

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARDA
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Nilay DEMİR GÖL

Danışman

Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR

Erzincan 2014

Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR danışmanlığında, Nilay DEMİR GÖL tarafından hazırlanan bu çalışma 03.02.2014 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

: Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR

Üye

: Doç.Dr.Dilek KILIÇ

Üye

: Yrd.Doç.Dr.Arzu YILDIRIM

Yukarıdaki sonucu onaylarım.

Prof.Dr.Murat KARA

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	III
KISALTMALAR	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ÖZGEÇMİŞ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanserin Epidemiyolojisi.....	4
2.2. Kanserin Etiyolojisi.....	5
2.3. Kanserde Tedavi.....	9
2.4. Kanserden Korunma.....	11
2.5.Kanserin Oluşturduğu Psikolojik Sorunlar.....	13
2.6. Kansерli Hastalarda Depresyon.....	15
2.7. Kansер ve Yaşam Kalitesi	16
2.8. Kansерde Ruhsal Toplumsal Yaklaşım ve Hemşirelik Girişimleri.....	18

3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	28
3.7. Verilerin Analizi	29
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	72
EK I: Tanımlayıcı Soru Formu	
EK II: Beck Depresyon Envanteri	
EK III: KF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK IV: KF 36 Özet Değerlerin Hesaplanması	
EK V: Resmi İzin Yazısı	
EK VI: Etik Kurul Onayı	

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın planlanması ve yürütülmesinde destek olan ve tezin tüm aőamalarında değerli önerileri ile bana yön veren, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. Rabia HACIHASANOğLU AŞILAR'a,

Tez çalıőmamda değerli görüőleri ile önemli katkılarda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a, Sayın Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a,

Tez çalıőmam boyunca desteklerini gördüğüm Sayın Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a ve Yrd. Doç. Dr. Serap SÖKMEN'e,

Verilerin toplanması sırasında desteklerini gördüğüm Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesindeki çalıőanlara, çalıőmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere,

Bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aőamasında olduğu gibi bu çalışma süresince de desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Nilay DEMİR GÖL

KISALTMALAR

- BDE** :Beck Depresyon Envanteri
- KF-36** : Kısa Form-36
- FSD** :Fiziksel Sağlık Özet Değeri (Physical Health Component Summary Scale)
- MSD** :Mental Sağlık Özet Değeri (Mental Health Component Summary Scale)
- FF** :Fiziksel Fonksiyon
- FR** :Fiziksel Rol
- A** :Ağrı
- GSA** :Genel Sağlık Algısı
- Y** :Yaşamsallık
- SF** :Sosyal Fonksiyon
- MR** :Mental Rol
- MF** :Mental Fonksiyon
- DSM-III** : Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Görünümü.....	17
Şekil 2. KF-36 Soruları, Alt Boyut ve Özet Değerler.....	27
Şekil 3. KF-36 Alt Boyutları.....	28

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	31
Tablo 3. Hastaların Depresyon Durumu ve Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 4. Hastaların KF-36 Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 5. Hastaların KF-36 Özet Değerlere Göre Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 6. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KF-36 Özet Değerleri ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 7. Hastaların Hastalık ile ilgili Özelliklerine Göre KF-36 Özet Değerleri ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. KF-36 ile BDE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	37

ARAŐTIRMACININ ÖZGEÇMİŐİ

AraŐtırmacı, 1986 yılında Erzincan'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Erzincan'da tamamlamıŐ olup Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksek Okulu'nda 2009 yılında mezun oldu. 2010 yılında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak göreve baŐlayan araŐtırmacı halen Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevine devam etmektedir. AraŐtırmacı 2009 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrenimine baŐladı. Evli ve bir çocuk sahibidir.

ÖZET

Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Bu araştırma kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan 140 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek araştırmaya alınma kriterlerine uyan 130 hasta birey araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri Ocak- Nisan 2011 tarihleri arasında, tanımlayıcı form, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (KF-36) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Hasta bireylerin % 83.1'inde depresyon olduğu; fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (sırası ile 35.98 ± 8.40 , 29.41 ± 7.58). Yaşın artması, bekar/dul olma, geniş ailede yaşama, gelir-giderden az olma, ek hastalığa sahip olma depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde artırdığı ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$), fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını azalttığı ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$) belirlendi. Ayrıca çocuğun olmaması, üçten fazla çocuğa sahip olma, metastazın varlığının depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde artırdığı ($p < 0.01$, $p < 0.05$), hastalık süresinin 12 ay üzerinde olması mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını önemli düzeyde azalttığı, depresyon puan ortalamasını ise artırdığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). BDE ve KF-36 puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda orta düzeyde negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$).

Sonuç olarak bu araştırmada kanser hastalarının büyük bir çoğunluğunda depresyon olduğu ve fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda kemoterapi alan kanserli hastaların depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlere yönelik hastaların, ailelerinin ve sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılması ve bu yönde eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, kemoterapi, depresyon, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Assessment of Depression and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

This research was conducted in the form of a descriptive study to evaluate depression, quality of life and the factors affecting these in patients with cancer who receive chemotherapy. The study population consisted of 140 patients who received chemotherapy at the outpatient chemotherapy unit of Erzurum Regional Training and Research Hospital. No sampling was attempted and 130 patients who met the inclusion criteria were included in the study. The study data were collected between January and April 2011 through face-to-face interviews using a descriptive form, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Quality of Life Scale Short Form (SF-36).

It was found that 83.1% of the patients had depression and their mean physical and mental health quality of life scores were low (35.98 ± 8.40 and 29.41 ± 7.58 , respectively). Advanced age, being single/widowed, living in a large family, having less income than expenses, and having a concomitant disease increased the mean depression score ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$) and decreased the mean physical and mental health quality of life score significantly ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$). Having no children, having more than three children and presence of metastasis increased the mean depression score significantly ($p < 0.01$, $p < 0.05$) and suffering from the disease for more than 12 months decreased the mean mental health quality of life score significantly while the mean depression score was significantly increased ($p < 0.05$). The correlation analysis carried out between the mean scores of BDI and SF-36 Quality of Life Scale showed that there was a moderate negative correlation between them ($p < 0.001$).

In conclusion, it was found in this study that depression prevailed in the majority of cancer patients and their mean physical and mental health quality of life scores were low. In the light of these results, we recommend that awareness should be raised in patients, their families and health professionals about the factors that influence depression and quality of life in patients receiving chemotherapy and they should be given training on these issues.

Keywords: Cancer, chemotherapy, depression, quality of life, nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, vücudun herhangi bir dokusunu etkileyebilecek şekilde hücrelerin, kontrol edilemez büyümesi ve çoğalmasdır¹. Tanı yöntemleri ve tedavideki yenilikler, sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması, diğer hastalıkların tedavisindeki gelişmeler ve buna bağlı ortalama yaşam süresinin uzaması gibi çeşitli nedenlerle kanserin önemi günümüzde giderek daha da artmakta, her yıl artan sayıda kanserli hastaya tanı konabilmektedir².

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılı Raporuna göre kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır. Dünyada 2008 yılında 12 milyon yeni kanser vakası teşhisi ile birlikte kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir. Dünya nüfusundaki artışın ve yaşlanmanın kanser vakalarında, önemli miktarda artışa neden olacağı beklenmektedir. 2030 yılında ise dünyada yıllık 27 milyon yeni kanser vakası ve kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ile birlikte; son beş yıl içinde yeni kanser tanısı konmuş vakanın 75 milyona yükseleceği öngörülmektedir³. Bu yükselişin en önemli nedeni kanser risklerindeki artıştır¹. Kanser Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olup, hala Amerika'da ölümlerin dörtte birinin nedeni olmaya devam etmektedir⁴.

Türkiye'de bütün ölüm nedenleri arasında 1970'li yıllarda dördüncü sırada yer alan kanser günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir⁵. Bütün yaşlardaki ölümler birlikte değerlendirildiğinde, on ölümden birinin kanser nedeniyle olduğu görülmektedir⁵. Türkiye'de 2008 yılında yüzbinde 445.3 kanser vakası tespit edilmiş ve bu sayının 275.4' ünü erkek, 169.9'unu kadınlar

oluşturmuştur⁶. Erzurum ili genelinde 2010 verilerine göre 536'sı erkek, 367'si kadın olmak üzere 903 kanser vakası tespit edilmiş olup, erkeklerde en sık akciğer, kadınlarda ise meme kanserinin görüldüğü saptanmıştır⁷.

Kanser günümüzde insan yaşamını tehdit eden en tehlikeli hastalık olma özelliğini korumakta olup⁸, içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi yaşamdan koparan kronik bir hastalıktır⁹. Uzun süren ve yan etkisi oldukça fazla olan kanser tedavisinin bireyin aile, iş ve sosyal yaşantısını alt üst etmesi sonucunda rol ve statü kaybı; ümitsizlik, çaresizlik, sosyal izolasyon, tükenmişlik yaşamasına ve depresyona girmesine neden olabilmektedir¹⁰.

Kanserli hastalarda normal popülasyona göre özellikle depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukların çok daha yüksek oranlarda görüldüğü ve bu hastalıkların bireyi olumsuz yönde etkilediği, tedaviye uyumu zorlaştırdığı, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir¹¹. Bu nedenle kanser, tanı aşamasından terminal döneme dek hasta ve ailelerini de ruhsal çöküntülere sürüklemekte, tüm dengeleri ve uyumu bozmakta böylece yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir¹².

Hastalıkların, özellikle de kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların, bireyin kişilik yapısını ve benlik algısını bazı yönlerden değiştirdiği bilinmektedir. Bedendeki fiziksel değişiklikler, yorgunluk, kemoterapi ya da radyoterapi uygulamaları ve değişmiş benlik algısı hastalık öncesindeki kişilik algısını etkiler⁸. Sağlık profesyonelleri hastaların bu yeni kimlikleri ile zor olan bu dönemi rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarına, yardımcı olmalıdırlar. Kanserli hastalarda bütüncül anlayışla bakım verilmesi temeldir. Bütüncül sağlık yaklaşımı, bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel olarak bir bütün olduğu ve her bireyin birbirinden farklı olarak çevresi ile birlikte ele alınması esasına dayanır¹³. Optimal bilişsel işlevini sürdürmesine yardım etmek, fiziksel güvenliğini sağlamak, anksiyete ve ajitasyonunu azaltmak, bağımsızlığını ve özbakım aktivitelerini desteklemek,

sosyalizasyon gereksinimlerini karşılamak, yeterli beslenmeyi sağlamak, uyku bozukluklarını gidermek¹⁴, aile yaşamıyla ilgili sorunlarını ifade etmesini cesaretlendirmek, aile içi iletişim ve etkileşimini artırmak, aile sürecini devam ettirmesine yardımcı olmak¹⁵ ve bireylerin sağlık potansiyelini en st düzeye çıkararak yaşam kalitesini yükseltmektir. Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hasta ve aileleri ile daha sık ve sürekli iletişim ve etkileşimde bulduklarından hasta bakımında fark oluşurmada önemli bir konuma sahiptirler¹⁶. Kemoterapi gren kanser hastalarında depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlayacak öneriler geliştirmesi bakımından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ayaktan kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi, tüm kanserlerin insidansının insandan insana, toplumdan topluma ve zaman içinde değiştiğini ve bu değişikliğin çevresel, bireysel, genetik faktörler ve sosyal alışkanlıklar ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur¹⁷. Kanser epidemiyolojisini belirleyen en önemli özellikler coğrafi dağılım, cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum ve meslektir¹⁸. Epidemiyolojik incelemeler sonucunda kanserin nedenleri ve bu nedenlere karşı alınacak koruyucu önlemler ile en etkin ve ekonomik tedavi yöntemleri bulunup geliştirilmektedir¹⁹.

Coğrafi Dağılım: Kanser sıklığı bölgelere, ülkelere hatta aynı ülkenin farklı yerleşim yerlerine göre değişmekte olup¹⁹, gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerdeki kanser insidans hızlarının ve profillerinin farklı olduğu bilinmektedir²⁰. Mide kanseri insidansı Japonya'da yüksek, kolon, mesane kanseri insidansı ise Hindistan'da düşüktür. Özefagus kanseri insidansı Çin'de, Hong Kong'da ise karaciğer kanseri yüksektir²¹. Türkiye'de de kanser insidansları açısından bölgeler ve iller arasında farklılıklar bulunmaktadır. İnsidansın en fazla olduğu bölge birinci sırada Ege Bölgesi yüz binde 70.48, ikinci sırada yüz binde 55.96 ile Karadeniz Bölgesi'dir²². İnsidansın en yüksek olduğu iller, İzmir yüz binde 267. 44, Edirne yüz binde 194. 39, Samsun yüz binde 183. 65; en az olduğu iller ise Erzurum yüz binde 74.61, Eskişehir yüz binde 125. 72, Ankara yüz binde 134. 73 şeklinde sıralanmaktadır²³.

Cinsiyet: Kanser sıklığı ve türleri cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. Tiroid, safra kesesi ve anüs kanserleri dışlanırsa, her iki cinsiyette en sık görülen kanserlerin insidansı erkeklerde daha yüksektir²⁴.

Kadınlarda en sık görülen kanser yüz binde 41. 6 ile meme kanseri, erkeklerde ise yüz binde 69. 8 ile trakea, akciğer ve bronş kanseridir⁶.

Yaş: Kanserde en önemli risk yaştır, kanserlerin 2/3'ü 65 yaş ve üzerinde görülmektedir²⁵ (25). Yaşla birlikte mortalitenin arttığı, mortalitenin 55-75 yaş arasında olduğu bildirilmiştir²⁶. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen meme kanseri en fazla 55-59 yaş arasında yüz binde 133. 9, erkeklerde ise en sık görülen trakea, akciğer ve bronş kanseri en fazla 65-69 yaş arasında yüz binde 450. 9'dur⁶.

Sosyo-ekonomik Durum: Sosyoekonomik durum kanser oluşumunda değiştirilebilir bir risk faktörüdür²⁷. Afrika kökenli Amerikalılarda kanser insidansı ve kanserden ölümün daha fazla görülmesinde sosyoekonomik faktörün önemli bir etkisi olduğu bildirilmiştir²⁴. Kanser tanısı almış geriatric olguların sosyo-demografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada bireylerin % 60'ının sosyo-ekonomik durumunun kötü olduğu belirlenmiştir²⁸.

Meslek: Kanser oluşumunda çevresel faktörler önemlidir. Günümüzdeki bilgiler ışığında kanserlerin % 80'i, çevresel faktörlerin etkisi ile meydana gelmektedir. Çevresel faktörler arasında işyeri ortam faktörlerinin de rolü vardır¹. Batılı ülkelerde mesane kanserinde mesleksi maruziyet başlıca risk faktörlerinden birisi olarak bildirilmiştir²⁷.

2.2. Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır. Kansere neden olan özel etkenler tanımlanmıştır.

Kansere Neden Olan Faktörler:

Virüsler, bakteriler ve parazitler, fiziksel faktörler, sigara²¹, kimyasal etkenler²⁶, Cinsel sağlık ve doğurganlık, genetik faktörler²¹, obezite, diyet, inaktivite²⁰, hormonal faktörler, immünolojik faktörler²¹.

1. Virüsler, Bakteriler ve Parazitler

Virüsler bir hücreye girip onu infekte ederek kendilerinin kopyalanmasına ve çoğalmasına neden olurlar. Kansere neden olan virüslerin nükleik asitlerinde taşınan genetik bilgi enfekte ettikleri hücrenin kromozomuna eklenir, bu ise hücrenin kanserleşmesi ile sonuçlanır²⁶. B tipi sarılığa yol açan hepatit B virüsü karaciğer kanserinde etkili bir faktör^{1,29,30}, H. Pylori ise mide kanserine neden olan bakteriyel bir enfeksiyondur^{1,31}. Kanser riskini artırdığı bilinen parazitler enfeksiyonlar arasında, Schistosoma haematobium (mesane kanseri)^{1,21,24}, Opisthorchis viverrini (safra yolları kanseri)^{22,25} ve karaciğeri tutan Clomorchis sinensis yer almaktadır²⁴.

2.Fiziksel Faktörler

Güneş ışığı (ultraviyole): Ultraviyole ışınlarının dik geldiği öğle saatlerinde uzun süre güneşe maruz kalmak malign melanom, bazal hücreli deri kanserlerinin gelişiminde etkilidir.

Manyetik alanlar: Beyin tümörünün gelişiminde etkilidir.

İyonize edici radyasyon: Mesleki zorunluluk, terapötik etkiler, nükleer kazalar sonucu olarak DNA yapısını bozarak kanser gelişiminde etkili olabilmektedir³⁰.

3.Sigara

Kanser oluşturan nedenlerinden önemli bir etken olan sigara kullanım, toplumumuz için en önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir³². Sanayileşmiş ülkelerde sigara içimi en sık akciğer, orofarenks, larenks ve özefagus kanserlerine neden olmakla birlikte, pankreas kanserleri, böbrek, mesane ve serviks

kanserlerinin dörtte birinden sorumludur²⁴. Ayrıca batılı ülkelerde mesane kanserinde sigara kullanımı başlıca risk faktörlerinden birisi olarak bildirilmiştir²⁷. Sigara gibi diğer tütün ürünlerinin de kanserojen olduğu bilinmektedir³³.

4. Kimyasal Etkenler

Birçok çalışma ortamında kanserojen olan kimyasal maddeler bulunmaktadır²¹. Bu nedenle boya, mobilya gibi sanayi alanlarında çalışan kişilerde başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserler gelişebilmektedir³⁴.

5. Cinsel Sağlık ve Doğurganlık

Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle cinsel ilişkisi olanlarda ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riski ise geç evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır. Erken menarş geç menapoz, ovülasyonsuz menstrüel dönemin sıklığı kanser riskini artırmaktadır²¹. Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların en az bir jinekolojik kanser risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir. Risk faktörleri arasında en sık görülenler, endometrium kanseri için, postmenapozal kanama, postmenopozal dönemde olmak, anormal kanama-lekelenme, obezite; serviks kanseri için, 40-55 yaşta olmak, postkoital kanama, anormal kanama, servikal lezyon, fazla sayıda gebelik, sürekli vajinal akıntı, erken yaşta cinsel aktivite; over kanseri için, 40-60 yaşta olmak, obezite, gastrointestinal sistem şikayetleri, geç menapoz, düzensiz kanamalar olarak saptanmıştır³⁵.

6. Genetik ve Ailesel Özellikler

Günümüzde sık görülen kanser türleri de dâhil, birçok kanser türünün sadece çevre ile değil, kalıtımla da ilişkili olduğu bilinmektedir²⁶. Genetiğin etkili olduğu bazı kanser tipleri BRCA1 ve 2 mutasyonlarında meme kanseri, BRCA1 mutasyonunda over kanseri^{26,30}, Familial Adenomatöz Polipzis'te kolektoral

kanserler, Nörofibromatoziste beyin tümörü³⁰ sık görülürken, akciğer kanserinin gelişiminde de kalıtsal etkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir³⁶.

7. Obezite, Diyet ve Fiziksel İnaktivite

Kanserde çevresel etiyolojik faktörlerin %40-60'ının beslenmeden kaynaklandığı düşünülmektedir²¹. Epidemiyolojik çalışmalar yüksek yağ içerikli ve kalorili diyetlerin meme, kolon, prostat ve endometrium kanser riskini artırdığını göstermiştir³³. Fazla miktarda karbonhidrat alımı ile artmış özofagus adenokarsinomu arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir³⁷. Obezitenin nedensel olarak ilişkili olduğu kanserler arasında, meme kanseri, kolon kanseri, endometrium kanseri, özofagus, böbrek^{24,33} ve safra kesesi kanseri yer almaktadır Ayrıca yetersiz fiziksel aktivitenin birçok kanser türü riskinde artışa neden olduğu bilinmektedir²⁴.

8. Hormonal Faktörler

Yapılan araştırmalar hormonal denge bozuklukları ile tümör oluşumu ve büyümesi arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Meme, prostat ve uterus kanserlerinin endojen hormon düzeyine bağlı olarak büyüdüğü, menarş sonrası uzun süreli oral kontraseptif kullanılmasının meme ve endometrium kanseri riskini artırdığı, östrojen replasman tedavisinin, hepatosellüler ve meme kanseri riskini hafif düzeyde artırdığı bilinmektedir²¹. Yapılan bir çalışma sonucuna göre kadınlarda T4 Tiroit hormonu kullanımının akciğer kanseri riskini artırabileceği belirlenmiştir³⁸

9. İmmünolojik Faktörler

İmmünolojik sistem yetersizliği ile kanser arasında bir ilişki olduğu da bilinmektedir. İmmün sistemin kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması (örneğin transplantasyon ve AIDS hastalarında) kanser riskini artırmaktadır.

Bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık döneminde kanser sıklığı artmaktadır. Otoimmün hastalıklarda; örneğin romatoit artirit ve Sjögren' sendromun da kanser riski artmaktadır²¹.

2.3. Kanserde Tedavi

Kanser tedavisinin amacı, tümörün histolojik yapısına, hastalığın aşamasına ve metastaz olup olmama durumuna göre, iyileşme, kontrol ya da palyatif tedavi olarak belirlenir. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yıllarca tek ya da kombine olarak kullanılmış ve kullanılmaya devam eden tedavi yaklaşımlarıdır³⁹.

1.Cerrahi tedavi

Cerrahi girişim kanser tedavisinin en eski yöntemlerinden olup, solid tümör tedavisinin en önemli ögesidir. Cerrahi ile primer tümör yükü azaltılmış olsa da diğer tedavi yöntemler ile birlikte yapıldığında tedavi şansı artmaktadır³⁴.

2.Radyoterapi

Son yıllarda radyoterapi uygulamasındaki teknik gelişmeler (üç boyutlu konformal radyoterapi, yoğunluk ayarlı radyoterapi, stereotaksik radyoterapi vb) radyoterapinin daha az toksisite ve daha küçük alanlarla uygulanabilmesine olanak sağlamaktadır⁴⁰. Karşılaşılan hastanın durumuna ve amaçlanan hedefe göre radyoterapi uygulanabilmektedir³⁴.

3. Kemoterapi

Kemoterapi; kanseri tedavi etmek, yayılmasını önlemek, gelişmesini yavaşlatmak, kaynaklandığı yerden başka bir bölgeye metastaz yapan hücreleri yok etmek, kanserin neden olduğu semptomları azaltmak amacı ile yapılmaktadır³⁴. Kanserde kemoterapi nadiren tek başına genellikle diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanır. Cerrahi girişim ve radyoterapi hastalığın lokalize olduğu durumlarda etkili

olurken, kanser tedavisinde majör tedavi metodu olan kemoterapinin en büyük avantajı, metastaz varlığında ya da hastalığın daha yaygın olduğu durumlarda etkili olabilmesidir⁴¹.

Kullanılacak antineoplastik ilaçlar ve uygulama şekli, tümörün cinsine, vücutta yerleştiği organa, yaygınlık durumuna, hastanın yaşına, genel durumuna ve mevcut başka hastalıklarına göre değişiklik göstermektedir⁴². Kemoterapötik ilaçlar oral, subkutan, intramüsküler, intravenöz, intratekal, intraventricüler, intraplevral, intravezikal yollarla uygulanabilmektedir⁴³. Kemoterapinin hastalıkla mücadelede oldukça ümit verici etkilerinin yanı sıra, kemoterapide kullanılan ilaçlar, vücuttaki normal hücreleri de etkileyerek bazı istenmeyen yan etkilere neden olabilmektedir⁴².

Antikanser ilaçların yan etkileri üç grupta incelenmektedir:

a) Erken dönem yan etkileri:

İlaça karşı alerjik reaksiyon, kardiyak aritmi, aşırı kusma, enjeksiyon yerinde ağrı, kızarıklık, ateş, böbrek ve idrar yolları üzerine etkileri, ışığa karşı duyarlılık ve göz problemleri olarak sıralanabilir^{26,34,42}.

b) Orta süreli yan etkileri:

Kemik iliği supresyonu

Eritrositlerin azalmasına bağlı anemi, trombositopeniye bağlı kanama, lökopeniye bağlı enfeksiyona yatkınlık ortaya çıkmaktadır^{26,34,44}.

Ayrıca bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare ve konstipasyon, stomatit, yorgunluk, halsizlik, alopesi, kaşıntı ve emosyonel değişiklikler görülmektedir^{26,34}.

c) Geç dönem yan etkileri:

Katarakt, erken menapoz, kardiyak bozukluklar, infertilite, karaciğer, akciğer hastalığı, osteoporoz ve ikinci primer kanser riskinde artış olarak bildirilmiştir⁴⁵. Yapılan çalışmalarda kanserli hastaların kemoterapiye bağlı olarak yaşadıkları

semptomlar sırası ile yorgunluk, ağız içinde yara/kanama, bulantı kusma, alopesi, kilo kaybı, ağrı, ateş ve konstipasyon olarak belirlenmiştir⁴⁶.

2.4. Kanserden Korunma

Kanser dünyada en önemli ölüm nedeni olmakla birlikte kanser ölümlerinin yaklaşık %30'u önlenmektedir¹. Yüksek morbidite ve mortalitesi nedeniyle kanserden korunma ve erken teşhis büyük önem arz etmektedir⁴⁷. Kanserden korunma, ancak ona neden olan faktörlerin ortaya çıkarılması ve bunlardan uzak bir yaşam sürme ile mümkün olup³², kanserden ölümlerin engellemesinin en belirgin yolu da ya hastalığın çeşitli türleri için tedaviler, ya da klinik kanserin gelişmesini önlemenin yollarını bulmaktır³. Kanserden korunma birincil, ikincil ve üçüncül korunma olmak üzere üç grup altında toplanmaktadır¹.

Kanserden birincil korunma halk sağlığının önemli bir konusu olup³, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içermektedir⁴⁸. Henüz kansere ilişkin hiçbir belirti ve hücre değişimi yoktur¹. Bu korumanın sağlanabilmesi için etkenle ilgili önlemlerin alınmasının yanı sıra kişilerin sağlık bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir¹⁸. Birincil korumada sigara, alkol, mesleki temas, radyasyon güneş ışığı, beslenme, cinsel sağlık ve kişisel hijyen konusunda kanserden korunma bağlamında eğitim verilmelidir²⁶.

Her bireyin yaşam tarzını olumlu yönde değiştirmesi gerektiği ve olumlu yönde değişen davranışlarının kansere yakalanma riskini azaltacağını bilmesi de önemlidir. Günümüzde hijyenik koşullara uyulması, şüpheli cinsel temastan kaçınılması, transfüzyon öncesi kan ve kan ürünlerinin serolojik testlerden geçirilmesi ve tek kullanımlık enjektörlerin kullanımı, alkol tüketiminin sınırlandırılması ve vitaminlerin kullanımı ile riskin azaltılabileceği düşünülmektedir

düşünülmektedir⁴⁷. Tütün ile mücadelenin başarı ile yürütülmesi ile akciğer kanseri başta olmak üzere larinks, mesane, pankreas, serviks, farinks ve oral kavite kanserleri büyük ölçüde yok edilecek ve sadece tütün kontrolü ile ülkemizde yılda yaklaşık 40.000 kanserin önlenmesi sağlanabilecektir¹. Egzersizin en güçlü koruyucu etkisi, %40–50 oranında risk azalmasını sağladığı kolon veya kolorektal kanserler olup, akciğer kanserinin önlenmesinde sigara ve diğer yaşam tarzı değişiklikleri % 40 oranında riskin azalmasını sağlamaktadır⁴⁹. Ayrıca fiziksel aktivite ile düşük oranda prostat kanseri insidansını azalttığı bildirilmiştir⁵⁰.

Klinik bulgu olmayıp ancak hücresel düzeyde kanser başladığı dönemde erken tanı ikincil korumada önemlidir¹. Kanser başarıyla tedavi edilmesi ihtimali birçok durumda az³, kanserin erken bir aşamada teşhis edildiği bazı durumlarda ise fazlaca artmaktadır^{3,30}. Kanserde ikincil korumada sağlıklı insanlara düzenli aralıklarla tarama programları uygulanmalıdır⁴⁸. Erken tanı dikkate alınması gereken belirtiler, uzun süre nedeni açıklanmayan öksürük, iyileşmeyen yaralar, hematüri, rektal kanama, abdominal ağrı^{26,34}, açıklanamayan kilo kaybı, ses kısıklığı, bir bölgede kitle oluşum, idrar yapmada ve dışkılamada değişiklikler³⁴. Kanserleri erken semptom göstermeyen bir aşamada tespit etmek belirli kanser türleri için ölüm oranlarında düşümlere olanak sağlayabilir³. Erken tanı koyma imkanı olan kanserler meme, serviks, kolon- rektum, endometrium, prostat kanserleri ve malign melanomdur. Akciğer, tiroid, mesane, mide, over, orofarinks, lenf bezleri, testis kanserleri erken tanı için daha az uygun olan kanserlerdir⁴⁸.

Kanser kaynaklı ölümleri engellemenin en önemli yolu gelişen kanserleri tedavi etmektir³. Üçüncül koruma da kanser bulguları var olup ancak doğru tedavi ile mortalite düşürülebilir¹. Üçüncü koruma aynı zamanda tedavi sonrası komplikasyonların azaltılmasını, tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu da içermektedir¹⁸. Rehabilitasyonun amacı, kayba odaklanmak yerine, var olan güç ve yeteneklerle fiziksel fonksiyonların düzeltilmesi, gelecekte oluşacak komplikasyonların önlenmesi ve destek sistemlerinin yeniden düzenlenmesini içermektedir. Bu amaçlar

doğrultusunda kanser hastalarının rehabilitasyon gereksinimi, multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması gereken bir durumdur⁵¹.

2.5. Kanserin Oluşturduğu Psikolojik Sorunlar

1. Kansere Gösterilen Tepkiler

Kanser, hastaları fiziksel, sosyal, emosyonel, psikolojik ve ekonomik olmak üzere birçok boyutta etkilemekte ve fonksiyonel yaşamda kısıtlılıklara neden olmaktadır³⁵. Birey bu değişimlerle baş edebilmek için psikolojik olarak hazır olmadığından birçok tepki gösterebilmektedir. Özbek ve ark.⁵² 2003 yılında radyoterapi uygulanan hastalarla yaptıkları bir çalışmada şaşkınlık, inanmama, tanıyı önemsememe, ne yapacağını bilememe gibi duyguların hastalar tarafından yoğun yaşandığı bildirilmiştir. Kansere gösterilen tepkiler bireylerin bu hastalığı algılayışına, konu ile ilgili inanışlarına, tedavisine, önceden var olan ya da yeni ortaya çıkan zorlu durumlara karşı verdiği tepkilere, bireyin anlamsal çıkarımlarına bağlı olarak değişir⁵³. Güni ve ark.⁵⁴ 2005 yılında yaptıkları çalışmada hastaların hastalıklarını bildiği ancak hastalığı öğrendikten sonra inanmama, şaşkınlık, isyan, ne yapacağını bilememe ve inkâr duygularını yaşadıkları saptanmıştır. Kübler Ross kanser tanısı almış hastaların psikolojik tepkilerini beş evreye ayırarak tanımlamıştır⁵⁵.

İnkâr: İnkâr şok edici, beklenmedik haberdan sonra hastanın kendisini toparlamasına ve zaman içinde daha etkili savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren önemli bir tampondur⁵⁶. Kişi kendi bedenine yabancılaşır ve yaşam krizi içine girer. Bu durumdaki tepkisi inkardır⁵⁷.

Öfke: Bireysel bir tehdit algılandığında ya da engellenmeyle karşılaşıldığında tehdidin özelliğine göre yaşanan çaresizliğin, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı

bunaltıya karşı gelişen hoşnutsuzluktan, kızgınlık ve şiddete kadar değişebilen bir duygudur⁵⁸.

Pazarlık: Bu evrede kaçınılmaz olacak olayı ertelemek için, bir tür anlaşma yapmaya çalışılır. Hastanın isteği çoğu zaman yaşamının uzaması ya da ağrı, acı duymadan birkaç gün geçirme olabilir. Pazarlık gerçekte bir erteleme çabasıdır, çoğu zaman yaratıcı (Allah) ile yapılır ve genellikle gizli tutulur⁵⁶.

Depresyon: Kanserli hastalar arasında psikiyatrik bozukluklara çok kolay tanı konulabilir. Depresif ve diğer psikiyatrik bozukluklar yaşamı tehdit eden bir tanıya karşı gösterilen anlaşılır bir reaksiyon olarak göz ardı edilemez⁵⁹. Bireyin fiziksel durumu kötüleştikçe hastalığın ciddiyeti ile inkar, öfke ve pazarlık etme artık anlamsız hale gelir ve sonuç olarak derin kayıp duygusu ve depresyon görülür⁵⁶.

Kabullenme: Hastanın ani, beklenmedik bir ölümü söz konusu değilse ve daha önce tanımlanan evreleri atlattığı için yardım görmüşse, “kederi” ile ilgili kendisini ne çökkün ne de kızgın hissedecektir⁵⁶. Kendisi için anlam taşıyan insanları ve mekanları yakında kaybedeceği için yasını tutmuş olacak ve bir dereceye kadar sessiz bir beklentiyle yaklaşan sonunu düşünebilecektir¹². Bununla birlikte, kabullenme mutlu bir evre olarak düşünülmemelidir. Bu dönemde birey duygudan yoksun, yorgun, uykulu ve oldukça zayıf, sanki ağrısı yok olmuş ve yaşam savaşı bitmiş, barış duyguları hakim olmuştur. Bu evre, çoğu zaman “uzun yolculuktan önceki son istirahat zamanı” olarak tanımlanır ve hastadan çok, aile üyeleri daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gereksinim duyar. Ölüme yaklaşan hasta bir miktar iç barışa ve kabullenişe ulaşırken, ilgi alanı giderek daralır, dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez. Genellikle ziyaretçiden hoşlanmaz, gelirlerse de sözel iletişimden çok sözel olmayan iletişimi ister⁵⁶.

2.6. Kanserli Hastalarda Depresyon

Depresyon dünyada yaklaşık 121 milyon insanı etkilemekte ve bozukluklara yol açan nedenler arasında yer almaktadır. Tedavi edilmeyen depresyon sorunlara ve ölümlere yol açabilmektedir⁶⁰. Yapılan bir çalışmada da kanserli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyinin sağlam bireylere göre önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir⁶¹. Cerrahi girişimler, radyoterapi ve kemoterapi gibi uzun ve yoğun süren tedaviler, hastalığın seyrindeki belirsizlikler hastalarda anksiyete, korku ve depresyon gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır³⁴. Depresyon, kanser hastalarının yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen⁶² üzüntülü, mutsuzluk, suçluluk, karamsarlık gibi duygularla belirgin bir duygu durum bozukluğudur⁶³. Depresyondaki bireyde duygu durumundaki bozulmaya bağlı olarak her konuda ilgi kaybı, kişilerarası, toplumsal, mesleki işlevlerde yavaşlama ya da yetersizlik ortaya çıkmaktadır⁶³.

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk majör depresyon olup, ülkemizde kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda majör depresyon yaygınlığı sırası ile % 11.3 ve % 22 olarak bildirilmiştir^{64,65}. Kanserli hastalarla yapılan psikiyatrik görüşmelerde hastaların % 44'ünde bir ruhsal bozukluk olduğu ve bunun % 28'ini depresyon oluşturduğu⁶⁶, DSM-III (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM-III-TR) kriterlerini uygulayarak yapılan çok merkezli bir çalışmada, kanser hastalarının % 47'sinde tanı konacak düzeyde ruhsal sorunların bulunduğu, hastaların %13'ünün majör depresyon tanısı ile birlikte, % 68'inin uyum bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir⁶⁷. Kanserli hastalarla yapılan diğer bir çalışmada da hastaların % 63'ünde bir ruhsal bozukluk olduğu ve bunun % 63'ünün majör, %37'sinin ise minör depresyon tanısı aldığı, hastalığının farkında olanlarda ise farkında olmayanlara göre depresyonun önemli düzeyde daha fazla görüldüğü saptanmıştır⁶⁸. Ayrıca kemoterapinin beyine hızlı ve direkt etkisi nedeni ile de akut depresyonun gelişebileceği bildirilmiştir⁶⁹.

2.7. Kanser ve Yaşam Kalitesi

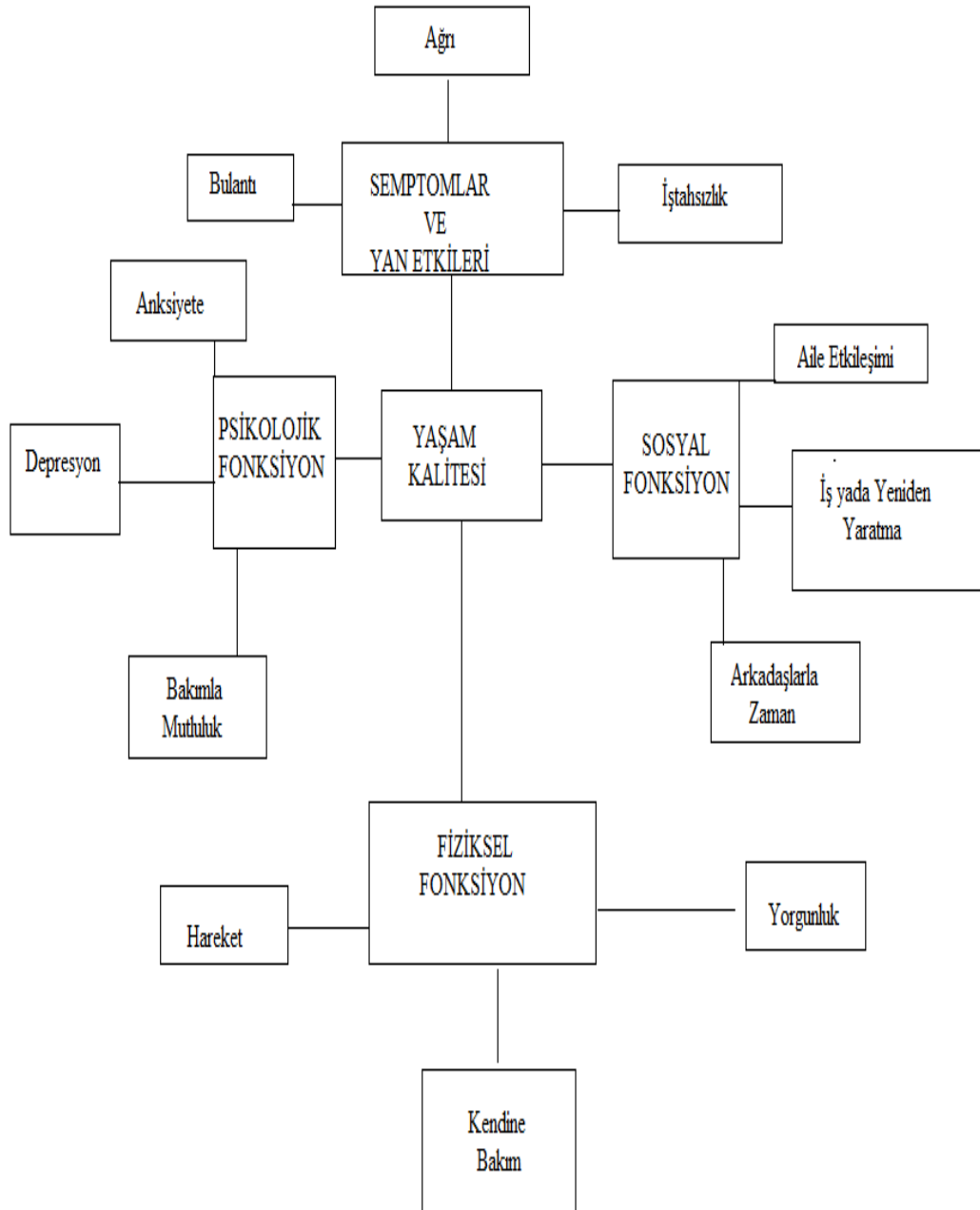
Belirli bir eylemi gerçekleştirememek (belirli bir mesafeyi yürümek, bir işi başarmak vb.) bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesidir⁷⁰. Kanser ve tedavisi hastanın fiziksel ve ruhsal toplumsal işlevselliğini, dolayısıyla da genel yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilmektedir³.

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım fiziksel sağlık, psikolojik durum, inançlar, toplumsal ilişkiler, çevresel ilişkiler gibi alanları içermektedir⁷¹. Diğer bir tanıma göre de yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak ‘‘iyi olma durumu’’dir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak tanımlanmıştır⁷². Bu alanda birçok uzman yaşam kalitesini, birkaç anahtar boyutu kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak algılamışlardır. Bunlar;

1.Fiziksel fonksiyon: Hastanın öz bakım aktivitelerini yapabilmesi, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.

2.Psikolojik fonksiyon: Hastalık ve tedavisine bağlı olarak gelişen anksiyete ve depresyon durumunu kapsar⁷³.

3.Sosyal fonksiyon: Normal sosyal aktivitelerde aksamalar olup olmadığını araştırır⁷³.



Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Görünümü⁷³

Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olmayacak kadar çok olumsuz etkilemektedir⁷⁴. Kanser hastası ve neden olduğu fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikler, bu kişilerin yaşam kalitesinin tartışılmasına yol açmıştır⁷⁵. Kanser hastası ve ailesinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi hastaların fonksiyonel yeteneklerini, esenliklerini, genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek bakım programlarının seçilmesini sağlar. Böylece, hasta ve ailesinin hastalığa uyumu artarak yaşam kalitesi yükselir⁷⁴. Kanser hastalarının yaşamının bütün alanlarını etkilediği için bu hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam kalitesinin tüm alanlarını bilmeleri⁷⁶ ve hastanın yaşamında oluşabilecek sorunları erken tanılayıp sorunlara yönelik girişimlerde bulunmaları yaşam kalitesinin yükseltilmesi bakımından önemlidir.

2.8. Kanserde Ruhsal Toplumsal Yaklaşım ve Hemşirelik Girişimleri

Kanser hastalarında tıbbi tedavinin yanı sıra, ruhsal sorunların tanınması ve uygun yaklaşımların sağlanması önemlidir⁶⁴. Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır⁵⁷. Bu nedenle kanser, tıbbi- fiziksel bir hastalık olmasının yanında, psikososyal açıdan birçok sorunu kapsamakta ve kriz olarak tanımlanabilecek duygusal tepkiler ortaya çıkmaktadır⁷⁷. Kanser hem hastayı hem de ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkilemekte¹² ve kanser hastaları tanı aşamasından başlayarak, tedavi süreci boyunca farklı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadır⁷⁸. Ruhsal hastalık öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla zorlanma, duygusal desteğin azlığı depresyon gelişimini hızlandırmaktadır⁶⁹. İncelenen bir meta-analiz çalışmasında kanser hastalarının üçte birinde ruhsal bozukluk olduğu ve uygun bir tedaviye gereksinim duyulduğu belirlenmiştir⁷⁹. Kanser hastalarının yaşam boyu iyi olması ve yaşam kalitelerinin artırılması için tedaviye uyumlarının yükseltilmesi ve ruhsal toplumsal desteğin

sağlanması gerekmektedir^{11,64,80}. Bu bağlamda tedavi ekibinin hastayı, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirmesinin yanı sıra devlet politikalarının hastalara psikososyal destek sağlanmasının önemi açıktır⁸¹.

Hemşireler psikososyal girişimlerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında önemli görevler üstlenebilir. Kanserde psikososyal girişimler hastanın fiziksel tedavisini desteklemekte olup, tedavinin bir parçası olarak rutin tedavi içinde yer alması son derece önemlidir¹⁵. Bilişsel-davranışçı tedavi, ruhsal terapi, destek grupları, psikoeğitim gibi çeşitli psikososyal girişimlerin kanser hastaları üzerindeki etkinliğini meta analiz yoluyla inceleyen bir çalışmada psikososyal girişimlerin duygusal, sosyal ve hastalık belirtileri açısından hastalar üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu saptanmıştır⁸². Psikososyal girişimlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelendiği diğer bir meta analiz çalışmasında da psikososyal girişimlerin yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu belirlenmiştir⁸³.

Kanserli hastada depresyon tanısında, bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği ve tedavilerin yan etkilerinin depresyon belirtilerine benzeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok üzüntü, özgüven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri gibi duygusal/psikolojik belirtilere ağırlık verilmelidir⁶⁹. Kanserde bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşanırken öte yandan, hastalığın ölümü yakınlaştırdığı ve belirginleştirdiği düşüncesi oluşur⁸¹. Hastalar bazen nasıl olsa öleceğini bu nedenle bir şey yapmak istemediklerini söyleyerek tedavilerini reddederler. Gerçekten bu tepkide son günlerini yaşayan ya da sonunun ne olacağı belli olmayan ve belirsizlik yaşayan hastalar haklı olabilir. Bu durum, hastanın umuduyla ilgilidir. Ümidini kaybetmiş olan depresif hastaların bu duygularını konuşmalarına izin verilmesi ve uygun şekilde ele alınması⁵⁶, olumsuz durumlarını fark etmesi ve değiştirmesi, kendisi ve durum hakkında gerçekçi düşünmesi yarar sağlamaktadır⁶³. Kanser hastalarının tedaviye uyumları, hastalık süreçlerinin iyi ve yaşam kalitelerinin artırılması için

yaşama ilişkin umutlarının olması gerekmektedir⁸⁴. Yapılan bir çalışmada kanserle baş etme sürecinde kanserli hastalarda olumlu prognozu destekleyen umut düzeyinin korunmasının ve buna uygun hemşirelik yaklaşımlarının planlanmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır⁸⁵. Bu nedenle umudun sağlanması ve sürdürülmesinde gerçekçi amaçlar geliştirmenin yanı sıra, umut kaynaklarını tanımaya yardım edilmesi önemlidir¹¹.

Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünlüğü ve ayrılmaz bir bölümü olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlatıcı niteliktedir. Psikolojik tedavi girişimleri, danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışını geliştirmek için uygulanan sistematik girişimlerdir. Bu girişimler kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmeyi, psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı ve hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmeyi kapsamaktadır⁸⁶. Bunun için hemşireler bireyin öfkelenmesine neden olan durumları tanımlamasına yardım etmeli, uygun olmayan öfke şeklinin sonuçlarını tanımlamalı, uygun öfke ifade tarzları geliştirmelidir (zaman kullanımı, nefes alma egzersizleri)^{87,88}. Ayrıca belirlenen terapi yöntemleri, fazla zaman almayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde aile ve tedavi ekibini de içeren özellikte olmalıdır⁶⁹.

Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve tedavi edilmesi, hastalığa uyumu artırarak yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır⁸⁹. Bu nedenle kanserli hastanın uyumunda rol oynayan, hastalığın kendisi, tutulan organ, tanı, evre, belirti ve bulguları, prognoz ve tedavi yöntemleri, geleceğe yönelik planlar için oluşan tehdit düzeyi (iş, aile ve yaş dönemi), hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar, çevre destek sistemleri, hastanın genel fiziksel ve psikolojik potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleri⁷⁶, hastanın daha önceki tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim, düşünce ve uyum potansiyeli⁹⁰ gibi birçok tıbbi ve psiko-sosyal faktör dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda hemşireler ve tüm sağlık profesyonellerinin

hastaların içinde buldukları durumu anlamaları ve uygun yaklaşımlarla onlara yardım etmeleri önemlidir.

Kanser hastalarının genellikle durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, olsa da bakımına aktif olarak katılmadığı/katılamadığı bilinmektedir. Bu nedenle hemşireler sürekli hastaların yanında olmalı ve onlara destek sağlamalıdır. Kanserli bireye bakımda amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım edilmesi⁸⁴, fonksiyonel durumun en iyi düzeye getirilmesi iyilik hali ve öz bakım yeteneğinin artırılması, morbiditenin azaltılması, rehabilitasyon yapılması fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesi olmalıdır. Hemşirelerin semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal işlevsel durumlarının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesinde önemli rolleri olduğu bilinmektedir⁹¹. Çünkü hemşireler, bireylerin hastalık süreçlerinin her anında, özellikle yeni tanı konulduğunda, tedavi sırasında ve özel gereksinimlerinin karşılanmasında her zaman yanındadır⁸⁴. Yorgunluk, dispne kanser hastalarının en sık olarak yaşadıkları semptomlardır^{92,93}. Bu durumda hemşirelerin yorgunluğa yönelik girişimleri bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal aktivitelerinin dengeli şekilde devamını sağlamaya ve öz bakım gücünü arttırmaya yönelik olmalıdır⁹². Güvenli ve destekleyici bir ortamda hastaya korkularını açıklama olanağı sağlama, hastanın ve ailenin olumsuz duygularını ve algılamalarını belirleme, hastaların yaşadıkları sıkıntıyı tanımlamalarına yardımcı olma gibi birçok hemşirelik yaklaşımı dispne nedeni ile hasta ve ailesinin yaşadığı rahatsızlığın yönetiminde etkili olan girişimlerdir⁹³.

Süreçlerin daha sağlıklı geçirilmesinin sağlanabilmesi için hasta ailesinin de tanı ve tedavi sürecine katılması kanser hastalığı için temeldir¹¹. Bu nedenle hemşireler kanserli hastaların ve ailelerin fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesi için, hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmak ve işbirliği yapmak ve psikososyal destek sağlamak⁹⁴, yeni tanı konulduğu dönemde hastalığa, tanıya ve tedaviye uyum

sağlama konularında hastalara yardım etmek, hastaya ve aileye her türlü konuda sürekli danışmanlık yapmak, hastaların ekonomik sıkıntı yaşamaları nedeni ile maddi yardım alabilecekleri kuruluşlara yönlendirmek, hastalığa ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik gereksinimlerin saptanması ve karşılanması, semptomlarla baş etme konusunda eğitim verme sorumluluğu taşımaktadır⁹¹. Ayrıca hastalık ve tedavideki gelişmeler, yeni tedavi yöntemleri hakkında hastayı ve ailesini bilgilendirmek⁹⁰, hastanın bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi ve aile merkezli çalışılması, hastalara hastalıkla baş etmelerinde yardımcı olabilmek için, ayaktan kemoterapi ünitesinde çalışan hemşirelerin destek grupları oluşturmaları, hastanın ve ailenin psikolojik iyilik durumunu artırmak için, destek grup terapilerine katılımlarının desteklenmesi ve psikiyatri bölümünden danışmanlık alınması⁹¹, hastaların bağımsızlıklarını geliştirmek için diğer disiplinlerle işbirliği yapılması, eğitime ve gönüllü kuruluşlara yönlendirmesi önemlidir. Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından meme kanserli hastalara verilen bireysel danışmanlık hizmetinin hastaların anksiyete ve depresyonu azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir⁹⁵. Terminal dönemde olan AIDS ve kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada da, spiritüel gereksinim ifade eden ve dinsel uygulamalarını düzenli yerine getiren bireylerde, daha az depresyon semptomları görüldüğü bildirilmiştir⁹⁶. Bu nedenle hemşireler bireylerin manevi gereksinimlerini değerlendirebilmek için yeterli bilgi sahibi olmalı ve hastalara yardım edebilmelidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde Ocak-Nisan 2011 tarihleri arasında yapıldı ve Şubat 2014 tarihinde tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesinde belirtilen tarihlerde ayaktan kemoterapi almak için gelen 140 hasta oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş olup aşağıdaki araştırma kapsamına dahil olma kriterlerini karşılayan 130 hasta birey araştırma kapsamına alındı.

- En az üç aydır kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisine başlamış olma,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- İletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada, kanser hastalarının depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri **bağımlı**, sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, yerleşim yeri vb) ve hastalığa ait özellikler (hastalık tanısı, hastalık süresi, kemoterapi süresi, kemoterapi hakkında eğitim alma durumu, ek bir hastalığın bulunması v.b) **bağımsız** değişkenleri oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkları hakkında genel bilgiyi içeren tanımlayıcı soru formu (Ek-I), Beck Depresyon Envanteri (Ek- II) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği KF 36 (Ek-III) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Soru Formu: Hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren dokuz (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, yerleşim yeri, çocuk sayısı, gelir durumu) ve hastalığa ait bilgileri içeren sekiz soru olmak üzere (hastalık tanısı, hastalığın süresi, kemoterapi süresi, kemoterapi ile ilgili eğitim alma durumu, kanser dışında hastalık olup olmadığı, sigara kullanma durumu, aileden destek alıp almadığı, metastaz olup olmadığı) toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir⁹⁷. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında kullanılabilir. Beck ve arkadaşları⁹⁸ tarafından 1961 yılında geliştirilmiş BDE'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli⁹⁹ tarafından 1989 yılında yapılmıştır. BDE kesme noktası

17 ve üzeri alındığında tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukta ayırt edebildiği belirlenmiştir⁹⁷.

Ölçek Likert tipi ölçüm sağlayan 21 adet kendini değerlendirme cümle içermektedir. Her madde 0-3 arasında puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir^{97,99,100}. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80, bu çalışmada ise 0.85 olarak bulundu.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (KF-36): Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt (hastalığa özgü olmayan) özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan KF-36 Ware ve Sherbourne¹⁰¹ tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve ark.¹⁰² tarafından 1999 yılında yapılmıştır. KF-36 bir öz-bildirim ölçeğidir ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı), mental sağlık, yaşamsallık (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir¹⁰³. Ölçekte yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan verilmekte ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Sıfır puan kötü sağlığı, 100 puan iyi sağlık durumunu göstermektedir¹⁰¹⁻¹⁰³.

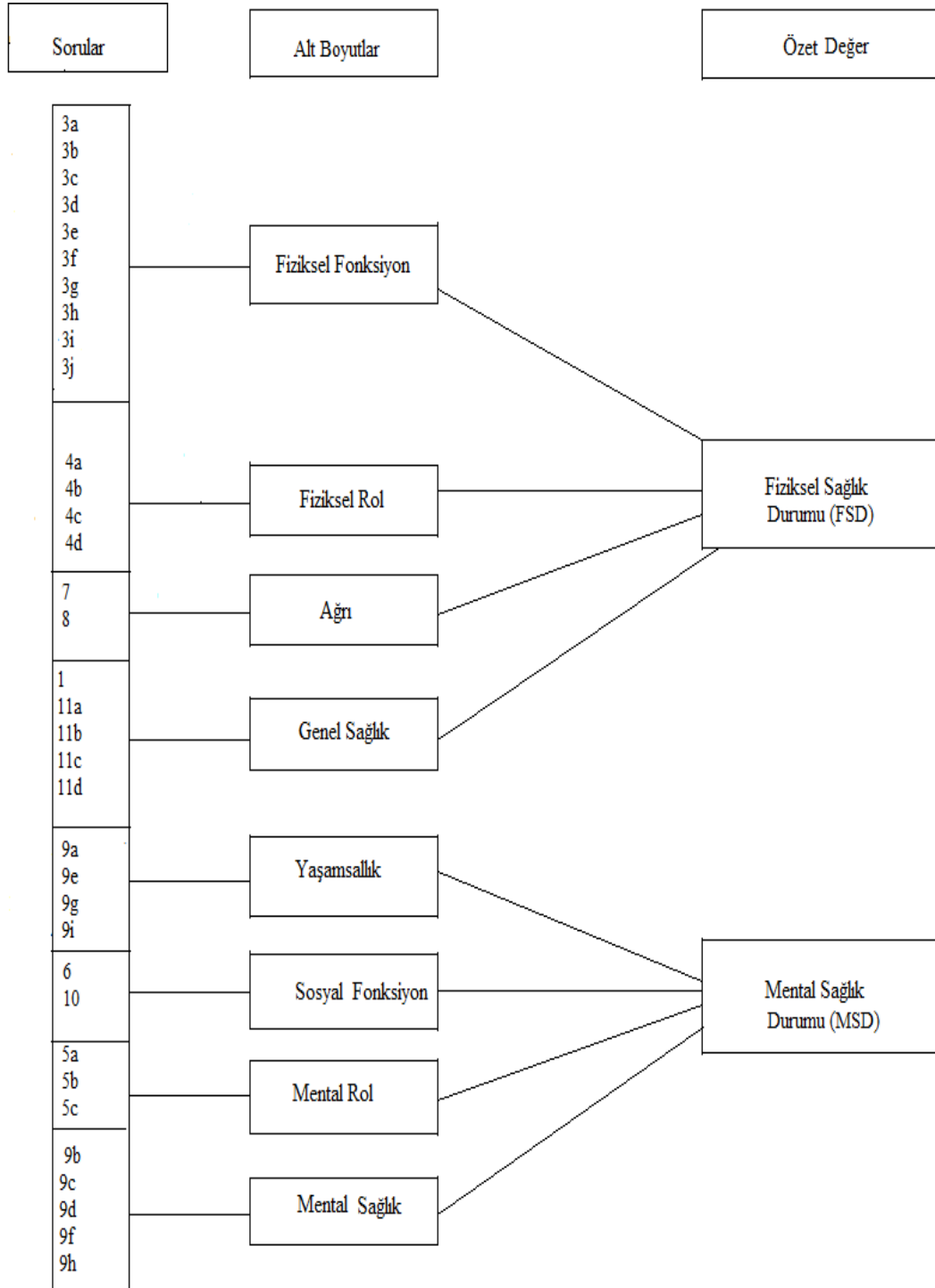
KF-36'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında her bir alt boyutun Cronbach alfa katsayıları; fiziksel fonksiyon 0.75, fiziksel rol kısıtlaması 0.75, ağrı 0.76, genel sağlık algısı 0.75, yaşamsallık 0.73, sosyal fonksiyon 0.75, mental rol kısıtlaması 0.76, mental sağlık 0.76 olduğu bildirilmiştir¹⁰². Bu çalışmada ise KF-36 her bir alt boyut için Cronbach alfa katsayısı fiziksel fonksiyon 0.90, fiziksel rol

kısıtlaması 0.70, ağrı 0.92, genel sağlık algısı 0.81, yaşamsallık 0.83, sosyal fonksiyon 0.91, mental rol kısıtlaması 0.67, mental sağlık (mental fonksiyon) 0.81 olarak saptandı. Fiziksel sağlık için Cronbach alfa değeri 0.86, mental sağlık için 0.85 olarak belirlendi.

Bu çalışmada yaşam kalitesi göstergesi olarak sekiz alt bileşenden yola çıkarak hesaplanan fiziksel ve mental sağlık özet değerler kullanıldı. KF-36 Ölçeğinin alt boyutlarını içeren soruların ağırlıklı skorları toplanarak Fiziksel Sağlık Özet Değeri (FSD) ve Mental Sağlık Özet Değeri (MSD) elde edilmiştir (Şekil 2 ve 3)^{104,105}. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Alt bileşen skorların hesaplanması,
2. Alt bileşenlerin Z skor standardizasyonu,
3. Alt bileşenlerin ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet skorların elde edilmesi (EK IV' de)^{106,107} gösterilmiştir.

Fiziksel sağlık özet değerinde elde edilmesinde fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve ağrı ağırlıklı iken, mental sağlık özet skorun elde edilmesinde mental rol ve mental sağlık ağırlıktadır. Genel sağlık algısı, yaşamsallık ve sosyal fonksiyon her iki özet skora benzer katkı sağlamaktadır^{104,105}.



Şekil 2. KF-36 soruları, Alt boyut ve özet değerler¹⁰⁴⁻¹⁰⁷

Şekil 3. KF-36 Alt Boyutları

	Soru sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon (FF)	10	Yıkanma ve giyim dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
Fiziksel Rol (FR)	4	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Ağrı (A)	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı (GSA)	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötü gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık (Y)	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal Fonksiyon (SF)	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol (MR)	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Mental Fonksiyon (MF)	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

101,103-105

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ocak- Nisan 2011 tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Formların doldurulması ortalama olarak 30-35 dakikada tamamlandı.

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzdelik, ortalama; bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile KF-36 ve BDE puan ortalamalarını karşılaştırmada Kruskal Wallis Varyans Analizi, bağımsız gruplarda t testi ve Mann-Whitney U testi, ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 15.0 kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin ve Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik kurulundan etik onay alındı (Ek IV, Ek V). Araştırma kriterlerini karşılayan kanserli bireylere çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklanarak, bu araştırmaya katılmalarında istekli olup olmadıkları soruldu ve sözlü izinleri alınarak gönüllü olanlar çalışmaya dahil edildi. Ayrıca çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilerek özerklik ilkesine, bilgilerin bu araştırma dışında kullanılmayacağı belirtilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada iki sınırlılık mevcuttur. Birinci sınırlılığı araştırmaya katılan bireylerin depresyonu sadece Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirilmiş ve bir uzman değerlendirilmesi yapılmamıştır. İkinci sınırlılık, araştırmanın sadece bir hastanenin kemoterapi ünitesinde yapılmış olmasıdır. Bu araştırma sonuçları bu çalışma grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo-1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=130)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
44 yaş ve altı	19	14.6
45-59 yaş	50	38.5
60 yaş ve üzeri	61	46.9
Cinsiyet		
Kadın	72	55.4
Erkek	58	44.6
Medeni durum		
Evli	105	80.8
Dul	22	16.9
Bekar	3	2.3
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	46	35.4
Okuryazar/ İlkokul	73	56.2
Ortaokul/ Lise	8	6.1
Üniversite	3	2.3
Çalışma durumu		
Çalışan	36	27.7
Çalışmayan	94	72.3
Aile tipi		
Çekirdek aile	79	60.8
Geniş aile	51	39.2
Yerleşim yeri		
İl	42	32.3
İlçe	23	17.7
Köy- Belde	65	50.0
Çocuk sayısı		
Yok	5	3.9
1-3 çocuk	28	21.5
4-6 çocuk	62	47.7
7 ve üzeri	35	26.9
Gelir düzeyi*		
Gelir giderden az	118	90.8
Gelir giderden fazla	12	9.2

*Geliri giderine eşit olduğunu ifade eden hasta olmadığından gelir durumu iki grup olarak değerlendirildi.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 46.9 'u 60 yaş ve üzeri, % 55.4'ü kadın, % 80.8'i evli, % 56.2'si okuryazar/ ilköğretim mezunu, % 72.3'ü çalışmıyor, % 60.8'i çekirdek aile yapısına sahip, % 50'si köy-belde de yaşamakta, % 47.7'si 4-6 çocuğa sahip, % 90.8'inin gelirinin giderden az (Tablo 1) ve yaş ortalamasının 56.8± 11.12 olduğu ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır

Tablo- 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=130)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Hastalık tanısı		
Sindirim Sistemi Kanseri*	32	24.6
Solunum Sistemi Kanseri**	46	35.4
Üreme Sistemi Kanseri***	12	9.2
Diğer****	40	30.8
Hastalık süresi		
3 ay-12 ay	77	59.2
12 ay üzeri	53	40.8
Kemoterapi süresi		
6 ay ve altı	57	43.8
7 ay ve üzeri	73	56.2
Kemoterapi eğitimi alma durumu		
Evet	13	10.0
Hayır	117	90.0
Ek hastalık		
Var	44	33.8
Yok	86	66.2
Sigara kullanma durumu		
Evet	6	4.6
Hayır	124	95.4
Aile üyelerinden destek alma durumu		
Evet	90	69.2
Hayır	40	30.8
Metastaz olma durumu		
Var	27	20.8
Yok	103	79.2

* Mide kanseri, kolon kanseri, pankreas kanseri, özefagus kanseri, safra kesesi kanseri

** Akciğer kanseri, larenks kanseri

***Prostat kanseri, rahim kanseri, testis kanseri, over kanseri

**** Meme kanseri, yumuşak doku kanseri, hodgkin lenfoma, cilt kanseri

Hastaların % 35.4'ünün solunum sistemi kanseri, % 59.2'sinin hastalık süresinin 3-12 ay olduğu, % 56.2'sinin 7 ay ve üzeri bir süredir kemoterapi tedavisi aldığı, % 90'ının kemoterapi eğitimi almadığı, % 66.2'sinin ek bir hastalığının olmadığı, % 95.4'ünün sigara kullanmadığı, % 69.2'sinin aile üyelerinden destek aldığı, % 79.2'sinde metastaz olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Depresyon Durumu ve Puan Ortalamaları (n=130)

Depresyon	Sayı	Yüzde (%)	Ort±SS*
Var (17 ve ↑)	108	83.1	31.23±8.49
Yok (17 ↓)	22	16.9	12.50±2.55
Toplam	130	100.0	28.06±10.51

*SS: Standart sapma

BDE kesme noktasına göre hastaların % 83.1' inde depresyon olup, puan ortalamasının 31.23±8.49 olduğu, % 16.9'unda depresyon olmadığı ve toplamında depresyon puan ortalamasının 28.06±10.51 olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo-4 Hastaların KF -36 Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=130)

KF-36	Ort ± SS
Fiziksel Fonksiyon (FF)	26.11±22.44
Fiziksel Rol (FR)	27.30±29.76
Ağrı (A)	33.62±25.31
Genel Sağlık Algısı (GSA)	33.92±23.11
Yaşamsallık (Y)	31.00±18.52
Sosyal Fonksiyon (SF)	32.59±28.46
Mental Rol (MR)	35.38±36.12
Mental Fonksiyon (MF)	43.96±19.91

Hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon puan ortalaması; 26.11±22.44, fiziksel rol; 27.30±29.76, ağrı; 33.62±25.31, genel sağlık algısı; 33.92±23.11, yaşamsallık; 31.00±18.52, sosyal fonksiyon; 32.59±28.46, mental rol; 35.38±36.12, mental fonksiyon; 43.96±19.91 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo-5. Hastaların KF-36 Özet Değerlere Göre Puan Ortalamaları (n=130)

KF-36	Ort ± SS	En Düşük Değer	En Yüksek Değer	Alınabilecek Min-Max Değerler
Fiziksel sağlık	35.98 ± 8.40	18.54	58.76	0-100
Mental sağlık	29.41 ± 7.58	17.39	52.04	0-100

Hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (sırası ile 35.98±8.40, 29.41±7.58) (Tablo 5).

Tablo- 6. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KF-36 Özet Değerleri ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Tanımcı Özellikler	FSD Ort ± SS	MSD Ort ± SS	BDE Ort ± SS
Yaş			
44 yaş ve altı	41.08±8.44	36.14±9.03	23.42±10.98
45-59 yaş	38.01±7.98	29.66±6.97	26.12±10.46
60 yaş ve üzeri	32.73±7.48	27.10±6.29	31.09±9.63
KW	17.402	17.272	9.781
P	0.000*	0.000*	0.008**
Cinsiyet			
Kadın	36.65±8.45	29.48±8.20	27.11±10.51
Erkek	35.14±8.33	29.31±6.79	29.25±10.45
t	1.020	0.127	-1.166
P	0.310***	0.899***	0.246***
Medeni durum			
Evli	37.01±8.50	30.62±7.73	26.55±10.12
Bekar/Dul	31.67±6.50	24.30±3.98	34.40±9.92
MW-U	824.000	605.000	738.500
P	0.004**	0.000*	0.001**
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil	35.21±9.05	27.73±7.36	28.76±10.53
Okur-yazar/İlkokul	35.92±7.59	30.10±7.62	28.31±10.60
Ortaokul/Lise	35.95±8.91	30.52±5.37	27.62±7.28
Üniversite	49.37±8.54	35.40±12.27	12.33±4.04
KW	5.281	4.522	6.902
P	0.152***	0.210***	0.075***

*p<0.001, **p<0.01, ***p>0.05

Tablo- 6 devamı

Tanıtcı Özellikler	FSD Ort ± SS	MSD Ort ± SS	BDE Ort ± SS
Çalışma durumu			
Çalışan	37.09±9.65	30.51±7.27	28.63±10.62
Çalışmayan	35.55±7.88	28.98±7.69	27.84±10.52
t	0.146	0.843	0.997
P	0.352****	0.306****	0.700****
Aile tipi			
Çekirdek Aile	37.96±8.45	31.13±7.93	26.27±10.90
Geniş Aile	32.91±7.24	26.75±6.18	30.84±9.29
t	3.619	3.522	-2.470
P	0.000*	0.001**	0.015***
Yerleşim yeri			
İl	37.41±8.69	31.12±8.06	25.59±9.14
İlçe	36.61±7.75	29.24±8.02	26.73±12.02
Köy-Belde	34.83±8.39	28.36±7.00	30.13±10.49
KW	3.092	3.405	5.322
P	0.213****	0.182****	0.070****
Çocuk sayısı			
Yok	39.03±4.99	25.60±4.31	31.40±8.08
1-3 çocuk	37.53±8.39	32.69±9.28	22.00±10.17
4-6 çocuk	36.47±8.78	29.17±7.28	29.17±9.61
7 ve üzeri	33.43±7.74	27.75±6.19	30.45±11.11
KW	4.653	5.656	11.696
P	0.199****	0.130****	0.009**
Gelir düzeyi			
Gelir- giderden az	35.39±8.18	28.79±7.35	28.88±10.46
Gelir- giderden fazla	41.79±8.64	35.45±7.43	20.00±7.07
MW-U	422.000	347.000	355.000
P	0.021***	0.004**	0.005**

*p<0.001, **p<0.01, ***p<0.05, ****p>0.05

Yaş arttıkça fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması önemli düzeyde azalırken (p<0.001), depresyon puan ortalaması ise önemli düzeyde arttığı (p<0.01) belirlenmiştir (Tablo 6).

Cinsiyetin, fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi ve depresyon puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 6).

Evli hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları bekar/dul hastalara göre, depresyon puan ortalamasının ise bekar/dul hastalarda evli hastalara göre daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.001$) (Tablo 6).

Eğitim ve çalışma durumunun yaşam kalitesi alanları ve depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları geniş aile yapısına sahip olan hastalardan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek ($p<0.001$, $p<0.01$) depresyon puan ortalamasının ise önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).

Yerleşim yerinin yaşam kalitesinin hiçbir alanında önemli bir etkiye sahip olmadığı, depresyon puan ortalamasının ise köy-beldede ikamet edenlerde daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çocuk sayısının yaşam kalitesi alanları puan ortalamasını istatistiksel olarak önemli düzeyde etkilemediği ($p>0.05$), depresyon puan ortalamasının ise çocuğu olmayanlarda ve üçten fazla çocuğa sahip olanlarda önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 6).

Geliri-giderinden fazla olan hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının gelir-giderden az olan hastalara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek ($p<0.05$, $p<0.01$), depresyon puan ortalamalarının ise önemli düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 6).

Tablo- 7. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre KF-36 Özet Değerleri ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Tanıttıcı Özellikler	FSD Ort ± SS	MSD Ort ± SS	BDE Ort ± SS
Hastalık tanısı			
Sindirim Sis. Kanserleri	34.04±8.46	29.34±6.94	28.28±7.76
Solunum Sis. Kanserleri	36.67±8.15	28.52±5.80	28.32±10.62
Üreme Sis. Kanserleri	33.16±6.88	26.55±9.12	34.08±10.92
Diğer kanserler	37.58±8.82	31.33±9.06	25.77±11.71
KW	4.791	5.573	5.76
P	0.188***	0.134***	0.128***
Hastalık süresi			
3 ay- 12 ay	36.49±8.38	30.57±8.16	26.15±9.93
12 ay üzeri	35.25±8.45	27.72±6.35	30.83±10.81
t	0.827	2.132	-2.543
P	0.410***	0.035**	0.012**
Kemoterapi süresi			
6 ay ve altı	37.53±8.55	30.08±7.29	26.57±9.87
7 ay ve üzeri	37.77±8.13	28.88±7.80	29.23±10.91
t	1.873	0.900	-1.443
P	0.063***	0.370***	0.151***
Kemoterapi eğitimi alma durumu			
Evet	39.58±7.71	31.40±9.13	23.30±11.85
Hayır	35.58±8.41	29.19±7.40	28.59±10.26
MW-U	576.000	667.000	544.500
P	0.152***	0.468***	0.094***
Ek hastalık			
Var	33.47±8.26	26.89±7.21	31.31±11.14
Yok	37.27±8.22	30.70±7.47	26.40±9.81
t	-2.487	-2.780	2.455
P	0.014**	0.006*	0.016**
Sigara içme durumu			
Evet	39.69±9.28	31.68±9.61	28.16±15.30
Hayır	35.80±8.35	29.30±7.50	28.05±10.31
MW-U	276.000	308.000	365.000
P	0.287***	0.478***	0.938***
Aile üyelerinden destek alma durumu			
Evet	35.84±8.42	28.88±7.16	28.58±10.58
Hayır	36.29±8.45	30.60±8.43	26.90±10.35
t	-0.282	-1.120	0.839
P	0.778***	0.267***	0.403***
Metastaz olma durumu			
Var	34.97±8.58	27.48±6.65	32.70±10.88
Yok	36.24±8.37	29.91±7.75	26.84±10.12
MW-U	1294.000	1125.000	956.000
P	0.580***	0.128***	0.013**

*p<0.01, **p<0.05, ***p>0.05

Hastalık süresinin 12 ay üzeri olmasının mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını önemli düzeyde düşürdüğü ve depresyon puan ortalamasını ise önemli düzeyde artırdığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca ek hastalığa sahip olma durumu fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını önemli düzeyde düşürdüğü, BDE puan ortalamasını ise önemli düzeyde artırdığı, metastaz varlığının da BDE puan ortalamasını artırdığı belirlenmiştir ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 7).

Hastalık süresi fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını, hastalık tanısı, kemoterapi süresi, kemoterapi eğitimi alma durumu, sigara içme durumu, aile üyelerinden destek alma durumu ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi ve depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde etkilemediği, metastaz olma durumunun ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarını önemli düzeyde etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo- 8. KF -36 ile BDE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=130)

KF -36	BDE	P
FSD	r: -0.592	0.000*
MSD	r: -0.585	0.000*

* $p<0.001$

KF-36 ile BDE puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizine göre incelendiğinde; FSD ve MSD ile BDE puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Depresyon kanserli hastalarda daha fazla dikkate alınması gereken psikiyatrik bir bozukluk olup, çeşitli sorunlara yol açan nedenler arasında yer almaktadır⁶⁰. Bu çalışma sonucuna göre hastaların % 83.1'inde (31.23±8.49) depresyon olduğu ve toplamında BDE puan ortalamasının 28.06±10.51 olduğu saptanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada⁸⁹ depresyon puan ortalaması 12.4±9.9, diğer bir çalışmada 11.34±7.92⁶¹, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ise puan ortalaması 8.7 ve hastaların % 57'sinde depresyon riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir¹⁰⁸. BDE kullanılarak meme kanserli hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise bireylerin % 24,9'unda ortadan ciddiye doğru gidilen bir depresyon yaşandığı bildirilmiştir¹⁰⁹. Kanserli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda majör depresyon yaygınlığının sırası ile %11.3⁶⁴ ve % 22⁶⁵, DSM III-R kriterlerine göre % 49 iken, Endicott kriterlerine göre % 29 olduğu bildirilmiştir¹¹⁰.

Bu çalışmada yaş ilerledikçe bireylerin BDE puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yan ve Sellick'in yaptığı çalışmada 70 yaş ve üzerindeki hastaların kanser semptomlarından 40 yaş ve altı hastalara göre daha fazla etkilendikleri ancak depresyonu daha az yaşadıkları¹¹¹, Güren ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada da 65 yaş üstü hastalarda depresyon puanının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı¹¹² ve kanserli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda yaşın depresyon üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir^{65,89,110,113}. Özkan ve arkadaşlarının meme ve gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yaptığı çalışmada ise 41-55 yaş arasında olan kadınlarda, 56 yaş ve üstünde olan kadınlara göre depresyon puan ortalamalarının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir¹¹⁴. Çalışmalarda farklı sonuçların bulunması, kanserli hastalarda depresyonda yaş faktörünün her zaman belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Erkek hastalarda BDE puan ortalamasının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da cinsiyetin depresyon puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı^{65,108,110,113,115-117}, diğer bir çalışmada ise erkek hastaların depresyon puan ortalamasının kadın hastalara göre önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir⁶⁴.

Evli olan hastaların bekar/dul olan hastalara göre BDE puan ortalamasının önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da¹¹⁶ evli hastaların bekar, dul/boşanmış olan hastalara göre daha düşük depresyon puanına sahip olduğu, ancak gruplar arasında farkın olmadığı, yapılan bir çok çalışmada^{65,108,113-115} medeni durumun depresyon üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda medeni durumun her zaman depresyonu etkileyen bir faktör olmadığı, ancak evli olmanın paylaşım ve destek yönüyle depresyonda koruyucu rol oynadığı söylenebilir.

Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların BDE puan ortalamalarının düşük olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu ile bazı çalışma bulguları^{65,108,113-116} benzer olmakla birlikte diğer bir çalışmada¹¹⁹ eğitim düzeyi arttıkça depresyon puan ortalamasının önemli düzeyde azaldığı bildirilmiştir. Artan eğitim düzeyinin yaşam zorlukları ile baş çıkmada bilişsel yeterliliği olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Hastaların çalışma durumlarının BDE puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da^{65,89,114} mesleğin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemediği, başka bir çalışmada ise memurların en düşük depresyon puanına sahip olduğu ve bu düşüklüğün istatistiksel olarak önemli olduğu bildirilmiştir¹¹⁶.

Geniş aile tipine sahip hastalarda BDE puan ortalaması çekirdek aile tipine sahip hastalara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer bir çalışma da istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiş olsa da geniş aileye sahip hastaların depresyon puan ortalamasının çekirdek aileye sahip hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir¹¹⁹. Bu durumun geniş aileye sahip hastalarda, gelirin daha fazla kişi tarafından paylaşılmasının, aile içindeki bireylerin gereksinimlerini karşılamada ve hayata dair hedefleri gerçekleştirmedeki zorlukların bireyleri depresyona yatkın kılması ile açıklanabilir.

İl merkezinde yaşayan hastaların ilçe, köy/beldede yaşayan hastalara göre BDE puan ortalamasının daha düşük olduğu, ancak istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da^{65,116} yaşanılan yerin depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde etkilemediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada çocuğu olmayan ve üçten fazla çocuğa sahip olan hastaların, 1-3 çocuğa sahip olan hastalara göre BDE puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Beşer ve Öz'ün¹⁰ 2003 yılında yaptığı çalışmada 1-3 çocuğu olan hastaların kemoterapi sonrasında depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu, diğer bir çalışmada¹¹⁹ ise çocuk sayısının depresyon üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı bildirilmiştir. Araştırmada bu sonuca ulaşılması, çocuğu olmayanlarda paylaşımın daha az olması, destek sisteminin yetersizliği ile açıklanabilir. Ayrıca çocuk sayısı fazla olan ailede gelirin daha fazla kişi arasında paylaşılması, aile reisinin çocuklarının ve diğer aile fertlerinin ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olamaması ve bunun sonucu olarak da ruhsal durumun olumsuz etkilenmesi ile de açıklanabilir.

Düşük gelire sahip olma depresyonda yaygın bir risk faktörü olarak bildirilmiştir¹⁰⁹. Bu çalışmada da geliri giderinden az olan hastaların BDE puan ortalaması geliri giderinden fazla olan hastalara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda^{113,115} ise gelir düzeyinin depresyon üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar gelir düzeyinin

depresyonda her zaman etkin olmadığını göstermiş olsa da düşük gelir düzeyinin depresyon gelişiminde etkili faktörlerden biri olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada sistemlere göre kanserin depresyona etkisine baktığımızda farklı sistemlerde kanserin olmasının BDE puan ortalamasında önemli bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu Kutlu ve arkadaşlarının çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir⁸⁹. Ayrıca kanserli hastalarla yapılan diğer bir çalışmada hastalığın etkilediği organ ve sistemle yaşanan duygular arasındaki önemli bir ilişki olmadığı bildirilmiştir⁵⁴.

Hastanın kansere karşı geliştirdiği duygusal ve davranışsal tepkilerde etken olan değişkenlerden birisi de hastalık süresidir¹²⁰. Bu çalışmada hastalık süresinin 12 ay üzeri olan hastaların 3-12 ay olan hastalara göre BDE puan ortalaması önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda^{65,113,119} hastalık süresinin depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde etkilemediği bazı çalışmalarda^{114,121} hastalık süresi uzadıkça depresyon puan ortalamasının önemli düzeyde düştüğü, diğer bir çalışmada⁶⁴ ise hastalık süresi uzadıkça depresyon ve anksiyetenin arttığı bildirilmiştir. Hastalık süresi, kemoterapi ve neden olduğu yan etkiler bireylerin ruhsal durumunu olumsuz etkileyebilir. Bu farklı sonuçlarda hastaların sosyo-ekonomik, kültürel özellikleri, destek kaynakları, hayata bakışları, hastalığı kabullenme, tedaviye inanma ve tedaviden beklentileri gibi farklı olabilecek birçok özelliklerinden dolayı hastalıktan etkilenme durumları da farklılık gösterebilir.

Bu çalışmada kemoterapi süresinin BDE puan ortalamasının önemli düzeyde etkilemediği belirlenmiştir. Arslan ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı bir çalışmada da¹¹⁶ tedavi süresinin depresyon puan ortalamasının önemli düzeyde etkilemediği bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada¹⁰ kemoterapi öncesine göre anksiyete ve depresyon düzeyinin 3. kür kemoterapi sonrası yükseldiği ve puan farkının yalnızca anksiyete de etkili olduğu, diğer bir çalışmada ise¹¹⁹ kür sayısının, depresyon puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir.

Kemoterapi konusunda eğitim alanlarda, almayanlara göre BDE puan ortalaması daha düşük bulunmuş ancak istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç, kemoterapi hakkında bilgi alınması halinde hastaların günlük yaşantılarına devam edebileceğini bilmesi, kemoterapinin yan etkilerinin neler olacağı hakkında bilgiye sahip olması ve yan etkileri görüldüğü zaman nasıl bir yol izlemeleri gerektiğini öğrenmiş ve bilinmezlik anksiyetesini azaltmış tedaviye uyumu artırmış olmalarından kaynaklanabilir. Kemoterapi alan kanserli hastalara verilen eğitim sonrasında kemoterapi semptomlarının daha az görülmesi¹²² de bu sonucu destekler özelliğindedir.

Bu çalışmada ek hastalığı olan hastaların BDE puan ortalamasının olmayanlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanserli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda ise kansere eşlik eden başka bir hastalık olma durumunun depresyon puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir^{65,123}. Bu farklı sonuçlarda hastaların sahip oldukları ek hastalığın özelliğinin ve bu hastalığa uyum sağlama düzeylerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sigara içme durumunun BDE puan ortalaması üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da sigara kullanma durumunun depresyonu etkilemediği^{89,115}, başka bir çalışmada ise sigara içmenin depresyon belirtileri ile pozitif olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir¹²⁴.

Sosyal destek, ekonomik olanaklar, iş ortamı, diğer sosyal ortamları ve benzeri unsurları da kapsamakla birlikte, kanserli hastanın en güçlü sosyal desteği yakınlarının desteğidir¹²⁵. Kanserli hastalarda duygusal destek azlığının depresyon oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir⁶⁹. Bu çalışmada aile desteği alma durumunun BDE puan ortalamasını önemli düzeyde etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup^{65,114,123} elde edilen bu sonuçta aile desteğinin kimden ve ne düzeyde alındığının etkili olabileceği düşünülmektedir.

BDE puan ortalaması metastaz olanlarda olmayanlara göre önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada tümör sınıflamasının anksiyete ve depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde etkilediği ve en yüksek puana bölgesel evrede tümörü olan hastaların sahip olduğu belirlenmiştir¹¹⁴. Yapılan diğer bir çalışmada ise metastaz durumunun depresyon puanı üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı bildirilmiştir⁶⁵. Prostat kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada kanser evresi ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir¹²⁶. Kanser metastaz olsun olmasın insan yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Bu farklı sonuçlarda da kanser tanısı konulduğu andan itibaren bireylerin birçok olumsuz duyguyu yoğun bir şekilde bir arada yaşamaları ve bu olumsuzluklarla baş edebilme durumlarına göre metastaz olmasa da depresyon belirtileri yaşamış olmaları ile açıklanabilir.

Kanser, hem hastalığın kendisi hem de uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisi nedeniyle, hastaların yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorunu yaşamalarına ve yaşam kalitesinin önemli derecede bozulmasına neden olan bir sağlık problemidir^{127,128}. Bu çalışmada da hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4, Tablo 5). Kanserli hastalarla aynı ölçek kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada fiziksel rol alt boyutu dışında yaşam kalitesi tüm alanlarında bu çalışma sonucuna göre daha iyi bir yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır¹²⁹. Bu farklı sonuçlarda hastaların bireysel özelliklerinin yanı sıra, hastalığa ait birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada yaş arttıkça FSD ve MSD puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Pınar ve arkadaşlarının jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş arttıkça genel iyilik halinin³⁵ ve Egelioglu'nun kemoterapi alan kanserli hastalarla yaptığı çalışmada yaş arttıkça fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının önemli düzeyde düştüğü bildirilmiştir¹³⁰. Diğer bir çalışmada da yaşam kalitesi ile yaş arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir¹³¹. Kanserli hastalarla yapılan diğer

çalışmalarda ise yaşın yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak önemli bir etkiye sahip olmadığı bildirilmiştir.^{76,132,133} Bu sonuçlar farklı sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerden kaynaklanmış olabilir. Bu çalışma sonuçlarında genç gruptaki hastaların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının daha iyi olması, yeni koşullara uyum sağlayabilmeleri, aile ve iş yaşantılarının belli bir düzende olmaları, boş zamanlarını daha iyi değerlendirebilmelerinden ve genel işlevsellik düzeylerinin daha iyi olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada cinsiyetin FSD ve MSD puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.^{131,133-137} Yapılan bir çalışmada ameliyat geçirmemiş erkek hastalarda yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ameliyat geçiren hastalarda ise cinsiyetin yaşam kalitesi toplam puanı ortalaması üzerinde anlamlı düzeyde bir etki oluşturmadığı bildirilmiştir.⁷⁶ Yapılan diğer bir çalışmada¹³⁰ kadınların yaşam kalitesi puan ortalamasının erkeklere göre, başka bir çalışmada¹²⁸ ise erkeklerin yaşam kalitesi puan ortalamasının kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu farklı sonuçlar bize cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde her zaman belirleyici bir faktör olmadığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada evlilerin FSD ve MSD puan ortalamalarının bekar/dul olanlara göre daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin önemli bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da evlilerin daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir.^{35,133,134,138} Ardahan ve Temel'in¹³² çalışmasında ise bekarların, evli ve dul olan hastalara göre önemli düzeyde daha iyi yaşam kalitesine, diğer bir çalışmada da¹³⁹ istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiş olsa da bekar ve dul olanların evlilere göre daha iyi yaşam kalitesi puanına sahip olduğu bildirilmiştir. Bu farklı sonuçlar medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde her zaman önemli bir etken olmadığını, bu durumun üzerinde de farklı sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim seviyesi arttıka FSD ve MSD puan ortalamalarının arttığı ancak bu artışın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Kanseri hastalarla yapılan bazı çalışmalarda da^{128,134,139} eğitim seviyesinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir¹¹⁶. Ayrıca yapılan çalışmaların bazılarında eğitim düzeyi arttıka yaşam kalitesi tüm alanlarında^{133,136}, bazılarında yaşam kalitesi toplam ve bazı alt alanlarda^{131,135}, bir çalışmada ise¹³⁸ yaşam kalitesi genel iyilik hali puan ortalamalarının önemli düzeyde arttığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiş olsa da bireyin eğitim düzeyi arttıka bilinçliliğinin artması, sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olması, hayata bakışı, algılayışı, imkanlarının değişmesi ve iyileşmesi, iş olanaklarının artması, emeklilik ve bazı sosyal haklara sahip olması gibi bir çok yönde iyileşmenin olacağı bilinmektedir. Bu farklı sonuçlarda sosyo-ekonomik, kültürel ve zaman faktörlerinin yanı sıra çalışmalarda sorgulanmayan birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların çalışma durumlarının FSD ve MSD puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir. Kanseri hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da çalışma ve sahip olunan meslek durumunun yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı bildirilmiştir^{116,135,136,139}.

Fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının çekirdek aileye sahip hastalarda geniş aileye sahip hastalara göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç Ardahan ve Temel'in¹³² 2006 yılında yaptığı çalışma sonucu ile benzerdir. Yapılan başka bir çalışmada da yaşam kalitesi puan ortalamasının önemli düzeyde olmasa da çekirdek aile yapısına sahip hastalarda parçalanmış/ geniş aile yapısına sahip hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir¹³⁹. Yaşam kalitesinin çekirdek aileye sahip hastalarda yüksek bulunması, eş ve çocuk desteğinin daha iyi hissedilmiş olması, aile gelirinin daha az kişi tarafından paylaşılmış olması ihtimaline paralel olarak ekonomik sıkıntılarının daha az düzeyde yaşanması ile

açıklanabilir.

Bu çalışmada yerleşim yeri ile FSD ve MSD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmemiş olsa da il merkezinde yaşayanların yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da yerleşim yerinin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı^{135,137,139} diğer bir çalışmada ise ilde yaşamın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir¹³⁶. Bu sonuçta il merkezi dışında yaşam koşullarının daha zor olması, sağlık hizmetleri ve diğer kurum hizmetlerine ulaşımın zor olması, alışveriş yapılacak yerlerin uzak olmasının yanında sosyo-ekonomik, kültürel faktörlerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çocuk sayısının FSD ve MSD puan ortalamalarını önemli düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada da çocuk sayısının yaşam kalitesinin bazı alt gruplarını önemli düzeyde etkilemediği bildirilmiştir¹³⁶.

Gelir düzeyi sağlığı, refahı ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmada FSD ve MSD puan ortalaması geliri giderden fazla olan hastaların geliri giderinden düşük olan hastalara göre önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada¹³⁴, ekonomik durumları iyi olan hastaların çevresel ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta ve kötü düzeyde olan hastalara göre, başka bir çalışmada da¹³⁵ ekonomik durumu iyi düzeyde olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir. Gelir düzeyi iyi olan hastaların tedavilerini aksatmadan yaptırabilmeleri, daha iyi bakım alabilmeleri ve beraberinde daha iyi yaşam standardına sahip olmalarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada sistemlere göre kanserin yaşam kalitesine etkisine baktığımızda kanserin farklı sistemlerde olmasının FSD ve MSD puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir^{131,133,134}. Everdingen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise

gastrointestinal kanserler, malign lenfomalar ve diğer hematolojik bozuklukların diğer kanser tiplerine göre önemli derecede yaşam kalitesini etkilediği¹⁴⁰, remisyonda olan testis kanserli hastalarla sağlam bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada yaşam kalitesi açısından istatistiksel fark olmadığı bildirilmiştir¹⁴¹. Bu farklı sonuçlarda sosyo-kültürel özelliklerin ve kanser evresinin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Hastalık süresinin 12 ay üzeri olan hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının 3-12 ay olan hastalara göre daha düşük olduğu ve bu farkın sadece mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını önemli düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Kızılcı'nın çalışmasında yaşam kalitesinin ilk altı ayında yüksek, yedinci aydan sonra düştüğü, 13. aydan sonra fiziksel semptom ve aktiviteler ile tıbbi etkileşim dışında diğer alanlarda tekrar yükseldiği ve hastalığın ilk altı ayını yaşayan hastaların yaşam kalitesinin uzun süredir kanseri yaşayan hastalardan önemli düzeyde iyi olduğu¹³³, Öz'ün yaptığı çalışmada yaşam kalitesi puanlarının hastaların ikinci altı ayında, ilk altı ayına göre düşüş gösterdiği, ikinci aydan sonra 4-6 yıla kadar yükselme ve 7 yıl ve sonraki zamanda tekrar bir düşüş gösterdiği ve istatistiksel olarak tanı alma zamanları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir¹³⁵. Yapılan diğer çalışmalarda da hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı bildirilmiştir^{35,128,131,136,139}. Hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde farklı şekillerde etki göstermesinde hastaların sosyo-ekonomik ve bireysel özelliklerinin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların kemoterapi süresinin FSD ve MSD puan ortalamasını istatistiksel olarak önemli düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da tedavi süresinin yaşam doyumu üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir¹¹⁶. Elde edilen bu bulguda kemoterapinin yan etkilerinin yanı sıra olumlu etkilerini daha yoğun algılamış olmaları ve yan etkilerle baş etmede algılamalarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanları kemoterapi eğitimi alanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak önemli bir fark olmasa da daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada eğitim alan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarının büyük bir ođunluđunda¹³⁶ ve kemoterapinin yan etkilerine yönelik verilen eğitim sonrasında da hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarında önemli düzeyde artışların olduğu bildirilmiřtir¹⁴². Benzer şekilde diğer bir çalışmada da hastalıkları ve tedavilerine ait bilgi sahip olan hastaların olmayan hastalara göre sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, duygusal durum ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıřtır¹³⁵. İlaveten ilk kez kemoterapi alan kanserli hastalara verilen semptom kontrolüne yönelik bireysel eğitimin kemoterapi semptomlarını aynı düzeyde etkilememiş olsa da azalttığı ve bu azalmanın uyuma katkı sağlayarak yaşam kalitesini yükseltebileceği bildirilmiřtir¹²².

Fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları ek hastalığı olanlarda olmayanlara göre önemli düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Pınar ve arkadaşları jinekolojik kanserli hastalarda yaptığı çalışmada başka sağlık sorunu olanların yaşam kalitelerinin önemli düzeyde düşük olduğunu saptamıřlardır³⁵. Yapılan başka bir çalışmada da kronik hastalığı olanların olmayanlara göre toplam ve bedensel ve ruhsal alandaki yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduđu¹³⁴, Altıparmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ek bir hastalığın olmasının yaşam kalitesi tüm alanlarında istatistiksel olarak önemli bir etki oluşturmadığı bildirilmiřtir¹²⁸. Kanser kendisi, semptomları, tedavisi, tedavinin yan etkileri bireyin fiziksel ve mental sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu ciddi hastalığa başka bir hastalığın eşlik etmesi bireyin ölüm korkusunu, gelecek ile ilgili kaygılarını, fiziksel semptomların şiddetini arttırarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Bu çalışmada sigara içme durumunun FSD ve MSD puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçta araştırma kapsamına alınan hastaların sadece % 4.6' sının sigara kullanıyor olmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan diğer bir çalışmada¹³⁵ sigara kullanan hastaların yaşam kalitesi sosyal yaşam ve aile durumu ve duygusal durum alt boyut puan ortalamasının sigara kullanmayanlara göre önemli düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir. Duffy ve arkadaşlarının¹²⁴ 2002 yılındaki çalışmasında da sigara içmenin yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, genel sağlık durumu, sosyal fonksiyon alt boyutları ile negatif yönde bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir.

Kanser fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal-toplumsal sorunların en fazla gözlemlendiği bir hastalıktır. Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltarak, oluşabilecek olumsuzluklar karşısında zorlanmaya karşı koruyucu görev yapmaktadır¹⁴³. Bu çalışmada aile üyelerinden destek alma durumunun fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puanı üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı saptanmıştır. Subaşı'nın kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi ve baş etme tutumlarını değerlendirdiği çalışmada en çok eşinden sosyal destek alan hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, enerji, yorgunluk, genel sağlık ve geçen yılki sağlık puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır¹³⁷. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiş olsa da herhangi bir yakınından yardım alan hastaların yaşam doyumlarının yardım almayan hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir¹¹⁶. Egelioğlu'nun yaptığı çalışmada ise sosyal destek alan kadınların sosyal destek alan erkek hastalara göre daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinde cinsiyetin önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir¹³⁰. Bu çalışmada sosyal destek almanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir fark oluşturmamasında etkili sosyal desteğin olmaması ya da sosyal desteğin doğru kişiden alınmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada FSD ve MSD puan ortalaması metastazı olmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da metastazı olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Kanseri hastalarla yapılan çalışmalarda metastaz durumunun^{128,131}, diğer çalışmalarda ise kanserin evresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir^{127,144}. Diğer bir çalışmada metastatik prostat kanserli olan hastaların yaşam kalitesi lokalize prostat kanseri olan hastalara göre daha kötü olmasına karşın tedaviden sonra metastatik prostat kanserli grupta yaşam kalitesinde iyileşme daha fazla görülmüştür¹⁴⁵. Ciddi bir hastalık olan kanserin başka organlara yayılması bireyin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Kanserin metastaz yapması hastalıkla ilişkili semptomları ve bunların kontrolünü daha da zorlaştıracağından yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark bildirilmemiş olsa da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Hastaların KF-36 özet değerleri ile BDE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, BDE puanı arttıkça fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Kanseri genellikle aşırı duyarlılık, kırılabilirlik, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular, klinik seyrin belirsiz olması ve tedavinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle endişe uyandıran kronik bir hastalıktır⁸⁹. Yapılan çalışmalarda da depresyon arttıkça yaşam kalitesinin her alanda önemli düzeyde azaldığı^{89,146} diğer bir çalışmada ise kemoterapi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali ve fiziksel fonksiyon puanının depresyonu olanlarda daha düşük olduğu, anksiyete ve depresyonun tedavi ve hastalık süresince arttığı ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği¹⁰ ve başka bir çalışmada da hastaların genel yaşam kalitesi ile tedavi boyunca karşılaştıkları fiziksel ve psikolojik semptomlar arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir¹³⁴. Kanseri hastalarda depresyon ve yaşam doyumu belirlendiği bir çalışmada da depresyon düzeyi yüksek olan hastalarda yaşam doyumu düşük olduğu bildirilmiştir¹¹⁶.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçlarına göre kanser hastalarının büyük bir çoğunluğunda (% 83.1) depresyon belirlenmiş olup, fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Yaşın artması, bekar/dul olma, geniş ailede yaşama, gelir-giderden az olması, herhangi bir kronik ek hastalığa sahip olmanın, depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde artırdığı, fiziksel ve mental yaşam kalitesi puan ortalamalarını ise önemli düzeyde azalttığı ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$) saptandı. Ayrıca çocuğun olmaması, üçten fazla çocuğa sahip olma ve metastazın varlığının depresyon puan ortalamasını önemli düzeyde artırdığı ($p<0.01$, $p<0.05$), hastalık süresinin 12 ay üzerinde olması mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasını önemli düzeyde azalttığı, depresyon puan ortalamasını ise artırdığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların depresyon puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır ($p<0.001$).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Kanser hastalarında özellikle yaşlı, bekar/dul, çocuk sayısı fazla, ekonomik durumu kötü, hastalık süresinin bir yıldan fazla olması, ek hastalığı ve metastazı olan, geniş ailede yaşayan ve depresyonu olanların daha öncelikli olarak değerlendirilmesi,
- Kanser hastalarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bakım anlayışı ile değerlendirilmesi,
- Kanser hastalarının hastalığa ve tedavisine yönelik bilgilendirilmesi ve danışmanlık hizmetinden yararlanmalarının sağlanması,
- Kemoterapinin neden olduğu yan etkilerle başa çıkma konusunda hastanın aile bireyleri ve sağlık çalışanları tarafından desteklenmesi,

- Depresyon belirtisi olduğu saptanan kanser hastalarının ilgili kurumlara sevkinin sağlanması ve bu alanda çalışan sağlık ekibi tarafından tedavi ve bakım programlarının oluşturulması,
- Sağlık personelinin kanser hastalarında kaliteli bir yaşam için yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasına ya da en aza indirilmesine yönelik girişimler uygulamasını önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı. (2009). Türkiye' de Kansere Kontrolü. Yayın No: 777.
2. Kutluk, T. ve Kars, A. (2001). Kansere Konusunda Genel Bilgiler. Akşam Sanat Okulu Matbaası. Ankara.7-77.
3. Dünya Sağlık Örgütü. Uluslararası Kansere Araştırma Kurumu Dünya Kansere Raporu 2008.
4. Jemal, A. Tiwari, R.C. Murray, T. Ghafoor, A. Samuels, A. Ward, E. ve diğerele. (2004). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 54, 8-29.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye' de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara. Yayın No: 809.2011.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2010) Yayın No: 822. 2009.
7. Erzurum Sağlık Müdürlüğü Kansere Kayıt Birimi Verileri. (2010).
8. Reis, N. (2006). Jinekolojik Kansere Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonun da Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 88-97.
9. Elbi, H. (2001).Kansere ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 5-10.

10. Beser, N.G. ve Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
11. Bahar, A. (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 147-158.
12. Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2),343-367.
13. Kostak, M.A. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 105-115.
14. Küçükgüçlü, Ö. (2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Demans Dergisi*, 3, 86-92.
15. Çam, O. ve Gümüş, A.B. (2006). Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 52-60.
16. Stalsbrotten, V.L. ve Baird, B.S. (1996). Kanser Hemşireliğine Giriş. (Platin, N. Ed.). *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası.
17. Kanser istatistikleri.
http://www.turkcancer.org.tr/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf
(Erişim: 03.Eylül.2013).

18. Giray, H. ve Ünal, B. (2007). Kanser Epidemiyolojisi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 3,1-7.
19. Akdur, R. (1993). Kanser Epidemiyolojisi ve Kanserden Korunma İlkeleri. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*, 3(4),1-12.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015. yayın no: 760. Ankara.
21. Akdemir, N. (2005). Kanserın Önemi- Etiyolojik Risk Faktörleri ve Korunma. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: 2. Baskı. Sistem Ofset.
22. Türkiye Sağlık İstatistikleri Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2006. 1-134
www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik 2006.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2005.
24. Thun, M.J. (2012). Kanser Epidemiyolojisi. (Serhat Ü, Ed.). *Cecil Medicine*. Ankara: Cilt 1. Güneş Tıp Kitabevi.
25. Onat, H. (2011). Kanser Hastasına Yaklaşım. (Çetin E, Ed.). *İç Hastalıkları Onkoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.
26. Kaptan, G. ve Dedeli, Ö. (2012). *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*. (Kaptan G, Ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
27. Eser, S. ve Özdemir, R. (2012). Dünya ve Türkiye’de Mesane Kanseri Epidemiyolojisi. *Üroonkoloji Bülteni*, 11(1), 1-9.

28. Çakmur, H. Erem, M.T. Koç, M. Ertekin, V. Karşlıoğlu, İ. ve Kırığı, D. (2000). Kanser Tanısı Almış Geriatrik Olguların Demografik İncelemesi. *Geriatrı*, 3 (1), 11-14.
29. Şenel, F. ve Çırakoğlu, B. (2003). Kanserle Savaş. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 1-23.
30. Papıla, Ç. (2012). Kanserden Korunma (Altıparmak, M.R. Hamuryudan, V. Sonsuz, A. Hazıcı, H. Editörler). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
31. Yamazhan, T. ve Tunçel, M. (2003). Bakteri-Kanser İlişkisi. *İnfeksiyon Dergisi*, 17(1), 117-121.
32. Güran, Ş. (2005). Kanserden Korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 324-326.
33. Üskent, N. (2011). Kanserden Korunma ve Kanser Taraması. (Çetin, E. Ed.). *İç Hastalıkları Onkoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
34. Karadeniz, G. Dedeli, Ö. Gökdere, H. Aslan, G.G. İşlek, E. Ayaz, A.T. ve diğerleri. (2008) Onkoloji Hemşireliği. (Karadeniz, G. Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. Manisa: Göktuğ Yayıncılık.
35. Pınar, G. Algier, L. Çolak, M. ve Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hemotoloji – Onkoloji Dergisi*, 3(18), 141-149.
36. Alar, T. ve Şahin, E.M. (2012). Akciğer kanseri: Birinci Basamakta Tanı, Tedavi ve Korunma. *Smyrna Tıp Dergisi*, 68-74.

37. Mao, W.M. Zheng, W.H. ve Ling, Z.Q. (2011). Epidemiologic Risk factors for Esophageal Cancer Development. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12, 2461-6.
38. Cornelli, U. (2013). Belcaro G , Recchia M, Finco A. Levothyroxine and Lung Cancer in Females: the Importance of Oxidative Stress. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11,75: 1-6.
39. Platin, N. (1996). Tedavi Yaklaşımları. (Platin, N. Ed.). *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı* (Ankara. IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası.
40. Dinçbaş, F.Ö. (2007). Akciğer Kanserinde Radyoterapi. *Sempozyum Dizisi*, 179-186.
41. Petersen, J. ve Birol, L. (1996). Kemoterapi. (Platin, N. Ed.). *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası.
42. Uslu, R. ve Bıçaklı, D. (2010). *Onkoloji Hastaları İçin Kemoterapi El Kitabı*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
43. Akdemir, N. (2004). Kanser Tedavileri ve Hemşirelik Bakımı. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: 2. Baskı. Sistem Ofset.
44. Yalçın, B. (2012). Onkoloji. (Serhat Ü, Ed.). *Cecil Medicine* . Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
45. Şen, F. ve Aydınar, A. (2011). Kanser Tedavisine Bağlı Geç Yan Etkiler. *Klinik Gelişim*, 24, 30-32.

46. Hintistan, S. Çilingir, D. Nural, N. ve Gürsoy, A.A. (2012). Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3),153-164.
47. Kılıçkap, S. Aksoy, S. ve Çelik, İ. (2006). Kanserde Birincil Korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 13(2), 57-71.
48. Esin, E. ve Çelik, İ. (2012). Kanserde Tarama ve Erken Tanı. (İlçin G., Biberoglu K., Süleymanlar G., Ünal S., Editörler). *İç Hastalıkları*. Güneş Tıp Kitabevi.
49. Akyol, A. Bilgiç, P. ve Ersoy, G. (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Ankara: Klasmat matbaacılık. Sağlık Bakanlığı yayın no: 729.
50. Süer, E. ve Göğüş, Ç. (2012). Fiziksel Aktivite Üroonkolojik Kanser İnsidansını Azaltır mı?. *Üronkoloji Bülteni*, 11(4), 301-304.
51. Koyun, A. Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
52. Özbek, Ö. Özşenol, F. Oysul, K. Beyzadeoğlu, M. ve Pak, K. (2003). Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Bilimleri*, 23,189-194.
53. Hallaç, S. ve Öz, F. (2011). Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4),595-610.

54. Güni, Ö.Ö. Özşenol, F. Oysul, K. ve Beyzadeoğlu, M. (2005). Kanser Tedavisinde Radyoterapi Uygulanan Hastaların Psikososyal Durumu ile Etkilenen Sistemler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 20(1),30-36.
55. Kübler-Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
56. Öz, F. (2010). Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: 2. Baskı. Mattek Matbaacılık.225-258
57. Özkan, S. (2002). Kanser Hastasında Psikiyatrik ve Psikososyal Destek. (Onat, H. Mandel, N.M. Editörler). Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
58. Üstün, B. Akgün, K. ve Parlak, N. (2005). Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi.
59. Alexander, P.J. Dinesh, N. ve Vidyasagar, M.S. (1993). Psychiatric Morbidity Among Cancer Patients and its Relationship with Awareness of Illness and Expections About Treatment Outcome. *Acta Oncologica*, 32(6), 623-626.
60. Massie, M.J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
61. Aydoğan, Ü. Doğaner, Y.Ç. Borazan, E. Kömürcü, Ş. Koçak, N. Öztürk B.ve diğerleri. (2012). Kanser hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.

62. Ersoy, M.A. ve Elbi, H. (2000). Kanser Hastalarında Depresyonla İlişkili Faktörler. *International Journal of Hematology and Oncology*, 10(3), 165-174.
63. Ançel, G. (2007). Depresyon ve Hemşirelik Bakımı. (Akbarak, N. Erkal, S. Ançel, G. Albayrak, A. Editörler). *Hemşirelik Bakım Planları*. Ankara: Birlik Matbaası.
64. Ateşci, F.Ç. Oğuzhanoglu, N.K. Baltarlı, B. Karadağ, F. Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152.
65. Tokgöz, G. Yaluğ, İ. Özdemir, S.Yazıcı, A. Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
66. Hosaka, T. ve Aoki, T. (1996). Depression Among Cancer Patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50(6), 1440-1819.
67. Derogatis, L.R. ve Morrow, G.R. (1983). Fetting J.The Prevalence of Psychiatric Disorder Among Cancer Patients. *JAMA*, 297, 751-755.
68. Mishra, S.K. Mohapatra, P.K. Bhattacharya, K. Gupta, T. ve Agarwal, J.P. (2006) Prevalance of Psychiatric Disorder in Asymptomatic or Minimally Symptomatic Cancer Patients on Treatment. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2(3), 136-139.
69. Mete, H. ve Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 4, 184-191.

70. Eser, E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa.
71. Başaran, S. Güzel, R. ve Sarpel, T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*, 20(1), 55-63.
72. Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim*, 1(2), 1-5.
73. Ganz, P.A.(1994). Quality of Life and the Patient With Cancer. *Cancer Supplement*, 74, 1445- 1451.
74. Kurt, A.S. ve Çetinkaya, Ş. (2008). Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 35-56.
75. Ganz, PA. Kwan, L. Stanton, AL.,Krupnick, J.L. Rowland, J.H. Meyerowitz, B.E. ve diğerleri. (2004). Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-38.
76. Arslan, S. ve Bölükbaş, N. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3), 38-47.
77. Anuk, D. (1998). Kanser, Kanserli Hasta, Hasta Ailesi ve Tedavi Ekibi Etkileşimi. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi "Uluslararası Katılımlı".

78. Özçelik, H. ve Fadiloğlu, Ç. (2010). *Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım*. (Özçelik, H. Fadiloğlu, Ç. Uyar, M. Karabulut, B. Editörler). İzmir. Üniversiteler Ofset.
79. Singer S., Das-Munshi J., Brahler E. (2010). Prevalence of Mental Health Conditions in Cancer Patients in Acute Care-a Meta- Analysis. *Annals of Oncology.*, 21(5), 925-30.
80. Özmen, M. (2002). Gastrointestinal Sistem Kanserlerinde Psikososyal Sorunlar. *Aktüel Tıp Dergisi*, 7(4), 7-11.
81. Özdemir, S. Öner, D.F. Atkovar, G. Özbek, Ö. ve Özmen, M. (2011). Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Özellikleri ve Radyasyon Onkoloğundan Beklentileri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(1), 12-17.
82. Meyer, T.J. ve Mark, M.M. (1995) Effects of Psychosocial Interventions With Adult Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomized Experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
83. Rehse, B. ve Pukrop, R. (2003). Effects of Psychosocial Interventions on Quality of Life in Adult Cancer Patients: Meta-Analysis of 37 Published Controlled Outcome Studies. *Patient Educ Couns*, 50 (2), 179-86.
84. Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 41-47.

85. Aslan, Ö. Sekmen, K. Kömürcü, Ş. ve Özet, A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2), 18-24.
86. Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 105-111.
87. Bilge, A. ve Ünal, G. (2005). Öfke, Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 189-196.
88. McClosky, J. ve Bulechek, G. (2000). Nursing Interventions Classification (NIC), 3th edi., Mosby Company.
89. Kutlu, R. Çivi, S. Börüban, M.C. ve Demir, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3), 149-153.
90. Gümüş, A.B. (2006). Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114.
91. Bektaş, H.A. ve Akdemir, N. (2009). Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12(3), 54-60.
92. Karakoç, T. (2008). Kanser Hastalarında Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8, 100-118.
93. Akyolcu, N. (2002). Kanserli Hastalarda Dispne ve Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 1-8.

94. Ünsar, S. Yıldız F.Ü. Kurt, S. ve Özcan, H. (2007). Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 89-106.
95. Karayurt, Ö. Uğur, Ö. Tuna, A. Günüşen, N. ve Çıtak, E.A. (2013). Meme Kanseri Hastalarına Verilen Bireysel Danışmanlığın Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *The Journal of Breast Health*, 9, 135-43.
96. Nelson, C.J. Rosenfeld B., Breitbart W., Galiotta M. (2002). Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill, *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
97. Savaşır, I. ve Şahin N.H. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
98. Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-71.
99. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.
100. Aydemir, Ö. ve Köroğlu E. (2007). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
101. Ware, J.E. ve Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-İtem Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and İtem Selection. *Med Care*, 30(6), 473-8.

102. Koçyiğit, H. Aydemir, Ö. Ölmez, N. ve Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 102-6.
103. Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36(SF-36). *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 14-22.
104. Ware, JEr. Kosinski, M. Keller, S.K. (1994). SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute.
105. Ware, JEr. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE*, 25 (24), 3130-3138.
106. Demiral, Y. (2001). Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
107. Bozdemir, H. (2006). Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
108. Tavoli, A. Mohagheghi, MA. Montazeri, A. Roshan, R. Tavoli, Z. ve Omidvari, S. (2007). Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer: Does Knowledge of Cancer Diagnosis Matter?. *BMC Gastroenterology*, 7(28), 1-6.

109. Kim, S.H. Son, B.H. Hwang, S.Y. Han, W. Yang, J.H. Lee, S. ve Yun, Y.H. (2008). Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association with Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35, 644-655.
110. Ciamerella, A. ve Poli, P. (2001). Assessment of Depression Among Cancer Patients: the role of Pain, Cancer Type and Treatment. *Psycho-Oncology*, 10 (2), 156-165.
111. Yan, H. ve Sellick, K. (2004). Quality of Life of Patients Newly Diagnosed with Gastrointestinal Cancer: a Longitudinal Study. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 309-319.
112. Güren, E. Tekgül, S. Bilaçeroğlu, S. Arslan, S. Çimen, P. Taşdoğan N. ve diğerleri (2005). Akciğer Kanseri Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeylerindeki Değişimler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 19(3), 83-91.
113. Kelleci, M. Aydın, D. Sabancıoğulları, S. ve Doğan, S. (2009). Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, 90-98.
114. Özkan, S. Ögce, F. ve Koca A.K. (2007). Meme ve Gastrointestinal Sistem Kanseri Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Durumlarının Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23(2), 69-80.
115. Alacacıoğlu, A. (2007). Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

116. Arslan, S. Çelebioğlu, A. ve Tezel, A. (2008). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri*, 28, 628-634.
117. Avcı, İ.A. Okanlı, A. Karabulut, E. ve Bilgili, N. (2009). Women's Marital Adjustment and Hopelessness Levels After Mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-5.
118. Ersoy, M.A. (1999). Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelenmesi. Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
119. Çapar, S.G. (2010). Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
120. Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2, 60-64.
121. Jöngarden, A. Mattsson, E. ve Essen, L.V. (2007). Health- Related Quality of Life, Anxiety and Depression Among Adolescents and Young Adults with Cancer: a Prospective Longitudinal Study. *European Journal of Cancer*, 43, 1952-1958.
122. Aslan, Ö. Vural, H. Kömürcü, Ş. ve Özet, A. (2006). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 15-28.

123. Sütçü, GG. (2010). Tan-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanserli Hastaların Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
124. Duffy, S.A. Terrell J. E. Valenstein, M.S. Ronis, D.L. Copeland, L.A. Connors N.R. (2002). Effect of Smoking, Alcohol and Depression on the Quality of Life of Head and Neck Cancer Patients. *General Hospital Psychiatry*, (24), 140-147.
125. Terakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (2), 78-82.
126. Kaya, M.C. Bez, Y. Demir, A. Bulut, M. Topçuoğlu, V. Kuşçu, M.K. ve diğerleri. (2013). Prostat Kanseri Hastalarında Hastalık Evrelerine Göre Anksiyete, Depresyon, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 23-7.
127. Göktalay, T. Akın, M. ve Aydemir, Ö. (2002). Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 13, 265-270.
128. Altıparmak, S. Fadiloğlu, Ç. Gürsoy, S T. ve Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50 (2), 95-102.

129. Gültekin, Z. Pınar, G. Pınar, T. Kızıltan, G. Doğan, N. ve diğerleri. (2008). Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, (2), 99-106.
130. Egeliolu, N. (2007). Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarda Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi İzmir.
131. Pınar, R. Salepci, T. ve Afşar, F. (2003). Assessment of quality of life in Turkish patients with cancer. *Turkish Journal of Cancer*, 33(2), 96-101.
132. Ardahan, M. ve Temel, A.B. (2006). Prostat Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22(2), 1-14.
133. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanseri Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26
134. Yeşilbalkan, Ö.U. Akyol A.D, Çetinkaya, Y. Altın, T. ve Ünlü, D. (2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(1), 13-31.
135. Öz, Z.S. (2006). Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- 136.** Gürel, D.K. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- 137.** Subaşı, D. (2010). Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- 138.** Ertem, G. Kalkım, A. Bulut, S. ve Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 4-12.
- 139.** Savcı, A.B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 140.** Everdingen, M. Rijke, J. Kessels, A.G. Schouten, HC. Kleef, M. ve Patijn, J. (2009). Quality Of Life and Non- Pain Symptoms in Patients with Cancer. *Journal of Pain and Syptom Management*, 38(2), 216-233.
- 141.** Tiryaki, A. Özkorumak, E. Aslan, F.C. ve Yavuz, A.A. (2009). Remisyonda Testis Kanseri Hastalarında Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 233-238.
- 142.** Yeter, K. (2006). Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

143. Özyurt, B.E. (2007). Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15.
144. Reis, N. Coşkun, A. ve Beji, N.K. (2006). Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006, 9(2), 25-35.
145. Faydacı, G. Metin, M. Eryıldırım, B. Tarhan, F. Tuncer, M. ve Özgül, A. (2011). Lokalize ve Metastatik Prostat Kanserli Hastalarda Tedavi Sonrası Yaşam Kalitesi Değişiklikleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 37(3),184-190
146. Karakaş, A.S. (2007). Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

8. EKLER**EK I****TANIMLAYICI SORU FORMU**

- 1- Yaşınız?.....
- 2- Cinsiyetiniz? Kadın Erkek
- 3- Medeni durumunuz? Evli Bekar Dul/boşanmış
- 4- Eğitim durumunuz?
 Okur - yazar değil Okur - yazar / İlkokul Ortaokul / Lise Üniversite
- 5- Çalışma durumu Çalışan Çalışmayan
- 6- Aile tipiniz? Çekirdek aile Geniş aile
- 7- Sürekli yerleşim yeriniz? İl İlçe Köy-Belde
- 8- Çocuk sayınız.....
- 9- Gelir durumu Gelir- Giderden az Gelir-Gidere eşit Gelir- Giderden fazla
- 10- Hastalığınızın tanısı nedir?.....
- 11- Kanser tanısı konulma zamanınız nedir?.....
- 12- Kemoterapi alma süreniz nedir?.....
- 13- Kemoterapi ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet Hayır
- 14- Herhangi bir ek hastalığınız var mı? Var Yok
- 15- Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır
- 16- Aile üyelerinden destek alıyor musunuz? Evet Hayır
- 17- Metastaz var mı? Var Yok

EK II**BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

Yönerge: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam.
c) Kendimi öldürmeyi çok istedim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskiden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışamıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiç bir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka Őeyleri dūřünmek zor geliyor.
- d) Bu tūr sıkıntılar beni öylesine endiřelendiriyor ki, artık bařka Őeyleri dūřünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok.
- b) Eskine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Artık cinsellikle hiç ilgili değilim.

EK III**KF-36**

1.Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bir yıl öncesine göre çok daha iyi	1
Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi	2
Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet oldukça	Evet biraz	Hayır hiç
	Kısıtlıyor	kısıtlıyor	kısıtlamıyor
a. Koşma, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma taşıma	1	2	3
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3
e. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
f. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürüme	1	2	3
h. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
i. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	1	2	3

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	1	2

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c. İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Biraz etkiledi	2
Orta Derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı etkiledi	5

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Şiddetli	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Biraz etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı etkiledi	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bendesel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akraba ziyareti etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Nadiren	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlıştır? Her ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK IV

KF-36 ÖZET DEĞERLERİN HESAPLANMASI

KF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir¹⁰⁴⁻¹⁰⁷. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skarlardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır^{106,107}.

Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular (items) puanlanır:

KF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	5
2	4.4
3	3.4
4	2
5	1

Soru 3a-3j

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3

Soru 4a-4d

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2

Soru 5a-5c

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2

Soru 6

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 7

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	6
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1

Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç Puan Değeri	7. soru başlangıç değeri	Son Puan Değeri
1	1	6
1	2-6 arasında	5
2	1-6 arasında	4
3	1-6 arasında	3
4	1-6 arasında	2
5	1-6 arasında	1

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	6
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler elde edilir

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fizik fonksiyon	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10 – 30	20
Fizik rol	$4a+4b+4c+4d$	4 – 8	4
Ağrı	$7+8$	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5 – 25	20
Yaşamsallık	$9a+9e+9g+9i$	4 – 24	20
Sosyal fonksiyon	$6+10$	2 – 10	8
Mental rol	$5a+5b+5c$	3 – 6	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25

Boyut skoru = $\frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$

Örnek:

Fizik fonksiyon ham puanı 21 ise

$$FF = \frac{21-10}{20} \times 100$$

$$= 55$$

(olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$ffz = (FF - 84.52404) / 22.89490$$

$$frz = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$az = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$gsaz = (GSA - 72.21316) / 20.16964$$

$$yz = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$sfz = (SF - 83.59753) / 22.37642$$

$$mrz = (MR - 81.29467) / 33.02717$$

$$mfz = (MF - 74.84212) / 18.01189$$

$$FS = (ffz \times 0.42402) + (frz \times 0.35119) + (az \times 0.31754) + (gsaz \times 0.24954) + (yz \times 0.02877) + (srz \times (-0.00753)) + (mrz \times (-0.19206)) + (mfz \times (-0.22069))$$

$$MS = (ffz \times (-0.22999)) + (frz \times (-0.12329)) + (az \times (-0.09731)) + (gsaz \times (-0.01571)) + (yz \times 0.23534) + (srz \times 0.26876) + (mrz \times 0.43407) + (mfz \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel özet sağlık skoru (FSD)} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\text{Mental özet sağlık skoru (MSD)} = 50 + (FS \times 10)$$

Yardıminız için teşekkür ederiz.

EK V



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı: B-10-4-İSM-4-25-00-09/ 2-^ûS / Konu: Hem. Nilay DEMİR

05Ekim 2010

BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
ERZURUM

İlgi: 04.10.2010 tarih ve 12920 sayılı yazınız.

Hastaneniz personellerinden Hemşire Nilay DEMİR'in "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını (gönüllülük esasına göre) hastaneniz Kemoterapi Polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Serhat VANGELİK
İl Sağlık Müdürü

T.C.S.B. ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
Evrak No: 06/10/10/8364	
Tarih: 04/10/2010	
İl Sağlık Müdürü	
Doç. Dr. Serhat VANGELİK	

Erzurum Sağlık Müdürlüğü: Hastaneler Cad. 25200 / ERZURUM.

EK VI**2010-4/1 SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 28.10.2010**

4/1 - Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nilay DEMİR'in "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" adlı tez konusu görüşüldü;


ilgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile karar verildi.


Doç.Dr. Ali SÜLÜN
Başkan

Yrd.Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU
Başkan Yardımcısı
(Katılmadı)


Doç.Dr. Abdulkadir ÇOBAN
Üye

Yrd.Doç.Dr. Mutlu VURAL
Üye


Yrd.Doç.Dr. Papatya KARAKURT
Üye (Raportör)