

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**AİLESİNDE KANSER TANISI ALMIŞ ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİYLE AİLESİNDE KANSER TANISI
ALMAMIŞ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DEPRESYON
VE SÜREKLİ KAYGI DURUMLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melikşah ÇAKIN

**Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İtir Tarı CÖMERT

İSTANBUL-2020

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AİLESİNDE KANSER TANISI ALMIŞ ÜNİVERSİTE
ÖĞRENCİLERİYLE AİLESİNDE KANSER TANISI
ALMAMIŞ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DEPRESYON
VE SÜREKLİ KAYGI DURUMLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melikşah ÇAKIN

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez ___/___/20___ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Melikşah ÇAKIN

25.12.2020

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, lisans hayatımın ilk günlerinden bugünlere değerli bilgilerini ve desteğini bizlerle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım saygıdeğer danışman hocam; Doç. Dr. İtir Tarı CÖMERT'e,

Çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Uzm. Klnk. Psk. Erdi BAHADIR'a,

Ve çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Melikşah ÇAKIN

25.12.2020

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	4
1.1. Kanser	4
1.1.1. Kanser Etiyolojisi	5
1.1.2. Kanser Tanısı	6
1.1.3. Kanser Tedavisi	6
1.2. Depresyon	7
1.2.1. Depresif Bozuklukların Tanınması	8
1.2.2. Depresyon Belirtileri	9
1.2.3. Depresyon Tedavisi	9
1.2.3.1. Antidepresan İlaç Tedavisi	10
1.2.3.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)	11
1.2.3.3. Işık Tedavileri	12
1.2.3.4. Psikoterapiler	12
1.2.4. Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler	14
1.3. Kaygı	14
1.3.1. Kaygının Kuramsal Açıklamaları	18
1.3.1.1. Psikanalitik Kuram	18
1.3.1.2. Davranışsal Yaklaşım	22
1.3.1.3. Bilişsel Yaklaşım	22
1.3.1.4. Biyolojik Yaklaşım	22
1.3.1.5. Varoluşçu Yaklaşım	23
1.3.2. Kaygıyı Etkileyen faktörler	23
1.4. Kanser Hastası Yakınlarında Psikolojik Sağlık	28
1.5. Araştırma Hipotezleri	31

BÖLÜM 2: YÖNTEM	32
2.1. Katılımcılar	32
2.2. Veri Toplama Araçları	32
2.2.1. Demografik Veri Formu	32
2.2.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu	32
2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği	33
2.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği	33
2.3. İşlem	33
2.4. Verilerin Analizi	34
BÖLÜM 3: BULGULAR	35
SONUÇ	48
KAYNAKÇA	53
EKLER	61
ÖZGEÇMİŞ	70

KISALTMALAR

DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
HPV	: Human Papilloma Virus
MAOI	: Monoaminooksidaz İnhibitörleri
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NASSA	: Noradrenalin Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SCID	: Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SNRI	: Selektif Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörlerine
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	35
Tablo 3.2. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistik...	36
Tablo 3.3. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 3.4. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 3.5. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Aile İle Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 3.6. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Ailede Kanser Öyküsüne Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 3.7. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Ailede Kanserden Dolayı Vefat Durumuna Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 3.8. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Sorun Durumuna Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 3.9. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Sorun İçin Yardım Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 3.10. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Madde Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 3.11. Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının İntihar Girişimi Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 3.12. Ailesinde Kanser Öyküsü Olan ve Olmayan Katılımcılar İçin Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	45

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü-Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Ailesinde Kansere Tanısı Almış Üniversite Öğrencileriyle Ailesinde Kansere Tanısı Almamış Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Sürekli Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması	
Tezin Yazarı: Melikşah ÇAKIN	Danışman : Doç. Dr. İtir Tarı CÖMERT
Kabul Tarihi:	Sayfa Sayısı: vi (ön kısım) + 59 (tez) + 9 (ek)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
<p>Kanser kişilerin ruhsal ve bedensel olarak etkilendikleri ciddi bir hastalıktır. Kansere hastalar kadar hasta yakınları üzerinde de dolaylı etkileri bulunmaktadır. Bu etkilerin hasta yakınlarının psikolojik sağlıklarında gözlenmektedir. Bu çalışmada ailesinde kansere tanısı alan ve almayan üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi, depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla yapılan çalışmaya 122 kadın ve 78 erkek olmak üzere 200 kişi katılmıştır. Katılımcılara demografik veri formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Ailesinde kansere öyküsü olan katılımcıların yaşam kalitesi puanları düşükken depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca ailesinde kansere öyküsü olan katılımcılarda yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki daha anlamlı bulunmuştur. Yapılan analizlerde cinsiyet, yaş, psikolojik sorun varlığı, sigara-alkol-madde kullanımı ve intihar girişimi değişkenlerine göre katılımcıların puan ortalamaları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ailede kansere tanısı olması yakınların yaşam kalitelerini ve psikolojik iyilik hallerini önemli ölçüde etkileyen bir parametredir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Kansere, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete	

**İstanbul Kent University Institute of Post Graduate Education-Abstract of
Master's Thesis**

Title of the Thesis: Comparison of Depression and Trait Anxiety Status of University Students with Cancer Diagnosis in Their Families and University Students with No Diagnosis of Cancer in Their Families	
Author: Melikşah ÇAKIN	Supervisor: Assoc Dr. İtir Tarı CÖMERT
Date:	Nu. of pages: vi (pre text) + 59 (main body)+ 9 (App.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
<p>Cancer is a serious disease in which people are affected mentally and physically. Cancer has indirect effects on patients' relatives as well as patients. These effects are observed in the psychological health of patients' relatives. In this study, the quality of life, depression and trait anxiety levels of university students with and without family history of cancer were examined. 200 people, 122 women and 78 men, participated in this study. Demographic data form, Quality of Life Scale-Short Form, Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale were applied to the participants. It was observed that the quality of life scores of the participants with a family history of cancer were low, while their depression and anxiety levels were significantly higher. In addition, the relationship between quality of life, depression and anxiety scores was found to be more significant in participants with a family history of cancer. In the analyzes conducted, the mean scores of the participants differ significantly according to the variables of gender, age, presence of psychological problems, smoking-alcohol-substance use and suicide attempt. Family cancer diagnosis is a parameter that significantly affects the quality of life and psychological well-being of the relatives.</p>	
Keywords: Cancer, Quality Of Life, Depression, Anxiety	

GİRİŞ

Kanser, Latince yengeç anlamına gelmektedir. Günümüzün önde gelen sağlık problemlerden biri olan kanser hastalığı ve tedavisi gittikçe daha büyük bir önem kazanmaktadır. Kanser, yüzyılımızın ölümcül hastalıklar için 7. ve 8. sıralarda yer alırken, günümüzde ise kanser ölümcül hastalıklar noktasında dünyada ve ülkemizde ikinci sıradadır (Büyükpamukçu, 1996). Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, WHO) paylaştığı verilere göre dünyada 2000 yılında 10,1 milyon olarak bildirilmiş olan yeni kanser vakaları 2020 yılında %50'lik bir yükselişle 15,3 milyon civarına yükseleceği beklenmektedir (WHO, 2003). Türkiye'de ise 2006 yılında hazırlanan kanser raporuna göre 2003 yılında 33.419 kanser vakası saptanmış ve bu sayının 19.982'si erkekler, 13.417'sini kadınlar oluşturmuştur (Hamzaoğlu ve Umut, 2005).

Kanserin teşhis aşamasından son evreye doğru hastalar kadar hastaların aileleri için de ciddi stres yaratan, vücudun tüm dengelerini ve yapısını bozan bir hastalıktır (Okanlı ve Karabulutlu, 2006). Kanser hastalığının teşhisi ve tedavisi konusunda 1930'lu yıllardan bu yana gözle görülür ilerlemeler kaydedilmiştir. Fakat 1970'li yıllara dek hekimler ve sağlık çalışanları bakımın psikososyal tarafına dikkat etmemiş ve ihmal etmişlerdir. Kişi kanser teşhisi aldığı anda, ömrünün bundan sonra kalanını da bu tanı ile devam ettirmek zorunda kalmaktadır. Kişi hastalık bakımından düzelse ve hastalıktan kurtulmuş bile olsa kanser teşhisi yönünden devamlı incelenip testlere tabi tutulup takip altında tutulmaktadır. Durum böyle olunca hem kişi hem de ailesi için bir stres yaratmakta ve çeşitli problemlere sebep olmaktadır. Ölüm, ümitsizlik, endişe, öfke ve korku gibi problemlerin yanında psikolojik problemler de bulunmaktadır. Kanserli hastayı ve ailesini etkileyen psikotik sorunlar o kişinin yaşam kalitesini de etkilemektedir (Oleske, Heinze ve Otte, 1990; Ward ve ark., 1990). Kanser hastası kişilerde yaşam kalitesi ve psikolojik stres birbiriyle oldukça ilintilidir (Mystakidou, Tsilika ve Parpa, 2007). Kanser hastalarında kaygı ve depresyonun, mental açıdan hastaya zarar verdiği ve hastanın mücadelesinde prognozu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Giraldi ve ark., 2007).

Çalışmanın Konusu

Kanser, sadece bireysel bir deneyim değildir. Hasta yakınları, sevdikleri kişinin yaşadıklarını çaresizce izlerler (Alacacioğlu, 2007; Mete, 2001). Bu nedenle acı, endişe ve çaresizlik içeren bu dönemi gözlemleyen ya da tanık olan kanser hasta yakınlarında gözlenen psikolojik semptomları saptamak ve bu bozukluklara yönelik gerekli çözüm yolları bulmak ya da bu yolları geliştirmek hem hastanın hem de hasta yakını üniversite öğrencilerinin bu yeni duruma uyumunu daha kolay kılacaktır. Bu amaçla çalışmamızda ailesinde kanser tanısı alan üniversite öğrencileri ile ailesinde kanser tanısı almamış üniversite öğrencileri karşılaştırılıp kanser hastası yakınlarında yaşam kalitesi, depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırılacaktır.

Çalışmanın Önemi

Çalışma ile kanserin kişinin fiziksel sağlığına etkilerinin yanında sosyal çevresinde yaşanan psikolojik sorunların incelenmesine de imkân tanımaktadır. Kanser tedavisinde psikososyal etkilerin incelenmesine imkân verecek çalışmamız sosyal çevrenin iyileştirilmesinde hangi ruhsal durumları dikkat edilmesi hakkında uzmanlara fikirler sunmaktadır.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma ailesinde kanser tanısı almış üniversite öğrencileri ile ailesinde kanser tanısı almamış üniversite öğrencileri arasındaki depresyon ve sürekli kaygı durumunu incelemek ve bir fark bulunursa tanı sürecinde ve sonrasında üniversite öğrencilerinin depresyon ve sürekli kaygı durumunu kontrol altında tutup işlevselliklerinin kaybolmasını ya da zarar görmesini engellemek için gerekli çalışmalar yapmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın Yöntemi

Yapılan çalışmada karşılaştırma türü ilişkisel tarama deseni kullanılacaktır. Bu amaçla yapılacak anket formundan elde edilen verilerle ölçek toplam puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılması hedeflenmektedir. Diğer taraftan ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde korelasyon analizi kullanılacaktır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Yapılan kanser tanılarının özelinde analizlerin yapılmamış olması bir sınırlılıktır. Kanser tanıları çeşitliliğine göre farklı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca kanser tanısı alan bireylerin bakım verenlerinin derecesine bağlı bir örnekleme de erişilememiştir.

BÖLÜM 1

GENEL BİLGİLER

1.1. Kanser

Kanser hastalığı tarih boyunca hep var olan fakat yaşam süresinin artmasıyla daha fazla göz önüne çıkan bir hastalıktır. Yaşam süresi arttıkça kanser görülme oranı da artmaktadır. Bunun yanında, nüfusun artmasıyla birlikte kansere yakalanan kişi sayısında da bir yükselme görülmektedir. Bu demografik değişimleri göz önünde bulundurduğumuzda 2030 yılına gelindiğinde, yılda 26,4 milyon yeni kanser vakası ve 17,0 milyon kanserin sebep olduğu ölüm olabileceği tahmin edilmektedir (WHO, 2008). Kanser hastalığı ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Platin'e göre kanser hastalığı vücutta bulunan hücrelerin kontrol dışı büyümesi ve anormal şekilde vücudun bir yerinden başka bir yerine yayılması ile ortaya çıkan bir hastalıktır (Aslan ve ark., 2006). Hersh (2003) ise kanser hastalığını "bedenin kendi kendisini yok etmesi" şeklinde tanımlamıştır. Bilge ve Çam (2008) ise kanser hastalığını, hayat üzerindeki kontrolün olmadığı kronik bir hastalık olarak açıklamıştır.

Kanser hastaları ve yakınları doğrudan ya da dolaylı olarak olsa da tedavinin ve hastalığın yıpratıcı etkisi kadar maddi ve manevi güçlüklerle de karşılaşmaktadır. Hastalıktan dolayı sağlığın kaybı ve fiziksel yapının bozulmasını en sık karşılaşılan kayıplar olarak görülmektedir. Kişi günlük aktivite ve rutinlerini (öz bakımını aksatma ve iş, sosyal çevre kaybı vb.) gerçekleştirmede de kayıplar yaşamaktadır. Tedavi masrafları başlı başına bir kayıpken işten ayrılma de maddi kayıp olarak ortaya çıkmaktadır. Bu kayıplardan sonra kişide ve yakınlarında kızgınlık, kaygı, suçluluk, depresyon, içe kapanma, umutsuzluk, bağımlılık ve psikoz gibi belirtiler görülmektedir (Ulutin, 2006).

1.1.1. Kanserin Etiyolojisi

Kanserin sebepleri arasında hücre çoğalmasını kontrol eden genlerde çevresel veya genetik sebeplerden dolayı oluşan mutasyonlar olarak bilinmektedir. Genetik sebepler aileden aktarılan genler veya kronik hastalıklar olarak görülmektedir. Çevresel sebepler sigara kullanımı, alkol içmek, hareket etmemek, obezite, solunan havanın kirliliği, yaş olarak geç veya daha az çocuk sahibi olmak, bebeği yeterince emzirmemek, X ışınları ve bazı virüs çeşitleri olarak gösterilebilir. (Wild, 2014).

Bunun dışında özellikle kimyasal ajanlardan sigaraya ayrı bir parantez açılabilir. Sigarada bulunan kanserojenler 50 yıldan uzun süredir bilinmektedir. Akciğer kanseri ve sigara arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Sigara tüketimi ne kadar çok ve sıklıkla akciğer kanseri görülme sıklığı da o kadar artmaktadır. Sigara bırakıldıktan sonra ise akciğer kanseri görülme oranı azalmıştır. Bazı çalışmalarda 1950'li yıllardan 1980'lere kadar erkeklerde akciğer kanseri riskinin önemli seviyede yükseldiğini göstermiştir. Akciğer kanseri, sigara kullanan erkeklerde kademeli olarak iki kez (11,35'den 22,36'ya) artarken bu artış oranı kadınlarda tam 4 katına (2,69'dan 11,94'e) çıkmaktadır. 619,225 kadının 4 yıl takip edildiği bir kohort çalışmasında; sigara kullananlarda normalize ölüm oranı 12,7 iken aynı oran sigara kullanımını bırakanlarda 4,8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, en kısa süre sigara kullanım süresi ile en uzun sigara kullanım süresi karşılaştırıldıklarında, akciğer kanseri riskinin yaklaşık iki kat daha yükseldiği görülmüştür.

Fiziksel ajanların kanser etiolojisinde etkisi bilinmektedir. Kapalı ortamda kirliliğe yol açan dört ana kirletici vardır (Gönüllü, 1995):

1. Yanma sonucu ortaya çıkan kanserojen maddeler (fırın, ısıtıcı ve sigaradan yayılan CO, aerosoller, uçucu organikler, sülfür ve nitrojen oksitler),
2. İnşaat materyali, mobilyalar ve kimyasal ürünler (formaldehid, asbest, kimyasal böcek ilaçları, uçucu organik bileşikler gibi),
3. Binanın altında bulunan topraktan yeryüzüne çıkan gazlar-radon,
4. Biyolojik süreç (akarlar, küfler, gübre gibi ürünler).

1.1.2. Kanserin Tanısı

Düzenli olarak sağlık kontrolleri kanseri erken evrede teşhisinde önemli olsa da birçok kişi ciddi sağlık sorunları ve yaşanan rahatsızlık sonrasında sağlık kontrollerini yaptırmaktadır. Ailesinde kanser geçmişi olan kişilerin rutin kontrolleri yaptırmada daha fazla dikkatli olması gerekmektedir. Kan testleri, röntgen, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), bilgisayarlı tomografi, endoskopi ve genetik görüntüleme testleri kanserin erken tanısında kullanılacak araçlardır. Özellikle virüslerin neden olduğu bazı kanser çeşitlerinin bloke edilebilmesi için, farklı özellikte aşılar geliştirilmiştir. Örnek olarak rahim ağzı kanserine koruyuculuğu iddia edilen HPV (Human Papilloma Virus) aşısının yapılmasının doğru olduğu konusunda çalışmalar olduğu gibi, aksi yönde görüşler de bulunmaktadır. Genel olarak sosyoekonomik durumu iyi olmayan ve gerekli bakımı alamayan düşük gelirli ve eğitilmiş çevrelerde yapılan araştırmalar aşının önleyiciliğini öne çıkarırken, belli bir eğitim ve gelir seviyesinin üstünde yer alan ülke ve insanlarda yapılmış çalışmalar bu tür aşılardan söylendiği kadar etkili olmadığını göstermektedir (Guo ve ark., 2013; Wagner ve ark., 2015). Özellikle ailesinde kanser öyküsü olan kişilerde kansere eğilimin bilinmesi amacı ile yapılan genetik testlerle erken tanı mümkün olmaktadır. Bunun dışında bu testler sayesinde kanser hastalığının ardındaki nedenler de daha net şekilde açıklanabilmektedir. Fakat bu testlerle yararlı bilgiler elde edilebilse de kişinin hastalığa neden olan geni vücudunda barındırmasına rağmen kansere hiç yakalanmama olasılığı da akılda bulundurulmalıdır.

1.1.3. Kanserin Tedavisi

Kanser hastalığının tedavisinde kemoterapi başta olmak üzere; radyoterapi, cerrahi yöntemleri en sık kullanılan yöntemler olmasına karşın hormon tedavisi ve biyolojik yöntemlerin kullanılması gibi çeşitli yöntemler de bu tedavilere yardımcı olarak birlikte veya tek yöntem olarak kullanılabilir. Her tedavi yönteminin kendine ait avantaj ve dezavantajları vardır. Bunun nedenlerinden biri ise kanserin her kişide farklı bir kişiliğe bürünen bir hastalık olmasıdır. Tedavilerin bireyden bireye çeşitlilik gösterebilmesi sebebiyle yalnız bir kesin tedavi türünün varlığından bahsetmek doğru görülmemektedir (Baykara, 2016).

1.2. Depresyon

Depresyonu sınıflandırma uğraşları MÖ 4. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Hipokrat melankoli (kara safra) kavramını ortaya atmıştır. İlerleyen yıllarda bir tetikleyicinin olma ya da olmama durumuna göre biçimlendirilen sınıflandırmalar yapılmıştır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Tetikleyicinin bulunması, tedavinin gidişatı ya da tedavinin sonucunu değiştirdiği gösterilemediğinden, net teşhis ölçütleri ile tetikleyicilerden ayrı olarak depresyon teşhisi koyulabilmektedir (Akiskal, 2005).

Mutsuzluk, negatif olaylara karşı bireylerin verdiği normal tepkilerin bir bölümüdür. Mutsuzluk tahmin edilenden daha uzun bir süre devam ederse, koşul ve durumların zorluğuyla orantılı değilse veya bireyin kontrol sağlamasının ötesindeyse, çökkün duygu duruma ilişkin bir belirti olabilir. Bedenin çeşitli hastalıklarında ve farklı psikiyatrik durumların gidişatı sırasında çökkün duygu durum ve duygulanım ortaya çıkabilir. Depresyonda sırasındaki çökkün duygulanım, enerji düşüklüğü ve ilginin ya da bir şeyden alınan hazzın kaybı genel özelliklerdir.

Konsantrasyon azalması, özgüvenin azalması, suçluluk hisleri, karamsarlık, kendine zarar verme, öz kıyım düşünceleri, uyku düzeninde rutinin bozulması, iştah farklılıkları ve libidoda azalma diğer sık karşılaşılan belirtilerdendir. Sosyal ve mesleki işlevde bozulma ile ilgilidir. Depresyon tanısının koyulabilmesi için tablo en az iki hafta sürmelidir. Her depresyon atağı birbirinden farklı şiddette olabilmektedir.

Depresyon durumunda uykunun genel ritmi çoğunlukla bozulur. Uykuya geçişte zorlanma, erken uyanma, ara ara ve sık sık uyanma ve hipersomnia sık görülen ve önemli depresyon belirtilerindendir. Depresyona sebep olan legal ve illegal ilaçlar olduğu gibi, bazı tıbbi koşullarda da depresyon daha çok görülebilmektedir. Bu koşullarda depresyonun bağımsız olarak tedavisinin olması gerektiği unutulmamalıdır. Depresyona müdahale için doğru tanı koyabilmeli, tedavi için kanıtla yönelik prensipler doğrultusunda amaca yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Depresyona eşlik eden tıbbi durumu belirlemek ve tedavi etmek, hastayla terapötik anlaşma sağlamak, uygun tedaviyi belirlemek, tedaviye yanıtı sağlamak ve depresyonun tekrarını bloke etmek üzere izlemek ana prensiplerdir (Lam ve Mok, 2008).

Akut dönemin tedavisi genel olarak 6-8 hafta arasındadır. Amaç hastanın remisyona ulaşmasıdır. İdame tedavisi düzeldikten sonra genel olarak altı aydır. Bu süreçte hastalık belirtilerinin tekrar ortaya çıkmasına relaps denir. Altı aylık idame tedavisiyle birlikte hasta düzelmiş durumu semptomatik ve işlevsel olarak devam ettiriyorsa iyileşme gerçekleşir ve bu durumda depresyon atağı sona erer. Bu süreçten sonra yeni depresyon ortaya atağı çıkarsa yineleme (rekürrens) olarak adlandırılır. Tüm depresyon tedavisi boyunca intihar riski muhakkak düzenli olarak sorgulanıp incelenmelidir. Umutsuzluk ise en belirgin klinik belirleyicilerdendir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

1.2.1. Depresif Bozuklukların Tanınması

Depresyonun tanınmasında çeşitli zorluklar da görülmektedir. Kimi zaman hastalar depresyonu tanımlamakta zorluk çeker, vücutta ağrılardan, çarpıntı veya mide bulantısından yakılarak kederlerini, hayattan zevk almadıklarını ifade etmeye çalışabilirler. Hasta keder, isteksizlik duygularını tanımlayamayabilir veya bu duyguları söylemekten utanıp, bu semptomların ciddiye alınmayacağı endişesi ile doktora fiziksel şikayetlerle kalp çarpıntısı, nefes almada problem, vücutta uyuşma ve karıncalanmalar, vücutta gezen ve yaygın ağrılar, sindirim sorunları, bağırsak ve karında gaz, mide bulantısı gibi mide barsak şikayetleri ile başvurabilir. Depresyon belirtileri somut olmadığı için yakın çevresinin bu şikayetlere inanmayacağını, bu şikayetlerini küçümseyeceğini düşünerek problemlerini bedenleri ile ifade edebilirler. Söylemedikleri şikayetleri onlar yerine bedenleri söyler. Alkol, uyuşturucu, hap ve ağrı kesici tüketimi depresyonu gizleyebilir. Depresyonun tanıyabilmek için tıbbi disiplinler arası iş birliği ve bu iş birliğini geliştirmek önemlidir (Mete, 2008).

Hastanın ağrıları mevcutsa depresyonun varlığını ayırt etmek için ilk olarak ağrıyı kontrol altına almak, daha sonra depresyonu tekrar değerlendirmek gerekir. Umutsuzlukla beraber görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uyum göstermeme, kolay sinirlenme, iş birliğine yönelik olmayan davranışlar, öfke, kaygı ve uykusuzluk gibi nedenler ağrıya tepki olabilir ve ağrının tedavi edilmesi ile düzelebilir (Campbell, Clauw ve Keefe, 2003; Covic, Adamson ve Howe, 2002).

Tıbbi hastalıkla beraberinde görülen depresyonda intihara kalkışma sık olmama birlikte kendisinde veya ailesinde intihar hikayesi, kötü prognoz, kontrol altında tutulamayan ağrı, sosyal desteğin yokluğu veya azlığı, bir yakının kaybı, psikopatoloji hikayesi, kaygı, umutsuzluk, kendi hayatına son verme girişimi için risk etkenleri olarak sayılabilir (Roelofs ve ark., 2005). Teşhiste hangi depresyon semptomlarının öncelik taşıyacağı tartışılabilir; fiziksel semptomlardan çok disforik mizaç, güvensizlik, kendini suçlama, değersizlik, çaresizlik, konsantre olmada zorluk, ölüm isteği, intihar düşünceleri ile tanı koyulması uygundur. Yapılan araştırmalarda, kronik ağrısı bulunan hastalarda %20-80 gibi değişen oranlarda depresif semptomlara rastlanmaktadır. Bu değişkenlik gösteren oran, hasta seçim yöntemi, çalışmaların uygulandığı hasta grubu ve kullanılan araştırma araçları ile ilintili olabilir (Edmondson, 2000).

1.2.2. Depresyon Belirtileri

Depresyonun yaygın olarak görülen belirtileri şu şekilde sıralanabilir:

- Mutsuzluk, duygusallaşma, ağlama,
- Daha önce zevk aldığı şeylerden artık almama, ilgisizlik ve bir şey yapmada isteksizlik,
- Kendine zarar verme düşünceleri,
- Dikkati toplamada ve sürdürmede bozukluk,
- Uykuya dalmada, uykuyu devam ettirmede ve dinlenmiş uyanmada sorun,
- İştah problemleri, kilo da azalma, gerekenden fazla yeme,
- Kuvvetsizlik, yorgunluk, derman kaybı.

1.2.3. Depresyon Tedavisi

Depresyon fiziksel hastalıkta olağan bir yanıt değildir ve etkin bir biçimde tedavi edilmelidir. Depresyon tedavi yöntemleri dört bölümde incelenebilir. Bunlar, ilaç tedavileri, psikoterapiler, elektro konvülsif tedavi ve ışık tedavisidir. Tedavi akut evrede iyi olma halinin sağlanması, bu hali sürdürme döneminde iyilik halinin devamı, idame

döneminde tekrar rahatsızlanmanın engellenmesi amaçlıdır. Kronik rahatsızlıkta depresyon tedavisi ilaçların etkileşimleri, depresyon tedavisinin fiziksel hastalığın gidişatını etkileme riski açısından bazı özellikler barındırır, tedaviler anlatılırken bu özelliklere de değinilecektir (Mete, 2008).

Tedavinin öncesinde tanının doğru konulması çok önemlidir. Bu noktada islenecek adımlar şu şekildedir: Doğru tanı koymak, hastaya tanı ve tedavisi ile ilgili bilgi verip tedavi anlaşmasını yapmak, tedavi şekli, tedavinin süreci, yan etkileri ve olabilecek risk faktörlerini açıklamak, hasta ile beraber tedaviye karar vermek, etkili bir tedavi yöntemine en kısa zamanda başlamak, intihar riskini dikkate almak, hamilelik ve emzirme ile ilgili hastaya gerekli uyarıları yapmak, ilaçların etkileşimlerini dikkate almak, yeni başlanabilecek ilaçlarla ilgili uyararak, düzenli aralıklarla etkilerini ve yan etkilerini takip etmek (Ackermann ve ark., 2005).

1.2.3.1. Antidepresan İlaç Tedavisi

Kullanılan bütün antidepresanlar olumlu etki gösterip kullanılan psikotropun olumsuz etkileri ve ilaç etkileşimleri antidepresanların belirlenmesinde önemlidir. Tedavinin yaptığı etkinin 3-4 hafta içinde başlayacağı ve ilk 7-10 gün içinde birtakım yan etkilerinin görülebileceği hastaya anlatılmalıdır. Tedavi süresi hastanın iyileşme süresi, daha önce depresyon geçmişi olup olmadığı eğer depresyon geçmişi varsa kaç depresyon epizodu olduğu ile değişmektedir. Minimum 6 ay olmak üzere bu etmenlere göre bir tedavi zamanı belirlenip hasta ile bir tedavi sözleşmesi yapılmalı ve bu konuların netleştirilmesinin tedaviye uyum açısından pozitif etkisi vardır. Trisiklik antidepresanlar nöropatik ağrı, sebebi belirlenemeyen gezici ağrı hali, irritabl barsak sendromu ve tıbbi açıdan nedeni belirlenemeyen ağrıda etkin bulunmuş (Jackson ve ark., 2000) ve kimi araştırmalarda serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) karşı üstün bulunmuşlardır (Fishbain 2000, Lynch 2001). Trisiklik antidepresanların avantajları bu antidepresanların hepsinin etkinliğinin kanıtlanmış olması ve maliyetlerinin uygun oluşlarıdır.

Bu ilaçları pozitif getirileri ile olumsuz etkilerinin genel olarak ilk bir hafta süre ile sınırlı oluşu, daha fazla görülen yan etki baş ağrısı, gerginlik hissi, şişkinlik gibi hayati olarak risk bulundurmeyen yan etkilerin olması ve ilaç etkileşimlerinin daha az olması ve depresyonda oldukça etkili olmalarıdır. Triazolopiridinlerin (trazodon, nefazodon) avantajları ise diğerlerine göre daha az yan etki bulundurmaları ve depresyonda başarı sağlamalarıdır. Fakat buna rağmen trazodon için yeterli kadar araştırma verisi ve nefazodon için kronik hastalıklarda kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Monoaminooksidaz İnhibitörleri (MAOI) ekstrahepatik glukoz alımını artırarak kan şekeri seviyesini düşürürler. Geri dönüşümlü bir MAOI olan moklobemid, fibromiyaljide etkili olmayan kronik yorgunluk hastalığında yorgunluk bulgularında etkili olduğu bulunmuştur (Hickie ve ark., 2000; Rao, 2002; Salerno ve ark., 2002).

1.2.3.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Antidepresanlar etkisini ilaca başladıktan 3-4 hafta içinde gösterirler. Kimi hastalar ilaç tedavisine yanıt vermeyebilir. Tedavi sonucunun beklemenin risk oluşturduğu durumlarda ya da diğer tedavi yöntemlerinin etkili olmadığı koşullarda EKT (elektriksel şok tedavisi) tercih edilmektedir. İntihar riski yüksek, gıda almayı kabul etmeme nedeni ile susuz kalmış (dehidratasyon), elektrolit dengesinde hasar oluşmuş hastalarda EKT etkinliği ve hızlı etkisi ile önemli görülmektedir. Bu tedavi yöntemi gerekli önlemler alınmış bir ortamda hastaya grand mal epileptik nöbet geçirilmesidir. Kafa içi yer kaplayan tümör gibi oluşumlarda ve yeni kalp krizi geçirmiş kişilerde bu tedavi uygulanamaz. Nöbetle ilgili amnezi oluştuğu için hastalar bu oluşan dönemi anımsamaz, ağrı ve acı hissetmezler. Daha önceleri anestezi yöntemi kullanılmadan yapıldığı için nadiren çene ve omuz da çıkıklar, kol ve bacaklarda ağrılar görülmekte idi. Son yıllarda birçok kurum anestezili EKT yöntemini kullanmaya başlamıştır. Kısa süreli anestezi ile yapılan EKT önlemler alınıp koşullar sağlandığında daha güvenli bir uygulamadır. EKT adrenalin, kortizol, büyüme hormonu salınmasını artırır ve insüline antagonist etki yapar, diyabette normalden daha dikkatli olarak kullanılmalıdır (Mete, 2008).

1.2.3.3. Işık Tedavileri

Kış depresyonu yaşayan kimi hastalarda parlak beyaz ışığın depresyon semptomlarında etkili olduğu gözlemi ile sabah veya akşamları hastaya 30 dakika ışık uygulanması tedavisidir. İlaç tedavisini olumsuz yönde etkileyen bir etkileşim ise saptanmamıştır. Işığın kişinin fizyolojisini etkilediği ve hormonal sistemi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir.

1.2.3.4. Psikoterapiler

Depresyon hastalarında ilaç tedavileri ile beraber psikoterapi uygulanırsa tedavi başarısı artmaktadır (Mete, 2008). Psikoterapötik yaklaşım, kronik hastalık ve depresyonda psikoterapötik yaklaşımlar sadece ruhsal rahatsızlıklara değil yaşanan hastalıkla ilgili endişeler, hastalığın sebep olduğu kısıtlamalar gibi problemlere de odaklanmalıdır. Bilgilendirme programları kronik hastalıklarda genellikle ilk adımdır. Tüm çalışmalar hastaların gerektiği kadar bilgilendirilmediklerinden yakındıkları yönündedir. Yaşadıkları hastalıkları, tedavi programları, beslenme ve egzersiz programlarının hastaya tanıtımı hastaların tedavi sürecine uyumunu artırır, başa çıkmayı kolaylaştırır ve hastayı edilgenlikten etkin konuma geçirir. Hastalıkla ilgili sorumluluk almayı geliştirir (Keefe, 2000).

Kısa Süreli Terapi: Bir hedefe yönelik ve hastalık döneminde ve ilaç tedavisine destek olarak uygulanan bir terapidir. Bu terapini etkinliği ile ilgili yeteri kadar kontrollü çalışma olmamasına rağmen hasta grubunun gereksinimlerine uyan bir modeldir.

Davranış Terapisi: Davranış kuramı ve toplumsal öğrenme kuramını temel alıp geliştirilmiştir. Etkinlik çizelgesi oluşturma, özdenetim terapisi, toplumsal beceri kazandırma eğitimi ve sorun çözme yöntemleri kullanılabilir. Hafif ve orta düzeydeki depresyonda ilaç tedavisine destek olarak birlikte kullanıldıklarında etkili olduğu bulunmuştur.

Bilişsel Davranış Terapisi: Bireyin kendisi, çevre ve gelecekle ilgili inanç ve tutumlarının değişimini hedefleyen bir terapi yöntemidir. Hafif orta düzey depresyonlarda ve belli bir düşünce tarzının hâkim olduğu bireylerde yararlı olduğu görülmüştür. Kronik

hastalıklarda görülen depresyonun psikoterapisinde bilişsel davranışçı yaklaşımları temel alan grup tedavileri daha sık tercih edilmektedir. Daha fazla insana ulaşabilme, hastalar arası dayanışma ve paylaşmayı sağlama açısından faydalı bir yöntemdir. Davranışçı programların hedefi, yetersizlik, mağdur olma durumunun değiştirilmesi, kişiyi tedavisinde aktif bir konuma getirme ve tedavisinin, günlük yaşamının sorumluluklarını almasının sağlanması, hastanın işlevsel ve bağımsız bir duruma getirilmesidir. Sık kullanılan davranışçı yöntemler, nefes egzersizleri, kas gevşemesi, etkinlik planlaması ve ailenin eğitimidir. Ayrıca biyolojik geri-bildirim, hipnoz, girişkenlik eğitimi, işlevsel davranış tedavisi, hastanın eğitimi, aile terapisi, psikodinamik psikoterapiler, stresle baş etme, sosyal destek grupları ve iş-uğraş terapisi sayılabilir.

Evlilik Terapisi ve Aile Terapisi: Evlilik ve aile ilişkilerine dayalı bir terapi modelidir. Davranışçı yaklaşımlar, psikoeğitim, stratejik evlilik terapisi gibi teknikler kullanılarak depresyonun evlilik içindeki olumsuz etkilerinin azaltılması hedeflenmektedir.

Grup Terapisi: Genel olarak kronik rahatsızlığı olan kişilerin depresyon tedavisinde kullanılmıştır. Birbirine benzer problemleri olan kişilerin birbirine örnek oluşturması, destek olması gibi yararları vardır. Aynı zamanda diğer yöntemlere göre daha ekonomik bir yöntemdir.

Psikodinamik Psikoterapi ve Psikanaliz: Erken dönemde sevgi yoksunluğu ve bağlanmanın oluşmaması sonucu yetersizliklerin ortaya çıkması, katı bir üstbenlik ve çocukluk taleplerine bağlı çatışmaların sonucu olarak suçluluk duyguları ve kendini cezalandırma arzusundan söz edilir. Yüksek benlik hedeflerine ulaşamayan bireyin hayal kırıklıkları ile ilgili bilinç dışı çatışmaların nedensel önemi vurgulanır. Derinlemesine yaklaşımla kişideki depresyona neden olan mekanizmalar çözülüp ve değiştirilmeye çalışılır. Uzun sürmesi ve pahalı bir tedavi olmasıyla birlikte oldukça geniş bir kullanım alanı vardır. Kronik rahatsızlığı olan kişilerin bu tip tedavilere yönelimi genellikle düşüktür (Smith, Clarke ve Handrinos, 2000).

1.2.4. Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler

Kanser teşhisi konulmuş hastalarda majör depresyon oldukça sık karşılaşılan bir psikiyatrik bozukluktur. Bu yaygın durum sebebiyle majör depresyon ve ilişkili faktörlerine erken tanı konulması uygun tedavi yaklaşımlarına yön verecektir. Kanseri hastalarında intihar düşüncesinin yoğunluğu da önemlidir. Onkoloji servisi ve polikliniklerinde psikososyal destek ve psikiyatrik tedavi yaklaşımları üzerinde titizlikle durulmalıdır (Tokgöz ve ark., 2008).

Dünyada iskemik kalp rahatsızlıklarından sonra ikinci en sık ölüme neden olan hastalık kanserdir. Kanseri hastalarında psikiyatrik komorbiditenin yaşam boyu varlığı %30-40'tır. Majör depresyon kanseri hastalarında bulunan en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Majör depresyon kanseri hastalarının yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu, öz bakımını, hastalığın gidişatını ve uygulanan tedaviye yanıtını olumsuz olarak etkilemektedir (Tokgöz ve ark., 2008).

Onkoloji bölümlerine başvuran kanseri tanısı konmuş olan 100 hasta (53 erkek, 47 kadın) ile yapılan bir çalışmada majör depresyonun yaygınlığı kadın kanseri hastalarında erkek hastalara oranla daha yüksekti. Hastaların %50'sinde uyku bozukluğu bulunmuştur. Uyku bozukluğu oranı göğüs kanserli hastalarda %20, akciğer kanserli hastalarda %15 olarak bulunmuştur. Kanseri hastalarının %11'inde intihar düşüncesinin olduğu belirlenmiştir. Ölüm düşüncelerinin sıklığı kanseri teşhisinin konmasından sonra geçen süre ile birlikte artmaktadır (Tokgöz ve ark., 2008).

1.3. Kaygı

Kaygı, bunalım ya da anksiyete olarak da tanımlanmaktadır. Fizyolojik belirtiler olarak kalp çarpıntısı, soluk almada zorluk, hızlı hızlı sık nefes alma, ayaklarda ve ellerde seğirme ya da titreme, aşırı terleme gibi semptomların yanında psikolojik belirtiler her an kötü bir şey olacakmış hissi görülmektedir. Bazı tanımlamalar kaygıyı, bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlayarak korkudan ayırt etmektedir. Anksiyete, çift yönlüdür. Ruhsal gelişimi olumlu olarak etkileyebilirken engelleyici işlev de görebilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Sürekli kaygı durumu ise belli bir nedene bağlı olmadan sürekli olarak bulunan ve devam eden genel kaygı hali olarak tanımlanabilir (Ögüt, 2000). Bir başka açıklamaya göre bazı kişiler ise kendilerini sürekli olarak huzursuzluk içinde hissederler. Genel olarak mutsuzdurlar. Doğrudan bir tehlikeye odaklı olmayan bu kaygı türü içsel dünyadan kaynaklanmaktadır. Kişi öz değerlerinin tehdit edildiğini düşünmesi ya da bulunduğu durumları stresli olarak görmesi sonucunda kaygı duymaktadır. Bu durum sürekli kaygının tanımı olarak görülmektedir.

Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan insanların diğer kişilere oranla kolaylıkla incindikleri ve daha fazla karamsarlık hissine kapıldıkları görülmektedir. Sürekli kaygı durumunu yaşayan kişiler durumluk kaygıyı da diğer kişilere oranla daha fazla ve daha yoğun biçimde yaşarlar. Genel anlamda negatif duyguların yaşandığı anlar da kaygının ortaya çıkmasına sebep olabilir. Kaygıya dair semptomlar, kaygıyı oluşturan dış koşullardan onu oluşturan kişiye doğru yaklaştıkça ağırlaşır. Herhangi bir duruma bağlı olan kaygı o durum içinde yaşanır ve bireyi zorlayan durumun sona ermesi ile birlikte kaygıya dair belirtiler de ortadan kalkar. Fakat sürekli kaygı kişiye dair bir nitelik olarak var olur ve farklı durumlarda daha çok hissedilmekle birlikte hayatın tamamını kaplar.

Sürekli kaygı durumunda birey, sebebi belirsiz bir endişe, kötü bir şeyler olacak düşüncesi içindedir. Kaygının kişide devamlı olması ve yoğunluğu, günlük iş ve aktivitelerini etkileyebilmekte, ağırlaştığı durumlarda kişinin yaşantısı bütün olarak etkilenebilmektedir. Bunlar çeşitli konularda denetimsiz şekilde vesveseli olma ya da olağan ölçülerin dışında abartılı tepki gösterme durumlarından oluşur (Ültanır, 2003;173). Sürekli kaygı teriminin yerine patolojik anksiyete terimini kullanır. Anksiyete sürekli hale gelip, fizyolojik belirtiler ön plana çıkınca, kişinin mesleki ve sosyal fonksiyonlarında düşüş olması, kişiler arası ilişkilerinde problemlere neden olması durumunda patolojik anksiyete adını alır (Arslan, 2007).

Temel olarak kaygı, bireye rahatsızlık veren bir olay ya da durumun kendisinden değil olayın birey üzerinde taşıdığı anlamdan kaynaklanmaktadır. Bu olumsuz anlamlandırmaların oluşturduğu kaygılar bireyin kendisinden şüphe duymasına hatta güvensizlik duymasına neden olur. Aynı zamanda işe dikkatini verme yeteneğini de azaltır ve onu iş yapamaz durumuna getirir. Zihinsel olarak yorgun hissetmeye ve kişinin performansının düşmesine sebep olur (Kutlu ve Bozkurt, 2004).

Kaygının kişi üzerindeki yaptığı etki davranışsal, fizyolojik ve psikolojik açıdan değişmektedir. Kimi bireyler bedensel rahatsızlıklardan söz ederken, diğerleri ise sebeplerini adlandıramadıkları bir takım endişe ve korku yaşadıkları durumları ifade etmektedirler. Çifter (1986) kaygının kişi üzerindeki fizyolojik semptomlarının ise şöyle ifade eder: Genel olarak göğüste daralma hissi, basıncı uygulanmış hissi, derin ve seri nefes alma halleri ve yalancı astım bronşiyal halleri gibi solunum problemleri, kalpte çarpıntı hissi, taşikardi, kan basıncında değişmeler, el ve ayaklarda soğukluk veya sıcaklık basmaları, vücutta karıncalanma, uyuşma, ağızda kuruluk, iştah eksikliği, baş ağrısı, uykuya dalma da bozukluk, uykuyu alamama, yorgun uyanma, genel uyku problemleri, sinir sisteminde yaşanan bozulmalar, kaslarda gerginlik sıkıntı, nevrozunda sıklıkla görülmektedir. Genellikle bu kaygı durumunu yaşayan bir kişide birden fazla yakınma ve semptom görüldüğünü ifade eden Köknel (1995) bu semptomları ruhsal olandan bedensel olana doğru şu şekilde sıralar: Gergin hissetme, endişe duyma, panik durumu, korku, şaşkınlık, tedirginlik hissi, ağızda kuruluk, mide bulantısı, kalpte çarpıntı, baş dönmesi, baş ağrısı, vücutta güçsüzlük ve halsizlik, iştahta azalma ya da iştah kaybı, kas gerginliği, mide bağırsak yakınmaları, kalp ritminde bozulmalar, solunum sayısında artma, terleme, ellerde ve vücutta titreme, uyku problemleri.

Öztürk (2004) ise yoğun kaygı durumunda olan bireydeki semptomları şu şekilde gruplandırmaktadır:

1. Genel davranışlar: Rahatsız huzursuz hissetme, endişeli, gergin postur, hareketlerde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık, bazen yerinde duramama.

2. Konuşma: İletişim kurma durumunda zaman zaman konuşmada zorlanma görülebilir, iletişim kurarken genel olarak endişeli, gergin ve huzursuzdur.

3. Duygusal durum: Bu bireylerde genel olarak hep huzursuz hissedip kötü bir şey olacak durumunun hâkim olması. Genellikle göğsüne baskı uygulanıyormuş gibi nefes almada zorluk yaşarlar.

4. Bilişsel Boyut: Dikkatte dağınıklık ve dikkati sürdürmede sorunun yanında geçici unutkanlık durumu yaşayabilir. Anlamada ve öğrenmede de problemler güçlükler olabilir.

5. Fizyolojik belirtiler: Kan basıncında yükselme, kalp ritminin hızlanması, taşikardi genel olarak kaslarda gerginlik, vücuttaki kılların dikleşmesi, gözbebeklerinde büyüme, ağızda kuruluk, yüzde solma.

Papas'a (1997) göre ise, aşırı kaygının hafif rahatsızlıklardan insanı güçsüz bırakıp daha zor rahatsızlıklara dek birçok belirtisi bulunmaktadır. Birey bu rahatsızlıklardan bir kısmını veya çoğunu ayrı ayrı veya beraber yaşıyor olabilir. Bu psikolojik semptomlar şunlardır (Akt. Arslan, 2007):

1. Bacakların titreklik ve vücutta dengenin bozulması,
2. Soluk almada zorluk ve boğuluyormuş hissi,
3. Baş dönmesi, baygınlık geçirme veya sersemlik hissi,
4. Kalbin ritminde bozulma sekerek atma hissi,
5. Göğüste baskı ve sıkışma,
6. Vücutta uyuşukluk veya karıncalanma hissi,
7. Boğulma hissiniin olması veya soluk borusuna bir şey tıkanmış gibi hissetmek,
8. Ciltte kızarıklık veya kabartılar oluşturan sıcak basmaları,
9. Mide bulantısı, dışkının sıvılaşması ve baş ağrıları,
10. Takıntılar ve kişinin içinden gelen yenilmesi zor dürtüler.

Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Hoeksema (1999) genelleşmiş anksiyete kavramını kullanırlar. Bu bireylerin yüksek dereceli bir gerilim hissi yaşadıklarını, vakitlerinin büyük bir bölümünde belirli olmayan bir rahatsızlık hissi veya endişe hissettiklerini, orta derecedeki stresörlere bile olması gerekenden aşırı tepki gösterme eğilimindedirler. Bunun yanında potansiyel problemleri için devamlı endişelendiklerini,

bir Őeye yoğunlaşmakta ve karar veya kararlar almakta zorlandıklarını ifade eder. Zorla karar aldıkları zaman da bile aldıkları bu karar başlı başına bir endişe haline gelmektedir.

Bebeklik çağında, çocuğun annesinden ayrıldıktan sonra gösterdiği ayrılma kaygısı doğal karşılanırken, çok iyi fırsatlar sunulmasına rağmen yaşadığı Őehirden başka bir Őehre gidemeyen yetişkin bir bireyin kaygısı normal olarak karşılanmaz. Temel olarak kaygı kişinin içinde bulunduğu yaşa göre de normal ve patolojik olarak değerlendirilebilir (Güleç, Kahraman ve Sezer, 2013). Kaygı durumunda endişeli, tedirgin bir bekleyiş görülür, zlme ve kendine ya da sevdiklerine, başkalarına kötü bir Şey olabilme senaryolarını ve buna benzer kötü durumları düşünmekten kendini alıkoyamama hali ortaya çıkar (Cüceloğlu, 1991).

1.3.1. Kaygının Kuramsal Açıklamaları

Farklı kuramlar kişilerde kaygının nasıl oluştuğunu ve kişiye nasıl yerleştiğini açıklamışlardır. Psikanalitik Yaklaşım, Davranışsal Yaklaşım, Bilişsel Yaklaşım, Biyolojik Yaklaşım ve Varoluşçu Yaklaşımın kaygı ile ilgili görüşleri verilecektir. Atkinson, Atkinson, Smith, Bem, Nolen ve Hoeksema (1999) bu kuramları Şu Şekilde açıklamaktadır.

1.3.1.1. Psikanalitik Kuram

Freud'a göre anksiyete, fiziksel veya toplumsal çevreden gelecek tehlikelere kişiye uyarma, gerekli olan uyumu sağlama ve yaşamı devam ettirme işlevlerine yardımcı olur. Fakat mantıksız bir durum halini oluşursa uyum işlevselliğini yitirir ve normal olmayan davranışların ortaya çıkmasına sebep olur. Oluşan bu baskı sebebiyle düşünce duygusal enerjiden kopar, birikmiş olan enerji ise anksiyeteye dönüşerek boşalım meydana gelir (Geçtan, 2000).

Egonun dış dünyadan algıladığı tehlikeler üç tip anksiyetenin oluşmasında neden olmaktadır. Bu çeşitler ise şu şekilde gösterilebilir:

- Gerçeklik Anksiyetesi: Dış çevrede tehlikeli bir durumun algılanması ile ortaya çıkan korkutucu bir duygudur. Bu tip anksiyete doğumumuzdan itibaren bizimle olabileceği gibi, öğrenme sonucunda da oluşabilmektedir.
- Ahlaksal Anksiyete: Ego üzerinde suçluluk ve utanç duygusunu oluşturur. Özellikle süper egonun vicdan bölümünün tehlike sayıldığı koşullarda ortaya çıkar. Temelinde çocukluk yıllarında anne babanın cezalandırıcı davranışları ile ortaya çıkar.
- Nevrotik Anksiyete: İçgüdülerden gelen tehlikenin algı düzeyinde etki etmesiyle ortaya çıkar. Bir açıdan, ego içgüdülerinin birden boşalma arzularının önlenmemesi durumunda ortaya nelerin çıkabileceği korkusudur. Birey nevroitik anksiyetenin kaynağının ne olduğunun bilincinde değildir.

Freud anksiyete vakasını enerji dağılımı çerçevesinde incelemiştir. Bir enerji sistemi olan ruhsal aygıt, içsel denge (homeostatis) ilkesi ile işlemlendiğinden kendi sınırları içinde ortalama bir uyarılma seviyesini devam ettirmek ister. Bundan dolayı her bir kısmın kullandığı enerjiyi kontrol altında tutmak zorundadır. Ruhsal aygıt bu misyonu yeteri kadar yapamazsa fazla gelen enerji bedensel kanallardan boşalır ve anksiyete oluşur. Başlıca enerji dağıtımından sorumlu olan egonun gelişiminin yeterli olmaması veya enerji alt sistemleri içindeki çatışmalarda anksiyete ile sonuçlanan işleyişte bozulmalara sebep olabilirler. Bu nedenle de anksiyete oluşturan durumlarla karşılaşıldığında ego var olan seviyesini korumak ya da dış dünyayla gerekli olan ilişkileri devam ettirebilmek için yeni mantık bileşimleri yapmak zorundadır. Buna da savunma mekanizmaları adı verilir (Karahana ve Sardoğan, 1994). Fenichel (1945) itki ile savunma arasında en kolay uyuma, savunmanın görünür duruma gelmesine neden olan anksiyete olduğunu düşünmektedir. Anksiyete de genel olan iç gerilim, kendisini daimî olarak serbest bir anksiyete veya anksiyeteye yatkın olma şeklinde gösterir. Gergin bir kişi, bir tehlike durumunda olağan bir kişiden ayrı tepki gösterir.

Fakat baskı bir itkinin düşünce içeriğinin bilinç seviyesine ulaşmasını önlerse de o düşünceyle ilişkili duygusal aksiyonu ortadan kaldıramaz. Bu sebeptir ki düşünce, duygusal enerji ögesinden ayrılmış olur. Biriken aksiyon ise anksiyeteye dönüştürülerek boşalım gerçekleşir (Geçtan, 2000). İnsan yavrusunun biyolojik güçsüzlüğü, onu zaruri olarak acı veren bir gerilim durumuna iter. Organizmanın hâkim olabildiği limitleri geçen oranlarda uyarımla karşılaşması durumunda travmatik olaylar vuku bulur.

Bu travmatik durumların duygularla birleşmesi sonucunda ise, daha sonraki farklı duyguların ve kuşkusuz anksiyetenin de temelini oluşturur. Bunlar primer anksiyete duyularıdır. Doğumla ortaya çıkan primer anksiyete gerilimin ben buradayım deme yoludur. Primer anksiyete hâkim olunamamış iç ve dış uyaranlar tarafından meydana getirilir ve acı veren bilinçli bir duygu olarak algılandığı derecede, egonun başına gelen ve katlanılması zaruri bir olay gibi yaşanmaktadır. Yaşamın daha sonraki süreçlerinde primer anksiyeteye benzer yaşantılar, travmatik olaylara boyun eğmek zorunda kalan bireylerde ortaya çıkar. Güçlü olmayan bir kişilikte korkunç bir olgu olarak hissedilmekte olan, kontrol altında tutulamayan karşısında durulamayan anksiyete buhranı ortaya çıkmaktadır. Yani bir egemenlik olma yetersizliği, uyaranla kuşatılma hali, edilgin ve kendiliğinden oluşan bir biçimde hissedilir. Yapılmak istenen davranışların tasarımsal olarak daha evvelden yaşanması ve bundan kaynaklı olarak planlanması ile birlikte tehlike düşüncesi oluşur. Ego, henüz travmatik olmayan bir durumun, tehlike olabileceğini bildirir ve anksiyete yaşanır. Buradaki anksiyete, gelecekteki olabilecek şeyin tasarımsal olarak daha önceden yaşanmasıdır (Arslan, 2007).

En temel haliyle anksiyete, arzularını doyuramayan çocuğun fizyolojik yetersizlik durumudur. Kendi içgüdüsel arzularımızın tehlikeli olabileceklere düşüncesi korkuyu oluşturur. Bununla birlikte egonun içgüdüsel itkilere hâkim olma arzusu ile birleşince anksiyete oluşur. Anksiyete, çoğunlukla tehlikeli hareketleri tamamen engelleme yoluyla aktif kalırlar, bununla beraber zaman zaman anksiyeteye savaşma durumları da tekrarlanır ve ego korku duyulan hareketin tekrarıyla korkuyu alt etmekten fonksiyonel bir haz duyar (Arslan, 2007).

Otto Rank, anksiyetenin doğum travmaları sırasında oluştuğunu düşünür. Rank'ın kuramına göre ilk anksiyete, bireyin hayatı boyunca yaşam korkusu ve ölüm korkusu şeklinde ortaya çıkmaktadır (Geçtan, 2000). Yaşam korkusunun bireyin hali hazırda olan bağlarından kendisini ayrı kılacak olan yaratıcı imkânların varlığını kendisinde algıladığında ortaya çıkan kaygı olmasına rağmen, bireyin kendi kişiliğini kaybettiğini ve bütünü içinde kendini kaybettiğini hissettiğinde ortaya çıkan kaygıdır (Dinçmen, 1981).

Adler, bireydeki aşağılık duygusunun anksiyeteye sebep olduğunu savunmaktadır. Birey bu sebepten dolayı acı ve eksiklik hisseder. Bu sebeple de üstünlük ve güvenlik sağlamak için anksiyete ile diğerlerini kontrol altında tutmaya çabalar. Bireyde eksiklik hislerinin ödünlenmesi ve itibar görme uğraşlarının başarılı olamadığı koşullarda çaresizlik hissi kaygıyı oluşturur (Çavuşoğlu,1990).

Sullivan, kaygının kişinin güvenliğinin imgesel veya gerçek bir tehdit unsuru ile karşı karşıya geldiği anda yaşanan duygu olduğu fikrindedir. Yoğunluğu arttığı derecede kişinin ihtiyaçlarına doyum sağlama yönünde bir düşünüş meydana gelir, ilişkilerinde bozulmalar ortaya çıkar ve düşünce düzeni aksamaktadır. Kaygının yoğunluğu, tehlikenin önem derecesine ve bireyin savunma aktivitelerinin etkinlik seviyesine göre değişir. Yoğun kaygı bireyi şaşırılmış bir halde ve çaresiz bir durumda bırakır, yaşanmakta olan bu hissin sebepleri anlaşılabilir. Buna karşılık, yoğunluk olarak daha az yoğun durumda olan kaygı, kişinin kendisini ve etrafını değerlendirebilmesine yardım eder, yaşam koşullarında yapmasını gerektiren değişiklikler hususunda ona data sağlamaktadır (Geçtan,2000).

Fakat kişi, yoğun kaygı durumuna sona erdirilebilecek içgüdüsel tepkilerden yoksundur. Örneğin; bebeğin kaygı nedeni ağlaması ya etkisiz kalır ya da bu durumu daha da zorlaştırır. Bebeğin ağlaması annenin kaygısının artmasına sebep olacağından, bebeğin kaygısı da artar. Bebeklik döneminde meydana gelen kaygı, ancak içinde bulunduğu durumun değişmesiyle sona erebilir. Buna karşın, yetişkin birey, kaygıya engel olmak, onu düşürmek ya da kaygıdan korunmak için bazı davranışlar oluşturur (Geçtan, 2000).

1.3.1.2. Davranışsal Yaklaşım

Davranışsal psikologlar, öğrenme kuramı üzerinde çalışırlar. Yaklaşımın öncülerinden Eysenck, temelini kültürel faktörler ve öğrenme ile ilintili sebeplerin oluşturulduğunu ifade etmektedir. Nevrotik anksiyetenin klasik şartlanma ile oluştuğu düşüncesindedir. Aynı şekilde klasik şartlanma yoluyla önleyebilirler. Anksiyete kazanılmış ikincil bir dürtü olduğu gibi, ikincil pekiştirmenin de temelidir. Birincil dürtü olarak acı ve ağrı duygusunu inceleyecek olursak, nötr uyaranlar bu duygularla şartlanarak anksiyete veya korku cevabı uyandırmaktadır (Arslan, 2007).

Bu öğrenilmiş cevaplarda, ikincil itki olarak yeni anksiyetenin kazanılmasında pekiştirici rolündedirler. Anksiyeteyi içsel çatışmalardan çok özgül dışsal olaylardan tetiklenmiş olarak görürler. Genelleşmiş anksiyete, birey çoğu gündelik durumla mücadele edemeyeceğini hissettiği, sonuç olarak günlük hayatının büyük bölümünü endişeyle geçirdiği durumda ortaya çıkar (Karahana ve Sardoğan, 1994).

1.3.1.3. Bilişsel Yaklaşım

Kaygının oluşmasında kişilerin mevcut durumları ve olayları olduğundan farklı yorumlama eğilimindedir. Kişiler bu yorumlar sonucunda çarpık bilişler ve ara inançlar oluşturmakta ve bu durum kaygının giderek artmasına neden olmaktadır. Bireyler durum ve olayların gerçekleşme olasılıklarını ve sonuçların olumsuzluğunu abartarak değerlendirirler. Bilişsel yaklaşım, kişilerin düşünce biçimlerine bağlı olarak kaygı semptomları geliştirdiklerini ve bilişlerin değişmesi sonucunda kaygının da ortadan kalkacağını belirtmektedir (Arslan, 2007).

1.3.1.4. Biyolojik Yaklaşım

Anksiyetenin ailenin bütününe etkileme ihtimali üzerinde durur. Genelleşmiş anksiyeteye sahip bireylerin anne babalarının ve kardeşlerinin bir bölümü benzer durumda etkilenmektedir. Bu bireyler için anksiyete yalnızca kalıtsal olarak

düşünülemez, çünkü doğal olarak birlikte yaşarlar ve birbirlerine benzeyen deneyimlere sahiptirler (Gülseren, 2012).

1.3.1.5. Varoluşçu Yaklaşım

Kişi açıklanması gereken bir obje değil, bir var oluştur. Bu var oluşun içinde ise düşünüldüğü gibi anksiyete, bir hastalık değil, yaşamın sorumluluklarından firarın bir açıklanmasıdır. Birey dünya içinde var oluşunu ortaya koyma mücadelesi ile meşgulken hem kendi varlığından haberdardır hem de başka birilerinin var olduğunu biliyordur. Bu arada kendine ait özellikleri ortaya çıkarmak isteyen insan başka insanlarla arasında bir set oluşturmak ister. Var oluşuna bir mana kazandırmak isteyen kişi yalnızlığının ayırdına varınca anksiyete hisseder (Arslan, 2007).

Varoluşçu psikiyatrinin Amerika'da ki temellerini atan Rollo May, anksiyetenin iki farklı şekilde oluştuğu görüşündedir. Pozitif olan tarafı; kişinin kendisini korkutan koşullarla yüzleşmeyi göze alarak farklı yaşama imkânlarını açmasını sağlamaktadır. Hüzün, karamsarlık ve acı veren tarafı ise; anksiyete bu fırsatlardan uzak durup kısıtlı bir alan içinde sınırlanan ve bazı kuralların esiri olarak yaşamını sürdürmeye sebep olur (Geçtan, 2000).

1.3.2. Kaygıyı Etkileyen faktörler

İnsanlardaki anksiyetenin faydalı veya zararlı olup olmadığını anlayabilmek için kaygının seviyesinin ve başarılması hedeflenen misyonun zorluk seviyesinin bilinmesi gerekir. Bu sebepten de anksiyeteyi etkileyenin neler olduğunun bilinmesinin zorunluluğu üzerinde duran Alisinanoğlu ve Ulutaş (2005) bu sebepleri yaş, cinsiyet, ana-baba davranışları, anne-babanın eğitim durumu, sosyoekonomik durum, anne- babanın mesleği, kardeş sayısı ve çocuğun başarı düzeyi yönünden inceler. Yaş, anksiyeteyi etkileyen kayda değer bir faktördür. Kişinin gelişiminde her bireyin kendine özgü gelişimsel özelliklerinin dışında kaygıları da vardır. Her yaş seviyesinde anksiyetenin kuvveti ve devamlılığı değişir (Arslan,2007).

Cinsiyet durumuna göre de anksiyete farklılık göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre (Özusta, 1993; Varol, 1990) kadınların anksiyete düzeyi erkeklerin anksiyete düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat, Ordu (1997) kadınlar ve erkekler arasında sürekli kaygı durumlarında fark bulamamıştır. Anne baba davranışları da anksiyetenin yerleşmesinde etkili olmaktadır. Çocukluk dönemlerinde karşılaşılan aşırı reddedici, küçük düşürücü davranışlar, fiziksel ve psikolojik engellemeler, aşırı koruyucu davranışların anksiyetenin kökeninin çocuklukta yıllarında yerleşmesine sebep olmaktadır. Bu konuda yapılmış araştırmalara göre eğitim seviyesi düşük ailelerin çocuklarına yönelik tutumlar, eğitim düzeyi daha yüksek ailelerin davranışlarıyla farklılık göstermektedir (Akt.: Arslan, 2007). Alisinanoğlu ve Ulutaş'ın (2005) aktardığına göre, Gümüş (1997) anne babanın eğitim seviyesi ile çocukların anksiyete seviyesi arasında belirgin bir fark olduğunu, anne babası üniversite mezunu olan çocukların kaygı seviyelerinin daha az olduğunu belirlemiştir.

Sosyoekonomik düzeyinin düşük olması ailenin ana ihtiyaçlarını sağlayamamasına, bu sebepten de yaşamdan tatmin olmamalarına sebep olabilmektedir. Bu da aile içi ilişkilerde huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik ve tedirginlik şeklinde dışa yansiyabilmektedir (Arslan,2007).

Anne baba mesleği ile ilgili Varol (1990) bir araştırma hazırlamıştır. Baba mesleği çiftçi, işçi, esnaf gibi meslek gruplarından olan öğrencilerin kaygı seviyelerinin, babası memur, subay ve serbest meslek olanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bunun dışında anne mesleklerinin karşılaştırıldığında ise, annesinin mesleği ev hanımı, işçi, esnaf olan öğrencilerin anksiyete seviyelerinin anne mesleği serbest meslek olanlara göre daha yüksek olduğu belirlemiştir.

Akkaya (1999) üniversite öğrencilerinde anksiyetenin sebeplerini belirli kılmak amacıyla bir araştırma yapmıştır. Öğrencilerin anksiyete seviyeleri arasında arkadaş ilişkileri, barınılan yer, akademik başarı seviyesi gibi değişkenler açasından kayda değer seviyede farklılık bulmuştur. Bunun dışında, cinsiyet, öğrencilerin okudukları fakülte, bölüm, ailede kaç çocuğun olup olmadığı, anne baba davranışları ve istedikleri meslek grupları gibi değişkenler yönünden de kayda değer bir fark bulamamıştır.

Farklı sosyal ortamların nasıl algılanacağını bize bunu içinde yaşadığımız kültürün öğrettiğini düşünen Cüceloğlu (1993) bu sebeptendir ki hangi ortamın nasıl bir anksiyete oluşturacağını da kültürden kültüre farklılık gösterdiği görüşündedir. Ancak bazı genellemeler yaparak anksiyete duygusuna sebep olan nedenleri şu şekilde sıralar:

1. Desteğin Çekilmesi: Kişinin alışlagelmiş etrafındaki desteklerin yok olduğu koşullarda anksiyete oluşur.
2. Olumsuz Bir Sonucu Bekleme: Fazla çalışma, hazırlık yapmadan bir sınava girme, trafik cezasının ne kadar olacağını açıklanacağı trafik mahkemesinin sonucunu bekleme, gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkacağı durumlar anksiyete oluşturur.
3. İç Çelişki: İnanmış olduğumuz ve değer verdiğimiz bir düşünceyle, yaptığımız davranış arasında bir zıtlık olduğu zaman anksiyete oluşur. Örneğin, nükleer silahların insan ırkını ortadan kaldıracak güçte tehlikeli bir gelişme içinde olduğunu düşünen kişi, bu silahların üretildiği bir klinikte çalışmak zorunda ise, kendini sürekli bir kaygı içinde bulur.
4. Belirsizlik: Gelecek zamanlarda ne olacağını tahmin edememek, kişiler için en belirgin anksiyete sebebidir.

Çağlar (1981) ise, anksiyetenin sebebini çocukluk dönemlerine bağlar ve anksiyetenin temelinde hatalı eğitimin bulunduğunu söyler. Çocukluk dönemlerinde onlarla ilgilenip, büyüten kişilerin uyguladıkları hatalı eğitim çocuklarda anksiyete ye neden olur. Bunlar dört başlık olarak toplanmaktadır:

1. Erken yaşlardan başlayan korkulu eğitim tarzlarının uygulanması. Örneğin, yaramazlık yapan çocuğu engellemek için “sen yaramazlık yapmaya devam edersen, ben de ev den giderim” diyen bir ebeveyn çocuğunda anksiyetenin oluşmasına zemin hazırlar.
2. Aşırı derecede koruma: Çocuğa kendisini hiçbir şeyden korumasına izin vermemek “ben kendimi koruyamam” algısını geliştirme.
3. Çocuğa geleceği ile alakalı yanlış öngörülerde bulunarak endişeye sürüklenme: “Çok çalışmaz başarılı bir insan olmazsan, biz hayatımızı kaybedince sen sokaklarda kalırsın, bir lokma ekmeğe bile muhtaç kalırsın, işte bu sokaklarda gördüğün çocuklar senin gibi çalışıp

başarılı olmamış, anneleri babaları ölmüş, onlarda sonuç olarak sokakta kalmış” gibi endişeye sürükleyen öyküler.

4. Çocuğa korkunç yaşantılar yaşatma: Çocukları birden fazla durumda tek başına bırakarak onları kendi kendilerinin anlayamayacakları ve kendilerine açıklamayacakları durumlara terk etme gibi farklı davranışlar çocuklarda anksiyetenin kök salmasının temellerini atmaktadır.

Geçtan’a (2000) göre; çocukluk dönemlerinde anksiyeteli kişilerin bulunduğu çevrede yaşamını sürdüren kişilerde anksiyete gelişir. Örneğin, annenin yoğun anksiyeteli olduğu bir durumda yoğun anksiyetesi olan bir çocuk, aklında yeni bağlantılar oluşturarak çevresindeki başka kimseler ve durumlar karşısında da anksiyete duymaya başlar ve bu durumlardan uzak kalmayı öğrenir. Freud (1926) kaygının sebebini bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki yaşantılarıyla açıklar. Kaygıyı kullanılmayan ruhsal aksiyonun dolaylı bir belirtisi olarak açıklar. Diğer bir deyişle, yaşam içgüdüleri dolaylı olmayan bir anlatım tarzı bulamazlarsa, enerjileri yol değiştirir ve kaygıya dönüşür (Akt.: Geçtan, 2000).

Kaygı gelişiminin iki dönemi bulunmaktadır: Birincil anksiyete ve sonraki anksiyeteler. Birincil kaygı ya ilk örnek doğum olayıdır. Doğum sırasında bebek, yeterli bir savunması bulunmaksızın birçok sayıda uyarıya karşı karşıya gelir ve bu durumun oluşturduğu kaygı ileriki yaşamdaki kaygıların ilk örneği oluşturur. Doğum anından önce etrafını saran sıcak, ses geçirmeyen ve ışık bulunmayan siyah bir ortamda yaşamını sürdüren kişi kendini aniden uyum sağlama yetisinin ötesinde, ışık, gürültü, sıcaklık farklılıkları ve dokunma uyarılarıyla kaplı bir ortamda buluverir. Bu beklenmeyen değişikliğe ilk tepki nefes alıp verme, ağlama, yoğun kalp atışları vb. belirtiler şeklinde olur. Yetişkin insan yaşamında karşılaşılan bazı uyarılar, kaygı oluşturacak özellikte olmamalarına rağmen, ilk çocukluk dönemlerine dair can sıkıcı uyarıları ya da o olayları hatırlattıkları için kaygıya sebep olmaktadır. Çocuk gelişirken kaygıya karşı “savunular” ismi verilen uyum mekanizmaları geliştirir ki, bu mekanizmalar otomatikleşerek bundan sonraki yaşamda anksiyete oluşturan her koşulda tekrar belirirler (Geçtan, 2000).

Kaygı anneden çocuğuna empati aracılığıyla geçmektedir. Sallivan'a göre annenin bakışları, sesinin tonu ve genel durumu bu aktarımı oluşturur. Anneden geçen kaygı sonucunda ocuk, paradaksik düşünce bağları oluşturarak, yakın çevresindeki başka kişilere karşı da kaygı duygusu geliştirir ve kendinde kaygı oluşturan koşullardan uzak durabilmeyi öğrenir (Akkaya, 1999).

Sheehan (1996) anksiyetenin sebeplerini genetik yatkınlık, çocukluk dönemlerindeki yetişme tarzı, fiziksel etkenler, i çatışmalar, öğrenilmiş bir tepki, i konuşmalar ve sosyal belirleyiciler olarak düşünmektedir.

Genetik Eğilimler: Bir kişi, ne kadar basit kırılabilir ise anksiyete bozukluğu yaşaması için az bir tane stres yeterli olmaktadır. Bazı kişiler için günlük stres kuvveti bir anksiyeteyi başlatmak için yeterli olmaktadır. Bu tür bir yatkınlığa sahip olmayan kişilerde anksiyetenin oluşması için aşırı düzeyde stres gereklidir.

Yetiştirilme Tarzı: Örneğin, eğer anne baba gezegeni içinde yaşamanı sürdürmenin ürkütücü olduğu bir yer olarak düşünürse, aşırı koruyucu ve gvensizse, bu çocuğun kabul edilebilir bir düzeyde olmayan anksiyete yaşamasına sebep olabilir. Erken ocukluk yıllarında birileriyle veya özel bir kişiyle sevgi bağı kurmada başarısızlık, reddedilme veya terk edilme durumlarına bağlı olarak daimî anksiyete yaşanabilir.

İ atışmalar: Psikanalitik kuram, içgüdüler, sosyal yetiştirilme ve bilinç arasında bir i çatışma bulunduğu durumlarda anksiyetenin oluştuğunu söylemektedir. Bu atışma birey tarafından tahmin edilebilir ya da tahmin edilemeyebilir. Çatışmayı alt etme becerisinin güçsüzlüğü kişiyi çatışmaya aldırmamaya veya çatışmayı inkr etmeye çalıştığı bir duruma sürükleyebilir. atışmaya eşlik eden anksiyete bu koşulda, kolayca kaçınılabılır içsel olmayan durumlarla, faaliyetlerle ya da nesnelere ilişkilendirilir.

ğrenilmiş Bir Tepki Olarak Kaygı: Kimi bireyler için hoş olmayan, korku veren travmatik bir olay anksiyetenin başlangıcı olabilir. Bu durumda korku dolu tepki, şartlanma durumunda, olağan olarak herhangi bir anksiyete eylemiyle karşılanacağını beklemediğimiz belli bir uyararla birleşebilir. Sonuç olarak şartlanma durumunda travmatik bir anksiyete bozukluğu oluşabilir.

Fiziksel Etkenler: Herhangi bir fiziksel rahatsızlık anksiyete hissinin sebebi olabilir. Bu durum bir şekilde tanı konulup tedavi edildiğinde bu durumla ilgili anksiyete azalır. Ancak bazı hastalıklar veya ilaçlar sempatik sinir sisteminin etkilerini artırabilir ve bu sebepten anksiyetenin fiziksel semptomlarını oluşturabilir. Örneğin, kalp yetmezliğinde, kalbin durumu kalp çarpıntısı ve soluma da zorluğa sebep olabilir veya endokrin dengesizliklerinde fazla çalışan tiroid bezleri kalp çarpıntısına sebep olabilir.

İç Konuşma: Genel olarak anksiyeteli kişiler, kendileriyle alakalı negatif ve anksiyeteli bir tavırla konuşmaya eğilimlidirler. Örnek olarak, kendileriyle ilgili tekrarlanan ve reel olmayan anksiyeteli düşüncelere yoğunlaşırlar. Burada anksiyeteye sebep olan şey, bir eylem durumu değil, korkutucu düşüncelerdir.

Başa Çıkma Davranışı: Genel olarak anksiyeteli insanlar, zorluklarla başa çıkma konusunda güçsüzdürler. Anksiyeteye sebep oluşturan durumlarla karşılaşmak yerine, bu durumlardan kaçmaktadırlar. Bu insanlardaki kaçınma davranışı anksiyeteyi besler ve ardı sıra bu daha çok kaçınmayı getirir. Kişinin yakınları çevresi de onun bu hayat biçimine müsamaha gösterdikleri zaman, anksiyete oluşturacak durumlardan kaçma davranışı en basit seçenek haline gelir

Sosyal Belirleyiciler: Kişi, ne denli güçlü görünürse görünsün, eğer zaman içinde üzerine fazla stres yüklenirse aşırı bir anksiyete yaşar ve bu anksiyeteye daha fazla baş edemeyeceğini düşünebilir. Bu durumlar eşinden ayrılma, emeklilik kararı verme, önemli iş değişiklikleri, uyuma alışkanlıklarındaki farklılaşmalar, bireysel alışkanlıkların gözden geçirilmesi gibi yaşam olayları olabilir.

1.4. Kanser Hastası Yakınlarında Psikolojik Sağlık

Kanser hastalığı denilince, isminin vermiş olduğu korku, daha çok gelecek ile ilgili olmak üzere kaygı, hastalığın tanı ve tedavi sürecinde olabilecek problemlerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda görülmeyecek kadar fazla negatif yönde etkilemektedir. Kanser gibi hayatı doğrudan tehdit eden bir hastalıkla mücadele halinde olmak hasta ve yakınlarında ciddi anlamda bir psikolojik zorlanmayı meydana getirmektedir. Çünkü kanser hastalığı günümüzde karamsarlık, katlanılmaz

ağrılar, umutsuzluk, korku ve ölümle aynı paydada görülmektedir. Kanser hastalığı ve etkileri ile ilgili yapılan çalışmalarda kanser hastalarının sayıca büyük bir kısmında olağan tepkilerin ötesinde psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilebileceğini ortaya koymaktadır. Kanser hastalığının tedavisinde önemli bir yeri olan kemoterapinin; enfeksiyonlar, mide bulantısı, kusma ve tedavi sırasında veya sonrasında oluşabilecek yan etkiler, uzun süreli hastanede kalmayı gerektirmesi sebebiyle yaşam kalitesini bozmaktadır. Kanser teşhisi konulan kişiler kadar ailenin diğer bireylerini de günlük yaşam rutinlerinin değiştiği ve kanser hastalarının ailelerinin de streslerinin arttığı bilinmektedir. Bunun nedenlerinden biri olarak rutinleri bozulan kişiler daha fazla hastayla ilgilenmekte ve günlük programlarını da hastanın durumuna göre düzenlemektedir (Çivi ve ark., 2011).

Kanserli hastaya evde bakım verme hastalık olayının tümü ile aile üyelerinin günlük hayatına girmekte ve günlük rutinlerinin bozulmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple ailenin diğer bireylerinde hayat akışındaki rol kaybı veya rol değişikliği olabilir. Fallowfield de hastalık döneminde, aile bireylerinin hastalardan daha çok kaygı, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve ruhsal problemler yaşadıklarını ve tüm bunların sonucunda immün sistemlerinin bozulması ile fiziksel hastalık risklerinin oldukça arttığını belirtmektedir. Kanser hastanın kendisi ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal hayattaki değişiklikler, bu bireylerin yaşam kalitelerinin tartışılmasına neden olmuştur. Kanser ve kanser tedavisinin, hasta ve ailenin diğer bireylerinin yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlara etkisi olduğunun bilinmesi ile elde edilecek datalardan yararlanılarak planlanacak bakımın, kanserli hasta ve ailenin diğer bireylerinin yaşam koşullarını pozitif kılmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir (Çivi ve ark., 2011).

Kanser hastalarının dışında kanser hasta yakınlarında da çeşitli duygu durumları gözlemlenmektedir. Kanser hastalarının yakınlarında görülmekte olan davranışlarla muhtemel duygulara aşağıdaki örnekler verilebilir (Terakye, 2011);

Duygu: Kontrolünde olmamaya bağlı güçsüzlük, çaresizlik hissi (eli kolu bağlı olma durumu) hastalığın inkârı, durumun ciddiyetini kabul etmeme.

Davranış: Hekimin, hemşirenin hastanın her yaptığına müdahil olma, aşırı ilgi, kaçınma, ilgisizlik, hastanın yanında bulunmaktan çok hastanın odası haricinde yerlerde vakit geçirme.

Duygu: Umudun yitirilmesi, depresif duygulanım.

Davranış: Uzmanların söylediklerini uygulamama, yapılması gerekenleri ihmal etme, söylenenleri unutma, sık sık ağlama, uyku problemleri ve yorgunluk.

Kanser, tanı sürecinden başlayan tedavi ve palyatif dönemi içeren her aşamasında hasta ve hasta yakınlarında duygusal etkilenme ve bunun sonucunda gelişen psikolojik bozukluklar (depresyon, anksiyete) yaratır. Bu nedenle hastalığın her evresinde hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastaların hastalıkları konusunda bilgilendirilmelerinin depresyon düzeylerini anlamlı derece düşürdüğü saptanmıştır (Alacacıoğlu, 2007).

Kanser teşhisi, aile üyeleri ve yakınlarında ciddi bir anksiyete ve gerilim yaratmaktadır. Sevdikleri kişideki yaşanan ruhsal ve fiziksel değişikliklerin, acının ve çaresizliğin tanıkları olan hasta yakınları, rol değişiklikleri, hastanın aile içi görevlerini üstlenme, çalışamayacak aile üyelerinin eksikliğinin ardından gelen ailenin gelirlerindeki azalma ve tedavinin oluşturduğu maddi buhranlar ve bu zorlukları karşılamaya yönelik çabalar doğrultusunda yorgun ve mutsuzluk eşlik eder. Bilhassa hastanın bakımıyla birebir ilgilenen kişide, mevcut moral bozukluğunun dışında hastaya bakmanın neden olduğu fiziksel zorluklar bedensel rahatsızlıkların da oluşmasına neden olabilmektedir. Son dönemde gitgide çoğalan araştırmalar kanserin aile bireylerindeki stres oluşumundaki etkisini ortaya koymuştur. Hastalık süresince, aile bireylerinin hastalardan daha çok anksiyete, depresyon, yorgunluk, halsizlik, rol çatışması, sosyal anlamda izole olma ve benzer birçok sorun yaşadıklarını ve bunların sonucunda da immün sisteminin bozulması ile fiziksel hastalıklara davetiye çıkarıldığını ortaya koymaktadır. Baral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hasta yakınlarında teşhisin konulduğu ilk ayda orta veya şiddetli depresyon %62 dolaylarında iken, teşhisin öğrenilmesinden 6 ay sonra bu oran %90'a kadar çıkmaktadır. Yine yapılan bu çalışmada en az depresyon kadar dikkate değer başka sonuçlar da her dönemde yüksek olduğu görülen kaygı ile orta ve ileri dönemde artmış olan somatizasyondur (Alacacıoğlu, 2007).

1.5. Araştırma Hipotezleri

Yapılan çalışmada sınına hipotezler şu şekildedir:

H₁: Ailesinde kanser tanısı olan katılımcıların depresyon düzeyleri olmayan katılımcılara oranla anlamlı şekilde yüksektir.

H₂: Ailesinde kanser tanısı olan katılımcıların anksiyete düzeyleri olmayan katılımcılara oranla anlamlı şekilde yüksektir.

H₃: Ailesinde kanser tanısı olan katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri olmayan katılımcılara oranla anlamlı şekilde düşüktür.

H₄: Depresyon, Anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ailesinde kanser tanısı olanlarda ve olmayanlarda farklılık göstermektedir.

H₅: Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Yapılan çalışmaya İstanbul'un çeşitli ilçelerinde yaşayan, 19-57 yaş aralığında ve yaş ortalaması $26,58 \pm 6,50$ olan 122'si kadın ve 78'i erkek olmak üzere toplam 200 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılım süreci tamamen gönüllük esaslarına uygun olarak yürütülmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları

Yapılan anket veri toplama tekniği tercih edilmiştir. Hazırlanan ankette demografik veri formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği bulunmaktadır.

2.2.1. Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ailelerinde kanser geçmişi ve süreci, sigara-alkol ve madde kullanım bilgileri gibi demografik soruların yer aldığı formdur. Demografik veri formu Ek 1'de verilmiştir.

2.2.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

Dünya Sağlık Örgütü (1998) tarafından bireylerin yaşam kalite düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek Eser ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek bireylerin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik düzeylerini ölçmektedir. Ölçekte beşli likert tipinde 27 madde bulunmaktadır. Ölçekte ters yönlü

madde bulunmamaktadır. Alınan yüksek puan yüksek yaşam kalitesini göstermektedir. Bu çalışma için iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Ek 2’de verilmiştir.

2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından bireylerin depresyon düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek Hisli (1989) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Kendi bildirim ifadeli dördümlük likert tipinde 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 0-63 arasında değişmektedir ve ters yönlü madde bulunmamaktadır. Yüksek puan yüksek depresyon düzeyini göstermektedir. Ölçekte tek toplam puan bulunmamaktadır. Beck Depresyon Ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği Ek 3’te verilmiştir.

2.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin anksiyete düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Kendi bildirim ifadeli dördümlük likert tipinde 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 0-63 arasında değişmektedir ve ters yönlü madde bulunmamaktadır. Yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini göstermektedir. Ölçekte tek toplam puan bulunmamaktadır. Ölçek geneli için hesaplanan iç tutarlık katsayısının 0,96 olduğu görülmüştür. Beck Anksiyete Ölçeği Ek 4’te verilmiştir.

2.3. İşlem

Koronavirüs pandemi koşulları kapsamında veri toplama süreci internet üzerinden yürütülmüştür. Katılımcılara anket formunun bulunduğu bağlantı linki gönderilmiş ve cevaplar Google Forms üzerinden toplanmıştır. Elde edilen veriler içerisinde eksik ve hatalı katılımcıların çıkarılması sonucunda 200 kişi ile çalışma yürütülmüştür.

2.4. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizinde SPSS.26 (Statistical Package of Social Sciences) kullanılmıştır. Kişi ve yüzde dağılımları için frekans analizi, ölçek ve alt boyut toplam puanlarının incelenmesinde betimleyici istatistik, iç tutarlık katsayılarının incelenmesinde madde analizi, iki kategori arası ortalamalar arası farkın incelenmesinde Bağımsız Örnek t Testi, ölçek ve altboyut toplam puanları arası ilişkilerin araştırılmasında Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyinin incelenmesinde $p=0,05$ kriteri göz önüne alınmıştır.



BÖLÜM 3

BULGULAR

Yapılan çalışmaya 122 kadın ve 78 erkek katılmıştır. Katılımcıların 157'si bekarken 43'ü evlidir. Lise ve altı eğitim seviyesinde 7 kişi, üniversite eğitim seviyesinde 146 kişi ve yüksek lisans/doktora eğitim seviyesinde 47 kişi bulunmaktadır. Ailesi ile yaşayan 105 kişiye karşın ailesi ile yaşamayan 95 kişi vardır.

Katılımcıların 94'ünün ailesinde kanser öyküsü bulunmakta ve 106'sının ailesinde kanser öyküsü bulunmamaktadır. Ailesinde akciğer kanseri olan 20 kişi, bağırsak kanseri olan 3 kişi, beyin kanseri olan 1 kişi, dalak kanseri olan 2 kişi, karaciğer kanseri olan 5 kişi, kemik kanseri olan 2 kişi, kolon kanseri olan 4 kişi, lenf kanseri olan 3 kişi, lösemi olan 4 kişi, meme kanseri olan 20 kişi, mide kanseri olan 11 kişi, pankreas kanseri olan 3 kişi, prostat kanseri olan 6 kişi ve rahim kanseri olan 5 kişi vardır. Kanserden yakınıni kaybeden 83 kişi vardır. Psikolojik sorunu olan 37 kişinin yanında olmayan 163 kişi vardır. 36 kişi psikolojik sorunu için yardım almıştır. 14 kişinin intihar girişimi varken 186 kişinin yoktur.

Tablo 3.1.
Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	122	61,0
	Erkek	78	39,0
Medeni durum	Bekar	157	78,5
	Evli	43	21,5
Eğitim durumu	Lise ve altı	7	3,5
	Üniversite	146	73,0
	Yüksek lisans/Doktora	47	23,5
Aile ile yaşama durumu	Evet	105	52,5
	Hayır	95	47,5
Ailede kanser öyküsü	Evet	94	47,0
	Hayır	106	53,0

Değişken	Kategori	n	%
Kanser türleri	Akciğer	20	10,0
	Bağırsak	3	1,5
	Beyin	1	0,5
	Dalak	2	1
	Karaciğer	5	2,5
	Kemik	2	1,0
	Kolon	4	2,0
	Lenf	3	1,5
	Lösemi	4	2,0
	Meme	20	10,0
	Mide	11	5,5
	Pankreas	3	1,5
	Prostat	6	3,0
	Rahim	5	2,5
	Kanserden vefat durumu	Evet	83
Hayır		117	58,5
Psikolojik sorun	Evet	37	18,5
	Hayır	163	81,5
Sorun için yardım alma	Evet	36	18,0
	Hayır	164	82,0
Madde kullanımı	Evet	26	13,0
	Hayır	174	87,0
İntihar girişimi	Evet	14	7,0
	Hayır	186	93,0
Toplam		200	100,0

Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutları, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları için hesaplanan betimleyici istatistikler Tablo 3.2'de verilmiştir. Eğiklik ve basıklık değerlerinin incelenmesinin sonucunda parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 3.2.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistik

Ölçek/Alt Boyut	Min	Max	\bar{x}	ss	Çarpıklık	Basıklık
Yaşam Kalitesi	54	120	91,84	13,70	-0,362	-0,314
Genel Sağlık	2	10	6,67	1,42	-0,447	0,259
Fiziksel Sağlık	11	35	27,66	4,43	-0,556	0,446
Psikolojik Sağlık	9	29	19,93	4,23	-0,523	-0,289
Sosyal İlişkiler	3	15	10,04	2,38	-0,474	0,144
Çevre	14	37	27,53	4,28	-0,184	-0,231
Depresyon	0	45	12,67	10,18	0,790	-0,107
Anksiyete	0	54	15,00	13,56	1,062	0,137

Kadın ve erkek katılımcıların yaşam kalitesi ($t_{(198)}=2,826$; $p<0,01$), genel sağlık ($t_{(198)}=2,826$; $p<0,01$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=2,640$; $p<0,01$), sosyal ilişkiler ($t_{(198)}=4,106$; $p<0,001$) ve çevre ($t_{(198)}=2,059$; $p<0,05$) puan ortalamaları için anlamlı fark bulunmuştur. Kadın katılımcıların puan ortalamalarının erkek katılımcılardan yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 3.3.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Cinsiyet	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Kadın	122	93,99	12,54	2,826	198	0,005**
	Erkek	78	88,47	14,81			
Genel Sağlık	Kadın	122	6,92	1,34	3,073	198	0,002**
	Erkek	78	6,29	1,49			
Fiziksel Sağlık	Kadın	122	27,92	4,55	1,030	198	0,304
	Erkek	78	27,26	4,23			
Psikolojik Sağlık	Kadın	122	20,56	3,71	2,640	198	0,009**
	Erkek	78	18,96	4,81			
Sosyal İlişkiler	Kadın	122	10,57	2,06	4,106	198	0,000***
	Erkek	78	9,21	2,63			
Çevre	Kadın	122	28,02	3,98	2,059	198	0,041*
	Erkek	78	26,76	4,64			
Depresyon	Kadın	122	11,64	8,21	-1,809	198	0,072
	Erkek	78	14,29	12,56			
Anksiyete	Kadın	122	13,57	10,86	-1,875	198	0,062
	Erkek	78	17,23	16,80			

* = $p<0,05$; ** = $p<0,01$; *** = $p<0,001$

Sonucunda 25 yaş altı ve 26 yaş üstü olan katılımcıların yaşam kalitesi ($t_{(198)}=-2,857$; $p<0,01$), genel sağlık ($t_{(198)}=-4,468$; $p<0,001$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=-5,857$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler ($t_{(198)}=-2,616$; $p<0,05$), depresyon ($t_{(198)}=4,223$; $p<0,001$) ve anksiyete ($t_{(198)}=3,291$; $p<0,01$) puan ortalamaları için anlamlı fark bulunmuştur. 26 yaş üstü katılımcıların yaşam kalitesi, genel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamaları en yüksekken depresyon ve anksiyete puan ortalamaları en düşük bulunmuştur.

Tablo 3.4.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Yaş	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	25 yaş altı	119	89,60	14,53	-2,857	198	0,005**
	26 yaş üstü	81	95,14	11,71			
Genel Sağlık	25 yaş altı	119	6,32	1,51	-4,468	198	0,000***
	26 yaş üstü	81	7,20	1,12			
Fiziksel Sağlık	25 yaş altı	119	27,71	4,31	0,209	198	0,834
	26 yaş üstü	81	27,58	4,64			
Psikolojik Sağlık	25 yaş altı	119	18,60	4,57	-5,857	198	0,000***
	26 yaş üstü	81	21,90	2,67			
Sosyal İlişkiler	25 yaş altı	119	9,68	2,60	-2,616	198	0,010*
	26 yaş üstü	81	10,57	1,94			
Çevre	25 yaş altı	119	27,29	4,38	-0,977	198	0,330
	26 yaş üstü	81	27,89	4,14			
Depresyon	25 yaş altı	119	15,08	11,19	4,223	198	0,000***
	26 yaş üstü	81	9,14	7,21			
Anksiyete	25 yaş altı	119	17,54	15,53	3,291	198	0,001**
	26 yaş üstü	81	11,26	8,85			

= $p<0,01$; *= $p<0,001$

Ailesi ile yaşayan ve yaşamayan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ($t_{(198)}=2,466$; $p<0,001$) puan ortalamaları için anlamlı fark bulunmuştur. Ailesi ile yaşayan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.5.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Aile İle Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Aile ile yaşama	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	105	91,30	14,26	-0,580	198	0,563
	Hayır	95	92,43	13,11			
Genel Sağlık	Evet	105	6,61	1,39	-0,681	198	0,497
	Hayır	95	6,75	1,47			
Fiziksel Sağlık	Evet	105	27,67	4,63	-0,002	198	0,982
	Hayır	95	27,65	4,23			
Psikolojik Sağlık	Evet	105	19,73	4,47	-0,708	198	0,480
	Hayır	95	20,16	3,96			
Sosyal İlişkiler	Evet	105	9,83	2,49	-1,318	198	0,189
	Hayır	95	10,27	2,27			
Çevre	Evet	105	27,47	4,44	-0,219	198	0,827
	Hayır	95	27,60	4,12			
Depresyon	Evet	105	14,34	10,86	2,466	198	0,015*
	Hayır	95	10,83	9,09			
Anksiyete	Evet	105	16,06	13,49	1,165	198	0,245
	Hayır	95	13,82	13,64			

*= $p<0,05$

Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan katılımcıların yaşam kalitesi ($t_{(198)}=-5,339$; $p<0,001$), genel sağlık ($t_{(198)}=-4,516$; $p<0,001$), fiziksel sağlık ($t_{(198)}=-2,933$; $p<0,01$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=-5,315$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler ($t_{(198)}=-4,048$; $p<0,001$), çevre ($t_{(198)}=-4,727$; $p<0,001$), depresyon ($t_{(198)}=5,319$; $p<0,001$) ve anksiyete ($t_{(198)}=7,964$; $p<0,001$) puan ortalamaları için anlamlı fark bulunmuştur. Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların yaşam kalitesi ve alt boyutlar puan ortalamaları en düşükken depresyon ve anksiyete puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.6.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Ailede Kanser Öyküsüne Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Ailede kanser	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	94	86,69	12,46	-5,339	198	0,000***
	Hayır	106	96,41	13,17			
Genel Sağlık	Evet	94	6,21	1,38	-4,516	198	0,000***
	Hayır	106	7,08	1,35			
Fiziksel Sağlık	Evet	94	26,70	3,83	-2,933	198	0,004**
	Hayır	106	28,51	4,76			
Psikolojik Sağlık	Evet	94	18,35	4,18	-5,315	198	0,000***
	Hayır	106	21,34	3,78			
Sosyal İlişkiler	Evet	94	9,34	2,37	-4,048	198	0,000***
	Hayır	106	10,66	2,24			
Çevre	Evet	94	26,09	4,10	-4,727	198	0,000***
	Hayır	106	28,81	4,04			
Depresyon	Evet	94	16,49	10,43	5,319	198	0,000***
	Hayır	106	9,29	8,70			
Anksiyete	Evet	94	22,07	14,76	7,964	198	0,000***
	Hayır	106	8,72	8,45			

=p<0,01; *=p<0,001

Ailesinde kanserden dolayı vefat eden yakını olan ve olmayan katılımcıların yaşam kalitesi ve alt boyutları, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları için anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.7.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Ailede Kanserden Dolayı Vefat Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Ailede kanser vefatı	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	71	87,55	11,41	1,175	92	0,243
	Hayır	23	84,04	15,23			
Genel Sağlık	Evet	71	6,15	1,29	-0,711	92	0,479
	Hayır	23	6,39	1,64			
Fiziksel Sağlık	Evet	71	26,99	3,74	1,265	92	0,209
	Hayır	23	25,83	4,06			
Psikolojik Sağlık	Evet	71	18,45	4,11	0,405	92	0,687
	Hayır	23	18,04	4,46			
Sosyal İlişkiler	Evet	71	9,45	2,38	0,790	92	0,431
	Hayır	23	9,00	2,35			
Çevre	Evet	71	26,51	3,76	1,772	92	0,080
	Hayır	23	24,78	4,87			
Depresyon	Evet	71	16,41	9,43	-0,131	92	0,896
	Hayır	23	16,74	13,30			
Anksiyete	Evet	71	22,01	14,61	-0,069	92	0,945
	Hayır	23	22,26	15,53			

Psikolojik sorunu olan ve olmayan katılımcıların yaşam kalitesi ($t_{(198)}=-4,193$; $p<0,001$), genel sağlık ($t_{(198)}=-4,990$; $p<0,001$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=-5,042$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler ($t_{(198)}=-3,073$; $p<0,01$), çevre ($t_{(198)}=-3,110$; $p<0,01$), depresyon ($t_{(198)}=5,169$; $p<0,001$) ve anksiyete ($t_{(198)}=6,633$; $p<0,001$) puan ortalamaları için anlamlı bir fark bulunmuştur. Psikolojik sorunu olan katılımcıların yaşam kalitesi ve alt boyutlar puan ortalamaları en düşükken depresyon ve anksiyete lçeği puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.8.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Sorun Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Psikolojik sorun	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	37	83,65	16,54	-4,193	198	0,000***
	Hayır	163	93,70	12,29			
Genel Sağlık	Evet	37	5,68	1,49	-4,990	198	0,000***
	Hayır	163	6,90	1,32			
Fiziksel Sağlık	Evet	37	26,46	5,50	-1,836	198	0,068
	Hayır	163	27,93	4,12			
Psikolojik Sağlık	Evet	37	16,95	5,06	-5,042	198	0,000***
	Hayır	163	20,61	3,72			
Sosyal İlişkiler	Evet	37	8,97	3,03	-3,073	198	0,002**
	Hayır	163	10,28	2,16			
Çevre	Evet	37	25,59	4,63	-3,110	198	0,002**
	Hayır	163	27,97	4,09			
Depresyon	Evet	37	20,03	12,62	5,169	198	0,000***
	Hayır	163	11,01	8,77			
Anksiyete	Evet	37	27,11	16,12	6,633	198	0,000***
	Hayır	163	12,25	11,28			

=p<0,01; *=p<0,001

Psikolojik sorunu için yardım alan ve almayan katılımcıların yaşam kalitesi ($t_{(198)}=-4,001$; $p<0,001$), genel sağlık ($t_{(198)}=-4,199$; $p<0,001$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=-5,212$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler ($t_{(198)}=-2,776$; $p<0,01$), çevre ($t_{(198)}=-3,259$; $p<0,01$), depresyon ($t_{(198)}=4,457$; $p<0,001$) ve anksiyete ($t_{(198)}=5,560$; $p<0,001$) puan ortalamaları için anlamlı fark bulunmuştur. Psikolojik sorunu için yardım alan katılımcıların yaşam kalitesi ve alt boyutlar puan ortalamaları en düşükken depresyon ve anksiyete puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.9.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Sorun İçin Yardım Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Yardım alma	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	36	83,86	16,16	-4,001	198	0,000***
	Hayır	164	93,59	12,49			
Genel Sağlık	Evet	36	5,81	1,45	-4,199	198	0,000***
	Hayır	164	6,87	1,35			
Fiziksel Sağlık	Evet	36	26,72	5,19	-1,405	198	0,161
	Hayır	164	27,87	4,24			
Psikolojik Sağlık	Evet	36	16,81	5,05	-5,212	198	0,000***
	Hayır	164	20,62	3,71			
Sosyal İlişkiler	Evet	36	9,06	2,94	-2,776	198	0,006**
	Hayır	164	10,26	2,20			
Çevre	Evet	36	25,47	4,54	-3,259	198	0,001**
	Hayır	164	27,98	4,10			
Depresyon	Evet	36	19,22	12,51	4,457	198	0,000***
	Hayır	164	11,24	9,03			
Anksiyete	Evet	36	25,61	16,26	5,560	198	0,000***
	Hayır	164	12,66	11,73			

= $p<0,01$; *= $p<0,001$

Madde kullanan ve kullanmayan katılımcıların genel sağlık ($t_{(198)}=-2,162$; $p<0,05$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=-2,069$; $p<0,05$), depresyon ($t_{(198)}=2,455$; $p<0,05$) ve anksiyete ($t_{(198)}=2,466$; $p<0,05$) puan ortalamaları için anlamlı bir fark bulunmuştur. Madde kullanan katılımcıların yaşam kalitesi alt boyutlar puan ortalamaları en düşükken depresyon ve anksiyete puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.10.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının Madde Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	Madde kullanma	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	26	87,73	16,24	-1,647	198	0,101
	Hayır	174	92,45	13,22			
Genel Sağlık	Evet	26	6,12	1,86	-2,162	198	0,032*
	Hayır	174	6,76	1,34			
Fiziksel Sağlık	Evet	26	27,08	4,99	-0,718	198	0,473
	Hayır	174	27,75	4,35			
Psikolojik Sağlık	Evet	26	18,35	4,85	-2,069	198	0,040*
	Hayır	174	20,17	4,09			
Sosyal İlişkiler	Evet	26	9,35	2,54	-1,594	198	0,113
	Hayır	174	10,14	2,35			
Çevre	Evet	26	26,85	4,95	-0,872	198	0,384
	Hayır	174	27,63	4,18			
Depresyon	Evet	26	17,19	11,92	2,455	198	0,015*
	Hayır	174	12,00	9,76			
Anksiyete	Evet	26	21,04	18,21	2,466	198	0,015*
	Hayır	174	14,09	12,55			

*= $p<0,05$

İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcıların genel sağlık ($t_{(198)}=-3,479$; $p<0,01$), psikolojik sağlık ($t_{(198)}=-3,435$; $p<0,01$), depresyon ($t_{(198)}=3,101$; $p<0,01$) ve anksiyete ($t_{(198)}=3,530$; $p<0,01$) puan ortalamaları için anlamlı fark bulunmuştur. İntihar girişimi olan katılımcıların yaşam kalitesi alt boyutlar puan ortalamaları en düşükken depresyon ve anksiyete puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.11.
Araştırma Ölçek ve Altboyut Toplam Puan Ortalamalarının İntihar Girişimi Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt boyut	İntihar girişimi	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Yaşam Kalitesi	Evet	14	83,07	14,69	-2,516	198	0,013
	Hayır	186	92,50	13,44			
Genel Sağlık	Evet	14	5,43	2,17	-3,479	198	0,001**
	Hayır	186	6,77	1,32			
Fiziksel Sağlık	Evet	14	26,14	5,56	-1,331	198	0,185
	Hayır	186	27,77	4,33			
Psikolojik Sağlık	Evet	14	16,29	4,14	-3,435	198	0,001**
	Hayır	186	20,21	4,12			
Sosyal İlişkiler	Evet	14	8,93	2,06	-1,815	198	0,071
	Hayır	186	10,12	2,40			
Çevre	Evet	14	26,29	3,63	-1,128	198	0,261
	Hayır	186	27,62	4,32			
Depresyon	Evet	14	20,64	12,94	3,101	198	0,002**
	Hayır	186	12,08	9,73			
Anksiyete	Evet	14	27,00	16,78	3,530	198	0,001**
	Hayır	186	14,09	12,90			

**= $p<0,01$

Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılar için depresyon puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında ($r=-0,73$; $p<0,001$), genel sağlık puanı arasında ($r=-0,70$; $p<0,001$), fiziksel sağlık puanı arasında ($r=-0,32$; $p<0,01$), psikolojik sağlık puanı arasında ($r=-0,77$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler puanı arasında ($r=-0,55$; $p<0,001$) ve çevre puanı arasında ($r=-0,59$; $p<0,001$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılar için anksiyete puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında ($r=-0,70$; $p<0,001$), genel sağlık puanı arasında ($r=-0,70$; $p<0,001$), fiziksel sağlık puanı arasında ($r=-0,28$; $p<0,01$), psikolojik sağlık puanı arasında ($r=-0,74$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler puanı arasında ($r=-0,54$; $p<0,001$) ve çevre puanı arasında ($r=-0,57$; $p<0,001$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ailesinde kanser öyküsü olmayan katılımcılar için depresyon puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında ($r=-0,64$; $p<0,001$), genel sağlık puanı arasında ($r=-0,54$; $p<0,001$), fiziksel sağlık puanı arasında ($r=-0,50$; $p<0,001$), psikolojik sağlık puanı arasında ($r=-0,65$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler puanı arasında ($r=-0,60$; $p<0,001$) ve çevre puanı arasında ($r=-0,39$; $p<0,001$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ailesinde kanser öyküsü olmayan katılımcılar için anksiyete puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında ($r=-0,50$; $p<0,001$), genel sağlık puanı arasında ($r=-0,45$; $p<0,001$), fiziksel sağlık puanı arasında ($r=-0,48$; $p<0,001$), psikolojik sağlık puanı arasında ($r=-0,45$; $p<0,001$), sosyal ilişkiler puanı arasında ($r=-0,36$; $p<0,001$) ve çevre puanı arasında ($r=-0,29$; $p<0,01$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo geneli incelendiğinde, depresyon ve anksiyete toplam puanları ile yaşam kalitesi, genel sağlık alt boyutu, psikolojik sağlık alt boyutu, sosyal ilişkiler alt boyutu ve çevre alt boyutu toplam puanları arasındaki ilişkilerin, ailesinde kanser tanısı olan katılımcılarda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12.
Ailesinde Kanser Öyküsü Olan ve Olmayan Katılımcılar İçin Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ailede Kanser Öyküsü	Ölçek/Alt Boyut	Yaşam Kalitesi	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevre
Evet	Depresyon	-0,73***	-0,70***	-0,32**	-0,77***	-0,55***	-0,59***
	Anksiyete	-0,70***	-0,70***	-0,28**	-0,74***	-0,54***	-0,57***
Hayır	Depresyon	-0,64***	-0,54***	-0,50***	-0,65***	-0,60***	-0,39***
	Anksiyete	-0,50***	-0,45***	-0,48***	-0,45***	-0,36***	-0,29**

SONUÇ

Kanser, hastalara doğrudan etkisinin yanı sıra çevreye de dolaylı etkileri bulunmaktadır. Bu dolaylı etkilerden en çok etkilenen ise kanser hastasına bakım verenler ve yakın çevresidir. Bu çalışmada yakınlarında kanser tanısı olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri incelenmiştir. Bu kısımda elde edilen bulgular alanyazın çalışmaları ile tartışılmıştır.

Yapılan karşılaştırma analizleri sonucunda ailesinde kanser öyküsü alan katılımcıların yaşam kalitesi anlamlı şekilde düşüken depresyon ve anksiyete düzeyleri anlamlı şekilde yüksektir (Bknz Tablo 3.6). Ayrıca ailede kanser tanısı olup olmama durumunun ölçekler arasındaki ilişkiyi de etkilediği görülmüştür (Bknz Tablo 3.12). Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcılarda yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin daha anlamlı olduğu görülmüştür. Yakın çevrede kanser hastalığının bulunması kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kanser gibi ölümcül sonuçları olan bir hastalığın yakın çevrede olması ve bu gerçekliğin hayata girmesi günlük rutinin bozulmasına neden olmaktadır (Mor, Allen ve Malin, 1994). Kanser hastasında yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler yakınlarının yaşam kalitesinde de düşüşü beraberinde getirmektedir (Özkan ve Alçalar, 2009). Çivi, Kutlu ve Çelik (2011) de çalışmasında kanser hastası yakınlarında genel sağlık, yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir.

Kanser hastalarının dışında kanserin bakım verenlerin psikolojik sağlıkları üzerindeki etkisi, bakım vermenin sonucunun yaygın olarak hasta bakım vereni ve yakını üzerinde negatif bir alan olmuştur (Given, Given ve Sherwood, 2012). Yapılan çalışmalarda hasta bakımını karşılayan aile yakını veya bakım verenlerin gelecekle ilgili endişe ve şüphe duydukları, birçok durumu düzeltmek gereken enerjiye sahip olmadıkları, korku, kaygı, keder, stres, depresyon ve güvensiz hissetme gibi duyguları beraberinde getirdikleri ve tıbbi tedavilerle ilgili yaşadıkları stresin, bakım verenlerin ölüm oranını 5 yıl içinde ciddi oranda artırdığı saptanmıştır (Al Jauissy, 2010; Erdoğan ve Yavuz, 2014; Mancini ve ark., 2011).

Kanser teşhisi konulan çocukların anne babalarının değerlendirildiği çalışmalarda da çocuklarının geçirdiği zorlu dönemleri görmeyen annelerde yaygın gerginlik, yalnızlık, kendini çıkmazda hissetme, öfke, depresyon, kaygı, ilgi gösterdiği çevreye karşı ilgisizlik, hassaslaşma, karar almada zorlanma, karamsarlık, hastalığın gidişatı hakkında ümitsiz bir düşünceye kapıldıkları belirlenmiştir (Chao ve ark., 2003; Zengin ve ark., 2012). Kanserli hasta yakınları bakım sürecinde evlilik ve aile rollerinde karmaşa, sosyal rollerde ikilem, sosyal izolasyon, iş kayıpları, yalnızlık gibi sosyal sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Atagün ve ark., 2011; Kim ve Given, 2008).

Kanser hastası yakınlarının kendi bakım ve rutinlerini aksatması veya sonlandırması da etkili bir parametredir. Kişiler hastalık öncesindeki aktiviteleri için gerekli motivasyon ve eğlenme güduları azalmakta ve hastalıkla daha fazla ilgilenmeye başladıkça yaşam kalitesi düzeyinde gözle görülen bir düşüş yaşanmaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003). Çeler, Özyurt, Elbi ve Özcan (2018) da çalışmalarında kanser hastasının yakınlarındaki sorumlulukların artması, sosyal rollerden azalma, özgürlüğün kısıtlanması ve günlük yaşam rutinlerindeki bozulmalar kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Diğer yandan bakım veren kişiler, verilen bakım hizmeti ve yardımın getirdiği sıkıntıları yönetmekte sorunlar yaşadıkları da bilinmektedir. Bakım veren kişiler veya hasta yakınları hastalığın üzerlerinde yarattığı duygusal yoğunluk ve süreç yönetiminde başarısız olmaları ile beraber çaresizlik, kızgınlık, kaygı ve suçluluk gibi karmaşık ve olumsuz duygular yaşamaktadır. Bu durum hem fizyolojik sağlık hem de psikolojik sağlık olmak üzere yaşam kalitesinde olumsuz yansımaları görülmektedir (Öksüz, Barış, Arslan ve Ateş, 2013; Şahin, Polat ve Ergüney, 2009).

Hasta yakınlarının hastanın sağlığı ve geleceği ile ilgili karamsarlıkları ve umutsuzlukları yaşanan depresyonun ve anksiyetenin açıklanmasında en önemli parametre olarak görülmektedir (Fallowfield, 1995). Kişilerin sevdiklerinde gözledikleri kanserin olumsuz çıktıları duygu durumlarının olumsuz yönde dalgalanmalar yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşanan umutsuzluk kişinin kendisine, dünyaya ve geleceğe yönelmesine ve depresyon/anksiyete gibi duygu durum bozukluklarının etyolojisinde rol oynamaktadır (Subaşı, Yıldız ve Tekin, 2016). Grunfeld ve arkadaşları (2004) da çalışmasında kanser hastalarında ve hasta yakınlarında gözlenen depresyon düzeylerinin birbirine yakın olduğunu göstermiştir. Bu durum kanser hastası yakınlarının

hastalık durumundan etkilerinin psikolojik yanını yansıtır niteliktedir. Kanser hastası yakınlarındaki yüksek depresyon ve anksiyete etyolojik çerçevede de incelenebilir. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında etkili risk faktörleri bulunmaktadır. Önemli yaşam olayları, ciddi stresörlerin varlığı, fiziksel rahatsızlıklar bunlardan bazılarıdır. Bu noktada ailede kanserin varlığı kişinin psikolojik sağlığını etkileyen bir durum olarak görülmektedir (Terakye, 2011).

Kanser hastalarındaki duygu durum sorunlarının bir başka nedeni olarak kanser hastasına yapılan atıflardır. Günümüzde erken tanı ile birlikte iyileşen ve iyi prognoz gösteren kanser tanılarının yanında hasta yakınlarının çarpık bilişleri mevcuttur. Bu noktada kanserin amansız, tekrar eden ve tedavisi olmayan bir hastalık olarak görülmesi duygusal çıktıları oluşturmaktadır (Faulkner, 1998). Bu düşünceler hasta yakınlarını moral ve motivasyon olarak dibe çekmektedir. Bilge ve Ünal (2005) çalışmalarında kanser hastalarının yakınlarının da kendi sağlıkları için duydukları korkunun beraberinde ciddi endişe ve üzüntüyü de getirmektedir. Kanser gibi bir gerçekliğin kişinin kendisinin başına gelmesine yönelik oluşan algı ve korku olumsuz ve çarpık düşüncelere de neden olacağı gibi psikolojik sağlığı da olumsuz etkileyecektir. Erdoğan ve Yavuz (2014) da çalışmalarında kanserli hastaların %30'unda psikolojik sorunların var olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesindeki düşüşü de beraberinde getirdiğini belirtmektedir.

Kanser hastası kişi ile bakım ve ilgilenme durumları bakım verenin veya yakının sosyal desteğinin azalmasına, yaşama olumsuz bakmasına, hissedilen stresin yoğunluğunun artması gibi durumlarla birlikte hem olumsuz düşünce yapıları oluşmakta hem de olumsuz duygu durumuna neden olmaktadır. Şu hâlde kişiler artan anksiyete ve depresif duygular geliştirmesi beklenmektedir (Kaya, Bolol, Ülgen, İşçi, Özen ve Akgün, 2018). Bakım veren kişiler veya hasta yakınlarında kanserin verdiği semptom yönetimi, medikal bakım, duygusal yönetim ve ekonomik yönetim boyutları da yakınların tükenmişlik duygusu geliştirmelerinde etkilidir. Yaşanan bu tükenmişlik beraberinde duygu durum bozukluklarını da getirmektedir (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Özpolat, 2011). Öven Ustaalioğlu ve Acar (2017) çalışmalarında kanser hastası bakım verenlerde ve yakınlarında depresyon görülme düzeyinin %70 dolaylarında olduğunu belirtmiştir. Depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti de önemli bir bulgudur. Depresyon ve anksiyete Duygudurum bozukluğu olmalarının

yanında metabolizma ve bağışıklık sisteminde neden olduğu bozulmalar beraberinde yaşam kalitesinde önemli sorunlar gözlenmektedir (Beşer ve Öz, 2003). Ayrıca yaşanan depresif duygu durum ve anksiyete yaşamın özelinden geneline yayılan bir seyir izlemesi nedenleri ile de yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilmektedir. Bu gibi durumlar psikolojik sorunu olan katılımcıların yaşam kalitesinin düşük depresyon ve anksiyete düzeylerinin de yüksek olmasını açıklar niteliktedir (Bknz Tablo 3.8). Kişiler bu çıktılarının sonucu olarak yardım arama davranışını sergilemektedir (Bknz Tablo 3.9).

Karşılaştırma analizler sonucunda kadın katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin erkeklere oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Bknz Tablo 3.3). Alan dizin çalışmalarında kadınların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu (Gülmez, 2013) ve düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Koçoğlu ve Akın, 2009). Bu sonuçları toplumun kadına bakışı, gelenekler ve değerler, çalışma durumu ve refah seviyesi gibi parametrelerden etkilenmektedir. Erkek katılımcılarda görülen düşük yaşam kalitesi ise erkeklerin günlük yaşantılarında ve ekonomik kaygılardan dolayı yaşadıkları zorluklar ile açıklanabilir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaş değişkeni için ise 25 yaş ve altı katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri düşüken depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Bknz Tablo 3.4). İlgili sonuçlar 25 yaş altı bireylerin genel durumları ve yaşam koşulları ile açıklanabilir. 25 yaş altı katılımcılar genel olarak üniversite öğrencisi veya yeni mezun konumundadır. Bu noktada kişilerin geleceği için yaşadıkları yoğun kaygı ve mevcut ekonomik şartlar psikolojik sağlıklarındaki olumsuzluğu gösteren parametrelerdir (Topkaya ve Meydan, 2013). Diğer yandan 25 yaş altı kişilerin psikolojik sağlık, dayanıklılık düzeyleri ve algılanan sosyal destek noktasında yaşadıkları sorunlar da psikolojik sağlık için kırılganlık oluşturmaktadır. İlgili parametreler yaşam kalitesi ve duygu durum sorunları için koruyucu faktörler olarak görülmektedir (Özer ve Deniz, 2014; Terzi, 2008).

Çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgu madde kullanmış katılımcıların yaşam kalitesinin düşük ve duygu durum sorunlarının yüksek olmasıdır (Bknz Tablo 3.10). Bu durum iki yönlü de düşünülebilir. Kişilerin yaşadıkları stres ve depresyondan uzaklaşmak için maddeye yönelmeleri bir başa çıkma mekanizması olarak görülebilir (Akfert, Çakıcı ve Çakıcı, 2009). Dürtüsel bir davranış olarak görülebilecek bu bağımlılıklar kişiye kısa

sürelî rahatlama sağlamakta ve mevcut sorunlarından uzaklaşma imkânı sunmaktadır (Ögel, Tamar, Evren ve Çakmak, 2000). Bu durumun ileri safhası olarak da intihar düşüncesi ve eylemleri yer almaktadır (Bknz Tablo 3.11). İntihar öyküsünün bulunması kişilerin yaşadıkları duygu durum sorunları ve yaşam kalitesindeki kritik düşüşün bir yansıması olarak okunabilir (Güler, Güler, Ulusoy ve Bekar, 2009). Diğer yandan madde kullanımının kişilerin psikolojik sağlıklarını önemli ölçüde etkilediği ve farklı psikopatolojilere neden olduğu bilinmektedir (Kültür, Ünal ve Özusta, 2006). Madde bağımlılıklarının gerek fizyolojik sağlık üzerindeki etkileri gerekse psikolojik sağlık üzerindeki etkileri yadsınmayacak boyutlardadır (Yeltepe, 2010). Hiç şüphesiz her türlü bağımlılık da işlevsellikte kayba neden olmakta ve yaşam kalitesinde önemli düşüşü de beraberinde getirmektedir (Yalçıntürk, Dikeç ve Ata, 2019). Kişiler yaşadıkları bağımlılığın sonuçlarını gerek bireysel gerekse sosyal anlamda hissetmektedir.

Yapılan çalışma ailesinde kanser tanısı olan kişilerin psikolojik sağlıklarının korunmasında ve yaşayacakları önemli sorunların önlenmesinde koruyucu faktörleri sunması noktasında değerlidir. Elde edilen veriler alanyazına güncel bilgiler kazandırılmasının yanında uzmanlara ve yetkili kurum/kuruluşlara da yardımcı bulgular sunmaktadır. Kanser hastalığının hasta boyutunun yanında hastanın çevresine de verdiği etkilerin daha iyi anlaşılması ilerleyen çalışmalar için değerli olacaktır. Farklı kanser türlerinin hasta ve hasta yakınları üzerindeki algıları ve bakış açıları farklı olabileceği gibi bu durumun fizyolojik ve psikolojik sağlık üzerindeki etkilerinin incelemesi yararlı olabilir. Bu noktada nicel araştırmaların yanında nitel içerikli çalışmaların tasarlanması etyolojinin anlaşılmasında ve bireyler arası farkların daha net incelenmesinde faydası olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- ACKERMANN, R. T., ROSENMAN, M. B., DOWNS, S. M., HOLMES, A. M., KATZ, B. P., Li, J., & Inui, T. S. (2005). Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *General hospital psychiatry*, 27(5), 338-343.
- AKFERT, S. K., ÇAKICI, E., & ÇAKICI, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(40), 40-47.
- AKISKAL, H. S. (2005). Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. B Sadock, V Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbooks of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- AKKAYA, S. (1999). Üniversite son sınıftaki öğrencilerin kaygılarını etkileyen etmenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- AL JAUİSSY, M. S. (2010). Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 16 (10), 1091-1097.
- ALACACIOĞLU, A. (2007). Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- ARSLAN, Ç. (2007). Üniversite öğrencilerinin sürekli kaygı ve kişisel kararsızlık düzeylerinin incelenmesi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- ASLAN, Ö., VURAL, H., KÖMÜRCÜ, Ş., & ÖZET, A. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, 15-28.
- ATAGÜN, M. İ., BALABAN, Ö. D., ATAGÜN, Z., ELAGÖZ, M., & ÖZPOLAT, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMİTH, E. E., BEM, D. J., & NOLEN-HOEKSEMA, S. (1999). Psikolojiye giriş (3. Baskı). İstanbul: Arkadaş Yayınevi.
- BABAOĞLU, E., & ÖZ, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlar arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.

- BAYKARA, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G., & STEER, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893-897.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- BEŞER, N., & ÖZ, F. (2003). Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
- BİLGE, A. & ÇAM, O. (2003). Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 16-21.
- BİLGE, A., & ÜNAL, G. (2005). Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 37-46.
- BOYLU, A. A., & PAÇACIOĞLU, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- BRAWMAN-MINTZER, O., KNAPP, R. G., & NIETERT, P. J. (2005). Adjunctive risperidone in generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(10), 1321-1325.
- BÜYÜKPAMUKÇU, M. (1996). Türkiye’de Kanser Dağılımı. Onkoloji Hemşireliği Derneği ve Avrupa Onkoloji Kursu. Ankara, 1-8.
- CAMPBELL, L. C., CLAUW, D. J., & KEEFE, F. J. (2003). Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biological psychiatry*, 54(3), 399-409.
- CARTER, G. T., & SULLIVAN, M. D. (2002). Antidepressants in pain management. *Current Opinion in Investigational Drugs*, 3(3), 454-458.
- CHAO, C. C., CHEN, S. H., WANG, C. Y., WU, Y. C. ve YEH, C. H. (2003). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 75-81.
- COVIĆ, T., ADAMSON, B., & HOWE, G. (2002). The role of passive coping and helplessness in rheumatoid arthritis, depression and pain. *Journal of Applied Health Behavior*, 4, 31-35.
- CÜCELOĞLU, D. (1991). İnsan ve Davranış: Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- CÜCELOĞLU, D. (1993). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- ÇAĞLAR, D. (1981). Uyumsuz Çocuklar ve Eğitimi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları.
- ÇAVUŞOĞLU, E. Y. (1990). Anksiyetenin öğrenme ve belleğe etkisi. Bitirme Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- ÇELER, H. G., ÖZYURT, B. C., ELBİ, H., & ÖZCAN, F. (2018). Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 164-174.
- ÇİFTER, İ. (1986). Psikiyatri. Ankara: Şenel Basım Yayın.
- ÇİVİ, S., KUTLU, R., & ÇELİK, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 53(4), 248-253.
- DİNÇMEN, K. (1981). Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri. İstanbul: Ar Yayın.
- EDMONDSON, J.C. (2001). Chronic Pain and the Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock, B. (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins.
- ERDOĞAN, Z., & YAVUZ, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
- ESER, S. Y., FİDANER, H., FİDANER, C., ELBİ, H., ESER, E., & GÖKER, E. (1999). Measure of quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. *3P Dergisi*, 7(2 Suppl), 5-13.
- FALLOWFIELD, L. (1995). Helping the relatives of patients with cancer. *European journal of cancer*, 31(11), 1731-1732.
- FAULKNER, A. (1998). ABC of palliative care: Communication with patients, families, and other Professionals. *BMJ*, 316(7125), 130-13
- FENİCHEL, O. (1945). Neurotic acting out. *Psychoanalytic Review*, 32(2), 197-206.
- FİSHBAIN, D. (2000). Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Annals of medicine*, 32(5), 305-316.
- GEÇTAN, E. (2000). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- GİRALDİ, T., De VANNA, M., MALAGOLİ, M., TUVERİ, G., SUTTO, K., SCHİLLANİ, G., & GRASSİ, L. (2007). Mental adaptation to cancer: depression and blood platelet monoamine oxidase activity in breast cancer patients. *Anticancer research*, 27(3B), 1715-1719.

- GİVEN, B. A., GİVEN, C. W. ve SHERWOOD, P. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *In Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 205-212.
- GÖNÜLLÜ, U. (1995). Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 15(6), 361-364.
- GRUNFELD, E., COYLE, D., WHELAN, T., CLINCH, J., REYNO, L., EARLE, C. C., & GLOSSOP, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, 170(12), 1795-1801.
- GUO, C., MANJİLİ, M. H., SUBJECK, J. R., SARKAR, D., FİŞHER, P. B., & WANG, X. Y. (2013). Therapeutic cancer vaccines: past, present, and future. *In Advances in cancer research* (Vol. 119, pp. 421-475). Academic Press.
- GÜLEÇ, S., KAHRAMAN, P. B., & SEZER, G. O. (2013). Öğretmen adaylarının zaman yönetimi becerileri ile sınav kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin akademik başarılarına göre incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 26(2), 343-358.
- GÜLER, N., GÜLER, G., ULUSOY, H., & BEKAR, M. (2009). Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31(4), 340-345.
- GÜLMEZ, H. (2013). Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 74-82.
- GÜLSEREN, Ş. (2012). Depresyon ve Anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Supp: 1), 5-13.
- HAMZAOĞLU, O., & UMUT, Ö. (2005). Türkiye’de bölgelere yaş ve cinsiyete göre kanser vakaları, Türkiye Sağlık statikleri 2006. 1. Baskı, Aralık, 59-62.
- HİCKİE, I. B., WILSON, A. J., WRIGHT, J. M., BENNETT, B. K., WAKEFIELD, D., & LLOYD, A. R. (2000). A randomized, double-blind placebo-controlled trial of moclobemide in patients with chronic fatigue syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(9), 643-648.
- HİSLİ, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Journal of Psychology*, 7, 3-13.
- JACKSON, J. L., O’Malley, P. G., Tomkins, G., Balden, E., Santoro, J., & Kroenke, K. (2000). Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *The American journal of medicine*, 108(1), 65-72.
- KARAHAN, T. F., & SARDOĞAN, M. E. (1994). Rasyonel-Emotif Terapi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9, 110-135.

- KARAMUSTAFALIOĞLU, O., & YUMRUKÇAL, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- KAYA, N., BOLOL, N., ULGEN, S., İSCİ, C., OZEN, S., & AKGUN, G. (2018). Quality of life and influencing factors in caregivers of patients with cancer. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(1), 25-36.
- KEEFE, F.J. (2000). Can cognitive behavioral therapies succeed where medical therapies fail? Proceedings of the 9th World Congress on Pain. Progress in Pain Research on management.
- KİM, Y. ve GİVEN, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer*, 112(S11), 2556-2568.
- KOÇOĞLU, D., & AKIN, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- KÖKNEL, Ö. (1995). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. İstanbul: Altın Kitaplar Matbaası.
- KUTLU, O., & BOZKURT, M. C. (2003). Okulda ve sınavlarda adım adım başarı: etkili öğrenme ve ders çalışma yöntemleri. Konya: Çizgi Yayınevi.
- KÜLTÜR, S. E. Ç., ÜNAL, M. F., & ÖZUSTA, P. Ş. (2006). Alkol bağımlılığı olan babaların çocuklarında psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 3-11.
- LAM, R.W., & MOK, H. (2008). Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press.
- LYNCH, M.E. (2001). Antidepressants as analgesics. A review of randomized clinical trials. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 26, 30-36.
- MANCİNİ, J., BAUMSTARCK BARRAU, K., SIMEONI, M. C., GROB, J. J. ve MİCHEL, G. (2011). Quality of life in a heterogeneous sample of caregivers of cancer patients: an in depth interview study. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 483-492.
- METE, H. E. (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 4, 184-191.
- METE, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- MOR, V., ALLEN, S., & MALİN, M. (1994). The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer*, 74(7), 2118-2127.
- MUSTAFA, U., SAHİN NESRİN, H., & HUSNU, E. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties., 1998. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.

- MYSTAKİDOU, K., TSİLİKA, E., & PARPA, E. (2007). Pain Relief and Palliative Care Unit. Department of Radiology, Areteion Hospital, School of Medicine, University of Athens. *Depress Anxiety*.
- OKANLI, A., & KARABULUTLU, E. (2006). Kanserli Hastalarda Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Ankara: Tıbbi Onkoloji Kitabı.
- OLESKE, D. M., HEİNZE, S., & OTTE, D. M. (1990). The diary as a means of understanding the quality of life of persons with cancer receiving home nursing care. *Cancer nursing*, 13(3), 158-166.
- ÖGEL, K., TAMAR, D., EVREN, C., & ÇAKMAK, D. (2000). İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Klinik psikiyatri*, 3(4), 242-245.
- ÖĞÜT, F. (2000). Sosyal Uyum ile Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- ÖKSÜZ, E., BARIŞ, N., ARSLAN, F., ATEŞ, M. A. (2013). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 7(1), 24-30.
- ÖVEN USTAALİOĞLU, B. B., & ACAR, E. (2017). Türk Toplumunda kanserli hastalar ve yakınları arasındaki depresyon ve depresyonla ilişkili faktörler. *Acta Oncologica Turcica*, 50(2), 115-123.
- ÖZER, E., & DENİZ, M. (2014). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlık düzeylerinin duygusal zekâ açısından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 13(4), 24-37.
- ÖZKAN, S., & ALÇALAR, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2), 60-64.
- ÖZTÜRK, O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- ÖZUSTA, Ş. (1995). Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarılma, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 32-44.
- RAO, S.G. (2002). The neuropsychopharmacology of centrally acting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheum. Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 235-259
- ROELOFS, K., SPINHOVEN, P., SANDIJCK, P., MOENE, F. C., & HOOGDUÏN, K. A. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(8), 508-514.
- SALERNO, S. M., BROWNING, R., & JACKSON, J. L. (2002). The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 19-24.

- SHEEHAN, E. (1999). Kaygı Bozuklukları (Çev.: Murat Sağlam). İstanbul: Alfa Basım Yayın Dağıtım.
- SİNDROP, S. H., & JENSEN, T. S. (1999). Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. *PAIN®*, 83(3), 389-400.
- SMİTH, G. C., CLARKE, D. M., HANDRİNOS, D., DUNSİS, A., & MCKENZİE, D. P. (2000). Consultation-liaison psychiatrists' management of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 41(6), 481-489.
- STAHL, S.M. (2005). Essential Psychopharmacology; The Prescriber's Guide. Grady MM Ed. Cambridge University Pres, Cambridge.
- SUBAŞI, H. G., YILDIZ, H. N., & TEKİN, S. (2016). Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Turkish Educational Sciences*, 14(2), 109-127.
- ŞAHİN, AZ., POLAT, H., ERGÜNEY, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-9.
- TERAKYE, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78-82.
- TERZİ, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1-11.
- TOKGÖZ, G., YALUĞ, İ., ÖZDEMİR, S., YAZICI, A., UYGUN, K., & AKER, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 59-66.
- TOPKAYA, N., & MEYDAN, B. (2013). Üniversite öğrencilerinin problem yaşadıkları alanlar, yardım kaynakları ve psikolojik yardım alma niyetleri. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(1), 25-37.
- ULUTİN, H.C. (2006). Kanserli hastada psikolojik sorunlar. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 9, 39-41.
- ÜLTANIR, G. (2003). Eğitim ve kültür ilişkisi eğitimde kültürün hangi boyutlarının genç kuşaklara aktarılacağı kaygısı. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(3), 1-12.
- VAROL, Ş. (1990). Lise son sınıf öğrencilerinin kaygılarını etkileyen etmenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.

- WAGNER, S. C., ICHİM, T. E., MA, H., SZYMANSKİ, J., PEREZ, J. A., LOPEZ, J., & KESARİ, S. (2015). Cancer anti-angiogenesis vaccines: Is the tumor vasculature antigenically unique?. *Journal of translational medicine*, 13(1), 340.
- WARD, S. E., VİERGUTZ, G., TORMEY, D., DEMUTH, J., & PAULEN, A. (1992). Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research*, 41(6), 362-365.
- WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- WİLD, C. (2014). *World cancer report 2014* (pp. 482-494). C. P. Wild, & B. W. Stewart (Eds.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON. (2003). Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. In *Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020*.
- YALÇINTÜRK, A. A., DİKEÇ, G., & ATA, E. E. (2019). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik rehabilitasyon çalışmaları: Sistemik derleme. *Bağımlılık Dergisi*, 20(4), 1-12.
- YELTEPE, H. (2010). Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören yetişkinlerde düzenli egzersizin depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- ZENGİN, O., SALTİK, S., DUYSAK, Y., SOYTÜRK, G., ORBAY, E. ve TEKİN, O. (2012). Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 1-4.

EKLER

Ek 1 – Demografik Veri Formu

1. Adı-Soyadı:

2. Yaşı:

3. Cinsiyet:

Kadın () Erkek ()

4. Eğitim Durumu :

Hiçbir Eğitimim Yok () İlkokul () Lise ()

Üniversite () Yüksek lisans/Doktora ()

5. Anne: Sağ() Yaşı:

Ölü () Vefat Ettiğinde Kaç Yaşındaydınız:

8. Baba: Sağ() Yaşı:

Ölü () Vefat Ettiğinde Kaç Yaşındaydınız:

9. 0-6 Yaşarasında Sizi kim Büyüttü?

Anne-Baba () Akrabalar () Kurum ()

10. Şu An Ailenizle Birlikte Mi Yaşıyorsunuz? Evet () Hayır ()

11. Daha Önce Ailenizde Kansere Tanısı Almış Biri Var mı ? Evet () Hayır ()

A) Evet İse Aldığı Tanılar:

Kaç Yıldan Bu Yana Tanılar Mevcut?

Rahatsızlık İlk Kaç Yıl Önce Başlamış?

Şu Anki Problem Ne Kadar Süredir Devam Ediyor?

12. Ailenizde Kanser Hastalığından Vefat Eden Oldu Mu?

Evet () Hayır ()

Oldu İse Yakınlık Derecesi?

13. Tanısı Bir Uzman Tarafından Konulmuş Psikolojik Bir Rahatsızlığınız Var Mi?

Evet () Hayır ()

Bu Sorunla İlgili Yardım Aldınız Mı?

Evet () Hayır ()

14. Sigara Kullanır Mısınız:

Evet () Hayır () Ne Zamandır- Ne Kadar:

15. Alkol Kullanır Mısınız:

Evet () Hayır () Ne Zamandır- Ne Kadar:

16. Uyuşturucu Madde (Esrar, Eroin, Kokain, Hap, Tiner) Kullandınız Mı

Evet () Hayır ()

17. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulundunuz Mu?

Evet () Hayır () Evet İse Kaç Kez :

Ek 2 – Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu

1-Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

2-Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3-Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

4-Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

5-Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

6-Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

7-Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

8-Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

9-Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10-Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

11-Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

12-Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

13-Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

14-Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15-Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

16-Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

17-Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

18-İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

19-Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

20-Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

21-Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

22-Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

23-Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

24-Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

25-Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil

Epeyce hoşnut Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26-Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiç biz zaman Nadiren Ara sıra Coğunlukla Her zaman

27-Yaşamınızda size yakın kişilerle (eř, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

Ek 3 – Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta, durumunuzu tanımlayan birden fazla cümle varsa, her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1.	<input type="checkbox"/> Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. <input type="checkbox"/> Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. <input type="checkbox"/> Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. <input type="checkbox"/> O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2.	<input type="checkbox"/> Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. <input type="checkbox"/> Gelecek hakkında karamsarıyım. <input type="checkbox"/> Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. <input type="checkbox"/> Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3.	<input type="checkbox"/> Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. <input type="checkbox"/> Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. <input type="checkbox"/> Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. <input type="checkbox"/> Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4.	<input type="checkbox"/> Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. <input type="checkbox"/> Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. <input type="checkbox"/> Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. <input type="checkbox"/> Her şeyden sıkılıyorum.
5.	<input type="checkbox"/> Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. <input type="checkbox"/> Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. <input type="checkbox"/> Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. <input type="checkbox"/> Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6.	<input type="checkbox"/> Kendimden memnunum. <input type="checkbox"/> Kendi kendimden pek memnun değilim. <input type="checkbox"/> Kendime çok kızıyorum. <input type="checkbox"/> Kendimden nefret ediyorum.
7.	<input type="checkbox"/> Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. <input type="checkbox"/> Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm. <input type="checkbox"/> Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. <input type="checkbox"/> Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
8.	<input type="checkbox"/> Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. <input type="checkbox"/> Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum. <input type="checkbox"/> Kendimi öldürmek isterdim. <input type="checkbox"/> Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
9.	<input type="checkbox"/> Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. <input type="checkbox"/> Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. <input type="checkbox"/> Çoğu zaman ağlıyorum. <input type="checkbox"/> Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10.	<input type="checkbox"/> Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. <input type="checkbox"/> Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. <input type="checkbox"/> Şimdi hep sinirliyim. <input type="checkbox"/> Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11.	<input type="checkbox"/> Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. <input type="checkbox"/> Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. <input type="checkbox"/> Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim. <input type="checkbox"/> Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
12.	<input type="checkbox"/> Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum. <input type="checkbox"/> Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. <input type="checkbox"/> Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. <input type="checkbox"/> Artık hiç karar veremiyorum.
13.	<input type="checkbox"/> Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. <input type="checkbox"/> Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. <input type="checkbox"/> Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. <input type="checkbox"/> Kendimi çok çirkin buluyorum.
14.	<input type="checkbox"/> Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. <input type="checkbox"/> Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. <input type="checkbox"/> Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. <input type="checkbox"/> Hiçbir şey yapamıyorum.
15.	<input type="checkbox"/> Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. <input type="checkbox"/> Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. <input type="checkbox"/> Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. <input type="checkbox"/> Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
16.	<input type="checkbox"/> Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. <input type="checkbox"/> Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. <input type="checkbox"/> Yaptığım her şey beni yoruyor. <input type="checkbox"/> Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
17.	<input type="checkbox"/> İştahım her zamanki gibi. <input type="checkbox"/> İştahım her zamanki kadar iyi değil. <input type="checkbox"/> İştahım çok azaldı. <input type="checkbox"/> Artık hiç iştahım yok.
18.	<input type="checkbox"/> Son zamanlarda kilo vermedim. <input type="checkbox"/> İki kilodan fazla kilo verdim. <input type="checkbox"/> Dört kilodan fazla kilo verdim. <input type="checkbox"/> Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum. <input type="checkbox"/> () Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum. <input type="checkbox"/> () Daha az yiyerek kilo vermeye çalışmıyorum.
19.	<input type="checkbox"/> Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. <input type="checkbox"/> Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor. <input type="checkbox"/> Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor. <input type="checkbox"/> Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
20.	<input type="checkbox"/> Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim. <input type="checkbox"/> Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim. <input type="checkbox"/> Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim. <input type="checkbox"/> Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.
21.	<input type="checkbox"/> Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor. <input type="checkbox"/> Cezalandırılabileceğimi seziyorum. <input type="checkbox"/> Cezalandırılmayı bekliyorum. <input type="checkbox"/> Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Ek 4 – Beck Anksiyete Ölçeği

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

	Hiç	Hafif düzeyde beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlandım	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basması				
3. Bacaklarda halsizlik titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım				
11. Sinirlilik				
12. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
13. Ellerde titreme				
14. Titreklik				
15. Kontrolü kaybetme korkusu				
16. Nefes almada güçlük				
17. Ölüm korkusu				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme				

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında uşakta doğdum. Üniversite hayatıma Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesinde başladım. Burada 6 ay eğitim gördükten sonra İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinde eğitimime devam ettim. Burada geçen 3 buçuk yılın ardından Maltepe Üniversitesi psikoloji bölümünden mezun oldum. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Kliniği ve Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde stajımı tamamladım. Bir süre travma görmüş çocuklarla çalışıp ek olarak otizmlili çocuklarla gölge öğretmenlik deneyimim bulunmaktadır. Ayrıca psiko-onkoloji üzerine eğitimlerim ve kronik mide bulantısı ve ağrı üzerine hipnotik indüksiyon eğitimim bulunmaktadır.