanı Anında Ve Kontrollerde Depresyon Varlığı İle İlişkili Değişkenler

ÖZET

KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI

AMAÇ

Kanserin tedavisi multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Tedavi planı içerisinde gerek klinisyenlerin gerekse hasta ve hasta yakınlarının en çok dikkat ettikleri nokta cerrahi tedavi ve/veya kemoradyoterapi protokolleridir. Oysa literatürde geniş bir şekilde araştırılmasına rağmen hastaların içerisinde buldukları psikolojik kondisyoner durum genellikle göz ardı edilmektedir. Bu araştırmanın amacı, kemoterapi uygulanan hastaların kemoterapi öncesi ve tedavi süresince birinci derece yakınlarında depresyon ve anksiyete sıklığını ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemektir.

MATERYAL VE METOD

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Bölümü'nde Haziran 2011 ve Ocak 2013 tarihleri arasında kanser tanısı konularak kemoterapi uygulanan 287 onkoloji hastası ve bu hastaların 287 birinci derece yakınları alındı. Tanı anında ve her üç ayda bir klinik görüşme yapılarak hastalara SF36 (short form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, hasta yakınlarına Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı.

BULGULAR

Hasta ve hasta yakınlarının çoğunu 41-60 yaş aralığı oluşturmaktadır. Onkoloji hastalarının %58,5'i kadın, %41,5'i erkek olup; hasta yakınlarının %44,3'ü kadın, %55,7'si erkektir. Tanı anında ve kontrol değerlendirmelerin çoğunda hasta yakınlarında kadınlarda erkeğe göre 6 kata varan oranda depresyon ve anksiyete fazla bulunmuştur. Hasta yakınlarında kronik hastalık varlığının tanı anında ve bazı kontrollerde 7 kata kadar anksiyete ve depresyonu arttırdığı tespit edilmiştir. Sadece tanı anında hasta yakınlarındaki anksiyete sıklığı 41-60 yaş grubunda 21-40 yaş grubuna göre 3 kat fazla saptanmıştır. Hasta yakınlarının eğitim düzeyi ilk ve ortaokul olanlarda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre tanı anında ve kontrollerin çoğunda 20 kata varan depresyon sıklığı bulunmuştur. Hastada progresyon olması regrese olmasına göre depresyonu özellikle 4. Kontrolde 67 kata, anksiyete sıklığını 19 kata kadar arttırdığı bulunmuştur.

SONUÇ

Kanser hastalığının tıbbi yönetimi hastanın bakımından primer sorumlu olan bakım verenlerinin de fiziksel ve emosyonel sağlıklarının ele alınmasını gerektirir. Tanı aşamasında hasta ve yakınlarının değerlendirilip, elde edilen sonuçların karşılaştırılması sonucunda tedavi bitiminde meydana gelebilecek “Anksiyete ve Depresyon” duygularının azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kemoterapi, Hasta Yakını, Anksiyete, Depresyon.

ABSTRACT

THE FREQUENCY OF DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER IN RELATIVES OF PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

INTRODUCTION

The treatment of cancer must be required multidisciplinary teamwork. In treatment process, both patients and clinicians settle down to surgery and / or chemoradiation protocols. Whereas, psychological condition of patients and caregivers investigated by many authors, are often overlooked. The aim of this study is found out the incidence of depression and anxiety in patient's first-degree relatives undergoing chemotherapy treatment before and during chemotherapy and to determine the factors associated with them.

MATERIALS AND METHODS

Between June 2011 and January 2013, 287 first-degree relatives and 287 patients with the diagnosis of cancer undergoing chemotherapy were included in Celal Bayar University, Faculty of Medicine, Department of Medical Oncology Hospital. At diagnosis and every three months, the patients were interviewed with SF36 (Short Form-36) Quality of Life Scale, and Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Scale were administered to patients' relatives.

RESULTS

The most of the patients and their relatives are the 41-60 age range. The oncology patients, 58.5% were female, 41.5% were male and their relatives 44.3% female, 55.7% percent were male. At the time of diagnosis and control medical examination, depression and anxiety were found to be up to 6 times in women than men. The presence of chronic disease have been identified up to 7 times increased anxiety and depression At the time of diagnosis and some control medical

examination. The frequency of anxiety were obtained three times more in 41-60 age group comparing to 21-40 age group at the time of diagnosis. In most of the time of diagnosis and control, Relatives of patients with primary and secondary school education compared to those who are higher level of education have up to 20 times the incidence of depression. The progression of disease compared to regression was found to increase the frequency of anxiety 67 times and was found to increase the frequency of depression 19 times in fourth control medical examination.

Conclusion

The physical and emotional health of caregivers responsible for the medical management of cancer patients requires consideration. The assessment of patients and caregivers at the time of diagnosis can be reduced anxiety and depression feelings at the end of treatment.

Keywords: Cancer, Chemotherapy, caregivers, Anxiety, Depression.

1.GİRİŞ

Kanser, ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, yoğun karmaşık duyguların yaşanmasına neden olan, kaos, kaygı ve panik uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Günümüzde dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. DSÖ' nün 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişi de kanserden ölmektedir (1). Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler (2).

Kanserin tedavisi klinisyenlerin ortak paydada bulunduğu tedavi planı içerisinde seyretmekte ve multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Tedavi planı içerisinde gerek klinisyenlerin gerekse hasta ve hasta yakınlarının en çok dikkat ettikleri nokta cerrahi tedavi ve/veya kemoradyoterapi protokolleridir. Oysa literatürde geniş bir şekilde araştırılmasına rağmen hastaların içerisinde buldukları psikolojik kondisyoner durum genellikle göz ardı edilmektedir. Kanser hastalarında genel popülasyona nazaran majör psikolojik sorunlara rastlanma oranlarının %12 daha fazla olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda kanser hastalarında kronik hastalığı olan hastalara göre daha fazla depresyon gelişme olasılığı bulunmaktadır (3). Hastanın, aile üyelerinin hatta hasta ile birlikte yaşamayan yakınlarının bile, gerginlik ve stresleri artabilir. Aile bireylerinin hastalığa karşı tepkileri hastanın uyumunu da büyük ölçüde etkiler. Hastanın bakımından sorumlu bireylerde depresyon görülme oranlarının %52,9 - 57 kadar çıkabildiği saptanmıştır (3). Akrabalık olmasa bile kanserli hastaların yakını olmanın anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, yorgunluk oranlarını belirgin arttırdığı; yaşam kalitesini azalttığı, iş durumunu bozarak finansal çöküntüye sebep olduğu bilinmektedir (4).

Çalışmamıza alınan hasta yakınlarında anksiyete sıklığı tanı anında %13,4, depresyon sıklığı % 12,2 bulunmuştur ve kontrollerde %39'lara varan artış olmuştur. Onkoloji hastalarının yakınlarında depresyon ve anksiyete sıklığı ile yapılan çalışma sayısı çok azdır. Kanser hastalığının tıbbi yönetimi hastanın bakımından primer sorumlu olan bakım verenlerinin de fiziksel ve emosyonel sağlıklarının ele alınmasını gerektirir. Tanı aşamasında hasta ve yakınlarının değerlendirilip, elde edilen sonuçların karşılaştırılması sonucunda tedavi bitiminde meydana gelebilecek "Anksiyete ve Depresyon" duygularının azaltılabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KANSER

2.1.1 TANIMI

Kanser, Latince de yengeç anlamına gelen "crap" sözcüğünden geliştirilmiş olup yunanlı hekim Hipokrat, hastalığın başladığı bölgeden diğer organlara yayılmasını gözlemleyerek tanımlamayı yapmıştır. Normal doku özelliklerini kaybetmiş, kontrolsüz olarak çoğalan ve çevre dokular ile uzak organlara yayılma özelliği gösteren bir hastalık grubunu tanımlamaktadır (1). Çoğu zaman da ölümü ve yaşamı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanser, çoğu zaman ölüm ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır (2). Kanser, ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde

ölümü çağrıştıran, yoğun karmaşık duyguların yaşanmasına neden olan, kaos, kaygı ve panik uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Kanser, günümüzde hala umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölüm ile eş tutulmaktadır. Kanser, klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle genellikle aşırı duyarlılık, kırılabilirlik, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandırır (3).

2.1.2.KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser günümüzde dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. DSÖ'nün 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişi de kanserden ölmektedir (4). Kanser, gelişmiş ülkelerdeki istatistiklere göre, ölüme yol açan nedenler arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alırken, tüm ölümlerin %22,3'ünden sorumlu tutulmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmaktadır ve tüm ölüm nedenleri arasında 2010 yılı itibarı ile ABD verilerine göre 85 yaş altında birinci sırada yer almaktadır (5). Türkiye'de her yıl 100-150 bin kadar yeni kanser vakası görülmekte ve yılda 50 binden fazla hasta kanser nedeniyle kaybedilmektedir. Ülkemizin nüfusu genç olduğu için Türkiye'deki kanser insidansı, henüz Avrupa ve Amerika rakamlarının üçte biri kadardır (6).

T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılı içinde ulusal kanser insidans hızı yüz binde 49.29, 2001 yılında yüz binde 60.49, 2002 yılında yüz binde 71.49 ve 2003 yılında ise yüz binde 70.32'dir (6). Türkiye'nin batısında kolon kanseri insidansı yüksek iken, doğusunda mide kanseri sık görülmektedir. Ülkemizde en sık görülen kanserler erkeklerde akciğer, prostat, kolon, rektum, mide ve pankreas; kadınlarda meme, akciğer, kolon, rektum, serviks, over, mide ve pankreas kanserleri olarak sıralanabilir. Deri kanseri sıklığı her iki cinste de yüksek olmakla birlikte, habis melanom dışındaki deri kanserleri tedaviye iyi cevap verdiklerinden ölüm oranı çok düşüktür. Yaşlı nüfus arttıkça, kanser insidansının artması beklenmektedir (7). Türkiye'de en sık ölüme yol açan kanser türleri ise erkeklerde sırasıyla akciğer kanseri (% 40,2), mide kanseri (% 9,5), barsak kanseri (% 5,5) ve mesane kanseridir (% 5,4). Kadınlarda kanserden ölümlerde meme kanseri (% 16,7) ilk sırada yer almaktadır. Meme kanserini % 9,3 ile barsak kanseri, % 9,1 ile mide kanseri ve % 8,2 ile akciğer kanseri izlemektedir (7).

2.1.3. KANSER ETİYOLOJİSİ

Virüsler, Bakteriler ve Parazitler: Ebstein-Barr virüsü, Herpes simpleks, sitemegolavirüsler, Hepatit B, C virüsü, HIV, HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3 gibi virüsler, bazı bakteri ve bazı parazitler ile kanser arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (9).

Fiziksel Faktörler: Bu grup içindeki etkenler arasında iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), non iyonize radyasyon (solar), güneşteki ultraviyole (mor ötesi ışınlar), radyoaktif etkenler (alfa, beta, gama ışınları), hipertermi, kronik irritasyon ya da inflamasyon ve tütün kullanımı sayılabilir (8).

Sigara ve Kimyasal Faktörler: Çevresel faktörler arasında kanserle ilişkisi en iyi bilinen sigara akciğer, larenks, farenks, özefagus, mesane, pankreas, renal hücreli kanser, anal kanser, meme, over, endometriyum ve serviks kanseri etiyojisinde yer almaktadır ve kanserden ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır (8). Aromatikler ve aminler (hidrokarbonlar), anilin boyası, pestisitler ve formaldehitler, arsenik, asbest, benzen, kadmium, kronium, nikel, çinko, berilyum ve polivinil klorid, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, krom, kobalt, hardal gazı, katran, kurum gibi kimyasal maddeler kansorejenler arasında sayılabilir. Antineoplastik ilaçlardan bilhassa alkilleyici ajanlar, replasman amacıyla kullanılan eksojen hormonlar, immünoşüpresif ajanlardan özellikle azathioprine, androjenler ve anaobolik steroidler (7,8).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda, sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riski; geç evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır. Erken menarş, geç menapoz, ovulasyonsuz menstrüel dönemin sıklığı meme kanseri riskini arttırmaktadır (9,10).

Genetik ve Ailesel Özellikler: Birçok kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Anormal kromozom; fazla kromozom, kromozom lokalizasyonunda değişiklik ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir (10).

Beslenme Faktörü: Beslenme ile kanser ilişkisinde; besinlerdeki mitotoksinler, doğal karsinojen maddeler, besinlere uygulanan işlemler ve tüketilen besinin içeriği ve miktarı rol oynamaktadır (10).

Hormonal Faktörler: Menarş sonrası uzun süreli oral kontraseptif kullanılmasının meme ve endometrium kanseri riskini arttırdığı, östrojen replasman tedavisinin hepatoselüler ve meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırdığı, over ve endometrial kanserlerde de bir düşmeye neden olduğu, Hamilelik sayısının artmasının meme, endometrium ve over kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (10).

İmmünolojik Faktörler: İmmün sistemin kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması, örneğin transplantasyon ve AIDS hastalarında, bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık döneminde, otoimmün hastalıklarda; örneğin romatoid artrit'te kanser riski artmaktadır (10).

2.1.4 ERKEN TANI VE TARAMA

Kanser gelişiminin önlenmesi ve erken tanısı ile uğraşan bilim dalı koruyucu onkoloji olarak bilinir. Kanser gelişmesinin önlenmesine yönelik önlemler birincil, gelişmekte olan kanserin erken yakalanmasını sağlayan yöntemler de ikincil koruma olarak adlandırılır. Erken tanı koyma imkânı olan kanserler; meme, serviks, kolon-rektum, endometrium, prostat kanseri ve malign melanomdur. Akciğer, tiroid, mesane, over, orofarinks, lenf bezleri, testis kanserleri erken tanı için daha az uygun olan kanserlerdir (8). Meme kanseri için önerilen 3 metot: kendi kendine meme muayenesi (20 yaşından itibaren her ay), klinikte meme muayenesi (20-40 yaş 3 yılda bir, 40 yaş üzerinde yılda bir), mamografi (50 yaş üzerinde yılda bir). Serviks kanseri için 18 yaşından itibaren tüm kadınlara yıllık smear testi ve pelvik muayene önerilmektedir. Kolorektal kanserin erken tanısında önerilen 3'lü tetkik: dijital rektal muayene, dışkıda gizli kan testi (erişkin tüm bireylerde ve 50 yaş üzerinde yılda bir), sigmoidoskopi. Birinci derece yakınlarında kolon veya rektum kanseri olanlarda, ülseratif kolit, familyal polipozis, adenomatöz polip olan bireylerde her yıl kolonoskopi, normal bireylerde ise 50 yaş üzerinde 3-5 yılda bir kolonoskopi önerilir. Prostat kanseri erken tanısı için 50 yaştan itibaren yılda bir kez dijital muayene ve serum PSA ölçümü önerilmektedir (8).

2.1.5 KANSER TANISI, EVRELEME VE TEDAVİ

Kanser şüphesi olan bir hastada, ilk olarak kanser hastalığının varlığını sitolojik ve/veya histolojik olarak kanıtlamak gerekir. Daha sonra hastalığın evrelendirmesini yapmak ve evresine göre uygun tedavi seçmek gereklidir (8).

TANI

Öykü ve Fizik Muayene: Kişinin hangi şikâyetlerinin olduğu, ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü şeklindeki araştırma tanı koymanın ilk basamağıdır. Yaş, cinsiyet, çalışma koşulları, aile öyküsü gibi faktörler bireyin risk altında olup olmadığı hastanın hikâyesinin tam olarak öğrenilmesi ile mümkündür. Fizik muayenenin geniş kapsamlı ve dikkatli yapılması kanser tanısını koymada temel basamaklardan biridir. Çünkü bazı gizli kalmış kanserler sadece hikâyesi ve o andaki sağlık durumu sayesinde öğrenilebilir (8).

Laboratuvar İncelemeleri: Hastadan alınan kan örneklerinde çeşitli maddelere bakılarak tanı belirlenmeye çalışılır. Rutin kan ve idrar incelemeleri (tam kan sayımı, kan şekeri, lipid, kolesterol gibi), karaciğer enzimleri, bazı kanserlere özel enzimler, tümör belirleyicileri yapılır.

Tümör Belirleyiciler: İlgili tümörler tarafından üretilen biyokimyasal ya da immünokimyasal yöntemlerle ölçümleri yapılan maddelerdir (Tablo 1).

Tablo 1: Tümör belirleyicileri ve ilişkili tümörler

<i>Tümör belirleyici</i>	<i>İlişkili Tümör</i>
a) Onkofetal antijenler CEA AFP POA*	Kolorektal, pankreas, akciğer, over, meme Karaciğer, germ hücreli tümör, Pankreas
b) Plasental proteinler hCG Plasental laktojen PLAP*	Trofoblastik ve germ hücreli tümör Trofoblastik tümör, serviks, over Seminoma, uterus, over, meme
c) Hormonlar Kalsitonin Katekolaminler Kortizol Estradiol Gastrin Glukagon İnsülin VIP* Somatostatin Parathormon Serotonin Prolaktin Testosteron GH* ADH Eritropoietin	Tiroid Ca Feokromostoma, nöroblastoma Adrenal Over Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Paratiroid Karsinoid Hipofiz adenomu Over Akciğer, mide Küçük hücreli Ca Renal
d) Enzimler NSE* Prostatik asit fosfotaz Plasental alkalin fosfotaz 5'Nukleotidaz Alkalin fosfataz TdT* Galaktozil transferaz Sialyl transferaz Lizozim Renin LDH	Küçük hücreli akciğer, nöroblastoma, prostat Prostat Uterus, over, meme, akciğer Karaciğer metastazları Kemik, karaciğer metastazı ALL Over, kolon Çeşitli tümörler Lösemi Küçük hücreli akciğer, böbrek Lösemi, lenfoma, testis, melanoma Küçük hücreli akciğer

CK-BB*	
e) Tümör antijenleri CA 125 CA 19-9 CA 15-3 CA 72-4 CA 50 CA 195 PSA* TAA * (TA-4) Du-Pan-2 CA 242 CA 549 CA M29 CA M26 CA 27,29 M 29 TPA*	Over, karaciğer, pankreas, biliyer sistem Pankreas, kolorektal, mide Meme Pankreas, mide, kolorektal, akciğer Pankreas, kolorektal, mide Kolorektal, pankreas, mide Prostat Baş-boyun, serviks Pankreas, mide, biliyer sistem Pankreas Meme Meme Meme Meme Meme Çeşitli tümörler
f) Diğerleri CYFRA 21-1 İmmüoglobulinler Kaşektin (TNF) Ferritin Bombesin Neopterin Nörofizin Poliaminler Hidroksiprolin B2 Mikroglobulin	Skuamoz hücreli kanserler (baş, boyun, akciğer) Multipl myeloma Çeşitli tümörler Çeşitli tümörler Küçük hücreli akciğer Çeşitli tümörler Küçük hücreli akciğer Çeşitli tümörler Kemik metastazları Multiple myeloma, lenfoma

Röntgen: Düz akciğer, kemik filmleri, ağızdan radyoopak madde verilerek çekilen sindirim sistemi filmleri, damardan radyoopak madde verilerek çekilen böbrek-idrar yolları filmleri sık kullanılmaktadır. Memedeki şüpheli kitlelerin gösterilmesinde özel tanı yöntemi olarak mamografi kullanılmaktadır.

Skopi: Bu yöntemle yemek borusu, mide, incebağırsak, kalınbağırsak, solunum yolları, mesane ve kadın üreme organları incelenebilir.

Ultrasonografi: Zararsız ve güvenilir olması nedeniyle en sık kullanılan tanı yöntemlerindedir. Özellikle karın bölgesi kanserlerinde kullanılır.

Radyoizotop Taramaları: Karaciğer, dalak, tiroid, beyin, kemik sintigrafileri sık kullanılan yardımcı tanı yöntemleridir.

Bilgisayarlı Tomografi (CT): Odak bölgenin enine kesitlerini alarak görülmesini sağlayan radyolojik bir incelemedir. Periton bölgesi gibi ulaşılamaz bölgelerden bile görüntü alınmasını sağlar ve diğer röntgen filmlerinden daha kesin olarak, tümörün yeri, büyüklüğü ve şekli konusunda bilgi verir.

Manyetik Rezonans (MR): Hastaya zarar vermeyen radyasyonun kullanılmadığı en iyi görüntüleme yöntemidir. En sık incelenen organlar, karaciğer, dalak, kemikler, üriner sistem, akciğer, kalp, tiroid ve beyindir.

Sitolojik İncelemeler: Sitolojik inceleme örnekleri genellikle lam üzerine alınır. İnce iğne aspirasyonu, kan periferik yayması, kemik iliği aspirasyonu, asit, plevral ve perikardiyal efüzyon, beyin omurilik sıvısı, balgam, serviks yayması gibi sürüntüler, bronkoalveoler lavaj gibi yıkama ve fırçalama sıvıları, imprint preparatları sitolojik örnek alma yöntemleridir (8).

Biyopsi: Biyopsi yöntemleri arasında en değerli biyopsilerin cerrahi yolla alınan eksizyonel ve insizyonel biyopsiler olduğu söylenebilir. İnsizyonel ve eksizyonel biyopsi, kalın iğne biyopsileri, kemik iliği biyopsisi, perkutan cilt biyopsileri, küratif cerrahi operasyonlar, hücre bloğu, endoskopik biyopsiler ve laparoskopi, torakoskopi gibi histopatolojik inceleme için örnek alma yöntemleri kullanılmaktadır (6). Patologlar raporlarında, organ ve hücre tipini tanımlamalarının yanı sıra, kanserin klinik davranışı konusunda klinisyenlere yol gösteren tümör grade'ini de tanımlamaktadırlar. Burada başlıca 2 parametre değerlendirilir. Hücre diferansiyasyonu ve mitoz sayısı. Bu parametrelere göre tümör düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılır (6).

TEDAVİ

Kanser tedavisinde başlıca 3 yöntem vardır (6):

İlaç tedavisi (kemoterapi, hormon tedavisi, immünoterapi)

Cerrahi

Radyoterapi

Her üç yöntemin de iki temel amacı bulunmaktadır (6):

1. Küratif (şifaya kavuşturma)
2. Palyatif (hastanın şifa şansı yok; ancak bu yöntem ile bazı semptomları düzeltiler ve tedavi etkili olursa yaşam süresi uzayabilir)

KEMOTERAPİ

Kemoterapi, kanser hastalarında hastanın veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kanser tedavi planındaki hedef, hastanın yaşam süresini uzatmak, tümör hücrelerinin yok edilmesi ve normal hücrelerin aktivitesini minimal düzeyde etkilemek olmalıdır. Kemoterapi yanıtını ve prognozu belirleyen faktörlerin başında hastalığa ait faktörler gelir ki, bunlar tümörün büyüklüğü, lokal invazyon derecesi, lenfatik, venöz, perinöral invazyonlar, hücre diferansiyasyonu ve büyüme fraksiyonudur (6). Kemoterapi yanıtını etkileyen tümörün biyolojik davranışına ait faktörler de vardır. Bunların başında performans statüsü gelir. Hastanın genel durumunu yansıtan performans statüsü, en çok ECOG kriterlerine göre değerlendirilmektedir. Buna göre performans statüsü yükseldikçe, tedaviye yanıt alma ihtimali artmaktadır. Ayrıca hasta yaşı, cinsi de prognostik faktör olabilir. Kemoterapi yanıtını değerlendirmede tam remisyon (hastalık belirti ve bulgularının tamamen kaybolması), parsiyel remisyon (hastalık bulgularının %50'den fazla gerilemesi), stabil hastalık (hastalık bulgularının %50'den az gerilemesi veya %25'den az ilerlemesi) ve progresyon (hastalık bulgularının %25'den fazla ilerlemesi) tanımları kullanılır. Tam remisyon sağlanan hastada, geride tümör hücreleri kalmış olabilir ve nüks olasılığı vardır. Bu nedenle şifa anlamına gelmez. Şifa, hastalığın yaşam boyu nüks etmemesi durumudur (6).

Primer Kemoterapi: İnoperabl veya metastatik kanserlerde palyatif veya küratif amaçla kullanılır. Eğer küratif tedaviden önce in vivo duyarlılık testi olarak uygulayıp hastanın ameliyat şansını ölçmek veya tümörü küçülterek cerrahi veya radyoterapi uygulamak için veriliyorsa neoadjuvan kemoterapi ismi verilir (6).

Adjuvan Kemoterapi: Primer küratif amaçlı cerrahi veya radyoterapiyi takiben nüks olasılığını azaltmak için uygulanan kemoterapidir. Başlıca meme, kolon, over, akciğer, mide, nazofarenks kanserleri ve osteosarkomlarda etkilidir (6). Kemoterapi; intravenöz, intraperitoneal, intratekal, intraplevral, intraarterial ve oral yollarla uygulanabilmektedir.

KEMOTERAPİNİN YAN ETKİLERİ

Kemoterapi ilaçlarının verilmiş amacı, hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemektir. Ancak ilaç, hızlı olarak bölünen malign hücreler ile ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl follüküllerinde bulunan normal hücreler arasında bölünmeyi engelleme açısından da bir ayırım yapmaz.

Kemoterapide en sık görülen semptomlar şunlardır;

1. Ağrı
2. Yorgunluk
3. Bulantı
4. Psikolojik Sorunlar
5. Uyku Sorunları
6. Beslenme Problemi
7. Nefes Darlığı
8. Cilt ve Tırnaklarda Değişiklik
9. Ağızda Yara (Stomatit)

2.2. KANSERE KARŞI TEPKİLER

2.2.1 HASTA VE HASTA YAKINLARINDA KANSERE KARŞI GELİŞEN PSİKOLOJİK TEPKİLER

Hayatı tehdit eden bir hastalık olarak kanserde kişinin bireysel, fiziksel ve sosyal sorunlarla karşılaşması kaçınılmazdır. Çoğu kişi için kanser; çaresizlik, belirsizlik, suçluluk, terk edilme, fiziksel acı, ölüm gibi duygu ve düşünceleri akla getirir. Kanser hastası korku ve çelişkilerini yenmek için, emosyonel onarıma; psikososyal adaptasyon için, psikososyal desteğe çok fazla gereksinim duymaktadır. Kanser kelimesi dahi birçok insanın kalbinde sıkıntı ve korkuya sebep olmaktadır. Kanser tedavisi edilemeyeceği konusundaki yaygın inanış ve radikal tedaviye bağlı sorunlarda değişik derecelerde sıkıntı yaratmaktadır (11). Kanser hastaları toplum tarafından dışlanmak, farklı davranılmak yâda yanlış anlaşılmaktan korkarlar. Bu nedenle hastalıklarını bir sır gibi saklamanın psikolojik yükünü taşırlar. Kanser hastası için en büyük stres yaratan zamanlar; tanı anı, yeni bir tedavi uygulaması öncesi, relaps sırası ve tedavinin başarısız kaldığı dönemlerdir. Genellikle beklenen duygusal cevap başlangıçta bir şok ve tanıya inanmama, takiben iştahsızlık, irritabilite, konsantrasyon azlığı gibi semptomlarla kendini gösteren anksiyete ve depresyondur (12). Kanser hastalarındaki depresyon ve anksiyete ile bağlantılı olabilecek faktörlerin bazıları şöyle sıralanabilir: kanserin türü, prognozu, evresi; metastaz olup olmaması; tanının konulmasından sonra geçen süre; tanının söylenmesi; kullanılan ilaçların yan etkileri; tedavinin aşaması; kansere bağlı ağrı düzeyi; geçmiş psikiyatrik öykü; premorbid kişilik özellikleri; kullanılan stresle başa çıkma yöntemleri; kullanılan savunma mekanizmaları; kanserin oluşum sebepleriyle ilgili düşünceler; daha önce bir yakınının benzer nedenle ölümü; sosyal destek sistemleri; eğitim durumu ve cinsiyettir (11,12).

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler.

Kansere bağlı psikolojik problemler;
Doktorun kansere karşı tutumu,
Hastanın kansere karşı tutumu,

Ailenin reaksiyonu,
Doktor-hasta ilişkisi.

Ölmekte olan hastanın psikolojik durumu olarak alt gruplara ayrılabilir (12).

Doktorun kansere karşı tutumu: Kanserli hasta ile karşılaşan hekime düşen önemli görevler vardır. Yaşamlarının büyük bölümünü kanserli hasta tedavisi ile geçiren hekimler, kanser ve tedavisi ile ilgili tümüyle farklı tutum sergilerler ve bu tutum birçok hastanın hayatını kurtarmıştır. Kişisel görüşleri nedeni ile kendileri için büyük cerrahi girişimleri düşünmeyen doktorlar hastalarına bu tür ameliyatları önerirken kendi görüşlerini de aktarırlar ve sonuçta hasta ameliyatı reddeder, sonuç olarak hekimlerin bu tip vaka ile karşılaştıklarında hastayı bu konunun uzmanı olan meslektaşlarına göndermeleri gerekir (12). Hastanın kanserine karşı tutumu: Hastanın kansere karşı olan davranışı; içinde yaşadığı toplumun kültürel, sosyal yapısı, kişinin eğitim seviyesi ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir (12). Kanser korkusu, ölüm korkusu, sakatlığa neden olabilecek ameliyat korkusu, şiddetli ağrıların kaçınılmaz olacağı korkusu, tedavi yan etkilerinden korku her hastada değişik derecede olmakla beraber yine de görülür. Üst düzey yöneticiler gibi yaşamlarını güçlü bir şekilde kontrol altında tutma alışkanlığı olanlarda bu kontrolün önemli bir kısmını zaman içinde doktora bırakmak zor olabilir (9). Özellikle jinekolojik tümör veya meme kanseri tanısı alan kadınlar ve prostat veya testis tümörü olan erkekler bu sebepten dolayı utanırlar, çekiciliklerini kaybettiklerini düşünürler ve ilave bir anksiyete içine girerler (12).

Ailenin reaksiyonu: Aile bireylerinin inanış ve reaksiyonu genellikle hastanın aynası gibidir.

Doktor-hasta ilişkisi: Kanser tanısı alan hastalarda, doktor ile hasta arasındaki ilişkinin önemi açıktır ve ilk basamak kişinin korkularını anlamaya çalışmaktan başlar. Böylece hasta doktorun kendisi ile ilgilendiğine ve derdini benimsediğine inanacaktır. Güven tedavi öncesi ilk görüşmede doktor ile hasta arasında başlar ve bu görüşmede aile bireylerinin olmamasının daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Hastaya gerçeği tümüyle anlatmak her zaman gerekmez ancak bilerek yalan söylenmemelidir; hasta bir süre sonra kendisine yalan söylendiğini anlayınca güveni sarsılır. Ancak bazı durumlarda yararlı olma olasılığı az da olsa hastanın ümidi hiçbir zaman kırılmamalıdır (9).

Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında başlangıçta şaşırır, olanlara inanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Yas dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Nadiren de kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya depresyona dönüşür. Tepkiler tanı, tedavi, tedavi sonrası dönemlere göre değerlendirilmelidir.

TANI DÖNEMİ

İlk aşamada en yaygın tepki olan şok tepkisi ile kişi kendi bedenine yabancılaşır, gelecek yatırımları tehdit altındadır, yaşam krizi içindedir. Bu aşamada en yaygın tepki yadsımadır. Gerçeği reddederek, olmamış kabul ederek hasta, kendini baş edemediği bir kaygıdan korur. Bu nedenle çoğu hastada psikolojik açıdan önceden hazırlanması, sosyal ve duygusal desteğin sağlanarak yavaş yavaş söylenmesi daha doğru olabilir. Ardından kızgınlık ve depresyon gelişir. Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edememesi, depresyon gelişim riskini artırır. Elisabeth Kübler Ross, kanserde psikolojik aşamaları hastanın kanser tanısını nasıl karşıladığından, izleyen tepkilerin sürecine dek 5 aşamada tanımlamıştır (13).

1. Yadsıma: Yadsıma benlik için tehdit ve tehlike oluşturabilecek, kabullenilemeyecek bir olayın bilinçdışına atılması, yok sayılmasıdır. Neredeyse hastaların tümü yalnızca hastalığın ilk evrelerinde veya gerçeği öğrendikten sonra değil, ara ara sonraki dönemlerde de yadsımaya, en azından kısmi yadsımaya başvurur (14). Kişiyeye göre birkaç saatten, birkaç gün hatta haftaya kadar uzayabilir. Bu aşamada hastaya zaman tanımalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailevi desteği sağlanmalıdır.

Yadsıma mekanizmasının hastayı yüksek derecede anksiyete ve panikten koruma, depresyona girmesini engelleme, bunlarla baş etmek için kullanılacak enerjiyi tedavi için saklama gibi avantajları vardır. Ancak kişinin gerçeği değerlendirmesini bozacak, gerekli girişimleri ve tedaviyi kabul ettirmeyecek, geciktirecek düzeyde ise zararlıdır.

2. Öfke: Hasta yadsıma dönemini atlatıp ciddi bir hastalığının olduğunu kabullendiği zaman bir başkaldırma, içerleme dönemine girer. Öfke ve kızgınlık kendisine olabileceği gibi ailesine, arkadaşlarına ve tedavi ekibine veya Tanrıya karşı da olabilir. Aile veya sağlık personeli bu öfkeyi kişisel olarak algıladıklarında, onlarında tepkileri giderek öfkeli hale gelir; bu da yalnızca hastanın düşmanca davranışlarını pekiştirmeye yarar (14). Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edememesi depresyon gelişim riskini artırır. Bu dönemde kaygı, yemeden- içmeden kesilme, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk beklenen tepkilerdir.

3. Pazarlık dönemi: Hastalığını kabul eden ve ilk tepkileri yatışan hasta bu dönemde kendini iyileşme yönünde şartlandırır. Tedaviye uyum, çaba gösterme dönemidir. Bu dönemde hasta, ev almak, ailesine belirli bir ekonomik birikim bırakmak, çocuklarının mezuniyet ve düşünlerini görebilmek gibi maddi ve manevi yatırımlarının sonuçlarını alabileceği zamanı elde etme arayışındadır. Hastalığı ile ilgili daha çok bilgi edinmek, umut veren gelişmeleri izlemek, durumu iyi olan hastaları örnek almak, tedaviye uyum ve işbirliği bu dönemin özelliklerindedir. Bu dönem Green' in "savaşma ruhu" diye adlandırdığı dönemdir (13).

4. Depresyon: Uzun süren kontroller, incelemeler ve bunların sonuçlarının beklenmesi, organ kaybı, hastalığın tekrar etme korkusu, hayat kalitesinin düşmesi gibi nedenlerden ötürü depresyon gelişir. Hastaya uygulanan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri de depresyon gelişiminde rol oynar. Enerji kaybı, halsizlik, yeteneklerin kısıtlanması, yararlılık duygusunun azalması da bu durumu destekler (13,14).

5. Kabullenme: Hastanın ne öfkeli nede üzüntülü olduğu gözlenir. Kübler-Ros bu dönemi duygusal boşluk dönemi olarak tanımlamıştır. Bu ayrıca hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gerek duyduğu zamandır. Bu dönemdeki hastalar genelde yalnız bırakılmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez. İletişim sözelden sözel olmayana kaymıştır (13,14).

TEDAVİ DÖNEMİ

Cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özürülük duygusu yaratır, ancak birçok hastada, hastalığın yaşamı tehdit edici boyutuna ilişkin endişeleri ön planda olduğu için, beden imgesi ve dış görünümüne ilişkin endişeler ikinci planda kalır. Radyoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkuları yaratır. Kemoterapi ve enfeksiyon riskinden dolayı gereken zorunlu izolasyon psikolojik durumu daha da kötüleştirir (13).

Tedavi Sonrası Dönem

Yeni bir nüksün ortaya çıkması; kanser tanısı aldığı dönemdeki, hatta daha şiddetli tepkiler ve en sıklıkla uykusuzluk, iştahsızlık, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile belirgin depresyon ortaya çıkar. Hastanın her aşamada

bilgilendirilmesi, her türden soru ve kaygıları ifade etmesi için cesaretlendirilmesi gerekir (13).

2.2.2. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Epidemiyolojisi

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı yaklaşık %50'dir ve bu bozuklukların çoğu kanser veya kanser tedavisi ile ilişkilidir (28). Yaygınlık, ilerlemiş hastalığı ve kötü prognozu olanlarda en yüksektir (13).

2.2.2.1. Uyum Bozukluğu

Anksiyete veya depresif duygu durumuyla birlikte görülen uyum bozuklukları, kanser hastalarında en sık görülen Eksen-I tanıları grubunu oluşturmaktadır. Uyum bozukluğunun, hastanın geleceğe ve tedavinin etkinliğine ilişkin belirsizlik duygusunu, yeni ve alternatif tedavi yöntemlerinin etkili olmayabileceğine ilişkin endişesini ve kronik, kontrol edilemeyen ağrı, nefes darlığı ya da hareket kısıtlılığı yaşayabileceğine ilişkin korkularını yansıtıyor olabileceği de düşünülmektedir. Uyum bozukluğu tanı kategorisinin başlıca özellikleri; belirlenebilir bir stres etmeninin ortaya çıkışından itibaren üç ay içinde görülmesi, klinik olarak anlamlı duygusal veya davranışsal belirtiler ya da sosyal bozulma olması ve bu belirtilerin stres tetikçisinin sona ermesinden itibaren altı ay içinde ortadan kalkmasıdır. Ateşçi ve arkadaşları çalışmalarında uyum bozukluklarının kanser hastalarında % 55,8 oranla ilk sırada yer aldığını bildirmişlerdir (15).

2.2.2.2. Anksiyete Bozuklukları

DSM IV TR' ye göre yaygın anksiyete bozukluğu en az altı ay süreyle, hemen her gün bir dizi olay veya faaliyetle ilgili olarak aşırı endişe olarak tanımlanmaktadır. Kanser ortamında bulguların altı ay sürmesi makul bir ölçüt olmayabilir; bu hasta popülasyonunda bulgular görece kısa bir süre zarfında gelişebilir ve tanı koymak için altı ay beklemektense, semptomatik olarak tedavi edilmesi gerekebilir. Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir (16).

2.2.2.3. Depresif Bozukluk

Depresyon kanserin sık görülen bir psikiyatrik komplikasyonu ve öz kıyım için bir risk faktörüdür. Klinisyenler için, kanser ile ilintili normal üzüntü veya sıkıntının, klinik olarak anlamlı bir depresif bozukluğa dönüştüğü noktanın belirlenmesi önemlidir. Depresif bozuklukların farkına varılması ve tedavisi, kanser tedavisine uyumu artırır, yaşam kalitesini iyileştirir ve özkıyımı azaltır (16).

2.2.2.4. Yorgunluk

Yorgunluk kanser hastalarında sık görülen bir belirtidir ve duygu durum bozukluğunun da önemli bir belirtisidir. Kanser ya da tedavisi ile ilişkili yorgunluk normal günlük yaşamın bir sonucu olarak yaşanan yorgunluktan şiddet ve kalitesi açısından farklıdır. Kansere bağlı yorgunluğun etiyolojisi çok faktörlü olup psikolojik, biyokimyasal, fizyolojik sistemlerin birbiri ile ilişkilerinde bir düzensizlik söz konusudur. Kanser hastalarında önemli bir oranda yeti yitimine neden olmasına rağmen psikiyatristlerin çok azı yorgunluğun farkındadır. Yorgunluk tanı anında var olabilir, tedavi sırasında artar, tedavi bittikten sonraki aylar ya da yıllar boyunca devam edebilir. Yaşam kalitesini ve günlük aktiviteyi kötü yönde etkiler. Yorgunluğun sıklığı, meme kanserinde kemoterapi öncesi %4, cerrahi ve kemoterapi sonrası %91 olarak saptanmıştır. Kanserden sonra sağ kalanlarda, yorgunluk sıklık oranları; meme kanseri için %35-56 olarak bildirilmektedir (17).

2.2.2.5. Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu yaygınlığının kanser hastalarında %50 olduğu, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranlarda rastlanıldığı ve meme kanserli hastalarda

daha sık olduğu bildirilmektedir. Uyku bozuklukları ve yorgunluk arasında pozitif bir ilişki olduğu da bildirilmiştir. Çalışmalar sonucunda yorgunluk ile kötü uyku kalitesi, uykuya dalış ve sürdürmede güçlük, uykunun yeterliliğinin az olarak algılanması, dinlendirici olmayan uyku ve huzursuz uyku arasında ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle de bir yakınmanın tedavi edilmesinin diğerini de etkileyeceği düşünülebilir. Kansere bağlı yorgunluk ve uyku bozukluklarının altında yatan ortak bir etiyoloji olduğu ve bu iki durumun ağrı, depresyon, konsantrasyon ve bilişsel işlevlerdeki kayıp ile ilişkili olduğu da bildirilmektedir (18).

2.2.2.6. Organik Ruhsal Bozukluklar (Deliryum)

Deliryum hastanede yatmakta olan kanser hastalarında %14-55 oranlarında ikinci sıklıkta rastlanan psikiyatrik bozukluktur. Terminal dönemdeki kanser hastalarında %90'lara varan oranlarda görülmektedir. Kanserli hastalarda deliryum santral sinir sisteminde kanserin doğrudan ya da dolaylı etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Eski inme, demans ve yaşlılarda, birlikte bulunan diğer durumlar deliryumu kolaylaştırabilir. Hipoksi, iskemi, enfeksiyon, elektrolit anomalileri, paraneoplastik sendrom kanserli hastalarda deliryumu tetikleyebilir. Difenhidramin gibi antikolinergik ilaçlar, kemoterapotik ajanlar, biyolojik ajanlar, opiyatlar, kortikosteroidler, opiyat dışı psikoaktif ilaçlar (benzodiyazepin, hipnotik, antiemetik) deliryuma neden olabilirler. Deliryum akut başlangıçlı ve tedavi ile yâda tedavisiz olarak geri dönüşümlü bir tablodur. Hiperaktif, hipoaktif ve miks olmak üzere 3 klinik alt tipi vardır. İlk deliryum atağı %40 oranında hipoaktif tiptedir. Hipoaktif deliryum uyku sersemliği hali, fiziksel işlevlerde azalma, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma ve bilişsel işlevlerde azalma ile karakterizedir. Deliryum bazı hastalarda duygu durum değişiklikleri ile başlar, işitsel ve görsel var sanılar, uyku ve uyanıklık döngüsünde bozulma, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, oryantasyon bozukluğu, enkoheran düşünce yapısı, irritabilite, , konsantrasyon güçlüğü, sözlü anlatımda zorluklar ya da hatırlayamama klinik tabloda görülen belirtiler olabilir. Deliryumun tedavisinde üç önemli hedef vardır. Bunlar; deliryuma neden olan faktörleri bulup geri çevirmek, hastaları, aileyi ve çalışanları eğitirken hastanın güvenliğini sağlamak ve deliryum ile ilişkili davranış bozukluklarının tedavisini yapmaktır. Farmakolojik tedavide ilk sırada kullanılacak ilaç haloperidoldür. Günde 2-3 kez olmak üzere 0,5-2 mg haloperidol önerilir. Tedavide ikinci sıra ajanlar olarak olanzapin (2,5-5 mg) ve risperidon (0,5mg, günde 2 kez) kullanılabilir (19).

2.2.2.7. Öz Kıyım

Öz kıyım görülme sıklığı kanser hastalarında genel nüfusa göre daha yüksektir; göreceli risk genel nüfustakinin iki katıdır. Öz kıyımın ortaya çıkması, ağır depresyon ve çaresizlik bulunan ilerlemiş kanser hastalarında ve yeterince kontrol edilemeyen bulguların, özellikle de ağrının varlığında olasıdır. Geçmiş psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, geçmiş depresyon veya öz kıyım girişimi öyküsü, yakın zamandaki bir kayıp, alkol veya diğer madde kullanımı veya bağımlılığı öyküsü, erkek cinsiyeti, ailede depresyon veya öz kıyım öyküsü, sosyal destek eksikliği ve işsiz olmak kanser hastalarında öz kıyım için sık görülen risk faktörleridir. Tedavi edilemeyen deliryum, bozulmuş yargılama ve dürtü kontrolü nedeniyle kestirilemez öz kıyım girişimlerine yol açabilir. Yüksek öz kıyım riski olan hastaların belirlenmesi ve gerektiğinde psikiyatri servisine yatırılarak izlenmesi önem taşımaktadır. Destekleyici bir ilişkinin sürdürülmesi, belirtilerin kontrol altına alınması ve ailenin dâhil edilmesi öz kıyım riski olan hastaların yönetimindeki ilk adımdır. Hekim öz kıyım seçeneğinin ve hastanın ölüm süreci üzerinde kontrol sahibi olma gereksiniminin

haklılığını kabullendiğinde, hastalar sıklıkla öz kıyım fikrini yeniden gözden geçirip reddederler (20).

2.2.2.8. Kanser Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Belirtiler

Kemoterapi ya da kemoterapi ile beraber radyoterapi uygulamasına bağlı santral sinir sistemi toksisitesinin nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. Metotreksat uygulamasına bağlı olarak olguların ortalama %3-11'inde görülebilmektedir. Toksik etkiler hemen tedaviden sonra ya da uzun dönemde bilişsel ve nörolojik bozukluklar (bilinç değişiklikleri, lökoensefalopati, nöbet, serebral enfarkt, paralizi, nöropati, ototoksiste) şeklinde görülebilir (19). Kortikosteroidler çok çeşitli bilişsel bozukluklara ve duygu durum değişikliklerine yol açmaktadır. Steroidlere ilk yanıt öfori ve irritabilitedir. Bazı etkileri, kendini iyi hissetme, iştah artışı, kilo alımı gibi uykusuzluk, huzursuzluk, hiperaktivite, kas güçsüzlüğü, halsizlik, depresyon gibi etkileri de vardır. Bazen steroid dozunun ani artırılması, azaltılması ya da kesilmesine bağlı olarak varsanılar ya da sanrılar görülebilir. İnterferon doza bağlı olarak soğuk algınlığı benzeri uyuşukluk, iştahsızlık, bulantı, depresyon, uykululuk, konfüzyon, parestezilere neden olabilir. Amfoterisin B'nin deliryum, demans, akinezi, mutizm, hiperrefleksi, tremor, beyaz cevher dejenerasyonu gibi yan etkilere sebep olduğu bildirilmektedir. Tamoksifenin nadiren depresyona ya da sanrısız bozukluğa, löprolidin depresyona, Hidroksiürenin varsanılara, L-asparajinaz ve vinblastinin depresyona, vinkristinin %5 oranında varsanı ya da depresyona, dakarbazinin depresyon ve öz kıyımına neden olduğu bildirilmiştir⁶⁴. 5-fluorourasil, vinka alkaloidleri, bleomisin, karmustin, sisplatin, L-asparajinaz, prokarbazin deliryuma yol açabilir (20). Kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek; psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak; hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmek çabalanmalıdır (20). Kanserin ortaya çıkması birçok hastada kendi yaşamları üzerinde kontrollerini kaybetme duygusu yaşamalarına neden olur. Bu kontrolün yeniden sağlanması ya da birisinin, çevresine hâkim olduğu duygusu vermesi, hastaya baş etme gücü verebilir. Kübler Ross (1975), kanser hastalarının terminal dönem aşamalarına katlanabilmelerini sağlayan gücün umut olduğunu belirtmiştir (20). Terminal dönem kanser hastaları medikal-küratif tedavilerin sonuç vermediği ancak, palyatif olarak tedavisi mümkün olan hasta grubudur. Hastanın semptomlarının rahatsızlığını azaltarak huzur içinde ölmesi ve hasta yakınlarının da fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin sağlanması esastır. Bu konuda yapılan bir çalışmada hastaların anlaşılama, aile üyelerinden yeterli destek alamama ve iletişimde zorluk yaşama ile ilgili duygusal ve sosyal sorunlarının olduğu ortaya çıkmıştır. Ölmekte olan hastanın psikolojik problemleri: 1991 yılı uluslararası hasta haklarını koruma anlaşmasına göre; hastaya "resüsitasyon" isteyip istemediğini sormak gereklidir. Ancak bu hem doktor hem de aile açısından oldukça zor bir durumdur. Diğer yandan son yıllarda hastanın her tarafından sarkan tüpler ve damarlarında iğneler olmaksızın "onurlu bir şekilde ölme hakkı" üzerine hem Amerika Birleşik Devletleri hem de Avrupa ülkeleri arasında oldukça yoğun şekilde tartışmalar yapılmış ve yapılmaktadır (21). Tüpler ve iğnelere kaçınmak yerinde olmakla beraber bunların hastayı rahatlatmak açısından gerekli olduğu da düşünülmelidir. Son dönemdeki hastanın ağrısı mutlaka dindirilmelidir. Bu dönemdeki ilaç alışkanlığı korkusu da anlamsızdır (20). Kanseri tanı aşamasından terminal döneme dek, hastalar kadar aileleri için de ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır. Hastanın, aile üyelerinin hatta hasta ile birlikte yaşamayan yakınlarının bile, gerginlik ve stresleri artabilir. Aile bireylerinin hastalığa

karşı tepkileri hastanın uyumunu da büyük ölçüde etkiler. Eşlerin hastaya duygusal ve fiziksel destek vermede önemli katkılarının olduğu literatürde de belirtilmektedir. Ancak, ailenin günlük yaşamının ve rutinlerinin sürekliliğini sağlamada odak kişiler olan eşlerin, bu işlevler dışında kendi gereksinimlerini karşılama sorumlulukları da vardır. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda bakım verme sırasında eşlerden yarısının mesleki yaşamlarında, evde ve çocuk bakımında ve diğer aktivitelerde sorumluluklarını yerine getirmekte sorun yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca eşlerin, sözü edilen sorun alanları dışında bakım vermekte olduğu eşinin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamada da sorunları olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalarda kanser hastasının eşinin duygusal alanda yaşadığı sorunlardan en sık gözlenenin ümitsizlik, anksiyete ve ölüm korkusu olduğu belirtilmiştir. Bu sorunların kanserin prognozu kötüleştikçe; yani terminal aşamaya yaklaştıkça şiddeti artarak psikiyatrik bir tanıya dönüşebilmektedir (21). Eşlerin duygusal ve sosyal alandaki sorunları kanserin tanı, tedavi ve terminal aşamalarında ayrı ayrı incelenmiş ve her birinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sorunların şiddeti ve çeşidi hastalığın terminal döneminde diğer dönemlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser hastaları bu bakımı daha çok eşlerinden aldığı için öncelikle eşlerin duygusal ve sosyal iyilik hallerinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Kanserli hastaya bakım veren eşlerde depresyonun en sık rastlanan duygusal sorun olduğu vurgulanmaktadır (19,20,21). Northouse konu ile ilgili çalışmalarında depresif duygulanımın şiddetinin terminal dönemde daha da arttığı belirtilmiştir. Bu dönemde eşler hastayı içinde bulunduğu fiziksel ve duygusal durumda görmeye hazırlıklı olmadıkları ve değişen rolleri nedeni ile problem çözmede ve durumla baş etmede zorlandıklarını ifade etmiştir. Literatürde eşlerde görülen depresyonun nedeni yüksek düzeyde algılanan belirsizlik duygusuna bağlanmaktadır (21). Bu belirsizlik her aşamada görülmele birlikte, kanserin tanı ve terminal döneminde daha fazla algılanmakta ve sonucu da depresyon olarak ortaya çıkmaktadır. Eşlerdeki bu belirsizlik duygusu geleceğe ilişkin hedeflerin kaybolması ve bundan sonraki yaşamlarını eşleri olmadan nasıl devam ettirecekleri ile ilişkilidir ve kaçınma, içe kapanma, rutin olarak sürdürülen aktivitelerde azalma, çökkünlük, zevk alma duygusunun azalması, ölüm ve intihar düşüncelerinin artması gibi depresyon semptomları ile karakterizedir. Kanser hastasına bakım veren eşlerden %98'inin ümitsizlik yaşadığı vurgulanmaktadır. Terminal dönemde bakım veren bireyin tedavi ve bakım, hastanın duygusal ve fiziksel iyilik halini sağlama üzerindeki kontrolünün giderek azalması da ümitsizliği artırmaktadır. Ümitsizlik anksiyete ve korkuda olduğu gibi geleceğe ilişkin de olabilmektedir. Kanser hastasına bakım veren eşlerde bakım verme sırasında rol performanslarında ve sosyal etkileşimlerinde değişimin en sık yaşanan sosyal sorunlar olduğunu saptamıştır (21). Özellikle bu sorunlar eşler orta yaşta ise çocuk bakımı, ev işleri ve mesleki rollerin de devreye girmesiyle daha da artmaktadır. Andersen'e göre (1996) ise kanser hastasına bakım veren bireylerde işe devam durumu ve günlük çalışma süresi arttıkça rol performansındaki değişimler daha şiddetli yaşanmaktadır (22). Bu sorumlulukların yanı sıra eğer eşler tüm gün boyunca hastalarına bakım veriyorlarsa, bakımla ve evdeki sorumlulukları sürdürme ile ilgili gereksinimleri daha da artmaktadır. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalara göre, eşlerin kendi bireysel gereksinimlerini karşılayacak ve rahatlamalarını sağlayacak eğlence faaliyetlerine ayıracak enerji ve zamanlarının olmaması, bu alandaki sorunların şiddetini artırmaktadır. Sevilen bireyin ölüm ihtimali var olan sorunların şiddetini arttırmakta ve eşler depresif duygu durumu dâhil birçok olumsuz duygulanımla karşı

karşıya kalabilmektedirler. Rol alanlarındaki değişimler ve depresif duygulanımlar da eşin daha çok kendi başına kalması ve yalnızlık hissetmesine sebep olmaktadır (22).

Duygusal ve sosyal sorunların birbirini karşılıklı olarak etkilediği görülmektedir. İnsan fiziksel, duygusal, sosyal ve toplumsal bir varlık olduğundan, bu alanlardaki herhangi bir değişim bireyin diğer alanlarda da değişim yaşamasını sağlamakta ve bireyin iyilik halini etkilemektedir. Buna göre, sosyal alandaki değişimler bireyin duygusal durumunu etkilerken duygusal alandaki değişimler de bireyin sosyal rol ve sorumluluklarını yerine getirmesini etkileyerek sosyal sorunları farklılaştırmaktadır. Haddad Pitceathyl ve Maguire eşlerin, hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla terminal dönemde 24 saat hasta bakımı ile uğraştıklarını ve bunun sonucunda da kendi duygusal ve sosyal sorunlarının hızla arttığını belirlemiştir. Ayrıca literatürde eşlerin bu dönemde yalnızca hasta bakımı değil ailenin günlük yaşamını devam ettirme, diğer aile üyelerinin ve kendisinin gereksinimlerini karşılama gibi sorumlulukları olduğu da belirtilmektedir. Tüm bunları karşılayabilmek için eş zamanın ve enerjisinin tümünü kullandığından bakım süresi uzadıkça tükenmişlik oranları da artmaktadır. Yalnızlık, korku, ümitsizlik, depresyon, belirsizlik eşlerin bu dönemde duygusal alanda yaşadığı sorunlar olup, sosyal alanlarda da çocuk bakımı, ev ile ilgili günlük işler, mesleki ve ekonomik konularda sorunlar yaşamaktadır (23).

Eşler bakım verme sırasında hastanın yaşamını doğrudan etkileyen tedavi ve bakım gibi konularda da karar vermek durumunda kalmaktadır. Karar vermede yaşanan çatışmalar tedavi ve bakımla ilgili olabildiği gibi, ailenin en az hasta kadar kanser yaşantısından duygusal ve sosyal olarak etkilenen diğer üyeleri ve hastanın kendisiyle de ilgili olabilmektedir (24). Kararların doğruluğundan emin olamayan ve çevresindeki sevdiği bireylerle çatışma yaşayan eşlerde bunun sonucu olarak ümitsizlik, depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygulanımlar oluşabilmektedir. Artan sosyal izolasyon ve sosyal etkileşimdeki değişim de bireyin sürekli ölüm gerçeği ile yüz yüze kalmasından ve bunu paylaşamamasından dolayı oluştuğu, böylece spiritual alandaki sorunların arttığı belirtilmektedir. Spiritual alandaki bu değişimler ölmek üzere olan hastasına bakım veren eşlerin zamanla yaşamdan zevk almalarını azaltarak ümitsizlik ve depresif duygulanımlarının da artmasına neden olabilmektedir. Kadının sağlığını tehdit eden, ağırlı vücut değişkenliği yaratan dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturan önemli hastalıklardan biri de meme kanseridir (25). Son zamanlarda giderek artmaya başlayan bu kanser hem hasta hem de aile için duygusal ve yaşamsal bir kriz durumu oluşturmakta ailenin işlevselliğini, rol dağılımını ve aile içi ilişkilerini etkilemektedir (24,25). Çalışmalar sessiz tutumun sağlıklı uyumu zorlaştırdığını, duyguların ifade edilmesinin ve karar süreçlerine herkesin katılımının hastalığa uyumu kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır (25). Eşlerin hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınmaları, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmemeleri, birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir. Eşler arasında etkili bir iletişimin olması çok önemlidir. İletişim yeteneği gelişmemiş ailelerde meme kanseri gibi bir travmanın aileyi son derece bunaltı ve çıkmaza soktuğu ve evlilik ilişkilerini de olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Kanserli hastaların yakınları sağlık profesyonellerinden bilgi alma ve destekleyici iletişime gereksinimleri olduğunu açıklamışlardır. Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda, mastektomi yapılan hastaların eşlerine verilen danışmanlık hizmetlerinin, eşlerin mastektomi sonrası sorunlarla baş etmede ve eşlerine destek olma konusunda daha başarılı olduklarını bildirmektedir (26). Çalışmalar, hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli devrede hastanın yakınlarında korku, kaygı ve kızgınlık yaşadıklarını ancak eşlerin genellikle bu duyguları koruyucu rol oynamaya ve güven vermeye çalıştıkları için

bastırdıklarını belirtmektedir. Ayrıca olumlu aile ilişkilerinin yaşam doyumunun en önemli belirleyicisi olduğunu ifade etmişlerdir (24-26). Diener ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (1985) yaşam doyumu ile evlilik ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçların olduğunu belirtmektedir (27).

2.3. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.3.1. ANKSİYETENİN TANIMI

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunalım duygusudur. Otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, endişe hissinin eşlik etmesiyle karakterize patolojik bir durumdur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygu durumdur. Anksiyete (anxiety) terimi Latince "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kökünden türetilmiştir. Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur. Korku (fear) Almanca'dan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir (28). Korku, kaçma ve sakınma gibi özgün davranış örüntüleri ile ilişkilirken, anksiyete kaçınılamaz ve kontrol edilemez olarak algılanan bir tehdit algısının sonucudur. Gelecekte gerçekleşebilecek olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişen bir duygu durum halidir. Gelecekte ve şimdiki zamanda var olan tehlikenin algısı anksiyete ve korku arasındaki ayrımı doğurur. Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar. Ancak anksiyete ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir (87). Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur. Gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevi gereklidir. Olaylara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine de neden olabilmektedir. Ayrıca tehlikeli uyaran ortadan kalktıktan sonra bile kişinin savunucu tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilecektir. Literatürde de belirsizlik ile anksiyete arasındaki ilişkiden söz edilmektedir. Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği artırabilir (29, 30).

2.3.2. ANKSİYETE TARİHÇESİ

Çiçero, öznel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip, geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken 'angor' terimini, daha hafif ve süregelen olanı anlatmak için 'anxietas' terimi kullanılmıştır. Orta çağda anksiyete kavramı tanrı korkusuyla ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır. Varoluşçu akımın ileri sürdüğü ve anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu şeklindeki yaklaşımı bu konuya farklı bir bakış açısı getirmiştir (31). 1869'da Board 'fizyolojik yetersizliklerin psikolojik bozukluklara yol açtığı' görüşünden yola çıkarak 'nevrastenik' terimini ortaya atmış ve bunun tüm anksiyete bozukluklarını içerdiğini kabul etmiştir. Hecker ise 1893'te nevrastenik hastalarının çoğunun anksiyete ataklarından yakındığına dikkat çekmiştir. Öznel anksiyete yaşantısı olmaksızın somatik anksiyete belirtilerinin ön planda olabileceği görüşü 1908 yılında Stekel'in 'rezidüel anksiyete' kavramını ortaya koymasına neden

olmuştur. Nitekim bu yaklaşım ileriki yıllarda Beltman tarafından da 'korkusuz panik bozukluğu' adıyla tekrar gündeme gelmiştir (31).

2.3.3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Geniş epidemiyolojik araştırmalar anksiyete bozuklukları hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamıştır. Epidemiyolojik Saha Çalışması (ECA), ABD'deki Ulusal Eştanı Araştırması (NCS) ve Avrupa'daki Münih İzlem Çalışması bu alandaki önemli araştırmalardandır. Ekonomik yönden topluma maliyeti yüksektir. Greenberg ve ark, ABD'de direkt ve indirekt harcamaların yılda 42,3 milyar doları bulunduğunu bildirmiştir. Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmadır. 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10,5 bulunmuştur (32). Avustralya Sağlık Bakanlığı Avustralya İstatistik Bürosunun verilerine dayanarak 1998 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerde nüfusun %9,7'sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu verilerden elde edilen ilginç bir diğer bulgu ise 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamlarının sabit kalması ve 55 yaşından sonra giderek düşmesidir. Yaşam boyu prevalans oranları Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre %10,4 ile %25,1 arasında değişmektedir. Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (%25), depresyon ise ikinci sırada yer alır (%17). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır (94). Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9 kadınlarda ise %16 bulunmuştur (97). Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (33). Bu gecikme; anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır (32, 33).

2.3.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Genetik- Biyolojik Kuramlar: Anksiyetenin etiolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Etiyolojide genetiğin rolü hakkında bilinenler aile, ikiz, evlat edinme, genetik linkaj ve assosiyasyon çalışmalarına dayanmaktadır. Aile ve ikiz çalışmaları da anksiyete bozukluklarının nozolojik kategorileri içinde yürütülmüştür. Norepinefrinden zengin olan lokus seruleusun hayvan deneylerinde uyarılması anksiyeteye, ablasyonu ise anksiyete düzeyinde düşmeye neden olur. Hayvanlarda serotonin uygulaması anksiyete bulgularına neden olmaktadır. Benzodiazepinlerin anksiyete tedavisindeki etkinliği bu bozukluğun patofizyolojisinde GABA'nın rolü olduğunu düşündürmektedir (34).

Davranışçı kuramlar: Uyararla tekrar tekrar karşılaşma sonucu duyarsızlaşma tedavi yöntemidir.

Varoluşçu kuramlar: Bu kuramda insanlar bir "hiç" olduklarının farkına varırlar, bu duygu ölümün kaçınılmazlığını kabul etmekten çok daha fazla rahatsızlık vericidir. Anksiyete, kişinin varoluşunun geçersizliğine gösterdiği bir tepkidir.

Psikoanalitik Kuramlar: Freud'a göre anksiyete, her şeyden önce bir duygulanımdır. Hem içsel çatışmaların merkezinde yer alan bir psikolojik yapı, hem de çeşitli

psikiyatrik hastalıkların belirtilerinden biridir (35). Freud'a göre gelişimsel dönemlerde anksiyete yaratan durumlar 5 başlık altında toplanır.

Doğum anksiyetesi (erken bebeklik dönemi); Dünyaya gelen bebeğin bu ilk anksiyete deneyimi, anksiyetenin kaynağı ve diğer anksiyetelerin de prototipidir. Bebek anne eksikliğini ve içgüdülerine doyum sağlanamayacağı tehlikesini algılayınca, bu travmatik uyarılma bebeği rahatsız ederek anksiyete yaşantısına neden olur (35).

Ayrılık (separasyon) anksiyetesi; anneyi kaybetme korkusu ya da annenin kaybına bağlı olarak yaşanan anksiyeteye Freud "ayrılma (separasyon) anksiyetesi" adını vermiştir. Çocuğun temel güvenlik duygusu anneye karşılıklı ilişki içinde edinilir ve normal kişilik gelişiminde bu güven duygusu bağımlılığın azalmasında olumlu rol oynar. Ayrılma anksiyetesinde, çocuk bu temel güven duygusunu yitirme korkusu içindedir. Yaşamın ileriki dönemlerinde bu anksiyete, "sevilen kişilerin yitilmesi korkusu" şeklinde kendini gösterecektir (35).

Kastrasyon anksiyetesi; ödipal dönemden kaynaklanan bu anksiyete, yalnızca cinsel organın değil, herhangi bir beden bölgesinin zarar göreceği ya da insanın yetilerinin bir şekilde azalabileceğine ilişkin korkular şeklinde ortaya çıkar. İleri yaşam dönemlerinde hastalık, kaza, ameliyat gibi durumlarda kişinin yaşadığı anksiyete ya da bilinçdışı homoseksüel dürtülerin rol oynadığı "homoseksüel panik" durumlarında yaşanan anksiyete duyguları bu gruptandır. Freud, özellikle hayvan fobilerinde yaşanan duygularda da kastrasyon anksiyetesinin rol oynadığını ileri sürmüştür (35).

Üst benlik (Süperego) anksiyetesi; yasaklar, kanunlar, örf ve adetler, vicdani değerler gibi üstbenlik kurallarına ters düşen davranışlarda bulunduğu ya da bulunma olasılığı beliren durumlarda, hatta bunlarla ilgili olarak yaşanan duygu ve düşüncelerle ya da alt benlikten kaynaklanan bilinçdışı dürtülerle ilgili olarak ortaya çıkan anksiyete duygusudur. Aslında bir yerde kişiliğin en üst olgunluk düzeyi ile bağıntısı olduğundan, bazı durumlar için sağlıklı kabul edilir; çünkü kişiyi ceza görmekten, saygınlığını kaybetmekten, aşağılanmaktan korur. Ancak yaşanan anksiyete duygusu kişinin normal yaşamını bozmaya başlamışsa (örneğin depresyonlu hastalarda izlenen kendini suçlama gibi), artık bu hastalıklı bir duygudur ve tedavi gerektirmektedir (35).

Altbenlik (id) anksiyetesi; bilinç dışında bastırılan öfke, kızgınlık, saldırganlık gibi dürtülerin farkına varılması ve bunların kontrol edilemeyeceği ya da bunlar üzerindeki denetimin kaybedileceği korkusuyla yaşanan anksiyete duygusudur. Freud'a göre anksiyete kavramı üç grupta toplanabilir: Benlik (ego), bir tehlike ile karşılaşp, zarar görmeden içgüdülerine doyum sağlamaya çalışır. Eğer bu amaca ulaşma konusunda net değilse, yaşanan korku duygusuna bağlı olarak ortaya çıkan anksiyeteye Freud "Gerçeklik anksiyetesi" adını vermiştir (35). Benlik bir yandan altbenlikten kaynaklanan içgüdülere doyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda üstbenliğin emirlerine, taleplerine, sınırlamalarına yani tüm moral isteklerine doyum sağlamak zorundadır. Eğer bunu başaramazsa, üstbenlikten yöneltilen suçluluk, utanma, aşağılanma, değersizlik gibi duygular yaşayacaktır, Freud bu suçluluk duygularıyla ilintili anksiyeteye "Moral anksiyete" adını vermiştir (35). Benlik, altbenlikten gelen dürtüsel baskılara karşı kendi yapısını ve kimliğini korumaya çalışır. Eğer benlik ile çatışan amaçlara doyum sağlanamazsa, ortaya çıkan duygu "nevrotik anksiyete"dir. Bu durumda benliğin savunma düzenekleri aracılığıyla anksiyete kontrol altına alınmaya ve böylelikle bireyin iç dengesi korunmaya çalışılır (35).

2.3.5 ANKSİYETE BELİRTİLERİ

1) Genel Görünüm: Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, sonuçta aksine anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar (35). Hastada huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama vardır.

2) Konuşma ve İlişki Kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreşim, zor konuşma olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.

3) Duygulanım: Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik (103). Korku uzun sürdüğünde, anksiyete hastada derin bir bıkkınlığa neden olduğundan, ruhsal çökkünlük belirtileri de birlikte bulunabilir.

4) Bilişsel (kognitif) Yetiler: Aklın sisli, bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışı hisler (36).

5) Düşünce Akımı ve İçeriği: Düşünce içeriğinde yakınmaları dışında bir bozukluk yoktur. Yakınmalarını sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış gibi olabilir.

6) Fizyolojik Belirtiler: Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar (35). Otonomik uyarılma ile ilgili olarak kan basıncında yükselme, kalp atımında artış, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi (piloereksiyon), midriazis, ağız kuruluğu, yüzde solukluk veya kızarma, terleme, poliüri, sık defekasyon, öğürme ve bazen kusma, boğulma hissi, nefes almada zorluk, hava açlığı, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (36). Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Genellikle, bunlarla kendi bilgi ve becerisiyle başa çıkmaya uğraşır. Sorunu aşmakta zorlandığında, belirtilerin üstesinden gelemediğinde veya sosyal yaşamlarının sınırlanması durumlarında tedavi için başvurabilir (37).

2.3.6. Tablo 2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ GÜNCEL SINIFLANDIRMASI:

<u>DSM-IV-TR sınıflandırması</u>	<u>ICD-10 sınıflandırması</u>
Panik bozukluğu, agorafobisiz	Fobik bunaltı bozuklukları:
Panik bozukluğu, agorafobili	Agorafobi, panik bozukluğu yok
Agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan	Agorafobi, panik bozukluğu var
Sosyal fobi	Sosyal fobi
Özgül fobi	Özgül fobiler
Travma sonrası stres bozukluğu	Başka fobik bunaltı bozuklukları
Akut stres bozukluğu	Fobik bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş
Yaygın bunaltı bozukluğu	Başka bunaltı bozuklukları:
Bunaltı bozukluğu bedensel bozukluğa yâda maddeye bağlı	Panik bozukluğu
Bunaltı bozukluğu başka türlü adlandırılmayan	Yaygın bunaltı bozukluğu
	Karışık tip bunaltı ve depresyon
	Bozukluğu
	Başka karışık tip bunaltı bozuklukları
	Başka belirlenmiş bunaltı bozuklukları
	Bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş
	Obsesif-kompulsif bozukluk:
	Obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların

	baskın olduğu tip Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip Obsesyonel düşüncelerin ve kompulsif hareketlerin birlikte bulunduğu karışık tip Obsesif-kompulsif bozukluk, belirlenmemiş Ağır strese tepki ve uyum bozuklukları: Akut stres tepkisi Travma sonrası stres bozukluğu Uyum bozuklukları Ağır strese karşı başka tür tepkiler Ağır strese karşı tepki, belirlenmemiş
--	---

2.3.6.1. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Süreğen bir bozukluk olan YAB'nun esas özelliği, bir takım olaylar ve faaliyetler ile ilişkin olarak hemen her gün görülen aşırı anksiyete, korku ve gergin bir bekleyiş olmasıdır. Bireyin denetleyemediği bu duruma ayrıca, huzursuzluk, heyecanlanmak, kolayca yorulmak, dikkatini toparlayamamak, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bir takım belirtiler de eklenmiştir Yaygın anksiyete bozukluğu belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye yada zorlantıya odaklanmamıştır. Belli bir düşünsel ya da devinimsel içeriği yoktur, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtilerine yol açar. Sadece "endişeli" olmaktan ibaret olmayıp; anksiyetenin her zaman hissedilmesidir (38). Temel belirtisi kaygıdır. Kaygı, diğer anksiyete ve depresif bozukluklarda da görülen bir semptom olduğu halde YAB'nda tanımlayıcı özelliştir. Kaygı, sağlıklı insanlara göre daha yoğun, uzun süreli, kontrol edilemez şekilde yaşanır (38). Yaşanan kaygıyı patolojik kılan; kaygının içeriğinden ziyade, aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanmasıdır. Ayrıca hastalarının büyük bölümü, diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla oranlarda, küçük sorunlarda bile aşırı kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir (39). Bu bozukluk kısıtlayıcı ve kronik bir bozukluktur (39). YAB oldukça sık rastlanılan bir rahatsızlıktır. En geniş kapsamlı sürvi çalışması olan Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışması bir yıllık YAB prevalansını %3,8 olarak, eşlik eden depresyon ve panik bozukluğu dışlandığında %2,7 ve diğer tüm hastalıkların dışlandığı durumlarda ise %1,7 saptamış; yaşam boyu YAB prevalansının %4,1-6,6 arasında olduğunu bildirmiştir. Türkiye'de Sivas il merkezindeki DSM-III-R YAB tanı ölçütleri ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; yaşam boyu yaygınlığı ise %12,1, Sağlık Bakanlığının ICD-10 ölçütlerine göre yaptığı çalışmada ise bir yıllık yaygınlığı %0,7 oranında bulunmuştur (40). Avustralya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, boşanmış veya dul, eğitimsiz ve işsiz kişilerde YAB sıklığının daha yüksek olduğu, başka bir çalışmada ortalama yaygınlığın %5,8, birinci basamak hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığı ise %8 oranında olduğu bildirilmiştir (40). Kadınlarda erkeklerden iki veya üç kat daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek kadın oranları arasında önemli fark yoktur. Bu hastalığın başlangıç yaşını belirlemek zordur, çünkü böyle bir bozukluğu olan hastaların çoğu, kendilerini bildiklerinden beri endişeli ve kaygılı olduklarını söylerler. Hastalar çoğu kez klinisyenle ilk kez 20'li yaşlarda karşılaşılırlar. Birçok çalışma, diğer anksiyete bozukluklarına oranla daha erken yaşta ve sinsiz bir başlangıcı olduğunu göstermiştir. Kadınlarda YAB başlangıç yaşı daha erkendir. YAB'lu kadınlarda psikiyatrik hastalık eştanısı görülme olasılığı erkeklerden yüksektir, bu özellikle distimi ve depresyon için geçerlidir. YAB' da eş tanı, artmış işlevsellik kaybı ve daha kötü bir prognozla ilişkilidir (41) (Tablo 3).

Tablo 3: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-IV TR)

A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.
B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur.
C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir. (1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe (2) kolay yorulma (3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması (4) iritabilite (5) kas gerginliği (6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)
D. Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen 1 bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete yâda üzüntü bir Panik Atağı olacağı (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden yâda yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (Anoreksiya Nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon Bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının olması (Hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece Posttravmatik Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.
E. Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.
F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Çarpıntı ya da kalp hızında artma, terleme, titreme ya da seğirmeler, ağız kuruluğu, nefes almada güçlük, boğulma hissi, göğüs ağrısı ya da rahatsızlık, bulantı ya da epigastrik rahatsızlık gibi otonomik uyarılma belirtiler bulunabilir. Ruhsal belirtiler olarak, başta sersemlik hissi, bayılacakmış gibi hissetme, nesnelere gerçek dışı gibi hissetme (derealizasyon) veya kendini uzakta ya da orada değilmiş gibi (depersonalizasyon) hissetme, kontrolü yitirme korkusu ve ölüm korkusu bulunabilir (42). Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe, kolay yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması, iritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku) YAB hastaları tarafından en çok bildirilen somatik deneyimler olarak bulunmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların 40 yıllık bir izleme çalışmasında yaş ilerledikçe bunaltının yerini somatizasyon bozukluğu belirtilerinin aldığı görülmüştür. Aynı çalışmada 50 yaşın üzerinde kronikleşme oranı düşük bulunmuştur. Bir çalışmada YAB hastalarının %90'ında yaşamları boyunca en az bir eşanlı psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı bildirilmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda sık görülen eşanlılar arasında fobiler, panik nöbetleri, ruhsal çökkünlük, süregelen alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi bozukluklar yer almaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunda en sık görülen eşanlı distimik bozukluktur. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların yarısına yakınında eşlik eden kişilik bozukluğu da bulunmaktadır (43). Anksiyete bozuklukları arasında, agorafobili panik bozukluk, basit fobi ve sosyal fobi YAB ile en sık birliktelik gösterenlerdir. YAB olan

bireylerin %30'nda majör depresyon bildirilmiştir (44). Yaygın anksiyete bozukluğunda intihar girişimi olasılığı % 17, düşüncesi ise %18'dir (45). Patolojik olmayan anksiyete ile YAB anksiyetesi ayrımı için endişenin denetlenemez olması ve işlev bozucu niteliğine bakılması gerekir. YAB' ndaki anksiyete daha yaygın, belirgin ve daha uzun sürelidir. Ayrıca günlük yaşam anksiyetelerine bedensel belirtilerin eşlik etmesi az görülür. YAB'ın panik bozukluktan ayrımı eğer sık spontan panik ataklar ve agorafobi belirtileri varsa kolaydır. Depresyon-YAB birlikteliği sıktır. YAB'nda depresyon olmasa bile bazı depresif belirtiler görülebilir. Depresyon epizotlarında anksiyete semptom olarak bulunabildiği için, depresyonun gidişi sırasında ek olarak bir YAB tanısı konmamalıdır. Şizofreninin başlangıç döneminde yoğun anksiyete bulunabilir. Düşünce bozukluğunun olması ile ayrılabilir. YAB, paranoid bozukluklar ve diğer psikotik bozukluklarla karışabilir (46).

TEDAVİ

İlaç sağaltımında bunaltı giderici ilaçlardan benzodiyazepin türevleri, adrenerjik etkinliği kesen ve betablokör diye bilinen ilaçlar, antidepressanlar kullanılmaktadır. Benzodiyazepinler bağımlılık yapıcı ve uyku verici etkisi nedeniyle özellikle süreğen bunaltılarda hiçbir zaman ilk seçenek olmamalıdır. Bu ilaçlar kesilirken bunaltı belirtilerinde önemli oranda geri tepme şeklinde şiddetlenme görülür. Antidepressanlar yaygın bunaltı bozukluğunun sağaltımında hem etkili ve güvenilir bulunmaları, hem de eşlik eden çökkünlük belirtilerini de hedef almaları nedeniyle yaygın olarak kullanılırlar. Sağaltım kılavuzları yan etki profillerindeki avantajları nedeniyle bunaltı bozukluklarında ilk sağaltım seçeneği olarak SSGİ'lerini önermektedir. En etkili psikoterapi yaklaşımı bilişsel davranışçı terapidir. Bilişsel davranışçı terapide amaçlanan, zorlayıcı yaşam olayları karşısında daha etkin bir rol alınması ile sorun çözme becerilerini arttırmak ve bunaltı belirtilerine katlanma gücünü yükseltmektedir (47).

2.3.6.2. PANİK BOZUKLUK

Panik bozukluk, yineleyici ve beklenmedik bir şekilde gelen panik ataklar ve bu panik atakları izleyen çeşitli belirtilerle karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Panik atakları tipik olarak aniden başlar ve 10 dakika içerisinde doruk noktasına ulaşacak şekilde giderek şiddetlenir. Ataklar yaklaşık 15-20 dakika sürer. Ataklarda çoğunlukla bir tehlike beklentisi veya sonunun geldiği duygusu ve kaçma dürtüsü bulunur. Panik bozukluğu tanısı alan hastaların 1/3'ne agorafobi eşlik etmektedir (48) (Tablo 4). PB hemen her yaşta başlayabilmekte beraber en fazla 20' li yaşların başlarında ve 30'lu yaşların ortalarında başlar. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalır. 65 yaş üzerinde görülmesi çok nadirdir. Kadınlarda erkeklere göre 2- 3 kat daha fazla görülür. Cinsiyet farklılığının yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada, panik bozukluk hastalarının %70'nin kadın olduğu görülmüştür (49). Panik bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluğun yaşam boyu sıklığı %10-20 olarak verilmektedir (48, 49). Dul, bekâr ve ayrı yaşayanlarda, kırsal kesimlerde yaşayanlara göre 1,5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (135). ABD'de yapılan ECA çalışmasında DSM III tanı kriterine göre PB' un yaşam boyu prevalansı % 1,7, NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında ise DSM III R tanı kriterlerinde göre, PB' un yaşam boyu prevalansı % 3,5 bulunmuştur (50). Ülkemizde ise Avcılar'da 413 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada PB prevalansı % 1,2 olarak bulunmuştur (51). 1995 yılında Sivas'ta yapılan bir çalışmada ise %4,3 oranında bulunmuştur (52). Panik bozukluğu etiyolojisiyle ilişkili kuramlar nörobiyolojik ve psikososyal olarak iki grupta ayrılabilir. Genetik ve Nörobiyoloji: Bozukluğa yatkınlığa yol açan kesin bir gen gösterilemese de 16. kromozom ve 22. kromozom (COMT

geni) şüpheli genlerdir (53). Hastalığın gelişiminde noradrenalin, serotonin ve gama aminobütirik asidin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu bireyler artmış sempatik tonüs gösterirler. Uyarılara şiddetli tepki verirler ve tekrarlayan uyarılara geç uyum sağlarlar (53). Bilişsel-Davranışçı Kuram: Davranışçı kurama göre anksiyete, anne ve babanın davranışlarını örnekleme yada klasik koşullanma süreciyle öğrenilmiş bir yanıttır. Psikanalitik Teoriler: Psikoanalitik açıdan agorafobide, ayrılık anksiyetesi ve çocukluk döneminde ailenin yitirilmesine bağlı gelişmiş olan bir patolojik süreç vardır. Ayrılma anksiyetesi ile agorafobinin tedavisinde kullanılan ilaçların benzerliği, agorafobili hastaların öyküsünde ayrılma anksiyetesinin varlığı, aile öykülerinin olması agorafobi ile ayrılma anksiyetesi arasında bir bağ olduğunu düşündürmektedir (54).

Tablo 4: Panik Atağı DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

Not: Panik Atağı kodlanabilir bir bozukluk değildir. Panik Atağının ortaya çıktığı özgül tanı kodlanmalıdır
Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının) aniden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:
<ol style="list-style-type: none"> 1) Çarpıntı; kalp atımlarının duyumsama ya da kalp hızında artma olması 2) Terleme 3) Titreme ya da sarsılma 4) Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları 5) Soluğun kesilmesi 6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi 7) Bulantı ya da karın ağrısı 8) Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma 9) Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma) 10) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu 11) Ölüm korkusu 12) Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları) 13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Panik ataklar soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma-karıncalanma hissi, sıcak veya soğuk basması, göğüste rahatsızlık hissi ve nefes alma güçlüğü gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, ansızın ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun anksiyete nöbetleridir. Plan yapma, düşünme, akıl yürütme gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer temel özellikleridir (55) (Tablo 5).

Tablo 5: Panik Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:
<ol style="list-style-type: none"> 1) Yineleyen beklenmedik Panik Atakları 2) Bu ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler: <ol style="list-style-type: none"> a) başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı b) atağın yol açabileceği ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, "çıldırma") ilgili olarak üzüntü duyma c) ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
B. Agorafobinin olması "Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu"; agorafobinin olmaması

"Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu" olarak kodlanmalıdır (DSM IV-TR' de ayrıca, "Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi" ayrı bir tanı olarak yer almaktadır).

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik atakları, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik bozukluk, yineleyen panik ataklar sonrasında en az bir ay boyunca, atakların tekrarlanabileceğine ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin kaygı yaşanması ve kişinin yaşantısında buna uygun değişikliklerin olması olarak tanımlanmaktadır. Toplumun %10'u yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir kez panik atak geçirmiş olmasına rağmen davranış değişiklikleri ve işlevsellikte bozulma ve beklenti anksiyetesi oluşmadığı için panik bozukluk tanısı almamaktadır (55) (Tablo 6).

Tablo 6: Agorafobi DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

Not: Agorafobi kodlanabilir bir bozukluk değildir. Agorafobinin ortaya çıktığı özgül bozukluk kodlanmalıdır.

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği yada kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma olarak tanımlanmıştır. Agorafobik korkular arasında özel bir takım belirli durumlar vardır ki bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise Özgül Fobi tanısını, Toplumsal durumlarla sınırlı ise Sosyal Fobi tanısını düşününüz.

B. Bu durumlardan kaçınılır (örn. geziler kısıtlanır) ya da Panik Atağı ya da panik benzeri semptomlar olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinilir

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik bozukluğuna eşlik eden agorafobi, sıklıkla panik bozukluğun bir sonucu olarak ya da nadiren panik bozukluğu öyküsü olmadan ortaya çıkabilir. Toplu taşıma araçları, kalabalık ortamlar, kuyrukta beklemek, kapalı yerler, otomobile binmek, sokakta yürümek, evden uzaklara gitmek, evde tek başına kalmak, yüksek yerler ve köprülerden geçmek belirgin bir korku duyması ve kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır. Agorafobi, kadın panik bozukluğu hastalarında daha sıktır. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk hastalarının, çocukluk ve ergenlikte ebeveyn ölümü veya boşanması, aileden uzamış ayrılık gibi travmatik yaşam olaylarını sağlıklı bireylere göre daha fazla yaşadıkları gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara uğrayan çocukların yarısına yakınında agorafobinin

geliştiği belirlenmiştir (56). Başlangıç yaşı erken olan panik bozukluğu olguları, geç başlangıçlı olanlara göre panik atağı sırasında daha fazla oranda depersonalizasyon belirtisi göstermektedir. Yine fobik bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları erken başlangıçlı olgularda daha sık görülmektedir (57). PB belirtileri cinsiyetler arasında da farklılık sergileyebilmektedir. Bir çalışmada kadınlarda solunum sistemine ait belirtilerin daha çok saptandığı bildirilmiştir. Bozukluğuun cinsiyete özgü yeti yitimleri yarattığı, özellikle kadınlarda evliliğin daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (56). Panik bozukluk, kronik gidişli, hastayı yoğun sıkıntıya sokan, işlevsellikte bozulmaya neden olan, gidişi oldukça çeşitlilik gösteren, eş tanı oranı fazla bir hastalıktır. Panik bozuklukta agorafobi, depresyon, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımı gibi eştanılar da sıklıkla bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda panik bozukluğu olan kadınların erkeklere oranla yaşam boyu psikiyatrik hastalık eştanısı geliştirme riski yüksek bulunmuştur (zellikle agorafobi, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve somatizasyon bozukluğu) (56). Yapılan çalışmalarda bir yıl sonra %25-70 oranında iyileşme, on yıl sonra %10-30'nda tam düzelme bulunmuştur (57) (Tablo 7).

Tablo 7: Panik Atak Ayırıcı Tanı

Kesilme sendromu (alkol, benzodiazepin, barbitürat)
Entoksikasyon (alkol, benzodiazepin, amfetamin, kafein, kokain)
Endokrin hastalıklar Hipertiroidi Hipoglisemi Feokromositoma Hipoparatiroidi Cushing hastalığı
Kalp hastalıkları Paroksizmal supraventriküler taşikardi Anjina pektoris Mitral valv prolapsusu
Göğüs hastalıkları Bronşiyal astma Pulmoner emboli Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
Nörolojik hastalıklar Geçici iskemik atak Parsiyel kompleks nöbetler Migren
Menapoz
Anemi

Tedavi

Panik bozuklukta en etkili tedavi yöntemleri farmakoterapi ve bilişsel davranışı terapi dir. Farmakoterapide trisiklik ve tetrasiklik ilaçlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve benzodiyazepinler etkilidirler. Etkinliklerinin yüksek kanıt düzeyiyle gösterilmesinden sonra SSGİ'ler ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Depresyon eştanısının yüksek olması nedeniyle, SSGİ kullanımıyla aynı anda hem panik bozukluğuun hem de depresyonun tedavisi mümkün olabilmektedir. Fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram, essitalopram sık kullanılan ilaçlardır. Benzodiyazepinler bağımlılık potansiyeli, kesilme belirtileri, bilişsel bozulma, alkol ile etkileşme ve kötüye kullanım gibi dezavantajları yüzünden kullanımları sınırlıdır. Diğer ilaçlara göre daha hızlı etki başlangıcına sahip olmaları ise en önemli avantajıdır. Bilişsel terapilerin amacı,

bilişsel bozuklukların tanımlanması ve değiştirilmesi; davranışçı terapilerde ise kişinin tepkilerini (özellikle fobik kaçınma) değiştirmektir (58).

2.3.6.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesyon ve/veya kompulsiyonların bir bozukluk kabul edilebilmesi için bireyde belirgin sıkıntıya neden olması, önemli zaman kaybına yol açması ya da kişinin olağan günlük işlerini, toplumsal etkinliğini, mesleki işlevselliğini önemli ölçüde bozması gerekmektedir. Obsesyonlar, istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin sıkıntıya neden olan, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir. Kompulsiyonlar, yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, anksiyete ve gerginliğin azaltılmasını amaçlarlar ve bunların yerine getirilmesinden haz alınmaz (59). OKB tablosunda üç önemli öge vardır. Birincisi kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imaj ve dürtü bulunmasıdır. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilme çabası olmasıdır. Bazen kişi bunlar ile ustalıkla baş edebilir. Bazen de kontrol çabası yalnızca geçmişte kalmıştır, bugün artık kişi bunlara teslim olmuştur. Üçüncü olarak kişi obsesyonların kendinden kaynaklandığını ve içsel orijinli olduğunu bilir (59). En sık görülen obsesyonlar bulaşma (%37-60), kuşku (%33-42), simetri (%31-43), bedensel (%5-49), saldırganlık (%11-41), cinsel (%3-48), dinsel (%10-60); en sık görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme (%50-63), yıkama/temizleme (%45-63), sorma anlatma ya da dua etme (%31-55), simetri-düzen (%13-47), soyma (%8-47), biriktirme (%1-18)'dir (60). OKB bulguları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarının kadınlarda; saldırganlık, cinsellik, düzenlilik, simetri obsesyonları ve kontrol kompulsiyonunun erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Lensi ve arkadaşları hastalığın temsilinde de cinsiyet farklılıkları olduğunu göstermiştir. Kadınlarda OKB başlangıcından sonra ilişkili panik atak oranı ve saldırgan temalı obsesyonların sıklığı yüksek bulunmuştur (61).

OBSESYON TİPLERİ

Bulaşma Obsesyonları: En sık görülen obsesyonlardandır. Çoğu kez yıkanma kompulsiyonuyla birlikte görülür. Eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temastan kaçınırlar.

Saldırganlık Obsesyonları: Çoğunlukla başkalarını öldürme, yaralama, zarar verme düşünceleri biçiminde ortaya çıkar. Hastaların bazıları da daha çok kendilerine zarar vermekten korkarlar. Bu tür obsesyonlar araçların önüne atlama, kendini yüksekte aşağı atma düşünceleri şeklinde olabilir.

Kuşku Obsesyonları: Kontrol etmeden rahatlayamaz, ancak bu kontrol çok uzun zaman alabilir (62).

Simetri ve Kesinlik İhtiyacı ile Birlikte Olan Obsesyonlar: Nesnelere ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde olması düşüncesinden kaynaklanır.

Somatik Obsesyonlar: AIDS, kuduz, kanser gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanacağı düşüncesi içindedir ve korunmak için çeşitli önlemlere başvurmaktadır (63).

Cinsel Obsesyonlar: Bu obsesyonların içeriği sıklıkla kişi için utanç verici ve kabul edilemez bir niteliktedir. Bazen eşcinsel olmakla ilgili korkuları içeren düşünceler biçiminde de görülebilir (63).

Dinsel Obsesyonlar: Çoğunlukla dindar bir insanda günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklindedir ve yoğun suçluluk duyguları ve sıkıntıya neden olabilir.

KOMPULSİYON TİPLERİ

En sık görülen kompulsiyonlar temizlik ve kontrol etmeyle ilgilidir. Yineleyici tarzda dua etme, otomobil plakalarını ve evlerin yerini sayma, bazı kelimeleri belli sayılarda yineleme gibi düşünsel süreçler anksiyeteyi azaltmayı amaçlar. Kişinin odaklanma yeteneğini oldukça bozabilir (61).

Temizlik Kompulsiyonları: Yineleyen tarzda ve uzun süreler el yıkama, banyo yapma, evin ve eşyaların temizliğiyle, bulaşık ve çamaşır yıkamayla saatlerce uğraşma şeklinde görülen kompulsiyonlardır.

Düzeltilme Kompulsiyonları: Eşyalar bir denge ve simetri sağlamak üzere belli bir düzen içinde tutulmaya çalışılır.

Kontrol Etme Kompulsiyonları: Sıklıkla güvenliği sağlamaya yönelik davranışlar şeklinde ortaya çıkar.

Tekrarlama Kompulsiyonları: Bunlar bir takım davranışların belli bir tarzda ve sayıda yapılmamasının kötü sonuçlar doğuracağı inancıyla ortaya çıkan kompulsiyonlardır.

Biriktirme Kompulsiyonları: Bir şeyi gereksinim duyulmadığı halde satın alma, sahip olunan hiçbir şeyi atamama ve biriktirme tarzındadır (60).

Dokunma Kompulsiyonları: Kişinin kendini belli nesnelere dokunmak zorunda hisseder.

Sayma Kompulsiyonları: Otomobil plakalarını, apartman katlarını sayma, evlerin numaralarını okuma tarzında ortaya çıkar.

Olguların önemli kısmında birden fazla obsesyon (%33-60) veya birden fazla kompulsiyon (%33-48) bulunmaktadır (60). Klinik görünümde çoğu vakada (%75) obsesyon ve kompulsiyonlar bir aradadır (60,61). Ancak sadece obsesyonlar (%9-29) yada sadece kompulsiyonlarla (%11-31) seyreden klinik tablolar da mevcuttur (62).

Weismann ve arkadaşlarının yedi farklı uluslar arası toplumda, yapılandırılmış araçlar kullanarak yapmış olduğu çalışmada, OKB'nin yaşam boyu prevalansı % 1,9-2,5 olarak bulunurken, yıllık prevalans oranları % 1,1-1,9 olarak hesaplanmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB'nin 1 yıl içerisindeki yaygınlığını % 0,5 olarak saptamıştır (64). Hastaların %25'inde bulgular çocuklukta, %29'unda ergenlik döneminde başlamaktadır. Ergenlerde yapılan çalışmalarda bulguların 9-18 yaşları arasında görüldüğü belirtilmiştir. Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 20 ve 25'dir (65). Erken yaşta başlangıçta tik bozukluğu ve trikotillomani sıklığının daha yüksek, aile yükünün artmış, farmakolojik tedaviye yanıtın kötü olduğu ve simetri obsesyonu ile düzenleme kompulsiyonunun görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Epidemiyolojik Saha Çalışması verilerine göre yaşamları boyunca OKB geliştirme olasılığı kadınlarda erkeklerden 1,5 kat fazladır. Menarş, premenstrüel dönem, gebelik, lohusalık dönemi OKB başlaması ile ilişkili bulunmuştur. Menapozdan sonra başlayan OKB pek beklenilir değildir ancak menapoz esnasında OKB' de relaps görülebildiği bildirilmiştir (156). Irk, etnik grup, eğitim, medeni durum, meslek, kültür, ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenlerle anlamlı ilişkisi bulunmamaktadır (66).

ETİYOLOJİ

Biyolojik Etkenler: Bugünkü araştırmalar bozukluğun ailesel, genetik, nöroanatmik, hormonal, immünolojik, nörokimyasal ve bilişsel bağlantılarına odaklanmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde %80'nin üstünde eş hastalanma oranı gözlenmiştir. Beyin görüntüleme çalışmalarında en tutarlı ve kesin bulgu orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdeğin başındaki etkinlik artışı ve sağaltıma iyi yanıt vermesidir. Streptokok enfeksiyonları sonrası oluşan otoimmün yanıtların striatumda işlev bozukluğuna yol açarak kompulsiyonlara, tiklere ve duygulanımda oynaklığa neden olduğu düşünülmektedir (67).

Psikososyal Etkenler: Temel özellikleri farklı çağlarda ve farklı kültürlerde aynı olmakla birlikte kültürel etkiler hastalığı çeşitli yönlerden etkiler. Özellikle dini inançların belirtilerin şekillenmesinde önemli rolü vardır (68).

Psikodinamik Etkenler: Klasik psikanalitik kuramda, obsesif-kompulsif kişiliğin anal kişilik özellikleri taşıdığı ve anal dönemde saplanma belirtileri gösterdiği kabul edilir. Kişi bir eylemi yapma ve yapmama arasında kararsız kalır.

Aynı şekilde obsesif kompulsif bozuklukta da her istek, düşünce ve eylemin bir olumlu, bir de olumsuz yanı vardır (69) (Tablo 8).

Tablo 8: Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri DSM-IV TR

<p>A-Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır: Obsesyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır: 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete yada sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler 2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir 3) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır yada başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır 4) Kişi obsesyon düşünceleri, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir) Kompulsiyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır: 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) yada zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma) 2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya yada korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleşmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.</p>
<p>B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.</p>
<p>C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.</p>
<p>D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma yada Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).</p>
<p>E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>

Hastalığın erken yaşta başlaması, bekar olma, başlangıcın şiddetli olması, hastalığın uzun ve süreğen olması, belirgin büyüsel düşüncenin, sanrıların, kişilik bozukluklarının (özellikle şizotipal, paranoid ve sınır kişilik) varlığı, OKB'nin bipolar bozukluk ve yeme bozukluğu ile birlikte olması, kötü sosyal uyum ve sosyal

becerilerin yetersiz olması kötü gidişin belirleyicileridir. Birincil OKB' ye en sık eşlik eden 1. eksen bozuklukları sırasıyla majör depresyon (%67), özgül fobi (%22), sosyal fobi (%18) ve yeme bozukluklarıdır (%17). Yapılan çalışmalar OKB'nin yaşam boyu %50 gibi büyük bir oranda diğer bir anksiyete bozukluğuyla eştanı gösterdiğini bildirmektedir. Epidemiyolojik saha çalışmaları OKB'nin şizofreni ile %12,2, şizofreniform bozukluk ile %1,3 oranında bir arada bulunduğunu, OKB ve şizofreninin bir arada bulunduğu durumlarda şizofreninin OKB'den önce ortaya çıktığını göstermiştir (69). OKB'yi fobilerden ayırmak bazen zor olabilmektedir. Genellikle fobik tepki, dışarıdaki bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu ile birlikte. Bu durum, sıklıkla başkalarına ya da kendine zarar verme korkusunun yaşandığı ve bu tür korkuların kompulsif eylemlerle denetim altına alınmaya çalışıldığı OKB hastalarındaki ile karşıtlık gösterir. Beden dismorfik bozukluğu'nu OKB'den ayıran en önemli özellik, kişinin ilgi ve uğraşısının bedeninin kusurlu olduğu düşüncesi üzerinde odaklanmış olmasıdır. BDB ile OKB arasındaki farklılıklardan bir diğeri, BDB'nin zihinsel uğraşılarının genellikle anlamsız yâda saçma olarak görülmemesi ve sıklıkla zayıf bir içgörünün bulunmasıdır. Şizofreninin başlangıcı ve gelişim aşamasında ya da benzeri psikotik bozukluklarda, geçici ve değişebilen obsesif-kompulsif belirtiler görülebilmekte ve bu tür belirtiler psikotik tablo tam yerleştikten sonra da ara ara ortaya çıkabilmektedir (70).

TEDAVİ

Serotonin geri alım önleyici ilaçlar, obsesif kompulsif bozukluğun sağaltımında depresyon ve başka bunaltı bozukluklarında olduğundan daha yüksek dozda ve uzun süre kullanılmalıdır. Klomipramin bütün SSGİ'lerden daha etkili bulunmasına rağmen, sağaltıma uyum SSGİ'lerle daha iyidir. İlaçların etkileri obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların ancak %30'unda tatminkâr düzeydedir. Özellikle toplama ve biriktirme kompulsiyonları ile cinsel, dinsel ve somatik saplantılarla giden ve zayıf içgörüsü olan hastalar ilaçlara daha az yanıt vermektedir. Bilişsel davranışçı psikoterapide bozukluğun belirtilerine zemin hazırladığı, hastalığı başlattığı ve hastalığı sürdürdüğü düşünülen etkenler, hastanın temel inançları, saplantıları, yorumları, bunların yol açtığı duygular, başa çıkma yöntemleri araştırılır. Hastanın bu temel inançlarına seçenek oluşturacak düşünceler geliştirmesine yardım edilir. Kullanılan davranışçı yöntemler arasında özellikle *exposure* ile yanıtı erteleme'nin birlikte kullanılması çok etkilidir (71).

2.3.6.4. ÖZGÜL FOBİ

Tehdit oluşturan nesne ya da durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması fobi olarak isimlendirilir. Özgül fobi ise, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne ya da durumlardan, mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir. Birçok kişinin bazı durumlardan ya da nesnelere korkusu olabilir; ancak klinik olarak çok şiddetli sıkıntı yaratmıyor ve kişinin ilişkilerini ve işlev düzeyini bozmuyorsa bu duruma fobi denemez. Yaşam boyu görülme sıklığı %11 civarındadır. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmeyle birlikte, cinsiyet farklılığı özgül fobinin her alt tipi için geçerli değildir. En sık 25-44 yaş arasındadır ve bu grubun %7,9-8,8'i etkilemektedir. 18-24 yaş arasında %6,5, 55 yaş üzeri %5,2 görülme sıklığı vardır (72). Tipik özgül fobiler hayvanlardan korkma (özellikle böcek ve örümcek), doğal afet (fırtına, deprem vb.), kan, enjeksiyon, yara, kapalı yer, asansör, uçak yolculuğu gibi durumlara karşı gelişir. Objeye karşı karşıya kaldıklarında verdikleri heyecanlı reaksiyonlar ve kaçma

hareketleri daha ciddi problemlere yol açabilir. Kan, enjeksiyon, yara korkuları olanlar bradikardi, ortostatik hipotansiyon yada bayılma olarak tepki verirler (Tablo 9).

Tablo 9: Özgül Fobi DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

A. Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı yâda anlamsız, belirgin ve sürekli korku
B. Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurulabilir.
C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.
D. Fobik durum (lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bun(lar)a katlanılır.
E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitim ile ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır
F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az altı aydır.
G. Özgül bir neden ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, obsesif kompulsif bozukluk(örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), posttaravmatik stres bozukluğu(örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma), ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. okula gitmekten kaçınma), sosyal fobi(utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmaksızın agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-IV tanı ölçütleri, fobik bozukluklar sınıflamasına panik atak dâhil edilmesine izin verir. Bu nedenle panik bozukluklar fobik bozukluklardan dikkatlice ayrılmalıdır. Psikotik ve paranoid bozukluğu olan kişilerin anormal korku deneyimleri olabilir ve diğer insanlardan kaçabilirler. Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda anksiyete görülebilir ve fobik bozukluk ile karışabilir. Bunun yanında OKB ya da MD bazen fobik bozukluklarla karıştırılabilir. Erişkin döneme kadar ulaşan fobilerin tedavi edilmeden düzelme şansı düşüktür. Özgül fobi tedavisinde en etkili yaklaşım *exposure* yöntemidir. Bu yöntem motivasyonu yeterli olan, depresif belirtilerin bulunmadığı, fobik uyarının açıkça belli olduğu olgularda uygulanabilir. Korku oluşturan nesne ve durumların gerçekte hiç bir tehlike oluşturmayacağı ve fobik uyararla ilgili olası yanlış inanışlar konusunda yeteri kadar çalıştıktan sonra, hastalar fobik uyararla hafiften şiddetliye doğru kademeli olarak yüzleştirilir. Amaç hastaları fobik nesne ya da duruma karşı duyarsızlaştırmaktır (73).

2.3.6.5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Sosyal fobi kişinin başkalarınınca değerlendirilmesi mümkün olan birden çok ortamdan sürekli korkma ve bu ortamlarda olabildiğince kaçınma davranışları gösterme hali; aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağıyla ilgili sürekli endişe duyma durumu olarak tanımlanabilir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan ECA sonucuna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı bölgede; Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda'da sırasıyla yaşam boyu prevalans %3,1, %1,9, %3,2, %1,8, %1,7 ve %3,0 olarak bulunmuştur (183). Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda sosyal fobinin en sık rastlanan anksiyete bozukluğu olduğu gözlenmiştir (74). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1994'de sonuçları yayınlanan ulusal komorbidite araştırmasına göre ise sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalans hızı %13,3 olarak saptanmıştır. Türkiye'de yürütülen 'Ruh Sağlığı Profili' alan taramasında yaygınlığı %1,8 olarak

bildirilmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (75). Elli yaşın üzerindeki bireylerin alındığı çalışmalarda daha düşük oranlarda saptanması, hastalığın yaşla beraber düzelmeye gösterdiğini düşündürmektedir. Yaygın alt tipinde başlangıç yaşı daha erkenken, sınırlı tipte daha geçtir. Erken çocukluk döneminde başlayanlarda tedaviye yanıt oranı daha az, eşanı ise daha fazladır. Amerikan Ulusal Eşanı Araştırmasında sosyal fobi kadınlarda erkeklerden 1,5 kat fazla bulunmuştur (76). Turk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha şiddetli sosyal anksiyete belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. Aynı zamanda kadınların otorite karşısında konuşmada, dinleyici kitlesi karşısında performans sergilemede, gözlenirken çalışmada daha fazla korku yaşadıkları bildirilmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğunda ortak olan tema, sosyal durumlarda kötü performans gösterme korkusudur. Sosyal bir ortama girdiklerinde sıklıkla kalp çarpıntısı, terleme, kızarma ve el titremesi meydana gelir. Genellikle bu kişilerin benlik saygısı düşüktür çünkü aşırı veya kendi uygunsuz davranışları ve bunların yaşamları üzerindeki etkisi konusunda içgörüsü tamdır. Korkulan ortamların sayısı ve tipi, sosyal fobinin alt gruplara sınıflandırılmasına yol açmıştır. Yaygın olan tipinde bütün sosyal ortamlarda fobik belirtiler ortaya çıkmaktadır ve %50-80 oranında görülmektedir (77). Bu tipte ailesel özellikler, yeti yitimi, direnç ve eşanı oranı daha fazladır. Sınırlı tipinde ise anksiyeteye neden olan tek bir durum vardır. Dolayısıyla işlevsellik kaybı da daha azdır. Bazı çalışmalarda davranışsal inhibisyonu olan çocukların daha sonra belirgin düzeyde utangaçlık ve sosyal fobi geliştirdikleri görülmüştür. Çocukluk çağında yakın ilişkinin eksikliği, ana babada psikiyatrik hastalık öyküsünün, fiziksel ve cinsel istismar gibi faktörlerin sosyal fobi gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (76, 77). Sosyal fobinin nedenlerine yönelik araştırmalar serotonerjik, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemler ve hipotalamik-pituiter-adrenal eksen üzerinde yoğunlaşmıştır. Birinci derece akrabada sosyal fobi gözlenmesi, bozukluğun ortaya çıkma riskini iki veya üç kat arttırmaktadır. Davranışsal inhibisyon gösteren çocukların, ailelerinin dışındaki ortam ve kişiler karşısında aşırı korku duydukları ve daha sıklıkla sosyal fobi geliştirdikleri de bilinmektedir. Nöropsikolojik işlevleri değerlendiren çalışmalarda ise sosyal fobide sözel bilgi için anlamlı hatırlama ve epizodik bellek kusurlarının olduğu gösterilmiştir (77) (Tablo 10).

Tablo 10: Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirli ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar ya da anksiyete belirtileri gösterir.
B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı yada durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.
C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.
D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete yada sıkıntı ile bunlara katlanılır
E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkilerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç), yâda genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz(örn. agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut disformik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanısı ölçütünde söz edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nervroza yâda bulimiya nervrozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Sosyal anksiyete bozukluğu ayırıcı tanısında utangaçlık, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, vücut disformik bozukluğu, majör depresyon, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, şizofreni spektrumu bozuklukları, çekingen kişilik bozukluğu ve Parkinson hastalığı gibi genel tıbbi durumlar akılda tutulmalıdır. Yapılan çalışmalarda sosyal fobide en sık olarak depresyon ve distimik bozukluk eş tanısı görülmüştür. Sosyal fobili kadınlarda panik bozukluk ve özgül fobi eş tanısı erkeklerden daha fazla iken, erkeklerde alkol ve madde kullanım bozukluğu daha belirgindir (78). Sosyal fobi genelde yaşam boyu kronik ve dalgalı bir gidiş gösterir. Etkin tedavi prognoz üzerine uzun dönemde olumlu etki göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte az da olsa spontan remisyonlara rastlanmaktadır (79). İlk başlangıç şiddetinin yüksek olması, tedaviye geç başlangıç, alkol kullanımı, nabız ve tansiyonun yüksek olması, B kümesi kişilik bozukluğunun bulunması olumsuz prognostik faktörler arasında gösterilmektedir (79).

TEDAVİ

Sosyal fobik hastalar sosyal iletişimden çekindikleri için nadiren kendiliğinden yardım arayışına girerler. Eğitim düzeyi ortalamanın üstünde, bir işte çalışan, hastalık nedeniyle işlevleri etkilenen erkekler özellikle iş yaşantısı ile ilgili güçlüklerden dolayı tedavi arayışına girmektedir. Farmakoterapiyle belirtiler azalabilir. Sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi, sosyal fobide etkin olan psikoterapötik yaklaşımlardır (80). Tedavide kullanılan başlıca ilaçlar, SSGİ'leri, TSA'lar, SNGİ'leridir. Anksiyete düzeyi yüksekse, kullanımı hedefe yönelik ve sınırlı olmak kaydıyla benzodiyazepin verilebilir.

2.3.6.6. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Ruhsal travma, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan, insanın deneyim sınırlarını aşan olayların neden olduğu korku, dehşet ve çaresizlik olarak tanımlanır. Yaşanan travmatik olaylar arasında; askeri çatışma, kişisel saldırıya uğrama (cinsel saldırı, fiziksel saldırı), kaçırılma, doğal ya da insanların yol açtığı felaketler, ağır trafik kazaları, yaşamı tehdit eden hastalık tanısı alma sayılabilir. Genel olarak TSSB'nin travmatik etkenin doğası ve şiddeti, kişilik özellikleri, baş etme yöntemleri, önceden var olan inanç sistemleri, algılama ve tutumlar ve olay sonrası çevresel koşulların etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir (81). Tanı koyabilmek için belirtiler 1 aydan uzun süre devam etmelidir ve aile, iş gibi kişinin hayatının önemli alanlarını belirgin bir şekilde etkilemelidir. Travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, geçirilen travmayı çağrıştıran olay, yer ve etkinliklerden uzak durma, duygusal tepkilerin kısıtlı kalması ve aşırı otonomik uyarılma belirtileri ile kendini gösterir. Genel nüfusun %93'e yakını travmatik bir olay yaşantılarına da, sadece %5-12 oranında bir grup TSSB geliştirmektedir (82). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komorbidite Çalışması'na katılanların % 56'sı yaşamları boyunca en az bir travmatik olayla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada TSSB' nun yaşamın herhangi bir dönemindeki yaygınlığı % 7,8 ve son bir aydaki yaygınlığı %2,3 olarak tespit edilmiştir (83). Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına

göre kadınların yaşam boyu TSSB geliştirme olasılığı erkeklerin iki katıdır. Yaşam boyu sıklık kadın ve erkekler için sırasıyla %12,5 ve %6,2'dir (84). Genel olarak erkeklerin daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı veya tanıklık ettiği, kadınların ise daha çok cinsel suçların kurbanı olduğu bildirilmiştir. Tecavüz ve işkence gibi daha ciddi travmatik olaylara maruz kalan kişilerin yaklaşık yarısının TSSB geliştirdiği görülmektedir. TSSB belirtileri üç ana grupta ele alınır (85):

A. Travmatik olayın tekrar tekrar anımsanıp, yaşanmasıyla ilgili belirtiler: Travmatik olayı çağrıştıran bir uyararla karşılaşan kişi aynı olay sanki tekrar oluyormuş gibi hisseder ve davranır.

B. Kaçınma belirtileri: Kişi travmatik olayı anımsatan her tür etkinlikten kaçınır. Kopukluk, yabancılaşma duyguları, kısıtlı duygulanım, bir geleceği kalmadığı duygusu eşlik edebilir.

C. Artmış uyarılmışlık belirtileri: Uykusuzluk ön plandadır. Ses, ışık, dokunma gibi uyaranlara aşırı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler bu belirti grubunda sayılabilir. Çeşitli çalışmalarda TSSB semptomatolojisi kadın ve erkekler arasında farklılık göstermektedir. Fullerton ve arkadaşlarının ciddi bir motorlu araç kazası geçirenlerle yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere oranla kaçınma ve duyarsızlaşma tanı ölçütünü yaklaşık 5 kat, uyarılma ölçütünü ise 4 kat fazla karşıladıkları izlenmiştir (86) (Tablo 11).

Tablo 11: Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri

<p>A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır;</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da Başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş yâda böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.
<p>B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.2. Olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak Üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, yanılmalara, varsanılara disosiyatif 'flashback' epizodlarını kapsar).4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
<p>C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma Çabaları3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları6. Duygularında kısıtlılık(örn. sevmeye duygusunu yaşayamama)7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da Olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)
<p>D. Aşağıdakilerden ikisinin(ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık</p>

semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
2. İrritabilite ya da öfke patlamaları
3. Düşünceleri belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekme
4. Hipervijilans
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk(B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) bir aydan uzun sürer.

TSSB semptomları yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu semptomları ile kolaylıkla karıştırılabilir. Dissosiyatif bozukluklar ve yapay bozukluk ayırt edilmesi gereken diğer klinik tablolarıdır. Kessler ve ark. TSSB hastalarının yaklaşık %50'sinin iki veya üç eştanı aldığını belirtmiştir. TSSB tanısı almış erkekler, TSSB tanısı almamış erkeklerle kıyasla altı ile on kat daha fazla duygu durum bozukluğu tanısı almaktadır. Başka çalışmalar madde kullanımı ile tedaviye başvurmuş kişilerin %25 ile %58'inin TSSB eştanısı olduğunu göstermektedir (87).

TEDAVİ

Hafif olgularda öncelikle psikoterapi, orta ve ağır olgularda ise psikoterapiye eklenen ilaç tedavileri önerilmektedir. TSSB'de ilaç tedavisi; kendine zarar verici belirtileri, kaçınma belirtilerini ve aşırı uyarılmayı azaltmak, hayattan zevk almama ve isteksizlik gibi depresif belirtileri gidermek, dissosiyatif ve psikotik belirtileri kontrol altına almak amacıyla kullanılır (88). TSSB farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında, SSGİ'leri, TSA'lar, MAOI'leri, trazodon, mirtazapin, venlafaksin, tianeptin, lityum, B-blokerler, klonidin, karbamazepin ve valproik asit yer alır. Bunlar arasında en etkili olduğu belirtilen ve en sık kullanılan ilaçlar SSGİ'leridir. TSSB'nin bilişsel ve davranışçı terapiler uygulamalarında yaşayarak ve imgesel alıştırmaya, bilişsel yeniden yapılandırma ve anksiyeteyi azaltma yöntemleri öne çıkar.

2.3.6.7. GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Tanı Kriterleri

A. Klinik görünüme belirgin anksiyete, panik atakları ya da obsesyonlar yâda kompulsiyonlar egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

C. Bu bozukluk, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn; stres kaynağının ciddi bir genel tıbbi durum olduğu Anksiyete ile Giden Uyum Bozukluğu)

D. Bu bozukluk sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk klinik açıdan belirli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda yâda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Geç başlangıç yaşı ve kişide ya da ailesinde Anksiyete Bozukluğu öyküsünün olmaması Genel Tıbbi bir Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu tanısını dışlamak için kapsamlı bir değerlendirmenin gereğini düşündürür.

2.3.6.8. MADDE KULLANIMINA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Kötüye kullanılabilen bir ilacın, tedavi için kullanılan bir ilacın ya da bir toksinle karşılaşmanın doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğu yargısına varılan, belirgin anksiyete semptomları ile belirlidir.

2.3.7 KANSER VE ANKSİYETE

Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir (87). Kanser hastalarında bulgular kısa bir süre zarfında gelişebilir ve tanı koymak için altı ay beklemektense, semptomatik olarak tedavi edilmesi gerekebilir. Bu hastalarda anksiyete bozukluklarının tedavisi geniş bir bakış açısı ile ele alınmalı ve konfüzyon veya erken

deliryum olasılığı olduğunda antipsikotik ilaçların kullanımı düşünülmelidir (88). Anksiyolitiklerin başlangıç dozu, anksiyetenin şiddeti, hastanın tıbbi durumu ve kullandığı diğer ilaçlara göre belirlenmelidir. Diazepam gibi uzun etkili benzodiazepinler günde 2 kez verilirken, alprazolam, oksazepam, lorazepam gibi daha kısa etkili ilaçlar günde 3-4 kez verilebilir. Lorazepam'ın bulantı yapan kemoterapotik ilaçların kullanıldığı durumlarda bulantıyı azalttığı bildirilmiştir (89). Akut stres bozukluğu (ASB) kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur. Kişinin başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığını gösterir. Bulgular; travmatik olayı hatırlatıcılardan kaçınmayla birlikte, bir veya daha fazla disosiyatif ve anksiyete belirtilerinin kombinasyonunu içerir. ASB travmatik bir olaydan sonra bir ay içinde gelişen bulgular için; posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) olaydan sonra bir aydan fazla süreyle devam eden bulgular için düşünülmelidir. ASB 'nun yaygınlığı kanser hastalarında ortaya konmamıştır. PTSB kanser hastalarında %32'ye varan oranlarda bildirilmiştir ve çalışmalar kanser hastalarının %80'e varan kısmının PTSB bulgularından bazılarını yaşamalarının olası olduğunu bildirmiştir. Kanserli olmak yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılanabilir ve önemli psikolojik travma yaşamış hastalar için korku, disosiyatif yaşantılar, kanserle ilişkili her şeyden kaçınma, kâbuslar, irritabilite, hipervijilans ve konsantrasyon bozukluğuna yol açabilir. Uzun, zahmetli tedaviler uygulanan hastaların veya kanserin seyri veya tedavisi sırasında deliryum yaşayan hastaların PTSB bulguları geliştirmeleri daha olası olabilir. Kansere bağlı travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılabilir (89,90). Tekrarlayan düşünce, yaşantı ve aşırı uyarılmışlık durumlarında sedatif özellikli antidepressan ilaçlar ve anksiyolitikler kullanılabilirken, ciddi aşırı uyarılmışlık belirtilerinin varlığında beta blokerlerden de yararlanılır. Psikoterapinin de PTSB' tedavisinde önemli bir yeri vardır. Anksiyete ve depresyon belirtileri ayrı olarak yaşanabildiği gibi hastalık durumlarında birlikte de görülmektedir. Bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 PTSB tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir (90). Eş tanıli durumlarda tek bir tanının var olduğu durumlara kıyasla daha ağır belirtiler, sağaltıma daha fazla direnç ve daha fazla yeti yitimi görülmektedir (90). Kanser hastalarındaki panik ataklar önceden mevcut bir panik bozukluğun alevlenmesini yansıtır olabilir. Ender olarak ilk panik nöbetini tıbbi ortamda tedavi görürken geçiren hastalar da olabilir. Depresyon gibi, panik bozukluğu da kanser hastalarında artmış öz kıyım riski ile ilişkilidir. Klostrofobik hasta tanısız görüntüleme aletlerinde anksiyete yaşayabilir. İğne fobisi olan hasta korkuları sebebi ile tedavisini aksatabilir. Tanı işlemleri gibi acil durumlarda benzodiazepinlerden (alprazolam 0,5mg) faydalanılır (90). Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu anksiyete belirtileri tıbbi hastalığın doğrudan fizyolojik sonucu olduğunda konulan bir tanıdır. Kanserde anksiyeteye pulmoner emboli, pulmoner ödem, hipoksi, hipoglisemi, hiperkalsemi, hipertiroidizm, hiponatremi, kompleks parsiyel nöbetler, sepsis, anemi ve kardiyak bozuklukları içeren çeşitli tablolar neden olabilir. Hormon salgılayan neoplazmlar ve paraneoplastik sendromlar da anksiyeteye neden olabilir. Giderilemeyen ağrı da anksiyetenin sık görülen bir nedenidir. Akut ağrıya eşlik eden anksiyete tablosu en iyi analjezik ilaçlar ile tedavi edilebilir. Anksiyete şiddetli solunum güçlüğüne eşlik ediyorsa oksijen, opiyat, düşük düzeyde sedasyonun dikkatli kullanımı ile tedavi edilebilir. Kanser hastalarında kullanılan bronkodilatörler, steroidler, metoklopramid gibi antiemetikler anksiyeteye sebep olabilirler. Ensefalopati ve deliryuma sebep olan ilaçlar eş zamanlı olarak anksiyeteye de neden

olabilir. Bu durumda tedavi için benzodiazepinler ya da düşük doz antipsikotik ilaçlar kullanılabilir (90).

2.4. DEPRESYON

2.4.1.TANIMI

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyon tüm bedeni ilgilendiren, fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel semptomları olan bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütü (WHO) dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu 4. sraya koymuştur. Majör depresif bozukluk en sık görülen duygudurum bozukluğudur (91). Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak görülebilmektedir. Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (92). Normal, geçici, anlık bir emisyonun bir hastalığın herhangi bir belirtisi yâda tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal (egzistansiyel) krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür. Depresyon, bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde olur. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak analitik depresyon, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez (93).

2.4.2.DEPRESYON EPİDEMİYOLOJİSİ

Depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır. Yetişkin nüfusun yaklaşık % 20'si yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır. Yapılan çalışmalar, yüksek prevalans hızının yanı sıra, depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (94). Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (95). Bir majör depresyon dönemi geçirmiş bir kişinin yaşamı boyunca yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %50'dir. İki majör depresyon geçirmiş bir kişinin yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %70-80'lere çıkmaktadır. Üç ya da daha çok dönem geçirmiş olanların böyle bir dönem geçirme olasılıkları çok daha yüksektir. Ülkemizde ilk epidemiyolojik alan araştırmaları 1963'te İstanbul'da Türkiye Akıl Hıfzıssıhhası Cemiyeti tarafından 10,413 kişinin taranmasıyla ve 1964-1966 yıllarında Ankara'da kırsal-yarı kırsal gecekondü bölgelerinde ön çalışma niteliğinde

yapılmıştır. Daha sonraları uzmanlık tezi olarak gerçekleştirilen Demiriz, Hancıoğlu, Küey ve Altınöz'e ait yarı-kırsal ya da gecekondu bölgelerinde yapılan çalışmalar ile Doğan ve arkadaşlarının Sivas'ta gerçekleştirdikleri çalışmalarda depresyon yaygınlığı %8-20, ikincil depresyon yaygınlığı da %4-8 arasında bulunmuştur (96).

Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in tespit ettiği sonuçlara göre:

Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır;

Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir;

Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8,8);

Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir (97).

2.4.3. DEPRESYON TARİHÇESİ

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahid'de ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Hippokrates'dir. Hippokrates (İ.Ö.460 - 357) bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için "melaine chole" olarak adlandırmıştır (98). Galen'e (İ.S. 131 - 201) göre melankoli "korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret" ile kendini göstermektedir. Sonbaharın melankoliye en çok uyan mevsim olduğu düşünülmekteydi. Efes'li hekim Soranus'un (İ.S 1. - 2. yy) ruh hastalıklarının kurumsal tedavisinde hastalara tiyatro oyunları izlettiği, oyunlarda rol almalarını istediği ve melankolide komedi, manide trajediyi tercih ettiği bilinmektedir (98). Tamamıyla duygudurum bozukluklarına ayrılmış ilk İngilizce metin, R. Burton'un 1621'de yayınlanan "Melankolinin Anatomisi" adlı eseridir. 'Nedensiz' melankolilerin yanı sıra, hipokondriyazis, yas ve aşk melankolileri gibi çok çeşitli nedensel kategoriler de sınıflamış ve hemen bütün öncülleri gibi Burton da erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmiştir. Mani P. Pinel (1745- 1826), melankoli ise J.E. Esquirol (1772 - 1840) tarafından incelenmiş ve ayrıntılarıyla tanımlanmıştır. İngiliz psikiyatrist H.Maudsley (1835 - 1918) "affektif bozukluk" terimini ilk kullanan kişidir. E. Kraepelin (1856 - 1926) ise mani ve melankolinin bütün formlarını bir araya toplamış, uzunlamasına seyirde tekrarlayabildiğini, birbirini izleyebildiğini, aynı epizoda üst üste binebildiğini gözlemlemiş, 1899 yılında yayınladığı ders kitabında manikdepresif hastalığı ayrı bir nozolojik antite haline getirmiştir. E. Kraepelin için klinik depresyonun çekirdek patolojisi, duygudurumda çökme ve fiziksel ve zihinsel süreçlerdeki yavaşlamadır. Bu tablo, DSM-IV' teki "majör depresif bozukluk, melankolik özellikli" tanısına karşılık gelmektedir. Bu durumla DSM-IV' ün "bipolar bozukluk" olarak adlandırdığı durumun bir devamlılık gösterdiğini ileri sürmüştür (99). 17. yüzyıl Fransa' sındaki kartezyen düşünce zihni bedenden kavramsal olarak ayırmakla, hekimlere somatik alanda otonomi sağlamış, kilisenin müdahalesinden özgür kılmıştır. Dikotomik yaklaşım Kraepelin' in deskriptif gözlemleri ve tanısall kategorizasyonunda meyvesini vermiş, ancak biyolojik indirgemecilikle de sınırlanmıştır. 20. yüzyılın başında İsviçreli A. Meyer, psike ve soma arasındaki ayrımı köprüleştirmek amacıyla "psikobiyojoloji" terimini getirmiş, biyografi ve psikososyal nedenlere dikkat sarf etmiştir. Melankoli terimi yerine, biyolojik çağrışımları olmadığı için "depresyon"("pressed down", aşağı bastırılmış) terimini tercih etmiştir (99).

2.4.4. DEPRESYONDA RİSK FAKTÖRLERİ

YAŞ

Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Depresyon için 65 yaş üzerinde %1,7; 75 yaş

üzerinde %3,2; 79 yaş üzerinde %0,5; primer depresyon için %1,8; sekonder depresyon için %1,9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (100).

CİNSİYET

Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesi iki şekilde açıklanabilir. Biyolojik ve psikolojik nedenler. Mestürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler; menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroide hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal insitabilededeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Oral doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir. Psikolojik etkenlerle ilgili olarak; kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, sorumlu tutulmaktadır (101). Günümüz koşullarında maddi manevi büyük yük altında olan kadınlar eş, anne, iş kadını ve ev hanımı gibi rollerin ağırlığını yüklenmişlerdir. Kadınlar minör depresyon için de hekimlere başvururken erkekler daha çok ağır depresyonda ve genellikle aile zoru ile doktora başvurmaktadır. Depresif erkekler kadınlara göre alkol ve uyuşturucu kullanmaya daha eğilimlidirler. Bu nedenle alan araştırmalarında depresyona sekonder olarak alkol ve madde bağımlısı erkeklerin depresyon değil de alkol ve madde bağımlısı teşhisi almalarının cinsler arasındaki bu farklılığı meydana getirdiği iddia edilmiştir. Depresif bozukluklar kadınlarda daha sık görülmesine rağmen, özkiyım sonucu ölen erkeklerin sayısı kadınlardan daha fazladır (102).

MEDENİ DURUM

Depresyon en çok boşanmış yâda ayrılmış kişilerde görülür. Depresyonun mu boşanmaya sebep olduğu yoksa yalnız yaşamanın mı depresyonu ortaya çıkardığı tartışmalıdır. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururlar. Sırasıyla, evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda risk içersindedirler. Fakat bir başka araştırma yalnız erkeklerin ve evli kadınların en büyük risk grubunu oluşturduğunu ileri sürmüştür. Ülkemizdeki araştırmalarda 65 yaşın üzerindeki yaşlılarda, kadın olmanın; dul olmanın; günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmanın depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (103).

IRK VE ETNİK GRUPLAR

Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada; majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıkların da, daha çok bu sosyoekonomik durumundan kaynaklandığını bunun yanı sıra, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiği ileri sürülmüştür (103).

SOSYOEKONOMİK DURUM

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Çalışmalar, düşük gelirliler ve daha az eğitilmiş nüfusta depresyon insidansının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Depresif belirtiler uzunlamasına çalışmalarda, çalışan genç yetişkinler arasında sonradan ortaya çıkan işsizlik ve aile kazancının kaybı ile ilişkilendirilmiştir (104).

AİLE ÖYKÜSÜ

Leonhard, bipolar grupta unipolarlara göre daha fazla genetik yüküklük olduğuna değinmiş ve çeşitli çalışmalarda bipolar gruptaki hastaların ailelerinde hipomani, unipolar hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir (105).

SOSYAL ÇEVRE

Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Sosyal desteğin psikiyatrik durumlardaki önemini ilk kavrayanlardan biri Emile Durkheim'dir. Durkheim "Toplum ile bütünleşemeyen bireyler intihar için büyük risk altındadırlar" demiştir. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır (106).

2.4.5. DEPRESYON ETİYOLOJİSİ

Depresyon etiyojisi halen tam olarak aydınlatılmamıştır. Bunun sebepleri depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının var oluşu ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması olabilir. Depresyonun oluş sebeplerini 3 ana başlık altında toplamak mümkündür; psikososyal, biyolojik ve genetik etkenler (107).

GENETİK

Psikiyatrik hastaların etiopatogenezinde genetik geçişin de rol oynaması, bugün tartışılmaz bir konudur. Özellikle monozigot ikizlerde bu psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması; aile prevalansının, popülasyon prevalansından daha yüksek değerler göstermesi bu düşüncüyü desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinde es hastalanma oranı %40-50 arasında bulunmuştur (108). Tek yumurta ikizleri ile yapılan değişik çalışmalarda birlikte hastalanma oranı %50-92,5 (ortalama %69) ile dizigot ikizlerinin (ortalama %20) 3,6 katı olarak bulunmuştur. Genel olarak kabul edilen görüş, depresyonda genetik geçişin tam olmayan bir penetrasyonla poligenetik ve heterojen olduğudur (109).

BİYOLOJİK ETKENLER

Biyolojik etkenler arasında en çok yeri olduğu düşünülen aminler norepinefrin ve serotonindir. Bunların yanı sıra dopamin ve asetilkolin bozuklukları da duyu durum bozukluklarında mevcut olabilir (110).

SEROTONİN (5-HT):

Depresyonlu hastaların BOS'unda 5 HT'nin temel metaboliti olan 5hidroksiindolasetik asit (5-HİAA) düzeylerinin düşük bulunması, 5 HT'nin depresyon patogenezinde rolü olduğunu düşündürmüştür. Özellikle özkıyım sonucu ölen kişilerde yapılan incelemelerde beyinde 5 HT ve 5-HİAA düzeylerinin düşüklüğü bu görüşü desteklemiştir. Serotonin üretiminin hız sınırlayıcı enzimi olan triptofan hidroksilaz gen polimorfizmi ile depresif hastaların belirtileri arasında ve yine aynı genin polimorfizmi ile depresif hastalardaki intihar davranışı arasında iliksi olduğu gösterilmiştir (111).

NÖREPİNEFRİN (NE):

Biyojenik aminlerden NE, mizaç bozukluklarının patofizyolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterlerden biridir. Hem NE hem de 5-HT tesirini arttıran trisiklik antidepressanların klinik olarak yararlılığı Ne'nin önemini göstermektedir. β -adrenerjik reseptörlerin downregülasyonu ile klinik olarak antidepressanlara verilen cevaplar arasındaki paralellik bu görüşü destekleyen bir başka bulgudur (110,111)

DOPAMİN (DA):

Depresyonlu hastalarda BOS homovalinik asit (HVA) düzeyi düşük bulunmuştur. DA döngüsünün azaldığı öne sürülmektedir. Psikotik belirtili depresyonlarda ise, DA döngüsü ve HVA düzeyi düşük bulunmuştur. Dopamin düzeyini yükselten tyrasine, amfetamin gibi maddeler depresif belirtileri azaltırlar. Ayrıca dopaminerjik aktiviteyi arttıran antidepressif ilaçların (örnek Bu propion, amineptin) klinik yararlılığı bilinmektedir. Dopamin reseptörlerinin polimorfizmi ile duygulanım bozukluklarının arasındaki ilişiyi araştıran çalımsalar artarak devam etmektedir. D4 reseptör geni ile majör depresyon arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (112).

ASETİLKOLİN

Depresyonda kolinerjik etkinliğin arttığı, kolinerjik ilaçların (rezerpin, metildopa, propranolol, antipsikotikler) depresyon ortaya çıkardıkları bulunmuştur. Bu görüşe göre, kolinerjik/adrenerjik etkinlik oranı kolinerjik etkinlik lehine bozulmuştur. Kolinerjik aktiviteyi artıran bazı ilaçların depresif belirtiler ortaya çıkarması ve TCA'lerdeki antikolinerjik etki bu hipotezi destekler (110-112).

GABA

Bir inhibitör nörotransmitter olan GABA depresyonda düşük bulunmuştur. GABA agonistleri NE ve serotonerjik nöronların ateşlenmesini artırır. DA döngüsünü azaltır. Plazma GABA seviyesi, mizaç bozukluğu olan bazı hastalarda düşük bulunmuştur. Ancak bulguya manik hastalarda da rastlanmıştır. Ayrıca GABA düzeyinin düşüklüğü depresyon düzeldikten sonra da devam eder. Bu da GABA'nın sınırlı bir değerini ifade eder (110-112).

SOMATOSTATİN

Hipofizde bir nörohormon, merkezi sinir sisteminde bir nörotransmitter, periferde bir hormon olarak etkinlik gösteren tetradekapeptiddir. Depresyonda BOS somatostatin düzeyi düşük bulunmuştur. Aminerjik ve kolinerjik nörotransmitterlerin döngüsünü artırır (110-112).

NÖROENDOKRİN AKS

Duygudurum bozukluklarında yeri olan en önemli nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve growth hormon eksenleridir. Bunların yanı sıra duygudurum bozukluğu olan hastalarda gösterilmiş olan diğer nöroendokrin bozukluklar, melatoninin noktural sekresyonunun azalması, triptofan uygulanmasıyla prolaktin salıverilmesinin azalması, folliküler stimule edici hormon (FSH) ve lüteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalması ve erkeklerde testosteron düzeylerinin azalmasıdır. Sürekli stres veya çevresel kökenli çökkünlük hali gibi psikososyal olaylar hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde uyarı yanıtına sebep olup katekolaminlerin seviyelerinde değişiklik yaratabilir (113). Biyolojik araştırmalar, duygudurum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinden kaynaklandığı kuramını destekler. Bazal gangliyon ve limbik sistemin nörolojik bozukluklarında depresif belirtiler görülmektedir. Limbik sistemin duygularla, bazal gangliyon bozukluklarının postür, motor yavaşlama ve minör kognitif bozukluklarla ilişkili olduğu, hipotalamustaki değişikliklerin somnia, iştah, cinsel davranış, çeşitli endokrin ve kronobiyolojik değişikliklere sebebiyet verdiği saptanmıştır. Depresif hastaların %60-90'ında çeşitli polisomnografik anormallikler

gözlenmektedir. Depresif hastalarda en çok gözlenen polisomnografik bulgular: uyku başlangıcının gecikmesi, ilk REM latensinin kısalması ve ilk REM periyodunun süresinde artış, gecenin ilk yarısındaki REM periyotlarının süresinde ve REM yoğunluğunda artış ve delta uykusu süresinde azalmadır (114).

NÖROİMMUN REGÜLASYON

Depresif hastalarda ve bir yakını kaybetmiş kişilerde çeşitli immünolojik bozuklukların ortaya çıktığını bildiren pek çok çalışma vardır. Kortizol sistemindeki disregülasyon immun sistemi etkileyerek, immun sistemin hipotalamik regülasyonunu bozabilmektedir. İmmun sistemde olan bir patolojik sürecin depresif semptomlara yol açması daha düşük bir ihtimal gibi gözükmemektedir. Klinik deneylerde çeşitli sitokinlerin uygulanması depresif sendromların gelişmesiyle ilişkili bulunmuştur. İnterferon-alfa tedavisi sırasında yüksek oranlarda majör depresyona rastlandığı ve antidepresanlara cevap verdiği bilinmektedir (115). Ayaktan takip edilen depresif hastalarda immunitenin, düşük olmayıp, yatan depresif hastalarda düşük olması immunitenin ile depresyon şiddeti arasında bir ilişkinin varlığını akla getirmektedir (116).

PSİKOLOJİK ETKENLER

ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK

DeneySEL olarak, kaçamayacakları yineleyici elektrik şoklarına maruz bırakılan hayvanlar sonunda bıkarak gelecek şoklardan kaçma girişiminde bulunmamışlardır. Bu hayvanlar çaresiz olduklarını öğrenmişlerdir. Depresyonda olan insanlar kendilerini benzer bir çaresizlik durumunda bulabilirler. Öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre, depresyon eğer klinisyen hastaya çevresini kontrol etme duygusunu ve çevresinin efendisi olmayı yavaş yavaş öğretirse depresyon düzelebilmektedir. Klinisyenin tedavi için ödüllendirici davranış tekniklerini ve olumlu pekiştirmeyi kullanması faydalı olabilmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik görüşü özellikle reaktif depresyonların açıklanmasında önemlidir. Böyle bir durum NE aktivitesinde azalma yaratmakta, NE eksikliği giderildiğinde durum düzelmeye göstermektedir (117).

PSİKODİNAMİK VE PSİKOANALİTİK GÖRÜŞLER

Depresyonu anlama girişimlerinde, Sigmund Freud nesne kaybı ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu, depresyondaki hastanın öfkesinin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle içe yöneldiğini öne sürmüştür. Freud bir objeyi terk etmek için egonun tek yolunun içe alma (introjeksiyon) olduğuna inanmaktaydı. Melanie Klein daha sonra depresyonu depresif duyguduruma bağlamıştır. Depresif hasta için temel olan değersizlik duygusu hastanın yıkıcı fantezileri ve dürtüleri nedeniyle iyi içsel ebeveynin kötülük edenlere dönüştürülmesi duygusundan gelişmektedir. E. Bring depresyonu içe yönelen saldırganlıkla çok az ilişkisi olan birincil afektif bir durum olarak ele almıştır. Ayrıca depresyonu kişinin özlemleri ve gerçekliği arasında kalan ego gerginliğinden ortaya çıkan bir etki olarak düşünmüştür. Heinz Kohut depresyonu kendilik psikolojisi açısından yeniden tanımlamıştır. Ayna tutma, yüceleştirme için kendilik-nesnesi gereksinimleri önemli kimselerden gelmediğinde, özlenen yanıtı almadığı için depresif kişi tamamlanmamışlık ve ümitsizlik hissetmektedir. Bibling, depresyonun içe yönelmiş agresyonla herhangi bir ilişkisi olmayan "birincil bir duygulanım durumu" olduğunu öne sürmüştür. Depresyonun ülküler ve gerçeklik arasındaki gerginlikten kaynaklandığını düşünmüştür. Ona göre narsistik beklentilerin olduğu üç alanda (değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak ve iyi, seven biri olmak) benlik saygısının düşmesi klinik depresyonu tetikleyecektir (118).

BİLİŞSEL KURAM

Beck depresyonu anlamada psikonalitik, davranışçı, biyolojik yaklaşımların yeterli olmadığını öne sürerek depresyonda bilişsel (kongnitif) işlev bozukluğunun temel

önemde olduğunu belirtmiştir. Beck'e göre, depresif hastalarda bilişsel bir yatkınlık vardır ve bu yatkınlık çocukluk yıllarında gelişir. Bilişsel kurama göre, yaygın bilişsel yanlış yorumlamalar yaşam deneyimini olumsuz çarpıtma, kendini olumsuz değerlendirme, kötümserlik ve umutsuzluktur. Bu öğrenilmiş olumsuz görüşler daha sonra depresyon duygusuna yol açmaktadır. Beck'in bilişsel üçlüsünde; kişinin, kendisi, dünyası ve o sıradaki durumu sonucunda geleceği hakkında olumsuz bakış açısı vardır. Bu bilişsel çarpıtmalara ve olumsuz benlik algılamalara, diğer bir deyişle olumsuz yerleşik düşüncelere (şemaların) sebebiyet vermekte ve bu sebeple kişilerin stresli olayları, geçici olmaktan çok sürekli olarak algılamalarıyla ve yaşamlarının bir bölümüne değil, tümüne yansıtılmalarına neden olur. Bir bilişsel terapist hastanın düşüncelerini kaydetme ve bilinçli bir şekilde tanımlama gibi davranışçı ödevler kullanarak olumsuz bilişleri ortaya koymaya çalışmalıdır (118).

2.4.6. DEPRESYONDA KLİNİK

I- Kognitif (bilişsel) bozukluk belirtileri

a) Düşünce bozuklukları:

Düşünce süreci: Konuşma yavaşlaması, monoton ve gecikmeli cevap verme, konuşurken büyük bir çaba sarf ettiğinin göze çarpması gözlemlenir.

Düşünce içeriği: İçinde bulunduğu duygu duruma uygun olarak kişisel yetersizlik, kendini eleştirme, suçlama, umutsuzluk, karamsarlık, geleceğe ait endişeler ve ekonomik açıdan yoksulluk düşünceleri sıklıkla görülür. Hastalarda ölüm düşünceleri oldukça fazladır, genelde %75'inde intihar düşüncelerine rastlanabilir. Hastaların benlik saygılarında azalma önemli bir bulgudur. Obsesif bir tarzda tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri görülebilir. Kararsızlık hemen hemen her hastada kaçınılmazdır. Bitkinlikten şikâyetçidirler, dayanılmaz ağrı şikâyetleri, genellikle baş ağrıları tipiktir ve ayrıca sırt, omuzlar, göğüs ve karında ağrılardan yakınır.

Algı: Daha çok kendine yönelik, kusur ve hatalı davranışlarından dolayı azarlayıcı sesler olarak algı bozukluğu görülebilir, bazen de koku halüsinasyonları olabilir.

Hafıza ve dikkat: Hatırlamada güçlük ve unutkanlık sıklıkla şikâyet konusudur. Dikkatlerini ve düşüncelerini bir konu etrafında yoğunlaştıramazlar. Yaşlılar konuşmak istemedikleri için sorulan sorulara cevapları hatırlayamadıklarını söylerler. Bu durum (pseudo demans) demans olarak yanlışlıkla değerlendirilmeye sebebiyet verir.

II- Duygulanım bozuklukları

İlgi kaybı özellikle ön plandadır. Zevk alamama (anhedonia), çaresizlik, karamsarlık, keder ve elem sıklıkla görülmektedir. Gün içinde duygudurum değişimleri belirgindir. Sabah saatlerinde depressif duygular yoğunur. Akşama doğru kısmen düzelir. Gece sık uyanmalar, sabah erkenden uyanıp daha sonra uyuyamama karakteristiktir. Anksiyete, birçoğunda görülür, sıkıntı sabahları uykusuzlukla beraberdir. Toplumsal mesleki alanda ya da işlevsel alanlarda bozukluk duygu duruma bağlı olarak artabilir. Depressif hastalarda obsesif, fobik, histerik, psikastenik semptomlar ve panik bozukluğa ait belirtiler de görülebilir.

III- Davranış bozuklukları

Genel bir çöküntü her halinden okunmaktadır. Yüz ifadesi donuk, sarkık bir yüz, omuzlar çökmüş adeta kamburu çıkmış bir halde oturur. Konuşma yavaşlamış, enerjisi tükenmiş gibidir. 'Psikomotor Retardasyon' adı verilen bir tablo hâkimdir. Konuşma yavaşlamış, enerjisi tükenmiş gibidir. Melankoliklerde hiç konuşma olmayabilir (mutizm), bazen stupor halindedir, bir kısmı anksiyetelidirler. Ellerini

ovuştururlar, yerlerinde duramazlar, sürekli gezinirler, inlerler, şikâyetçidirler, kötümserdirler (pesimist) ve her şeye itiraz ederler. Motor huzursuzluk içindedirler (psikomotor huzursuzluk). Bu durum daha çok yaşlılarda görülür. Huzursuzluk, tedirginlik, zihinsel etkinliklerde ve bedensel aktivitelerde belirgin bir yavaşlama bağımlılık yapan maddelere karşı düşkünlük, kişilerarası ilişkilere aşırı bağımlılık, intihar girişimi gibi kendisine yönelik kısıyıcı-yıkıcı eylemler, kendini ihmal etme ve aşırı bakımsızlık, intihar girişimleri ve intihar görülebilir.

IV- Fizyolojik bozukluklar

Uyku ve iştah değişimleri, cinsel işlev bozuklukları, genel enerji azlığı, kabızlık, tansiyon düşmesi, sırt ve baş ağrıları, sıradan bir engellenme durumunda beklenmedik öfke patlamaları gösterme, sese ve kalabalığa tahammülsüzlük gibi belirtiler sayılabilir. Depresyonda uyku bozuklukları genellikle uykuya dalmada güçlük, sık uyanmalar ve sabah uykusuzluğu (insomnia) görülür. %20'sinde ise aşırı uyuma (hypersomnia), günde 14-15 saat gibi uzun süre uyumaktan şikâyetçidirler.

Özet olarak:

1. Çökkün mizaç, keder, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik duyguları ile belirginleşir.
2. İştah ve kilo değişikliği en sık görülen temel belirtilerdendir.
3. Uyku bozuklukları genellikle üç türlü olabilir. Birincisi uykuya dalma güçlüğü biçimindedir. İkincisi, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanma, korkulu düşler ve kâbuslarla uyanma gibi nedenlerle uyku kalitesi ve süresinde bozulmadır. Üçüncüsü ise, erken uyanmadır.
4. Enerji azlığı, bitkinlik, çabuk yorulma biçiminde kendisini gösterir.
5. Daha önce zevk alarak yaptıkları işlerde bile dikkatlerinin çabuk dağılması ve bu nedenle de üretken bir Aktivitede bulunamamadır.
6. İlgi ve zevk azalması, hemen her hastada bulunan en tipik, karakteristik bir depresyon belirtisidir.
7. Benlik saygısında düşme, kendini değersiz görme, aşırı suçluluk duyguları, kendini eleştirme ve itham etme gibi duygu ve düşünceler kişinin kendi değerinin düşmesinin belirtileridir.
8. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri; hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda hastalar alışıktırmadık bir biçimde sık sık ölüm düşüncesi ile meşgul olmaya başlar.

2.4.7. DEPRESYONDA TANI

Majör depresyon tanısının konmasında Amerika Birleşik Devletleri'nde daha çok DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: mental bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı) kullanılırken, Avrupa'da daha çok Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: hastalıkların ve bunlarla ilişkili sağlık sorunlarının uluslararası sınıflandırılması) sınıflama dizgeleri kullanılmaktadır. Bu iki sınıflama Büyük ölçüde birbirine benzemektedir (119). Şu anda DSM'nin en son biçimi olarak DSM-IV-TR (4. edition, text revision), ICD'nin en son biçimi olarak da ICD-10 kullanılmaktadır.

Majör Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri

A)İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir Değişiklik olmasıyla birlikte, aşağıdaki semptomlardan besinin (yâda daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum yada (2) ilgi kaybı/ zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel bir tıbbi duruma bağlı olan yâda duyguduruma uygun olmayan hezeyan (delüzyon, sanrı) ya da halüsinasyon (varsanı) semptomlarını katmayınız.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin; kendini üzgün veya boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örneğin; ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde huzursuz duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendini bildirmesi yâda başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere yâda başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış olması ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen her gün insomnia ya da hipersomninin olması

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik yâda enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrılar olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde

Yoğunlaştırma yetisinde azalma yâda kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler yâda başkaları bunu gözlemlemiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin: tedavi için kullanılan ilaç, kötüye kullanılabilen ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin: hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomları yada psikomotor retardasyonla belirlidir (120).

ICD- 10 'a göre depresif bozukluk tanı ölçütleri

En az iki hafta süreyle aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması

Duygu durumunda çökkünlük

İlgisizlik

Çabuk yorulma

Haz alamama

Yukarıdakilere ek olarak en az iki hafta süreyle aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin daha bulunması

Dikkatinin azalması ya da dikkati toplayamama

Benlik saygısında düşüş ya da kendine güvenin azalması

Suçluluk ve değersizlik düşünceleri

Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik

Kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri ya da eylemleri

Uyku bozukluğu
İştah azalması (121).

2.4.8. DEPRESYONDA AYIRICI TANI

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyona işaret etse bile, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken üç şey daha vardır:

- Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırmaktır. Bu iyi bir fizik ve nörolojik muayene ve çalışılan kurumun yetenekleri çerçevesinde yapılacak laboratuvar incelemeleri ile sağlanabilir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır (yaşlılarda yaklaşık %50) (Şekil 1).
- Belirtilerin herhangi bir ilaç veya kanun dışı madde kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayrılabilir.
- Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturularak veya mümkünse psikolojik testlerle tespit edilebilir



Şekil 1: Tanı koymadan önce yapılması gerekenler

Depresyon belirtileri birçok başka hastalık ve bozukluğun belirtileri ile Karışabilir (Şekil 2):

- Hipertiroidizm (taşikardi, çarpıntılar, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroid büyümesi)
- Hiperglisemi (terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı, YAB'de kan düzeyi normaldir)
- Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, hiperhidroz)
- Solunum bozuklukları (nefes darlığı, öksürük, göğüs belirtileri, ateş)
- Aritmiler (çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, ekg değişiklikleri)



Şekil 2: Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım medikal hastalıklar

Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluğun depresyondan ayrımında yararlı olabilecek belirtileri vardır. Bu yüzden bu hastalıklar ve bozuklukların depresyon ile uyuşan ve ayrışan belirtilerini çok iyi bilmek ve araştırmak gerekir. Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluk (Şekil 3);

- Demans (özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsi başlangıç)
- Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi Fiziksel belirtiler uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler)
- İki uçlu bozukluk (açık epizodik gidiş depresyon mani veya hipomaniyle Alternatif olarak yaşanır. Aile hikâyesi belirgindir)
- Şizofrenik bozukluk (ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durum ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel hallüsinasyonlar, bizar ve uygunsuz, duygudurum, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıcın geç erişkinlik veya orta yaşta olması)



Şekil 3: Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluk

2.4.9. DEPRESYON TEDAVİSİ

Depresyon tedavisi; iyi hasta-hekim ilişkisi, antidepresan tedavi, psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerden oluşur.

İlaç Tedavisi

Hemen bütün antidepresif ilaçların önemli bir özelliği etkinliğin 1-3 hafta içinde başlamasıdır. Bu süre içinde, uykuda, iştahta, duygudurum ve toplumsal etkinliklerde düzelmeye başlar. Antidepresan tedavide doz ve yeterli süre çok önemlidir. Etkin olup olmadığına karar verirken 4-6 haftalık süre zorunludur. Bu süre içinde olumlu yanıt alınamadıysa aynı ilaçta ısrar edilmemeli, başka gruptan bir ilaç ya da etki düzeneği gösteren ilaç seçilmelidir. Depresif belirtiler kontrol altına alındıktan sonra ilk atakta en az 6 ay, 2 veya daha fazla atak geçirenlerde en az 12 ay koruyucu tedavi nüks olasılığını azaltma açısından gereklidir (122).

Psikoterapi

Dinamik Psikoterapi: Bu yaklaşımda terapist hastanın öyküsünü dinler ve depresyonun ardında yatan dinamik nedenleri kavramaya çalışırken, hasta terapistine yönelik aktarım duyguları geliştirir ve bağlanır. Yeterli bilgi toplandığında ise terapist daha araştırmacı ve açıklayıcı bir yaklaşım içine girer. Hastanın kendisi için hiç yaşamamış olduğunu fark etmesi amaçlanır. Bu durum fark edildikten sonra terapist, hastaya yaşamda yeni yollar bulması için yardım eder (122).

Destekleyici Psikoterapi: Bu terapi yöntemi her hasta için başlangıçta, önemli nesne yitimlerinden sonra görülen yas ve çöküntü durumlarında uygulanmaktadır. Hasta yakınlarıyla sürekli ve düzenli bir iletişim ve işbirliğinin sağlanması gerekli ve yararlıdır (122).

Bilişsel (Davranışçı) Psikoterapi: Bu terapide her seansta bir önceki görüşmenin etkileri ve sonuçları gözden geçirilir, belli hedefler planlanır ve ev ödevleri belirlenir. Terapist oldukça aktiftir ve hastayla oldukça yakın ilişkiler içindedir. Terapist eğitici rolündedir. Hasta olumsuz düşüncelerini izlemeyi, çarpıtılmış otomatik düşüncelerine yönelik olumlu olumsuz kanıtları gözden geçirmeyi, bunların yerine gerçeğe daha yakın yorumlar koyabilmeyi öğretmeyi amaçlar (122).

2.4.10. GENEL TIBBİ DURUMU OLANLARDA DEPRESYON

Toplum örneklemelerinde depresyonun notla prevalansı %4-5'lerde bulunurken genel tıbbi bir durumu bulunanlarda bu oran %12-36'lara çıkmaktadır (123). Fiziksel hastalığı olan hastaların psikiyatrik tanılarının yarısını depresyon oluşturmaktadır (124). Depresyonla genel tıbbi bir durum arasında olası dört bağıntıdan söz edilmektedir:

- a) Depresyon genel tıbbi durumun biyolojik bir sonucudur
- b) Depresyona genetik yatkınlığı olan kişide ortaya çıkan genel tıbbi bir durum depresyonun ortaya çıkmasını tetiklemiştir
- c) Depresyon genel tıbbi durumun psikolojik bir sonucudur
- d) Genel tıbbi durumla depresyon arasında nedensel bir ilişki yoktur.

Yukarıda sözü edilen ilk iki durumda başlangıç tedavisi genel tıbbi duruma odaklanmalıdır.

2.4.11. DEPRESYON VE KANSER

Yaygın ve ölümcül bir hastalık olan kanserle ruh sağlığı arasındaki ilişki, XVIII. yüzyıldan itibaren ve büyük üzüntülerin kansere yol açtığına ilişkin yayınlarla incelenmeye başlanmıştır. Günümüzde de, aynı inancın halk arasında ve bazı klinisyenlerce paylaşıldığı bilinmektedir. Ancak, kontrollü çalışmalar, yaşam olaylarının, depresyonun ve diğer psikiyatrik bozuklukların kansere yakalanma riskini genel nüfusa göre arttırmadığını göstermektedir (125). Fray ve ark. (1967) ise kanserin, fizik belirtilerinden önce depresyon semptomları çıkardığını savunmuşlarsa da, bu görüşü desteklemeyen araştırmacılar bir hayli fazladır (126). İleri hastalık durumunda ortaya çıkan yorgunluk ve enerji kaybı gibi somatik belirtiler depresyon belirtileri ile karışabilir ancak, kanser hastalığında depresyon tanısı değersizlik, ümitsizlik, aşırı suçluluk ve intihar düşüncesi gibi psikolojik ya da bilişsel semptomlara dayanarak konur. Kanserli olguların tedavisinde hastanın psikolojik durumu tedaviye uyumu ve tedavi başarısını etkilemektedir. Kanser kemoterapisi uzun süren ve defalarca hastaneye yatmayı gerektiren ağır bir tedavi şeklidir. Hastanın psikolojik durumu, hastalığının farkında olması, sık hastaneye yatış ve ilaçların yan etkileri gibi pek çok faktöre bağlı olarak olumsuz yönde etkilenebilir. Bunun dışında hastalığa bağlı semptomların ağırlığı ve bunların medikal tedaviye yanıtızlığı da olumsuz etkenlerdir. Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla

duygusal stres ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir. Diğer risk etkenleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden başka bedensel hastalıklar ve depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır (.). Kanserde depresyona yol açabilen ilaçlar arasında prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, l-asparaginaz, tamoksifen, interferon, antihipertansifler, narkotikler, beta blokerler, benzodiyazepinler, antiparkinson ajanlar sayılabilir. Ayrıca hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, MSS tümörleri, üremi, ansefalit ve elektrolit dengesizliği depresyona yol açabilme potansiyeli taşıyan diğer nedenlerin başında gelir (126). Farrell ve ark.nın kemoterapi alan 43 kadının sorunlarını tanımladığı çalışmalarında hastaların %24'ün de anksiyete ve depresyon belirtileri tespit edilmiştir (127). Grassi ve ark. 277 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, depresyon tanı ölçütlerinin hastaların %24,9'unda karşılandığını bildirmiştir (128). Mc Daniel ve arkadaşları depresyon yaygınlığının pankreas kanserinde %50.0, orofarinks kanserinde %22-40.0, meme kanserinde %13-26.0 olduğunu belirtmişlerdir (129). Coyne ve ark.14 meme kanserli hastalarda, Prieto ve ark.15 ise hematolojik kanseri olan yatan hastalarda depresyon yaygınlığını %9 olarak bildirmiştir. Burgess ve ark. 222 erken dönem meme kanserli kadında depresyon ve anksiyete bozukluklarını tanı sırasında %33, bir yıl sonra %15 ve nüks tanısı konulduğunda %45 olarak saptamıştır. Massie ve arkadaşları ise konsültasyon istenen 546 kanser hastasında %54.0 uyum bozukluğu, %9.0 majör depresyon saptamışlardır (130). 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. Depresyon kanserin sık görülen bir psikiyatrik komplikasyonu ve öz kıyım için bir risk faktörüdür. Literatürde hastaların yaşı ile ölüm düşünceleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Genç hastalarda ölüm korkusunun yaşlı hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Kastenbaum, kemoradyoterapi alırken metastaz saptanan hastalarda ölüm düşüncelerinin artmadığını belirtmiştir (131). Tokgöz ve ark. ise, metastatik tümörü olan hastalarda ölüm düşüncesinin daha fazla olduğu yönündedir (tümünde %11, metastatik tümörü olanlarda %27; p>0.05). Ölüm düşüncesinde artış olmasına karşın hastaların hiçbirinde intihar planı ya da intihar girişimi öyküsü yoktu. İntihar girişimi öyküsünün bulunmaması, Türkiye'nin çeşitli sosyal ve kültürel özellikleri ile açıklanabilir. Nitekim Türk toplumunda halkın büyük çoğunluğunun dindar bir kimliği vardır ve intihar dinin şiddetle yasakladığı bir durum olarak kabul edildiğinden, dini inançlar hastaların isteseler bile bu düşünceleri gerçekleştirmesine engel olmaktadır (132). Ölümcül bir hastalıkla baş etmenin güçlüğü hastayı olumsuz etkiler. Hekimlerin kanser hastalarında majör depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gereklidir. Klinisyenler için, kanser ile ilintili normal üzüntü veya sıkıntının, klinik olarak anlamlı bir depresif bozukluğa dönüştüğü noktanın belirlenmesi önemlidir. Depresif bozuklukların farkına varılması ve tedavisi, kanser tedavisine uyumu artırır, yaşam kalitesini iyileştirir ve özkıyımı azaltır.

Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolması anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olabilir. Bu durumun tersine hastaların psikolojik durumlarının tedaviye uyumu etkileyerek sağkalım zamanını belirleyici rolü

olduğu gösterilmiştir. Kanser hastalarında klinik olarak anlamlı depresyon yaygınlığı, kısmen farklı tanı ve ölçeklerin kesme puanlarındaki farklılıklar nedeniyle, %1 gibi düşük bir orandan % 50 gibi yüksek oranlara kadar değişmektedir (133). Kanserli hastalarda en sık majör depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyon görülür. Bir gözden geçirmede kanserli hastalarda %10-25 oranında majör depresyon ve benzer oranlarda da klinik olarak anlamlı depresif belirti saptandığı bildirilmiştir. Bu oranlar göz önüne alındığında kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazladır. Kanser hastalarında depresyon izole depresif belirtilerden majör depresif bozukluğa kadar değişen geniş bir yelpazede görülür. Tokgöz ve arkadaşları, kanser hastalarında depresyon yaygınlığını %22 olarak saptamış ve kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğunu bildirmişlerdir (134). Her ne kadar genel popülasyonda majör depresyon yaygınlığı kadınlarda daha fazla olsa da kanser popülasyonunda kadın erkek arasında belirgin cinsiyet farklılığı saptanmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Depresif belirtiler kanser hastaları için çok normal bir belirtiymiş gibi kabul edilir. Özellikle yaşlı hastalarda depresyon daha az tanınmaktadır. Yaşlı hastalarda belirtiler genç yetişkinlere göre farklıdır. Daha fazla somatik yakınmalara rastlanmaktadır. Depresyon kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyum ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir. Kanser hastalarında depresif bulguların değerlendirilmesi disfori, anhedoni, çaresizlik, değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk ve öz kıyım düşüncelerine odaklanmalıdır. Kanser hastalarında deprese duygu durum ve ilgi, istek kaybının depresyon tanısı için duyarlılığı %91, özgüllüğü %86, öngörme değeri %57, negatif öngörme değeri %18'dir (292). Kronik tıbbi hastalık, bilişsel yetersizlik ve yeti yitimi olan kişilerde depresyon artmaktadır. Kanser hastalarında depresyonun tanısının ve izlenmesinin gerektiği gibi yapılamaması hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, yatış süresini uzatmakta ve tedavi planına uyumunu azaltmaktadır. Sekiz yıl süren ve on bin hastanın alındığı bir çalışmada depresyon ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini artırdığı bulunmuştur. Literatürde tedavi edilmeyen depresyonun ilerleyici gidişi hızlandırdığı belirtilmiştir (135).

Depresyondaki kanser hastalarında daha fazla ötenazi veya doktor yardımlı öz kıyım isteği ve daha fazla oranlarda ölümlerle sonlanan öz kıyımlar görülür. Majör depresyon ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini artırdığı bildirilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, kemoterapinin yan etkilerinden dolayı kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalarda depresyon görülme sıklığı arttıkça, yaşam kalitesi ve buna bağlı olarak yaşam doyumu düşecek ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkılması zorlaşacaktır (136). Vahdaninia ve Montazeri' nin çalışmasında kanserli kadınlarda depresyon ve anksiyetenin, destekleyici bakım ile zamanla azaldığı tespit edilmiştir (137). Kanser hastalarında depresyonun tedavisi diğer gruplarda olduğu gibi psiko sosyal girişim, psikoterapi ve farmakolojik tedavileri içerir. Kanser hastalarında psiko farmakolojik tedavide, özellikle psikotik olmayan majör depresyonda ilk sıra tedavi seçeneği SSRI ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleridir (SNRI). SSRI'lar iyi tolere edilirler ve aşırı dozlarda trisiklik antidepressanlar kadar toksik değildirler. Fluoksetin, paroksetin ve fluvoksamin gibi bazı SSRI'lar sitokrom P450 izoenzimlerinin inhibitörüdürler. Bu nedenle ilaç-ilaç etkileşimi olasılığının izlenmesi gerekir. Sertralin, sitalopram ve essitalopram daha düşük ilaç-ilaç etkileşimi riski taşırlar. Tamoksifen kullanmakta olan meme kanser hastalarında sitokrom P450 2D6 enzimi inhibitörü olan SSRI' lardan kaçınılması

gerekir, çünkü bu enzim tamoksifenin aktif metaboliti olan endoksifene dönüştürülmesinde önemli rol oynar. Yardımcı ağrı ilaçları gibi etkileri nedeniyle venlafaksin ve duloksetin, hipertansiyon açısından dikkatli bir takiple tercihen eşlik eden depresyon ve nöropatik ağrısı olan hastalarda kullanılabilir. Mirtazapin 5HT₂, 5HT₃ ve α ₂ adrenerjik reseptör bölgelerini bloke ederek etkisini gösterir ve antiemetik özelliklere sahiptir. Sedasyon ve kilo artışı gibi yan etkileri, uykusuzluk ve kilo kaybı olan birçok kanser hastası için yararlı olabilir (138). Yapılan bir çalışmada sitalopramın hem depresyon hem de kimyasal menopoza girmiş göğüs kanserli hastalardaki sıcak basmalarında etkili olduğu öne sürülmüştür. Yine venlafaksin de sıcak basmalarında etkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada fluoksetinin depresif belirtileri azaltıp yaşam kalitesini arttırdığı, yüksek doz interferon alfaya bağlı gelişen depresyonun paroksetin ile önlendiği de bildirilmiştir (139). Maprotilin, dopamin bloke edici aktiviteye sahip olduğundan dolayı metoklopramid gibi yaygın kullanılan antiemetiklerle birlikte verildiğinde diskinezi riskini arttırmaktadır. Yiyecek-ilaç etkileşimi nedeni ile mono amin oksidaz (MAO) inhibitörleri nadiren tercih edilmektedir. Sedasyon ihtiyacı olanlarda trazodon, mirtazapin tercih edilebilir. Antidepresanlara düşük doz lityum ilavesi tedaviye dirençli, tıbbi durumu bozuk hastalar için yararlı olabilir. Ancak hidrasyona ve sodyum dengesine dikkat etmek gereklidir. Steroid ile indüklenmiş depresyonda antipsikotikler ve klonazepam daha sıklıkla kullanılabilir. Psikostimülanlar (dekstroamfetamin, metilfenidat) uyarılmış uyanıklığa sebep olmak için retiküler aktive edici sistem üzerine etkilidir. En önemli yan etki yatkınlığı olan hastalarda kardiyak yan etkilerdir. Modafinil özellikle yorgunluğun ön planda olduğu vakalarda kullanılabilir ancak anksiyeteye sebep olabilmesi bir dezavantajdır (139).

2.5. YAŞAM KALİTESİ

2.5.1.TARİHSEL GELİŞİM

Kaliteli yaşamın ne olduğu, yıllarca filozofların temel tartışma konusu olmuştur. Tatarkiewicz mutluluk kavramının günümüzden 2000 yıl önce, ilk zamanlarda yalnızca başarı anlamında, antik ve orta çağda insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak yaygınlaşmaya başladığını, modern çağda ise, doyum için mutluluğun yeterli olmadığı üzerinde durulduğunu ifade etmiştir. 1960'lı yıllarda A.B.D.'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan yeni bir kavramdır. O yıllarda yaşam kalitesi kavramı ilk olarak ekonomi alanında karşımıza çıkmaktadır (140). 1970'li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirmesi genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerine temellenmektedir. Burada ilk defa sübjektif iyilik halinin objektif yaşam şartlarının sağlanmasının ötesinde, bu şartlardan tatmin duyulup duyulmamasına bağlı olduğu belirtilmektedir. Yaşam kalitesi kavramını Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyum ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (141). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmaların ana çıktısı olarak kullanılmaktadır. DSÖ Yaşam Kalitesi Grubu'nun tanımı 'kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve

İlgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılayış biçimi' şeklindedir. Bu kavram içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar yer almaktadır. DSÖ' ye göre hastalık 'vücudun yapı ve işlevinin bir patoloji veya bozukluk sonucu değişime uğraması hali' olarak tanımlanmıştır (142).

2.5.2. TANIM

Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik bileşenlerden oluşmaktadır. Kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını bireysel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Başkalarının, ailesinin veya sağlık çalışanlarının o kişinin sağlığını nasıl algıladıklarını veya gördüklerini belirtmemektedir. Bireyin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi yalnızca bireyin var olan kişiliğini korumakla gerçekleşmez (143). Yaşam kalitesinin en uygun gibi görünen tanımı şöyledir: yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur. Yaşamın niceliksel değerlendirilmesinin aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan bir kavramdır. Ganz yaptığı çalışmalarla iki yaşam kalitesi tanımı benimsemiştir. Bu tanımların birincisi yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın sübjektif değerlendirilmesidir. İkincisi ise hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığını değerlendirilmesi olup, doyumunu içermektedir. Birinci tanım ölçümün öznelliğini ve bir global değerlendirmenin önemini vurgular. İkinci tanım ise yaşam kalitesi değerlendirmesini öznelliğine ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değere dikkati çeker. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır. Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermektedir ancak bu kavramla sınırlı değildir. İnsan yaşamındaki önemli alanlar, sağlıklı ve hasta gruplarında yapılan araştırmalar sonucunda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Flanagan yaşam kalitesini 15 yön içeren 5 ana dalda sınıflandırmaktadır (144) (Tablo 12).

Tablo 12: Flanagan'ın insan yaşamındaki önemli alanlar sınıflaması

Fiziksel ve maddesel iyilik 1. Maddesel iyilik hali ve finansal güvenlik 2. Sağlık ve kişisel güvenlik
Diğer insanlarla ilişkiler 1. Eş ile ilişkiler 2. Çocuk sahibi olma ve büyütme 3. Ana-baba, torun veya diğer akrabalarla ilişkiler 4. Arkadaşlarla ilişkiler
Sosyal, toplumsal ilişkiler 1. Diğerlerine yardım ve destek 2. Yerel ve idari işlere katılım
Kişisel gelişme ve görevleri yerine getirme 1. Entellektüel gelişim

2. Anlama ve planlama
3. Mesleki rolü sürdürme
4. Yaratıcılık ve kendini ifade etme

Eğlence, dinlenme

1. Başkaları ile sosyal ilişkiler
2. Pasif ve gözlemsel eğlence, dinlenme eylemleri
3. Aktif eğlenceye katılım

Yaşam kalitesini etkileyen sosyo-demografik faktörler olarak yaş, cinsiyet, medeni hal, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kırsal/kentsel bölgede yaşama durumu, göç faktörü, sağlık sigortasına sahip olma durumu gibi faktörlerin incelendiği görülmektedir (144).

2.5.3. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (145).

İşlevsel durum: Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir (145).

Ruhsal durum: Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere verilen duygusal yanıtıdır. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır. Ruhsal sağlık alanı üç temel öğeden oluşmaktadır. Bunlardan ilki olumlu duygulardır. Olumlu duygular bireyin kendi içinde hissettiği mutluluk ve huzurdur. İkinci öğesi olumsuz duygulardır. Olumsuz duygular arasında suçluluk, ümitsizlik, karamsarlık, öfke, üzüntü, kaygı sayılabilir. Üçüncü öğe ise bilişsel yapılarıdır ve hastanın düşünce ve yargılarını kapsamaktadır. Burada hem hastanın bilişsel işlevleri hem de durumuyla ilgili atıfları, düşünsel değerlendirmeleri ele alınmaktadır. Sonuç olarak bunların bir karışımı halinde kişinin psikolojik esenliği ve başka insanlarla ilişkide duygusal işlevselliği önemlidir (146).

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Yaşam kalitesinin özel bir formu olan "Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK" kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir. Yaşam kalitesi kavramının önemi, sağlık, hastalık ve tedavide hastanın deneyimlerinin anlaşılması için ölçümü yeniden geliştirmesi ve düzenleme yapmasıdır. Tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresi uzamış dolayısıyla da kalitesi değişmiştir. Bazen de tek bir uygun tedavi bulunmama ancak hastaların hastalıkları ile nasıl başa çıkabilecekleri öğretilerek yaşamlarının kalitesi yükseltilmeye çalışılmaktadır (147). Son on yıl içinde sağlık alanında kullanılan değerlendirme ve ölçüm parametrelerinin alanını genişletme açısından gittikçe artan bir ilgiye paralel olarak, artık klinisyenlerin yaşam süresini uzatma, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma ve majör fiziksel semptomları kontrol altına alma gibi geleneksel tedavi başarı göstergelerinin yanı sıra, yeni arayışlar içine girdiklerini, özellikle kronik hastalıklarda tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yöneldiklerini görmekteyiz. Fitzpatric ve arkadaşları birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyerek, bunların içerik ve yapılarını karşılaştırarak, bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını şöyle sıralamışlardır (148).

Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, öz bakım
Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
Rol performansı; örneğin iş hayatında ve günlük ev işlerinde

Ağrı

Diğer semptomlar; örneğin yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar
Yaşam kalitesi ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric ve arkadaşları tarafından şöyle sıralanmıştır (148). Bireysel hasta takibinde psikososyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi amacı ile Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirme çalışmalarında, Klinik çalışmalarda, Sağlık planlayıcıların ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde. Klinik değerlendirme en sık kullanım alanıdır. Hasta sorunlarının daha iyi anlaşılmasında, tedavinin takibinde, klinik gelişmelerin saptanmasında ve kronik hastalıklarda hastanın durumundaki değişikliklerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Klinik araştırmalarda yaşam kalitesinin ölçülmesi tedavi seçeneklerinin ve özellikle yeni tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesinde çok önemlidir. Tedavi seçeneklerinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin bilinmesi hastaları çok daha fazla tatmin edecektir. Bu çerçevede hasta elde edeceği iyilik durumunu, ulaşacağı sonucu bilecek ve tedavi onun bireysel gereksinimlerine de cevap verecektir.

2.5.4. KANSER, KEMOTERAPİ VE YAŞAM KALİTESİ

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması, artan çevresel kanser yapıcı etkenler nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir. Yaşam kalitesi, memnuniyet, mutluluk, bağımsızlık, saygı, moral, iyilik hali gibi kavramları içerir; zamana ve yere göre değişiklik gösterebilir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir hastalık veya tedavi altında kişinin genel ya da beklenen fiziksel, emosyonel ve sosyal iyi olma halinin etkilenmesidir. Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkilidir. Akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, fonksiyonu bozacak ilaç kullanımı gibi durumlarda bireylerin fonksiyonel sağlık durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Kanser, hastanın ölüm korkusu, gelecek kaygısı, ağrı gibi olumsuz olaylarla karşılaşmasına sebep olmaktadır. Yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik zorluklar, bunlarla mücadele, ekonomik zorluklar ve sosyal durumda bozulma gibi nedenlerle hasta ve ailesi bu hastalıktan çok etkilenmektedir. Hastalık ve tedavisinin getirdikleri ile baş etme zorluğu yaşayan hastalar öz bakım gereksinimlerini giderememekte ve bu hastaların yaşam kaliteleri düşmektedir. Kanser, yaşam dengelerini, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her türlü alanda alt üst edebilen bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular travmatik niteliğe sahiptir. Bu hastalık, birey için, bugüne kadar kullanmış olduğu uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, geleceğe yönelik beklentilerinin ve planlarının bozulması ve sahip olma gücünün yitilmesi anlamını taşır (149). Ko ve ark. nın farklı türdeki kanser hastalarının değişik sürelerde izlemleri ile ilgili çalışma sonuçlarında; hastalar ilk 1 yıl, 1-5 yıl ve 5 yıldan sonraki dönemlerde izlenmiş, akciğer, meme, kolon kanseri olan hastaların ilk 1 yıl içinde sağlık ve aktivite sınırlılık ölçeğine göre düşük puanlar aldıkları görülmüştür. Aynı çalışma sonuçlarında, ilk 1 yıl en düşük puanları akciğer kanseri olan hastalar alırken, sonraki 1-5 yıllık ve 5 yıldan sonraki izlemlerde tüm kanser hastalarının puanlarında artış gözlenmiş, özellikle akciğer kanseri olan hastaların sonraki yıllardaki yüzde puan artışları daha yüksek bulunmuştur. Kanserli hastalarda tanı sırasındaki aşırı duygusal stres, duygusal desteğin azlığı ve kemoterapi uygulamaları

depresyona yatkınlığı artırdığı gibi aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz etkilemekte ve yaşamdan alınan doyumunu azaltmaktadır. Kansere tedavisi uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın, fiziksel iyilik haline, psikolojik durumuna ve sosyal yönüne zarar verir. Kansere tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemler, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavidir. Günümüzde kemoterapi uygulaması, hastane koşullarını gerektiren yüksek doz tedavi protokolleri dışında, genel olarak poliklinik ve gündüz tedavi ünitelerinde yapılmaktadır. Buralarda tedavilerini alıp eve giden hastalar ve aileleri, kemoterapinin yan etkileri ile kendi bilgi ve becerilerini kullanarak baş etmek durumunda kalmaktadır, bu durum yetersiz ve yanlış uygulamalar yapılmasına neden olmaktadır. Hastalar aldıkları ilaçlara bağlı birçok yan etkiyle karşı karşıya kalabilmektedir. Kansere ve alınan tedaviye bağlı olarak hastada görülen semptomlar onun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kızılcı'nın kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptığı çalışmada, yaşın yaşam kalitesinin fonksiyonel alan ve semptomlar üzerinde etkili olmadığı, ancak 65 yaş ve üzerindeki hastaların iştah kaybı ve uyuma güçlüğü yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada ekonomik sorun yaşayanların yaşam kalitesi yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur (150, 151). Kemoterapi alan kanserli hastaların yaşam kalitelerindeki temel değişiklikler aşağıdaki gibidir.

Kişisel;

- Enerji kaybı
- Depresyon
- Alopesi
- Cinsel istek ve faaliyetin azalması
- Bulantı, kusma, iştahsızlık, deride döküntüler
- Hastalığın tekrarlamasından duyulan endişe

Ailevi;

- Evlenme oranında azalma
- Boşanma oranının artması
- Doğurganlığın azalması

Sosyal;

- İşe son verilmesi
- Yeni iş bulma şansının azalması
- Profesyonel çatışmalar
- İş ve sınıf arkadaşları ile yaşanan çatışmalar
- Sigortanın reddi

Kişisel Kazançlar;

- Aile ve arkadaşlar tarafından "şımartılmak"
- Daha fazla sabır ve hoşgörü
- Daha fazla iş hırsı
- Hayata bakışın değişmesi
- Dini inançların artması
- İnsanlarla ilişkilerin artması.

Her insanın olduğu gibi kanserli bireyler de; hayalleri, ümitleri, ilgileri ve hedefleri olan insanlardır. Bu yüzden hastalığın, yaşam şekline etkisi değerlendirilmelidir. Sürekli hastanede kalma, geçirilemeyen ağrı, kişisel kontrol kaybı, kendine bakım aktivitelerini yapmada eksiklik, hastanede yatma ya da aldığı tedaviler nedeni ile gizliliğin ortadan kalkması, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ayrıca hastanın yaşadığı bu olumsuzlukların tümünü paylaşan aile üyelerinin de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Constantini ve ark. nın kanser

hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırma sonuçlarında; hastaların en sık yaşadıkları sorunların ağrı ve halsizlik olduğu, bunların dışında bulantı, iştahsızlık, alopesi, dispne, kusma, diyare, uykusuzluk, mide yanması, sindirim problemleri, görme kaybı ve baş ağrısı yaşadıkları bulunmuştur. Cella ve ark. nın kanserli hastaların (%32,8 akciğer, %24,7 meme,%19,1 kolon, %14 prostat, %9,4 bas-boyun) yaşam kalitelerinde oluşan değişiklikleri izledikleri çalışmada; hastalar (n= 189) 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 ($p < 0.05$) bulunduğu belirtilmiştir (152). Hall ve Kalra'nın araştırma sonuçlarında; kanserli hastaların yaşam kalitesi puanları diğer insanlara göre daha düşük çıkmış ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur (153). Beser ve Öz'ün çalışmalarında kemoterapi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali ve fiziksel fonksiyon puanının ise depresyonu olanlarda daha düşük olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Ringdal ve Ringdal'ın farklı prognozlardaki kanser hastalarının (meme, lenfoma, prostat, akciğer, gastrointestinal sistem, diğer kanserler) izlenerek, 9 farklı yaşam kalitesi ölçeği ve Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışma sonuçlarında; 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, algıda negatif yönde değişiklikler olduğu gözlenmiş, yapılan istatistiksel analizlerde sadece bulantı ve kusma puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur. Arslan ve Bölükbaş'ın çalışmasında hastaların tedavi şekillerine göre yaşam kaliteleri incelenmiş ve kemoterapi alan hastaların toplam yaşam kalitesi puanlarının, radyoterapi alan hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır (154). Beser ve Öz 'ün çalışmalarında da kemoterapi süresi uzadıkça hastaların yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (155). Meme kanseri olan ve tedavi gören kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışma sonuçlarında; hastaların özellikle emosyonel, sosyal ve seksüel fonksiyonlarında azalma olduğu; bu bulguların tanı konulduktan sonraki ilk 1-2 yılda ve ayrıca 5 yıldan sonraki dönemlerde de devam ettiği bulunmuştur. Bu bulgulara göre kanserli hastaların özel olarak psiko-onkolojik desteğe gereksinimleri olduğu ve kanser tedavisi süresince bu desteğin verilmesi gerektiği önerilmiştir. Meme kanseri olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde; performans durumu kötüye giden hastaların fonksiyon düzeylerinin azaldığı ve belirti düzeylerinin arttığı, performans durumu iyiye giden hastaların fonksiyon düzeylerinin arttığı ve semptom düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Meme kanseri olan ve kemoterapi alan hastaların seksüalite, beden imajı ve yaşam kalitelerine yönelik yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; bu hastaların büyük çoğunluğunda seksüalite ile ilgili olarak fiziksel cazibenin kaybedilme korkusu, ağrı yasama korkusu, seksüel isteksizlik ve cinsellik yasama konusunda endişe duyma gibi sorunlar yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin etkilendiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda meme kanseri olan hastaların beden imajı, seksüel fonksiyon, mastektomi sonrası kol semptomları, meme semptomları, sistemik tedaviye bağlı yan etkiler, saç kaybı ve buna bağlı şok gibi sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Akciğer kanseri olan hastalarda tanılarını bilmenin yaşam kalitelerine olan etkilerini belirlemek için, tanı öncesi ve sonrası değerlendirme yapılan çalışmada; hastaların fiziksel fonksiyonlar, rol fonksiyonları, emosyonel fonksiyonlar

ve sosyal fonksiyonlarında anlamlı bir değişiklik gözleendiği; tanılarını bilmenin yaşam kalitesinin sosyal ve emosyonel boyutlarını etkilediği sonucu bulunmuştur (156). Hastalığın kendisinin ya da tedavisinin yarattığı belirti ve bulgulardan en iyi bilineni ağrıdır. Hastanın hangi düzeyde, sıklıkta, durumda ve bölgede ağrı hissettiği, kısaca ağrının ne ölçüde kısıtlayıcı olduğu önemlidir. Bireysel duyarlılıklar ve ağrıya dayanıklılık bireyler arası değişkenliğe neden olmaktadır. Ayrıca hastalığın yol açtığı yorgunluk ya da bitkinlik, uyku düzensizlikleri, iştah düzensizlikleri hastalıkların diğer genel sağlık sorunlarıdır. Bunun yanında hastalıkların her birinin kendine özgü belirti ve bulguları ve bunlara bağlı sağlık sorunları da unutulmaması gereken özelliklerdir. Yapılan çalışma sonuçlarında, kanser hastalarında ağrının olması, fonksiyonel yetenek, sosyal iyilik ve emosyonel iyilik durumunu engellemektedir. Yine ağrı ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarında; ağrının gücü arttıkça, depresyon düzeyinin arttığı, fonksiyonel yeteneğin azaldığı ve yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Ağrının sıklığı, çeşitli semptomlara yol açarak, fiziksel ve sosyal fonksiyonlara zarar vermektedir (157).

Yapılan çalışmalar, bulantının kanserli hastaların yaşam kaliteleri üzerinde çok etkili olduğunu vurgulamaktadır. Bulantı ve kusmanın önlenmesi için kemoterapi tedavisi süresince uygun antiemetik tedavi uygulanarak akut semptomlar kontrol altına alınmalıdır. Hasta için en iyi, en yararlı olan ve yaşam kalitesini bozmayıp düzeltecek yaklaşımlar her zaman tercih edilecektir. Bu hastalara psikolojik, davranış terapileri ve bu konuda eğitimlerin verilmesi yaşam kalitesini arttıracaktır. Kanser hastalarında yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hem hastalarda ağrının azalmasına, hem de performanslarının artmasına yol açacaktır (158).

3. MATERYAL VE METHOD ARAŞTIRMA PROJESİ

'Kemoterapi uygulanan hastaların birinci derece yakınlarında depresyon ve anksiyete sıklığı' isimli araştırma projesi 26 Mayıs 2011 tarih ve 157 sayı no ile etik kurul tarafından uygun görülmüştür.

TEMEL AMAÇ: Bu araştırmanın amacı, kemoterapi uygulanan hastaların kemoterapi öncesi ve tedavi süresince her 3 ayda bir birinci derece yakınlarında depresyon ve anksiyete sıklığını ve bunlarla ilişkili faktörleri (yaş, cinsiyet, kanser türü, metastaz, prognoz) belirlemektir. Çalışmada kanser hastalarının yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeylerinde tedavi süresinde (başlangıç ve kemoterapi tedavisi süresince her 3 ayda bir kontrole geldiğinde) değişim de değerlendirilecektir.

İkincil Amaçlar: Araştırma kapsamında hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete durumu üzerinde hastanın yaşam kalitesi düzeylerinin etkili olacağı düşünülerek hastalara SF36 uygulanacaktır. Hastanın yaşam kalitesi düzeyleri bu çalışma kapsamında bağımsız bir değişken olmasına karşın elde edilen veriler, kanserli olgularda yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesinde önemli bir bilgi sağlayacaktır. Bu nedenle bu konuda elde edilen verilerin kanserli olgularda yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmek amacı ile de kullanılması planlanmaktadır.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, prospektif bir araştırmadır. Haziran 2011 ve Ocak 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMAYA KABUL VE RED KRİTERLERİ

Araştırmaya belirtilen tarihlerde onkoloji kliniğine başvuran daha önceden kemoterapi almamış yeni tanı kanser hastaları ve birinci derece yakınları yaş farkı

gözetilmeden dahil edilmiştir. Testleri okuyup yanıt verecek sosyal düzeyde olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak çalışmanın temel kabul kriterleri olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMA GRUBU

Bu çalışmaya Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Bölümü'nde Haziran 2011 ve Ocak 2013 tarihleri arasında kanser tanısı konularak kemoterapi uygulanan 287 onkoloji hastası ve bu hastaların 287 birinci derece yakınları alındı.

METOD

Çalışma öncesi hasta ve hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yapılarak çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi ve çalışma için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılarak izin alındı. Görüşmede çalışmaya katılanlara kendisi ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği anlatıldı.

Tüm onkoloji hastaları ile görüşülerek yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, meslek, sosyoekonomik düzey, kanser türü, metastaz, tedavi, var olan kronik hastalıklar, son 1 yıl içerisinde yakınına kaybetme ve kaza geçirme durumu gibi maddeleri içeren sosyodemografik veri formu uygulandı.

Tüm onkoloji hasta yakınları ile görüşülerek yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, meslek, sosyoekonomik düzey, var olan kronik hastalıklar, son 1 yıl içerisinde yakınına kaybetme ve kaza geçirme durumu gibi maddeleri içeren sosyodemografik veri formu uygulandı.

Klinik görüşme yapılarak hastalara SF36 (short form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, hasta yakınlarına Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı. Hastaya ve hasta yakınına anketler kemoterapi öncesi ilk başvurusunda ve kemoterapi tedavisi süresince 3 ayda bir uygulandı. Beck Depresyon Ölçeği'ne göre 17 ve üstü puan alan hasta yakınlarında depresyon olduğu kabul edildi. Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre 17 ve üstü puan alan hasta yakınlarında anksiyete olduğu kabul edildi.

MATERYAL

1. Bilgilendirilmiş onay formu:

Her hasta ve hasta yakını çalışmaya alınmadan önce durumla ilgili bilgilendirilmiştir. Kendisinin ve eğer varsa bir yakınının, araştırmacı doktorun ve bir tanığın imzaları alınmıştır.

2. Hasta Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, meslek, sosyoekonomik düzey, kanser türü, metastaz, tedavi, var olan kronik hastalıklar, son 1 yıl içerisinde yakınına kaybetme ve kaza geçirme öyküsünü içermektedir.

3. Hasta Yakını Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, meslek, sosyoekonomik düzey, var olan kronik hastalıklar, son 1 yıl içerisinde yakınına kaybetme ve kaza geçirme öyküsünü içermektedir.

4. Short Form-36 (SF-36)

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş bir ölçektir (159).

1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan

SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur (160).

SF-36 birçok dile çevrilmiş, Türkçe için ise bedensel hastalığı olanlarda geçerliliği ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (161). SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0. 7324- 0. 7612 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan- 39 - korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0. 4712- 0,7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0,8353- 0,8445 arasında, emosyonel rol kısıtlamasında 0.6539- 0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlamasında 0.6883- 0.9034 arasında, ağrıda 0.7887-0.8872 arasında, mental sağlıkta 0.6893-0.7815 arasında, vitalite (enerji)'de 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.5690- 0.7812 arasında bulunmuştur. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır (161).

Ölçek adından da anlaşıldığı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 skalanın ölçümünü sağlamaktadır:

- 1) *Fiziksel fonksiyon* (10 madde): Sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi)
- 2) *Sosyal fonksiyon* (2 madde): Fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması (arkadaşlarını ve akrabalarını ziyaret gibi)
- 3) *Fiziksel rol fonksiyonu* (4 madde): Fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma saatlerinde kısıtlanma, çalışırken ve günlük aktivitelerde aşırı efor sarf etme gibi)
- 4) *Emosyonel rol fonksiyonu* (3 madde): Emosyonel sorunlara bağlı gelişen rol kısıtlılıkları
- 5) *Mental sağlık* (5 madde): Psikolojik sıkıntı ve iyilik hali ile ilgili olarak genel mental sağlık
- 6) *Vitalite* (4 madde): Enerji, yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi
- 7) *Ağrı* (2 madde): Ağrının şiddeti ve çalışma gücünü nasıl etkilediği
- 8) *Genel sağlık* (6 madde): Kişinin kendi sağlığı ile ilgili görüşleri

Her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir. Yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (161).

5. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı ve hasta gruplarına uygulanmaktadır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Sıklıkla gösterdiği semptomların ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur (162).

Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu

depresyon şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekte yer alan 21 sorudan 11'i biliş, 2'si duygu, 2'si açıkça görülen davranış, 1'i kişilerarası sorunlar, 5'i somatik semptomları ölçmektedir (163). Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında oluşturulmuş olup 1980 yılında Tegin ve 1989 yılında da Hisli tarafından Türkçe yeterlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Hisli, yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir (164). Güvenilirlik çalışmasında Croanbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde $r=0.74$ olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlilik yönteminde BDÖ ile birlikte MMPI (MMPI: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve 6 faktör elde edilmiştir. Bunlardan 4 tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. 1. faktörde umutsuzluk, 2. faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, 3. faktörde bedensel kaygılar ve 4. faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

6. Beck Anksiyete Ölçeği

1988 yılında Beck ve arkadaşlarınca (ark.) oluşturulmuş ve Ulusoy ve ark. Tarafından Türkçeye çevrilerek kullanılmaya başlanmıştır. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan, kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, “hiç”, “hafif derecede” “orta derecede”, “ciddi derecede” seçeneklerini içeren ve 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir (163).

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmanın verileri SPSS for Windows 15,0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Araştırma grubundan elde edilen sayısal verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş, dağılımların çoğunun normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Tanımlayıcı veriler sayısal veriler için ortanca (1. Çeyrek ve 3. Çeyrek), nominal değişkenler için yüzde dağılımları ile sunulmuştur. Tek değişkenli analizlerde grup yüzdelerinin karşılaştırmasında ki kare testi, Fisher'in kesin testi, grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Hasta yakınlarında anksiyete varlığı ve depresyon varlığı açısından çok değişkenli analizler lojistik regresyon modelleri ile değerlendirilmiştir. Modellerde bağımlı değişken olarak farklı değerlendirme zamanlarında hasta yakınında anksiyete (var=1 yok=0) veya depresyon (var=1 yok=0) varlığı alınmıştır. Baseline modellerde bağımsız değişkenler olarak hasta yakınının yaşı (21-40=ref, 41-40=1, $\geq 41=3$), hasta yakınının cinsiyeti (erkek=1, kadın=0), hastada metastaz varlığı (var=1 yok=0), hastanın yaşam kalitesi alanlarının puanları (değişkenler sayısal alınmıştır) alınmıştır. Kontroller için oluşturulan modellerde bağımlı değişken olarak farklı kontrollerde hasta yakınında anksiyete (var=1 yok=0) veya depresyon (var=1 yok=0) varlığı alınmıştır. Bağımsız değişkenler olarak hasta yakınının yaşı (21-40=ref, 41-40=1, $\geq 41=3$), hasta yakınının cinsiyeti (erkek=1, kadın=0), hastada metastaz varlığı (var=1 yok=0), hastanın prognozu (regresyon=ref, stabil=1, progresyon=2) alınmıştır. Tüm modellerde anksiyete veya depresyon varlığı için bağımsız değişkenlerin OR (%95GS) hesaplanmıştır. Tüm istatistiksel karşılaştırmalarda istatistiksel önemlilik için tip 1 hata değeri %5 kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

1- ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

1A.Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

Onkoloji hastalarının yaş dağılımına bakıldığında 21-40 yaş aralığı % 13,2, 41-60 yaş aralığı % 45,6, 61 ve üzeri yaş aralığı % 41,1 bulunmuştur. Hasta yakınlarının yaş dağılımı ise 21-40 yaş Aralığı % 40,8, 41-60 yaş Aralığı % 44,9, 61 ve üzeri yaş Aralığı % 12,2 saptanmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının çoğunu 41-60 yaş aralığı oluşturmaktadır. Onkoloji hastalarının %58,5'i kadın, %41,5'i erkek olup; hasta yakınlarının %44,3'ü kadın, %55,7'si erkektir. Hastaların çoğunu kadın, hasta yakınlarının çoğunu erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Evli olanların oranı onkoloji hastalarında %86,1, hasta yakınlarında ise %86,4 bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğu evlidir (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

	Hastalar (n=287) %*	Hasta yakınları (n=287) %*
Yaş		
0-20	0,0	2,1
21-40	13,2	40,8
41-60	45,6	44,9
61 ve üzeri	41,1	12,2
Cinsiyet		
Erkek	41,5	55,7
Kadın	58,5	44,3
Medeni durum		
Halen evli	86,1	86,4
Boşanmış	3,8	1,4
Eşi ölmüş	8,7	,7
Bekâr hiç evlenmemiş	1,4	11,5
Toplam	100,0	100,0

*Sütun yüzdesi

1B.Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyoekonomik Özellikleri

Eğitim durumlarına bakıldığında onkoloji hastalarının % 18,8 okuryazar - okuryazar değil, % 58,9 ilkokul mezunu, % 9,8 lise mezunu, % 4,9 üniversite-yüksek okul mezunudur. Hasta yakınlarının ise % 6,3 okuryazar, % 45,3 ilkokul, % 20,6 lise mezunu, % 13,2 üniversite- yüksek okul mezunudur. Hasta ve hasta yakınlarında eğitim düzeyi olarak en büyük grubu ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Hastaların % 50,5 sağlık güvencesini SGK, hasta yakınlarının % 56,1 sağlık güvencesini SGK oluşturmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının sağlık güvencesi SGK' dır (Tablo 14).

Tablo 14. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyoekonomik Özellikleri

	Hastalar (n=287) %*	Hasta yakınları (n=287) %*
Eğitim düzeyi		
Okuryazar/OYD	18,8	6,3
İlkokul	58,9	45,3
Ortaokul	7,7	14,6
Lise	9,8	20,6

Üniversite-yüksek okul	4,9	13,2
Sağlık güvencesi		
Sağlık güvencem yok	1,4	3,5
Yeşil kart	11,5	5,9
Sak	50,5	56,1
Bağ kur	24,0	18,1
Emekli sandığı	12,2	16,0
Özel sigorta	,3	,3
Toplam	100,0	100,0

1C.Hasta ve Hasta Yakınlarında Beyana Dayalı Kronik Hastalık Varlığı

Kronik hastalık öyküsü onkoloji hastalarında % 44,9, hasta yakınlarında % 31,4 olarak saptanmıştır ve bu hastalıkların çoğunu başta hipertansiyon olmak üzere diyabet ve hiperkolesterolemi oluşturmaktadır. Hastaların % 17,4 diyabet, % 28,9 hipertansiyon, % 9,8 hiperkolesterolemi bulunmaktadır; hasta yakınlarının % 8 diyabet, % 18,8 hipertansiyon, % 7,7 hiperkolesterolemi bulunmaktadır. Depresyon tanısı hastaların %2,4'ünde, hasta yakınlarının %4,5'inde mevcuttur (Tablo 15).

Tablo 15. Hasta ve Hasta Yakınlarında Beyana Dayalı Kronik Hastalık Varlığı

	Hastalar (n=287) %*	Hasta yakınları (n=287) %*
En az bir hastalık varlığı	44,9	31,4
Diyabet	17,4	8,0
ektansiyon	28,9	18,8
ekkolesterol	9,8	7,7
ekbobrek	1,0	0,3
ekkalp	5,9	2,8
ekbypass	3,1	0,3
ekanjio	6,6	2,8
ekfelc	1,4	0,0
ekinme	0,7	0
ekdemans	0,0	0,0
ekepilepsi	0,7	0,3
ekparkın	0,3	0,0
akastim	1,4	1,7
ekkoah	0,3	1,7
ekdepresyon	2,4	4,5
ekmigren	2,4	3,1
ekallerji	0,3	0,3
ekreflu	1,4	1,7
Ektbc	0,0	0,0
Ekkanser	0	1,4

- Satırda yer alan hastalıkları olanların yüzdesidir

1D.Hasta ve Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumu

Hastaların % 12,5, hasta yakınlarının % 13,2 son bir içinde bir yakınını kaybetmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının her on kişiden biri gibi bir oranla son bir yıl içinde bir yakınını kaybetme öyküsü mevcuttur. (Tablo 16)

Tablo 16. Hasta ve Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumu

Son bir yıl içinde bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Hastalar (n=287) %*	Hasta yakınları (n=287) %*
Evet	12,5	13,2
Hayır	87,5	86,8
Toplam	100,0	100,0

2- HASTA YAKINLARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

2A.Hasta Yakınlarının Tanı Anında ve Kontrollerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Hasta yakınlarında anksiyete sıklığı tanı anında %13,4, depresyon sıklığı % 12,2 bulunmuştur ve kontrollerde %39'lara varan artış olmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Hasta Yakınlarının Baseline ve Kontrollerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

	anksiyete		Depresyon	
	Medyan (25th-75th)-	Anksiyete Var (≥ 17) %	Medyan (25th-75th)-	Depresyon Var (≥ 17) %
Baseline	4 (1-10)	13,4	3 (1-9)	12,2
Kontrol1	5 (1-20)	13,3	7 (1-22)	34,4
Kontrol2	5 (1-22,5)	33,3	6 (1-24)	35,2
Kontrol3	5 (0-25)	38,2	6 (0-26)	38,9
Kontrol4	5 (1-22)	33,3	4,5 (1-23,5)	39,3

2B.Hasta Yakınlarının Yaşa ve Cinsiyete Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Hasta yakınlarındaki anksiyete ortanca değeri tanı anında yaşa göre değerlendirildiğinde 41-60 yaş ve 61 ve üzeri birbirinden farklı saptanmazken, 21-40 yaş daha düşük saptanmıştır. Aradaki fark istatikselsel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). 2. kontrolde anksiyete ortanca değeri 41-60 yaş en yüksek, 21-40 yaş en düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatikselsel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). 1., 3. ve 4. kontrollerde anksiyete ortanca değeri 41-60 yaş arasında daha yüksek bulunurken

diğer yaş grupları ile arasında istatikselsel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Özet olarak tanı anında ve kontrollerde anksiyete ortanca değeri 41-60 yaş grubunda daha yüksek saptanmıştır. Hasta yakınlarındaki depresyon ortanca değeri tanı anında 61 yaş ve üzerinde, kontrollerde 41-60 yaş daha yüksek saptanırken diğer yaş grupları ile arasındaki fark istatikselsel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hasta yakınlarındaki anksiyete ortanca değeri cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın cinsiyette tanı anında ve kontrollerde daha yüksek bulunmuştur ve erkek cinsiyette aradaki fark istatikselsel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.01$). Depresyon ortanca değeri cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın cinsiyette tanı anında ve kontrollerde daha yüksek bulunmuştur. İki cinsiyet arasındaki fark tanı anında ve 1. 2. 3. kontrollerde istatikselsel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0.01$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hasta Yakınlarının Yaşa ve Cinsiyete Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Ortanca Ve Çeyrek Dağılımı

	21-40	41-60	61 ve üzeri	p	Erkek	Kadın	P
	Medyan (25th-75th)-	Medyan (25th-75th)-	Medyan (25th-75th)-		Medyan (25th-75th)-	Medyan (25th-75th)-	
ANKSİYETE							
Baseline	3,00 (0,00-7,25)	5,00 (2,00-11,50)	5,00 (0,00-11,00)	0,036	3,00 (0,00-6,00)	7,00 (2,00-14,25)	0,001
Kontrol1	4,00 (0,00-20,50)	8,00 (1,00-22,0)	4,00 (1,00-13,00)	0,212	3,00 (0,00-14,00)	13,50 (1,00-28,00)	0,001
Kontrol2	2,00 (0,00-16,00)	10,00 (1,00-27,00)	5,00 (1,00-16,75)	0,035	2,00 (0,00-14,75)	16,00 (2,00-36,00)	0,001
kontrol3	2,00 (0,00-19,50)	12,00 (1,00-30,00)	4,50 (1,00-19,75)	0,155	2,00 (0,00-17,00)	19,00 (1,50-30,00)	0,001
kontrol4	2,00 (1,00-18,50)	11,00 (1,75-28,50)	3,50 (1,75-8,25)	0,089	3,00 (1,00-14,00)	17,00 (1,00-30,00)	0,044
DEPRESYON							
Baseline	3,00 (1,00-10,00)	3,00 (1,00-9,00)	4,00 (1,00-9,00)	0,932	2,00 (0,00-6,00)	7,00 (2,00-15,00)	0,001
Kontrol1	7,00 (1,00-24,00)	10,00 (2,00-23,50)	6,00 (1,00-16,00)	0,688	3,00 (1,00-17,00)	15,00 (2,00-26,00)	0,001
Kontrol2	4,00 (0,00-13,75)	11,00 (1,00-27,00)	6,5 (0,00-20,25)	0,213	2,00 (0,00-13,00)	18,00 (2,00-30,00)	0,001
kontrol3	6,00 (0,00-20,5)	8,00 (100-27,00)	4,00 (0,00-21,50)	0,644	2,00 (0,00-20,00)	19,00 (2,00-31,00)	0,001
kontrol4	4,50 (0,25-18,00)	14,5 (1,00-27,25)	2,50 (0,0-17,25)	0,180	3,00 (1,00-18,75)	17,50 (0,75-27,50)	0,193

2C.Hasta Yakınlarının Yaşa ve Cinsiyete Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

Hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon yüzde dağılımları yaşa göre değerlendirildiğinde tanı anında ve kontrollerde 41- 60 yaş daha yüksek tespit edilmekle birlikte, 2. Kontrolde diğer yaş gruplarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Cinsiyet farkına göre anksiyete ve depresyon yüzdesi kadın cinsiyette tanı anında ve kontrollerde daha yüksek saptanmıştır. Erkek cinsiyetle aradaki fark anksiyete tanı anında ve kontrollerde, depresyon tanı anında ve ilk 3 kontrolde ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 19).

Tablo 19. Hasta Yakınlarının Yaşa ve Cinsiyete Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

	21-40	41-60	61 ve üzeri	p	Erkek	Kadın	P
	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %		Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %	
ANKSİYETE							
Baseline	9,3	17,6	12,1	0,162	7,6	21,2	0,001
Kontrol1	30,3	32,7	22,2	0,565	22,3	40,9	0,002
Kontrol2	22,6	44,3	25	0,016	21,9	49,3	0,001
kontrol3	34	44,4	27,8	0,326	27	52,6	0,003
kontrol4	28,6	43,3	0,0	0,102	19,4	50	0,015
DEPRESYON							
Baseline	13,1	10,9	14,3	0,797	6,3	19,8	0,001
Kontrol1	35,2	36,3	22,2	0,371	25,2	45,9	0,001
Kontrol2	22,6	45,6	33,3	0,017	22,9	52,2	0,001
kontrol3	30	45,2	27,8	0,067	28,4	52,6	0,005
kontrol4	30	50	16,7	0,178	30	50	0,126

Ki kare testi

2C.Hasta Yakınlarının Medeni Durum ve Eğitime Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Medeni duruma göre anksiyete ve depresyon ortanca puanları tanı anında ve kontrollerde değerlendirildiğinde boşanmış-eşi ölmüş olan hasta yakınlarında en yüksek saptanmıştır. Boşanmış-eşi ölmüş, bekar ve evli gruplarla aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitim seviyesine göre tanı anında ve kontrollerde anksiyete ve depresyon düzeyi incelendiğinde lise ve üzeri eğitimi olanlarda ortanca değerler daha düşük bulunmuştur. Buna göre eğitim seviyesi

artıkça anksiyete ve depresyon düzeyi azalmaktadır. Aradaki fark anksiyete 4. kontrol dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hasta Yakınlarının Medeni Durum ve Eğitime Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Ortanca ve Çeyrek Dağılımı

	Halen evli	Boşanmış, eşi ölmüş	Bekâr	P	Okuryazar değil /okuryazar	İlkokul/ ortaokul	Lise ve üzeri	P
	Medyan (25th- 75th)-	Medyan (25th- 75th)-	Medyan (25th- 75th)-		Medyan (25th- 75th)-	Medyan (25th- 75th)-	Medyan(25 th-75th)	
ANKSİYETE								
Baseline	4,00 (1,00- 10,00)	5,00 (1,50- 16,00)	3,00 (0,00- 10,50)	0,48 3	4,50 (1,50- 14,00)	5,00 (1,00- 11,00)	2,00 (0,00-7,00)	0,005
Kontrol1	5,5 (1,00- 20,25)	11,00 (0,75- 21,25)	3,00 (0,00- 20,50)	0,52 4	7,00 (1,00- 36,00)	7,00 (2,00- 21,25)	2,00 (0,00- 15,75)	0,01
Kontrol2	4,5 (0,00- 22,75)	15,00 (0,50- 33,00)	4,50 (0,25- 21,25)	0,91 8	16,00 (2,00- 47,00)	8,50 (1,00- 27,00)	1,00 (0,00- 15,25)	0,001
kontrol3	4,5 (0,00- 25,25)	14,50 (2,50- 40,75)	8,00 (1,50- 24,50)	0,82 2	19,00 (2,00- 41,75)	12,00 (1,00- 27,50)	2,00 (0,00- 18,75)	0,016
kontrol4	4,00 (1,00- 21,00)	27,00 (6,00- 48,00)	6,50 (1,25- 27,25)	0,39 3	15,00 (1,00- 39,00)	10,00 (1,50- 27,50)	2,00 (0,00-7,00)	0,123
DEPRESYON								
Baseline	3,00 (1,00-10)	4,00 (0,75- 13,00)	2,00 (0,00- 8,00)	0,30 5	3,50 (1,00-9,75)	5,00 (1,00- 13,00)	2,00 (0,00-7,00)	0,008
Kontrol1	8,00 (1,00- 22,25)	8,5 (2,00- 23,25)	2,50 (0,00- 20,50)	0,27 1	8,00 (1,00- 29,00)	9,50 (2,00- 24,25)	2,00 (0,00- 18,00)	0,01
Kontrol2	5,5 (1,00- 24,75)	7,00 (0,50- 25,50)	7,00 (0,25- 18,00)	0,97 8	23,00 (1,00- 30,00)	11,00 (1,00- 28,75)	2,00 (0,00- 11,50)	0,002
kontrol3	4,00 (0,00- 26,00)	8,50 (1,00- 34,00)	9,00 (1,50- 24,50)	0,85 9	23,00 (1,00- 31,25)	14,00 (1,00- 27,5)	2,00 (0,00- 12,75)	0,023
kontrol4	4,00 (1,00- 22,00)	24,00 (3,00- 45,00)	12,00 (1,00- 27,00)	0,48 5	21,00 (0,50- 29,00)	18,00 (1,00- 26,75)	1,00 (0,00-7,00)	0,016

2D.Hasta Yakınlarının Medeni Durum ve Eğitime Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

Medeni duruma göre anksiyete ve depresyon yüzdelerine bakıldığında tanı anında ve kontrollerde istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Hasta yakınlarındaki anksiyete yüzdeleri eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde tanı anında ve kontrollerde okuryazar değil/okuryazar grupta daha yüksek bulunurken, yalnızca 2.kontrolde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre eğitim seviyesi düştükçe anksiyete sıklığı artmaktadır. Eğitim durumuna göre depresyon yüzdeleri ise tanı anında ilkökul/ortaokul grubunda daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.01$). 2. 3. ve 4. kontrollerde okuryazar değil/okuryazar grupta depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sonuç olarak eğitim düzeyi düştükçe depresyon sıklığı artmaktadır. Eğitim düzeyine göre anksiyete ve depresyon yüzdelerinin eğitim seviyesi arttıkça azaldığı saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hasta Yakınlarının Medeni Durum ve Eğitime Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

	Halen evli	Boşanmış, eşi ölmüş	Bekâr	P	Okuryazar değil /okuryazar	İlkokul/ ortaokul	Lise ve üzeri	P
	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %		Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %		
ANKSİYETE								
Baseline	13,9	16,7	9,1	0,726	16,7	16,6	7,4	0,103
Kontrol1	30,5	16,7	33,3	0,717	40,0	33,8	23,9	0,197
Kontrol2	34,0	40,0	25,0	0,729	45,5	40,2	21,0	0,031
kontrol3	37,7	50,0	38,5	0,884	60,0	41,0	29,2	0,14
kontrol4	31,9	50,0	37,5	0,837	40,0	42,4	15,8	0,138
DEPRESYON								
Baseline	13	16,7	6,1	0,496	11,1	17	4,1	0,009
Kontrol1	35,7	33,3	25,0	0,492	46,7	38,0	26,4	0,109
Kontrol2	36,1	20,0	31,3	0,716	54,5	42,4	21,0	0,029
kontrol3	40,4	25,0	30,8	0,675	70,0	45,2	22,9	0,005
kontrol4	40,4	50,0	28,6	0,795	60,0	53,1	10,5	0,007

Ki kare testi

2E.Hasta Yakınlarının Sağlık Güvencesine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Hasta yakınlarının anksiyete ortanca değerleri sağlık güvencelerine göre değerlendirildiğinde tanı anında sağlık güvencesi olmayanlarda diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Tanı anında ve kontrollerde sağlık güvencesi olmayanlarda ve yeşil kartlılarda sağlık güvencesi olanlara göre anksiyete ortanca değeri daha yüksektir. Depresyon ortanca değerleri ise tanı anında ve kontrollerde sağlık güvencesi olmayanlarda ve yeşil kartlılarda daha yüksek çıkmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Sonuç olarak tanı anında ve kontrollerde sağlık güvencesi olmayanlarda ve yeşil kartlılarda depresyon ortanca değeri daha yüksektir (Tablo 22).

Tablo 22. Hasta Yakınlarının Sağlık Güvencesine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Ortanca ve Çeyrek Dağılımı

	Yok	Yeşil kart	Sgk, emekli san, bağkur, özel	p
	Medyan (25th- 75th)-	Medyan (25th- 75th)-	Medyan (25th-75th)-	
ANKSİYETE				
Baseline	11,5 (2,5- 26,25)	2 (0-4,5)	4 (1-10)	0,022
Kontrol1	7 (1-41)	5 (0-20)	5 (1-20)	0,681
Kontrol2	5,5 (1,5-25,5)	8 (5-16)	4,5 (1-24)	0,866
kontrol3	8,5 (2,25- 30,5)	14,5 (0,25-20,5)	5 (0-26)	0,88
kontrol4	10 (5-30)	1 (0-17,5)	5 (1-23,5)	0,307
DEPRESYON				
Baseline	8 (0,75- 15,5)	3 (1-13,5)	3 (1-9)	0,603
Kontrol1	5 (1,5-21)	12 (0-29)	7 (1-22)	0,791
Kontrol2	7,5 (0,75- 15,5)	12 (0,5-32,5)	6 (1-24)	0,876
kontrol3	12,5 (0-20)	22,5 (1,25- 37,25)	4 (0-25)	0,465
kontrol4	18 (12-19)	11 (0,25-37,5)	4 (1-24,5)	0,764

2F.Hasta Yakınlarının Sağlık Güvencesine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

Hasta yakınlarının sağlık güvencesine göre anksiyete yüzde dağılımına bakıldığında tanı anında %40 ile sağlık güvencesi olmayanlarda en yüksek tespit edilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Depresyon yüzdeleri değerlendirildiğinde ise sağlık güvencesi olmayanların ve yeşil kartlı olanların depresyon yüzdeleri daha yüksek saptanmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Hasta Yakınlarının Sağlık Güvencesine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

	Yok	Yeşil kart	SSK, emekli san, bağ kur, özel	P
	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %	
ANKSİYETE				
Baseline	40	0	13,2	0,014
Kontrol1	33,3	26,7	30,7	0,932
Kontrol2	16,7	11,1	35,3	0,221
kontrol3	33,3	50	37,6	0,76
kontrol4	33,3	20	34,7	0,802
DEPRESYON				
Baseline	20	17,6	11,6	0,569
Kontrol1	22,2	46,7	33,9	0,446
Kontrol2	16,7	44,4	35,3	0,537
kontrol3	33,3	62,5	37,6	0,362
kontrol4	66,7	50	36,7	0,53

Ki kare testi

2G.Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna ve Kronik Hastalık Varlığına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Hasta yakınlarının son 1 yıl içinde bir yakınını kaybetme durumuna göre depresyon ve anksiyete ortanca değerleri kontrol 4 dışında tanı anında ve kontrollerde yakınını kaybedenlerde daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Hasta yakınlarında önemli kronik hastalık varlığına göre depresyon ve anksiyete düzeyi değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanların ortanca değerleri daha yüksek saptanmıştır. Anksiyete tanı anında, kontrol 4 dışında tüm kontrollerde; depresyon tanı anında 2. ve 3. kontrollerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Ortanca ve Çeyrek Dağılımı

	Son bir yılda bir yakınını kaybetme		P	Hasta yakınlarında önemli bir kronik hastalık varlığı		p
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Medyan (25th-75th)-	Medyan (25th-75th)-		Medyan (25th-75th)-	Medyan (25th-75th)-	
ANKSİYETE						
Baseline	4,5 (1,75-14,25)	4 (1-10)	0,381	8 (4-16,5)	3 (0-6)	0,000
Kontrol1	6 (2-16)	5 (1-21,25)	0,543	10 (2-28,5)	4 (0-19)	0,005
Kontrol2	10,5 (2-22)	4 (0-23,5)	0,474	14,5 (2-35,5)	2 (0-19)	0,001
kontrol3	10,5 (1-26,5)	5 (0-25)	0,402	16 (2-30)	2,5 (0-23,25)	0,02
kontrol4	2 (1-22,5)	5,5 (1-22,5)	0,652	8 (2-25)	4,5 (1-19)	0,222
DEPRESYON						
Baseline	5,5 (1-15)	3 (1-9)	0,157	7 (2-16)	2 (0-7,5)	0,000
Kontrol1	14 (2-27,25)	7 (1-22)	0,72	11 (1-26)	6 (1-21,25)	0,052
Kontrol2	13,5 (1,25-28,75)	4 (0,5-23)	0,139	17 (1,25-34)	3 (0-19)	0,001
kontrol3	15,5 (1-32,25)	4 (0-24)	0,116	20 (1-28)	3 (0-24)	0,041
kontrol4	1 (0,5-16)	6 (1-24)	0,386	7 (1-27,5)	3 (0-21)	0,225

2H.Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna ve Kronik Hastalık Varlığına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

Hasta yakınlarının yakınını kaybetme durumuna göre anksiyete ve depresyon yüzdelerine bakıldığında tanı anında yakınını kaybedenlerde daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hasta yakınlarında önemli kronik hastalık varlığına göre depresyon ve anksiyete düzeyi değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanların yüzde değerleri daha yüksek saptanmıştır. Anksiyete tanı anında ve depresyon tanı anında- 2. kontrolde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Hasta Yakınlarının Son Bir Yıl İçinde Bir Yakınını Kaybetme Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

	Son bir yılda bir yakınını kaybetme		P değeri	Hasta yakınlarında önemli bir kronik hastalık varlığı		P değeri
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %		Var (≥ 17) %	Var (≥ 17) %	
ANKSIYETE						
Baseline	18,4	12,6	0,328	25,3	8,3	0,001
Kontrol1	23,5	31,6	0,341	37,7	27,5	0,108
Kontrol2	33,3	33,3	1	46,2	27,4	1,108
kontrol3	45,8	36,4	0,392	48,8	33,3	0,091
kontrol4	22,2	35,4	0,703	38,1	30,6	0,56
DEPRESYON						
Baseline	21,1	10,5	0,1	23,6	7,1	0,001
Kontrol1	41,2	33,2	0,361	42,9	30,6	0,06
Kontrol2	45,8	33,3	0,236	51,9	27,4	0,002
kontrol3	50	36,4	0,219	51,2	33,3	0,052
kontrol4	22,2	42,6	0,458	42,9	37,1	0,672

Ki kare testi

2I.Hasta Yakınlarının Daha Önce Depresyon Tanılarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı

Daha önce depresyon tanısı olmasına göre hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyi yüzde dağılımı değerlendirildiğinde tanı anında ve 1. kontrollerde anksiyete ve depresyon yüzdesi daha önceden depresyon tanısı olanlarda olmayanlara göre yüksek saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Hasta Yakınlarının Daha Önce Depresyon Tanılarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Yüzde Dağılımı*

	Depresyon tanısı		p
	Var	Yok	
ANKSİYETE			
Baseline	45,5	12,1	0,008
Kontrol1	41,7	12	0,013
Kontrol2	66,7	32,7	UD
kontrol3	100	37,2	UD
kontrol4	100	32,1	UD
DEPRESYON			
Baseline	33,3	11,3	0,046
Kontrol1	80	32,5	0,004
Kontrol2	66,7	34,6	UD
kontrol3	50	38,8	UD
kontrol4	0	40	UD

Fisherin kesin testi*UD= uygun değil, kontrol 2 için 3 kişi, kontrol 3 için 2 kişi, kontrol 4 için 1 kişi daha önce depresyon tanısı olduğunu belirtmiştir

2J.Hasta Yakınlarının Daha Önce Depresyon Tanılarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi

Daha önce depresyon tanısı olmasına göre hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ortanca puanları değerlendirildiğinde tanı anında ve 1. kontrollerde anksiyete ve depresyon ortanca değerleri daha önceden depresyon tanısı olanlarda olmayanlara göre yüksek saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p < 0.01$) (Tablo 27).

Tablo 27. Hasta Yakınlarının Daha Önce Depresyon Tanılarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Ortanca ve Çeyrek Dağılımı

	Depresyon tanısı var	Depresyon tanısı yok	P
	Medyan (25th-75th)-	Medyan (25th-75th)-	
ANKSİYETE			
Baseline	14 (9-31,75)	4 (1-9)	0,000
Kontrol1	35 (17,5-44,75)	4 (1-20)	0,000
Kontrol2	44 (13-51)	4 (1-22)	UD
kontrol3	33,5 (19-48)	5 (0-25)	UD
kontrol4	19 (19-19)	5 (1-22,5)	UD
DEPRESYON			
Baseline	13 (8,25-	3 (1-9)	0,000

	22,5)		
Kontrol1	24 (18-41,25)	7 (1-22)	0,001
Kontrol2	21 (3-44)	6 (1-24)	UD
kontrol3	14,5 (8-21)	5 (0-26)	UD
kontrol4	6 (6-6)	4 (1-24)	UD

2K.Hastaların Yaş, Cinsiyet, Metastaz ve Kanser Tipine Göre Hasta Yakınlarının Tanı Anında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

Hasta yakınlarındaki tanı anında anksiyete ve depresyon düzeyi ortanca ve yüzde değerleri hastasının yaşına, cinsiyetine ve kanser tipine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastasının metastaz varlığına göre değerlendirildiğinde ise anksiyete ortanca değeri hastasında metastazı olan hasta yakınlarında daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 28)

Tablo 28. Hastaların Yaş, Cinsiyet, Metastaz ve Kanser Tipine Göre Hasta Yakınlarının Tanı Anında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

	Anksiyete		Depresyon	
	Ortanca (25th-75th)	≥ 17 (anksiyete var) %	Ortanca (25th-75th)	≥ 17 (depresyon var) %
HASTASININ YAŞI				
21-40	3 (0-9,25)	15,8	6 (1-13,75)	21,1
41-60	4 (1-10)	12,1	3 (1-9)	9,9
61 ve üzeri	5 (1-11)	14	3 (1-8,5)	12
P değeri	0,473	0,815	0,208	0,182
HASTASININ CİNSİYETİ				
Erkek	5 (1-10)	13,5	3 (1-9)	11,8
Kadın	4 (1-10)	13,3	3 (1-10)	12,6
	0,548	0,966	0,857	0,837
HASTASINININ BASELİNE METASTAZ VARLIĞI				
Var	5 (1,75-10)	15,4	3,5 (1-10)	12,6

Yok	3 (0-9)	9,6	3 (0-9)	11,5
P değeri	0,030	0,179	0,248	0,775
HASTASININ KANSER TİPİ				
Meme	5 (1-11)	13,2	3 (1-8,25)	9
Kolorektal	4 (1-11)	13	4 (1-10)	6,4
Mide	5 (1-9,75)	16,1	2 (0,25-9)	15,6
Pankreas	8 (3-14)	12,5	8 (3-15,5)	22,2
Özefagus	4 (0-9,75)	0	4 (1-9,25)	0
Endometrium	2,5 (0-15)	22,2	3 (0-10,25)	16,7
Over	2 (0-8)	10,5	5 (2-11)	15,8
üriner sistem	3 (0,5-14,5)	16,7	3,5 (0-18)	25
Erkek genital sistem	6,5 (0,25-27,25)	25	7,5 (3,5-8)	0
Solunum	4,5 (0,25-13,25)	18,8	3,5 (1,25-14,75)	25
Deri	3 (1,5-13)	12,5	4 (2-7)	0
Diğer	3 (0,75-6)	3,7	2,5 (0-13,25)	16,7
P	0,831	0,855	0,903	0,343

2L. Hastaların Kontrollerde Prognozuna Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri

Hastaların kontrollerde prognozuna göre hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete ortanca ve yüzde düzeyleri değerlendirildiğinde: kontrollerin tümünde hastasında progresyon saptanan hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon ortanca değeri hastasında regresyon ve stabil olanlara göre yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Depresyon ve anksiyete yüzde dağılımına bakıldığında 1. Kontrol anksiyete yüzdesi dışında hastasında progresyon saptananlarda yüzde değerleri en yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı tespit edilmiştir ($p<0.01$). (Tablo 29)

Tablo 29. Hastaların Kontrollerde Prognozuna Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri

	Anksiyete	Depresyon
--	-----------	-----------

	Ortanca (25th-75th)	≥17 (anksiyete var) %	Ortanca (25th-75th)	≥17 (depresyon var) %
Kontrol 1				
Regresyon	5 (1-19)	16,9	4,5 (1-19)	28,9
Stabil	3 (0-16)	10,3	3 (1-20)	28
progresyon	14 (1,25-29,75)	15,6	18 (5,25- 28,75)	51,6
P değeri	0,009	0,383	0,001	0,004
Kontrol 2				
Regresyon	3 (1-14)	20,8	2 (0-11,5)	20,8
Stabil	2 (0-20,25)	29,5	3 (0-23,25)	33,3
progresyon	22,5 (4,25-37,75)	61,8	20 (11,75- 34,25)	61,8
P değeri	0,001	0,001	0,001	0,001
Kontrol 3				
Regresyon	3 (0-17,25)	25	2 (0-16)	22,5
Stabil	2 (0-23)	35	3 (0-25)	35
progresyon	17,5 (12-32)	60	20,5 (7,5-30)	66,7
P değeri	0,007	0,01	0,003	0,001
Kontrol 4				
Regresyon	2 (1-5,5)	5	1 (0-3)	10,5
Stabil	2 (0,5-25,5)	38,1	3 (1-27,5)	33,3
progresyon	20 (11,25-30,75)	62,5	21,5 (18-25)	81,3
P değeri	0,001	0,001	0,001	0,001

3. SONUÇLARIN GENEL YORUMLANMASI

Tanı anında ve kontrol 1-4'de hasta yakınında anksiyete varlığı ve depresyon varlığı ile ilişkili olabilecek faktörlerden hasta yakınında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi,

medeni durum, sağlık güvencesi, son bir yılda bir yakını kaybetme, kronik hastalık varlığı ile ilişkiler değerlendirilmiştir. Tanı anında ve K1-4 değerlendirmelerin çoğunda veya tümünde anksiyete varlığı ile kadın cinsiyet ve hasta yakınında sağlık sorunu varlığı ilişkili, depresyon varlığı ile kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta yakınında sağlık sorunu varlığı ilişkili saptanmıştır. (Tüm karşılaştırmalar için $p < 0,05$). 41-60 yaş grubu, sağlık güvencesinin olmaması bazı karşılaştırmalarda anksiyete veya depresyonla ilişkili saptanmıştır. Medeni durum, son bir yılda bir yakını kaybetme ile hasta yakınında anksiyete veya depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Hastasının yaşı, cinsiyeti, kanser tipi ile hasta yakınının anksiyete depresyonu arasında ilişki saptanmamış, yalnızca baseline değerlendirmede hastada metastaz varsa hasta yakınında anksiyetenin daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalığı progrese olanların regresyon ve stabil olanlara göre yakınlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır.

4. ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARI

4A. Hasta Yakınlarında Tanı Anında ve Kontrollerde Anksiyete Varlığı İle İlişkili Değişkenler

Hasta yakınlarında tanı anında anksiyete varlığı kadınlarda erkeklere göre 4,2 kat, 41-60 yaş grup Aralığında 2,9 kat, kronik hastalığı olanlarda 3,2 kat fazladır. Hastanın tanı anında genel sağlığının kötü olması hasta yakınının anksiyete riskini artırmaktadır.

Hasta yakınlarında 1. kontrolde anksiyete varlığı kadınlarda erkeklere göre 2,3 kat, kronik hastalığı olanlarda 2,3 kat fazla; 2. kontrolde kadınlarda erkeklere göre 2,9 kat, ilkökul- ortaokul mezunlarında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre 2,4 kat, hastasının prognozu progrese olanların regrese olanlara göre 6,4 kat fazla; 3. kontrolde kadınlarda erkeklere göre 2,3 kat fazla; 4. kontrolde hastasının prognozu progrese olanların regrese olanlara göre 18,9 kat fazla bulunmuştur (Tablo 30).

Tablo 30. Hasta Yakınlarında Tanı Anında ve Kontrollerde Anksiyete Varlığı İle İlişkili Değişkenler

	Baseline	Kontrol 1	Kontrol 2	Kontrol 3	Kontrol 4
	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI
HASTA YAKINININ YAŞ GRUBU					
21-40	Ref	ref	ref	ref	ref
41-60	2,9 (1- 8,6)*	1,3 (0,5- 3,2)	1,99 (0,8- 4,7)	1 (0,4- 2,7)	1,68 (0,27- 10,4)
61 ve üzeri	1,2 (0,2- 6,6)	0,8 (0,2- 3,4)	0,66 (0,17- 2,6)	0,49 (0,1- 2,1)	0 (0- 0)
HASTA YAKINININ CİNSİYETİ					
Erkek	ref	ref	ref	ref	ref
Kadın	4,2 (1,6- 10,7)**	2,3 (1-5)*	2,9 (1,3- 6)**	2,39 (1- 5,2)*	3,9 (0,74- 20,7)
HASTA YAKINININ EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise ve üzeri	ref	ref	ref	ref	ref
OYD/OY	1,45 (0,2- 10,4)	2,5 (0,5- 12,6)	2,17 (0,47-10)	3 (0,63- 14,9)	3,7 (0,27- 51,78)
İO ve OO	1,7 (0,6- 4,8)	2,1 (0,8- 5,4)	2,42 (1- 5,65)*	1,7 (0,7- 4,1)	4,1 (0,7- 24)

HASTADA METASTAZ VARLIĞI					
Hayır	ref	ref	ref	ref	ref
Evet	0,9 (0,3- 2,3)	1 (0,4- 2,7)	1,25 (0,54- 2,88)	1,1 (0,45- 2,7)	3,63 (0,52- 25,1)
HASTADA SF36					
fiz_fonk.bas	1 (0,98- 1)	-	-	-	-
rol_fiz.bas	0,98 (0,96-1)	-	-	-	-
agri. Bas	0,99 (0,98-1)	-	-	-	-
gen_sag.bas	0,96 (0,93- 0,99)*	-	-	-	-
vitalite.bas	1,01 (0,97- 1)	-	-	-	-
sos_fonk.bas	0,99 (0,97- 1)	-	-	-	-
rol_emos.bas	1 (0,98- 1)	-	-	-	-
mental.bas	0,97 (0,94- 1)	-	-	-	-
HASTA YAKININDA KRONİK HASTALIK VARLIĞI					
Hayır	ref	ref	ref	ref	ref
Evet	3,2 (1,2- 8,4)*	2,3 (1- 5,3)*	1,59 (0,68- 3,7)	1,69 (0,68- 4,2)	0,75 (0,1- 5,3)
Hasta yakınında daha önce depresyon tanısı					
Hayır	ref	ref	-	-	-
evet	2,4 (0,4- 13)	2,6 (0,6- 12)	-	-	-
HASTADA PROGNOZ					
regresyon	-	ref	ref	ref	ref
Stabil	-	0,5 (0,2- 1,4)	2 (0,78- 5)	1,4 (0,53- 3,8)	7,94 (0,69- 91)
progresyon	-	0,8 (0,3-2,1)	6,47 (2,2- 18,8)***	2,78 (0,9-8,5)	18,9 (1,48- 241)*
Constant	0,504	0,042	0,044	0,147	0,006
R ²	%37,2	%17,1	30,2	20,8	57,4

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

4B.Hasta Yakınlarında Tanı Anında ve Kontrollerde Depresyon Varlığı İle İlişkili Değişkenler

Hasta yakınlarında depresyon kadınlarda erkeklere göre 6,3 kat, eğitim düzeyi ilkokul- ortaokul olanların lise- üzeri olanlara göre 5,6 kat, kronik hastalığı olanların 7,6 kat fazladır. Hastanın tanı anında sosyal fonksiyonunun kötü olması hasta yakınınin depresyon riskini artırmaktadır.

Hasta yakınlarında 1. kontrolde depresyon kadınlarda erkeklere göre 2,6 kat, hastasının prognozu progrese olanların regrese olanlara göre 2,6 kat fazla; 2.

kontrolde kadınlarda erkeklere göre 3,3 kat, eğitim düzeyi ilköğretim- ortaokul olanların lise- üzeri olanlara göre 2,6 kat, hastasının prognozu progrese olanların regrese olanlara göre 6,6 kat fazla; 3. Kontrolde eğitim düzeyi ilköğretim- ortaokul olanların lise- üzeri olanlara göre 3 kat, okuryazar değil- okuryazar olanların lise- üzeri olanlara göre 6,7 kat, hastasının prognozu progrese olanların regrese olanlara göre 4,7 kat fazla; 4. kontrolde eğitim düzeyi ilköğretim- ortaokul olanların lise- üzeri olanlara göre 20,8 kat, hastasının prognozu progrese olanların regrese olanlara göre 67 kat fazla bulunmuştur (Tablo 31).

Tablo 31. Hasta Yakınlarında Tanı Anında ve Kontrollerde Depresyon Varlığı İle İlişkili Değişkenler

	Baseline	Kontrol 1	Kontrol 2	Kontrol 3	Kontrol 4
	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI	Exp(B) 95% CI
HASTA YAKINININ YAŞ GRUBU					
21-40	ref	ref	ref	ref	ref
41-60	0,4 (0,1- 1,2)	0,7 (0,3- 1,3)	2,07 (0,8- 4,9)	1,66 (0,6- 4,2)	3,95 (0,5- 30)
61 ve üzeri	0,5 (0,1- 2,3)	0,36 (0,1- 1,1)	1,1 (0,3- 4,3)	0,5 (0,1- 2,3)	0,07 (0,002- 3,9)
HASTA YAKINININ CİNSİYETİ					
Erkek	ref	ref	ref	ref	ref
Kadın	6,3 (2,2- 17,4)***	2,63 (1,47- 4,7)***	3,3 (1,5- 7,1)**	2,2 (0,9- 5,1)	1,5 (0,25- 9)
HASTA YAKINININ EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise ve üzeri	ref	ref	ref	ref	ref
OYD/OY	2,4 (0,2- 23,7)	2,57 (0,76- 8,73)	3,2 (0,7- 14,8)	6,7 (1,2- 38)*	20 (0,89- 456)
İÖ ve ÖÖ	5,6 (1,5- 20,4)**	1,83 (0,97- 3,43)	2,6 (1,1- 6,1)*	3 (1,1- 7,7)*	20,8 (1,8- 239)*
HASTADA METASTAZ VARLIĞI					
Hayır	ref	ref	ref	ref	ref
Evet	0,5 (0,18- 1,3)	0,8 (0,42-1,5)	0,76 (0,33-1,7)	0,8 (0,3- 2,1)	1,2 (0,2- 7,5)
HASTADA SF36					
fiz_fonk.bas	0,99 (0,97- 1)	-	-	-	-
rol_fiz.bas	0,98 (0,96- 1)	-	-	-	-
agri.bas	1 (0,99- 1)	-	-	-	-
gen_sag.bas	0,97 (0,93- 1)	-	-	-	-
vitalite.bas	1 (0,98- 1)	-	-	-	-
sos_fonk.bas	0,97 (0,95- 1)*	-	-	-	-
rol_emos.bas	1 (0,99- 1)	-	-	-	-
mental.bas	0,97 (0,94- 1)	-	-	-	-
HASTA YAKININDA KRONİK HASTALIK VARLIĞI					

Hayır	ref	ref	ref	ref	ref
Evet	7,6 (2,6- 22)***	1,69 (0,88- 3,2)	2 (0,89- 4,69)	1,7 (0,6- 4,4)	0,6 (0,09- 4,08)
HASTA YAKININDA DAHA ÖNCE DEPRESYON TANISI					
Hayır	ref	-	-	-	-
evet	0,5 (0,09- 2,6)	-	-	-	-
HASTADA PROGNOZ					
Regresyon	-	ref	ref	ref	ref
Stabil	-	0,78 (0,38- 1,6)	2,17 (0,85- 5,4)	1,5 (0,5- 4,3)	3,3 (0,3- 30,3)
progresyon	-	2,68 (1,2- 5,6)**	6,6 (2,2- 19,8)***	4,7 (1,4- 15,4)*	67,4 (4- 1115)**
Constant	0,322	0,231	0,046	0,087	0,006
R ²	%38,2	17,6	32,8	29,9	64,5

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

5. ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARININ GENEL YORUMLANMASI

Hasta yakınlarında tanı anında ve kontrollerde anksiyete ve depresyon varlığı üzerinde etkili değişkenleri değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapıp, anksiyete ve depresyon varlığı bağımlı değişken, hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, daha önceden depresyon tanısı; hastasında metastaz varlığı, hastasının tanı anında yaşam kalitesi alan puanları, kontrollerde prognozu bağımsız değişken alındığında tanı anında ve kontrol değerlendirmelerin çoğunda hasta yakınlarında kadınlarda erkeğe göre 6 kata varan oranda depresyon ve anksiyete fazla bulunmuştur. 4. kontrolde hem depresyon hem de anksiyete sıklığı açısından cinsiyet farkı ortadan kalkmıştır. Hasta yakınlarında kronik hastalık varlığının tanı anında ve bazı kontrollerde 7 kata kadar anksiyete ve depresyonu arttırdığı tespit edilmiştir. Sadece tanı anında hasta yakınlarındaki anksiyete sıklığı 41-60 yaş grubunda 21-40 yaş grubuna göre 3 kat fazla saptanmıştır. Hasta yakınlarının eğitim düzeyi ilk ve ortaokul olanlarda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre tanı anında ve kontrollerin çoğunda 20 kata varan depresyon sıklığı bulunmuştur. Hastada progresyon olması regrese olmasına göre depresyonu özellikle 4. Kontrolde 67 kata, anksiyete sıklığını 19 kata kadar arttırdığı bulunmuştur. Tanı anında hastaların genel sağlığının bozuk olması anksiyete sıklığını, sosyal fonksiyonunun bozuk olması hasta yakınında depresyon sıklığını 0,9 kat arttırmaktadır. Hasta yakınının daha önceki depresyon tanısı ve metastaz varlığı olmasının olmamasıyla arasında fark tespit edilmemiştir.

5. TARTIŞMA

Kanserin tedavisi klinisyenlerin ortak paydada bulunduğu tedavi planı içerisinde seyretmekte ve multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Tedavi planı içerisinde gerek klinisyenlerin gerekse hasta ve hasta yakınlarının en çok dikkat ettikleri nokta cerrahi tedavi ve/veya kemoradyoterapi protokolleridir. Oysa literatürde geniş bir şekilde araştırılmasına rağmen hastaların içerisinde buldukları psikolojik kondisyoner durum genellikle göz ardı edilmektedir. Kanseri hastalarında genel popülasyona nazaran majör psikolojik sorunlara rastlanma oranlarının %12 daha

fazla olduğu bilinmektedir (164). Aynı zamanda kanser hastalarında kronik hastalığı olan hastalara göre daha fazla depresyon gelişme olasılığı bulunmaktadır (165, 166).

Kanser tanısı, konulmasının arkasından tedavi sürecinde ve terminal döneme kadar aile içinde ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır (166). Hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının psikolojik bozukluğu göz ardı edilmektedir. Hastanın bakımından sorumlu bireylerde depresyon görülme oranlarının %52,9 - 57 kadar çıkabildiği saptanmıştır (167). Akrabalık olmasa bile kanserli hastaların yakını olmanın anksiyete (168), depresyon (169), uyku bozukluğu (170), yorgunluk (171) oranlarını belirgin arttırdığı; yaşam kalitesini azalttığı (172), iş durumunu bozarak finansal çöküntüye sebep olduğu (173) bilinmektedir.

Bu araştırma kapsamında kanserli hasta yakınlarında tanı anından başlamak üzere anksiyete ve depresyonun önemli sağlık sorunları olduğu saptanmıştır. Tanı anında her 100 kanserli hasta yakınından 13'ünde anksiyete bozukluğu, 12 'sinde depresyon varken; depresyon için ikinci izlemden başlamak üzere, anksiyete için 3. İzlemden başlamak üzere her 3 hasta yakınından birinde anksiyete ve depresyon saptanmıştır.

Genel toplumda anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmadır. 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10,5 bulunmuştur (174, 175). Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (176). Burada kanserli hastaların yakınlarında saptanan anksiyete ve depresyon sıklıklarının genel toplumda bildirilen anksiyete ve depresyon sıklıklarından fazla olduğu görülmektedir.

Ayrıca hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon sıklıkları Türkiye'de benzer yaş ve cinsiyet grupları için bildirilen depresyon ve anksiyete sıklıkları ile karşılaştırıldığında, kanserli hasta yakınlarında bunların daha yaygın olduğu söylenebilir (178,179). Yapılan çalışmalarda ülkemizde erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (52, 180, 181, 182). Türkiye'de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan bir diğer araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin kullanıldığı "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu çalışmada depresif nöbet yaygınlığı %4,0 olarak bulunmuştur. Yaygınlık oranları kadınlarda %5,4 erkeklerde ise %2,3'tür (183, 184). Ülkemizde anksiyete bozukluklarının sıklığı ile ilgili Doğan ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde yaptıkları çalışmada son bir yılda % 10,5, yaşam boyu % 12,1 bulunmuştur (52).

Çalışmamıza alınan hasta yakınlarında anksiyete sıklığı tanı anında %13,4, depresyon sıklığı % 12,2 bulunmuştur ve kontrollerde %39'lara varan artış olmuştur. Onkoloji hastalarının yakınlarında depresyon ve anksiyete sıklığı ile yapılan çalışma sayısı çok azdır (185). Rhee ve ark. Çalışmasında kanserli hasta yakınlarının 2/3 ünde yaşamlarında büyük değişikliklerle karşılaştıklarını gözlemlemiş ve her 4 hasta yakınının 1' inin kanser tanısı konulduktan sonra hayattaki stres oranlarının çok daha arttığını saptamıştır (193, 186). Çivi ve ark. 110 kanserli hasta yakınında depresyon durumunu Beck depresyon ölçeği ile değerlendirilmişlerdir. Görüşülen kişilerin %53,6'sı erkek, %46,4'ü kadın, %86,4'ü evli, %55,5'i ilkökul eğitilmiş, yaş ortalamaları 47,3±13,5 yıl, BDÖ puan ortalamaları 8.00±7.68 olarak ve %10,0'unda orta ve

şiddetli depresyon bulmuşlardır (198). Lauren ve arkadaşlarının 200 hasta yakını üzerindeki çalışmasında hasta yakınlarının %13'ünde psikiyatrik hastalığa rastlanmıştır, bunların %25'i hastasına kanser tanısı konulduğundan beri tedavi almaktadır ve psikiyatrik bozuklukların sıklığına bakıldığında %8 panik bozukluk, %4,5 depresyon, %4 post-travmatik stres bozukluğu, %3 genel anksiyete bozukluğu saptanmıştır (222).

Literatürde, kanserli hastaya bakım veren aile üyesinin günlük yaşamına hastasının tümü ile girmesiyle, günlük rutininin değiştiği ve kanserli hastanın artan bakım ihtiyacı nedeniyle çok fazla strese maruz kaldığı belirtilmektedir (187). Bunun sonucunda da, bakım veren aile üyesinin günlük fonksiyonlarını, yaşam kalitesini etkileyen ve sürekli bakım verme yeteneğini azaltan ciddi düzeyde depresyon deneyimledikleri üzerinde durulmaktadır (188,189). Rivera'nın çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerin, kanser hastalığı dışında kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlere göre hastalarının semptomlarının yönetiminde daha fazla zaman harcadıkları ve bu nedenle depresyon ve depresyona bağlı yorgunluk, insomnia (uykusuzluk), aşırı uyuma, konsantrasyon ve karar vermede güçlük gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (212).

Flashkerud'un çalışması doğrultusunda, kanser hastasına bakım veren kişilerin %70-80'ini eşler, %20'sini çocuklar ve %10'unu da arkadaşlar ve diğer yakınlar oluşturmaktadır (190). Hasta yakınlarında en sık rastlanan psikolojik problem depresyon ve psikolojik sorunlardan en sık etkilenenler ise eşlerin olduğu saptanmıştır (191, 192) Çoğu çalışmada hastaların eşlerinde hastalara nazaran daha fazla psikolojik bozukluğa rastlanmıştır. Benzer olarak gastrointestinal ve akciğer kanserli hastaların yakınlarında depresyon sıklığı %38,9 bulunurken, hastalarda %23 olarak saptanmıştır (193). Literatürde eşlerde görülen depresyonun nedeni yüksek düzeyde algılanan belirsizlik duygusuna bağlanmaktadır. Bu belirsizlik kanser hastaların tedavilerin her aşamasında görülmekle birlikte, kanserin tanı ve terminal döneminde daha fazla algılanmakta ve sonucu da depresyon olarak ortaya çıkmaktadır (194). Eşlerde en sık rastlanan diğer duygusal sorunlar ise korku ve anksiyetedir. Anksiyete ve korku çoğu zaman depresyonun semptomu olarak görülse de, Breitbart ve arkadaşlarına göre (1999) depresif duygulanımdan daha farklı özelliklere sahiptir. Bakım veren eşlerde de anksiyete hastanın durumunun ne olacağına, hastaya rahatsızlık veren semptomların nasıl giderileceğine ve duygusal olarak etkilenilen olaylarla nasıl baş edileceğine ilişkin yaşanmaktadır (195). Eşlerin duygusal ve sosyal alandaki sorunları kanserin tanı, tedavi ve terminal aşamalarında ayrı ayrı incelenmiş ve her birinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sorunların şiddeti ve çeşidi hastalığın terminal döneminde diğer dönemlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Terminal dönemde eşlerin depresif tablosunun ağırlaşmasından sevilen bireyin ölümü veya ölüm ihtimali ile yalnızlık hissi sorumlu tutulmaktadır (196). Çalışmalar, hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli devrede hastanın yakınlarında korku, kaygı ve kızgınlık yaşadıklarını ancak eşlerin genellikle bu duyguları koruyucu rol oynamaya ve güven vermeye çalıştıkları için bastırdıklarını belirtmektedir (197-200).

Hasta yakınları kanser tanısına, kanser tanısı aldıktan sonraki dönemde kanserin tedavisi ve hastanın bakımı açısından sosyal, ekonomik ve kültürel farklılıklara bağlı farklı tepkiler vermektedir. Literatürde araştırıldığı üzere hasta ve hasta yakınlarının kanser tanısını kabullenmesi hastanın ve hasta yakınının yaşına, eğitimine, cinsiyetine, sosyal durumuna, yaşam şartlarına bağlı olarak değişmektedir (200-203). Farklı olarak Carter ve Chang'ın (2000) çalışmasında bakım verenlerin

sosyodemografik özellikleriyle (yaş, cinsiyet vb), depresyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamaktadır (204).

Çalışmamızda tanı anında ve kontrol 1-4'de hasta yakınında anksiyete varlığı ve depresyon varlığı ile ilişkili olabilecek faktörlerden hasta yakınında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık güvencesi, son bir yılda bir yakını kaybetme, kronik hastalık varlığı ile ilişkiler değerlendirilmiştir. Tanı anında ve K1-4 değerlendirmelerin çoğunda veya tümünde anksiyete varlığı ile kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta yakınında sağlık sorunu varlığı ilişkili, depresyon varlığı ile kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta yakınında sağlık sorunu varlığı ilişkili saptanmıştır. 41-60 yaş grubu, sağlık güvencesinin olmaması bazı karşılaştırmalarda anksiyete veya depresyonla ilişkili saptanmıştır. Medeni durum, son bir yılda bir yakını kaybetme ile hasta yakınında anksiyete veya depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Hastasının yaşı, cinsiyeti, kanser tipi ile hasta yakınının anksiyete depresyonu arasında ilişki saptanmamış, yalnızca tanı anındaki değerlendirmede hastada metastaz varsa anksiyetenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda hasta yakınlarında cinsiyet farkına göre anksiyete ve depresyon yüzdesi kadın cinsiyette tanı anında ve kontrollerde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıntılı incelendiğinde tanı anında ve kontrol değerlendirmelerin çoğunda hasta yakınlarında kadın cinsiyette erkeğe göre 6 kata varan oranda depresyon ve anksiyete saptanmıştır. Ancak son kontrollerinde hem depresyonun hem de anksiyetenin sıklığının cinsiyet farkı gözetmediği görülmüştür. Konuyla ilgili E. K. Grov ve ark. Yapmış olduğu çalışmada 49 meme kanserli, 47 prostat kanserli hasta yakını alınmıştır. Yaşam kalitesi (S36) ve depresyon düzeyleri (HADS) değerlendirilmiştir. Bulgular yaş ve cinsiyet uyumlu normal popülasyonla karşılaştırılmıştır. Bulgular göstermiştir ki onkoloji hastalarının yakınlarındaki anksiyete sıklığı her iki cinsiyette de yaş ve cinsiyet uyumlu normal popülasyona oranla belirgin şekilde yüksek saptanmakla birlikte depresyon düzeyleri kadınlarda belirgin derecede yüksek olarak bulunmuştur. Sonuç olarak depresyon ve anksiyete düzeyi erkek hasta yakınlarında kadınlara nazaran belirgin derecede düşüktür (205,206).

Bulgularımıza göre yaş grupları arasında depresyon ve anksiyete sıklığı değerlendirildiğinde 41-60 yaş grubu bazı karşılaştırmalarda anksiyete veya depresyonla ilişkili saptanmıştır. Yaş grupları kendi aralarında karşılaştırmalı daha ayrıntılı incelendiğinde sadece tanı anında hasta yakınlarındaki anksiyete sıklığını 41-60 yaş grubunda olmanın 21-40 yaş grubuna göre 3 kat arttırdığı saptanmıştır. Konuyla ilgili Laura'nın 190 akciğer kanserli hasta ve hasta yakını üzerindeki çalışmasında daha genç olan hasta yakınlarında depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuştur (200).

Araştırmamızda hasta yakınlarının çoğunluğunun sağlık güvencesi SGK olmakla birlikte anksiyete sıklığı sağlık güvencelerine göre değerlendirildiğinde tanı anında sağlık güvencesi olmayanlarda diğer gruplara göre yüksek saptanmıştır. Sönmez ve ark. Yapmış olduğu çalışmada yaş ortalamaları 43 olan kanserli hasta yakınlarının BDÖ puan ortalamalarını 12.92 ± 7.79 olarak belirlemişlerdir. Kanserli hasta yakınlarında yaş ile BDÖ değeri arasında ilişki olmadığını, sağlık güvencesi olmayan düşük sosyoekonomik seviyeli bireylerde ise BDÖ ortalamasının yüksek olduğunu saptamışlardır (206, 207).

Çalışmamızda eğitim seviyesine göre tanı anında ve kontrollerde anksiyete ve depresyon düzeyi incelendiğinde lise ve üzeri eğitimi olanlarda depresyon ve

anksiyete sıklığı daha düşük bulunmuştur. Buna göre eğitim seviyesi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyi azalmaktadır. Eğitim düzeyi gruplarını karşılaştıran daha ayrıntılı inceleme yapıldığında eğitim düzeyi ilk ve ortaokul olanlarda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre tanı anında ve kontrollerin çoğunda 20 kata varan depresyon sıklığı bulunmuştur. Muhtemelen eğitim düzeyi yüksek olan kanserli hasta yakınları karşılaştıkları stres ile mücadele etme yöntemlerini daha iyi bilmekte ve uygulamaktadırlar sonucunu çıkarabiliriz. Çalışmamızda medeni durum ile hasta yakınında anksiyete veya depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Literatür tarandığında Yunanistan'da Ekim 2008- Mart 2009 tarihleri arasında 222 hasta yakını üzerinde yapılan çalışmada yaş ortalaması 48 olarak saptanmış ve kadınlarda erkeklere göre anksiyete ve depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuş ve yine aynı çalışmada erkeklerde ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda yaşam kalitesi skoru daha iyi, psikolojik bozukluk daha az bulunmuştur (208-214). Bizim çalışmamızla uyumsuz olarak evli olanlarda ise bekâr olanlara nazaran daha sık depresyon ve daha düşük yaşam kalitesine saptanmış olup bundan da evli olan hasta yakınlarının özellikle hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun hastaların eşleri olduğu aynı evde yaşamalarına bağlanmıştır.

Verileri değerlendirdiğimizde kronik hastalık öyküsü onkoloji hastalarında % 44,9, hasta yakınlarında % 31,4 olarak saptanmıştır ve bu hastalıkların çoğunu başta hipertansiyon olmak üzere diyabet ve hiperkolesterolemisi oluşturmaktadır ve hasta yakınında kronik hastalık varlığının özellikle tanı anında hasta yakınlarında anksiyete ve depresyonu 7 kata kadar arttırdığı tespit edilmiştir. Konu ile ilgili Mohammad Ali Heidari Gorji ve ark. yapmış olduğu çalışmada 2009-2010 yılları arasında İran IMKH Hastanesi'nde ayaktan tedavi görmekte olan 63 meme kanserli hastanın yakını alınmış; yaşam kaliteleri ve depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Hasta yakınlarında depresyon oranı %60 bulunmuştur. Diğer çalışmalardan daha yüksek depresyon düzeyleri aynı zamanda hasta yakınlarının yaklaşık %48'inde kronik hastalık varlığı ile açıklanabilir. Hasta yakınlarındaki depresyon ve yaşam kalitesinin güçlü negatif korelasyon gösterdiği, depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (215, 216).

Bizim bulgularımız doğrultusunda yalnızca tanı anında değerlendirmede hastada metastaz varsa anksiyetenin daha fazla olduğu, depresyon sıklığını etkilenmediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde hastada metastaz olmasının hastanın ve hasta yakınlarının depresyon sıklığını attırdığı gösterilmiştir (57).

Çalışmamızda kontrollerde hastalığın progrese olduğu hastaların yakınlarında, hastalığın regrese olduğu hastaların yakınlarına nazaran depresyon sıklığı 67 kata, anksiyete sıklığının ise 19 kata kadar arttığı saptanmıştır. Konuyla ilgili literatür tarandığında yapılan bir çalışmada hastalığın evresi hasta yakınlarının psikolojik durumunu ve yaşam kalitesini belirgin derecede etkilemekte olduğu gösterilmiştir. (217). Burgess ve ark. yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise hasta yakınlarındaki depresyon düzeyi ile hastalığın prognozu arasında belirgin ilişki saptanmıştır (218).

Hastalığın evresi de hasta yakınlarının içerisinde bulunduğu psikolojik tablonun şekillenmesinde önemlidir. E. Grunfeld ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Ontario'da Ottawa ve Hamilton bölgesel kanser merkezlerindeki 89 meme kanserli kadının yakını alınmıştır. Hastalar ölünceye kadar veya çalışma 3 yıla tamamlanincaya kadar izlenmiştir (214). Palyatif periyottaki hasta yakınları 3 ayda bir, terminal periyottaki hasta yakınları 2 haftada bir değerlendirilmiştir. Çalışmada hasta yakınlarının yaş ortalaması 53 iken grubun %55'ini erkekler oluşturmaktadır. Palyatif periyodun başında hasta yakınlarının ortalama fiziksel fonksiyon skorları

hastalarinkinden daha iyi, mental fonksiyon skorları hastalarinkiyle aynı, depresyon skorları benzer oranda iken anksiyete oranları belirgin derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının %69'unun iş hayatı kötü etkilenmiştir. Terminal periyotta bakım sorumluluklarından %77 iş kaybı görülmüştür. Maddi kaybın en önemli kısmını ilaçlara ödenen kısım oluşturmaktadır. Bu çalışmada hastaların fiziksel ve emosyonel durumunun hasta yakınlarının psikolojik distresinden, anksiyetesinden ve depresyonundan başlıca sorumlu olduğu ispatlanmıştır. İleri evre kanser hastalarının semptomların sıklığının ve şiddetinin zamanla değişmesi hastalarda ve hasta yakınlarında psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Chentsova-Dutton ve ark. Hamilton Rating Scale for Depression scores ile yaptıkları bir çalışmada hasta yakınlarının hastalarının kanser nedeniyle kaybettiklerinden yaklaşık 12 hafta sonra bile derin depresyon oranının %23ler civarında olduğunu saptamışlardır (212,219).

Hasta yakınlarında tanı anında genel topluma göre daha yaygın anksiyete ve depresyon söz konusudur ve daha da önemlisi bu sorunlar hastaların izlemlerinde giderek yaygınlaşmıştır. Hastanın hastalığının progresyonu, genel durumunun kötü olması, yaşam beklentisinin azalması gibi durumların etkisiyle ikinci izlemden sonra anksiyete ve depresyon giderek artmış ve her 10 hasta yakınından 6'sında saptanmıştır. Bu oran son izlemden depresyon için %80 dir. Bu sonuçlar hastaların psikolojik danışmanlığı yanı sıra hasta yakınlarının da psikolojik danışmanlığı /psikiyatri değerlendirmesinin yapılması gerektiğini göstermektedir.

Kanser hastalığının tıbbi yönetimi hastanın bakımından primer sorumlu olan bakım verenlerinin de fiziksel ve emosyonel sağlıklarının ele alınmasını gerektirir. Literatürde bakım verenlere yönelik yapılan destekleyici uygulamalarda çok yetersizlik olduğu belirtilmekle birlikte bu uygulamaların genel olarak üç kategoriye kapsadığı belirtilmektedir: Bunlar: eğitim, psikoterapi/danışmanlık ve palyatif dönemdeki hastanın evde bakımınıdır (220). Given ve ark.nın (214,221) çalışmasında da ileri evre kanser hastalarının bakım verenlerine yüz yüze ve telefon görüşmesi yapılarak semptom yönetimi öğretimi ve değerlendirmesi yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda bakım verenlere yönelik destekleyici uygulamaların, bakım verenlerin hastalarının semptom yönetimine katılımını artırdığı ve emosyonel stres düzeylerini azalttığı bulunmuştur. Bazı araştırmalarda bakım verenlerde hipnotik, antidepresan gibi reçete edilen ilaçları kullanmama, sağlık kurumuna başvurma ve sağlığı koruyucu davranışları yapmama oranının yüksek olduğu saptanmıştır (222). Bu nedenle tanı aşamasında hasta ve yakınlarının değerlendirilip, elde edilen sonuçların karşılaştırılması sonucunda tedavi bitiminde meydana gelebilecek "Anksiyete ve Depresyon" duygularının azaltılabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kemoterapi uygulanan hastaların kemoterapi öncesi ve tedavi süresince her 3 ayda bir birinci derece yakınlarında depresyon ve anksiyete sıklığını ve bunlarla ilişkili faktörleri (yaş, cinsiyet, kanser türü, metastaz, prognoz) araştırdık.

Çalışmamızın sonucu olarak:

1. Hasta yakınlarının yaş dağılımına bakıldığında 41-60 yaş aralığı % 44.9 ile en büyük aralığı oluşturmaktadır.
2. Hasta yakınlarının %44,3'ü kadın, %55,7'si erkektir.
3. Evli olanların oranı hasta yakınlarında %86,4 bulunmuştur.
4. Eğitim durumlarına bakıldığında hasta yakınlarının büyük bir bölümünü % 45,3 ile ilkokul mezunları oluşturmaktadır.
5. Hasta yakınlarının % 56,1 sağlık güvencesini SGK oluşturmaktadır.

6. Kronik hastalık öyküsü hasta yakınlarında % 31,4 olarak saptanmıştır ve bu hastalıkların çoğunu başta hipertansiyon olmak üzere diyabet ve hiperkolesterolemi oluşturmaktadır.
7. Hasta yakınlarında anksiyete sıklığı tanı anında %13.4, depresyon sıklığı % 12.2 bulundu ve kontrollerde %39'lara varan artış olduğu tespit edildi.
8. Tanı anında ve kontrol değerlendirmelerin çoğunda hasta yakınlarında kadınlarda erkeğe göre 6 kata varan oranda depresyon ve anksiyete fazla bulundu. 4. kontrolde hem depresyon hem de anksiyete sıklığı açısından cinsiyet farkı ortadan kalktığı görüldü.
9. Hasta yakınlarında kronik hastalık varlığının tanı anında ve bazı kontrollerde 7 kata kadar anksiyete ve depresyonu arttırdığı tespit edildi.
10. Sadece tanı anında hasta yakınlarındaki anksiyete sıklığı 41-60 yaş grubunda 21-40 yaş grubuna göre 3 kat fazla saptandı.
11. Hasta yakınlarının eğitim düzeyi ilk ve orta okul olanlarda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre tanı anında ve kontrollerin çoğunda 20 kata varan depresyon sıklığı bulundu.
12. Hastada progresyon olması regrese olmasına göre depresyonu özellikle 4. Kontrolde 67 kata, anksiyete sıklığını 19 kata kadar arttırdığı bulundu.
13. Tanı anında hastaların genel sağlığının bozuk olması anksiyete sıklığını, sosyal fonksiyonunun bozuk olması hasta yakınında depresyon sıklığını 0.9 kat arttırmaktaydı.
14. Hasta yakınının daha önceki depresyon tanısı ve metastaz varlığı olmasının olmamasıyla arasında fark tespit edilmedi.
15. Hastanın, aile üyelerinin hatta hasta ile birlikte yaşamayan yakınlarının bile, gerginlik ve stresleri artabilir. Aile bireylerinin hastalığa karşı tepkileri hastanın uyumunu da büyük ölçüde etkiler.
16. Akrabalık olmasa bile kanserli hastaların yakını olmanın anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu, yorgunluk oranlarını belirgin arttırdığı; yaşam kalitesini azalttığı, iş durumunu bozarak finansal çöküntüye sebep olduğu bilinmektedir.
17. Kanser hastalığının tıbbi yönetimi hastanın bakımından primer sorumlu olan bakım verenlerinin de fiziksel ve emosyonel sağlıklarının ele alınmasını gerektirir.
18. Tanı aşamasında hasta ve yakınlarının değerlendirilip, elde edilen sonuçların karşılaştırılması sonucunda tedavi bitiminde meydana gelebilecek "Anksiyete ve Depresyon" duygularının azaltılabileceği düşünülmektedir.
19. Sonuç olarak kanser hastalarının yakınları depresyon ve anksiyete riski altındadır. Hasta yakınlarında depresyon ve anksiyetenin tehis ve tedavi edilmesi hem hastanın hem hasta yakınının yaşam kalitesini arttıracaktır.

Kaynaklar:

1. Pınar R. Assesment Of Quality Of Life İn Turkish Patients With Cancer. Turkish Journal Of Cancer 2003; 33(2): 96-101.

2. Andrykowski Ma, Manne Sl. Are Psychological Interventions Effective And Accepted By Cancer Patients? I. Standards And Levels Of Evidence. *Ann Behav Med* 2006;32(2):93-7.
3. Altınbaş M, Gönül As (2001) Psikiyatri. *Hematoloji-Onkoloji*, 3(3);210-214
4. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer Statistics, 2010. *Cancer J Clin* 2010;60(5):277-300.
5. İliçin G, Biberöglü K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. *Güneş Tıp Kitabevleri*; 2012;3(1):1793-1797
6. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N Ve Ark.(Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı. *Kanser. Türkiyede Sağlığa Bakış*. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık; 2007: P.59-67
7. Taşpınar Ah, Tortum Ob, Ertem M. *Cerrahi Onkoloji*. İstanbul: Türkiye Kanserle Savaş Vakfı Yayını; 1995: P:17-54.
8. Hossteld Dk, Sherman Cd, Love Rr, Bosch Fx. *Manual Of Clinical Oncology*. Berlin, Heidelberg, New Kong, Barcelona: Springer-Verlag, 1992:151 -8.
9. Zabora Jr. *Screening Procedures For Psychosocial Distress*. Psycho-Oncology Ed: Jimmie C. Holland. Oxford University Press, Inc New York. 1998.
10. Devita Vt, Hellman S, Rosenberg Sa. *Cancer Principles And Practice Of Oncology*. Philadelphia: Jb Lippincott Company, 1993:1448-63.
11. Andrykowski Ma, Manne Sl. Are Psychological Interventions Effective And Accepted By Cancer Patients? Standards And Levels Of Evidence. *Ann Behav Med* 2006;32(2):93-7.
12. Altınok M. Kanserli Hastalara Cerrahi Yaklaşım Ve Doktor Hasta İlişkileri. *Acta Oncológica* 1993; 26:122-5.
13. Kübler-Ross E. *Ölüm Ve Ölmek Üzerine*. İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997
14. Elbi H. Kanser Ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5(1):5-10.)
15. Özgüven Hd, Tuncer Et. Uyum Bozukluğu. *Kriz Dergisi* 1997;5:87-94
16. Ateşçi Fç, Oğuzhanoğlu Nk, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14:145-152.
17. Ryan Jl, Carroll Jk, Ryan Ep, Mustion Km, Fiscella K, Morrow Gr. Mechanisms Of Cancer - Related Fatigue. *Oncologist* 2007;12:22-34.
18. Roscoe Ja, Kaufman Em, Matteson Se, Palesh Og, Ryan Jl, Kohli S Et Al. Cancer Related Fatigue And Sleep Disorders. *Oncologist* 2007; 12(Suppl):35-42.
19. Michaud L, Burnand B, Stiefel F. Taking Care Of The Terminally Ill Cancer Patient: Delirium As A Symptom Of Terminal Disease. *Ann Oncol* 2004; 15(Suppl 4):199-203.
20. Kendal Ws. Suicide And Cancer: A Gender- Comparative Study. *Ann Oncol* 2007;18:381-7.
21. Özkan S. Psikiyatrik Ve Psikososyal Açından Kanser. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Kongre Kitabı 1998-1999. İstanbul. S:140-153
22. Given, B., Given, C. W. (1996) Family Caregiver Burden From Cancer Care. In Mc Corcley, R., Grant, M., Stromsburg, F., Bond, S. B. (Ed). *Cancer Nursing And Comprehensive Textbook*. (93-107) Philedelphia, Wb Saunders.
23. Anderson B. L., Golden-Kreutz M. (1996) Sexual Self-Concept For The Woman With Cancer. In Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour. (Ed). *Cancer And The Family* (337-366). England, John Wiley & Sons.
24. Kellner, M., Henrich, G., Sellschopp, A., Beutel, M. (1996) Between Distress And Support Of Cancer Patients. In Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour. (Ed). *Cancer And The Family* (187-223). England, John Wiley & Sons
25. Schnoll, R., Harlow, L., Brower, L. (2000) Spirituality, Demographic And Disease Factors, And Adjustment To Cancer. *Cancer Practice*, 8(6): 298-304.
26. Taylor Se, Lictmen R, Wood J, Bluming Az, Dasik Gm, Leibowitz RI (1995) Illness-Related And Treatment Factors İn Psychological Adjustment To Breast Cancer. *Cancer*; 55: 2506–2513.

27. Sadock Bj, Sadock Va, Kaplan And Saddock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800)
28. Işık E, Taner Y. Çocuk Ergen Ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parellel Kitabevi, 2006; S:3-29
29. Ohman A. Fear And Anxiety: Evolutionary, Cognitive And Clinical Perspectives. Handbook Of Emotions. New York: The Guilford Press, 2000: 573-593
30. Sadock Bj, Sadock Va, Kaplan And Saddock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800.
31. Reiger Da, Narrow We, Rae Ds. The Epidemiology Of Anxiety Disorders. J Psychiatry Res Suppl, 1990; 2:3-14.
32. Davitson Jrt, Hughes Dl, George Lk, Blazer Dg. The Epidemiology Of Social Phobia: Findings From The Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychological Medicine, 1993; 23:709-718
33. Arnold Pd, Zai G, Richter Ma. Genetics Of Anxiety Disorders. Curr Psychiatry Rep, 2004; 6:24
34. Köroğlu E. Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hyb Yayıncılık. Ankara. 2004
35. Stein Dj, Hollander E. Textbook Of Anxiety Disorder. Washington Dc, American Psychiatric Publishing 2002
36. Öztürk O. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, Ankara, Hekimler Yay. Birliği, S: 263-266, 272-276, 1994
37. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999. P.36-37
38. Algulander C, Bandelow B, Hollander; World Council Of Anxiety (2003), Wca Recommendations For The Long Term Treatment Of Generalized Anxiety Disorder. Cns Spectrum, (8 Suppl 1):53-61
39. Barlow Dh, Wincze J (1998) Dsm-iv And Beyond: Vvhat Is Generalized Anxiety Disorder. Acta Psychiatr Scand, 98 (Suppl 393): 23-29
40. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M Ve Ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: Eksen Tanıtım; 1998
41. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. Dsm-iv Generalized Anxiety Disorder İn The Australian National Survey Of Mental Health And Well-Being. Psychol Med 2002; 32 (4):649-59
42. Sevinçok L. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tanı Ve Eş Tanı Sorunları. Duygudurum Dizisi 2001; 3:144-151.)
43. Rubio G, Lopez-lbor Jj. Generalized Anxiety Disorder: A 40-Year Follow-Up Study. Acta Psychiatr Scand, 2007; 115:372-379.
44. Wittchen Hu, Zhao S, Kessler Rc, Eaton Ww. Dsm-iv-r Generalized Anxiety Disorder İn The National Comorbidity Survey. Arch Genpsychiatry, 1994; 51:355-364.
45. Brown Ta, Barlow Dh, Liebowitz Mr: The Empirical Basis Of Generalized Anxiety Disorder. Am J Psychiatry 1994; 151:1272-1280
46. American Psychiatric Association: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 4th Ed. American Psychiatric Association, Washington Dc, 1994
47. Bayraktar E, Panik Bozukluğu Ve Agorafobi; Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 304-17
48. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Bölüm 4. Tc Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md, Ankara, 1998
49. Knowlws Ja, Fyer Aj, Vieland Vj, Weissman Mm. Results Of A Genome-Wide Genetic Screen For Panic Disorder. American Journal Of Medical Genetic, 1998; 81:139-147
50. Kessler Rc, Mc Gonagle Ka, Zhao S, Nelson Cb, Higher M, Eshleman S, Wittchen Hu, Kendlerks. Lifetime And 12 Months Prevalence Of Dsm-r Psychiatric Disorder İn The United States: Results From The National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 52: 8 - 19.
51. Altınöz F. İstanbul' Da Bir Gecekondu Bölgesinde Mizaç Bozuklukları Ve Anksiyete Bozukluklarıyaygınlığı Üzerine Bir Epidemiyolojik Çalışma: Uzmanlık Tezi Bakırköy İstanbul 1992

52. Dogan O, Gülmez H, Ketenoglu O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası,1995:33-37.)
53. Winguist R, Lundstrom K, Salminen M, Laatikainen M, Ulmaner I. Mapping Of Human Comt Gene To 22q11.2 And Detection Of A Frequent Rflp With Bg2. Cytogenesis And Cell Genetics, 1991; 59:253-257
54. Faravelli C. Life Events Preceding The Onset Of Panic Disorder. J Affective Disord, 1985; 9:103-105
55. Kaplan Hı, Sadock Bj. Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Baltimore, 1998; 594-602.
56. Saunders Be, Villepontaux La, Liipovsky Ja. Child Sexual Assault As A Risk Factor For Mental Disorders Among Women. İnterpersonel Violence, 1992; 7:189-204.
57. Segui, J, Marquez, M., Canet, J., Et Al. (2000). Differential Clinical Features Of Lateonset Panic Disorder. J Affect Disord, 57, 115-119
58. Stahl Sm. Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli Ve Pratik Uygulamaları, 2.Baskı. (Çeviri) Taneli B. 2003; 346-358
59. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistic Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington Dc, 2000.
60. Lensi P, Cassano Gb, Correddu G. Obsessive Compulsive Disorder: Familial-Developmental History, Symptomatology, Comorbidity And Course With Special Reference To Gender-Related Differences. Br J Psychiatry, 1996; 169:101-107.
61. Rasmussen Sa, Eisen JI. The Epidemiology And Clinical Features Of Obsessive Compulsive Disorder. Psychiatric Clin North Am, 1992; 15:743-758.
62. Resick Pa. Stress And Trauma. Psychology Press Ltd. London, 2001.
63. Rasmussen Sa, Eisen JI. Epidemiology Of Obsessive Compulsive Disorder. J Clin Psychiatry, 1990; 51:10-3.
64. Neziroglu Fa, Yaryura Tobias Ja, Lemli Jm, Yaryura Ra. Demographic Study Of Obsessive Compulsive Disorder. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 1994; 40:217-223.
65. Abramowitz J, Moore K, Carmin C. Acute Onset Of Obsessive Compulsive Disorder İn Males Following Childbirth. Psychosomatics, 2001; 42:429-431.
66. Nelson E, Rice J. Stability Of Diagnosis Of Obsessive Compulsive Disorder İn The Epidemiologic Catchmant Area Study. Am J Psychiatry, 1997; 154:826-831.
67. Mitterschiffhaler Mt, Ettinger U, Mehta Ma. Applications Of Functional Magnetic Resonance İmaging İn Psychiatry. J Magn Reson Imaging, 2006; 23:851-861
68. Tek C, Uluğ B, Reaki Bg. Religiosity And Religious Obsessions İn Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatry Research, 1995; 104:99-108.
69. Veale D. Psychopathology Of Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatry Jor, 2004; 3:65-68
70. Tükel R, Alkın T. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. Tükel R, Demet Mm, Topaloğlu V. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006: 277-98
71. Salkovskis Pm. Cognitive-Behavioral Treatment For Panic. Psychiatry Jor, 2004; 6:193-199
72. Cansever A. Özgül Fobi, Köroğlu E, Güleç C, Şenol S,Editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara,Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007; 318-24
73. Marks Im, Gelder Mg. Different Onset Ages İn Varieties Of Phobia. Am J Psychiatry, 1966; 123:218-221.
74. Regier Da, Myers Jk, Kramer M Ve Ark. The Nımh Epidemiological Catchment Area Program:Historical Context, Major Objectives, And Study Population Characteristics. Arch Gen Psychiatry,1984, 41:934-941
75. Davidson Jrt, Hughes DI, George Lk Ve Ark. The Epidemiology Of Social Phobia: Findings From The Duke Epidemiologic Catchment Area Study. Psychol Med, 1993, 23:709-718

76. Kessler Rc, Chiu Wt, Demler O, Merikangas Kr, Walters Ee. Prevalence, Severity, And Comorbidity Of 12-Month Dsm-iv Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62:617-627.
77. Furnak T, Tiltfors M, Statin H. Social Phobia Symptoms, Subtypes And Severity. Findings From A Community Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57:1046-1052
78. Keller Mb. The Lifelong Course Of Social Anxiety Disorder: A Clinical Perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 2003; 108:85-94.
79. Lampe La. Social Phobia: A Review Of Recent Research Trends. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13:149-155.
80. Davidson Jrt. Pharmacotherapy Of Social Phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 2003; 108:65-71.
81. Davidson J R T: Posttraumatic Stress Disorder And Acute Stress Disorder. In *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, Ed 6, H I Kaplan, B J Sadock, Editors. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995 P 1227
82. Lee D, Young K. Posttraumatic Stress Disorder: Diagnostic Issues And Epidemiology In Adult Survivors Of Traumatic Events. *International Review Of Psychiatry*, 2001; 13:150-158
83. Kessler Rc, Sonnega A, Bronet E. Ptsd In The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52; 1048-1060
84. Kessler Rc. National Comorbidity Survey: Posttraumatic Stress Disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*, 1995.
85. Resick Pa. *Stress And Trauma*. Psychology Press Ltd. London, 2001.
86. Fullerton Cs, Ursano Rj, Epstein Rs, Crowley B, Vance K, Kao Tc, Et Al. Gender Differences In Posttraumatic Stress Disorder After Motor Vehicle Accidents. *Am J Psychiatry*, 2001;158:1486-1491
87. Kessler Rc, Chiu Wt, Demler O, Merikangas Kr, Walters Ee. Prevalence, Severity, And Comorbidity Of 12-Month Dsm-iv Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62:617-627
88. Davidson J. Drug Therapy Of Posttraumatic Stress Disorder. *Br J Psychiatry*, 1992; 160:309-314.
89. Elbi H. *Kanser Ve Psikiyatrik Sorunlar*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997; 2:173-187.
90. Kadan-Lottick Ns, Vanderwerker Lc, Bkock Sd, Zhang B, Prigerson Hg. Psychiatric Disorders And Mental Health Service Use In Patients With Advanced Cancer. *Cancer* 2005; 104:2872 - 2881.
91. Çevik A, Volkan Vd. Depresyonun Psikosomatik Etyolojisi. *Depresyon Monografarı Serisi* 3.1993;S:109-122
92. Karasu Tb. Toward A Clinical Model Of Psychotherapy For Depression. An Integrative And Selective Treatment Approach. *Am J Psychiatry* 1990;147:269-78
93. Carlson Ga, Kashani Jh. Phenomenology Of Major Depression From Childhood Through Adulthood: Analysis Of Three Studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1225
94. Weissman Mm, Klerman Gl. Psychiatric Nosology And Midtown Manhattan Study. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:229-30
95. Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Ojeajo L. Are We Entering An Age Of Melancholy? Depressive Illness In A Prospective Epidemiological Study Over 25 Years, The Lundby Study, Sweden, *Psychol Med* 1982;12:279-89
96. Ceylan M E, Türkcan A. *Araştırma Ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri, Geliştirilmiş 2. Baskı*. İstanbul 2003
97. Küey L, Güleç Ç. *Depresyonun Epidemiyolojisi*. *Depresyon Monografarı Serisi/ Hekimler Yayın Birliği*, Ankara,1993
98. Stein Dj, Hollander E. *Textbook Of Anxiety Disorder*. Washington Dc, American Psychiatric Publishing 2002
99. Öztürk O. *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, Ankara, Hekimler Yay. Birliği, S: 263-266,272-276, 1994

100. Charney E, Weissman M. Epidemiology Of Depressive And Manic Syndromes. In Depression And Mania, Ed(S) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, 1988
101. Savrun Mb. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul.1999;2-3 Aralık:11-17
102. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Textbook Of Psychiatry. Third Edition. Oxford University Pres, Oxford, 1996
103. Charney E, Weissman M. Epidemiology Of Depressive And Manic Syndromes. In Depression And Mania, Ed(S) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, 1988
104. Weich S, Churchill R, Lewis G. Do Socio-Economic Risk Factors Predict The Incidence And Maintenance Of Psychiatric Disorder In Primary Care? Psychol Med. 1997, 27: 73-80
105. Kaplan H, Sadock B. Synopsis Of Psychiatry. 7 Th Ed, Williams And Wilkins, Baltimore,1995;S:516-555
106. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Sixth Edition, Ed(S) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995
107. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası. Depresyon 1. Cilt: 2, Sayı: 1 Yıl: 1998.
108. Öztürk M.O: Duygulanım Bozuklukları,'Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları' 5.Baskı, Hekimler Yayın Birliği,Ankara, S:223-260.,1997
109. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi 4. E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993; 175-200.
110. Brunswick Dj, Amsterdam Jd, Mozley Pd, Et Al. Greater Availability Of Brain Dopamine Transporters In Major Depression Shown By [99mTc]TRODAT1 Spect Imaging. Am J Psychiatry. 2003;160:1836-41
111. Du L, Bakish D, Hrdina Pd Tryptophan Hydroxylase Gene 218a/C Polymorphism Is A Associated With Somatic Anxiety In Major Depressive Disorder. J Affect Disord, 65:37-44. 2001
112. Manki H, Kanba S, Muramatsu T Ve Ark. Dopamine D2, D3, And D4 Receptor And Transporter Gene Polymorphism And Mood Disorders. J Affect Disord, 40:7-13. 1996
113. Plotsky Pm, Owens Mj, Nemeroff Cb. Psychoneuroendocrinology Of Depression. Hypothalamic- Pituitary-Adrenal Axis. Psychiatr Clin North Am. 1998 Jun;21(2):293-307
114. American Psychiatric Association Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders,4th Edition. Washington, Dc, American Psychiatric Association,1994
115. Kaplan And Sadock's, Synopsis Of Psychiatry,9.Baskı,Lippincott,Williams And Wilkins,3:128-133,15:536-539,2003)
116. Doksat Mk, Savrun M: Duygudurum Bozukluklarının Pato-Fizyolojisiyle İlgili Son Gelismeler-1. Yeni Symposium 40: 90-99, 2002
117. Vandoolaghe E, Van Hunsel F, Nuyten D, Maes M.Auditory Event Related Potentials In Major Depression: Prolonged P300 Latency And Increased P200 Amplitude. J Affect Disord ,1998,48(2-3):105-113
118. Wittchen U, Fehm L. Epidemiology And Natural Course Of Social Fears And Social Phobia. Acta Psychiatr Scand, 2003; 108:4-18
119. Kaplan & Saddock's Concise Textbook Of Clinical Psychiatry 9. Edition Kitabının Çevirisi: Klinik Psikiyatri, 2. Baskı, Güneş Kitabevi, 2005
120. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı (Dsm-IV), Washington Dc, 1994'ten Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996
121. Örsel S.Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler Ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. Klinik Psikiyatri,2004;Ek 4:17-24

122. Durat G. Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Risklerinin Belirlenmesi Ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Doktora Tezi,2003
123. Steptoe A. Depression And Physical İllness. Cambridge, Cambridge University Press, 2006
124. Greer S: Cancer And The Mind. Br J Psy 1983; 143: 535-543.
125. Gomez J: Liason İn Oncology. Liason Psychiatry. New York 1987 Pp 158-206
126. Breitbart, Shuster; Cox 2002). Breitbart W, Shuster JI Ve Cox Jm (2002) Depression. Palliative Practices From A-Z For The Bedside Clinician (Eds:Kim Kk Ve Peg E). Oncology Nursing Society, Pittsburgh, Pa, 85-88.
127. Farrell C, Heaven C, Beaver K, Maguire P. Identifying The Concerns Of Women Under Go İng Chemotherapy. Patient Educ Couns 2005;56:72-7.
128. Grassi L, Travado L, Moncayo FI, Sabato S, Rossi E, Sepos Group. Psychosocial Morbidity And İts Correlates İn Cancer Patients Of The Mediterranean Area: Findings From The Southern European Psycho-Oncology Study. J Affect Disord 2004; 83:243-248.
129. Mcdaniel Js, Musselman DI, Porter Mr, Reed Da, Nemeroff Cb. Depression İn Patients With Cancer. Diagnosis, Biology, And Treatment. Arch Gen Psychiatry 1995;52(2):89-99
130. Massie Mj, Holland Jc, Straker N. Psychotherapeutic Interventions. Handbook Of Psychooncology, Jc Holland, Jr Rowland (Ed), Newyork, Oxford University Press 1989; 470-91
131. Kastenbaum Rj. The Psychology Of Death. Second Ed., New York, Springer, 1992.
132. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser Hastalarında Major Depresyon Yaygınlığı Ve İlişkili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:59-66.
133. Faller H, Bulzebruck H, Schilling S Et Al. Do Psychological Factors Modify Survival Of Cancer Patients? Psychother Psychosom Med Psychol 1997; 47: 206-18.
134. Massie Mj. Prevalence Of Depression İn Patients With Cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32: 57-71
135. Berard Rm. Depression And Anxiety İn Oncology: The Psychiatrist's Perspective. J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl.8):58-61; Discussion 62-63.
136. Onitilo Aa, Nietert Pj, Egede Le. Effect Of Depression On All Cause Mortality İn Adults With Cancer And Differential Effects By Cancer Site. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28:396 402
137. D'antonio LI, Long Sa, Zimmerman Gj, Peterman Ah, Petti Gh, Chonkich Gd. Relationship Between Quality Of Life And Depression İn Patients With Head And Neck Cancer. Laryngoscope 1998;108:806-11
138. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, Et Al. Anxiety And Depres Sion İn Irani An Breast Cancer Patients Before And After Diagnosis. Eur J Cancer Ca -Re (Engl) 2000;9:151-7.
139. Henry NI, Stearns V, Flockhart Da, Hayes Df, Riba M. Drug İnteractions And Pharmacogenomics İn The Treatment Of Breast Cancer And Depression. Am J Psychiatry 2008;165:1251-5.
140. Campbell A. The Sense Of Well-Being İn America. Mac Graw Hill (Pub.), New York,1981
141. Atkinson T. Public Perceptions Of The Quality Of Life. Perspective Canada İıı. Statistics Canada. Ottawa, 1981
142. Özkan S (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, Whoqol-100 Ve Whoqol-Bfef Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 7:2, 5-1
143. Aygencel G Ve Öztürk C (2001) Akciğer Kanserinde Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri. Hematoloji-Onkoloji, 3(3);260-268.
144. Bowling A. Measuring Health. A Review Of Quality Of Life Measurement Scales. 2 Ed. Buckingham: Open University Pres; 1998

145. Muldoon Mf, Barger Sd, Flory Jd, Manuck Sb. What Are Quality Of Life Measurements Measuring 1998;316:542.
146. Anderson Kl. The Effects Of Cronic Obstructive Pulmonary Disease On Quality Of Life. Nurse Res Health 1995;18:547
147. Ware Je. The Status Of Health Assesment 1994. An Rev Pub Health 1995;16:327.
148. Fitzpatrick R. Quality Of Life Measures İn Health Care. Applications And İssues İn Assesment. Bmj 1992;305:1074-1077
149. Smith Kw, Avis Ne, Assmann Sf. Distinguishing Between Quality Of Life And Health Status İn Quality Of Life Research: A Meta-Analysis. Qual Life Res 1999;8: 447-59.
150. Mystakidou K, Tsilika E, Kouloulıas V, Parpa E, Katsouda E, Kouvaris J, Vlahos L. The "Palliative Care Quality Of Life Instrument (Pqlı)" İn Terminal Cancer Patients. 2004;2(8):1477-7525
151. Kızılıcı S (1997) Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, Ankara.
152. Costantini M, Mencaglia E, Giulio Pd, Et Al. Cancer Patients As "Experts" İn Defining Quality Of Life Domains. A Multicentre Survey By The Italian Group For The Evaluation Of Outcomes İn Oncology (Igeo). Qual Life Res 2000;9:151-9.
153. Addington-Hall J, Kalra L. Measuring Quality Of Life: Who Should Measure Quality Of Life? Bmj 2001;322:1417-20.
154. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üni Hyo Dergisi 2003;6:38-47.
155. Beser N, Öz F. Kemo Terapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi. Cühyo Dergi İ 2003;7:47-
156. Lheureux M, Raheison C, Vernejoux Jm, Et Al. Quality Of Life İn Lung Cancer: Does Disclosure Of The Diagnosis Have An İmpact? Lung Cancer 2004;43:175-82.
157. Rummans Ta, Frost M, Suman Vj, Et Al. Quality Of Life And Pain İn Patients With Recurrent Breast And Gynecologic Cancer. Psychosomatics 1998;39:437-45.
158. Singh Dp. Quality Of Life İn Cancer Patients Receiving Palliative Care. Indian J Palliat Care 2010;16(1):36-43
159. Carter Pa, Action Gj (2006). Personality And Coping: Predictors Of Depression And Sleep Problems Among Caregivers Of İndividuals Who Have Cancer. Journal Of Gerontological Nursing, 32:2, 45-53
160. Sherif T, Jehani T, Saadani M, Andejani Aw. Adult Oncology And Chronically İll Patients: Comparison Of Depression, Anxiety And Caregivers' Quality Of Life. Eastern Mediterranean Health Journal 2001;7(3):502–509
161. E. K. Grov, A. A. Dahl, T. Moum, And S. D. Foss^oA, "Anxiety, Depression, And Quality Of Life İn Caregivers Of Patients With Cancer İn Late Palliative Phase," Annals Of Oncology, Vol. 16, No.7, Pp. 1185–1191, 2005.
162. C. Miaskowski, L. Kragness, S. Dibble, And M. Wallhagen, "Differences İn Mood States, Health Status, And Caregiver Strain Between Family Caregivers Of Oncology Outpatients With And Without Cancer-Related Pain," Journal Of Pain And Symptom Management, Vol. 13, No. 3, Pp. 138–147, 1997
163. 360 P. A. Carter, "Caregivers' Descriptions Of Sleep Changes And Depressive Symptoms," Oncology Nursing Forum, Vol. 29, No. 9, Pp. 1277–1283, 2002
164. Mcdermid I: **Cancer İncidence Projections Australia 2002 To 2011**. İn Cancer Series No 30 Canberra: Australian Institute Of Health And Welfare, Australasian Association Of Cancer Registries, National Cancer Strategies Group; 2005.
165. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Et Al. Depression, Hopelessness, And Desire For Hastened Death İn Terminally İll Patients With Cancer. JAMA. 2000;284:2907–2911.) (Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, Hopelessness, And Suicidal Ideation İn The Terminally İll. Psychosomatics. 1998;39:366–370.)

166. Anuk D (1998–1999) *Kanser, Kanserli Hasta Ailesi Ve Tedavi Ekibi İletişimi*. İstanbul: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, 166–173.
167. Carter PA, Action GJ (2006). Personality And Coping: Predictors Of Depression And Sleep Problems Among Caregivers Of Individuals Who Have Cancer. *Journal Of Gerontological Nursing*, 32:2, 45-53.
168. E. K. Grov, A. A. Dahl, T. Moum, And S. D. Foss^oA, “Anxiety, Depression, And Quality Of Life İn Caregivers Of Patients With Cancer İn Late Palliative Phase,” *Annals Of Oncology*, Vol. 16, No.7, Pp. 1185–1191, 2005.)
169. C. Miaskowski, L. Kragness, S. Dibble, And M. Wallhagen, “Differences İn Mood States, Health Status, And Caregiver Strain Between Family Caregivers Of Oncology Outpatients With And Without Cancer-Related Pain,” *Journal Of Pain And Symptom Management*, Vol. 13, No. 3, Pp. 138–147, 1997
170. P. A. Carter, “Caregivers’ Descriptions Of Sleep Changes And Depressive Symptoms,” *Oncology Nursing Forum*, Vol. 29, No. 9, Pp. 1277–1283, 2002.
171. S. Jensen And B. Given, “Fatigue Affecting Family Caregivers Of Cancer Patients,” *Supportive Care İn Cancer*, Vol. 1, No. 6, Pp. 321–325, 1993.
172. S. Alptekin, G. Gonullu, I. Yucel, And F. Yaris, “Characteristics And Quality Of Life Analysis Of Caregivers Of Cancer Patients,” *Medical Oncology*, Vol. 27, No. 3, Pp. 607–617, 2010.)
173. E. Grunfeld, D. Coyle, T. Whelan Et Al., “Family Caregiver Burden: Results Of A Longitudinal Study Of Breast Cancer Patients And Their Principal Caregivers,” *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 170, No. 12, Pp. 1795–1801, 2004.
174. Flaskerud, J.C., Carter, P.A., Lee, P. (2000) Distressing Emotions İn Female Caregivers Of People With AIDS, Age-Related Demantions, And Advanced Stage Cancers. *Perspective’s İn Psychiatric Care*, 36(4): 121-130.
175. Babaoğlu E, Öz F (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *HEMARGE Dergisi*, 2, 24-33.
176. Given, B., Given, C. W. (1996) Family Caregiver Burden From Cancer Care. In Mc Corcley, R., Grant, M., Stromsburg, F., Bond, S. B. (Ed). *Cancer Nursing And Comprehensive Textbook*. (93-107) Philedelphia, WB Saunders.)
177. Haddad, P., Pitceathly, C., Maguire, P. (1996) Psychological Morbidity İn The Partners Of Cancer Patients. *Cancer And The Family* (257-267). England, John Wiley & Sons.
178. Northouse LL, Dorris G, Charron-Moore C. Factors Affecting Couples' Adjustment To Recurrent Breast Cancer. *Soc Sci Med* 1995; 41: 69-76.)
179. S. Goebel, M. Von Harscher, And H. Maximilian Mehdorn, “Comorbid Mental Disorders And Psychosocial Distress İn Patients With Brain Tumours And Their Spouses İn The Early Treatment Phase,” *Supportive Care İn Cancer*, Vol. 19, No. 11, Pp. 1797–1805, 2011.
180. L. E. Carlson, M. Angen, J. Cullum Et Al., “High Levels Of Untreated Distress And Fatigue İn Cancer Patients,” *British Journal Of Cancer*, Vol. 90, No. 12, Pp. 2297–2304, 2004.
181. N. A. Jadoon, W. Munir, M. A. Shahzad, And Z. S. Choudhry, “Assessment Of Depression And Anxiety İn Adult Cancer Outpatients: A Cross-Sectional Study,” *BMC Cancer*, Vol. 10, Article 594, 2010
182. M. Braun, M. Mikulincer, A. Rydall, A. Walsh, And G. Rodin, “Hidden Morbidity İn Cancer: Spouse Caregivers,” *Journal Of Clinical Oncology*, Vol. 25, No. 30, Pp. 4829–4834, 2007.)
183. Oz, F. (1998) Ailede Kanser Olgusu. *Hemşirelik Forumu*, 1(5): 206-210.
184. Oz, F. (2001) Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1): 61-68.
185. Breitbart W., Chochinov H. M., Passik S. (1999) Psychiatric Aspects Of Palliative Care. In Doyle D., Hanks G. W. C., Macdonald N (Ed). *Oxford Textbook Of Palliative Medicine*. New York, Oxford University Press.)

186. Schulz, K. H., Schulz, H., Schulz, O., Kerkjarto, M. (1996) Family Structure And Psychosocial Stress In Families Of Cancer Patients. In Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour. (Ed). Cancer And The Family (225-255). England, John Wiley & Sons.
187. Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5: 24-33.
188. Weihs, K., Reiss D. (1996) Family Reorganisation In Response To Cancer: A Developmental Perspective.
189. In Baider, L., Cooper, C. L., Kaplan, De Nour. (Ed). Cancer And The Family (2-27). England, John Wiley & Sons
190. Gail PJ, Harriet SC, Kim EB (2001) Family Coping, Styles And Challenges Nursing. Clinics Of North America; 36: 795-807.
191. (Sherif T, Jehani T, Saadani M, Andejani AW. Adult Oncology And Chronically Ill Patients: Comparison Of Depression, Anxiety And Caregivers' Quality Of Life. Eastern Mediterranean Health Journal 2001;7(3):502–509.)
192. Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G. A Meta-Analytic Investigation Of The Relationship Between The Psychological Distress Of Cancer Patients And Their Carers. Social Science & Medicine
193. Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Et Al. Depression In Family Caregivers Of Cancer Patients: The Feeling Of Burden As A Predictor Of Depression. Journal Of Clinical Oncology 2008;26(36):5890–5895.) 2005;60:1–12.
194. Kim Y, Kashy DA, Wellisch DK, Spillers RL, Kaw CK, Smith TG. Quality Of Life Of Couples Dealing With Cancer: Dyadic And Individual Adjustment Among Breast And Prostate Cancer Survivors And Their Spousal Caregivers. Annals Of Behavioral Medicine 2008a;35:230–238.
195. Kim Y, Wellisch DK, Spillers RL. Effects Of Psychological Distress On Quality Of Life Of Adult Daughters And Their Mothers With Cancer. Psycho-Oncology 2008b;17:1129–1136.
196. Segrin C, Badger T, Dorros SM, Meek P, Lopez AM. Interdependent Anxiety And Psychological Distress In Women With Breast Cancer And Their Partners. Psycho-Oncology 2007;16:634–643.
197. Sönmez Y, Söylemez D, Sur H. Kanser Tedavisi Gören Hastaların Yakınlarının Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 2004; 8: 1-17.
198. Çivi S, Kutlu R, Çelik H. Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Gülhane Tıp Derg 2011; 53: 248-253
199. Ioannis Vrettos, Konstantinos Kamposioras, Nick Kontodimopoulos, Evelina Pappa, Elissavet Georgiadou, Dionysios Haritos, Angelos A. Papadopoulos And Dimitris Niakas. "Comparing Health-Related Quality Of Life Of Cancer Patients Under Chemotherapy And Of Their Caregivers" The Scientificworld Journal, Volume 2012, Article ID 135283, 9 Pages Doi:10.1100/2012/135283)
200. (Laura A. Siminoff, Phd, Maureen Wilson-Genderson, Phd, And Sherman Baker Jr., MD. "Depressive Symptoms In Lung Cancer Patients And Their Family Caregivers And The Influence Of Family Environment". Psychooncology. 2010 December ; 19(12): 1285–1293. Doi:10.1002/Pon.1696.)
201. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family Support In Advanced Cancer. CA: Cancer J Clin 2000;51(4):213–231)
202. Carter PA, Chang BL (2000). Sleep And Depression In Cancer Caregivers. Cancer Nursing, 23:6, 2000, 410-415.
203. Iconomou G, Viha A, Koutras A Et Al. Information Needs And Awareness Of Diagnosis In Patients With Cancer Receiving Chemotherapy: A Report From Greece. Palliat Med 2002; 16: 315–321.

204. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A Et Al. Anxiety And Depression In Patients With Gastrointestinal Cancer: Does Knowledge Of Cancer Diagnosis Matter? *BMC Gastroenterol* 2007; 7: 28.
205. Westenberg HG, Liebowitz MR. Overview Of Panic And Social Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl 14):22–26.
206. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Et Al. Psychiatric Disorders And Mental Health Service Use In Patients With Advanced Cancer: A Report From The Coping With Cancer Study. *Cancer*. 2010
207. Altınbaş M, Gönül AS (2001) Psikoonkoloji. *Hematoloji-Onkoloji*, 3(3);210-214)
208. Barsevick AM, Whitmer K, Walker L. In Their Own Words: Using The Common Sense Model To Analyze Patient Descriptions Of Cancer-Related Fatigue. *Oncol Nurs Forum* 2001;28(9):1363-9.) (Haley WE. Family Caregivers Of Elderly Patients With Cancer: Understanding And Minimizing The Burden Of Care. *J Support Oncol* 2003;1(4 Suppl 2):25-9.)
209. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver Burden And Health-Related Quality Of Life Among Japanese Stroke Caregivers. *Age Ageing* 2003;32(2):218-23.) (Parks SM, Novielli KD. A Practical Guide To Caring For Caregivers. *Am Fam Physician* 2000;62(12):2613- 22.)
210. Fallowfield L. Helping The Relatives Of Patients With Cancer. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 1731-1732
211. C. Nijboer, R. Tempelaar, R. Sanderman, M. Triemstra, R. J. Spruijt, And G. A.M. Van Den Bos, "Cancer And Caregiving: The Impact On The Caregiver's Health," *Psycho-Oncology*, Vol. 7, No. 1, Pp. 3–13, 1998.)
212. Rivera HR. Depression Symptoms In Cancer Caregivers. *Clin J Oncol Nurs* 2009;13(2):195-202.) 31.)
213. Carter PA (2003). Family Caregivers' Sleep Loss And Depression Over Time. *Cancer Nursing*, 26:4, 253-259.
214. Eva Grunfeld, Doug Coyle, Timothy Whelan, Jennifer Clinch, Leonard Reyno, Craig C. Earle, Andrew Willan, Raymond Viola, Marjorie Coristine, Teresa Janz, Robert Glossopfamily Caregiver Burden: Results Of A Longitudinal Study Of Breast Cancer Patients And Their Principal Caregivers. 2004 Canadian Medical Association Or Its Licensors; ;170(12):1795-801)
215. Chentsova-Dutton Y, Shucter S, Hutchin S, Et Al. Depression And Grief Reactions In Hospice Caregivers: From Pre-Death To 1 Year Afterwards. *J Affect Disord* 2002;69:53–60.
216. Mohammad Ali Heidari Gorji, Zinnatossadat Bouzar, Mohsen Haghshenas, Ali Akbar Kasaeeyan, Mohammad Reza Sadeghi And Maryam Didehdar Ardebil. Quality Of Life And Depression In Caregivers Of Patients With Breast Cancer. Heidari Gorji Et Al. *BMC Research Notes* 2012, 5:310
217. Mcmillan SC, Small BJ, Weitzner M, Et Al: Impact Of Coping Skills Intervention With Family Caregivers Of Hospice Patients With Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Cancer* 2006, 106(1):214–222.
218. Burgess CV, Burgess C, Cornelius V, Love S: Depression And Anxiety In Women With Early Breast Cancer: Five Year Observational Cohort Study. *BMJ* 2005, 330:702–705.
219. D. A. Fleming, V. B. Sheppard, P. A.Mangan Et Al., "Caregiving At The End Of Life: Perceptions Of Health Care Quality And Quality Of Life Among Patients And Caregivers," *Journal Of Pain And Symptom Management*, Vol. 31, No. 5, Pp. 407–420, 2006.
220. (E. K. Grov, A. A. Dahl, T. Moum & S. D. Fossa. Anxiety, Depression, And Quality Of Life In Caregivers Of Patients With Cancer In Late Palliative Phase. *Annals Of Oncology* 16: 1185–1191, 2005)
221. Lauren C. Vanderwerker, Rachel E. Laff, Nina S. Kadan-Lottick, Suzanne Mccoll, And Holly G. Prigerson "Psychiatric Disorders And Mental Health Service Use Among Caregivers Of Advanced Cancer Patients" *J Clin Oncol*. 2005 October 1; 23(28): 6899–6907.

222. Sherif T, Jehani T, Saadani M, Andejani AW. Adult Oncology And Chronically Ill Patients: Comparison Of Depression, Anxiety And Caregivers' Quality Of Life. Eastern Mediterranean Health Journal 2001;7(3):502–509.

EKLER

EK-1

HASTA SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Görüşmenin Yapıldığı Tarih:/...../.....

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ

Adı- Soyadı :
 Tanı :
 Metastazın Varlığı :
 Mevcut tedavisi :

TANIMLAYICI BİLGİLER

A1. Cinsiyetiniz	1. Erkek 2. Kadın	
A2. Doğum tarihiniz /..... /19..... (gün/ay/yıl)	
A3. En son hangi okulu bitirdiniz?	1. Okuryazar değilim 2. Okuryazarım 3. İlkokulu bitirdim 4. Ortaokulu bitirdim 5. Liseyi bitirdim 6. Üniversite/Yüksekokulu bitirdim 7. Diğer (Belirtiniz.....)	
A4. Medeni durumunuz nedir?	1. Halen evli → 2. Boşanmış → 3. Eşi ölmüş → 4. Halen evli, ayrı yaşıyor → 5. Bekâr, hiç evlenmemiş	A5. İlk evlenme yaşıınız nedir? İlk kezyaşında evlendim
A6. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? (Son 1 ayda)	1. İşsiz (<i>iş arıyor</i>) 2. İşsiz (<i>iş aramıyor</i>) 3. Ev kadını (<i>iş arıyor</i>) 4. Ev kadını (<i>iş aramıyor</i>) 5. Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi 6. Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar 7. Beceri gerektiren, büro ve benzeri işlerde çalışanlar (<i>sekreter, idari personel vb</i>) 8. Doktor, mühendis, avukat, öğretmen, hemşire gibi yüksek eğitim gerektiren işler 9. Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren 10. Yanında 3 den az işçi çalıştıran işveren 11. İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar 12. Düzensiz geliri olan işlerde <i>çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)</i> 13. Tarım işleri (ücretli işçi olarak) 14. Tarım işleri (kendi hesabına) 15. Emekli (<i>çalışmıyor</i>) → 16. Emekli (<i>çalışıyor</i>) →	A6b. Kişinin emekli olmadan önce yaptığı işe uygun kodu (A6'a ya bakarak uygun kodu bulunuz) yazınız
A7. Sağlık güvenceniz var mı, varsa hangisi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Sağlık güvencesi yok 2. Yeşil kart 3. SSK	4. Bağ-kur 5. Emekli Sandığı 6. Özel sandıklar (Banka, vakıf, vb.) 7. Özel sigorta

B. Sizde doktorun tanı koyduğu aşağıdaki kronik hastalıklar ya da durumlardan herhangi biri var mı? (Her hastalık için ayrı ayrı sorunuz)

TANI	Bu Hastalık Sizde Var Mı ?
Diyabet (Şeker Hastalığı)	1 Evet 2 Hayır
Hipertansiyon (Yüksek kan basıncı)	1 Evet 2 Hayır
Lipid /veya kolesterol yüksekliği	1 Evet 2 Hayır
Böbrek yetmezliği	1 Evet 2 Hayır
Kalp Krizi (MI)	1 Evet 2 Hayır
Koroner By-pass ameliyatı	1 Evet 2 Hayır
Koroner balon anjioplasti ya da stent uygulaması	1 Evet 2 Hayır
Felç/beyin kanaması/inme (vücudunuzun bir tarafında 24 saatten uzun süren ani gelişen güçsüzlük, uyuşma, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, dengesizlik, göz hareketlerinde bozukluk) oldu mu?	1 Evet 2 Hayır
Geçici İnme-felç (24 saatten kısa süren)	1 Evet 2 Hayır
Demans /Alzheimer	1 Evet 2 Hayır
Epilepsi	1 Evet 2 Hayır
Parkinson hastalığı	1 Evet 2 Hayır
Astım	1 Evet 2 Hayır
Kronik bronşit, Amfizem (KOAİ)	1 Evet 2 Hayır
Depresyon	1 Evet 2 Hayır
Migren ve sık baş ağrısı	1 Evet 2 Hayır
Alerjik bir hastalık	1. Rinit- Saman Nezlesi 2. Egzema- dermatit 3. Besin alerjisi 4. İlaç alerjisi 5. Hayır
Reflü özofajit	1 Evet 2 Hayır
Tüberküloz	1 Evet 2 Hayır
Kanser (Türünü belirtiniz) kanseri (primer kanserleri belirtiniz, metastatik organ tutulumlarını belirtmeyiniz)	1 Evet 2 Hayır
Son 12 ayda herhangi bir kaza geçirdiniz mi?	1 Evet 2 Hayır
Hanenizde birlikte yaşadığınız kişilerden son 12 ay içinde ölen/ölenler oldu mu?	1 Evet 2 Hayır

EK-2

HASTA YAKINI SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Görüşmenin Yapıldığı Tarih:/...../.....

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ

Adı- Soyadı :

TANIMLAYICI BİLGİLER

A1. Cinsiyetiniz	1. Erkek 2. Kadın	
A2. Doğum tarihiniz /..... /19..... (gün/ay/yıl)	
A3. En son hangi okulu bitirdiniz?	1. Okuryazar değilim 2. Okuryazarım 3. İlkokulu bitirdim 4. Ortaokulu bitirdim 5. Liseyi bitirdim 6. Üniversite/Yüksekokulu bitirdim 7. Diğer (Belirtiniz.....)	
A4. Medeni durumunuz nedir?	1. Halen evli 2. Boşanmış 3. Eşi ölmüş 4. Halen evli, ayrı yaşıyor 5. Bekâr, hiç evlenmemiş	A5. İlk evlenme yaşıınız nedir? İlk kezyaşında evlendim
A6. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? (Son 1 ayda)	1.İşsiz (<i>iş arıyor</i>) 2. İşsiz (<i>iş aramıyor</i>) 3. Ev kadını (<i>iş arıyor</i>) 4. Ev kadını (<i>iş aramıyor</i>) 5.Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi 6.Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar 7.Beceri gerektiren, büro ve benzeri işlerde çalışanlar(<i>sekreter, idari personel vb</i>) 8.Doktor, mühendis, avukat, öğretmen, hemşire gibi yüksek eğitim gerektiren işler 9.Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren 10.Yanında 3 den az işçi çalıştıran işveren 11.İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar 12.Düzensiz geliri olan işlerde <i>çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)</i> 13.Tarım işleri (ücretli işçi olarak) 14.Tarım işleri (kendi hesabına) 15.Emekli (çalışmıyor) 16.Emekli (çalışıyor)	A6b. Kişinin emekli olmadan önce yaptığı işe uygun kodu (A6a'ya bakarak uygun kodu bulunuz) yazınız
A7. Sağlık güvenceniz var mı, varsa hangisi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Sağlık güvencesi yok 2. Yeşil kart 3. SSK	4. Bağ-kur 5. Emekli Sandığı 6. Özel sandıklar (Banka, vakıf, vb.) 7. Özel sigorta

B. Sizde doktorun tanı koyduğu aşağıdaki kronik hastalıklar ya da durumlardan herhangi biri var mı? (Her hastalık için ayrı ayrı sorunuz)

TANI	Bu Hastalık Sizde Var Mı ?
Diyabet (Şeker Hastalığı)	1 Evet 2 Hayır
Hipertansiyon (Yüksek kan basıncı)	1 Evet 2 Hayır
Lipid /veya kolesterol yüksekliği	1 Evet 2 Hayır
Böbrek yetmezliği	1 Evet 2 Hayır
Kalp Krizi (MI)	1 Evet 2 Hayır
Koroner By-pass ameliyatı	1 Evet 2 Hayır
Koroner balon anjioplasti ya da stent uygulaması	1 Evet 2 Hayır
Felç/beyin kanaması/inme (vücudunuzun bir tarafında 24 saatten uzun süren ani gelişen güçsüzlük, uyuşma, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, dengesizlik, göz hareketlerinde bozukluk) oldu mu?	1 Evet 2 Hayır
Geçici İnme-felç (24 saatten kısa süren)	1 Evet 2 Hayır
Demans /Alzheimer	1 Evet 2 Hayır
Epilepsi	1 Evet 2 Hayır
Parkinson hastalığı	1 Evet 2 Hayır
Astım	1 Evet 2 Hayır
Kronik bronşit, Amfizem (KOAH)	1 Evet 2 Hayır
Depresyon	1 Evet 2 Hayır
Migren ve sık baş ağrısı	1 Evet 2 Hayır
Alerjik bir hastalık	1. Rinit- Saman Nezlesi 2. Egzema- dermatit 3. Besin alerjisi 4. İlaç alerjisi 5. Hayır
Reflü özofajit	1 Evet 2 Hayır
Tüberküloz	1 Evet 2 Hayır
Kanser (Türünü belirtiniz) kanseri (primer kanserleri belirtiniz, metastatik organ tutulumlarını belirtmeyiniz)	1 Evet 2 Hayır
Son 12 ayda herhangi bir kaza geçirdiniz mi?	1 Evet 2 Hayır
Hanenizde birlikte yaşadığınız kişilerden son 12 ay içinde ölen/ölenler oldu mu?	1 Evet 2 Hayır

EK-3 HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI : KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI

ANKET ÇALIŞMASININ AÇIK ADI : İLAÇ TEDAVİSİ UYGULANAN KANSERLİ HASTALARIN AİLE BİREYLERİNDE DEPRESYON VE KAYGI GÖRÜLME SIKLIĞI

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ANKET ÇALIŞMASINA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ANKET ÇALIŞMASININ KONUSU VE AMACI NEDİR?

KONU: KANSERLİ HASTALARIN AİLE BİREYLERİNDE DEPRESYON VE KAYGI GÖRÜLME SIKLIĞI

TEMEL AMAÇ: BU ARAŞTIRMANIN AMACI, KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE TEDAVİ SÜRESİNCE HER 3 AYDA BİR BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞINI VE BUNLARLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ (YAŞ, CİNSİYET, KANSER TÜRÜ, EVRE, PROGNOZ) BELİRLEMektir. ÇALIŞMADA KANSER HASTALARININ YAKINLARININ DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNDE TEDAVİ SÜRESİNDE (BAŞLANGIÇ- KEMOTERAPİ TEDAVİSİ SÜRESİNCE HER 3 AYDA BİR KONTROLE GELDİĞİNDE) DEĞİŞİM DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.

İKİNCİL AMAÇLAR: ARAŞTIRMA KAPSAMINDA HASTA YAKINLARININ DEPRESYON VE ANKSİYETE DURUMU ÜZERİNDE HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİN ETKİLİ OLACAĞI DÜŞÜNÜLEREK HASTALARA SF36 UYGULANACAKTIR. HASTANIN YAŞAM KALİTESİ BU ÇALIŞMA KAPSAMINDA BAĞIMSIZ BİR DEĞİŞKEN OLMASINA KARŞIN ELDE EDİLEN VERİLER, KANSERLİ OLGULARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÖNEMLİ BİR BİLGİ SAĞLAYACAKTIR. BU NEDENLE BU KONUDA ELDE EDİLEN VERİLERİN KANSERLİ OLGULARDA YAŞAM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRMEK AMACI İLE DE KULLANILMASI PLANLANMAKTADIR.

ANKET ÇALIŞMASININ İŞLEMLERİ: ÇALIŞMAYA KATILDIĞINIZ TAKDİRDE SİZE BİRTAKIM SORULAR SORULACAK, SADECE SORULARI CEVAPLAMANIZ İSTENECEKTİR.

ANKET ÇALIŞMASINA KATILMAMIM NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

ÇALIŞMAYA KATILMANIN HERHANGİ BİR YAN ETKİ VEYA RİSKİ YOKTUR. HASTALARA VE GÖNÜLLÜLERE AİT KİŞİSEL BİLGİLER GİZLİ TUTULACAKTIR.

ANKET ÇALIŞMASINA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

BU ÇALIŞMA İLE AMACIMIZ ; KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞINI BELİRLEMektir. BU HEM HASTA HEM DE YAKINLARI İÇİN TEDAVİYE KATKISI OLACAK ŞEKİLDE VE YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAK AMACIYLA, DEPRESYON VE ANKSİYETE İÇİN DESTEK SAĞLAMA GEREKLİLİĞİNİ BELİRLEYECEKTİR.

ANKET ÇALIŞMASINA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Bu çalışmaya katılmış olmanızdan dolayı herhangi bir zarar görürseniz Çalışma destekleyicisi bunu, Türkiye Cumhuriyeti yasalarına uygun olarak karşılayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? SİZİN VE SİZİN GİBİ DİĞER KATILIMCILARIN VERMİŞ OLDUĞU BİLGİLER DOĞRULTUSUNDA KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI BELİRLENECEKTİR.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

ARŞ. GÖR. DR. ZEHRA ÖZSOY

CBÜTF İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEL: 05056197133

02362323133

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü / Hastanın adresi:

Gönüllü / Hastanın telefonu:

Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı: İmzası

Tarih

Veli / Vasinin Adı Soyadı: İmzası

Tarih

Veli / Vasinin adresi ve telefonu:

Rıza alım işlemine başından Sonuna kadar tanıklık eden

Adı Soyadı Görevi

İmzası

Tarih

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı

İmzası

Tarih

EK-4 HASTA YAKINI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI : KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI

ANKET ÇALIŞMASININ AÇIK ADI : İLAÇ TEDAVİSİ UYGULANAN KANSERLİ HASTALARIN AİLE BİREYLERİNDE DEPRESYON VE KAYGI GÖRÜLME SIKLIĞI

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ANKET ÇALIŞMASINA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ANKET ÇALIŞMASININ KONUSU VE AMACI NEDİR?

KONU: KANSERLİ HASTALARIN AİLE BİREYLERİNDE DEPRESYON VE KAYGI GÖRÜLME SIKLIĞI

TEMEL AMAÇ: BU ARAŞTIRMANIN AMACI, KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE TEDAVİ SÜRESİNCE HER 3 AYDA BİR BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞINI VE BUNLARLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ (YAŞ, CİNSİYET, KANSER TÜRÜ, EVRE, PROGNOZ) BELİRLEMektir. ÇALIŞMADA KANSER HASTALARININ YAKINLARININ DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNDE TEDAVİ SÜRESİNDE (BAŞLANGIÇ- KEMOTERAPİ TEDAVİSİ SÜRESİNCE HER 3 AYDA BİR KONTROLE GELDİĞİNDE) DEĞİŞİM DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.

İKİNCİL AMAÇLAR: ARAŞTIRMA KAPSAMINDA HASTA YAKINLARININ DEPRESYON VE ANKSİYETE DURUMU ÜZERİNDE HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİN ETKİLİ OLACAĞI DÜŞÜNÜLEREK HASTALARA SF36 UYGULANACAKTIR. HASTANIN YAŞAM KALİTESİ BU ÇALIŞMA KAPSAMINDA BAĞIMSIZ BİR DEĞİŞKEN OLMASINA KARŞIN ELDE EDİLEN VERİLER, KANSERLİ OLGULARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÖNEMLİ BİR BİLGİ SAĞLAYACAKTIR. BU NEDENLE BU KONUDA ELDE EDİLEN VERİLERİN KANSERLİ OLGULARDA YAŞAM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRMEK AMACI İLE DE KULLANILMASI PLANLANMAKTADIR.

ANKET ÇALIŞMASININ İŞLEMLERİ: ÇALIŞMAYA KATILDIĞINIZ TAKDİRDE SİZE BİRTAKIM SORULAR SORULACAK, SADECE SORULARI CEVAPLAMANIZ İSTENECEKTİR.

ANKET ÇALIŞMASINA KATILMAMIM NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

ÇALIŞMAYA KATILMANIN HERHANGİ BİR YAN ETKİ VEYA RİSKİ YOKTUR. HASTALARA VE GÖNÜLLÜLERE AİT KİŞİSEL BİLGİLER GİZLİ TUTULACAKTIR.

ANKET ÇALIŞMASINA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

BU ÇALIŞMA İLE AMACIMIZ ; KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞINI BELİRLEMektİR. BU HEM HASTA HEM DE YAKINLARI İÇİN TEDAVİYE KATKISI OLACAK ŞEKİLDE VE YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAK AMACIYLA, DEPRESYON VE ANKSİYETE İÇİN DESTEK SAĞLAMA GEREKLİLİĞİNİ BELİRLEYECEKTİR.

ANKET ÇALIŞMASINA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Bu çalışmaya katılmış olmanızdan dolayı herhangi bir zarar görürseniz Çalışma destekleyicisi bunu, Türkiye Cumhuriyeti yasalarına uygun olarak karşılayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? SİZİN VE SİZİN GİBİ DİĞER KATILIMCILARIN VERMİŞ OLDUĞU BİLGİLER DOĞRULTUSUNDA KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞI BELİRLENECEKTİR.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

ARŞ. GÖR. DR. ZEHRA ÖZSOY

CBÜTF İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEL: 05056197133

02362323133

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü / Hastanın adresi:

Gönüllü / Hastanın telefonu:

Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı: İmzası

Tarih

Veli / Vasinin Adı Soyadı: İmzası

Tarih

Veli / Vasinin adresi ve telefonu:

Rıza alım işlemine başından Sonuna kadar tanıklık eden

Adı Soyadı Görevi

İmzası

Tarih

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı

İmzası

Tarih

EK-5 YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

EKLER

EK.1

SF-36

1).Genel Olarak Sağlığınız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

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

2).1 Yıl Öncesiyle Karşılaştığınızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

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

3). Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu?Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ölçeğin Puanının Hesaplanması

Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir.Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir.Yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.

SF-36'nın Türk toplumu standartları

Alt Boyutlar	Ortalama+-Standart sapma
Fiziksel İşlevsellik	86.6+-25.2
Fiziksel Rol Güçlüğü	89.5+-29.6
Ağrı	86.1+-20.6
Genel Sağlık Algısı	73.9+-17.5
Vitalite (canlılık)	67.0+-13.8
Sosyal İşlevsellik	94.8+-14.2
Emosyonel Rol Güçlüğü	94.7+-20.9
Ruhsal Sağlık	73.5+-11.6

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılacağını düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sınırlılık				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.