



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARINDA TANI VE TEDAVİ SÜRECİNDE
YAŞANAN PSİKOSOSYAL DEĞİŞİKLİKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR.BÜŞRA TAYMUR
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2024



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARINDA TANI VE TEDAVİ
SÜRECİNDE YAŞANAN PSİKOSOSYAL DEĞİŞİKLİKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR.BÜŞRA TAYMUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. ABDURRAHMAN IŞIKDOĞAN

DİYARBAKIR-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimize başladığımız ilk günden bugüne bilgi ve birikimlerini bizden esirgemeyen, iyi bir hekim olmamızda büyük emekleri olan başta sayın anabilimdalı başkanımız Prof. Dr. M. Orhan AYYILDIZ’a ve dâhiliye anabilim dalındaki tüm değerli hocalarıma, en içten saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin tüm sürecinde desteğini esirgemeyen kendime mesleğimde örnek aldığım saygıdeğer tez hocam Prof.Dr. Abdurrahman IŞIKDOĞAN’a sonsuz teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Tezimi hazırlarken yardımlarından ötürü saygıdeğer hocam Dr.Öğr. Üyesi Zuhat URAKÇI’ya teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecimde bana destek olan değerli onkoloji eğitim hemşiremiz Hatice Pabuşcu’ya bana ve hastalara gösterdiği özveri ve emekleri için teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık eğitimim boyunca birçok zorluğu beraber atlattığımız çok güzel anılar biriktirdiğim Dr.Berfin Seçil Gül, Dr.Eylül Kurt ve eş kıdemlerime teşekkür ederim.

Hayatımın her adımında yanımda olan, iyi bir hekim olmadan önce iyi bir birey olmamda çokça emeği olan başta canım annem olmak üzere babama, abi ve ablalarımın sonsuz teşekkürler.

Hayatıma girdiği ilk günden beri sevgisini, özverisini ve fedakârlığını hiç esirgemeyen, iyi ve kötü her anımda yanımda olan, hayatıma değer katan tez sürecimde de psikiyatri alanında danışmanlığımı yapan sevgili eşim Uzm. Dr. Ferzan Taymur’a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.KANSER HASTALIĞINA İLİŞKİN BİLGİLER	4
2.2.KANSERİN TARİHÇESİ.....	4
2.4. KANSERİN EPİDEMİYOLOJİSİ:.....	6
2.4.1 Dünyada Kanser.....	6
2.4.2.Türkiye’de kanser	7
2.5.KANSERİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ	8
2.5.1 Geleneksel Kanser Tedavileri.....	8
2.5.2 Yenilikçi Kanser Tedavileri	9
2.5.2.1 Kök Hücre Tedavisi	9
2.5.2.3 Kanserde Ablasyon Tedavisi	11
2.5.2.4 Kanserde Gen Tedavisi	11
2.5.2.5 Kanserde Antioksidan Tedaviler	12
2.6. MEME KANSERİ	12
2.7 AKCİĞER KANSERİ	13
2.8.KOLON KANSERİ	13
2.9.YETİŞKİN KANSER HASTALARINDA PSİKOSOSYAL SORUNLARA GENEL BAKIŞ.....	14
2.9.1 Kanser Hastalarının Hastalığa Verdiği Tepkiler.....	15
2.9.2 Kanser Hastalarında Psikolojik Sorunlar	16
Kanserden sağ kalan bireylerde yaygın olarak görülen psikososyal sorunlar arasında depresyon, anksiyete, travma sonrası stres belirtileri, kanserin tekrarlama korkusu ve kanserle ilişkili stres yer almaktadır. Dayanıklılık ve travma sonrası büyüme, bu psikososyal endişeleri hafifletebilecek olumlu etkiler olarak öne çıkmaktadır. Sosyal faktörler, sosyal işlevsellik ve cinsel işlev bozukluğu ve doğurganlık gibi fiziksel koşullar da bu sorunları etkileyebilir.	16
2.9.2.1 Depresyon	17
2.9.2.2 Anksiyete	21

2.9.2.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu	24
2.9.2.4 Kanser Nüksü Korkusu	26
2.9.2.5 Kanser İle İlişkili Stres	27
2.9.2.6 Beden İmajı Bozukluğu	28
2.9.2.7 Diğer Psikiyatrik Belirtiler Ve Bozukluklar	29
2.9.3 Kanser Hastalarında Sosyal Sorunlar	35
2.9.3.1 Sosyoekonomik Sorunlar	36
2.9.3.2 Sosyal Destek	38
2.9.3.3 İşe Dönüş	39
2.9.3.4 Bakım Veren	40
2.9.3.5 Kültür ve Etnik Köken	40
2.9.3.6 Sosyal İlişkileri Sürdürme.....	41
2.10 PSİKOSOSYAL SORUNLARA MÜDAHALELER	41
2.10.1 Farmakoterapi	42
2.10.2 Psiko-eğitim Ve Öz yönetim	42
2.10.3 Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	43
2.10.4 Çok Boyutlu Rehabilitasyon Ve İşe Dönüş Programları	43
2.10.5 Fiziksel Aktivite	44
2.10.6 Zihin Beden Etkileşimleri	44
2.10.7 Müdahale İçin Dijital Ve Telesağlık Yöntemleri	45
2.10.8 Maneviyat Ve Dindarlık	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM	47
3.1 ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI	47
3.2 YÖNTEM	47
3.3 İSTATİKSEL ANALİZ.....	48
4. BULGULAR	49
5.TARTIŞMA	96
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	109
7.KAYNAKÇA	111
8.EKLER.....	126

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfalar

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri.....	49
Tablo 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgiler.....	50
Tablo 3. Hastaların Hastalıklarını Öğrenmelerine Yönelik Bilgiler.....	51
Tablo 4. Hastaların Aldıkları Tedavilere Yönelik Bilgiler.....	52
Tablo 5. Hastaların Çevresi ve Hastalık Sürecinde İlgilenenlerin Özelliklerine İlişkin Bilgiler.....	53
Tablo 6. Hastaların Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgiler.....	54
Tablo 7. Hastaların Hastalık Sürecinde Çalışma Durumu, Hastaneye Ulaşım ve Maddi Durumuna İlişkin Bilgiler.....	56
Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	57
Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	59
Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	60
Tablo 11. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	63
Tablo 12. Hastaların Aylık Gelir Düzeylerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	65
Tablo 13. Hastaların Mesleklerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	66
Tablo 14. Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	67
Tablo 15. Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	68
Tablo 16. Hastaların Aldıkları Tanıya Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	69
Tablo 17. Hastaların Hastalık Evresine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgiler..	71
Tablo 18. Hastaların Hastalık Hakkında Bilgi Sahip Olmalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	72
Tablo 19. Hastaların Hastalığı Öğrenme Şeklinden Rahatsız Olmalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	74
Tablo 20. Hastaların Tedavi Sürecinde En Çok Zorlayan Şikâyetlere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	76

Tablo 21. Hastaların Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	78
Tablo 22. Hastaların Hastalık Belli Olduktan Sonra Ailenin İlgisinde Olan Değişikliklere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	79
Tablo 23. Hastalık Sürecinde Hastayla İlgilenen Kişiye Göre Hastaların Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	81
Tablo 24. Hastalık Sürecinde Hastayla İlgilenen Kişinin Manevi Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duymalarına Göre Hastaların Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	83
Tablo 25. Hastalık Sürecinde Hastaların İşte Aktif Çalışabilmelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	84
Tablo 26. Hastaların Hastalık Sürecinde Tedaviden Kaynaklı Maddi Kayıp Yaşamalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	85
Tablo 27. Hastaların Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumlarına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	86
Tablo 28. Hastaların Hastalık Sürecinde Hastayla İlgilenen Kişiden Yeterli Destek Almalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	87
Tablo 29. Hastaların Hastalık Sürecinde Rahatlatıcı Aktivite Olarak Dua Etmelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	88
Tablo 30. Hastaların Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duymalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	89
Tablo 31. Hastaların Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünmelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri.....	93
Tablo 32. Hastaların Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteği Sağlamalarına Göre Hastalığın Psikolojik Etkileri.....	95

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfalar

Şekil 1:10



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ACS: Amerikan Kanser Derneği

ASB: Akut stres bozukluğu

BDÖ: Beck depresyon ölçeği

BI-RADS: Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

BDT: Bilişsel davranışçı terapi

BRCA1: Meme Kanseri 1

BRCA2: Meme Kanseri 2

CEA: Karsinoembriyonik antijenin

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSM-5: Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı

EPA: Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı

FAP: Familial adenomatöz polipozis

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete ölçeği

HCT: Hematopoetik hücre nakli

HPV: Human papilloma virüsü

HNPCC: Lynch Sendromu

IBD: İnflamatuar bağırsak hastalığı

ICD-11: Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11.

IPOS: Uluslararası Psiko-onkoloji Derneği

IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KNK: Kanser nüksü korkusu

LCIS: lobüler karsinom in situ

MRI: Kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme

MSC: Mezenkimal kök hücreler

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

PKB: Protein kinaz B

PHQ-9:Depresif bozukluklar için öz bildirimli dokuz maddelik Hasta Sağlığı Anketi

SED: Sosyoekonomik durum

SEER: Surveillance, Epidemiology, and End Results

SCID: Şiddetli kombine immün yetmezliği

SSRI: Serotonin geri alım inhibitörleri

TNM: Tümör evreleme sistemi

TDK: Türk Dil Kurumu

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

UICC: Uluslararası Kansere Kontrol Birliği

VEGF: Vasküler endotelial büyüme faktörü

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Giriş: Kanser, insan yaşamına ve sağlığına önemli etkileri olan kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü 2018 verileri 9,7 milyon kansere bağlı ölüm olduğunu belirtiyor. Türkiye’de ise morbidite bakımından birinci sırada kalp hastalıkları, ikinci sırada kanser yer almaktadır. Her yıl ülkemizde 300 bin kişi kansere yakalanmaktadır. Kanser, her geçen gün daha sık görülen bir hastalık olup, fiziksel zorluklarla birlikte hastaların sosyal yaşamında ve psikolojik durumlarında ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu ruhsal sorunlar, hastalığın ilerleyişini ve tedaviye verilen yanıtı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tedavi süreci genellikle zorlu ve uzun bir dönemi kapsadığından, hastaların psiko-sosyal destek almaları, ruh sağlıklarının korunmasında ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerinin geliştirilmesinde kritik bir öneme sahiptir.

Amaç: Bu tez çalışmasının amacı, kanser tanılı hastaların yaşadığı psikososyal sorunları derinlemesine incelemek ve bu sorunların hastaların yaşam kaliteleri, tedavi uyumu ve üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Çalışma, kanser hastalarının karşılaştığı stres, psikolojik sorunlar, aile ve sosyal sorunlar, manevi destek eksikliği gibi sorunları ortaya koyarak daha sonraki aşamalarda yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda, literatürdeki mevcut araştırmaların yanı sıra, hasta ve aileleri ile yapılacak derinlemesine görüşmeler ve anketler yoluyla elde edilecek veriler kullanılacaktır.

Yöntem: Bu çalışma Dicle Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı servis ve polikliniklerine başvuran 308 kanser hastasıyla iletişime geçilerek yüz yüze anket olarak yapılmıştır. Bu hasta grupları meme, akciğer, kolon başta olmak üzere diğer kanser türlerinde yeni tanı almış ve tedavisi devam eden hastaları kapsamaktadır. Çalışmamızda kullandığımız anket 32 sorudan oluşmakta olup sorularda hastaların demografik özellikleri, tanı, tedavi, tedavi uyumu, sosyal sorunlar, psikolojik sorunlar ve manevi süreçleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamız 308 hasta ile tamamlandı. Çalışmamıza katılan hastaların %17,5’inin (54 kişi) 18 – 40 yaş, %66,9’unun (206 kişi) 40 – 65 yaş, %15,6’sının (48 kişi) 65 üstü yaş grubunda yer aldığı belirlendi. Hastaların %38’inin (117 kişi) erkek, %62’sinin (191 kişi) kadın olduğu saptandı. Hastaların %10,7’sinin (33 kişi) bekâr, %82,8’inin (255 kişi) evli olduğu ve %6,5’inin (20 kişi) boşandığı veya eşinin öldüğü tespit edildi. Hastaların %39,3’ünün (121 kişi) okur – yazar olmadığı, %34,1’inin (105 kişi) ilkökul mezunu, %8,4’ünün (26 kişi) ortaokul mezunu, %12,3’ünün (38 kişi) lise mezunu ve %5,8’inin (18 kişi) üniversite mezunu olduğu saptandı. Hastaların aylık gelirinin %24’ünde (74 kişi) asgari ücretin altında, %53,6’sında (165

kişi) asgari ücret ve %22,4'ünde (69 kişi) asgari ücretin üstünde olduğu belirlendi. Elde edilen sonuçlara göre; hastaların %41,6'sının (128 kişi) meme kanseri, %16,9'unun (52 kişi) akciğer kanseri, %14,3'ünün (44 kişi) kolon kanseri ve %27,3'ünün (84 kişi) başka bir kanser tanısı aldığı belirlendi. Hastaların hastalık evresi %1,6'sında (5 kişi) evre 1, %17,9'unda (55 kişi) evre 2, %31,2'sinde (96 kişi) evre 3 ve %49'unda (151 kişi) evre 4 olduğu saptandı.

Çalışmamızda hastaların psikolojik yönleri değeriendirildi. Hastaların %6,2'sinin (19 kişi) hastalık öncesi psikiyatrik hastalığının bulunduğu belirlenmiş olup bu tanılarının %31,5'inin (6 kişi) anksiyete bozukluğu, %68,5'inin (13 kişi) depresyon tanısı olduğu saptandı. Hastalık sürecinde hastaların %63,3'ünde (195 kişi) anksiyete semptomları, %44,5'inde (137 kişi) ise depresif semptomların ortaya çıktığı tespit edildi. Anksiyete bulgularının 18-40 yaş aralığında, kadın cinsiyette, hastalığı hakkında detaylı bilgisi olan hastalarda ve meme kanseri tanısı alanlarda diğer hasta gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada hastaların psikolojik durumları ile aylık gelir, yaşadıkları yer, evre, sağlık güvenceleri ve tedavi sürecinde en çok zorlayan şikâyet gibi parametrelerle arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda hastalığı öğrenme şekinden rahatsız olanlarda, kadın cinsiyette, eşiyle boşanmayı düşündüren sorunlar yaşayan, hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyacı duyan, hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli desteği bulamayan ve tanı aldıktan sonra aile ilgisinde kötüleşme olan hastaların ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının diğer hasta gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca kendine zarar verici eylem düşünen hastaların tedaviyi aksatma oranları ve depresif semptom gösterme oranları da daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık sürecinde eş-çocuk (çekirdek aile) tarafından bakım gören, evli, işinde aktif olarak çalışan ve aile-eş problemleri yaşamayan hastaların psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç oranları daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda kadın hastalarda, bekârlarda, okur-yazar olmayanda, emeklilerde, tedavi sürecinde maddi kayıp yaşayanlarda ve dua edenlerde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma, kanser hastalarının yaşadığı psikososyal sorunların kapsamını ve bu sorunlarla ilişkili faktörleri ortaya koymuştur. Bulgular, kanser hastalarında ümitsizlik,

depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin yaygın olduğunu ve bu durumların bireylerin psikolojik destek ihtiyacını artırdığını göstermektedir. Ayrıca, psikiyatrik geçmişi olan bireylerin daha yüksek düzeyde destek ihtiyacı duyduğu ve manevi destek eksikliğinin bu süreci zorlaştırdığı belirlendi. Çalışmanın sonuçları, multidisipliner yaklaşımların ve bireyselleştirilmiş destek programlarının geliştirilmesine yönelik önemli bir rehber niteliğindedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Psikososyal değişiklikler, Psikiyatrik, Sosyal destek, Psikolojik destek, Anksiyete, Depresyon, Bakıcı

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a chronic disease that significantly impacts human life and health. According to the World Health Organization's 2018 data, 9.7 million deaths were attributed to cancer. In Turkey, cardiovascular diseases rank first in morbidity, followed by cancer in second place. Every year, 300,000 individuals in the country are diagnosed with cancer. Cancer is a disease that is increasingly prevalent, causing not only physical difficulties but also severe problems in patients' social lives and psychological well-being. These mental health issues can adversely affect the progression of the disease and the response to treatment. Since the treatment process often involves a challenging and prolonged period, providing psycho-social support to patients is critical in preserving their mental health and enhancing their ability to cope with the disease.

Objective: The objective of this thesis is to thoroughly examine the psychosocial problems experienced by cancer patients and reveal the effects of these problems on patients' quality of life, treatment adherence, and treatment efficacy. This study aims to shed light on stress, psychological issues, lack of family and social support, and similar challenges faced by cancer patients to guide future research. In this context, data will be collected through in-depth interviews and surveys conducted with patients and their families, alongside a review of existing literature.

Methodology: This study was conducted between November 1, 2024, and December 1, 2024, involving 308 cancer patients (primarily breast, colon, and lung cancer patients) who visited the medical oncology department and outpatient clinics of Dicle University Hospital. The research utilized a face-to-face survey consisting of 32 questions assessing patients' demographic characteristics, diagnosis, treatment, treatment adherence, social issues, psychological problems, and spiritual processes.

Findings: Among the participants, 17.5% were aged 18–40, 66.9% were aged 40–65, and 15.6% were over 65 years old. Of the patients, 38% were male, and 62% were female. Marital status analysis revealed that 10.7% were single, 82.8% were married, and 6.5% were divorced or widowed. Regarding educational status, 39.3% were illiterate, 34.1% were primary school graduates, 8.4% were secondary school graduates, 12.3% were high school graduates, and 5.8% were university graduates. Income levels showed that 24% earned below the minimum wage, 53.6% earned the minimum wage, and 22.4% earned above the minimum wage.

The study determined that 41.6% of patients were diagnosed with breast cancer, 16.9% with lung cancer, 14.3% with colon cancer, and 27.3% with other types of cancer. Regarding disease stages, 1.6% were at stage 1, 17.9% at stage 2, 31.2% at stage 3, and 49% at stage 4.

Psychological aspects of the patients were evaluated in the study. It was found that 6.2% of the patients had pre-existing psychiatric illnesses, with 31.5% diagnosed with anxiety disorders and 68.5% with depression. During the disease process, 63.3% exhibited anxiety symptoms, and 44.5% exhibited depressive symptoms. Anxiety symptoms were more prevalent among patients aged 18–40, females, those with detailed knowledge about their illness, and those diagnosed with breast cancer.

No significant relationship was found between patients' psychological conditions and parameters such as monthly income, place of residence, disease stage, health insurance, and the most challenging complaints during treatment. However, patients who were dissatisfied with how they learned about their illness, female patients, those considering divorce due to spousal problems, those requiring psychological/psychiatric support during the illness, those receiving insufficient support from caregivers, and those experiencing a decline in family interest after diagnosis were more likely to feel hopeless and consider self-harm. Furthermore, patients contemplating self-harm were more likely to interrupt treatment and show depressive symptoms.

Patients cared for by spouses or children, married individuals, actively working individuals, and those without family or marital problems had a lower need for psychological/psychiatric support. Female patients, singles, illiterates, retirees, those experiencing financial loss during treatment, and those relying on prayer were more likely to require spiritual support.

Conclusion: This study has outlined the scope of psychosocial problems experienced by cancer patients and the factors associated with these challenges. The findings indicate that psychological symptoms such as hopelessness, depression, and anxiety are prevalent among cancer patients, increasing their need for psychological support. Additionally, individuals with a psychiatric history demonstrated a greater need for support, and the absence of spiritual support further complicated their process. The results of this study serve as a critical guide for the development of multidisciplinary approaches and individualized support programs.

Keywords: Cancer, Psychosocial changes, Psycho-oncology, Social support, Psychological support, Anxiety, Depression, Caregiver



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, insan yaşamına ve sağlığına önemli etkileri olan süregelen bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü 2018 verileri 9,7 milyon kansere bağlı ölüm olduğunu belirtiyor [1] . Türkiye’de ise morbidite bakımından birinci sırada kalp hastalıkları, ikinci sırada kanser yer almaktadır. Her yıl ülkemizde 300 bin kişi kansere yakalanmaktadır [2] .Kanser, her geçen gün daha sık görülen bir hastalık olup, fiziksel zorluklarla birlikte hastaların sosyal yaşamında ve psikolojik durumlarında ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu ruhsal sorunlar, hastalığın ilerleyişini ve tedaviye verilen yanıtı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tedavi süreci genellikle zorlu ve uzun bir dönemi kapsadığından, hastaların psiko-sosyal destek almaları, ruh sağlıklarının korunmasında ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerinin geliştirilmesinde kritik bir öneme sahiptir [3] . Kanser, yalnızca bireyin kendisini değil, aynı zamanda ailesini ve sosyal çevresini de derinden etkileyen hem fiziksel hem de duygusal bir hastalıktır. Kanser tanısı almak, birey için büyük bir kriz anıdır ve bu kriz, hastanın yaşamında ani ve köklü değişikliklere neden olabilir. Bu durumda, kişi bir yandan ciddi tedavi kararları almak zorunda kalırken, diğer yandan hastalığa ve tedavi sürecine uyum sağlamak için stres düzeyini kontrol etmeye çalışır [2] . Hastanın stresle başa çıkabilme yetisi, bir dizi faktöre bağlı olarak şekillenir. Bu faktörler arasında hastalığın belirtileri, türü, süresi ve yeri önemli rol oynar. Ayrıca, hastalığın seyri ve hastanın daha önce geçirmiş olduğu hastalıklara uyum sağlama durumu da belirleyicidir. Hastanın rehabilitasyon kapasitesi, kişiliği ve sorunlarla başa çıkma teknikleri, kültürel ve dini tutumları da bu süreci etkiler. Çevresinde duygusal desteğin varlığı, sağlık çalışanlarının tutumu ve desteği de hastanın stresle başa çıkma kapasitesini önemli ölçüde etkileyen diğer bileşenlerdir [3] .

Kanserin, hem tanı hem de tedavi süreçleri, hastaların yaşam kalitesini ve psikososyal durumlarını derinden etkilemektedir. Kanser tanısı alan bireylerin, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve duygusal pek çok sorunla başa çıkmak zorunda kaldıkları bilinmektedir. Bu sorunlar, hastaların tedavi süreçlerine uyumlarını ve genel iyilik hallerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, kanser tanılı hastaların yaşadığı psikososyal sorunların anlaşılması ve bu sorunlara yönelik etkili müdahalelerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Psikososyal Sorunlar ve Kanser

Psikososyal sorunlar, bireyin sosyal ilişkilerini ve psikolojik durumunu etkileyen çok yönlü sorunlardır. Kanseri tanıyan hastalarda yoğun bir anksiyete ve depresyon kaynağı olabilir. Anksiyete ve depresyon, kanser hastalarının yaşam kalitesini düşüren en yaygın psikososyal sorunlar arasında yer almaktadır [4]. Hastalığın getirdiği belirsizlik ve ölüm korkusu, hastaların sürekli bir stres altında hissetmelerine neden olabilir. Ayrıca, kanser tedavisi sürecinde yaşanan fiziksel değişiklikler, hastaların beden imajını ve benlik saygısını olumsuz etkileyebilir. Psikiyatrik durumlar nedeniyle, kanser hastalarında nonspesifik distres ve anksiyete yaygın olarak görülür. Distres, psikolojik, sosyal ve manevi faktörlerin toplamından oluşur ve bu faktörler şiddetliyse, hastanın hastalıkla, belirtileriyle ve tedavi komplikasyonlarıyla etkili bir şekilde başa çıkma yeteneği olumsuz etkilenir [5].

COVID-19 pandemisi, kanser hastalarının karşılaştığı psikososyal sorunları daha da derinleştirmiştir. Pandemi sürecinde, birçok kanser hastası tedaviye erişimde güçlükler yaşamış, sosyal izolasyon nedeniyle yalnızlık ve depresyon seviyeleri artmıştır. Pandemi sırasında, kanser hastalarının tedavi süreçlerinde yaşanan kesintiler ve lojistik sorunlar, hastaların kaygı ve stres seviyelerini artırmış, genel sağlık durumlarını olumsuz etkilemiştir.

Aile ve Sosyal Destek

Aile ve sosyal destek, kanser hastalarının psikososyal sorunlarla başa çıkma süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Aile desteği, hastaların tedavi süreçlerine uyum sağlamalarını kolaylaştırırken, sosyal destek ise hastaların duygusal ve sosyal iyilik hallerini artırmaktadır. Ancak, birçok kanser hastası bu destekten mahrum kalmakta ya da yetersiz düzeyde almaktadır. Aile üyeleri, hastanın bakımını üstlenirken kendi sağlıklarını ihmal edebilmekte ve bu durum bakım verenlerde tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir [4]. Ayrıca, ekonomik baskılar ve iş gücü kayıpları, ailelerin finansal durumunu zorlayarak aile içi ilişkilerde gerginliklere ve çatışmalara neden olabilmektedir.

Sosyal destek eksikliği, kanser hastalarının duygusal ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle pandemi döneminde, sosyal izolasyon ve fiziksel mesafe kuralları, hastaların sosyal destek ağlarından uzaklaşmalarına neden olmuştur. Bu durum, hastaların yalnızlık ve depresyon seviyelerini artırmış, genel sağlık durumlarını olumsuz etkilemiştir [6].

Kanser, yalnızca fiziksel bir hastalık olmanın ötesinde, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da beraberinde getiren kronik bir durumdur. Kanser hastaları, tanı, tedavi, nüks ve palyatif bakım dönemlerinde çeşitli duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler sergilerler. Bu nedenle, kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımlarında, tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları da içeren bir tedavi planı oluşturulması gerekmektedir [7]. Kanser hastalarının yaşadıkları travmaları atlatabilmeleri için, bu süreçte ruhsal durumlarını ve motivasyonlarını güçlü tutmaları kritik öneme sahiptir. Psikososyal desteğin tedavinin önemli bir parçası olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, kanser hastalarının sosyal, psikolojik, duygusal, manevi, yaşam kalitesi ve işlevselliklerini anlamak ve tedavi etmekle ilgili bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir.

Çalışmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı, kanser tanılı hastaların yaşadığı psikososyal sorunları derinlemesine incelemek ve bu sorunların hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Çalışma, kanser hastalarının karşılaştığı stres, psikolojik sorunlar, aile ve sosyal sorunlar, manevi destek eksikliği gibi sorunları ortaya koyarak daha sonraki aşamalarda yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda, literatürdeki mevcut araştırmaların yanı sıra, hasta ve aileleri ile yapılacak derinlemesine görüşmeler ve anketler yoluyla elde edilecek veriler kullanılacaktır.

Kapsam ve Sınırlılıklar

Bu çalışma, kanser tanılı hastaların psikososyal sorunlarını geniş bir perspektifte ele almayı amaçlamaktadır. Ancak, çalışmanın kapsamı, belirli bir coğrafi bölge veya demografik grup ile sınırlı olabilir. Bu tez çalışması, kanser tanılı hastaların psikososyal sorunlarını anlamak ve bu sorunlara yönelik etkili müdahaleler geliştirmek adına önemli bir katkı sunmayı amaçlamaktadır. Kanser hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak ve psikososyal iyilik hallerini desteklemek için, sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.KANSER HASTALIĞINA İLİŞKİN BİLGİLER

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi ve çoğalması sonucu ortaya çıkan, yakın dokulara yayılan veya uzak dokulara metastaz yapan veya tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak kanser, hücre çekirdeğindeki Deoksiribonükleik Asit (DNA) yapısının değişmesi, bulunduğu organ ve metastazın meydana geldiği diğer dokularda normal gelişimsel fonksiyonlarının terk edilmesi sonucu kontrolsüz hücre çoğalmasının neden olduğu fonksiyonel bozulmayı ifade eder [8] .

Kanser, sinsice ilerleme eğiliminde olan ve kolayca başka hastalıklarla karıştırılabilecek belirtiler gösterebilen bir hastalıktır. Genel olarak vücudun herhangi bir yerinde kalınlaşma veya şişlikler olması, açıklanamayan kilo kaybı veya alımı, tedaviye rağmen geçmeyen yaralar, ses kısıklığı veya inatçı öksürük, yutma güçlüğü, bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişiklikler, açıklanamayan akıntılar ve vücudun herhangi bir yerinden kanama aşırı yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler kanserin habercisi olabilir. Yüzlerce farklı türü bulunan kanserin adı, ilk anormal hücre büyümesinin gerçekleştiği organ veya sistemden gelmekte ve tanı tedavi yöntemleri öncelikle ilk odağa göre planlanmaktadır. [9] [10] .

2.2.KANSERİN TARİHÇESİ

Kanserin tarihsel sürecine bakıldığında, M.Ö. 3000’lerde Mısır papirüslerinde tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak kaydedildiği görülmektedir. Hipokrat (M.Ö. 460-370) bu hastalığı “carcinos” ve “carcinoma” olarak adlandırmıştır. Doğu Roma İmparatorluğu döneminde, M.S. 300-700 yılları arasında, bu hastalık “cancroid” olarak tanımlanmıştır. 16. ve 18. yüzyıllar arasındaki Rönesans döneminde, tıp bilimcilerinin yaptığı otopsilerle insan vücudunun anatomisi ve patolojileri incelenmiş ve bu çalışmalar bilimsel ve cerrahi onkolojinin temelini oluşturmuştur. 18. ve 19. yüzyıllarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastalık mikroskoplar yardımıyla hücresel düzeyde incelenmiş ve bu süreç teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesini sağlamıştır [11] . Ayrıca, sanayi devriminin etkisiyle üretimde kullanılan teknolojik yenilikler, işçi sınıfında kronik hastalıklar ve kanser vakalarında artışa neden olmuştur. Bu dönemde kanser epidemiyolojisi incelenmeye başlanmış ve çevresel

koşullar, çalışma ortamı, sosyo-ekonomik durum, yaş, cinsiyet ve mesleki maruziyet gibi faktörlerin kanserle ilişkili olduğu belirlendi [12] .

2.3.KANSERİN NEDENLERİ:

Kanser hastalığının kesin sebepleri tam olarak bilinmemekle birlikte, iki ana risk faktörü grubunun kanser oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. Bu risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olarak sınıflandırılmaktadır. Değiştirilemeyen riskler, genetik yatkınlık, yaş ve cinsiyet gibi bireyin temel özelliklerini içerir. Değiştirilebilen riskler ise bireyin yaşam tarzına bağlı olarak değişebilen faktörlerdir; örneğin, tütün ve alkol tüketimi, kötü beslenme, obezite, yetersiz beslenme ve çalışma koşullarına bağlı maruziyetler. Ayrıca, çevresel faktörler, virüsler, radyoaktif ışınlar, tehlikeli kimyasallar ve çevre kirliliği gibi ulusal ve küresel düzeyde önlenabilir riskler de kanser oluşumunda etkilidir [13] . Kanser, birçok potansiyel nedeni barındıran ve teknolojik ilerlemelere rağmen hâlâ tam olarak anlaşılamamış karmaşık bir hastalık grubudur.

Kanser hastalığının nedenlerine dair yapılan araştırmalarda, yaşlılık, sigara ve alkol tüketimi, fazla kilo ve obezite, düzensiz beslenme, fiziksel aktivite eksikliği, güvensiz cinsel ilişki, hava kirliliği ve katı yakıt kullanımına bağlı iç mekân dumanı gibi faktörlerin yanı sıra hepatit B, hepatit C, papilloma virüsü, Helicobacter pylori, HIV ve Epstein-Barr virüsü gibi bazı enfeksiyonların da kanser riskini artırdığı bildirilmektedir [14] .

İrk ve etnik kökene göre yapılan kanser araştırmalarında, hastalığın yaygınlığı ve ölüm oranlarında yaş ve ırk faktörlerinin önemli olduğu görülmektedir. Beyaz kadınlarda daha yüksek oranda kanser tanısı konulurken, Afrikalı Amerikalı kadınların (AAW) daha yüksek ölüm oranlarına sahip olduğu belirlendi [10] . Bu çalışmalarda, genetik faktörlerin yanı sıra yaşam koşullarının da stres düzeyini artırarak DNA yapısını bozduğu ve Afrikalı Amerikalı kadınlarda (AAW) meme kanseri insidansının beyaz kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir [15] [16] . Değiştirilemeyen risk faktörlerinden biri olan genetik özelliklerin de kanser oluşumunda önemli bir rol oynadığı görülmektedir.

Burton ve Etland (2020)'e göre, genetik faktörlerden kaynaklı sağlık kırılganlığı, sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesiyle telafi edilebilirken, kötü sosyo-ekonomik koşulların stresi artırarak durumu daha da kötüleştirebileceği ve hastalığın yayılımını hızlandırarak tedavi seçeneklerini sınırlayabileceği belirtilmiştir. İyi koşullar altında, erken tanı ve teşhis yöntemleriyle taramalar yapılabilir ve hastalık erken evrede ya da genetik faktörler tespit edilerek koruyucu yöntemler uygulanarak etkin bir mücadele sürdürülebilir [15] .

2.4. KANSERİN EPİDEMİYOLOJİSİ:

Kanser hastalığının teşhis ve tanı yöntemlerinin, teknolojinin gelişmesiyle birlikte arttığı bilinmektedir. Ancak kanser, bulaşıcı hastalıklar kadar ani ve toplu ölümlere neden olmadığından tarih boyunca yeterince dikkate alınmamıştır. Her ne kadar bireysel bir hastalık olarak görülse de, etkileri nedeniyle kanser, yaygın bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir [17]. Kanser istatistiklerinin belirli standartlarda kayıt altına alınması ve uluslararası paylaşılması, hastalığın boyutunun daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır ve bu da kanserin bireysel bir hastalık olmanın ötesine geçerek toplumsal ve küresel bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasına yol açmıştır [18] .

Ülkemizde kanser kayıt sistemi ilk olarak 1982 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na eklenen bir madde ile bildirilmesi zorunlu hastalıklar listesine dâhil edilmiştir. 1992 yılında İzmir ve Diyarbakır'da açılan kanser kayıt merkezleri ile uluslararası standartlarda kanser verilerinin toplanmasına başlanmıştır. Zamanla, kanser kayıtçılığı güncellenen mevzuat ve uygulamalar ile ülkenin tüm sağlık kuruluşlarında yaygın hale getirilmiştir [19] .

Kanser hastalığı ve etkileriyle mücadele etmek için güvenilir verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu veriler, hastalığın sosyo-demografik yapıyla ilişkisini, bireylerin yaşam tarzlarının hastalığın oluşumuna ve tedavisine etkisini, coğrafi özelliklerin hastalığın oluşmasındaki risk faktörlerini ve bakım sürecinin hastalığın seyrini nasıl etkilediğini anlamak için değerlidir. Her kanser vakasının ulusal kayıt sistemine işlenmesi, ulusal ve yerel ölçekte kanser yükünün anlaşılmasına ve mücadele stratejilerinin belirlenmesine katkı sağlar. Bu da ülke kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması ile hastalığın ekonomik yükünün azaltılmasına yardımcı olur [20].

2.4.1 Dünyada Kanser

Kanser alanındaki kapsamlı araştırma ve veri toplama faaliyetleri, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bünyesindeki Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yürütülmektedir. Dünyadaki kanser insidansı ve mortalite verileri düzenli olarak toplanmakta ve 2003 yılından bu yana Dünya Kanser Raporu (World Cancer Report) yayınlanmaktadır. En son 2020 yılında yayınlanan raporda, toplumlar arası ve toplum içi eşitsizliklerin kanser yüküne etkisi ve sosyal eşitsizliklerin kanserin önlenmesindeki rolü ele alınmıştır [18]. Raporda, düşük sosyo-ekonomik gruplar ile etnik ve ırksal azınlıkların daha yüksek kanser mortalitesine sahip olduğu ve sağkalım oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. 2016 yılında, bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında kanser, en yüksek ölüm nedeni olarak öne çıkmış ve bu ölümlerin %72'sini

oluşturmuştur. 2020 yılında ise dünya genelinde yeni kanser vaka sayısı 19.292.789 olarak kaydedilmiştir. Bu vakaların %11,7'si meme kanseri, %11,4'ü akciğer kanseri, %10'u kolorektal kanserler, %7,3'ü prostat kanseri, %5,6'sı mide kanseri, %4,7'si böbrek kanseri, %3,1'i rahim ağzı kanseri ve %3,1'i yemek borusu kanseri şeklindedir. 2020 yılında dünya genelinde kanser nedeniyle 9.958.133 ölüm gerçekleşmiştir [21] .

2.4.2.Türkiye’de kanser

Sağlık Bakanlığı'nın 2021 yılı yayınladığı kanser istatistiklerine göre ülkemizdeki 2017 kanser verileri ile küresel kanser verileri karşılaştırılarak analiz yapıldı. Türkiye'de 2017 yılında kanser tanısı alan kişi sayısı 180.288 oldu. Kanser görülme sıklığı erkeklerde 100.000'de 259,2, kadınlarda ise 187 idi. 2020 Globocan verileriyle karşılaştırıldığında Türkiye'deki kanser görülme sıklığı, görülme sıklığının yaklaşık yarısı kadar olduğu Amerika Birleşik Devletleri dışında dünyanın geri kalanına ve diğer bölgelere yakındır. Batı Asya bölgesindeki görülme sıklığının ülkemize göre daha düşük olduğu, gelişmişlik düzeyi ile görülme oranları arasında doğrusal bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir.

En sık teşhis edilen kanser türleri diğer ülkelerdekilerle benzerdir; erkeklerde en sık akciğer, trakea ve bronş kanseri, kadınlarda ise en sık meme kanseri teşhis edilen kanserlerin %25'ini oluşturur. Kadınlarda meme kanseri tanısı için ortalama yaş 53'tür. Kolorektal kanserler erkeklerde %0,0251 ve kadınlarda %0,0147 görülme sıklığıyla hem erkeklerde hem de kadınlarda üçüncü en sık görülen kanserdir. İnsan papilloma virüsünün (HPV) kadınlarda kanserlerin %5-10'una, erkeklerde ise %1'ine neden olduğu bilinmektedir. Obezite kadınlarda özellikle meme, yumurtalık ve rahim korpus kanserleri için bir risk faktörüdür ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek insidans oranlarına sahiptir.

Türkiye özelinde 2020 yılı kanser verilerine bakıldığında, ülkenin nüfusu 84 milyon 339 bin 067 olup, yıl içinde 233 bin 834 yeni kanser vakası ve 126 bin 335 kanser nedeniyle ölüm gerçekleşti. Beş yıllık genel vaka sayısı 581.636 idi. Ülkemizde 2019 yılında toplam ölüm sayısı 435.941 olup, ölümlerin yüzde 36,8'ini dolaşım sistemi hastalıkları, yüzde 18,4'ünü kanser hastalıkları, yüzde 12,8'ini ise solunum sistemi hastalıkları oluşturdu. Kansere bağlı ölümler incelendiğinde; yüzde 30,2'sinin akciğer, gırtlak, soluk borusu ve bronş kanserlerinden, yüzde 7,9'unun lenfatik ve hematopoietik kanserlerden, yüzde 8'inin ise mide kanserlerinden kaynaklandığı görülüyor. Yukarıdaki verilere dayanarak yaklaşık her 4-5 ölümden birinin kanserden kaynaklandığını söylemek mümkündür.

2016 yılında yaşlı nüfusta ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları (%45,6) en sık görülen hastalık olurken, onu iyi ve kötü huylu tümörler (%16,3) ve solunum sistemi hastalıkları (%13,9) takip etti. Ölüm nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında en belirgin farkın iyi huylu ve kötü huylu tümörlerde olduğu görüldü. İyi huylu ve kötü huylu tümörler nedeniyle hayatını kaybeden yaşlı erkeklerin oranı, yaşlı kadınların yaklaşık iki katı kadardır [22] . Kanser görülme sıklığı ve ölüm oranlarının cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde, erkeklerde kanser vakalarının ve buna bağlı ölümlerin kadınlara göre daha sık olduğu görülmektedir. Bu bulgu, bakıma muhtaç erkek bireylerin sayısının daha fazla olduğunu ve kadınların bakım veren olarak önemli bir rol oynadığını düşündürülebilir.

Ülkemizin nüfusu 1990 yılında 56.473.035 olup, bu nüfusun %4,3'ünü 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. 2017 yılı nüfus verilerine bakıldığında toplam nüfus 80.810.525'e çıkmış olup nüfusun %8,5'i 65 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Yaşlı nüfus oranının neredeyse iki katına çıkması dikkat çekicidir. Ölüm ve doğurganlık oranlarının normal devam ettiği varsayıldığında yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye, 2050 yılında ise %20,8'e yükselmesi beklenmektedir [20] . İleri yaşta kanser tanısı alan bireylerin diğer kronik hastalıkları ve fiziksel zayıflıkları da yaşama olasılıkları göz önüne alındığında bakım yükünün genç hastalara göre daha ağır olabileceği söylenebilir.

2.5.KANSERİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kanser tedavi yöntemlerini konvansiyonel (geleneksel) ve gelişmiş veya modern kategorilere ayırarak gösterebiliriz. Çağımızda dünya çapında devam eden tüm tıbbi tedavi denemelerinin yarısından fazlası kanser tedavilerine odaklanmaktadır [23] . Kanser türü, yeri ve şiddeti gibi durumlar, tedavi seçeneklerini ve ilerlemesini seçmeye rehberlik eder. En yaygın kullanılan geleneksel tedavi yöntemleri cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi iken, modern yöntemler arasında hormon tedavisi, anti-anjiyojenik, kök hücre tedavileri, immünoterapi ve dendritik hücre tabanlı immünoterapi yer alır [24] .

2.5.1 Geleneksel Kanser Tedavileri

En çok önerilen konvansiyonel kanser tedavi stratejileri tümörlerin cerrahi olarak çıkarılmasını ve ardından kemoterapi ile radyoterapiyi içerir [25] Bu yöntemlerden cerrahi, hastalığın erken evresinde en etkili yöntemdir. Radyasyon tedavisi sağlıklı hücrelere, organlara ve dokulara zarar verebilir. Kemoterapi morbidite ve mortaliteyi azaltmış olsa da, neredeyse tüm kemoterapötik ajanlar sağlıklı hücrelere, özellikle de hızla bölünen ve büyüyen hücrelere

zarar verir [26] . Kemoterapi ile ilgili önemli bir sorun olan ilaç direnci, başlangıçta bir kanser karşıtı ilaçla baskılanan kanser hücrelerinin ilaca karşı direnç geliştirmesi olgusudur. Bu, öncelikle azalmış ilaç alımı ve artmış ilaç dışarı akışından kaynaklanır [27] . Doz seçimi zorluğu, özgülük eksikliği, hızlı ilaç metabolizması ve esas olarak zararlı yan etkiler gibi durumlar konvansiyonel kemoterapötik yöntemin sınırlayıcı faktörleridir [28] .

2.5.2 Yenilikçi Kanser Tedavileri

Kanser tedavisinin engelleyen en önemli faktörlerin başında, ilaç direnci ve ilaçların etki mekanizmasındaki spesifikite sorunu vardır. Bu durum kanserin tedavisinde, belirti ve semptomların azaltılmasında en büyük sorundur; ancak şu anda bu sorunu aşmaya yönelik, birçok onaylı tedavi yaklaşımı ve ilaç bulunmaktadır. Geleneksel tedavi yöntemlerinin kanserde etkinliği, tümör patolojisi ve tümör dokusu kan damarlarının mimari anormalliği nedeniyle düşmektedir [29] . Aşağıda, faydaları ve zorlukları ile gelişmiş ve yenilikçi kanser tedavi türleri yer almaktadır.

2.5.2.1 Kök Hücre Tedavisi

Kök hücreler, kemik iliğinde bulunan ve herhangi bir vücut hücresine farklılaşma yeteneğine sahip farklılaşmamış hücrelerdir. Kök hücre terapötik etkisi yüksek, aynı zamanda güvenli ve etkili olduğu düşünülen kanser tedavi seçeneklerinden biridir. Kök hücre ile ileri klinik denemeler devam etmekte; örneğin, diğer hasarlı dokuların rejenerasyonunda kullanımı araştırılmaktadır. Mezenkimal kök hücreler (MSC'ler) şu anda kemik, yağ dokusu ve bağ dokusunda oluşan hasarların onarılmasına yönelik tedavilerle ilgili klinik denemelerde kullanılmaktadır [30] .

Şekil 1:Kök hücre tedavileri

Kök hücre tedavileri	Örnekler	Yetki	Gösterge	
Yetişkin kök hücreler	MSC-INF β	FDA	Yumurtalık tümörü	
Kanser kök hücreleri	Venetoklaks	FDA	AML	
Pluripotent kök hücreler	iPSC (sipuleucel-T)	FDA	Prostat kanseri	

2.5.2.2 Hedefe Yönelik İlaç Tedavisi

Hedefe yönelik kanser tedavileri, bazen "moleküler hedefli ilaçlar", "moleküler hedefli tedaviler" ve "hassas ilaçlar" olarak birbirinin yerine kullanılan tabirlerle ifade edilen ilaçlar veya diğer maddelerdir. Bu ilaçların etki mekanizması, kanser büyümesini ve yayılmasına neden olan büyüme moleküllerine müdahale etmektir [31] . Tümör başlangıcı ve ilerlemesi, endotel hücreleri, perisitler, düz kas hücreleri, fibroblastlar, çeşitli inflamatuvar hücreler, dendritik hücreler ve kanser kök hücreleri içeren tümör morfolojisi tarafından belirlenir. Tümör morfolojisini oluşturan hücrelerin, yüksek bir hücresel çoğalmayı sürdürmek için uygun olan kanserli hücrelerle dinamik olarak etkileşime girdiği çeşitli sinyal mekanizmaları ve yolları vardır. Bu nedenle, kanser tedavisi için etkili hedefleme önlemlerini kullanmak için tümörün özelliklerini belirlemek araştırmanın ilgi alanıdır [32] .

Kanser hücrelerini konvansiyonel kemoterapi ile seçici olarak tedavi etmek, kanser hücreleri normal hücrelere benzediği için zordur. Bu nedenle bu sorunlara hücre döngüsünü durdurma, apoptozis indüksiyonu, proliferasyonun önlenmesi ve hedeflenen ilaç tedavisi ajanları tarafından metabolik yeniden programlamaya müdahale gibi hücresel mekanizmalar tarafından müdahale edilir [33] .

Hedefe yönelik tedavinin kullanılması, bazı hastalıklarda sağ kalım oranını belirgin şekilde artırdı, örneğin ileri pankreas kanseri olan hastalarda erlotinibin standart kemoterapiye eklenmesi sağ kalımı %17'den %24'e arttırdı. İmatinib kronik miyeloid lösemi üzerinde dramatik bir etkiye sahip oldu ve rituksimab, sunitinib ve trastuzumab sırasıyla renal hücreli karsinom ve meme kanserinin tedavisinde devrim yarattı [34] .

Hedefe yönelik hücre ajanlarını çalışma mekanizmalarına veya hedef bölgelerine göre sınıflandırabiliriz. Bazı enzimler kanser hücrelerinin büyümesi için sinyal görevi görür. Bazı hedefe yönelik tedaviler kanser hücrelerinin büyümesi için sinyal olan enzimleri engeller. Bu ilaçlara enzim inhibitörleri denir. Bu hücre sinyallerini engellemek kanserin büyümesini ve yayılmasını engelleyebilir [35] .

Bazı hedefe yönelik tedaviler, hücrelerin yaşayıp yaşamayacağını kontrol eden hücrenin kısımlarını doğrudan hedeflediği için apoptozis indükleyici ilaçlar olarak adlandırılır. Örnekler arasında; serin/treonin kinaz, hücrenin hayatta kalmasını destekleyen protein kinaz B (PKB/Akt) ve bu proteinin inhibitörleri klinik çalışması aşamasındadır [36] .

Bu ajanlar tümörlerin yeni kan damarları oluşturmalarını durdurur ve bu da tümörlerin kan akışını keserek tümörlerin büyümesini engeller. Ayrıca, vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) veya reseptörleri gibi anjiyojenik faktörleri inhibe ederek tümöre kan akışını kısıtlayarak tümör büyümesini durdururlar. Çalışmalar, ileri kolorektal karsinomlu hastaların sağ kalımının Avastin'in (bevacizumab) 5-florourasil bazlı kemoterapiyle birlikte kullanılmasından sonra aylarca uzadığını gösterdi [37] .

2.5.2.3 Kanserde Ablasyon Tedavisi

Ablasyon, tümörleri çıkarmadan yok eden bir tedavi tekniğidir, çoğunlukla 3 cm'den küçük tümörler için endikedir ve cerrahi seçenek kontrendike olduğu durumlarda tercih edilir. Ablasyon, daha büyük tümörler için embolizasyonla birlikte de kullanılır. Ancak, bu teknik, tümörün etrafındaki normal dokuların bir kısmını yok ettiği için büyük kan damarları, diyafram veya büyük safra kanallarına yakın tümörleri tedavi etmek için endike olmayabilir [38] .

2.5.2.4 Kanserde Gen Tedavisi

Gen terapisi, belirli bir bozukluğu tedavi etmek için genoma kusurlu bir genin normal bir kopyasının eklenmesidir. İlk uygulama, şiddetli kombine immün yetmezliği (SCID) olan hastalarda adenoazin deaminaz (ADA) genini T hücrelerine iletmek için retroviral bir vektörün kullanıldığı 1990 yılına dayanır. Yaklaşık 2900 gen terapisi klinik çalışması şu anda devam etmektedir ve bunların üçte ikisi kanserle ilgilidir. Proapoptotik ve kemosenesitize edici genlerin ekspresyonu, vahşi tip tümör baskılayıcı genlerin ekspresyonu, belirli anti-tümör bağışıklık tepkilerini tetikleyebilen genlerin ekspresyonu ve onkogenlerin hedefli susturulması gibi stratejiler kanser gen terapisi için değerlendirilmektedir [37] .

2.5.2.5 Kanserde Antioksidan Tedaviler

Vucudumuz günden güne ultraviyole (UV) ışınları, kirlilik ve tütün dumanı gibi pek çok dışsal saldırıya maruz kalıyor; bu da kanser ve birçok hastalığın başlangıcından sorumlu olan reaktif ürünlerin bir araya gelmesiyle sonuçlanıyor. Bu moleküller, ilacın klinik olarak uygulanmasının bir sonucu olarak bile ortaya çıkabilirken; ayrıca hücrelerimizde ve dokularımızda mitokondri ve peroksizomlar tarafından ve makrofajların metabolizması yoluyla geleneksel fizyolojik aerobik süreçler yoluyla doğal olarak da oluşturulurlar [37]. Oksidatif stres ve radikal oksijen ürünleri, DNA'ya ve diğer biyolojik maddelere zarar vererek transkripsiyon faktörlerinin düzenlenmesini önemli ölçüde değiştirebilirler [39]. Vitaminler, polifenoller ve bitki kaynaklı biyoaktif bileşikler, antiinflamatuvar ve antioksidan özellikleri nedeniyle vücuda zarar veren bu moleküllere karşı koruyucu ve tedavi edici ilaç olarak kullanılan doğal antioksidanlardır [40]. Antiinflamatuvar ve antioksidan özellikleri takdir edildikten sonra kanser tedavisine eklenen proliferatif ve proapoptotik özellikleri olan; Vitaminler, alkaloidler, flavonoidler, karotenoidler, kurkumin, berberin, kersetin ve diğerleri gibi bileşikler, in vitro ve in vivo olarak üretilen doğal antioksidanların örnekleridir [41].

2.6. MEME KANSERİ

Meme kanseri, kadınlarda en sık teşhis edilen kanser türü olup, dünya genelinde kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin ikinci en yaygın nedenidir [42]. Memeler, pektoral kasın üzerinde bulunan ve değişken büyüklükte ve yoğunlukta olan çift halinde bezlerdir. Bu bezler, süt üreten hücrelerin lobüller halinde düzenlendiği yapılardan oluşur; birçok lobül ise loblar halinde toplanır ve aralarında yağ dokusu bulunur. Süt ve diğer salgılar, asinüslerde üretilir ve meme ucundan çıkan süt kanalları aracılığıyla dışarı atılır. Memeler, Cooper bağları ile alttaki kas fasyasına tutunarak desteklenirler [43].

Meme kanseri en sık olarak süt kanallarının epitel hücrelerinde (duktal karsinom) ortaya çıkar, ancak meme lobüllerinde (lobüler karsinom) de gelişebilir. Meme kanseri için tanımlanmış çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Batı ülkelerinde, tarama programları sayesinde meme kanserlerinin çoğu belirtiler ortaya çıkmadan taramalar yoluyla tespit edilmektedir. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde genellikle memede kitle veya anormal meme ucu akıntısı gibi belirtilerle teşhis edilir [44]. Meme kanseri, fizik muayene, meme görüntülemesi ve doku biyopsisi ile teşhis edilir. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, kemoterapi, radyasyon terapisi, hormonal tedavi ve son zamanlarda immünoterapi yer

almaktadır. Tedavi kararları, tümörün histolojisi, evresi, tümör belirteçleri ve genetik anormallikler gibi faktörlere göre bireyselleştirilir [42] .

ABD'de, her 8 kadından 1'i ve her 1000 erkekten 1'i yaşamları boyunca meme kanseri geliştirmektedir [45] . Meme kanseri insidans oranı yaşla birlikte artmakta, 20-24 yaş arası kadınlarda 100.000'de 1,5 vaka iken, 75-79 yaş arası kadınlarda zirveye ulaşarak 100.000'de 421,3 vaka görülmektedir; yeni vakaların %95'i 40 yaş ve üzeri kadınlarda ortaya çıkmaktadır. Meme kanseri teşhisi konulan kadınların medyan yaşı 61'dir.

2000 yılına kadar meme kanseri insidansında hızlı bir artış gözlenmiş, bu tarihten sonra ise insidans azalmaya başlamıştır. 50 yaş altı kadınlarda daha belirgin azalmalar görülmektedir. Erken teşhis ve tedavideki önemli ilerlemeler sayesinde, Kuzey Amerika ve Avrupa'nın bazı bölgelerinde son 25 yılda meme kanseri ölüm oranları azalmıştır. ABD'de, meme kanseri ile ilişkili ölüm oranı 1980'den 2020'ye kadar %43 azalmıştır. Ancak, Uganda, Güney Kore ve Hindistan gibi birçok Afrika ve Asya ülkesinde meme kanseri insidansı ve ölüm oranları artmaya devam etmektedir [46] .

2.7 AKCİĞER KANSERİ

Akciğer kanseri, dünya genelinde her yıl yaklaşık 1,6 milyon (1,1 milyon erkek ve 500 bin kadın) kişinin ölümüne yol açan yaygın bir malignitedir. Bu kanserin iki ana alt tipi vardır: küçük hücreli dışı akciğer kanseri ve küçük hücreli akciğer kanseri. Genellikle ileri evrelerde teşhis edilir ve hastalık süreci agresiftir, sistemik tedavilere ise sınırlı bir yanıt verir. Tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %85'i sigara kullanımına bağlı olarak gelişir, ancak son yıllarda hiç sigara içmeyenlerde de akciğer kanseri vakaları artış göstermektedir. Düşük doz bilgisayarlı tomografi ile yapılan erken tanı, mortalite oranını azaltabilir [47] .

2.8.KOLON KANSERİ

Kolon kanseri, akciğer, prostat ve meme kanseri ile birlikte en ölümcül kanserler arasında yer almaktadır [48] . Kansere bağlı ölümler arasında %55 sağkalım oranı ile ikinci sırada yer almaktadır [49] . Kadınlarda ikinci, erkeklerde ise üçüncü en yaygın kanser türü olan kolon kanseri, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık %25 daha düşük insidans ve ölüm oranına sahiptir [50] . Kolorektal kanser, dünya genelinde tüm kanser ölümlerinin %10'unu oluşturmaktadır [49].Avrupa'da her yıl yaklaşık 250.000 yeni kolon kanseri tanısı konulmaktadır [51] . Bu kanser türünün gelişimi, sanayileşme ve kentleşme ile birlikte artmaktadır. Kolorektal kanser,

sosyoekonomik gelişimin bir göstergesi olup insidans oranları, ülkelerin HDI (İnsani Gelişme Endeksi) seviyeleriyle paralel olarak artış göstermektedir [49] . Hastalığın insidansında azalma eğilimleri, günümüzde yalnızca çok gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Bu eğilimler, genellikle ülke çapında yürütülen tarama programları ve kolonoskopi taramalarının artmasıyla ilişkilendirilirken, yaşam tarzı ve diyet değişiklikleri de bu duruma katkıda bulunabilmektedir [52] .

2.9.YETİŞKİN KANSER HASTALARINDA PSİKOSOSYAL SORUNLARA GENEL BAKIŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya genelinde kanser yükünün 2018'de 18.1 milyon yeni vaka ve 9.6 milyon ölümlle arttığını göstermektedir. Dünya genelinde kanser teşhisi konduktan sonraki 5 yıl içinde hayatta olan toplam insan sayısının (5 yıllık prevalans) 43.8 milyon olduğu tahmin edilmektedir. WHO ayrıca, 2030 yılına kadar yeni kanser vakalarının sayısının yüksek gelirli ülkelerde %40, düşük gelirli ülkelerde ise %80'den fazla artmasını beklemektedir; düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl 10 ila 11 milyon kanser vakasının teşhis edilmesi beklenmektedir. Kanserden sağ kalma ve ölüm oranlarının da artması beklenmektedir; dünya genelinde kanser teşhisi konduktan sonraki 5 yıl içinde hayatta olan insan sayısı şu anda yaklaşık 43.8 milyon olup, 2030 yılında ölümlerin sayısının 13 milyonun üzerinde olacağı öngörülmektedir [53] . Bu veriler, önleme ve tarama, tedavi, takip ve palyatif bakım politikalarının zorunlu olduğunu ve bu kritik sosyal sorunla başa çıkmak için küresel ve disiplinler arası bir dikkatin gerekli olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir.

Kanser hastalarının ihtiyaçlarının sadece hastalıkla ve tedavisiyle ilgili fiziksel yönlerle sınırlı olmadığı, aynı zamanda geniş bir duygusal, kişiler arası ve sosyal sonuçları olduğu ve bu sonuçların hem hastalar hem de aile üyeleri için hastalık süreci boyunca sürekli izlenmesi gerektiği oldukça açıktır. Psikososyal bakım açısından, hastaların en az %30'u psikososyal stres ve mental bozukluklar bildirmekte ve daha yüksek bir yüzde, kanser sürecinin bir noktasında tanınmamış psikososyal ihtiyaçlar veya tedavi edilmemiş psikososyal bozukluklar bildirmektedir [54] . Psikososyal bozuklukların hastalar ve aileler üzerindeki etkisi, onkolojide büyük önem taşımaktadır, çünkü psikiyatrik morbidite yaşam kalitesinde düşüş, sosyal ilişkilerde bozulma, daha uzun rehabilitasyon süresi, tedaviye uyumsuzluk ve anormal hastalık davranışı ile ilişkilidir ve muhtemelen daha kısa sağ kalım süresi ile sonuçlanabilir [55] . Aile üyelerini de etkileyen önemli düzeyde yük ve duygusal stres bildirilmiş olup, tanınmamış ve

karşılanmamış psikososyal ihtiyaçların her hastalık evresinde bakım verenlerde psikolojik morbiditenin önemli bir öngörücüsü olduğu konusunda kanıtlar mevcuttur [56] .

Arthur Sutherland, David Kissen, Elizabeth Kübler-Ross ve Jimmie Holland gibi psikiyatri öncülerinin 70 ila 50 yıl önce kanser hastalarının karşılanmamış psikososyal ihtiyaçlarını biyopsikososyal bir perspektifle keşfetmeye başlamasından bu yana, psiko-onkoloji disiplini büyük ölçüde gelişmiş ve kanser bakımı ile ilgili psikososyal bilimlerin yeni bilgilerini ve tekniklerini entegre etmiştir [57] . Kuzey Amerika'da, Bilimler Akademisi'nin Tıp Enstitüsü (IOM), psiko-onkolojinin girdilerini dikkate alarak 'psikososyal ihtiyaçların karşılanmasının kaliteli kanser bakımının ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini ve hastanın psikososyal sağlık ihtiyaçları ele alınmadan kaliteli kanser bakımı sağlanmasının mümkün olmadığını belirtmiştir [58] . Aynı şekilde, Avrupa Birliği Konseyi'nin (2008) sonuçları, 'en iyi sonuçları elde etmek için, hasta merkezli kapsamlı bir disiplinler arası yaklaşım ve optimal psikososyal bakımın rutin kanser bakımı, rehabilitasyon ve tedavi sonrası takipte uygulanması gerektiğini' kabul etmiştir. Bu, Uluslararası Psiko-onkoloji Derneği (IPOS) Kaliteli Kanser Bakımı Standartlarının özel gündemidir ve bu standartlar, Psiko-onkoloji Dernekleri Federasyonu, Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) ve diğer paydaşlar, Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (UICC) gibi bilimsel kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Bu pozisyon bildirileri, psikososyal kanser bakımının evrensel bir insan hakkı olarak tanınması gerektiğini; kaliteli kanser bakımının psikososyal alanı rutin bakıma entegre etmesi gerektiğini ve stresin, sıcaklık, kan basıncı, nabız, solunum hızı ve ağrıdan sonra altıncı yaşamsal belirti olarak ölçülmesi gerektiğini belirtmektedir [59] . Onkologlar, cerrahlar, radyasyon onkologları, anestezi uzmanları, psikiyatristler ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri arasındaki işbirliği, son yıllarda dünya genelinde ve birçok ülkenin ulusal kanser planlarında psikososyal bakım kılavuzlarının uygulanmasını sağlamıştır [60] . Kanser sürecinde psikiyatrik ve psikososyal bozuklukların tanınması, değerlendirilmesi ve müdahalesine ilişkin öneriler, bu nedenle, her kanser merkezi, enstitüsü, hastane ve toplum hizmetlerinde, birincil bakım da dâhil olmak üzere, her bireyin yaşam kalitesini garanti altına almak için zorunlu kabul edilmektedir [61] . Ancak, dünyanın birçok bölgesinde kaynak eksikliği ve birçok diğer ülkede sağlık sistemlerindeki önemli ekonomik kısıtlamalar nedeniyle sosyal eşitsizlikler hala mevcuttur Avrupa da dâhil olmak üzere [62] .

2.9.1 Kanser Hastalarının Hastalığa Verdiği Tepkiler

Kanser teşhisi konulan veya kanser teşhisi alma olasılığı olan bireylerin olumsuz duygular ve düşünceler içinde kaybolması muhtemeldir. Bu teşhisi alan bir kişi, sağlıklı bir yaşamdan

hastalık ve ölüm tehdidinde doğru bir geçiş yapacağı için psikolojik dengesi bozulabilir [49] . Elizabeth Kübler Ross, kanser hastalığı tanısı almış kişilerin tedavi, remisyon, nüks ve terminal dönemlerine göre yaşadıkları psikolojik süreçleri beş evrede tanımlamıştır. Bu evreler: İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir [3] .

İnkâr evresi, şok durumunun ardından ortaya çıkar ve kişinin yaşadıklarına katlanmasını zorlaştıran bir savunma mekanizmasıdır. Bu süreçte hastaya zaman tanımak, sosyal desteği artırmak ve tedavi hakkında bilgilendirme yapmak önemlidir [63] .İnkâr evresini **öfke** izler. Bu aşamada kişi, yaşadıklarını anlamlandırmak için "Neden ben?" sorusunu sorar. Aile üyeleri ve sağlık çalışanlarının, hastanın öfkesini ifade etmesine izin vermesi, onun rahatlamasına yardımcı olacaktır. Öfkesini ifade edemeyen bireyler depresyona girebilir.

Pazarlık dönemi, bireyin kendi içinde bir tür anlaşma yapma aşamasıdır: “Eğer Tanrı beni bu dünyadan almayı planlıyorsa ve öfkeli yakarışlara yanıt vermiyorsa, belki de iyilikle yaklaşmak daha olumlu sonuçlar doğurabilir” düşüncesiyle tedaviye uyum sağlar ve çaba gösterir [3] . Bu aşama, bireyin başa çıkma yöntemlerini öğrendiği bir süreçtir [63] .

Depresyon aşamasında, hastanın bedenindeki değişiklikler, organ kayıpları, iş kaybı ve hastane masraflarından kaynaklanan ekonomik kayıplar nedeniyle geçmişin yasını tutar ve bu durum kişinin depresyona girmesine yol açabilir [63] .

Kabullenme evresine ulaşan hasta, yeni yaşamına uyum sağlamak için enerjisini ve ruhsal gücünü ortaya koyar. Bu aşamada kişi, hastalığıyla birlikte yeni kimliğini benimsemeye başlar ve hayatını yeniden yorumlar [2] . Bu evreler, her hastada farklılık gösterebilir. Kabullenme aşamasında hastalık süreci ve iyileşme umudu doğabilir. Hasta umut belirtmiyorsa, bu genellikle ölümün yaklaştığını gösteren önemli bir işarettir. Onkolojik rehabilitasyon ekibinin, hastanın umudunu korumasına yardımcı olması büyük önem taşır[3].

2.9.2 Kanser Hastalarında Psikolojik Sorunlar

Kanserden sağ kalan bireylerde yaygın olarak görülen psikososyal sorunlar arasında depresyon, anksiyete, travma sonrası stres belirtileri, kanserin tekrarlama korkusu ve kanserle ilişkili stres yer almaktadır. Dayanıklılık ve travma sonrası büyüme, bu psikososyal endişeleri hafifletebilecek olumlu etkiler olarak öne çıkmaktadır. Sosyal faktörler, sosyal işlevsellik ve cinsel işlev bozukluğu ve doğurganlık gibi fiziksel koşullar da bu sorunları etkileyebilir.

2.9.2.1 Depresyon

Kanser hastalarında majör depresyon ve minör depresyon gibi depresif sendromlar, genel popülasyona göre daha yaygındır [64] . Uygulama kılavuzları, bu depresif bozuklukların yanı sıra alt sendromal semptomların tedavisinin de refahı ve yaşam kalitesini artırabileceğini belirtmektedir [65] . Depresyon, kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik sıkıntı türlerinden biridir. Kanser hastalarının tamamının veya çoğunun depresif olduğuna dair yanlış kanı, onların acı ve yetersizliklerini hafife alabilir ve depresyonun yetersiz tanı ve tedavi edilmesine yol açabilir [66] .

Belirtiler ve Değerlendirme: Depresyon, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesine geniş çapta zarar verir ve kanserden kurtulanlarda tüm nedenlere bağlı ölüm riskini iki kat artırır. Depresyon ayrıca kronik hastalık ve fiziksel, sosyal ve çevresel stresörlere bir yanıt olarak ortaya çıkabilir. Bu stresörler, "hiçbir şey düzelmeyecek" ve "yaptığım hiçbir şey fark yaratmayacak" gibi çaresizlik duygularını pekiştirir. Kanserden kurtulanlar arasında depresyon belirtilerinin zaman içinde farklı gelişim yolları vardır. Bu yollar arasında sürekli yüksek depresyon belirtileri gösteren bir grup; başlangıçta yüksek belirtiler gösteren ancak zamanla azalan bir grup; sürekli düşük depresyon belirtileri gösteren bir grup ve uzun süreler boyunca (tedaviden beş ila on yıl sonra bile) depresyon belirtileri kötüleşen bir grup bulunur [67] . Örneğin, bir çalışmada kolorektal kanserden kurtulanlar arasında, kanser teşhisi ile iki yıl arasındaki dönemde yeni bir ruh sağlığı bozukluğu teşhisi konma oranı yüzde 25 iken, iki ila beş yıl arasında yüzde 13'e düşmüş ve beş yıldan sonra yeniden yüzde 27'ye çıkmıştır [68] . Benzer şekilde, yeni başlayan depresyon teşhisi oranları da bu trendi takip etmiştir [69] .

Depresyon belirtileri duygusal, bilişsel, fiziksel veya davranışsal belirtileri içerir. Fiziksel veya davranışsal belirtiler, yorgunluk, konsantrasyon zorluğu ve uyku bozuklukları gibi tedavi sonrası geç etkilerle karışabilir. Bu nedenle, depresyon tanısı konmadan önce, belirtilerin arasında depresif hissetme, umutsuzluk veya daha önce keyif alınan deneyimlere ilgi kaybı olduğunun doğrulanması gerekir [70] . Disfori (ümitsizlik dâhil) semptomu kanser hastalarında yaygındır. Depresif ruh hali, yeni bir kanser teşhisine, kötüleşen bir prognoza veya kanserin tekrarlamasına bağlı bir yanıt olabilir. Ancak, tek uçlu depresyonun diğer temel belirti ve semptomları bağlamında disfori, farmakoterapi ve psikoterapi gerektiren bir depresif sendromun başlangıcını da gösterebilir. Depresif bozuklukların anergia, anoreksi, bilişsel bozukluk ve uykusuzluk gibi çeşitli semptomları, kanser ve onun tedavisinin semptomlarıyla örtüşmektedir [71] .

Majör depresyonun beş ana duygu durumu ve bilişsel semptomlarla değerlendirilmesi gerektiğini öneriyoruz [72] .

- Disfori (depresif, üzgün veya anksiyöz hissetme)
- Anhedoni (ilgi veya zevk kaybı)
- Değersizlik veya aşırı suçluluk hissi
- Konsantrasyon ve karar verme yetisinde bozulma
- İntihar düşünceleri ve davranışları

Hastanın en az üç ana duygu durumu ve bilişsel semptomu taşıması durumunda, özellikle intihar düşünceleri ve davranışlarının bulunması, majör depresyon tanısının daha güvenle konulmasını sağlar. Diğer genel tıbbi bozukluklar bağlamında majör depresyon tanısı koyarken de bu semptomlara odaklanmak yaygın bir yaklaşımdır.

Ayrıca, majör depresyon, hastanın kanserinin tıbbi gerçekliği ve prognozuna orantısız olarak umutsuzluk ve çaresizlik duygularıyla karşılık vermesine neden olabilir.

Hastalar, ailelerine yük olduklarını ve rahatsız ettiklerini, onlara acı ve sıkıntı verdiklerini ifade edebilirler. Bu tür inançlar, hastaların suçluluk hisleri (örneğin, “Tanrı beni cezalandırıyor”) taşımaları, yaşamlarının hiçbir zaman bir değeri olmadığını düşünmeleri veya kötü şeyler yaptıkları için cezalandırıldıklarını hissetmeleri gibi duygular depresyonun bulguları olabilir.

Depresif bozuklukların somatik (nörovegetatif) semptomlarına daha az vurgu yapmayı öneriyoruz. Anergia, anoreksi ve uykusuzluk kanser ve tedavisi nedeniyle ortaya çıkabilir [72] . Kanser genellikle yorgunluğa neden olur, hafifletilmemiş ağrı uykusuzluğa , depresyona yol açabilir. Kemoterapi iştah kaybına ve kilo kaybına neden olabilir. Ayrıca, somatik semptomlar, kanserin ilerlemesi gibi psikiyatrik olmayan bir tıbbi nedene de bağlanabilir (örneğin, serebral metastaz).

Kanser hastalarında majör depresyon tanısı koyarken somatik semptomlara daha az önem verilmesi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu (DSM-5-TR) [American Psychiatric Association.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), 2022.] ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11. Revizyon (ICD-11) [55] ile uyumludur. Her iki nozoloji de, depresyon tanısı koyulurken sayılan semptomların psikiyatrik olmayan bir tıbbi duruma bağlanmaması gerektiğini belirtir. Ancak, somatik semptomların etiyolojisi belirsizse, klinisyenler majör depresyon tanısını kaçırmamak için daha kapsayıcı bir yaklaşım benimseyerek somatik semptomları dikkate alabilirler [73] .

Bununla birlikte, depresyonun somatik/fiziksel semptomlarının göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamak önemlidir; çeşitli çalışmalar, somatik semptomların değerlendirilmesinin kanser hastalarında depresif bozuklukları değerlendirmede bir miktar faydası olduğunu öne sürmektedir [56]. Örneğin, prospektif bir çalışma, kanser teşhisi konulduktan sonraki ilk dokuz ay içinde hastaları (n = 279) unipolar majör depresyon veya minör depresyon açısından değerlendirmiştir [57]. Tüm depresif semptomlar, somatik semptomlar da dâhil olmak üzere, depresif hastalarda depresif olmayan hastalardan daha yaygındır ve somatik semptomların tanısallı doğruluğu, duygu durumu ve bilişsel semptomlar kadar iyiydi. Ayrıca, belirli somatik semptomlar hakkında soru sormak, duygusal konuları tartışmakta dirençli olabilecek hastalarla depresyon hakkında bir diyalogun başlamasına yardımcı olabilir.

Kanser hastalarında ölümün daha erken gelmesini istemek ve ölümü hızlandırma düşünceleri, hastalığın seyri boyunca yaygındır. Bu düşüncelerin intihar planı ve/veya davranışları ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmek için dikkatli bir değerlendirme gereklidir. Sık sık, intihar düşünceleri, ölme korkuları veya gelecekle ilgili diğer endişeler hakkında konuşma isteğini temsil eder ve bu durum hastaya klinik ilgiyi artırır ve destek vermek ile düzeltilebilir.

Prevalans: Kanserden kurtulanlarda depresyon en yaygın yeni ruh sağlığı teşhisidir. Kanser tedavisinden sonraki yıllarda, kanserden kurtulanların yüzde 22'si yeni başlayan depresyon teşhisi alır [68] . Kanser hastalarında depresyonun bildirilen prevalansı geniş bir aralıkta değişmektedir ve bu durum muhtemelen kanser tanısı konulduktan sonra geçen süre, değerlendirme yöntemleri, tanı kriterleri, hasta popülasyonları (örneğin, sosyodemografik faktörler ve kanser evresi), tedavi ortamları (örneğin, yatarak veya ayakta tedavi) ve görüşmeci uzmanlığı gibi farklılıklardan kaynaklanmaktadır [71] . Örneğin, depresyon vakalarını klinik görüşmelerle belirlemek, depresyon değerlendirme ölçekleri veya tarama araçları (ki bu araçlar daha az geçerlidir) ile belirlemeye göre daha az vaka tespit edilmesine neden olabilir. Ayrıca, kanser bağlamında depresyonu teşhis etmek zor olabilir çünkü anergi ve iştah ile uyku

bozuklukları gibi somatik semptomlar depresyon, kanser ve/veya onkolojik tedavi nedeniyle ortaya çıkabilir.

Depresif belirtilerin varlığı, kültür ve stres faktörlerinden etkilenebilir. Örneğin, Latin Amerika kökenli meme kanserinden kurtulan kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, yüzde 53'ü yüksek depresif belirtiler göstermiştir [74] . Zaman, çoğu kanserden kurtulan hasta için depresif belirtileri hafifletebilir, özellikle teşhisin ilk iki yılında olanlar, teşhisten 2 ila 10 yıl sonra veya 10 yıldan daha uzun süre sonra olanlara göre daha ağır bulgular vermektedir [75]. Ancak, bazı kanserden kurtulanlar tedavi tamamlandıktan beş yıl veya daha fazla süre sonra geç başlangıçlı depresyon yaşayabilir [76] .

Risk Faktörleri: Depresyon insidansını artıran birçok faktör vardır:

- Kanser teşhisinden sonraki erken dönem (özellikle tedavi bitiminden sonraki ilk iki yıl içinde) [77]
- Önceden depresyon öyküsü veya ruh sağlığı tedavisi öyküsü [78]
- Hareketsiz yaşam tarzı [78]
- Aktif sigara içme geçmişi [78]
- Başa çıkma stratejisi olarak kaçınma [78]
- Düşük eğitim seviyesi [79]
- Kadınlar için, daha kötü beden imajı, özellikle genç yaşta (45 yaşından küçük) teşhis konduğunda [80]
- Daha yüksek algılanan mali stres [81]
- İşsizlik [77]
- Birden fazla primer kanser öyküsü [82]
- Daha fazla sayıda fiziksel belirti veya daha düşük algılanan sağlık durumu [83]
- Daha düşük gelir [84]
- 65 yaş üstü günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar [84]
- 65 yaş üstü az temsil edilen etnik gruplar [84]
- 65 yaş üstünde iki veya daha fazla eşlik eden hastalık [84]
- Hayatta kalma bakım planı almama [85]
- Ruminasyon ve tekrar etme korkusu [86]
- Kadın ve bekâr olma [83]
- Daha genç, bekâr veya işsiz testis kanserinden kurtulan erkekler [87]

- Eşcinsel, lezbiyen veya biseksüel kanser kurtulanları [88]
- Hayatta anlam veya amaç bulma ve iç huzur düzeylerinin düşük olması [89]

2.9.2.2 Anksiyete

Kanser tanısı alan hastalarda, yaşamı tehdit eden bir hastalığın yarattığı tehlike karşısında kaygı hissetmek yaygın ve normal bir tepkidir. Bu noktada hastalar, ağrı hissetme veya bağımlı ve engelli olma endişesini yaşayabilirler [72] . Kaygı genellikle geçicidir ve kaygının değerlendirmesi tedaviye uyum konusunda yardımcı olabilir [90] . Hastalığın seyrinde kaygı, tıbbi olaylarla ve prognozun tartışılmasıyla (örneğin, nüks olasılığının belirsizliği) dalgalanma eğilimindedir. Ayrıca, kaygı bir malignitenin (örneğin, primer veya metastatik beyin tümörü) nöropsikiyatrik bir belirtisi, tıbbi komplikasyonlara (örneğin, dispne veya hipertiroidizm) verilen bir yanıt veya kortikosteroidler ya da kemoterapi gibi ilaçların yan etkisi olabilir [90]. Kanser hastalarının bir kısmında, kaygı semptomları önceden var olan bir kaygı bozukluğunun şiddetlenmesi veya nüksü ya da yeni bir kaygı bozukluğunun ortaya çıkması ile ilgili olabilir [90] . Tanımlanması önemlidir çünkü tedavi edilmeyen kaygı, kalitesiz bakım ile ilişkilidir ve kanser hastalarında kaygı bozuklukları, ileri evre kanserlerde bile tedavi edilebilir [91] . Kanser hastalarında kaygı bozuklukları aşırı korku, kaygı, ruminasyonlar, somatik semptomlar ve/veya kaçınma gibi davranışsal bozukluklar ile karakterizedir [90] [72] . Ayrıca, kaygı bozuklukları kanser tedavisini engelleyebilir ve artmış psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetleri ile ilişkilidir [72] [90] .

Belirli bozukluklar şunlardır:

- Agorafobi
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Sosyal anksiyete bozukluğu
- Özgül fobiler
- Panik bozukluğu
- Diğer belirtilmiş anksiyete bozukluğu

Prevalans: Kanser hastaları ile yapılan çok sayıda çalışmaya dayanarak, kanser hastalarında anksiyete bozukluklarının prevalansı yaklaşık olarak yüzde 10'dur [92] . Anksiyete bozukluklarının prevalansı, kanser hastalarında genel popülasyona göre daha yüksektir [93] .

- Kanser hastalarında agorafobi, genel popülasyona göre üç ila yedi kat daha fazladır.
- Kanser hastalarında panik atak, genel popülasyona göre iki kat daha fazladır.

- Kanser hastalarında özgül fobi, genel popölasyona göre üç kat daha fazladır.

Kanserle yaşayan hastalar, anksiyete bozukluğunu teşhis edecek kriterlere uymayan anksiyete semptomlarına sıklıkla sahiptir. Kanser tedavisi gören hastaların katıldığı bir öz-bildirim anketinde (n > 8000), klinik olarak anlamlı anksiyete semptomlarının yüzde 24 oranında olduğu bulunmuştur [94] .

Risk Faktörleri: Kanser tanısı sonrası anksiyete bozuklukları geliştirme riski, önceden anksiyete bozukluğu öyküsü olan hastalarda yüksektir, çünkü kanserle mücadele deneyimi, subklinik bir anksiyete bozukluğunu şiddetlendirebilir veya önceden var olan bir bozukluğun nüksüne yol açabilir [90] . Örneğin; Meme kanseri olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (n = 247), önceden yaygın anksiyete bozukluğu öyküsü olan hastaların bu bozukluğu geliştirme olasılığı, önceki öyküsü olmayan kadınlara göre 16 kat daha fazla bulunmuştur [95] . Baş ve boyun kanseri hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada (n = 224), kanser tanısından üç ay sonra anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığı, tanı anında anksiyete bozukluğu olanlarda 2,5 kat daha fazla bulunmuştur [96] .

Hayatta kalanlar arasında kaygı için tanımlanmış birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bir çalışmada, daha yüksek kaygı riskiyle ilişkili faktörler şunlardır [78] .

- Daha genç yaş
- Yalnız yaşamak
- Akciğer kanseri veya melanom tanısı

Kaygı ile ilişkili olduğu bildirilen diğer faktörler şunlardır:

- Kanserle ilgili duygu ve düşüncelerden kaçınma [77]
- Daha önceki bir ruh sağlığı tedavisi geçmişi [78]
- Erkek kanser hastalarından ziyade kadın kanser hastalarının oranı [78]
- İleri hastalık ve fiziksel semptomların varlığı [97]
- Tanıdan bu yana geçen sürenin kısalığı [98]
- Daha fazla sayıda eşlik eden hastalık durumu [98]
- Sosyal izolasyon [99]
- Lezbiyen, gey veya biseksüel kanserden kurtulanlar [88]

Anksiyete semptomlarına veya bozukluklarına neden olabilecek veya katkıda bulunabilecek diğer faktörler arasında komorbid depresyon ve insomnia, beyin metastazları, hiperkalsemi,

hipoksi, paraneoplastik sendromlar ve tromboembolik hastalıklar gibi kanserin ve tedavisinin (örneğin, glukokortikoid steroidler) neden olduğu faktörler yer almaktadır [90]

Klinik Özellikler: Kaygı bozukluklarının ortak bir özelliği, sosyal, mesleki işlevsellikte klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olmalarıdır [100]. Bu sıkıntı ve bozukluk, bir kaygı bozukluğunu normal kaygıdan ayırt etmeye yardımcı en önemli faktördür. Kaygı bozukluklarının birçok klinik özelliği kanser hastalarında ve kaygı bozukluğu olan hastaların genel popülasyonunda benzer olsa da, kanser hastalarında özellikle belirgin olan özellikler şunlardır [90].

- Agorafobi;** hastaların randevuları için evlerinden çıkıp klinik veya hastaneye gitmelerini engelleyebilir.

- Yaygın anksiyete bozukluğu;** Kanser konusunda aşırı endişe, hastaların test sonuçlarını sormak için klinisyenleri tekrar tekrar aramasına veya prognoz hakkında bilgi almaktan kaçınmasına yol açabilir. Ayrıca, hastalar bir tedavi yöntemi belirlemede ve kanserle ilgili olmayan görevlere odaklanmada zorluk çekebilirler.

- Panik bozukluğu;** Dispne veya taşikardi gibi panik bozukluğunun somatik semptomları hastaların egzersiz yapmayı bırakmasına neden olabilir ve bu da fiziksel dekonidasyon kaybına yol açabilir. Ayrıca, panik bozukluğu hastaların alışılmadık durumlardan kaçınmasına yol açabilir ve bu da radyasyon tedavisine başlamak gibi kanser tedavisindeki değişikliklere müdahale edebilir. Kaçınma davranışı ayrıca hastaları invaziv laboratuvar ve radyolojik incelemeleri ertelemeye yönlendirebilir.

- Kan, enjeksiyon, yaralanma ve kusmaya karşı spesifik fobiler;** prosedürlere müdahale edebilir ve prosedür beklentisi panik ataklara yol açabilir. Ek olarak, klostrofobi manyetik rezonans görüntüleme veya radyasyon tedavisine tahammül etmede zorluğa yol açabilir.

- Sosyal anksiyete bozukluğu;** hastaların utanma korkusu nedeniyle klinisyenlerle kişisel sorunlarını tartışmaktan kaçınmalarına yol açabilir; hastalar ayrıca dikkatin merkezi oldukları durumlardan da kaçınabilirler.

- Kanser hastalarında, hastalığın tekrar edeceği korkusu, kaygının bir başka göstergesi olabilir [101].

Kaygı bozuklukları olan hastaların genel popülasyonunda olduğu gibi, kanser hastalarında da depresif semptomlar sıklıkla kaygı bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkar [102]. Örnek olarak, kanser tedavisi gören hastalara yönelik bir öz bildirim anketi ($n > 8000$), klinik olarak anlamlı kaygı artı depresyon semptomlarının %12'sinde mevcut olduğunu buldu [94]. Ek olarak, kaygı bozuklukları ayrıca intihar riskinin artmasıyla da ilişkilidir [103].

2.9.2.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu (ASB), bir kişinin travmatik bir olaya (tehdit edilen ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel saldırı) maruz kalmasından sonraki ilk ayda ortaya çıkabilen akut stres tepkileriyle karakterizedir. Bozukluk, dissosiyasyon, olumsuz ruh hali, kaçınma ve uyarılma semptomlarını içerir. Bu semptomların 4 hafta sürmesi travma sonrası stres bozukluğu düşündürür.

Yaşamı tehdit eden bir kanser teşhisi konan ve bu tür bir hastalıkla yaşayan birçok hasta akut stres bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomları yaşar ancak çok daha az sayıda hasta TSSB tanı kriterleri karşılamaktadır. TSSB tanı oranları neredeyse topluma yakın oranda görülmektedir [104] .

Kanser hastaları üzerinde yapılan ve kendi kendine bildirim tarama ölçümleri kullanan bazı çalışmalar da ise nispeten yüksek oranda eşlik eden TSSB (yaklaşık %25 ila %30) bulmuştur [105] . Ancak, çoğu tarama ölçümünün bir tanı oluşturmak için doğrulanmaması nedeniyle bu oranların şişirilmiş olması muhtemeldir.

Kanser hastalarında TSSB semptomları veya tam sendrom varsa, klinisyenler kanserin tek travmatik olay olduğunu varsaymamalıdır [105] . Değerlendirmeler, kanser teşhisinden önce yaşanmış olabilecek travmayla ilgili soruları da içermelidir.

Prevalans: Kanserden sağ kalanlarda, kontrol gruplarına kıyasla TSSB geliştirme açısından risk artmıştır. Genel popülasyondaki oran yüzde 2,4'tür (odds ratio 1,66) [106] . Bir meta-analizde, kanser sağ kalanlarda TSSB görülme oranı yüzde 5 - 7,3 arasında değişmiştir [107].

Kanser tedavisinden sonra akut stres bozukluğu (ASB) semptomları ve TSSB prevalansı hastalıklar arasında iyi karakterize edilmemiştir. Ancak, belirli kanser türlerinde bazı veriler mevcuttur:

- Non-Hodgkin lenfoma sağ kalanları üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 37'si artan veya devam eden TSS semptomları bildirmiştir. TSSB prevalansı yüzde 8 olarak bulunmuştur [108] .
- Uzun dönem meme kanseri sağ kalanlarında yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 12'sinde TSSB teşhisi konulmuştur [109] .

- Ortalama tedavi tamamlanmasından altı yıl sonra olan baş ve boyun kanseri sağ kalanlarında yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 33'ü ASB semptomları bildirmiş ve neredeyse yüzde 12'si TSSB kriterlerini karşılamıştır [110] .
- Uzun dönem hematopoetik hücre nakli (HCT) sağ kalanlarında, TSSB oranları düşük (yüzde 3) ancak aile bakım verenlerinde daha yüksek (yüzde 7) bulunmuştur [111].
- Buna karşılık, HCT tamamlandıktan sadece altı ay sonra sağ kalanlar arasında, yüzde 19'u "klinik olarak anlamlı" TSSB semptomlarına sahip olarak tanımlanmıştır [112] .

Risk Faktörleri: ASB(akut stres bozukluğu) semptomları için risk faktörleri popülasyona göre değişebilir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çocukluk kanserlerinden sağ kalan yetişkinler arasında, ASB semptomlarının varlığı aşağıdakilerle ilişkili bulunmuştur [113]:

- Daha az eğitim
- Bekar olma durumu
- Yıllık gelir 20.000 doların altında
- İşsizlik
- Kanser tedavisinin yoğunluğu

Diğer çalışmalar, yetişkinlerde artmış ASB riskinin şunlarla ilişkili olduğunu göstermiştir [108] [114] :

- Daha düşük ekonomik kaynaklar
- Daha zayıf sosyal destek
- Daha az eğitim
- Daha yeni tanı
- Kanserinin daha olumsuz algılanan etkileri
- Tanı sırasında daha genç yaş
- Tedaviye başlarken daha yüksek anksiyete [112]
- Lezbiyen, gey veya biseksüel kanser sağ kalanları

2.9.2.4 Kanser Nüksü Korkusu

Semptomlar: Kanser nüksü korkusu (KNK), hem hastalar hem de bakım verenleri için kanser sonrası baskın ve oldukça yaygın bir semptom olabilir [115] . KNK, duygusal (endişe) ve bilişsel (algılanan risk) yönlerden oluşur [116] . KNK'nın duygusal yönlerini belirleyen özel demografik özellikler olmamakla birlikte, ırk ve etnisitenin KNK'nın bilişsel yönlerini belirlediği görülmektedir. Örneğin, bir çalışmada, Beyaz olmayan popülasyonlardan gelen sağ kalanlar, Beyaz kanser sağ kalanlarına kıyasla daha düşük bir nüks olasılığı algıladılar ve daha az korku bildirdiler [116] . KNK, en yaygın olarak düzenli takip ziyaretlerinden önceki günlerde veya haftalarda artar; bu dönemlerde sağ kalanlar kanserle ilgili daha fazla müdahaleci düşünce, huzursuzluk ve anksiyete yaşayabilirler [117] . Meme kanseri sağ kalanlarında KNK'nın incelendiği bir longitudinal çalışmada, KNK mamogramdan önce artmış, negatif sonuçları aldıktan sonra azalmış ve ardından mamogramdan bir ay sonra tekrar artmıştır [118] . Bazı düzeydeki KNK normal kabul edilebilse de, semptomlar klinik bakımı veya yaşam kalitesini engelleyecek kadar şiddetli olabilir. Bunun örnekleri şunlardır [119] :

- Sağlık profesyonellerinden ve ofis ziyaretlerinden kaçınma
- Duyusal değişikliklere veya yeni semptomların başlamasına karşı aşırı tetikte olma
- Artan sağlık hizmeti kullanımı, daha fazla poliklinik ve acil servis ziyareti dâhil

Önemli bir nokta, KNK'nın kanser sonrası sağlıkla ilgili genel endişelerden ne kadar farklı olduğu veya müdahaleci düşünceleri de içerebilen akut stres bozukluğu semptomlarından nasıl ayrıldığı veya bunlarla nasıl ilişkili olduğu net değildir [116] .

Prevalans: KNK, kanser sağ kalanları arasında yaygın olarak deneyimlenir. Bir ulusal kanser sağ kalanları anketinde, katılımcıların neredeyse yüzde 80'i bir düzeyde KNK yaşadıklarını bildirmiştir [115] . Farklı kanser tanılarına sahip hastalar üzerinde yapılan bir başka çalışmada, orta ve yüksek düzeyde KNK sırasıyla yüzde 67 ve yüzde 18 oranında bildirilmiştir [120] .

Risk Faktörleri: Çalışmalar, daha yüksek düzeyde KNK ile ilişkili olabilecek potansiyel risk faktörlerini tanımlamıştır. Bu faktörler şunlardır:

- Tanı sırasında ileri kanser evresi [121]
- Daha genç yaş (örneğin, <60 yaş) [122]
- Daha önce nüks teşhisi konulmuş olması [122]

- Daha düşük eğitim düzeyi [122]
- Daha düşük düzeyde sosyal destek [123]
- Daha fazla klinik ziyaret sayısı (örneğin, bir yıl içinde >5 kez) [122]
- Kanser hastası olarak kendini tanımlama [122]
- Kadınlar için, çocuk sahibi olmak, çocukların yaşı ne olursa olsun [124]
- Kendini ifade etme konusunda sosyal kısıtlamalar [125]
- Daha önceki ruh sağlığı sorunları, diğer anksiyete bozuklukları dâhil [126]

2.9.2.5 Kanser İle İlişkili Stres

BELİRTİLER: Kanserle ilişkili stres, kanserden sağ kalanlar arasında diğer psikopatolojik tanılarından daha yaygındır. Kanserle ilişkili stres, genellikle yaşamın belirsizliklerine karşı artan farkındalıkla yaşamının sonuçlarına dayanır. Kanserle ilişkili stres, daima klinik anksiyete, depresyon veya TSSB'ye dönüşmez. Klinik uygulamada, kanserle ilişkili stres genellikle "uyum bozukluğu" olarak teşhis edilir, çünkü semptomlar anksiyete, depresyon veya TSSB tanı kriterlerini karşılamayabilir.

Kanserle ilişkili stres, hastanın sağlık komplikasyonları, çevresel ve sosyal durumu ve içsel başa çıkma yaklaşımlarına bağlı olarak birden fazla bileşenden oluşabilir. Kanserle ilişkili stres, teşhis ve tedavi ile ilgili duyguları ve korkuları yeniden canlandıran semptomlar veya diğer stresler nedeniyle zamanla dalgalanabilir [76] .

Kanserle ilişkili stresten kaynaklanan endişe veya stres tepkileri en yaygın olarak şu semptomları içerir [127] :

- Belirsizlikle yaşamak ve tekrarlama korkusu (Bkz. 'Kanserin tekrarlama korkusu' yukarıda)
- Aile ve ilişkilerle ilgili endişeler
- Kendilik algılarında ve beden imajında değişiklikler
- Sağlık sigortasını yönetmenin finansal yükü ve stresi
- Sağlık sistemleri ve sağlayıcılarla iletişim talepleri
 - Savunmasızlığa karşı artan farkındalık
 - Sağlık ihtiyaçlarını yönetme yükü
 - Yeni veya kalıcı semptomlara karşı aşırı tetikte olma

PREVALANS: Kanslerle ilişkili stres, meme kanseri sağ kalanlarında (%36) [128] , baş ve boyun ile karaciğer kanseri sağ kalanlarında (%35) ve akciğer kanseri sağ kalanlarında (%43) sıklıkta bildirilmiştir [129] . Kolorektal kanser ve servikal ve endometriyal kanser sağ kalanlarında da kanslerle ilişkili strese rastlanmıştır [130] [131] .

RİSK FAKTÖRLERİ: Kanslerle ilişkili strese yatkınlık kazandıran ortak risk faktörleri konusunda bir görüş birliği yoktur. Bu durum kısmen, araştırmacıların farklı popülasyonlarda tedaviden sonra farklı zamanlarda farklı potansiyel risk faktörlerini ölçmelerinden kaynaklanmaktadır.

Kanslerle ilişkili stres ile aşağıdaki faktörler arasında bildirilen ilişkiler mevcuttur [132] [133]:

- Kalıcı fiziksel sağlık sorunları
- Beden imajını da olumsuz etkileyebilen kalıcı fiziksel belirtiler
- Kendine karşı düşük düzeyde şefkat ve artan öz-eleştiri eğilimi
- Siyahi kanser sağ kalanları
- Lezbiyen, gay veya biseksüel kanser sağ kalanları
- Eğitimsel, finansal veya sosyal desteklere daha az erişim
- Finansal kaygılar
- Düşük gelir
- Bekâr sağ kalanlar ve düşük destekli evli sağ kalanlar
- Birden fazla primer kanser

2.9.2.6 Beden İmajı Bozukluğu

Beden imajı, kişinin görünüşüne dair doğrudan kişisel algısı ve değerlendirmesidir; dolayısıyla, beden imajı memnuniyetsizliği ciddi şekilde bozulmuş psikososyal iyilik haline yol açabilir [134] . Kanser, cerrahi müdahaleler, kemoterapi, radyoterapi ve ilaç kullanımı gibi farklı tedavi aşamalarında hastanın beden görünümünü ve işlevini derinden değiştirebilir [135]. Bu süreç, yara izleri, saç dökülmesi, beden şeklinin değişmesi ve diğer geçici veya kalıcı sonuçlara neden olabilir. Kişinin beden imajındaki değişim korkusu, ameliyat veya diğer tedavilerden önce başlamaktadır. Bu değişimle ilgili aşırı endişe, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve depresyon, anksiyete ve genel psikolojik sıkıntılara yol açabilir [136].

Beden imajı sorunları birçok kanser hastasını etkilerken, önceki araştırmalar en çok baş ve boyun kanseri hastaları ile meme kanseri olan kadın hastalar gibi tipik ve hassas gruplara

odaklanmıştır. Örneğin, bir çalışma, kadın hastaların göğüslerini kaybetmeleriyle ilgili algılarının çelişkiler, gerilimler ve belirsizliklerle dolu olduğunu, bu süreçte benlik, beden ve toplumsal beklentiler ile kadınlık algıları arasındaki uyumsuzlukları müzakere ettiklerini belirtmiştir [137] .

2.9.2.7 Diğer Psikiyatrik Belirtiler Ve Bozukluklar

Yorgunluk: Kansere ilişkili yorgunluk, “kansere veya kanser tedavisiyle ilişkili, rahatsız edici, kalıcı, fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel, son etkinlik ile orantılı olmayan ve olağan işlevi bozan bir yorgunluk veya tükenme hissi,” olarak tanımlanır [138] . Yorgunluk, aktif tedavi gören kanser hastalarında yaygın bir sorundur ve birçok hastada tedavi sonrasında yıllarca devam etmektedir.

Kansere ilişkili yorgunluk, disfori, anhedoni ve intihar düşünceleri veya davranışları gibi diğer depresif semptomlarla birlikte ortaya çıkarsa, yorgunluk majör depresyon veya minör depresyon gibi tedavi edilebilir bir depresif sendromun belirtisi olabilir. Eşzamanlı depresyonu olan kanser hastalarında yorgunluk kansere veya tedavisine bağlıysa bile, depresyonun tedavisi yorgunluk devam etse bile yaşam kalitesini iyileştirebilir.

Yas: Hem ölümcül hastalığı olanlar hem de onların bakım verenleri, yaşamın kaybı ve ölümcül hastalığın yol açtığı mevcut kayıplar nedeniyle yas yaşarlar; beklenen yas, mevcut ve beklenen kayıplara verilen tepkidir. Belirtiler arasında üzüntü, anksiyete, öfke, inanmama ve geçmiş sağlık ve/veya daha umutlu bir gelecek için özlem bulunur. Beklenen yas ayrıca terminal hastanın ölümünden sonraki yaşamla ilgili düşünceleri ve planları da içerir. Ölümü bekleme ve psikolojik olarak hazırlık, ölüm sonrası kayıplara uyum sağlamayı kolaylaştırabilir. Kliniklerin bakım verenlerle ölüm ve yas sürecini tartışmaları genellikle faydalıdır. Bir çalışmada (n = 893) bu konudaki soruların yaklaşık %90'ında bakım verenlerde az ya da hiç sıkıntıya neden olmadığı bulunmuştur [139].

Bazen beklenen yas şiddetli olabilir [140] . Örneğin, aile üyeleri hastanın ölümünden sonraki geleceği hayal etmekte zorlandıklarında intihar düşüncelerine kapılmaktadırlar Klinikler, intihar düşüncelerini belirleyerek, intihar davranışı riskini değerlendirerek ve yaklaşan yas sürecini tartışarak, ayrıca ölüm sonrası akut yas semptomlarına destek ve izleme sağlayarak yardımcı olabilirler [141] .

Uykusuzluk: Kanser hastaları, genelde uykuya başlama veya sürdürmede zorluk ve geçici uykusuzluk semptomları yaşamaktadırlar [142] . Buna, daha önce uyku sorunu yaşamayan bireyler de dâhildir. Ayrıca, kanser hastaları, sık sık tekrar eden uykusuzluk semptomları (örneğin, haftada üç kereden fazla ve en az bir ay süren) nedeniyle sosyal vemesleki alanda işlevselliklerinde bozulma görülmektedir.

Aktif kanser tedavisi gören hastalar ve tedaviyi tamamlamış kanser hastaları arasında uykusuzluk %60'a kadar çıkmaktadır [143] . Uykusuzluk sendromlarının prevalansı genel popülasyondan daha yüksek görünmektedir.

Kanser hastalarında uykusuzluğun etiyolojisi sıklıkla birden fazla predispozan, hızlandırıcı ve devam ettirici faktörü içerir [142] .

Bunlar, kanserin kendisinden kaynaklanan semptomlar (örneğin, steroid üreten, ağrı veya dispneye neden olan tümörler) ve kanser tedavileri (örneğin, kortikosteroidler) gibi faktörleri içerir. Uykusuzluğun diğer potansiyel nedenleri arasında kanser tanısı veya tedavisiyle ilişkili stres ve kaygı, kötü uyku hijyeni ve uykuyla ilgili bilişsel çarpıtmalar (örn. uyku eksikliğinin her zaman gündüz işleyişini etkileyeceği veya yorgunluğun daha fazla uyku gerektirdiği inancı) yer alır.

Kanser hastalarındaki uykusuzluk semptomları, kanser tedavileri sona erdikten sonra da devam edebilir. Kanser hastalarıyla yapılan 18 aylık prospektif gözlemsel bir çalışmada, başlangıçta uykusuzluk sendromları olan hastalarda (n = 240) takip süresince %38 oranında uykusuzluğun devam ettiğini bulunmuştur [144] .

Ağrı: Kanser ağrısı, bir kişinin yaşamının fiziksel işlevsellik, günlük yaşam aktiviteleri, mental sağlık ve sosyal etkileşimler gibi birçok yönünü etkileyen bir semptomdur. Kontrol edilemeyen ağrıyla yaşamak, ağrı daha iyi kontrol altına alındığında çözülebilecek depresif ve anksiyete semptomlarıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca, kötü kontrol edilen ağrısı olan kanser hastaları, sıklıkla tam teşekküllü komorbid depresif ve anksiyete bozuklukları sergilerler [72] .

Kişilik özellikleri ve bozuklukları: Kanser hastaları, problemli kişilik özellikleri sergileyerek yıkıcı davranışlara neden olabilirler [145] . Örneğin, aşırı kontrol eğilimi, talepkar davranışlar ve bakımları hakkında gerçekçi olmayan beklentilere sahip hastalar, tedavi istedikleri gibi ilerlemediğinde öfkelenebilir ve klinisyenin amirine şikâyetle bulunabilir, dava açmakla tehdit edebilirler. Ayrıca, antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar sıklıkla empati eksikliği gösterir

ve klinisyenleri tehdit edebilir, bu da hastane güvenlik müdahalesi veya yasal işlemler gerektirebilir. Zor kişilik özellikleri ve bozuklukları olan hastalar, klinisyenlerde ihanet, suçluluk, öfke ve yıldırma gibi güçlü duyguları tetikleyebilir [145] .

Cinsel İşlev Bozukluğu: Kanser teşhisine uyum sağlaması gereken veya kronik bir hastalık olarak kanserle yaşayan hastaların yanı sıra kanserden kurtulanlar da cinsel sağlık sorunları yaşayabilir. Hem hastayla hem de partneriyle cinsel sağlık konularını konuşmak ve gerektiğinde cinsel sağlık desteği için yönlendirme yapmak önemlidir [146] [147] .

Hayatta kalanların suçluluğu: Hayatta kalanların suçluluğu, kanserden sağ kurtulmuş olmanın sonucu olarak, aynı derecede değerli olan diğer hastaların ölmüş olması durumunda, yanlış bir şey yapmış olma veya asla tam olarak ödenemeyecek bir borç duygusu hissetme olarak tanımlanır. Bu, suçlama, yas ve kayıp duygularını içeren karmaşık bir psikolojik durumdur. Bir ankette, kanserden sağ kalanların %60'ından fazlası yas veya kimlik sorunları yaşadıklarını bildirmiştir [115] . Başka bir çalışmada, teşhis konusunda kendilerini suçlayan meme kanseri mağdurları da daha fazla duygudurum bozukluğu bildirmiştir [148] .

Bununla birlikte, kendini suçlama, daha büyük bir kontrol duygusuyla da ilişkili olabilir. Ayrıca, kendini suçlama duygusu sorumluluk almak ve olumsuz davranışlarda olumlu değişiklikler yapmak için bir yol olarak kullanılabilir. Örneğin, baş ve boyun kanseri sağ kalanları, kanserlerinden dolayı kendilerini suçladıklarında, diyet, fiziksel aktivite ve sigarayı bırakma gibi olumlu sağlık değişiklikleri yapma olasılıkları daha yüksektir [149] .

Doğurganlık ve üreme: Pelvise radyoterapi veya alkilleyici ajanlarla yüksek doz kemoterapi tedavisi gören bazı erkek ve kadın kanser hastaları tedavi sonrasında kısır hale gelebilir. Ancak, yine de kendi biyolojik çocuklarına sahip olma arzuları devam edebilir. Kanser tedavisinden sonra doğurganlık algısı, fiziksel olarak çocuk sahibi olma yeteneği kadar önemli bir konudur. Bu tür endişeler, doğurganlıkla ilgili bilinen bir sorun olmasa bile sürebilir [150] .

Kısırlığın psikososyal etkileri, özellikle çocuğu olmayan bireyler için oldukça rahatsız edici ve uzun sürelidir. HCT'nin uzun süreli sağ kalanlarını değerlendiren bir çalışmada, HCT öncesinde çocuğu olmayan sağ kalanların, transplantasyon öncesinde çocuğu olanlara kıyasla kısırlıkla ilgili daha fazla endişe duyduğu bulunmuştur [151] .

Kanser hastalarında doğurganlık potansiyelinin değerlendirilmesi zor olabilir, özellikle tedavinin tamamlanmasından sonraki ilk iki yıl içinde, çünkü gonadal fonksiyon geçici olarak

bozulabilir. Ayrıca, gonadal fonksiyon tedavi sonrası geri dönse bile, sağ kalanlar kanser tedavisi görmemiş olanlara göre daha az doğurganlık yılına sahip olabilirler. İşlevsel gonadların varlığı, doğurganlığın devam edeceğini garanti etmez. Daha fazla ayrıntı ayrı bir bölümde ele alınmaktadır [152] .

Çocuk sahibi olmak isteyen her sağ kalan için çeşitli üreme seçenekleri dikkatlice ve bireysel olarak değerlendirilmelidir [153] . Çocuk sahibi olmanın birçok yolu vardır; bunlar arasında hamilelik, taşıyıcı annelik ve evlat edinme bulunmaktadır. Tedavi öncesinde yumurta veya sperm saklanmışsa, taşıyıcı annelik mümkündür. Evlat edinme de bir seçenektir, ancak kanser geçmişi bazı yetişkin kanser sağ kalanları için önemli bir engel olabilir [154] .

İntihar: Kanser hastalarında intihar girişimleri ve ölümler genel nüfusa göre daha sık görülmektedir [155] .

Aşağıdaki alt bölümler, kanser hastalarındaki intihar düşüncesi ve davranışlarını tartışmaktadır.

İntihar Düşüncesi: Bir inceleme, kanser hastalarında intihar düşüncesinin prevalansının 11 çalışma arasında büyük ölçüde değiştiğini, ancak en iyi kanıtların intihar düşüncelerinin hastaların yaklaşık %10 ila %15'inde meydana geldiğini belirtti [155]. Daha sonra yapılan bir çalışmada, 211 kanser hastasının %6'sı intihar düşüncesi bildirmiştir [156] .

Birçok kanser hastası, depresif bozukluklar için öz bildirimli dokuz maddelik Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9) ile taranmakta ve bu araç, hastalara ölü olmanın daha iyi olacağını veya kendilerine zarar verme düşüncelerine sahip olup olmadıklarını soran bir madde içermektedir [157]. Kendilerine zarar verme veya ölü olmanın daha iyi olacağını bildiren kanser hastalarıyla, bu düşüncelerin doğasını değerlendirmek ve intihar düşüncesinin gerçekten mevcut olup olmadığını belirlemek için görüşülmelidir. Bu hastalar, intihar yerine kanserden ölme düşüncelerine odaklanmış olabilirler. Bir retrospektif çalışmada, PHQ-9'u tamamlayan ve en az birkaç gün boyunca ölü olmanın daha iyi olacağını veya kendine zarar verme düşüncelerine sahip olduğunu belirten kanser hastaları (n = 330) yer almıştır [158] . Bu düşüncelerle ilgili yapılan müteakip bir görüşmede hastalar şu şekilde yanıt vermiştir:

- İntihar düşüncelerini reddetme – Hastaların %32'si
- Ölü olmanın daha iyi olacağını düşünmeyi kabul etme (pasif intihar düşüncesi) – %39
- İntihar etmeyi isteme düşüncelerini onaylama (aktif intihar düşüncesi) – %29

Pasif veya aktif intihar düşüncesi olan hastalar ile depresyon ve anksiyete belirtileri olan hastalar, intihar davranışı riski açısından derhal değerlendirilmelidir; aktif intihar düşüncesi olan hastalar genellikle bir ruh sağlığı klinisyeni tarafından değerlendirilmek üzere acil sevk veya hastane acil servisine yönlendirilmelidir.

Girişimler: Kanser hastalarında intihar girişimleri riski artmıştır. Ulusal bir kayıt çalışması, ilk kez birincil kanser tanısı alan hastaları ($n > 12,000$; yaş 15 ila 30 yıl) belirlemiş ve yaş, cinsiyet ve önceki psikiyatrik öykü için kontrol edilen analizlerde intihar girişimlerini incelemiştir [159]. Tanıdan sonraki ilk yıl içinde kanser hastalarında intihar girişimleri, kanser olmayan bireylere göre iki kat daha sık meydana gelmiştir (göreceli risk 2.3, %95 GA 1.5-3.3). Bu artmış risk, tanıdan bir ila beş yıl sonrasına kadar devam etmiştir (göreceli risk 1.7, %95 GA 1.3-2.3).

Ölümler: Çok sayıda çalışma, kanser tanısı almış hastaların genel nüfusa göre intihardan ölme riskinin arttığını ortaya koymuştur [159]. Örneğin, ilk kanser tanısı alan ve 16 yıla kadar takip edilen 16 milyondan fazla hastanın yer aldığı bir kayıt çalışmasında, kanser hastalarında intihar riski genel nüfusa göre %26 daha yüksek bulunmuştur (standardize mortalite oranı 1.26) [160].

Kanser hastalarında intihar riski genel nüfusa göre artmış olsa da, mutlak risk küçüktür. Bir milyondan fazla kanser vakasının yer aldığı bir kayıt çalışmasında, yılda %0.01 oranında intihar gerçekleşmiştir [161].

Yaşamın sonuna yaklaşırken depresyon, hastanın ölümü hızlandırmak için yardım aramasına neden olabilir; bu konu ayrı olarak ele alınmaktadır. (Bkz. "Ötenazi ve Yardımcı İntihar: Etik ve Hukuki Sorunlar".)

Risk Faktörleri: Kanser hastalarında tamamlanmış intiharla ilişkili faktörler şunlardır:

● **Cinsiyet (erkekler)** : Hem erkek hem de kadın kanser hastaları artmış intihar riski altındadır, ancak çoğu çalışma erkeklerin kadınlardan daha sık intihar ettiğini öne sürmektedir [155]. Örneğin, ulusal bir kayıt çalışmasında erkek kanser hastaları arasındaki intihar oranının genel nüfusa göre %70 daha yüksek olduğu bulunmuştur (standardize mortalite oranı 1.7, %95 GA 1.6-1.9). Kadınlarda ise oran sadece %40 daha yüksek bulunmuştur (standardize mortalite oranı 1.4, %95 GA 1.3-1.5) [75]. Başka bir kayıt çalışması, erkek hastalardaki intihar oranının kadınlardan altı kat daha yüksek olduğunu bulmuştur [161]. Bu bulgular, genel nüfusta intiharın erkeklerde daha sık meydana geldiği gözlemiyle tutarlıdır.

●Tanıdan sonraki süre (hemen sonrası) – Çoğu çalışma, intiharın kanser tanısı aldıktan kısa bir süre (örneğin, ilk hafta içinde) sonra meydana gelme olasılığının en yüksek olduğunu ve zamanla riskin azaldığını göstermektedir [155] . Örneğin, ulusal bir kayıt çalışması, kanser olmayan bireylere kıyasla kanser hastalarının [162] :

- Tanı aldıktan sonraki bir hafta içinde intihar etme olasılığının 13 kat daha fazla olduğunu (göreceli risk 12.6, %95 GA 8.6-17.8),
- 12 hafta içinde 5 kat daha fazla (göreceli risk 4.8, %95 GA 4.0-5.8),
- Bir yıl içinde 3 kat daha fazla (göreceli risk 3.1, %95 GA 2.7-3.5),
- Bir yıldan sonra 2 kat daha fazla (göreceli risk 1.8, %95 GA 1.6-2.0) olduğunu bulmuştur.

Sonuçta (örneğin, bir ila beş yıl sonra), kanser hastalarındaki intihar riski genel nüfustaki oranla karşılaştırılabilir bir seviyeye düşüyor gibi görünmektedir [159] .

Bir ulusal kayıt çalışmasında (n >900,000 kanser hastası), tanı aldıktan sonra 10 yıldan fazla yaşayan hastalarda, intihar riski genel nüfusa göre daha düşük bulunmuştur (göreceli risk 0.74, %95 GA 0.65-0.83) [68]. Hastalardaki bu azalmış risk, başarılı adaptasyonu veya en hassas hastaların zaten intihar etmiş veya kanserden ölmüş olduğunu yansıtabilir.

●Psikiyatrik Bozukluklar – Birçok çalışma, kanser hastalarında intihar riskinin, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar (örneğin, majör depresyon ve panik bozukluğu) olanlarda arttığını göstermektedir [159] .Ancak, intihar eden birçok kanser hastasında psikiyatrik bozukluk bulunmamaktadır. Örneğin, intihar ederek ölen 1400'den fazla kanser hastasının retrospektif bir çalışmasında, hastaların %77'sinin ruhsal bir bozukluğu olmadığı bulunmuştur [163] .

●Fiziksel İşlevsellikte Bozulma – Kötü fiziksel işlevsellik, kanser hastalarında artmış intihar riski ile ilişkilidir [155] .

●Kötü Prognoz – Kanser hastaları arasında intihar riski, iyi prognoza sahip hastalara göre kötü prognoza sahip hastalarda daha yüksektir [60,67,68,72]. Yine de, intihar oranı kanser olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, iyi prognoza sahip kanser hastalarında bile yüksek olabilir [164].

Daha az sıklıkla intiharla ilişkilendirilen diğer faktörler arasında sosyal desteğin eksikliği ve kötü ağrı kontrolü bulunmaktadır [155] .

Dayanıklılık ve travma sonrası büyüme: Dayanıklılık ve travma sonrası büyüme psikososyal sorunları hafifletebilecek olumlu etkilerdir.

●**Dayanıklılık:** Dayanıklılık, psiko-onkolojinin ana odak noktalarından biridir ve bu yetenek doğal bir beceri olabileceği gibi öğretilir de. Dayanıklılık, büyük yaşam zorluklarıyla karşılaşıldığında sabit bir ruh sağlığı ve işlevselliği koruma veya yeniden sağlama yeteneği olarak tanımlanır [165] . Bilişsel, davranışsal, sosyal ve biyolojik bileşenlere sahiptir. Dayanıklılığı geliştirmek için kullanılan beceriler, bilişsel davranışçı tedavilerde kullanılan birçok yaklaşımı içerir. Bu yaklaşımlar arasında yeniden çerçeveleme, özellikle normelleştirme, farkındalık, sağlık davranışlarını iyileştirme (örneğin, egzersiz ve beslenme) ve sosyal destekler ile diğer mevcut kaynakların kullanımı yer alır [166] .

●**Travma sonrası büyüme:** Kanser deneyiminin olumsuz sonuçlarıyla birlikte travma sonrası büyüme veya fayda bulma gibi olumlu sonuçlar da ortaya çıkabilir. Bu, kanser teşhisi ve sonrasındaki tedavi süreci sonucunda ortaya çıkan olumlu psikolojik değişiklikler olarak tanımlanır. Travma sonrası büyüme, kadınlar, yaşlı yetişkinler ve daha iyi sosyal desteğe sahip olanlar tarafından daha fazla bildirilir [114] . Maneviyat da travma sonrası büyüme ile ilişkilendirilmiştir ve genellikle kanserle ilişkili stresi hafifletmede olumlu bir faktördür [167]. Çok az kişi "kanser olduklarına memnun" olduğunu söylese de, yüzde 83'e varan oranlarda insanlar, yaşamlarında olumlu değişiklikler yapmak ve hayata daha fazla değer vermek gibi, kanser yolculuğundan kaynaklanan faydalar olduğunu belirtebilir [168] . Travma sonrası büyüme, kişilerarası ilişkilerde olumlu etkiler ve kişisel güç veya dayanıklılık farkındalığında artış da sağlayabilir [169] .

2.9.3 Kanser Hastalarında Sosyal Sorunlar

Kanser hastalığı, teşhis konan bireylerin ve yakınlarının bilişsel, psikolojik, duygusal, manevi ve sosyal alanlarında derin etkiler yaratmaktadır. Hastalığın teşhisi ve tedavi sürecinde, hastaların benlik saygısı, beden algısı, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri, cinsel yaşamları, kişisel ve sosyal rolleri, aile ve çevreleri ile olan ilişkileri gibi pek çok alanda değişiklikler meydana gelmekte ve bu süreçler, sosyal destek ihtiyacını artırmaktadır [170] .

Sosyal destek, yaşamda karşılaşılan olumsuz olayların fiziksel sağlık ve duygusal iyilik hali üzerindeki zararlı etkilerini azaltarak, bu olumsuzluklarla başa çıkmada tampon görevi

üstlenmektedir [171] . Sosyal destek, bireyin duygusal sorunlarıyla başa çıkabilmesi için psikolojik dayanıklılığını artıran ve bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlar tarafından sunulan destek olarak tanımlanabilir. Sosyal desteğin, çeşitli fiziksel ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı, seyri ve süresi üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Güçlü bir durumda olan bireylere sağlanan fiziksel ve psikolojik yardımla sosyal destek, bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamaktadır [172] .Özellikle kanser hastalarının yaşadığı psikolojik stresi hafifletmede sosyal destek, en önemli kaynaklardan biri olarak kabul edilmektedir.

Kanser hastalığı, aile bireyleri arasında farklı dinamikler yaratabilir. Bazı aile üyeleri birbirine daha çok yakınlaşıırken, bazıları ise uzaklaşabilir. Eşler, genellikle ev içi rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında yetersizlik ve çaresizlik hissedebilirler. Aile üyeleri ve arkadaşlar, kendi alışkanlıkları ve hastaya nasıl davranacakları konusundaki belirsizlikler nedeniyle hastayla yakın olmaktan kaçınabilirler; bu durum da sosyal izolasyona yol açabilir.

Kanser hastaları, aile ve toplum içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanabilirler. Mesleki yaşamda performans düşüklüğü, işe gidememe ve buna bağlı olarak sosyal statü ve maddi kayıplar yaşanabilir. Kanser hastası olmanın getirdiği etiketlenme sorunu, hastaların yaşamını daha da zorlaştırabilir. Yakınlar ve tedavi ekibi ile sağlıklı iletişim kuramama, ek sorunlara yol açabilir.

Hastalar, yaşam planlarını ve önceliklerini yeniden gözden geçirmek zorunda kalabilirler; bu durum da hastaların psikolojisi üzerinde yoğun bir baskıya neden olabilir. Beden imajında ve benlik saygısında değişiklikler, yorgunluk, aktivite intoleransı, hareket kısıtlılığı ve bağıışıklık sisteminin baskılanması gibi nedenlerle enfeksiyonlara yatkınlık gibi sorunlar sosyal izolasyonu artırabilir. Sosyal izolasyon ise anksiyete ve depresyon seviyelerini yükseltebilir [173] .

2.9.3.1 Sosyoekonomik Sorunlar

Sosyoekonomik durum (SED), genellikle bir bireyin veya grubun toplumdaki konumunu ölçen bir kriter olarak kabul edilir ve sağlık üzerinde etkili olabilecek kaynaklara, fırsatlara ve hassasiyetlere maruz kalmayla ilişkilidir [174] . Bir çok çalışma, düşük sosyoekonomik durumu kötü sağlık ve erken ölüm ile ilişkilendirmiştir [175] . Sosyoekonomik sorunlar kanser hastalarının refahını etkiler [176] [177] . Sosyal yönler, hastaların refahlarının ve yaşadıkları

koşulların merkezindedir [176] . Olumsuz sosyal ve ekonomik koşullar, hastaların öznel iyi olma hallerini ve sıkıntılarını kötüleştirir ve yaşam kalitesini (QoL) etkiler [176] .

Kanserden sağ kurtulanların kansersiz bireylere göre işlerini kaybetme olasılıklarının daha yüksek ve yeniden iş bulma olasılıklarının daha düşük olduğu gösterilmiştir [178]. Yaşam kalitesi, bireylerin kültüre özgü ve değer sistemlerinde, hedeflerine, beklentilerine, ilkelerine ve endişelerine göre yaşamlarındaki durumlara karşı duyarlılıklarının bir bileşeni olarak kabul edilmiştir [179] . Sosyal sıkıntı veya toksisite, kanser hastalarının yaşadığı sosyal ilişkiler, sosyal aktiviteler ve finansal sorunların, onların başa çıkma mekanizmalarını ve tanı ve tedaviye verdikleri yanıtları ne ölçüde engelleyebileceğini ifade eder [180] . Kanser tanısı, hastanın hayatının çeşitli yönlerinde, özellikle sosyal ve finansal alanlarda olumsuz bir etkiyle ilişkilidir [177] [179] . Kanser tanısı ve tedavisi, aile hayatı, bakım verenlerle ilişkiler, iş, gelir, boş zaman aktiviteleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarla ilişkiler gibi sosyal yaşamın birçok alanında hastalar için zorluklar yaratır [181] [182] . Kanser tedavileri uzun sürebilir ve düzenli programlar, finansal yükümlülükler ve günlük ihtiyaçlar açısından hastalar ve aileleri üzerinde önemli talepler oluşturabilir [183] . Mali endişe, psikolojik sıkıntı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir [184]. Aynı şekilde, düşük sosyoekonomik durum, daha kötü ruh sağlığı ile bağlantılıdır [185] .

Tedavinin yanı sıra, hastane dışındaki sorunlar da bunaltıcı olabilir. Tedavi masraflarını karşılamanın ve tatmin edici bir yaşam kalitesini sürdürmenin ekonomik yükü, kanser hastaları ve hayatta kalanlar için büyük bir sorundur. Örneğin, sigorta gibi ilgili mali işleri yönetmek büyük bir zorluk teşkil edebilir [186] . Birçok ülkede sağlık hizmetleri kaynaklarının dağılımı dengesizdir. Bu durum, hastaların en doğru tıbbi bilgileri almak, daha kaliteli tedavi görmek veya uzmanlar tarafından gerçekleştirilen özel cerrahiler için şehirlerarasında seyahat etmeleri gerektiği anlamına gelir. Uzak bir şehirde ulaşım ve konaklama ayarlamak ise başka bir günlük sıkıntıdır [187] . Kanser teşhisinden önce, çoğu hasta ailelerinin bazı ev içi sorumluluklarını üstlenmişti (örneğin, yaşlı üyeler veya küçük çocuklar için bakım sağlama). Hastalıktan sonra, hastanın bıraktığı rolleri doldurmak zorlaşır. Hastalık öncesinde, hasta iş gücünün bir parçası olabilir, ancak yoğun multimodal tedavi, hastanın işsiz kalma süresini uzatabilir [188] . Verimli çalışabilen birçok kanser hastası işe dönmeyi tercih eder. Ağız boşluğu kanseri hastaları üzerine yapılan bir çalışmaya göre, hastaların %55.2'si tedaviden sonra işe dönmüştür, bu da tedavi sonrası rehabilitasyonlarını olumlu etkilemiştir [189] . Ancak, yetersiz destek ve iletişim, toksik iş ortamları, ayrımcılık ve iş performanslarına yönelik olumsuz algılar, hayatta kalanların rehabilitasyonunda engel teşkil etmiştir [187].

2.9.3.2 Sosyal Destek

Sosyal destek ve ağlar olmadan, geleneksel kanser müdahaleleri veya tedavileri, klinik sonuçları iyileştirmede optimal olmayabilir. Destek, bir müdahale stratejisi olarak, hastaların stresli koşullara uyum sağlamasına yardımcı olur [190]. Eş veya aile üyelerinden yeterli destek alamayan hastalar daha savunmasız görünmektedir [191]. İyi bilinen stres-yastıklama hipotezi literatürüne göre, algılanan sosyal desteğin varlığı, kronik durumla ilişkili stresin sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaktadır. Bu hipotez, sosyal destek sağlandığında bireylerin stresle daha iyi başa çıkabildiğini ve bu sayede sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmediğini öne sürmektedir [192]. Bu ilişkiler üzerine Suudi Arabistan'daki kanser hastaları bağlamında sınırlı kanıt bulunmaktadır. Kanıtlar, kanserin hassas bir konu olduğunu ve çoğu yaşlı hastanın durumlarını paylaşmadığını ve tartışmadığını göstermektedir [193]. İlginç ve önemli bir soru, teşhis ve tedavi sürecinin, kültürel olarak özgün bir sosyal ağ ile paylaşılmasının, hastalığın durumunun (örneğin, kontrol altına alınamayan hastalık koşulları) neden olduğu sosyal sıkıntı üzerindeki etkisini azaltarak dengeleyici bir rol oynayıp oynamadığıdır. Yani, hastaların kendi kültürel bağlamlarındaki sosyal çevreleri ile hastalıklarını ve tedavi süreçlerini paylaşmalarının, hastalığın getirdiği sosyal stres ve zorlukları hafifletip hafifletmeyeceğini araştırmak önemlidir. Bu, sosyal destek mekanizmalarının, özellikle kültürel faktörlerin, hastaların hastalıkla başa çıkma süreçlerindeki etkilerini anlamak açısından kritik bir sorudur.

Yeni tanı konulan kanser hastalarında sürekli sıkıntıya yol açan çeşitli risk faktörleri vardır. Kanıtlar, kadınların, daha genç hastaların ve kemoterapi ve radyasyon gibi kombine tedaviler alan hastaların daha yüksek düzeyde sıkıntıya daha yatkın olduklarını göstermektedir [194]. Ancak, sosyal destek kanserle mücadelede uzun zamandır önemli bir faktör olarak kabul edilmekte, hastalar hastalıkla ilişkili damgalanma nedeniyle sıklıkla izole edilmekte ve destekten yoksun kalmaktadır [195]. Kanıtlar, sosyal ağlar ve sosyal destek mekanizmalarının, kanser tanısından sonra daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir [196]. Ayrıca, kanser deneyimleri hakkında bilgi paylaşan hastaların yaşam kalitesini artırabildiği ve güvenli bağlanmanın sosyal paylaşımı teşvik ettiği belirtilmektedir [197]. Yakın bağların ve duygusal destek kaynaklarının eksikliği, özellikle yakın arkadaşları ve akrabaları olmayan hastalarda artan kanser ölüm oranları ile ilişkilendirilmiştir [198]. Daha az izole olan hastalar ve şefkat dâhil olmak üzere çeşitli türde sosyal destek alan hastalar yüksek yaşam kalitesi ölçütleri ile ilişkilendirilmiştir [199].

2.9.3.3 İşe Dönüş

Kanserden hayatta kalanlar için işe dönmek, hem psikolojik hem de finansal sağlık açısından önemlidir. Kanserden hayatta kalanların çoğu kanser ve tedavisi ile ilgili fiziksel ve psikososyal sorunlardan dolayı işe geri dönmeleri gecikmektedir [200]. İşe geri dönmek önemli çünkü iş, sadece finansal faydalar sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hayata anlam ve kişiye sosyal destek de sunar [201] [202]. Veriler, çoğu hayatta kalanının işe dönebildiğini göstermektedir; meme veya prostat kanseri hayatta kalanlarını inceleyen çalışmalarda, yüzde 80'inin işe dönebildiği belirlendi [203]. Hematopoietik kök hücre nakli (HCT) ile tedavi edilen hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada, bir ve beş yıl sonra sırasıyla yüzde 36 ve yüzde 60'ı tam zamanlı işe dönmüştür [204]. Bu bulgulara rağmen, kadın kanser hayatta kalanlarının işe dönme konusunda erkeklere göre daha fazla zorlandığı ve kadın kanser hayatta kalanlarının yüzde 50'sinin işe dönmesinin pek olası olmadığı öne sürülmüştür [205].

İşe dönmeyi azaltan birçok risk faktörü belirlendi, bunlar arasında:

- Meme, gastrointestinal veya kadın üreme kanseri tanısı önceden almak [205]
- Daha ileri yaş [206]
- Düşük gelir durumu [206]
- Sağlık sigortasının olmaması [202]
- Bilişsel bozukluklar [207]
- Daha düşük eğitim düzeyi [208]
- Fiziksel sınırlamalar veya tedavinin kalıcı etkileri [209]
- Uzak bir bölgede yaşamak [210]
- Esnek olmayan iş ortamı/işveren [211]

İşe dönmeyi kısıtlayan diğer engeller arasında psikolojik sorunlar (depresyon, anksiyete), yorgunluk, fiziksel sınırlamalar (kaldırmayı zorlaştırabilecek hareket kısıtlılığı) ve kadınlar için menopoz belirtileri yer almaktadır [212] [208]. Ek sorunlar, kanser hastasının kanser algısı ile ilgilidir. Örneğin, kanser tedavisinin çalışmayı zorlaştıracağı inancı, tedavinin kronik yan etkileri ve kanserin daha fazla olumsuz sonuçlarının algılanması gibi [213]. Kendi işini yapan kanserden hayatta kalanlar, farklı iş görevleri veya daha az iş desteği nedeniyle işe geri dönmekte daha fazla zorluk yaşamaktadır [214]. İşe geri dönememekte ilişkilendirilen diğer faktörler arasında esnek çalışma saatleri, hastalık izni, geçici olarak azaltılmış çalışma saatleri veya ayarlanmış sorumluluklar gibi iş düzenlemelerinin yapılmasındaki eksiklerde mevcuttur.

[211] . Kanser hayatta kalanlarını iş gücüne yeniden kazandırmak için tutarlı yönergeler ve programlara ihtiyaç vardır [212] .

2.9.3.4 Bakım Veren

Bakıcılar da kanserle ilişkili sıkıntılar yaşarlar. Bir çalışmada, baş ve boyun kanseri hayatta kalanlarının bakıcılarının, hayatta kalanlarla benzer şekilde post-travmatik stres semptomları (PTS; %33) ve post-travmatik stres bozukluğu (TSSB; %25) prevalansı olduğu belirlendi [110]. Kadın bakıcılar, erkek bakıcılara göre daha fazla sıkıntı, anksiyete ve depresyon bildirmiştir [215]. Bakım verme, bakıcının sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yapabilir ve onların da kendi karşılanmamış ihtiyaçları olabilir [216] [217] . Sistemik bir inceleme, daha uzun süre bakım veren bakıcıların daha kötü sağlık bildirdiğini ortaya koymuştur [218] . Tıbbi Harcamalar Paneli Anketi'ni kullanan bir çalışmada, kanserden kurtulanların eşlerinin, kanser dışı kontrol grubuna kıyasla depresyon tedavisi alma olasılığının daha düşük olduğu ve özellikle kırsal kesimdeki bakıcıların bu risk altında olduğu belirlendi. Bakıcılar için kanser deneyimine dair çoğu veri, kanser tanısından sonraki ilk yılı odaklamıştır ve bakıcı deneyimine dair uzunlamasına veri sınırlıdır [219] . Tedavi tamamlandıktan 3 ila 26 yıl sonra HCT alan hastaların bakıcılarıyla yapılan bir çalışmada, daha genç bakıcılar ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip bakıcılar daha düşük yaşam kalitesi bildirmiştir. Daha genç yaş, kolorektal kanser hastalarının bakıcılarında daha fazla sağlık ve mali yükü de ilişkilendirilmiştir [220] . Başarılı bakıcı müdahaleleri, iki ana bileşeni içerebilir: sevdiklerini nasıl destekleyecekleri ve kendilerini nasıl destekleyecekleri [221]. Başarılı bakıcıların, hastadan da bazı destek hissetmeleri gerekir [222]. Kanser hayatta kalanları ve bakıcılarının, kanser deneyimleri hakkında düşünce ve duygularını paylaştıkları iletişim ve karşılıklılık, hastalar ve bakıcılar arasındaki sıkıntı ve/veya depresyonu azaltmak için bir araç olarak kullanılmıştır [223]. Ancak, kolorektal kanser tanısı konmuş 64 çiftin uzunlamasına bir çalışmasında, hasta veya partner açıklaması ile depresif semptomlar arasında bir ilişki bulunmamıştır [224].

2.9.3.5 Kültür ve Etnik Köken

Kültürel farklılıklar ve etnik köken, kanser hayatta kalanlarında psikolojik sıkıntıyı etkileyebilir. Asyalı-Amerikalı meme kanseri hayatta kalanları üzerinde yapılan sistematik bir inceleme, daha az uyum sağlamış veya düşünce ve duygularını ifade etmede daha fazla sosyal kısıtlama yaşayanlarda daha yüksek depresyon ve rahatsız edici düşünce oranları bulmuştur [225]. Başka bir çalışmada, Latin Amerikalı meme kanseri hayatta kalanlarının %53'ünün Latin

Amerikalı olmayan hayatta kalanlara kıyasla daha yüksek depresif semptomlar gösterdiği bulunmuştur [74]. İlginç bir şekilde, bazı çalışmalarda Siyah kanser hayatta kalanlarının Beyaz kanser hayatta kalanlarına göre daha kötü ruh sağlığına sahip olmalarına rağmen, bu farklılıklar kanser olmayan Siyah ve Beyaz hastalar arasındaki farklılıklardan daha büyük değildir. Bu da kanserin bu farklılıklarda belirleyici bir faktör olmadığını düşündürmektedir [226].

2.9.3.6 Sosyal İlişkileri Sürdürme

Genç ve bekâr hastalar için kanser, romantik ilişkilerin başlamasını geciktirmektedir [227]. Ayrıca, bu tür hastaların evlilik oranları, kardeşlerinden ve genel nüfustan daha düşük bulunmaktadır [228]. Evli kişiler için ise, kanserin samimi ilişkileri nasıl etkilediği konusunda çalışmalar karışık sonuçlar göstermiştir. Swensen ve arkadaşlarına göre, kanserden etkilenen çiftler, sağlıklı çiftlere göre teşhisten sonra birbirlerine daha fazla sevgi göstermektedir. Ancak, her iki grup için evlilik sorunları açısından fark bulunmamaktadır [229]. Kanserden etkilenen çiftlerin teşhisten sonra birbirlerine daha az bağlı oldukları belirlendi. Diğer çalışmalar, kanserin evlilik sıkıntısı yaratabileceğini ve ilişkinin kalitesini düşürebileceğini belirtmektedir [230]. İlgili bir ankette, katılımcıların %13.1'i evliliklerinde ve cinsel yaşamlarında zorluk yaşadıklarından şikâyet etmiştir [231]. Aile İlişkileri Özellikle hastalar ve bakım verenler arasındaki ilişkiler, hastaların fiziksel ve zihinsel durumlarından önemli ölçüde etkilenmektedir. Kanser hastalarının aile türlerini, bakım verenleri de dâhil ederek inceleyen bir çalışma, hastalığın tüm ailenin işleyişini değiştirdiğini bulmuştur; kanserden etkilenen ailelerin çoğu düşük ifade edilebilirlik özelliği göstermiştir, bunu destekleyici ve kopuk aile türleri takip etmiştir [232]. Sosyalleşme genel boyutunda, kanser hastaları ve hayatta kalanlar işsizlik, sosyal izolasyon ve rehabilitasyon gibi zorluklarla karşılaştıkça, sosyal kısıtlamalar (kaçınma ve eleştiri) ve kanserle ilişkili yalnızlık (kansere nedeniyle sosyal olarak kopuk hissetme) gibi ilgili problemler yaşayabilirler [187].

2.10 PSİKOSOSYAL SORUNLARA MÜDAHALELER

Kanserden kurtulan bireyler için psikososyal ihtiyaçların tanınmasıyla birlikte terapilere hızlı yönlendirme yapılması, yalnızca ruh sağlığı için değil, aynı zamanda sağlık sorunlarını azaltmak ve erken ölümleri önlemek için de gereklidir. Psikososyal ihtiyaca bağlı olarak tedaviler farmakolojik ve/veya farmakolojik olmayan müdahaleleri içerebilir.

Kanserden kurtulanların psikososyal sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için müdahaleler geliştirilmiştir ve bu müdahaleler hem yüz yüze hem de dijital olarak sunulabilir.

Öz-yeterlilikte (self-efficacy) yani kişinin belirli hedeflere ulaşmak için harekete geçebileceğine olan inancını artıran müdahaleler, psikososyal sonuçları iyileştirebilir [233] [234]. Öz-yeterlilik, kanserden kurtulanların psikososyal ihtiyaçları için geliştirilen psiko-eğitimsel, kendi kendine yönetim ve bilişsel davranışsal müdahalelerin temel unsurlarından biridir.

Kanserden kurtulanlar için etkili müdahaleleri özel olarak değerlendirmek amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Çoğu müdahale, teşhis veya tedavi sırasında kanser hastaları üzerinde test edilmiştir ve tedavisini tamamlamış kanserden kurtulanlar üzerinde yeterince araştırma yapılmamıştır [77].

Ayrıca, kanserden kurtulanlar üzerinde test edilen birçok müdahale ya fiziksel aktiviteye odaklanmakta ya da az sayıda hasta içermektedir ve rastgele kontrol edilen çalışmalar (RCT'ler) veya tekrarlamalı çalışmaları sayıca azdır.

2.10.1 Farmakoterapi

Erken evre kanser hastaları, antidepresana ihtiyaç duyan tipik hastalara benzerdir; kanser hastaları, fiziksel olarak sağlıklı popülasyonla benzer doz titrasyonları kullanılarak, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'ler) ve diğer antidepresan sınıflarıyla güvenli ve etkili bir şekilde tedavi edilebilir. Daha ileri hastalığı ve artan fiziksel sıkıntı seviyeleri olan hastalarda, farmakolojik yönetim daha karmaşık ve zordur [235].

2.10.2 Psiko-eğitim Ve Öz yönetim

Kanserden kurtulan birçok kişi hafif ila orta şiddette depresyon, anksiyete, travma sonrası stres (TSS) veya bilişsel işlev bozukluğu semptomlarına sahiptir. Bu nedenle, çoğu kanserden kurtulanda semptomları yönetmek için yeterli olan psiko-eğitimsel ve "kendi kendine yönetim" müdahaleleri, deneyimi normalleştiren, uyumlu başa çıkma stratejileri sağlayan, endişeyi hafifleten ve duygusal ifade fırsatını içeren müdahalelerdir.

Psikososyal sorunlar için müdahaleler, iyileşme ve hayatta kalma sürecinde neler beklenmesi gerektiği hakkında eğitim vermek kadar basit olabilir [236] . Daha kapsamlı müdahaleler ise sadece eğitim sağlamakla kalmaz, aynı zamanda sağ kalanların kendi sağlık ihtiyaçlarını yönetmelerine yardımcı olacak araçlar, beceriler ve kaynaklar da sunar. Bu "kendi kendine

yönetim" müdahaleleri, kanserden kurtulanlar üzerinde yapılan rastgele kontrollü çalışmalarda (RCT'lerde) psikososyal sonuçları iyileştirmiştir [237]. Çoğu dijital olarak sunulmuş ve öz-yeterliliği artıran müdahaleler genellikle daha etkili olmuştur. Bu nispeten daha az yoğun müdahalelerin klinik olarak anlamlı veya sürdürülebilir etkiler gösterip göstermeyeceğini değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır [238] .

2.10.3 Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), hastaların uyumsuz inançları tanımlayıp düzeltmelerini öğretir. BDT ayrıca eğitim, başa çıkma becerileri eğitimi, hedef belirleme, stres yönetimi ve gevşeme egzersizleri (örneğin, farkındalık, gevşeme, imgeleme, hipnoz, meditasyon veya yoga) sağlar. Veriler, Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) kanserden kurtulanlarda hem işlevsel sağlık sonuçlarını hem de depresyon ve anksiyete, travma sonrası stres belirtileri (TSS) ve kanserin tekrarlama korkusu gibi spesifik psikososyal sıkıntıları iyileştirebileceğini göstermektedir [239] [240] [241] .

Farklı tanımlara sahip 71.205 kanserden kurtulan üzerinde yapılan bir sistematik inceleme ve meta-analiz, Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT), tedavisini tamamlamış kanserden kurtulanlarda işlevsel sağlık sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur ($g = 0.585$, %95 CI, 0.352-0.819) . En büyük etki uykusuzluk ve yorgunluk üzerinde olmuştur [242]. BDT'nin etkisi cinsiyet, yaş, ırk veya etnik kökene göre farklılık göstermemiştir. Analizler, ruh sağlığı sonuçlarını diğer "işlevsel" sonuçlardan ayırmamış olsa da, diğer bulgular şunlardır:

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), tüm uygulama formatlarında etkili olmuştur, en yüksek etki yüz yüze uygulamada görülmüştür ($g = 0.462$, %95 CI 0.290-0.633). Bunu teknoloji destekli kişisel BDT ($g = 0.333$, %95 CI 0.062-0.603) ve önceden programlanmış teknoloji destekli BDT ($g = 0.364$, %95 CI, 0.159-0.569) izlemiştir.
- Genel tedavi etkisi, BDT ile farkındalık temelli stres azaltma veya gevşeme yöntemleriyle benzer olmuştur.

2.10.4 Çok Boyutlu Rehabilitasyon Ve İşe Dönüş Programları

Fiziksel ve psikososyal bileşenleri içeren rehabilitasyon programları, kanserden kurtulanların çok boyutlu ihtiyaçlarına özellikle uygundur [243] . Ancak, bu tür programların psikososyal ihtiyaçları iyileştirip iyileştirmediği konusunda veriler karışıktır. Sonuçları doğru bir şekilde değerlendirebilmek için standart değerlendirmelerle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Ayrıca, işverenlerin, kanserden kurtulanların işe dönmelerine yardımcı olabilecek müdahalelerde bulunmaları gerekebilir [244] .

Kanserden kurtulanlar için rehabilitasyon programlarını değerlendiren ve yüksek düzeyde önyargıya sahip olan rastgele kontrollü çalışmaların (RCT'ler) incelendiği bir Cochrane incelemesi şu sonuçlara varmıştır [244] :

- Rehabilitasyon programları, duygusal sonuçlardan ziyade fiziksel sonuçlar için daha iyi sonuçlar göstermektedir.
- Kısa müdahale programları (yani, <6 ay süren) bir seferde tek bir amaca odaklanan programlar daha etkili olmuştur.
- Multidisipliner müdahaleler, kanserden kurtulanların işe dönme yeteneklerini iyileştirmede olağan bakımdan daha iyidir.

Buna karşılık, diğer çalışmalar, psikolojik ve tıbbi hedefli rehabilitasyon programlarının, kanserden kurtulanların iş kapasitesi veya işe dönüş oranları üzerinde sınırlı etkiye sahip olduğunu öne sürmektedir [245] .

2.10.5 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, kanserden kurtulanlar için güvenlidir ve sıkıntı ve depresyonu azaltmanın yanı sıra, fiziksel sağlık, duygusal iyilik hali, beden imajı ve genel yaşam kalitesi gibi birçok yönü iyileştirir [246] .

2.10.6 Zihin Beden Etkileşimleri

Yoga, qi-gong ve meditasyon gibi zihin-beden etkileşimlerini artıran aktiviteler, psikososyal sıkıntı yaşayan kanserden kurtulanların yaşam kalitesini iyileştirebilir. Örneğin, kanserden kurtulanlarda yogayı değerlendiren rastgele kontrollü çalışmaların meta-analizleri, sıkıntı, anksiyete ve depresyon üzerinde olumlu bir etki göstermiştir. Prostat kanseri hastalarıyla yapılan ayrı bir çalışmada, qi-gong yorgunluk seviyesinde azalmalarla ilişkilendirilmiştir. Meditasyon gibi diğer zihin-beden müdahalelerinin de kanserin tekrarlama korkusunu azalttığı bulunmuştur.

2.10.7 Müdahale İçin Dijital Ve Telesağlık Yöntemleri

Telefon, video konferans ve internet yöntemleri, kanserden kurtulanlara psikososyal destek sağlayabilir. Bu müdahaleler aynı zamanda bakıma mesafe engeli olan kişilere de erişim sağlayabilir [247]. Telefon yöntemleri en yaygın şekilde kullanılan yöntemlerdir ve psikososyal hizmetlerin sağlanmasında yararlı olduğu bulunmuştur [240] [248] . Bu tür hayatta kalma ihtiyaçlarını karşılama yöntemleri arasında çevrimiçi programlar, mobil uygulamalar, sosyal medya ve mesajlaşma yer alır [249] [250]. Web tabanlı müdahaleler, öz yönetim yaklaşımları ve BDT ile bir miktar başarı göstermiştir [238]. Kanserden kurtulanlara psikososyal bakım sağlamak için mobil uygulamaların kullanımına ilişkin veriler hala yetersizdir [251] .

Kanserden kurtulan kadınlarda yürütülen bir çalışmada, video konferans yoluyla sunulan psikoterapi, sıkıntıyı azaltmada yüz yüze değerlendirme kadar etkili olmuştur [265]. Dijital programları geliştirmek için bir sağlık koçundan yararlanmak da mümkündür. Kanserden kurtulan karma bir grup üzerinde yapılan randomize bir çalışmada, çevrimiçi bir web sitesine bir sağlık koçunun eklenmesi travma sonrası büyümeyi (PTG) iyileştirmiştir [252].

2.10.8 Maneviyat Ve Dindarlık

Maneviyatla ile sağlık arasındaki ilişki, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve başka yerlerde giderek artan bir ilgi konusu olmuştur. Maneviyat (dini ve varoluşsal bakım unsurlarını içeren) Ulusal Mutabakat Projesi (NCP) tarafından Kaliteli Palyatif Bakım ve uluslararası palyatif bakım kuruluşları tarafından onaylanan sekiz spesifik kalite alanından biridir. Ancak maneviyat, ciddi hastaların bakımında tarihsel olarak en az araştırılan ve ele alınan alanlardan biri olmuştur. Giderek artan bir literatür, manevi bakımın palyatif bakımda önemli bir hasta ihtiyacı olduğu, manevi sıkıntının palyatif bakım hastalarında genel sıkıntının önemli bir bileşeni olduğu ve hastaların maneviyatının sağlık bakımı karar alma ve başa çıkma, yaşam kalitesi ve yaşam sonu tıbbi kararları dahil olmak üzere sağlık bakımı sonuçlarını etkilediği fikrini desteklemektedir

Maneviyat, kronik ve ciddi hastalığı olanların yaşam kalitesinin artmasıyla ilişkilidir [253]. İlerlemiş kanser hastası 103 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, manevi refah (Doğrusal Analog Öz Değerlendirme ölçeği ile ölçülen) genel yaşam kalitesi, zihinsel refah, fiziksel refah, duygusal refah ve sosyal refah ile güçlü bir şekilde ilişkiliydi [254] . Diğer çalışmalarda manevi refah, kanser hastalarında daha düşük düzeyde depresyon, ölüme yakın yaşam kalitesinin daha iyi olması ve yaşam sonu umutsuzluğuna ve hızlandırılmış ölüm arzusuna karşı koruma ile ilişkilendirilmiştir [255] [256]. Aynı şekilde, onkoloji kliniklerinde tedavi gören ırksal/etnik ve dini açıdan çeşitli 727 hasta üzerinde yapılan bir başka çalışma, hastaların %79'unun ruhsal ihtiyaçlarının olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, daha fazla ruhsal ihtiyacı olan hastaların bakım memnuniyetinin ve bakım kalitesi algısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, ruhsal ihtiyaçların karşılanmasının hastaların bakım memnuniyeti ve bakım kalitesi algısı üzerinde önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır [257] .

Hemodiyaliz ile tedavi edilen son dönem böbrek hastalığı olan 53 hasta üzerinde yapılan bir raporda, dindarlık algısının daha yüksek olması, sosyal destek ve yaşam kalitesi algısının artması ile ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda, bu hastaların hastalık etkilerini ve depresyonu daha az olumsuz algıladıkları tespit edildi. Bu sonuçlar, dindarlığın bu hastalar için olumlu psikososyal etkileri olduğunu ve hastalık sürecindeki olumsuz algıları hafifletebileceğini göstermektedir [258]. Birçok çalışma, pozitif ve negatif dini başa çıkma stratejilerini incelemiş ve bunları hastaların yaşam kalitesinin belirleyicileri olarak değerlendirmiştir. Bu çalışmalarda genellikle Pargament'in geçerli kıldığı RCOPE aracı kullanılmıştır [259] . Pozitif dini başa çıkmanın, ileri evre hastalık durumunda yaşam kalitesini iyileştirme ile tutarsız ilişkileri olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalar pozitif dini başa çıkmanın yaşam kalitesi ile olumlu bir ilişki içinde olduğunu gösterirken, birçok çalışma bu iki değişken arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır [260] [261] . Buna karşılık, negatif dini başa çıkmanın hastaların yaşam kalitesinde azalmalarla tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu sürekli olarak bulunmuştur [262] [261]. Bu, hastaların olumsuz dini başa çıkma stratejilerini kullanmalarının, yaşam kalitelerinde belirgin bir düşüşe yol açtığını göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI

Bu çalışma, 1 KASIM 2024-1 ARALIK 2024 tarihleri arasında Dicle üniversitesi hastanesi tıbbi onkoloji servis ve polikliniklerine başvuran kanser hastalarıyla (meme, kolon ve akciğer kanseri başta olmak üzere) iletişime geçilerek yüz yüze anket olarak yapılmıştır.

3.2 YÖNTEM

Hasta sayısı 320 olarak planlanmıştır. Anket 32 sorudan oluşmaktadır. Ankette hastaların demografik özellikleri, tanıları, aldıkları tedavi ve tanı tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal değişimlerin değerlendirilmesine yönelik sorular bulunmaktadır.Çalışmada anksiyete semptomları olarak tahammül azalması,korku,endişe artışı olarak ;depresyon semptomları ise yalnızlık hissi,hayattan keyif alamama,çaresizlik olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan 12 hasta anket görüşmesini yarıda bıraktıkları için elenmiştir.

Hastalar için dâhil olma kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması
2. kanser tanısı almış olmak
3. 18 yaştan büyük olmak

Hastalar için dışlama kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması
2. 18 yaşından küçük olması

Bu araştırma Dicle Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 16.10.2024 tarihli karar ile onaylanmıştır (Ek 1).

Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama:

Hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan hasta grubuna yüz yüze görüşme şeklinde anket uygulandı.

Anket Formu

Anket 32 sorudan oluşmaktadır. Ankette hastaların demografik özellikleri, tanıları, aldıkları tedavi ve tanı tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal değişimlerin değerlendirilmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Bu form bir tıbbi onkoloji profesörü, bir dâhiliye asistanı ve iki uzman psikiyatrist tarafından hazırlanmıştır.

3.3 İSTATİKSEL ANALİZ

Kullanılan İstatistiksel Testler: Kolmogorov-Smirnov testi, Pearson Chi-kare (χ^2) testi, Yates Chi-kare (χ^2) testi, Fisher Chi-kare (χ^2) testi, Pearson/spearman korelasyon analizi

İstatistiksel Yöntemlerle İlgili Açıklama:

Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde IBM SPSS 21.0 for windows istatistik paket programı kullanılacaktır. Ölçümsel değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (SD), Medyan, Minimum değer, Maksimum değer, korelasyon katsayısı (r), varyasyon katsayısı (CV%), %95 güven aralığı (%95 CI), tutarlılık oranı ve ağırlıklı kappa (κ) ile, kategorik değişkenler sayı(n) ve yüzde (%) ile sunulacaktır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılacaktır. Nitel değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-kare (χ^2) testi, Yates Chi-kare (χ^2) testi, Fisher Chi-kare (χ^2) testi kullanılacaktır. Değişkenler arasındaki ilişki için Pearson/spearman korelasyon analizi yapılacaktır. İhtiyaç durumunda başka ilave istatistik analizleri yapılacaktır. Hipotezler çift yönlü alınacak, $p \leq 0.05$ ise istatistiksel olarak anlamlı sonuç kabul edilecektir.

4. BULGULAR

Araştırmada yer alan hastaların demografik özellikleri değerlendirildi (Tablo 1). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların %17,5'inin 18 – 40, %66,9'unun 40 – 65, %15,6'sının 65 üstü yaş grubunda yer aldığı belirlendi. Hastaların %38'inin erkek, %62'sinin kadın olduğu saptandı. Hastaların %10,7'sinin bekâr, %82,8'inin evli olduğu ve %6,5'inin boşandığı veya eşinin öldüğü tespit edildi. Hastaların %39,3'ünün okur – yazar olmadığı, %34,1'inin ilkokul mezunu, %8,4'ünün ortaokul mezunu, %12,3'ünün lise mezunu ve %5,8'inin üniversite mezunu olduğu saptandı. Hastaların aylık gelirinin %24'ünde asgari ücretin altında, %53,6'sında asgari ücret ve %22,4'ünde asgari ücretin üstünde olduğu belirlendi.

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri

	N	%
Yaş		
18-40	54	17,5
40-65	206	66,9
65 yaş üstü	48	15,6
Cinsiyet		
Erkek	117	38,0
Kadın	191	62,0
Medeni Durum		
Bekâr	33	10,7
Evli	255	82,8
Boşanmış/Eşi Ölmüş	20	6,5
Öğrenim Durumu		
Okur - Yazar Değil	121	39,3
İlkokul	105	34,1
Ortaokul	26	8,4
Lise	38	12,3
Üniversite	18	5,8
Aylık Gelir		
Asgari Ücret Altı	74	24,0
Asgari Ücret	165	53,6
Asgari Ücret Üstü	22	22,4
Meslek		
Memur	22	7,1
Ev Hanımı	154	50,0
Emekli	47	15,3
Serbest Meslek	42	13,6
İşsiz	28	9,1
Diğer	15	4,9
Sağlık Güvencesi		
SGK	180	58,4
Yeşil Kart	112	36,4
Diğer	16	5,2
Memleket		

Diyarbakır	208	67,5
Batman	10	3,2
Şanlıurfa	28	9,1
Mardin	23	7,5
Şırnak	15	4,9
Diğer	24	7,8
Yaşadığı Yer		
İl	163	52,9
İlçe	119	38,6
Köy	26	8,4
Oturulan Mekan		
Kendi Mülkü	220	71,4
Kira	87	28,2
Diğer	1	0,3
Çocuk Sayısı		
Yok	40	13,0
1-3	49	15,9
3 Üstü	217	70,5
Toplam	308	100

Hastaların %7,1'inin memur, %50'sinin ev hanımı %15,3'ünün emekli, %13,6'sının serbest meslek çalışanı, %9,1'nin işsiz olduğu ve %4,9'unun başka bir meslekte çalıştığı saptandı. Hastaların %58,4'ünün SGK, %36,4'ünün Yeşil Kart ve %5,2'sinin başka bir sağlık güvencesine bağlı olduğu tespit edildi. Hastaların %67,5'inin Diyarbakır, %3,2'sinin Batman, %9,1'inin Şanlıurfa, %7,5'inin Mardin, %4,9'unun Şırnak'ta yaşadığı saptandı. Hastaların %52,9'unun ilde, %38,6'sının ilçede ve %8,4'ünün köyde yaşadığı belirlendi. Hastaların yaşadıkları mekânın %71,4'ünde kendi mülkü, %28,2'sinde kira ve % 0,3'ünde ise başka bir mekan türü olduğu tespit edildi. Hastaların %13'ünün çocuğu olmadığı, %15,9'unun 1 – 3, %70,5'inin ise 3'ün üstünde çocuğu bulunduğu saptandı.

Tablo 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgiler

	N	%
Tanı		
Meme Kanseri	128	41,6
Akciğer Kanseri	52	16,9
Kolon Kanseri	44	14,3
Diğer Kanserler	84	27,3
Hastalık Evresi		
Evre 1	5	1,6
Evre 2	55	17,9
Evre 3	96	31,2
Evre 4	151	49,0
Hastalık Tanımlaması		
İltihap	13	4,2
Ur	9	2,9
Kötü Huylu Hastalık	203	65,9
Kitle	80	26,0
Diğer	3	1,0
Alınan Tedavi		
Kemoterapi	169	54,9
Kemoterapi + Cerrahi	1	0,3
Kemoterapi + Radyoterapi	22	7,1

Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi	2	0,6
İmmünoterapi + Hormon	71	23,1
Tedavi Almıyor (Sadece Takip)	43	14,0
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma		
Detaylı Biliyorum	72	23,4
Kısmen Biliyorum	218	70,8
Bilgim Yok	18	5,8
Toplam	308	100

Araştırmada yer alan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgiler değerlendirildi (Tablo 2). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların %41,6'sının meme kanseri, %16,9'unun akciğer kanseri, %14,3'ünün kolon kanseri ve %27,3'ünün başka bir kanser tanısı aldığı belirlendi. Hastaların hastalık evresi %1,6'sında evre 1, %17,9'unda evre 2, %31,2'sinde evre 3 ve %49'unda evre 4 olduğu saptandı. Hastalar kanseri %4,2'sinde iltihap, %2,9'unda ur, %65,9'unda kötü huylu hastalık, %26'sunda kitle ve %1'inde başka bir hastalık adıyla tanımladıkları tespit edildi. Hastaların %54,9'unun sadece kemoterapi aldığı, %0,3'ünün kemoterapi + cerrahi tedavi aldığı, %7,1'inin kemoterapi + radyoterapi aldığı, %0,6'sının kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi aldığı, %23,1'inin immünoterapi + hormon tedavisi aldığı ve %14'ünün tedavi almayıp sadece takip edildiği belirlendi. Hastaların %23,4'ünün hastalığı hakkında detaylı bilgi sahibi olduğu, %70,8'inin hastalığı hakkında kısmen bilgi sahibi olduğu ve %5,8'inin hastalığı hakkında bilgisi olmadığı tespit edildi.

Tablo 3. Hastaların Hastalıklarını Öğrenmelerine Yönelik Bilgiler

	N	%
Hastalığı Öğrendiği Kişi		
Takip Eden Doktor	268	87,0
Aile	31	10,1
Diğer	8	2,6
Hastalığı Öğrenmek İsteddiği Kişi		
Doktor	247	80,2
Aile	13	4,2
En Sevdiği Kişi	14	4,5
Öğrenmek İstemezdim	29	9,4
Hastalığı Öğrenme Şeklinden Rahatsız Olma		
Evet	34	11,0
Hayır	271	88,0
İstenilen Hastalığı Öğrenme Şekli (n=34)		
Dolaylı Söyleme (Aile Üzerinden Alıştırılarak)	8	2,6
Daha Olumlu Söyleme, İfade Etme, Sakin ve Sabırlı	20	6,5
Direk Kanser Olduğumun Söylenmesi	6	1,9
Toplam	308	100

Araştırmada yer alan hastaların hastalıklarını öğrenmelerine yönelik bilgileri incelenmiştir (Tablo 3). Hastaların %87'sinin hastalığını takip eden doktordan, %10,1'inin hastalığını ailesinden ve %2,6'sının hastalığını başka birinden öğrendiği belirlendi. Hastaların hastalığını %80,2'sinin doktordan, %4,2'sinin ailesinden, %4,5'inin en sevdiği kişiden öğrenmek istediği ve %9,4'ünün ise hastalığını öğrenmek istemediği saptandı. Hastaların hastalığı öğrenme

şeklinden %11'inin rahatsız olduğu, %88'inin ise rahatsız olmadığı tespit edildi. Hastaların %23,5'inin hastalığını dolaylı olarak aile üzerinden alıştırılarak söylenmesini, %58,8'inin hastalığını daha olumlu, sakin ve sabırlı olarak söylenmesini ve %17,6'sının hastalığını direk kanser olduğunu söylenmesini istediği saptandı.

Tablo 4. Hastaların Aldıkları Tedavilere Yönelik Bilgiler

	N	%
Tedavi Sürecinde En Çok Zorlayan Şikâyet		
Ağrı	54	17,5
Bulantı	57	18,5
İştahsızlık	30	9,7
Yorgunluk	64	20,8
Uykusuzluk	18	5,8
Korku/Endişe	18	5,8
Nefes Darlığı	7	2,3
Diğer	10	3,2
Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumu		
Evet	34	11,0
Hayır	230	74,7
Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Nedeni (n=34)		
Yan Etkiler	20	6,5
İletişim Eksikliği ve Teknik Sorunlar	5	1,6
Korkudan Tedaviden Kaçınma	2	0,6
Tükenmişlik / Yorgunluk Hissi	3	1,0
Tedavi Yarım Bırakmak (İyileştiğini Düşünmek)	4	1,3
İlk Tanı Aldığında Tedaviye Başlamak İsteme		
Evet	242	78,6
Hayır	20	6,5
Kararsız	2	0,6
Aynı Hastalığa Yakalanmış Bir Hastaya Tedavi Almasını Önerme		
Evet	242	78,6
Hayır	21	6,8
Hastalığın Tedaviye Yanıt Verdiğini Düşünme		
Evet	235	76,3
Hayır	25	8,1
Bilmiyorum	47	15,3
Tedaviye Yönelik Beklenti (n=25)		
Tıbbi Tedavilerle İyileşeceğim	14	4,5
Bitkisel Ürünlerle İyileşeceğim	1	0,3
Manevi Destekle İyileşeceğim	3	1,0
Hastalıkla Yaşamayı Öğrendim	1	0,3
İyileşeceğimi Düşünmüyorum	6	1,9
Toplam	308	100

Araştırmada yer alan hastaların aldıkları tedavilere yönelik bilgileri değerlendirildi (Tablo 4). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların tedavi sürecinde en çok %17,5'inin ağrıdan, %18,5'inin bulantıdan, %9,7'sinin iştahsızlıktan, %20,8'inin yorgunluktan, %5,8'inin uykusuzluktan, %5,8'inin korku/endişeden, %2,3'ünün nefes darlığından ve %3,2'sinin başka bir durumdan zorlandığı belirlendi. Hastaların %11'inin tedavi sürecinde tedaviyi bıraktığı veya aksattığı

belirlenmiş olup %6,5'inin yan etkilerden, %1,6'sının iletişim eksikliği ve teknik sorunlardan, %0,6'sının korkudan, %1'inin tükenmişlik veya yorgunluk hissinden ve %1,3'ünün iyileştiğini düşündüğünden dolayı tedaviyi bıraktığı veya aksattığı saptandı. Hastaların ilk tanı aldığı anda %78,6'sının tedaviye başlamak istediği, %6,5'inin tedaviye başlamak istemediği ve %0,6'sının tedaviye başlama konusunda kararsız olduğu tespit edildi. Hastaların %78,6'sının aynı hastalığa yakalanmış bir hastaya tedavi almasını önerdiği, %6,8'inin aynı hastalığa yakalanmış bir hastaya tedavi almasını önermediği saptandı. Hastaların %76,3'ünün hastalığın tedaviye yanıt verdiğini, %8,1'inin hastalığın tedaviye yanıt vermediğini düşündüğü ve %15,3'ünün hastalığın tedaviye yanıt verme konusunda bilgisi olmadığı belirlendi. Tedaviye yanıt vermediğini belirten hastaların %56'sının "Tıbbi Tedavilerle İyileşeceğim", %4'ünün "Bitkisel Ürünlerle İyileşeceğim", %12'sinin "Manevi Destekle İyileşeceğim", %4'ünün "Hastalıkla Yaşamayı Öğrendim" ve %24'ünün "İyileşeceğimi Düşünmüyorum" olarak ifade ettiği saptandı.

Tablo 5. Hastaların Çevresi ve Hastalık Sürecinde İlgilenenlerin Özelliklerine İlişkin Bilgiler

	N	%
Hastalık Belli Olduktan Sonra Ailenin İlgisinde Olan Değişiklik		
Kötüleştii	11	3,6
İyileştii	202	65,6
Değişiklik Olmadı	95	30,8
Hastalık Belli Olduktan Sonra Ailenin İlgisinin Kötüleşmesinin Kaynağı (n=11)		
1.Derece Aile Fertlerinden	10	3,2
Akraba/Arkadaş Kaynaklı	1	0,3
Hastalığın Yakın Çevrede Bilinmesinin Sakıncasının Olması		
Evet	71	23,1
Hayır	237	76,9
Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişi		
Eş - Çocuklar	190	61,7
Kardeş	21	6,8
Anne - Baba	14	4,5
Destek Yok	33	10,7
Diğer	6	1,9
Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişinin Eğitim Durumu (n=231)		
Okur - Yazar Değil	31	10,1
Okur - Yazar	16	5,2
İlkokul	62	20,1
Ortaokul	39	12,7
Lise	51	16,6
Üniversite	32	10,4
Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişiden Yeterli Destek Alma (n=231)		
Evet	226	73,4
Hayır	4	1,3
Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişinin Manevi Psikolojik Desteğe İhtiyacı Olma (n=231)		
Evet	49	21,3
Hayır	182	78,7
Toplam	308	100

Araştırmada yer alan hastaların çevresi ve hastayla hastalık sürecinde ilgilenenlerin özellikleri incelenmiştir (Tablo 5). Hastalık belli olduktan sonra ailenin hastaya karşı %3,6'sında ilginin kötüleştiği, %65,6'sında ilginin iyileştiği ve %30,8'inde ilginin değişmediği saptandı. Hastalık belli olduktan sonra ailenin ilgisinin kötüleşme kaynağı olarak hastaların %90'ının “1.Derece Aile Fertlerinden”, %10'unun ise “Akraba/Arkadaş Kaynaklı” olarak ifade ettiği belirlendi. Hastaların %23,1'inin hastalığın yakın çevrede bilinmesinin sakıncası olduğunu, %76,9'unun ise hastalığın yakın çevrede bilinmesinin sakıncası olmadığını ifade ettiği tespit edildi. Hastaların hastalık sürecinde %61,7'sinde eşi ve çocuklarının, %6,8'inde kardeşinin, %4,5'inde anne ve babasının ilgilendiği ve %10,7'sinde destek bulamadığı belirlendi. Hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişinin eğitim durumunun %10,1'inde okur – yazar olmadığı, %5,2'sinde okur – yazar, %20,1'inde ilköğretim mezunu, %12,7'sinde ortaokul mezunu, %16,6'sında lise mezunu ve %10,4'ünde üniversite mezunu olduğu saptandı. Hastaların %73,4'ünün hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli desteği aldığı belirlendi. Hastaların %15,9'unda hastalık sürecinde ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu, %59,1'inde hastalık sürecinde ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığı tespit edildi.

Tablo 6. Hastaların Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgiler

	N	%
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması		
Evet	19	6,2
Hayır	288	93,5
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık (n=19)		
Anksiyete Bozukluğu	6	1,9
Depresyon	13	4,2
Hastalığın Psikolojik Etkisi		
Anksiyete Semptomları	195	63,3
Depresif Semptomlar	137	44,5
Hastalık Sürecinde Yapılan Rahatlatıcı Aktivite		
Dua	122	39,6
Namaz - Oruç	62	20,1
Seyahat	39	12,7
Kutsal Mekân Ziyareti	33	10,7
Sevdikleriyle Vakit Geçirme	30	9,7
İnziva	23	7,5
Egzersiz	16	5,2
Kuran Okuma	12	3,9
Müzik	10	3,2
Doğada Vakit Geçirmek	9	2,9
Meditasyon	8	2,6
El İşi Çalışması Yapmak	6	1,9
Kitap Okuma	5	1,6
Uğraşmayı Artırmak	5	1,6
Ekranla Vakit Geçirmek	4	1,3
Dans	3	1,0
Kurban/Adak/Sadaka	2	0,6

Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu		
Mevcut İnançım Arttı	139	45,1
Mevcut İnançım Azaldı	3	1,0
Mevcut İnançım Değişmedi	165	53,6
İnançım Değişti	1	0,3
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma		
Evet	140	45,5
Hayır	123	39,9
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli (n=140)		
İbadetlerimi Artırdım	38	12,3
Din Görevlilerinden Destek Aldım	16	5,2
Yakın Çevremden Destek Aldım	73	23,7
Yeterli Destek Bulamadım	8	2,6
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma		
Evet	25	8,1
Hayır	239	77,6
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma		
Evet	51	16,6
Hayır	257	83,4
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme		
Evet	14	4,5
Hayır	250	81,2
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme		
Evet	16	5,2
Hayır	292	94,8
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama		
Evet	4	1,3
Hayır	12	3,9
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama		
Evet	13	4,2
Hayır	276	89,6
Boşandım	7	2,3
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi		
Maddi Destek	44	14,3
Manevi Destek	8	2,6
Psikolojik Destek	7	2,3
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	12	3,9
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	2	0,6
Toplam	308	100

Araştırmada yer alan hastaların psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 6). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların %6,2'sinin hastalık öncesi psikiyatrik hastalığının bulunduğu belirlenen hastaların %31,5'inde anksiyete bozukluğu, %68,5'inin depresyon tanısı aldığı saptandı. Hastalık sürecinde hastaların %63,3'ünde anksiyete semptomları, %44,5'inde ise depresif semptomların ortaya çıktığı tespit edildi. Hastaların hastalık sürecinde yaptıkları rahatlatıcı aktiviteler arasında birinci sırada %39,6 oranla dua, ikinci sırada %20,1 oranla namaz – oruç ve üçüncü sırada %12,7 oranla seyahatin yer aldığı belirlendi. Hastaların hastalık sürecinde yaptığı bu rahatlatıcı aktiviteleri sırasıyla %10,7 oranla kutsal mekan ziyareti, %9,7 oranla sevdikleriyle vakit geçirme, %7,5 oranla inziva, %5,2 oranla egzersiz, %3,9 oranla kuran

okuma, %3,2 oranla müzik, %2,9 oranla doğada vakit geçirmek, %2,6 oranla meditasyon, %1,9 oranla el işi çalışması yapmak, 1,6 oranla kitap okuma ve uğraşmayı artırmak, %1,3 oranla ekranla vakit geçirmek, %1 oranla dans ve %0,6 oranla kurban/adak/sadaka takip ettiği tespit edildi. Hastaların hastalık tanısı aldıktan sonra %45,1'inin mevcut inancında artış, %1'inin mevcut inancında azalış olduğu, %0,3'ünün mevcut inancının değiştiği ve %53,6'sının mevcut inancında değişim olmadığı saptandı. Hastaların %45,5'inin hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiş olup %12,3'ünün ibadetlerini artırarak, %5,2'sinin din görevlilerinden destek alarak, %23,7'sinin yakın çevreden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %2,6'sının manevi inanç için destek bulamadığı saptandı. Hastaların %8,1'inin hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek aldığı, %16,6'sunun hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğu, %4,5'inin hastalık sürecinde psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade ettiği belirlendi. Hastaların %5,2'sinin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü, %1,3'ünün kendine zarar verecek eylem planladığı saptandı. Hastalık sürecinde hastaların %4,2'sinin eşiyle boşanmayı düşündüren sorun yaşadığı, %2,3'ünün eşiyle boşandığı ve %89,6'sının eşiyle boşanmayı düşündüren sorun yaşamadığı tespit edildi. Hastalık sürecinde sosyal psikolojik destek beklentisini hastaların %14,3'ünün “maddi destek”, %2,6'sının “manevi destek”, %2,3'ünün “psikolojik destek”, %3,9'unun “onkoloji hastalarına sağlık sisteminde öncelik verilmesi” ve %0,6'sının “kansere hastalarının birbiriyle iletişime geçebilecek ortam” olarak ifade ettiği saptandı.

Tablo 7. Hastaların Hastalık Sürecinde Çalışma Durumu, Hastaneye Ulaşım ve Maddi Durumuna İlişkin Bilgiler

	N	%
Hastalık Sürecinde İşte Aktif Çalışabilme		
Evet	100	32,5
Hayır	164	53,2
Tedavi Başlangıcından Sonra İşte Aktif Olarak Çalışmaya Başladığı Zaman (n=164)		
Tedavi Başlangıcında	156	50,6
2.Ay	2	0,6
6.Ay	4	1,3
Diğer	2	0,6
Hastaneye Ulaşım Şekli		
Özel Otomobil	134	43,5
Toplu Taşıma	169	54,9
Diğer	3	1,0
Hastalık Sürecinde Tedaviden Kaynaklı Maddi Kayıp Yaşama		
Evet	114	37,0
Hayır	150	48,7
Aile Gelir Düzeyinde Katkı Yapan Başka Kişi		
Var	74	24,0
Yok	234	76,0

Aile Gelir Düzeyine Katkı Sağlayan Kişinin Yakınlık Derecesi (n=74)		
Anne/Baba	6	1,9
Çocuk	46	14,9
Kardeş	9	2,9
Diğer	13	4,2
Toplam	308	100

Araştırmada yer alan hastaların hastalık sürecinde çalışma durumu, hastaneye ulaşım ve maddi durumlarına ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 7). Elde edilen sonuçlara göre; hastalık sürecinde hastaların %32,5'inin işte aktif olarak çalıştığı, %53,2'sinin ise işte aktif olarak çalışmadığı belirlendi. Hastaların %50,6'sının tedavi başlangıcında, %0,6'sının tedavi başlangıcından itibaren 2.ayda, %1,3'ünün tedavi başlangıcından itibaren 6.ayda ve %0,6'sının başka bir zamanda işte aktif olarak çalışmaya başladığı saptandı. Hastaların %43,5'inin özel otomobil ile %54,9'unun toplu taşıma ile ve %1'inin başka bir ulaşım aracı ile hastaneye ulaşım sağladığı tespit edildi. Hastaların %37'sinin hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşadığı, %48,7'sinin hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşamadığı belirlendi. Hastaların %24'ünde aile gelir düzeyinde katkı yapan başka kişi olduğu belirlenmiş olup %1,9'unda anne/baba, %14,9'unda çocuğun, %2,9'unda kardeşin ve %4,2'sinde başka kişinin aile gelirine katkı sağladığı tespit edildi.

Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Yaş			X ²	p
	18 - 40 n (%)	40 - 65 n (%)	65 Üstü n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	42 ^a (77,8)	129 ^b (62,6)	24 ^b (50,0)	8,569 [†]	0,014*
Depresif Semptomlar	27 (50,0)	87 (42,2)	23 (47,9)	1,317 [†]	0,518
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu					
Mevcut İnançım Arttı	26 (48,1)	95 (46,3)	18 (37,5)	2,523 [‡]	0,599
Mevcut İnançım Azaldı	0	2 (1,0)	1 (2,1)		
Mevcut İnançım Değişmedi	28 (51,9)	108 (52,7)	29 (60,4)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma					
Evet	25 ^a (56,8)	104 ^a (59,1)	11 ^b (25,6)	15,860 [†]	<0,001**
Hayır	19 ^a (43,2)	72 ^a (40,9)	32 ^b (74,4)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli					
İbadetlerimi Artırdım	6 (24,0)	30 (30,3)	2 (18,2)	5,617 [‡]	0,417
Din Görevlilerinden Destek Aldım	1 (4,0)	12 (12,1)	3 (27,3)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	16 (64,0)	52 (52,5)	5 (45,5)		
Yeterli Destek Bulamadım	2 (8,0)	5 (5,1)	1 (9,1)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	7 (15,6)	16 (9,1)	2 (4,7)	2,940 [‡]	0,246
Hayır	38 (84,4)	160 (90,9)	41 (95,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	13 (24,1)	31 (15,0)	7 (14,6)	2,683 [†]	0,261
Hayır	41 (75,9)	175 (85,0)	41 (85,4)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	3 (6,7)	9 (5,1)	2 (4,7)	0,406 [‡]	0,916

Hayır	42 (93,3)	167 (94,9)	41 (95,3)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				4,516 ^{UJ}	0,091
Evet	5 (9,3)	11 (5,3)	0		
Hayır	49 (90,7)	195 (94,7)	48 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				0,834 ^{UJ}	0,365
Evet	2 (40,0)	2 (18,2)	4 (25,0)		
Hayır	3 (60,0)	9 (81,8)	12 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				6,883 ^{UJ}	0,093
Evet	4 (7,8)	9 (4,6)	0		
Hayır	46 (90,2)	185 (93,9)	45 (93,8)		
Boşandım	1 (2,0)	3 (1,5)	3 (6,3)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	5 (55,6)	35 (64,8)	4 (40,0)		
Manevi Destek	1 (11,1)	6 (11,1)	1 (10,0)		
Psikolojik Destek	1 (11,1)	5 (9,3)	1 (10,0)	9,568 ^{UJ}	0,193
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	2 (22,2)	8 (14,8)	2 (20,0)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	0	2 (20,0)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, UJ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05, **p<0,001

Hastaların yaşlarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 8). Hastalığın 18 – 40 yaş grubunda yer alan hastaların %77,8’inde, 40 – 65 yaş grubunda yer alanların %62,6’sında, 65 üstü yaş grubunda yer alan hastaların %50’sinde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirlendi. Hastaların yaşlarına göre hastalığın anksiyete semptomunun ortaya çıkmasına neden olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=8,569$; $p<0,05$). Hastalığın 18 – 40 yaş grubunda anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olma oranının 40 – 65 yaş ve 65 üstü yaş grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

18 – 40 yaş grubunda yer alan hastaların %56,8’inin, 40 – 65 yaş grubunda yer alanların %59,1’inin, 65 üstü yaş grubunda yer alan hastaların %25,6’sının hastalık sürecinde manevi inanç desteğe ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Hastaların yaşlarına göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=15,860$; $p<0,001$). 65 üstü yaş grubunda yer alan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının 18 – 40 yaş ve 40 – 45 yaş grubunda yer alan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Cinsiyet		X ²	p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması				
Evet	2 (1,7)	17 (8,9)	6,534 ^φ	0,011*
Hayır	115 (98,3)	173 (91,1)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık				
Anksiyete Bozukluğu	2 (66,7)	4 (25,0)	1,885 ^Ω	0,222
Depresyon	1 (33,3)	12 (75,0)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	63 (53,8)	132 (69,1)	7,277 ^φ	0,007*
Depresif Semptomlar	45 (38,5)	92 (48,2)	2,768 ^φ	0,096
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İnançım Arttı	47 (40,5)	92 (48,2)	2,639 ^Ω	0,227
Mevcut İnançım Azaldı	2 (1,7)	1 (0,5)		
Mevcut İnançım Değişmedi	67 (57,8)	98 (51,3)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	38 (39,2)	102 (61,4)	12,197 ^φ	<0,001**
Hayır	59 (60,8)	64 (38,6)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	7 (19,4)	31 (31,3)	2,570 ^Ω	0,481
Din Görevlilerinden Destek Aldım	6 (16,7)	10 (10,1)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	21 (58,3)	52 (52,5)		
Yeterli Destek Bulamadım	2 (5,6)	6 (6,1)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	6 (6,2)	19 (11,4)	1,929 ^φ	0,165
Hayır	91 (93,8)	148 (88,6)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	14 (12,0)	37 (19,4)	2,880 ^φ	0,090
Hayır	103 (88,0)	154 (80,6)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
.Evet	3 (3,1)	11 (6,6)	1,492 ^φ	0,222
Hayır	94 (96,9)	156 (93,4)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	2 (1,7)	14 (7,3)	4,654 ^φ	0,031*
Hayır	115 (98,3)	177 (92,7)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	0	4 (28,6)	1,243 ^Ω	0,550
Hayır	2 (100)	10 (71,4)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	2 (1,8)	11 (6,0)	4,702 ^Ω	0,088
Hayır	111 (97,4)	165 (90,7)		
Boşandım	1 (0,9)	6 (3,3)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	16 (59,3)	28 (60,9)	4,492 ^Ω	0,329
Manevi Destek	3 (11,1)	5 (10,9)		
Psikolojik Destek	1 (3,7)	6 (13,0)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	5 (18,5)	7 (15,2)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	2 (7,4)	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, Ω: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05, **p<0,001

Hastaların cinsiyetlerine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara göre; erkeklerin %1,7'sinin, kadınların ise %8,9'unun hastalık öncesi psikiyatrik hastalığının bulunduğu belirlendi. Hastaların cinsiyetlerine göre hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (X²=6,534; p<0,05). Kadınlarda hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranının erkeklerle göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalığın erkeklerin %53,8'inde, kadınların %69,1'inde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirlendi. Hastaların cinsiyetlerine göre hastalığın anksiyete semptomunun ortaya çıkmasına neden olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,277$; $p<0,05$). Hastalığın erkeklerde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olma oranının kadınlar göre daha düşük olduğu belirlendi.

Erkeklerin %59,2'sinin, kadınların %61,4'ünün hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyduğu; erkeklerin %60,8'inin, kadınların %38,6'sının hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastaların cinsiyetlerine göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=12,197$; $p<0,001$). Erkeklerin hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının kadınlar göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Erkeklerin %1,7'sinin, kadınların %7,3'ünün hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü; erkeklerin %98,3'ünün, kadınların %92,7'sinin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşünmediği belirlendi. Hastaların cinsiyetlerine göre hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=4,654$; $p<0,05$). Erkeklerin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının kadınlar göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Medeni Durum			X^2	p
	Bekar n (%)	Evli n (%)	Boşanmış/ Eşi Ölmüş n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması					
Evet	1 (3,0)	17 (6,7)	1 (5,3)	0,381 ^U	0,887
Hayır	32 (97,0)	238 (93,3)	18 (94,7)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık					
Anksiyete Bozukluğu	1 (100)	4 (23,5)	1 (100)	4,367 ^U	0,088
Depresyon	0	13 (76,5)	0		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	24 (72,7)	157 (61,6)	14 (70,0)	1,978 ^Φ	0,372
Depresif Semptomlar	17 (51,5)	108 (42,4)	12 (60,0)	3,079 ^Φ	0,214
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu					
Mevcut İnançım Arttı	14 (42,4)	115 (45,3)	10 (50,0)	0,782 ^U	0,929
Mevcut İnançım Azaldı	0	3 (1,2)	0		
Mevcut İnançım Değişmedi	19 (57,6)	136 (53,5)	10 (50,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma					
Evet	12 (42,9)	118 (54,4)	10 (55,6)	1,364 ^Φ	0,506
Hayır	16 (57,1)	99 (45,6)	8 (44,4)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli					
İbadetlerimi Artırdım	6 ^a (50,0)	29 ^a (25,4)	3 ^a (33,3)	11,307 ^U	0,042*
Din Görevlilerinden Destek Aldım	0 ^a	15 ^a (13,2)	1 ^a (11,1)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	3 ^a (25,0)	65 ^b (57,0)	5 ^{ab} (55,6)		

Yeterli Destek Bulamadım	3 ^a (25,0)	5 ^b (4,4)	0 ^b		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	3 (10,7)	20 (9,2)	2 (11,1)	0,489 ^{UJ}	0,762
Hayır	25 (89,3)	198 (90,8)	16 (88,9)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	11 ^a (33,3)	38 ^{ab} (14,9)	2 ^b (10,0)	7,850 ^Φ	0,020*
Hayır	22 ^a (66,7)	217 ^{ab} (85,1)	18 ^b (90,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	5 ^a (17,9)	8 ^b (3,7)	1 ^{ab} (5,6)	7,864 ^{UJ}	0,013*
Hayır	23 ^a (82,1)	210 ^b (96,3)	17 ^{ab} (94,4)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	4 ^a (12,1)	9 ^b (3,5)	3 ^a (15,0)	8,100 ^{UJ}	0,012*
Hayır	29 ^a (87,9)	246 ^b (96,5)	17 ^a (85,0)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	1 (25,0)	3 (33,3)	0	1,142	0,763
Hayır	3 (75,0)	6 (66,7)	3 (100)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	6 (75,0)	36 (59,0)	2 (50,0)		
Manevi Destek	0	7 (11,5)	1 (25,0)		
Psikolojik Destek	1 (12,5)	6 (9,8)	0	4,109 ^{UJ}	0,891
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	1 (12,5)	10 (16,4)	1 (25,0)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	2 (3,3)	0		

Φ: Pearson Ki – Kare Testi, UJ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05, **p<0,001

Hastaların medeni durumlarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 10). Hastalık sürecinde bekâr hastaların manevi inanç desteğini %50'sinin ibadetlerini artırarak, %25'inin yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %25'inin yeterli destek bulamadığı görülmüştür. Hastalık sürecinde evli hastaların manevi inanç desteğini %25,4'ünün ibadetlerini artırarak, %13,2'sinin din görevlilerinden destek alarak, %57'sinin yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %4,4'ünün yeterli destek bulamadığı görülmüştür. Hastalık sürecinde boşanmış/eşi ölmüş olan hastaların manevi inanç desteğini %33,3'ünün ibadetlerini artırarak, %11,1'inin din görevlilerinden destek alarak, %55,6'sının yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %4,4'ünün yeterli destek bulamadığı belirlendi. Hastaların medeni durumlarına göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğini sağlama şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,307$; $p<0,05$). Bekâr hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğini yakın çevreden destek alarak sağlama oranlarının evli hastalara göre daha düşük olduğu saptandı. Bekâr hastaların hastalık sürecinde yeterli manevi inanç desteği bulamama oranlarının evli hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Bekâr hastaların %33,3'ünün, evli hastaların %14,9'unun, boşanmış veya eşi ölmüş hastaların %10'unun hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğu; bekâr hastaların

%66,7'sinin, evli hastaların %85,1'inin, boşanmış veya eşi ölmüş hastaların %90'ının hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastaların medeni durumlarına göre hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,850$; $p<0,05$). Bekâr hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranlarının boşanmış veya eşi ölmüş hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Bekâr hastaların %17,9'unun, evli hastaların %3,7'sinin, boşanmış veya eşi ölmüş hastaların %5,6'sının hastalık sürecinde psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade edebildiği; bekâr hastaların %82,1'inin, evli hastaların %96,3'ünün, boşanmış veya eşi ölmüş hastaların %94,4'ünün hastalık sürecinde psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade edemediği belirlendi. Hastaların medeni durumlarına göre hastalık sürecinde psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade edebilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,864$; $p<0,05$). Bekâr hastaların hastalık sürecinde psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade edebilme oranlarının evli hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Bekâr hastaların %12,1'inin, evli hastaların %3,5'inin, boşanmış veya eşi ölmüş hastaların %15'inin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü; bekâr hastaların %87,9'unun, evli hastaların %96,5'inin, boşanmış veya eşi ölmüş hastaların %85'inin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünmediği belirlendi. Hastaların medeni durumlarına göre hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=8,100$; $p<0,05$). Evli hastaların hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının bekâr hastalar ve boşanmış veya eşi ölmüş olan hastalara göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Tablo 11. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Öğrenim Durumu					X ²	p
	Okur – Yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite		
	Değil						
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması							
Evet	11 (9,1)	2 (1,9)	3 (11,5)	3 (7,9)	0	7,792 ^U	0,066
Hayır	110 (90,9)	102 (98,1)	23 (88,5)	35 (92,1)	18 (100)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık							
Anksiyete Bozukluğu	5 (45,5)	1 (50,0)	0	0	0	3,499 ^U	0,205
Depresyon	6 (54,5)	1 (50,0)	3 (100)	3 (100)	0		
Hastalığın Psikolojik Etkisi							
Anksiyete Semptomları	77 (63,6)	61 (58,1)	18 (69,2)	25 (65,8)	14 (77,8)	3,350 ^Φ	0,501
Depresif Semptomlar	52 (43,0)	42 (40,0)	16 (61,5)	19 (50,0)	8 (44,4)		
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu							
Mevcut İnançım Arttı	56 ^a (46,3)	52 ^a (49,5)	10 ^a (38,5)	13 ^a (34,2)	8 ^a (47,1)	14,497 ^U	0,038*
Mevcut İnançım Azaldı	0 ^a	0 ^a	0 ^a	1 ^{ab} (2,6)	2 ^b (11,8)		
Mevcut İnançım Değişmedi	65 ^a (53,7)	53 ^a (50,5)	16 ^a (61,5)	24 ^a (63,2)	7 ^a (41,2)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma							
Evet	68 ^a (65,4)	47 ^{ab} (52,8)	6 ^c (28,6)	14 ^{bc} (38,9)	5 ^{bc} (38,5)	15,420 ^Φ	0,004*
Hayır	36 ^a (34,6)	42 ^{ab} (47,2)	15 ^c (71,4)	22 ^{bc} (61,1)	8 ^{bc} (61,5)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli							
İbadetlerimi Artırdım	13 (20,3)	15 (31,9)	2 (40,0)	6 (42,9)	2 (40,0)	9,611 ^U	0,577
Din Görevlilerinden Destek Aldım	8 (12,5)	6 (12,8)	1 (20,0)	1 (7,1)	0		
Yakın Çevremden Destek Aldım	39 (60,9)	24 (51,1)	1 (20,0)	6 (42,9)	3 (60,0)		
Yeterli Destek Bulamadım	4 (6,3)	2 (4,3)	1 (20,0)	1 (7,1)	0		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma							
Evet	11 (10,5)	8 (9,0)	4 (19,0)	2 (5,6)	0	3,614 ^U	0,435
Hayır	94 (89,5)	81 (91,0)	17 (81,0)	34 (94,4)	13 (100)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma							
Evet	22 (18,2)	15 (14,3)	5 (19,2)	6 (15,8)	3 (16,7)	0,952 ^U	0,920
Hayır	99 (81,8)	90 (85,7)	21 (80,8)	32 (84,2)	15 (83,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme							
Evet	5 (4,8)	3 (3,4)	1 (4,8)	4 (11,1)	1 (7,7)	3,659 ^U	0,393
Hayır	100 (95,2)	86 (96,6)	20 (95,2)	32 (88,9)	12 (92,3)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme							
Evet	9 (7,4)	3 (2,9)	1 (3,8)	3 (7,9)	0	3,423 ^U	0,433
Hayır	112 (92,6)	102 (97,1)	25 (96,2)	35 (92,1)	18 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama							
Evet	3 (33,3)	0	0	1 (33,3)	0	1,841 ^U	0,822
Hayır	6 (66,7)	3 (100)	1 (100)	2 (66,7)	0		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama							
Evet	6 (5,2)	3 (2,9)	3 (12,0)	1 (2,8)	0	5,986 ^U	0,538
Hayır	107 (92,2)	98 (95,1)	22 (88,0)	34 (94,4)	15 (93,8)		
Boşandım	3 (2,6)	2 (1,9)	0	1 (2,8)	1 (6,3)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi							
Maddi Destek	13 (54,2)	19 (73,1)	3 (60,0)	5 (38,5)	4 (80,0)	12,612 ^U	0,673
Manevi Destek	3 (12,5)	3 (11,5)	0	2 (15,4)	0		
Psikolojik Destek	2 (8,3)	1 (3,8)	1 (20,0)	2 (15,4)	1 (20,0)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	5 (20,8)	2 (7,7)	1 (20,0)	4 (30,8)	0		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	1 (4,2)	1 (3,8)	0	0	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, U: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastaların öğrenim durumlarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 11). Öğretin durumu okur – yazar olmayan hastaların %46,3’ünde, ilkokul mezunu olan hastaların %49,5’inde, ortaokul mezunu olan hastaların %38,5’inde, lise mezunu olan hastaların %34,2’sinde, üniversite mezunu olan hastaların %47,1’inde hastalık tanısı aldıktan sonra mevcut inancında artış olduğu görülmüştür. Öğrenim durumu lise mezunu olan hastaların %2,6’sında, üniversite mezunu olan hastaların %11,8’inde hastalık tanısı aldıktan sonra mevcut inancında azalış olduğu görülmüştür. Öğrenim durumu okur – yazar olmayan hastaların %53,7’sinde, ilkokul mezunu olan hastaların %50,5’inde, ortaokul mezunu olan hastaların %61,5’inde, lise mezunu olan hastaların %63,2’sinde, üniversite mezunu olan hastaların %41,2’sinde hastalık tanısı aldıktan sonra mevcut inancında değişiklik olmadığı belirlendi. Hastaların öğrenim durumlarına göre hastalık tanısı aldıktan sonra inançta değişiklik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=14,497$; $p<0,05$). Üniversite mezunu olan hastaların hastalık tanısı aldıktan sonra inancında azalış olma oranının okur – yazar olmayan, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Öğrenim durumu okur – yazar olmayan hastaların %65,4’ünün, ilkokul mezunu olan hastaların %52,8’inin, ortaokul mezunu olan hastaların %28,6’sının, lise mezunu olan hastaların %38,9’unun, üniversite mezunu olan hastaların %38,5’inin hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Hastaların öğrenim durumlarına göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=15,420$; $p<0,05$). Okur – yazar olmayan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. İlkokul mezunu olan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının ortaokul mezunu olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 12. Hastaların Aylık Gelir Düzeylerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Aylık Gelir			X ²	p
	Asgari Ücret Altı	Asgari Ücret	Asgari Ücret Üstü		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması					
Evet	3 (4,1)	13 (7,9)	3 (4,3)	1,427 ^{III}	0,511
Hayır	70 (95,9)	152 (92,1)	66 (95,7)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık					
Anksiyete Bozukluğu	2 (50,0)	4 (33,3)	0	1,788 ^{III}	0,518
Depresyon	2 (50,0)	8 (66,7)	3 (100)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	53 (71,6)	103 (62,4)	39 (56,5)	3,625 ^φ	0,163
Depresif Semptomlar	36 (48,6)	74 (44,8)	27 (39,1)	1,329 ^φ	0,514
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu					
Mevcut İncancım Arttı	34 (45,9)	72 (43,6)	33 (48,5)	7,767 ^{III}	0,065
Mevcut İncancım Azaldı	0	0	3 (4,4)		
Mevcut İncancım Değişmedi	40 (54,1)	93 (56,4)	32 (47,1)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma					
Evet	34 (55,7)	78 (50,6)	28 (58,3)	1,068 ^φ	0,586
Hayır	27 (44,3)	76 (49,4)	20 (41,7)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli					
İbadetlerimi Artırdım	5 (15,2)	23 (30,3)	10 (38,5)	8,944 ^{III}	0,154
Din Görevlilerinden Destek Aldım	4 (12,1)	10 (13,2)	2 (7,7)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	19 (57,6)	41 (53,9)	13 (50,0)		
Yeterli Destek Bulamadım	5 (15,2)	2 (2,6)	1 (3,8)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	6 (9,7)	16 (10,4)	3 (6,3)	0,736 ^φ	0,692
Hayır	56 (90,3)	138 (89,6)	45 (93,8)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	14 (18,9)	27 (16,4)	10 (14,5)	0,516 ^φ	0,773
Hayır	60 (81,1)	138 (83,6)	59 (85,5)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	4 (6,5)	9 (5,8)	1 (2,1)	1,099 ^{III}	0,643
Hayır	58 (93,5)	145 (94,2)	47 (97,9)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	5 (6,8)	8 (4,8)	3 (4,3)	0,595 ^{III}	0,785
Hayır	69 (93,2)	157 (95,2)	66 (95,7)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	1 (20,0)	2 (25,0)	1 (33,3)	0,590 ^{III}	1,000
Hayır	4 (80,0)	6 (75,0)	2 (66,7)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama					
Evet	3 (4,2)	9 (5,7)	1 (1,5)	2,184 ^{III}	0,747
Hayır	67 (94,4)	146 (91,8)	63 (95,5)		
Boşandım	1 (1,4)	4 (2,5)	2 (3,0)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	12 (54,5)	22 (59,5)	10 (71,4)	2,841 ^{III}	0,980
Manevi Destek	3 (13,6)	4 (10,8)	1 (7,1)		
Psikolojik Destek	3 (13,6)	3 (8,1)	1 (7,1)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	4 (18,2)	6 (16,2)	2 (14,3)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	2 (5,4)	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, III: Fisher Freeman Halton Kesin Testi

Hastaların aylık düzeylerine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 12). Elde edilen sonuçlara göre hastaların aylık düzeylerine göre psikolojik durumuna ilişkin dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Hastaların Mesleklerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Meslek						X ²	p
	Memur	Ev Hanımı	Emekli	Serbest Meslek	İşsiz	Diğer		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması								
Evet	0	3 (6,4)	13 (8,5)	2 (4,8)	1 (3,6)	0	2,616 ^{UJ}	0,753
Hayır	22 (100)	44 (93,6)	140 (91,5)	40 (95,2)	27 (96,4)	15 (100)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık								
Anksiyete Bozukluğu	0	1 (33,3)	3 (25,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0	1,717 ^{UJ}	0,781
Depresyon	0	2 (66,7)	9 (75,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0		
Hastalığın Psikolojik Etkisi								
Anksiyete Semptomları	15 ^{ab} (68,2)	22 ^a (46,8)	105 ^{ab} (68,2)	21 ^{ab} (50,0)	22 ^b (78,6)	10 ^{ab} (66,7)	13,392 ^Φ	0,020*
Depresif Semptomlar	11 ^{ab} (50,0)	23 ^a (48,9)	72 ^{ab} (46,8)	13 ^{ab} (31,0)	13 ^b (46,4)	5 ^{ab} (33,3)	4,882 ^Φ	0,430
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu								
Mevcut İnançım Arttı	9 (42,9)	14 (29,8)	71 (46,1)	23 (54,8)	16 (57,1)	6 (40,0)	15,302 ^{UJ}	0,074
Mevcut İnançım Azaldı	1 (4,8)	1 (2,1)	0	1 (2,4)	0	0		
Mevcut İnançım Değişmedi	11 (52,4)	32 (68,1)	83 (53,9)	18 (42,9)	12 (42,9)	9 (60,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma								
Evet	5 ^a (31,3)	15 ^{ab} (36,6)	83 ^b (61,5)	23 ^b (65,7)	7 ^a (30,4)	7 ^{ab} (53,8)	18,353 ^Φ	0,003*
Hayır	11 ^a (68,8)	26 ^{ab} (63,4)	52 ^b (38,5)	12 ^b (34,3)	16 ^a (69,6)	6 ^{ab} (46,2)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli								
İbadetlerimi Artırdım	4 (80,0)	6 (40,0)	20 (25,0)	4 (19,0)	3 (42,9)	1 (14,3)	13,922 ^{UJ}	0,404
Din Görevlilerinden Destek Aldım	1 (20,0)	1 (6,7)	11 (13,8)	2 (9,5)	1 (14,3)	0		
Yakın Çevremden Destek Aldım	0	7 (46,7)	43 (53,8)	14 (66,7)	3 (42,9)	6 (85,7)		
Yeterli Destek Bulamadım	0	1 (6,7)	6 (7,5)	1 (4,8)	0	0		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma								
Evet	1 (6,3)	3 (7,3)	15 (11,0)	4 (11,4)	2 (8,7)	0	1,587 ^{UJ}	0,921
Hayır	15 (93,8)	38 (92,7)	121 (89,0)	31 (88,6)	21 (91,3)	13 (100)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma								
Evet	5 (22,7)	8 (17,0)	24 (15,6)	7 (16,7)	6 (21,4)	1 (6,7)	2,331 ^{UJ}	0,806
Hayır	17 (77,3)	39 (83,0)	130 (84,4)	35 (83,3)	22 (78,6)	14 (93,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme								
Evet	1 (6,3)	3 (7,3)	8 (5,9)	1 (2,9)	0	1 (7,7)	2,424 ^{UJ}	0,746
Hayır	15 (93,8)	38 (92,7)	128 (94,1)	34 (97,1)	23 (100)	12 (92,3)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme								
Evet	0	1 (2,1)	12 (7,8)	1 (2,4)	2 (7,1)	0	3,987 ^{UJ}	0,483
Hayır	22 (100)	46 (97,9)	142 (92,2)	41 (97,6)	26 (92,9)	15 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama								
Evet	0	0	3 (25,0)	0	1 (50,0)	0	1,942 ^{UJ}	0,728
Hayır	0	1 (100)	9 (75,0)	1 (100)	1 (50,0)	0		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama								
Evet	0	4 (8,9)	9 (6,0)	0	0	0	10,183 ^{UJ}	0,253
Hayır	18 (94,7)	40 (88,9)	138 (92,0)	42 (100)	24 (92,3)	14 (100)		
Boşandım	1 (5,3)	1 (2,2)	3 (2,0)	0	2 (7,7)	0		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi								
Maddi Destek	5 (83,3)	4 (50,0)	20 (55,6)	9 (56,3)	3 (100)	3 (75,0)		
Manevi Destek	1 (16,7)	0	4 (11,1)	3 (18,8)	0	0		
Psikolojik Destek	0	1 (12,5)	5 (13,9)	1 (6,3)	0	0	13,782 ^{UJ}	0,881
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	0	2 (25,0)	7 (19,4)	2 (12,5)	0	1 (25,0)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	1 (12,5)	0	1 (6,3)	0	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, UJ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastaların mesleklerine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 13). Hastalığın memurların %68,2'sinde, ev hanımlarının %46,8'inde, emeklilerin %68,2'sinde, serbest meslek çalışanlarının %50'sinde, işsizlerin %78,6'sında ve diğer meslek gruplarında bulunanların %66,7'sinde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirlendi. Hastaların mesleklerine göre hastalığın anksiyete semptomunun ortaya çıkmasına neden olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=13,392$; $p<0,05$). Hastalığın ev hanımlarında anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olma oranının işsiz olanlara göre daha düşük olduğu saptandı.

Memurların %31,3'ünün, ev hanımlarının %36,6'sının, emeklilerin %61,5'inin, serbest meslek çalışanlarının %65,7'sinin, işsizlerin %30,4'ünün ve diğer meslek gruplarında bulunanların %53,8'inin hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyduğu saptandı. Memurların %68,8'inin, ev hanımlarının %63,4'ünün, emeklilerin %38,5'inin, serbest meslek çalışanlarının %34,3'ünün, işsizlerin %69,6'sının ve diğer meslek gruplarında bulunanların %46,2'sinin hastalık sürecinde manevi inanç desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastaların mesleklerine göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğinin ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=18,353$; $p<0,05$). Emekli ve serbest meslek çalışanlarının hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının memur ve işsiz olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 14. Hastaların Sağlık Güvencelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Sağlık Güvencesi			X^2	p
	SGK n (%)	Yeşil Kart n (%)	Diğer n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması					
Evet	10 (5,6)	8 (7,2)	1 (6,3)	0,323 ^Φ	0,851
Hayır	170 (94,4)	103 (92,8)	15 (93,8)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık					
Anksiyete Bozukluğu	2 (20,0)	3 (37,5)	1 (100)	2,704 ^{UJ}	0,296
Depresyon	8 (80,0)	5 (62,5)	0		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	106 (58,9)	80 (71,4)	9 (56,3)	5,036 ^Φ	0,081
Depresif Semptomlar	78 (43,3)	53 (47,3)	6 (37,5)	0,778 ^Φ	0,678
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu					
Mevcut İnançım Arttı	88 (49,2)	45 (40,2)	6 (37,5)	5,004 ^{UJ}	0,281
Mevcut İnançım Azaldı	3 (1,7)	0	0		
Mevcut İnançım Değişmedi	88 (49,2)	67 (59,8)	10 (62,5)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma					
Evet	73 (49,0)	61 (60,4)	6 (46,2)	3,419 ^Φ	0,181
Hayır	76 (51,0)	40 (39,6)	7 (53,8)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli					
İbadetlerimi Artırdım	25 (36,2)	13 (21,3)	0	10,929 ^{UJ}	0,061
Din Görevlilerinden Destek Aldım	5 (7,2)	9 (14,8)	2 (40,0)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	36 (52,2)	35 (57,4)	2 (40,0)		
Yeterli Destek Bulamadım	3 (4,3)	4 (6,6)	1 (20,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	10 (6,7)	13 (12,7)	2 (15,4)	3,129 ^Φ	0,209
Hayır	139 (93,3)	89 (87,3)	11 (84,6)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				4,238 ^Φ	0,120

Evet	24 (13,3)	25 (22,3)	2 (12,5)		
Hayır	156 (86,7)	87 (77,7)	14 (87,5)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	5 (3,4)	7 (6,9)	2 (15,4)	4,250 ^φ	0,119
Hayır	144 (96,6)	95 (93,1)	11 (84,6)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	9 (5,0)	7 (6,3)	0	1,144 ^φ	0,564
Hayır	171 (95,0)	105 (93,8)	16 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	1 (11,1)	3 (42,9)	4 (25,0)	2,155 ^{ııı}	0,192
Hayır	8 (88,9)	4 (57,1)	12 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama					
Evet	5 (2,9)	7 (6,3)	1 (6,7)	2,728 ^{ııı}	0,541
Hayır	161 (94,7)	101 (91,0)	14 (93,3)		
Boşandım	4 (2,4)	3 (2,7)	0		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	23 (60,5)	19 (61,3)	2 (50,0)		
Manevi Destek	5 (13,2)	3 (9,7)	0		
Psikolojik Destek	2 (5,3)	4 (12,9)	1 (25,0)	4,949 ^{ııı}	0,806
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	7 (18,4)	4 (12,9)	1 (25,0)		
Kanser Hastalarının Birbiryle İletişime Geçebilecek Ortam	1 (2,6)	1 (3,2)	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, ııı: Fisher Freeman Halton Kesin Testi

Hastaların sağlık güvencelerine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 14). Elde edilen sonuçlara göre hastaların sağlık güvencelerine göre psikolojik durumuna ilişkin dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Yaşadığı Yer			X ²	p
	İl	İlçe	Köy		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması					
Evet	12 (7,4)	6 (5,0)	1 (4,0)	0,862 ^Φ	0,650
Hayır	151 (92,6)	113 (95,0)	24 (96,0)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık					
Anksiyete Bozukluğu	2 (16,7)	3 (60,0)	1 (50,0)	3,592 ^{III}	0,188
Depresyon	10 (83,3)	2 (40,0)	1 (50,0)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	103 (63,2)	74 (62,2)	18 (69,2)	0,458 ^Φ	0,795
Depresif Semptomlar	82 (50,3)	48 (40,3)	7 (26,9)	6,314 ^Φ	0,450
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu					
Mevcut İnançım Arttı	74 (45,4)	50 (42,4)	15 (57,7)	2,371 ^{III}	0,665
Mevcut İnançım Azaldı	2 (1,2)	1 (0,8)	0		
Mevcut İnançım Değişmedi	87 (53,4)	67 (56,8)	11 (42,3)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma					
Evet	70 (51,5)	58 (55,8)	12 (52,2)	0,449 ^Φ	0,799
Hayır	66 (48,5)	46 (44,2)	11 (47,8)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli					
İbadetlerimi Artırdım	22 (31,9)	14 (25,9)	2 (16,7)	5,426 ^{III}	0,455
Din Görevlilerinden Destek Aldım	5 (7,2)	10 (18,5)	1 (8,3)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	37 (53,6)	27 (50,0)	9 (75,0)		
Yeterli Destek Bulamadım	5 (7,2)	3 (5,6)	0		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	15 (11,0)	10 (9,5)	0	2,792 ^Φ	0,248
Hayır	121 (89,0)	95 (90,5)	23 (100)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	32 (19,6)	16 (13,4)	3 (11,5)	2,423 ^Φ	0,298
Hayır	131 (80,4)	103 (86,6)	23 (88,5)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				1,817 ^Φ	0,403

Evet	9 (6,6)	5 (4,8)	0		
Hayır	127 (93,4)	100 (95,2)	23 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	10 (6,1)	6 (5,0)	0	1,723 ^φ	0,423
Hayır	153 (93,9)	113 (95,0)	26 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	2 (20,0)	2 (33,3)	4 (25,0)	0,349 ^{ııı}	0,489
Hayır	8 (80,0)	4 (66,7)	12 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Eşile Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama					
Evet	11 (7,1)	2 (1,7)	0		
Hayır	141 (91,0)	109 (94,8)	26 (100)	5,613 ^{ııı}	0,183
Boşandım	3 (1,9)	4 (3,5)	0		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	29 (65,9)	13 (54,2)	2 (40,0)		
Manevi Destek	5 (11,4)	3 (12,5)	0		
Psikolojik Destek	5 (11,4)	0	2 (40,0)	12,136 ^{ııı}	0,083
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	4 (9,1)	7 (29,2)	1 (20,0)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	1 (2,3)	1 (4,2)	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, ııı: Fisher Freeman Halton Kesin Testi

Hastaların yaşadıkları yerlere göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 15). Elde edilen sonuçlara göre hastaların yaşadıkları yerlere göre psikolojik durumuna ilişkin dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Hastaların Aldıkları Tanıya Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Tanı				X ²	p
	Meme	Akciğer	Kolon	Diğer		
	Kanseri	Kanseri	Kanseri	Kanserler		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması						
Evet	10 (7,9)	2 (3,8)	1 (2,3)	6 (7,1)	2,003 ^{ııı}	0,585
Hayır	117 (92,1)	50 (96,2)	43 (97,7)	78 (92,9)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık						
Anksiyete Bozukluğu	2 ^a (22,2)	3 ^b (100)	0 ^a	1 ^a (16,7)	6,606 ^{ııı}	0,042*
Depresyon	7 ^a (77,8)	0 ^b	1 ^a (100)	5 ^a (83,3)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi						
Anksiyete Semptomları	95 ^a (74,2)	31 ^{ab} (59,6)	24 ^b (54,5)	45 ^b (53,6)	11,748 ^φ	0,008*
Depresif Semptomlar	65 (50,8)	20 (38,5)	19 (43,2)	33 (39,3)	3,768 ^φ	0,288
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu						
Mevcut İnançım Arttı	56 (43,8)	20 (39,2)	20 (45,5)	43 (51,2)	4,000 ^{ııı}	0,658
Mevcut İnançım Azaldı	1 (0,8)	0	1 (2,3)	1 (1,2)		
Mevcut İnançım Değişmedi	71 (55,5)	31 (60,8)	23 (52,3)	40 (47,6)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma						
Evet	69 ^a (59,5)	20 ^{ab} (43,5)	12 ^b (34,3)	39 ^a (59,1)	9,535 ^φ	0,023*
Hayır	47 ^a (40,5)	26 ^{ab} (56,5)	23 ^b (65,7)	27 ^a (40,9)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli						
İbadetlerimi Artırdım	26 ^a (38,2)	4 ^{ab} (21,1)	3 ^{ab} (27,3)	5 ^b (13,5)	17,644 ^{ııı}	0,021*
Din Görevlilerinden Destek Aldım	8 ^a (11,8)	4 ^a (21,1)	0 ^a	4 ^a (10,8)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	29 ^a (42,6)	10 ^{ab} (52,6)	6 ^{ab} (54,5)	28 ^b (75,7)		
Yeterli Destek Bulamadım	5 ^{ab} (7,4)	1 ^{ab} (5,3)	2 ^b (18,2)	0 ^a		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma						
Evet	13 (11,1)	5 (10,9)	2 (5,7)	5 (7,6)	1,161 ^{ııı}	0,791
Hayır	104 (88,9)	41 (89,1)	33 (94,3)	61 (92,4)		

Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	24 (18,8)	11 (21,2)	2 (4,5)	14 (16,7)	5,836 ^φ
Hayır	104 (81,3)	41 (78,8)	42 (95,5)	70 (83,3)	0,120
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	6 (5,1)	4 (8,7)	0	4 (6,1)	3,035 ^{ııı}
Hayır	111 (94,9)	42 (91,3)	35 (100)	62 (93,9)	0,386
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	10 (7,8)	1 (1,9)	0	5 (6,0)	4,954 ^{ııı}
Hayır	118 (92,2)	51 (98,1)	44 (100)	79 (94,0)	0,156
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	3 (30,0)	0	0	1 (20,0)	0,752 ^{ııı}
Hayır	7 (70,0)	1 (100)	0	4 (80,0)	1,000
Hastalık Sürecinde Eşile Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama					
Evet	10 (8,3)	1 (2,0)	0	2 (2,5)	8,813 ^{ııı}
Hayır	107 (88,4)	50 (98,0)	43 (100)	76 (93,8)	0,120
Boşandım	4 (3,3)	0	0	3 (3,7)	
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	20 (58,8)	6 (50,0)	12 (75,0)	6 (54,5)	16,049 ^{ııı}
Manevi Destek	3 (8,8)	3 (25,0)	0	2 (18,2)	
Psikolojik Destek	7 (20,6)	0	0	0	
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	4 (11,8)	2 (16,7)	3 (18,8)	3 (27,3)	
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	1 (8,3)	1 (6,3)	0	

φ: Pearson Ki – Kare Testi, ııı: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastalığın meme kanseri tanısı alanların %74,2'sinde, akciğer kanseri tanısı alanların %59,6'sında, kolon kanseri tanısı alanların %54,5'inde ve başka kanser tanısı alanların %53,6'sında anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirlendi. Hastaların aldıkları tanıya göre hastalığın anksiyete semptomunun ortaya çıkmasına neden olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,748$; $p<0,05$). Hastalığın meme kanseri tanısı alanlarda anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olma oranının kolon kanseri tanısı alan ve başka bir kanser tanısı alanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Meme kanseri tanısı alanların %59,5'inin, akciğer kanseri tanısı alanların %43,5'inin, kolon kanseri tanısı alanların %34,3'ünün ve başka kanser tanısı alanların %59,1'inin hastalık sürecinde manevi inanç desteğe ihtiyaç duyduğu saptandı. Meme kanseri tanısı alanların %40,5'inin, akciğer kanseri tanısı alanların %56,5'inin, kolon kanseri tanısı alanların %65,7'sinin ve başka kanser tanısı alanların %40,9'unun hastalık sürecinde manevi inanç desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastaların aldıkları tanıya göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=9,535$; $p<0,05$). Kolon kanseri tanısı alan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının meme kanseri tanısı alan ve başka bir kanser tanısı alanlara göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde meme kanseri tanısı alan hastaların manevi inanç desteğini %38,2'sinin ibadetlerini artırarak, %11,8'inin din görevlilerinden destek alarak, %42,6'sının yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %7,4'ünün yeterli destek bulamadığı saptandı. Hastalık sürecinde akciğer kanseri tanısı alan hastaların manevi inanç desteğini %21,1'inin ibadetlerini artırarak, %21,1'inin din görevlilerinden destek alarak, %52,6'sının yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %5,3'ünün yeterli destek bulamadığı görülmüştür. Hastalık sürecinde kolon kanseri tanısı alan hastaların manevi inanç desteğini %27,3'ünün ibadetlerini artırarak, %54,5'inin yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı ve %18,2'sinin yeterli destek bulamadığı saptandı. Hastalık sürecinde başka bir kanser tanısı alan hastaların manevi inanç desteğini %13,5'inin ibadetlerini artırarak, %10,8'inin din görevlilerinden destek alarak, %75,7'sinin yakın çevresinden destek alarak manevi inanç desteğini sağladığı belirlendi. Hastaların aldıkları tanıya göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğini sağlama şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=17,644$; $p<0,05$). Meme kanseri tanısı alan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğini ibadetlerini artırarak sağlama oranlarının başka bir kanser tanısı alan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Meme kanseri tanısı alan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç yakın çevreden destek alarak sağlama oranlarının başka bir kanser tanısı alan hastalara göre daha düşük olduğu tespit edildi. Kolon kanseri tanısı alan hastaların hastalık sürecinde yeterli manevi desteği bulamama oranlarının başka bir kanser tanısı alan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 17. Hastaların Hastalık Evresine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Evresi				X ²	p
	Evre 1 n (%)	Evre 2 n (%)	Evre 3 n (%)	Evre 4 n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması						
Evet	0	4 (7,3)	4 (4,2)	11 (7,3)	1,234	0,690
Hayır	5 (100)	51 (92,7)	92 (95,8)	139 (92,7)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık						
Anksiyete Bozukluğu	0	0	2 (50,0)	4 (36,4)	2,398	0,513
Depresyon	0	4 (100)	2 (50,0)	7 (63,6)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi						
Anksiyete Semptomları	4 (80,0)	35 (63,6)	69 (71,9)	86 (57,0)	6,107	0,094
Depresif Semptomlar	3 (60,0)	26 (47,3)	49 (51,0)	59 (39,1)	4,197	0,238
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu						
Mevcut İncanım Arttı	1 (20,0)	24 (43,6)	45 (46,9)	69 (46,0)	7,487	0,282
Mevcut İncanım Azaldı	0	0	3 (3,1)	0		
Mevcut İncanım Değişmedi	4 (80,0)	31 (56,4)	48 (50,0)	81 (54,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma						
Evet	2 (40,0)	27 (50,9)	46 (52,9)	65 (55,6)	0,802	0,864
Hayır	3 (60,0)	26 (49,1)	41 (47,1)	52 (44,4)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli						
İbadetlerimi Artırdım	1 (50,0)	11 (42,3)	13 (29,5)	13 (20,6)	14,446	0,071
Din Görevlilerinden Destek Aldım	0	0	9 (20,5)	7 (11,1)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	1 (50,0)	12 (46,2)	21 (47,7)	39 (61,9)		
Yeterli Destek Bulamadım	0	3 (11,5)	1 (2,3)	4 (6,3)		

Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma						
Evet	1 (20,0)	8 (14,8)	5 (5,7)	11 (9,4)	4,448	0,190
Hayır	4 (80,0)	46 (85,2)	82 (94,3)	106 (90,6)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma						
Evet	2 (40,0)	10 (18,2)	14 (14,6)	25 (16,6)	2,581	0,431
Hayır	3 (60,0)	45 (81,8)	82 (85,4)	126 (83,4)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme						
Evet	1 (20,0)	4 (7,4)	3 (3,4)	6 (5,1)	3,712	0,288
Hayır	4 (80,0)	50 (92,6)	84 (96,6)	111 (94,9)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme						
Evet	0	4 (7,3)	6 (6,3)	6 (4,0)	1,536	0,679
Hayır	5 (100)	51 (92,7)	90 (93,8)	145 (96,0)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama						
Evet	0	2 (50,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	1,738	0,481
Hayır	0	2 (50,0)	5 (83,3)	5 (83,3)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama						
Evet	1 (20,0)	5 (9,1)	3 (3,5)	4 (2,7)	7,574	0,230
Hayır	4 (80,0)	49 (89,1)	81 (94,2)	142 (94,7)		
Boşandım	0	1 (1,8)	2 (2,3)	4 (2,7)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi						
Maddi Destek	1 (50,0)	10 (66,7)	17 (68,0)	16 (51,6)	12,534	0,383
Manevi Destek	0	0	4 (16,0)	4 (12,9)		
Psikolojik Destek	0	1 (6,7)	3 (12,0)	3 (9,7)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	1 (50,0)	4 (26,7)	1 (4,0)	6 (19,4)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	0	0	2 (6,5)		

X^2 Fisher Freeman Halton Kesin Testi

Hastaların hastalık evresine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 17). Elde edilen sonuçlara göre hastaların hastalık evresine göre psikolojik durumuna ilişkin dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Hastaların Hastalık Hakkında Bilgi Sahip Olmalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma			X ²	p
	Detaylı Biliyorum	Kısmen Biliyorum	Bilgim Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması					
Evet	6 (8,3)	13 (6,0)	0	1,226 ^{UJ}	0,537
Hayır	66 (91,7)	204 (94,0)	18 (100)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık					
Anksiyete Bozukluğu	2 (33,3)	4 (30,8)	6 (31,6)	0,012 ^{UJ}	0,652
Depresyon	4 (66,7)	9 (69,2)	13 (68,4)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	54 ^a (75,0)	133 ^b (61,0)	8 ^b (44,4)	7,491 ^Φ	0,024*
Depresif Semptomlar	30 ^a (41,7)	105 ^a (48,2)	2 ^b (11,1)	9,546 ^Φ	0,008*
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu					
Mevcut İnançım Arttı	26 (36,1)	105 (48,4)	8 (44,4)	5,904 ^{UJ}	0,170
Mevcut İnançım Azaldı	2 (2,8)	1 (0,5)	0		
Mevcut İnançım Değişmedi	44 (61,1)	111 (51,2)	10 (55,6)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma					
Evet	37 (52,9)	97 (54,5)	6 (40,0)	1,173 ^Φ	0,556

Hayır	33 (47,1)	81 (45,5)	9 (60,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli					
İbadetlerimi Artırdım	16 (44,4)	22 (23,7)	0	8,717 ^{UJ}	0,138
Din Görevlilerinden Destek Aldım	2 (5,6)	13 (14,0)	1 (16,7)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	16 (44,4)	52 (55,9)	5 (83,3)		
Yeterli Destek Bulamadım	2 (5,6)	6 (6,5)	0		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	7 (10,0)	18 (10,1)	0	1,664 ^φ	0,435
Hayır	63 (90,0)	161 (89,9)	15 (100)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	13 (18,1)	36 (16,5)	2 (11,1)	0,504 ^φ	0,777
Hayır	59 (81,9)	182 (83,5)	16 (88,9)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	4 (5,7)	10 (5,6)	0	0,297 ^{UJ}	1,000
Hayır	66 (94,3)	169 (94,4)	15 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	2 (2,8)	14 (6,4)	0	1,528 ^{UJ}	0,461
Hayır	70 (97,2)	204 (93,6)	18 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	2 (100)	2 (14,3)	4 (25,0)	6,511 ^{UJ}	0,051
Hayır	0	12 (85,7)	12 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama					
Evet	4 (5,8)	9 (4,3)	0	0,985 ^{UJ}	0,878
Hayır	63 (91,3)	195 (93,3)	18 (100)		
Boşandım	2 (2,9)	5 (2,4)	0		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi					
Maddi Destek	16 (57,1)	28 (62,2)	44 (60,3)		
Manevi Destek	3 (10,7)	5 (11,1)	8 (11,0)		
Psikolojik Destek	2 (7,1)	5 (11,1)	7 (9,6)	3,230 ^{UJ}	0,548
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	5 (17,9)	7 (15,6)	12 (16,4)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	2 (7,1)	0	2 (2,7)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, UJ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastaların hastalık hakkında bilgi sahip olmalarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 18). Hastalığın hastalık hakkında detaylı bilgi sahibi olan hastaların %75’inde, hastalık hakkında kısmen bilgisi olanların %61’inde ve hastalık hakkında bilgisi olmayanların %44,4’ünde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirlendi. Hastaların hastalık hakkında bilgi sahip olmalarına göre hastalığın anksiyete semptomunun ortaya çıkmasına neden olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,491$; $p<0,05$). Hastalığın hastalık hakkında detaylı bilgisi olanların anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olma oranının hastalık hakkında kısmen bilgisi olan ve bilgisi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalığın hastalık hakkında detaylı bilgi sahibi olan hastaların %41,7’sinde, hastalık hakkında kısmen bilgisi olanların %48,2’sinde ve hastalık hakkında bilgisi olmayanların %11,1’inde depresif semptomların ortaya çıkmasına neden olduğu belirlendi. Hastaların

hastalık hakkında bilgi sahip olmalarına göre hastalığın depresif semptomların ortaya çıkmasına neden olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=9,546$; $p<0,05$). Hastalığın hastalık hakkında detaylı bilgisi olan ve kısmen bilgisi olanların depresif semptomların ortaya çıkmasına neden olma oranının hastalık hakkında bilgisi olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 19. Hastaların Hastalığı Öğrenme Şeklinden Rahatsız Olmalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalığı Öğrenme Şeklinden Rahatsız Olma		X ²	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması				
Evet	5 (14,7)	14 (5,2)	3,627 ^Ω	0,047*
Hayır	29 (85,3)	256 (94,8)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık				
Anksiyete Bozukluğu	2 (50,0)	4 (26,7)	0,756 ^Ω	0,373
Depresyon	2 (50,0)	11 (73,3)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	24 (70,6)	169 (62,4)	0,880 ^φ	0,348
Depresif Semptomlar	17 (50,0)	120 (44,3)	0,399 ^φ	0,527
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İnançım Arttı	16 (47,1)	121 (44,8)	0,161 ^Ω	0,900
Mevcut İnançım Azaldı	0	3 (1,1)		
Mevcut İnançım Değişmedi	18 (52,9)	146 (54,1)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	14 (43,8)	125 (54,8)	1,383 ^φ	0,240
Hayır	18 (56,3)	103 (45,2)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	2 (14,3)	36 (30,0)	3,315 ^Ω	0,293
Din Görevlilerinden Destek Aldım	2 (14,3)	14 (11,7)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	8 (57,1)	64 (53,3)		
Yeterli Destek Bulamadım	2 (14,3)	6 (5,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	5 (15,6)	20 (8,7)	1,350 ^Ω	0,175
Hayır	27 (84,4)	209 (91,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	8 (23,5)	43 (15,9)	1,274 ^φ	0,259
Hayır	26 (76,5)	228 (84,1)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	3 (9,4)	11 (4,8)	0,985 ^Ω	0,238
Hayır	29 (90,6)	218 (95,2)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	5 (14,7)	11 (4,1)	5,037 ^Ω	0,023*
Hayır	29 (85,3)	260 (95,9)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	1 (20,0)	3 (27,3)	0,100 ^Ω	0,635
Hayır	4 (80,0)	8 (72,7)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	3 (9,4)	10 (3,8)	2,758 ^Ω	0,200
Hayır	28 (87,5)	245 (93,9)		
Boşandım	1 (3,1)	6 (2,3)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	9 (52,9)	35 (62,5)	6,773 ^Ω	0,111
Manevi Destek	2 (11,8)	6 (10,7)		
Psikolojik Destek	4 (23,5)	3 (5,4)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde				
Öncelik Verilmesi	1 (5,9)	11 (19,6)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	1 (5,9)	1 (1,8)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, Ω: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, * $p<0,05$

Hastaların hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmalarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 19). Hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olanların %14,7'sinin, hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmayanların %5,2'sinin hastalık öncesi psikiyatrik hastalığının bulunduğu belirlendi. Hastaların hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmalarına göre hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=3,627$; $p<0,05$). Hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olan hastaların hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranının hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olanların %14,7'sinin, hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmayanların %4,1'inin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü; hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olanların %85,3'ünün, hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmayanların %95,9'unun hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünmediği belirlendi. Hastaların hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmalarına göre hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=5,037$; $p<0,05$). Hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olan hastaların hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 20. Hastaların Tedavi Sürecinde En Çok Zorlayan Şikâyetlere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Tedavi Sürecinde En Çok Zorlayan Şikâyet								X ²	p
	Ağrı	Bulantı	İştahsızlık	Yorgunluk	Uykusuzluk	Korku/Endişe	Nefes Darlığı	Diğer		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması										
Evet	6 (11,1)	3 (5,3)	1 (3,3)	4 (6,3)	1 (5,6)	1 (5,9)	0	1 (10,0)	2,906 ^{UJ}	0,893
Hayır	48 (88,9)	54 (94,7)	29 (96,7)	60 (93,8)	17 (94,4)	16 (94,1)	7 (100)	9 (90,0)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık										
Anksiyete Bozukluğu	4 (66,7)	1 (33,3)	0	0	0	0	0	1 (100)	7,624 ^{UJ}	0,169
Depresyon	2 (33,3)	2 (66,7)	1 (100)	4 (100)	1 (100)	1 (100)	0	0		
Hastalığın Psikolojik Etkisi										
Anksiyete Semptomları	34 (63,0)	40 (70,2)	19 (63,3)	40 (62,5)	14 (77,8)	11 (61,1)	3 (42,9)	6 (60,0)	3,990 ^Φ	0,781
Depresif Semptomlar	25 (46,3)	25 (43,9)	13 (43,3)	25 (39,1)	13 (72,2)	8 (44,4)	3 (42,9)	3 (30,0)	7,320 ^Φ	0,396
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu										
Mevcut İncancım Arttı	27 (50,0)	22 (38,6)	15 (50,0)	30 (46,9)	9 (50,0)	8 (44,4)	1 (14,3)	5 (50,0)	10,135 ^{UJ}	0,797
Mevcut İncancım Azaldı	1 (1,9)	1 (1,8)	1 (3,3)	0	0	0	0	0		
Mevcut İncancım Değişmedi	26 (48,1)	34 (59,6)	14 (46,7)	34 (53,1)	9 (50,0)	10 (55,6)	6 (85,7)	5 (50,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma										
Evet	32 (59,3)	28 (49,1)	17 (56,7)	32 (50,8)	13 (72,2)	8 (44,4)	1 (14,3)	6 (60,0)	9,083 ^Φ	0,247
Hayır	22 (40,7)	29 (50,9)	13 (43,3)	31 (49,2)	5 (27,8)	10 (55,6)	6 (85,7)	4 (40,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli										
İbadetlerimi Artırdım	6 (18,8)	3 (11,5)	7 (43,8)	11 (34,4)	3 (25,0)	4 (50,0)	0	2 (33,3)	17,814 ^{UJ}	0,661
Din Görevlilerinden Destek Aldım	5 (15,6)	4 (15,4)	1 (6,3)	3 (9,4)	2 (16,7)	0	0	1 (16,7)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	20 (62,5)	18 (69,2)	7 (43,8)	14 (43,8)	7 (58,3)	3 (37,5)	1 (100)	3 (50,0)		
Yeterli Destek Bulamadım	1 (3,1)	1 (3,8)	1 (6,3)	4 (12,5)	0	1 (12,5)	0	0		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma										
Evet	4 (7,4)	7 (12,3)	3 (10,0)	6 (9,4)	1 (5,6)	3 (16,7)	1 (14,3)	0	3,277 ^{UJ}	0,855
Hayır	50 (92,6)	50 (87,7)	27 (90,0)	58 (90,6)	17 (94,4)	15 (83,3)	6 (85,7)	10 (100)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma										
Evet	11 (20,4)	9 (15,8)	4 (13,3)	11 (17,2)	5 (27,8)	2 (11,1)	2 (28,6)	0	5,221 ^{UJ}	0,621
Hayır	43 (79,6)	48 (84,2)	26 (86,7)	53 (82,8)	13 (72,2)	16 (88,9)	5 (71,4)	10 (100)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, UJ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi

Tablo 20 (devamı). Hastaların Tedavi Sürecinde En Çok Zorlayan Şikâyetlere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Tedavi Sürecinde En Çok Zorlayan Şikâyet								X ²	p
	Ağrı n (%)	Bulantı n (%)	İştahsızlık n (%)	Yorgunluk n (%)	Uykusuzluk n (%)	Korku/Endişe n (%)	Nefes Darlığı n (%)	Diğer n (%)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme									8,852 ^{UJ}	0,162
Evet	3 (5,6)	3 (5,3)	0	2 (3,1)	3 (16,7)	2 (11,1)	1 (14,3)	0		
Hayır	51 (94,4)	54 (94,7)	30 (100)	62 (96,9)	15 (83,3)	16 (88,9)	6 (85,7)	10 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme									5,821 ^{UJ}	0,46
Evet	2 (3,7)	2 (3,5)	1 (3,3)	6 (9,4)	1 (5,6)	3 (16,7)	0	0		
Hayır	52 (96,3)	55 (96,5)	29 (96,7)	58 (90,6)	17 (94,4)	15 (83,3)	7 (100)	10 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama									2,840 ^{UJ}	1,000
Evet	1 (50,0)	0	0	2 (33,3)	0	1 (33,3)	0	0		
Hayır	1 (50,0)	2 (100)	1 (100)	4 (66,7)	1 (100)	2 (66,7)	0	0		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama									18,606 ^{UJ}	0,054
Evet	2 (3,7)	2 (3,7)	1 (3,6)	5 (8,3)	1 (5,9)	0	1 (14,3)	0		
Hayır	52 (96,3)	51 (94,4)	26 (92,9)	55 (91,7)	16 (94,1)	15 (83,3)	5 (71,4)	9 (100)		
Boşandım	0	1 (1,9)	1 (3,6)	0	0	3 (16,7)	1 (14,3)	0		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi										
Maddi Destek	7 (46,7)	5 (41,7)	6 (85,7)	14 (70,0)	2 (50,0)	3 (60,0)	1 (50,0)	4 (66,7)		
Manevi Destek	4 (26,7)	2 (16,7)	0	1 (5,0)	1 (25,0)	0	0	0		
Psikolojik Destek	0	2 (16,7)	1 (14,3)	1 (5,0)	1 (25,0)	1 (20,0)	1 (50,0)	0	26,149 ^{UJ}	0,443
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	4 (26,7)	3 (25,0)	0	3 (15,0)	0	1 (20,0)	0	1 (16,7)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	0	0	1 (5,0)	0	0	0	1 (16,7)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, ^{UJ}: Fisher Freeman Halton Kesin Testi

Hastaların tedavi sürecinde en çok zorlayan şikâyetlerine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 20). Elde edilen sonuçlara göre hastaların tedavi sürecinde en çok zorlayan şikâyetlerine göre psikolojik durumuna ilişkin dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Hastaların Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumlarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumu		X ²	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması				
Evet	3 (8,8)	14 (6,1)	0,330 ^Ω	0,381
Hayır	31 (91,2)	215 (93,9)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık				
Anksiyete Bozukluğu	0	6 (42,9)	2,953 ^Ω	0,243
Depresyon	3 (100)	8 (57,1)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	22 (64,7)	149 (64,8)	0,000 ^φ	0,993
Depresif Semptomlar	14 (41,2)	104 (45,2)	0,196 ^φ	0,658
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İncanım Arttı	17 (50,0)	103 (44,8)	0,376 ^Ω	0,810
Mevcut İncanım Azaldı	0	3 (1,3)		
Mevcut İncanım Değişmedi	17 (50,0)	124 (53,9)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	19 (55,9)	121 (52,8)	0,110 ^φ	0,740
Hayır	15 (44,1)	108 (47,2)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	4 (21,1)	34 (29,3)	2,111 ^Ω	0,505
Din Görevlilerinden Destek Aldım	4 (21,1)	12 (10,3)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	10 (52,6)	63 (54,3)		
Yeterli Destek Bulamadım	1 (5,3)	7 (6,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	7 (20,6)	18 (7,8)	4,563 ^Ω	0,027*
Hayır	27 (79,4)	212 (92,2)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	6 (17,6)	39 (17,0)	0,010 ^φ	0,078
Hayır	28 (82,4)	191 (83,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	4 (11,8)	10 (4,3)	2,578 ^Ω	0,090
Hayır	30 (88,2)	220 (95,7)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	6 (17,6)	10 (4,3)	6,761 ^Ω	0,009*
Hayır	28 (82,4)	220 (95,7)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	2 (33,3)	2 (20,0)	0,349 ^Ω	0,489
Hayır	4 (66,7)	8 (80,0)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	3 (9,4)	10 (4,5)	1,895 ^Ω	0,453
Hayır	29 (90,6)	203 (92,3)		
Boşandım	0	7 (3,2)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	8 (66,7)	36 (59,0)	5,049 ^Ω	0,213
Manevi Destek	3 (25)	5 (8,2)		
Psikolojik Destek	1 (8,3)	6 (9,8)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	0	12 (19,7)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	2 (3,3)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, Ω: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, * $p<0,05$

Hastaların hastalık sürecinde tedaviyi bırakma/aksatma durumlarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 21). Hastalık sürecinde tedaviyi bırakan veya aksatan hastaların %20,6'sının, tedaviyi bırakmayan veya aksatmayan hastaların %7,8'inin hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek aldığı; hastalık sürecinde tedaviyi bırakan veya aksatan hastaların %79,4'ünün, tedaviyi bırakmayan veya aksatmayan hastaların %92,2'sinin hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek almadığı belirlendi. Hastaların hastalık sürecinde tedaviyi bırakma/aksatma durumlarına göre hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=4,563$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde tedaviyi bırakan veya aksatan hastaların psikolojik/psikiyatrik destek alma oranlarının hastalık sürecinde tedaviyi bırakmayan veya aksatmayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde tedaviyi bırakan veya aksatan hastaların %17,6'sının, tedaviyi bırakmayan veya aksatmayan hastaların %4,3'ünün hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü görülmüştür. Hastalık sürecinde tedaviyi bırakan veya aksatan hastaların %82,4'ünün, tedaviyi bırakmayan veya aksatmayan hastaların %95,7'sinin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünmediği belirlendi. Hastaların hastalık sürecinde tedaviyi bırakma/aksatma durumlarına göre hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=6,761$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde tedaviyi bırakan veya aksatan hastaların hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının hastalık sürecinde tedaviyi bırakmayan veya aksatmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 22. Hastaların Hastalık Belli Olduktan Sonra Ailenin İlgisinde Olan Değişikliklere Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Belli Olduktan Sonra Ailenin İlgisinde Olan Değişiklik			X^2	p
	Kötüleşt	İyileşt	Değişiklik Olmadı		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi					
Anksiyete Semptomları	8 (72,7)	128 (63,4)	59 (62,1)	0,480 [§]	0,787
Depresif Semptomlar	6 (54,5)	90 (44,6)	41 (43,2)	0,519 [§]	0,771
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma					
Evet	4 ^a (36,4)	12 ^b (6,7)	9 ^b (12,2)	11,503 [§]	0,003*
Hayır	7 ^a (63,6)	167 ^b (93,3)	65 ^b (87,8)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma					
Evet	4 (36,4)	32 (15,8)	15 (15,8)	3,239 [§]	0,198
Hayır	7 (63,6)	170 (84,2)	80 (84,2)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme					
Evet	1 (9,1)	6 (3,4)	7 (9,5)	4,698 [§]	0,070

Hayır	10 (90,9)	173 (96,6)	67 (90,5)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme					
Evet	3 ^a (27,3)	9 ^b (4,5)	4 ^b (4,2)	7,300 ^{UJ}	0,026*
Hayır	8 ^a (72,7)	193 ^b (95,5)	91 ^b (95,8)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama					
Evet	0	4 (44,4)	0	3,103 ^{UJ}	0,232
Hayır	3 (100)	5 (55,6)	4 (100)		
Hastalık Sürecinde Eşyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama					
Evet	4 ^a (40,0)	4 ^b (2,0)	5 ^b (5,6)	17,554 ^{UJ}	0,001*
Hayır	6 ^a (60,0)	188 ^b (95,9)	82 ^b (91,1)		
Boşandım	0 ^a	4 ^a (2,0)	3 ^a (3,3)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, UJ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olanların %36,4'ünün, iyileşme olanların %6,7'sinin ve değişiklik olmayanların %12,2'sinin hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek aldığı saptandı. Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olanların %63,6'sının, iyileşme olanların %93,3'ünün ve değişiklik olmayanların %87,8'inin hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek almadığı belirlendi. Hastaların hastalık belli olduktan sonra ailenin ilgisinde olan değişikliklere göre hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,503$; $p<0,05$). Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olan hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek alma oranlarının hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde iyileşme olan ve değişiklik olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olanların %27,3'ünün, iyileşme olanların %4,5'inin ve değişiklik olmayanların %4,2'sinin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü saptandı. Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olanların %72,7'sinin, iyileşme olanların %95,5'inin ve değişiklik olmayanların %95,8'inin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşünmediği belirlendi. Hastaların hastalık belli olduktan sonra ailenin ilgisinde olan değişikliklere göre hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,300$; $p<0,05$). Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olan hastaların hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde iyileşme olan ve değişiklik olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olanların %40'ının, iyileşme olanların %2'sinin ve değişiklik olmayanların %5,6'sının hastalık sürecinde eşiyile boşanmayı düşündüren sorun yaşadığı görülmüştür. Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olanların %60'ının iyileşme olanların %95,9'unun ve değişiklik olmayanların %91,1'inin hastalık sürecinde eşiyile boşanmayı düşündüren sorun yaşamadığı; hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde iyileşme olanların %2'sinin ve değişiklik olmayanların %3,3'ünün hastalık sürecinde eşiyile boşandığı belirlendi. Hastaların hastalık belli olduktan sonra ailenin ilgisinde olan değişikliklere göre hastalık sürecinde eşiyile boşanmayı düşündüren sorun yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=17,554$; $p<0,05$). Hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde kötüleşme olan hastaların hastalık sürecinde eşiyile boşanmayı düşündüren sorun yaşama oranlarının hastalık belli olduktan sonra ailesinin ilgisinde iyileşme olan ve değişiklik olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 23. Hastalık Sürecinde Hastayla İlgilenen Kişiyile Göre Hastaların Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişiyile					X^2	p
	Eş - Çocuklar n (%)	Kardeş n (%)	Anne - Baba n (%)	Destek Yok n (%)	Diğer n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi							
Anksiyete Semptomları	124 (65,3)	10 (47,6)	11 (78,6)	20 (60,6)	6 (100)	$X^2=7,091$	0,120
Depresif Semptomlar	81 (42,6)	10 (47,6)	9 (64,3)	15 (45,5)	3 (50,0)	$X^2=2,747$	0,617
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma							
Evet	15 (7,9)	3 (14,3)	1 (7,1)	5 (15,2)	1 (16,7)	$X^2=3,796$	0,361
Hayır	175 (92,1)	18 (85,7)	13 (92,9)	28 (84,8)	5 (83,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma							
Evet	25 ^a (13,2)	6 ^{ab} (28,6)	6 ^b (42,9)	6 ^{ab} (18,2)	2 ^{ab} (33,3)	$X^2=11,347$	0,015*
Hayır	165 ^a (86,8)	15 ^{ab} (71,4)	8 ^b (57,1)	27 ^{ab} (81,8)	4 ^{ab} (66,7)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme							
Evet	9 (4,7)	3 (14,3)	1 (7,1)	1 (3,0)	0	$X^2=3,899$	0,316
Hayır	181 (95,3)	18 (85,7)	13 (92,9)	32 (97,0)	6 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme							
Evet	9 (4,7)	2 (9,5)	3 (21,4)	2 (6,1)	0	$X^2=6,144$	0,125
Hayır	181 (95,3)	19 (90,5)	11 (78,6)	31 (93,9)	6 (100)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama							
Evet	3 (33,3)	0	1 (33,3)	0	0	$X^2=1,553$	1,000
Hayır	6 (66,7)	2 (100)	2 (66,7)	2 (100)	0		
Hastalık Sürecinde Eşiyile Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama							
Evet	6 ^a (3,2)	2 ^{ab} (10,0)	1 ^{ab} (8,3)	3 ^{ab} (11,1)	1 ^b (20,0)	$X^2=14,826$	0,030*
Hayır	178 ^a (94,7)	17 ^{ab} (85,0)	11 ^{ab} (91,7)	23 ^{ab} (85,2)	3 ^b (60,0)		
Boşandım	4 ^a (2,1)	1 ^a (5,0)	0 ^a	1 ^a (3,7)	1 ^b (20,0)		

X^2 : Fisher Freeman Halton Kesin Testi, * $p<0,05$

Hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişiye göre hastaların psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 23). Hastalık sürecinde bakım veren olarak eşi ve çocukları tarafından ilgilenilen hastaların %13,2'sinin, kardeşi ilgilenen hastaların %28,6'sının, anne ve babası ilgilenen hastaların %42,9'unun, desteği olmayanların %18,2'sinin ve diğer grubunda yer alan hastaların %33,3'ünün psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Hastalık sürecinde eşi – çocukları ilgilenen hastaların %86,8'inin, kardeşi ilgilenen hastaların %71,4'ünün, anne ve babası ilgilenen hastaların %57,1'inin, desteği olmayanların %81,8'inin ve diğer grubunda yer alan hastaların %66,7'sinin psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişiye göre hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,347$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde eşi – çocukları ilgilenen hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranlarının hastalık sürecinde anne ve babası ilgilenen hastalara göre daha düşük olduğu saptandı.

Hastalık sürecinde eşi – çocukları ilgilenen hastaların %3,2'sinin, kardeşi ilgilenen hastaların %10'unun, anne ve babası ilgilenen hastaların %8,3'ünün, desteği olmayanların %11,1'inin ve diğer grubunda yer alan hastaların %20'sinin hastalık sürecinde eşiyle boşanmayı düşündüren sorun yaşadığı saptandı. Hastalık sürecinde eşi – çocukları ilgilenen hastaların %94,7'sinin, kardeşi ilgilenen hastaların %85'inin, anne ve babası ilgilenen hastaların %91,7'sinin, desteği olmayanların %85,2'sinin ve diğer grubunda yer alan hastaların %60'ının hastalık sürecinde eşiyle boşanmayı düşündüren sorun yaşamadığı görülmüştür. Hastalık sürecinde eşi – çocukları ilgilenen hastaların %2,1'inin, kardeşi ilgilenen hastaların %5'inin, desteği olmayanların %3,7'sinin ve diğer grubunda yer alan hastaların %20'sinin hastalık sürecinde eşiyle boşandığı belirlendi. Hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişiye göre hastaların eşiyle boşanmayı düşündüren sorun yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=14,826$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde eşi – çocukları ilgilenen hastaların eşiyle boşanmayı düşündüren sorun yaşama oranlarının hastalık sürecinde başka birinin ilgilendiği hastalara göre daha düşük olduğu saptandı. Hastalık sürecinde eşi – çocukları, kardeşi, anne ve babası ilgilenen ve desteği olmayan hastaların eşiyle boşanma oranlarının hastalık sürecinde başka birinin ilgilendiği hastalara göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Tablo 24. Hastalık Sürecinde Hastayla İlgilenen Kişinin Manevi Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duymalarına Göre Hastaların Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişinin Manevi Psikolojik Desteğe İhtiyacı Olma		X ²	p
	Evet	Hayır		
	n (%)	n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	34 (69,4)	117 (64,3)	0,444 ^φ	0,505
Depresif Semptomlar	24 (49)	79 (43,4)	0,485 ^φ	0,486
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İncanım Arttı	21 (42,9)	85 (46,7)	0,524 ^{ııı}	0,771
Mevcut İncanım Azaldı	0	2 (1,1)		
Mevcut İncanım Değişmedi	28 (57,1)	95 (52,2)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	9 (18,4)	11 (6,0)	6,290	0,011*
Hayır	40 (81,6)	171 (94,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	12 (24,5)	27 (14,8)	2,564 ^φ	0,109
Hayır	37 (75,5)	155 (85,2)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	5 (10,2)	8 (4,4)	2,137 ^Ω	0,115
Hayır	44 (89,8)	174 (95,6)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	7 (14,3)	7 (3,8)	6,096 ^Ω	0,013*
Hayır	42 (85,7)	175 (96,2)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	2 (28,6)	2 (28,6)	0,000 ^Ω	0,720
Hayır	5 (71,4)	5 (71,4)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	3 (6,3)	7 (4,0)	1,745 ^{ııı}	0,368
Hayır	45 (93,8)	164 (92,7)		
Boşandım	0	6 (3,4)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, ııı: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duymalarına göre hastaların psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildi (Tablo 24). Hastalık sürecinde ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %14,3'ünün, ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duymayan hastaların %3,8'inin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü görülmüştür. Hastalık sürecinde ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %85,7'sinin, ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duymayan hastaların %96,2'sinin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünmediği belirlendi. Hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duymalarına göre hastaların ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=6,096$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu hastaların ümitsizliğe düşük kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının Hastalık sürecinde ilgilenen kişinin manevi psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 25. Hastalık Sürecinde Hastaların İşte Aktif Çalışabilmelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde İşte Aktif Çalışabilme		X ²	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	70 (70,0)	101 (61,6)	1,928 ^φ	0,165
Depresif Semptomlar	49 (49,0)	69 (42,1)	1,206 ^φ	0,272
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	8 (8,0)	17 (10,4)	0,406 ^φ	0,524
Hayır	92 (92,0)	147 (89,6)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	10 (10,0)	35 (21,3)	5,651 ^φ	0,017*
Hayır	90 (90,0)	129 (78,7)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	4 (4,0)	10 (6,1)	0,544 ^φ	0,461
Hayır	96 (96,0)	154 (93,9)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	8 (8,0)	8 (4,9)	1,063 ^φ	0,302
Hayır	92 (92,0)	156 (95,1)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	3 (3,5)	1 (12,5)	1,381 ^Ω	0,285
Hayır	5 (62,5)	7 (87,5)		
Hastalık Sürecinde Eşikle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	3 (3,2)	10 (6,4)	2,697 [Ⓜ]	0,286
Hayır	91 (95,8)	141 (89,8)		
Boşandım	1 (1,1)	6 (3,8)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	12 (70,6)	32 (57,1)		
Manevi Destek	1 (5,9)	7 (12,5)		
Psikolojik Destek	2 (11,8)	5 (8,9)	1,491 [Ⓜ]	0,887
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	2 (11,8)	10 (17,9)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	2 (3,6)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, Ⓜ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastalık sürecinde hastaların işte aktif çalışabilmelerine göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 25). Hastalık sürecinde işte aktif olarak çalışan hastaların %10'unun, işte aktif olarak çalışamayan hastaların %21,3'ünün psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğu; hastalık sürecinde işte aktif olarak çalışan hastaların %90'ının, işte aktif olarak çalışamayan hastaların %78,7'sinin psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastaların sürecinde hastaların işte aktif çalışabilmelerine göre hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=5,651$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde işte aktif olarak çalışabilen hastaların psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranlarının hastalık sürecinde işte aktif olarak çalışamayan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 26. Hastaların Hastalık Sürecinde Tedaviden Kaynaklı Maddi Kayıp Yaşamalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde Tedaviden Kaynaklı Maddi Kayıp Yaşama		X ²	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	78 (68,4)	93 (62,0)	1,170 ^φ	0,279
Depresif Semptomlar	53 (46,5)	65 (43,3)	0,261 ^φ	0,609
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İncanım Arttı	57 (50,0)	63 (42,0)	1,811 ^{ııı}	0,451
Mevcut İncanım Azaldı	1 (0,9)	2 (1,3)		
Mevcut İncanım Değişmedi	56 (49,1)	85 (56,7)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	69 (61,1)	71 (47,3)	4,879 ^φ	0,027*
Hayır	44 (38,9)	79 (52,7)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	20 (29,9)	18 (26,5)	2,701 ^{ııı}	0,450
Din Görevlilerinden Destek Aldım	8 (11,9)	8 (11,8)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	33 (49,3)	40 (58,8)		
Yeterli Destek Bulamadım	6 (9,0)	2 (2,9)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	14 (12,3)	11 (7,3)	1,849 ^φ	0,174
Hayır	100 (87,7)	139 (92,7)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	22 (19,3)	23 (15,3)	0,720 ^φ	0,396
Hayır	92 (80,7)	127 (84,7)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	8 (7,0)	6 (4,0)	1,174 ^φ	0,278
Hayır	106 (93,0)	144 (96,0)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	6 (5,3)	10 (6,7)	0,224 ^φ	0,636
Hayır	108 (94,7)	140 (93,3)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	2 (33,3)	2 (20,0)	0,349 ^Ω	0,489
Hayır	4 (66,7)	8 (80,0)		
Hastalık Sürecinde Eşikle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	4 (3,7)	9 (6,3)	0,831 ^{ııı}	0,624
Hayır	101 (93,5)	131 (91,0)		
Boşandım	3 (2,8)	4 (2,8)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	15 (48,4)	29 (69,0)	7,892 ^{ııı}	0,075
Manevi Destek	2 (6,5)	6 (14,3)		
Psikolojik Destek	4 (12,9)	3 (7,1)		
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	8 (25,8)	4 (9,5)		
Kanser Hastalarının Birbirleriyle İletişime Geçebilecek Ortam	2 (6,5)	0		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, ııı: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastaların hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşamalarına göre psikolojik durumuna ilişkin bilgileri incelenmiştir (Tablo 26). Hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşayan hastaların %61,1’inin, maddi kayıp yaşamayan hastaların %47,3’ünün hastalık sürecinde manevi inanç desteğe ihtiyaç duyduğu; hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşayan hastaların %38,9’unun, maddi kayıp yaşamayan hastaların %52,7’sinin hastalık sürecinde manevi inanç desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi. Hastaların hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşamalarına göre hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

($X^2=4,879$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşayan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının hastalık sürecinde tedaviden kaynaklı maddi kayıp yaşamayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 27. (42.) Hastaların Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumlarına Göre Demografik Özelliklerin Dağılımı

	Hastalık Sürecinde Tedaviyi Bırakma/Aksatma Durumu		X^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Yaş				
18-40	11 ^a (32,4)	34 ^b (14,8)	8,059 ^φ	0,018*
40-65	16 ^a (47,1)	160 ^b (69,6)		
65 yaş üstü	7 ^a (20,6)	36 ^a (15,7)		
Cinsiyet				
Erkek	15 (44,1)	82 (35,7)	0,913 ^φ	0,339
Kadın	19 (55,9)	148 (64,3)		
Öğrenim Durumu				
Okur - Yazar Değil	12 (35,3)	93 (40,4)	5,553 [⌘]	0,209
İlkokul	10 (29,4)	79 (34,3)		
Ortaokul	5 (14,7)	16 (7,0)		
Lise	7 (20,6)	29 (12,6)		
Üniversite	0	13 (5,7)		
Aylık Gelir				
Asgari Ücret Altı	7 (20,6)	55 (23,9)	3,024 ^φ	0,220
Asgari Ücret	24 (70,6)	130 (56,5)		
Asgari Ücret Üstü	3 (8,8)	45 (19,6)		
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma				
Detaylı Biliyorum	10 (29,4)	60 (26,1)	0,640 ^φ	0,726
Kısmen Biliyorum	23 (67,6)	156 (67,8)		
Bilğim Yok	1 (2,9)	14 (6,1)		
Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişinin Eğitim Durumu				
Okur - Yazar Değil	5 (17,2)	26 (12,9)	4,119 [⌘]	0,528
Okur - Yazar	1 (3,4)	15 (7,4)		
İlkokul	6 (20,7)	56 (27,7)		
Ortaokul	3 (10,3)	36 (17,8)		
Lise	10 (34,5)	41 (20,3)		
Üniversite	4 (13,8)	28 (13,9)		
Hastalık Sürecinde Tedaviden Kaynaklı Maddi Kayıp Yaşama				
Evet	14 (41,2)	100 (43,5)	0,064 ^φ	0,800
Hayır	20 (58,8)	130 (56,5)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, ⌘: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, * $p<0,05$, ** $p<0,001$

Araştırmada yer alan hastaların hastalık sürecinde tedaviyi bırakma/aksatma durumlarına göre demografik özellikleri değerlendirildi (Tablo 27). Elde edilen sonuçlara göre; hastalık sürecinde tedaviyi bırakan/aksatan hastaların %32,4'ünün 18 – 40 yaş, %47,1'inin 40 – 65 yaş ve %20,6'sının 60 üstü yaş grubunda olduğu görülmüştür. Hastalık sürecinde tedaviyi bırakmayan/aksatmayan hastaların %14,8'inin 18 – 40 yaş, %69,6'sının 40 – 65 yaş ve %15,7'sinin 60 üstü yaş grubunda yer aldığı belirlendi. Hastaların hastalık sürecinde tedaviyi bırakma/aksatma durumlarına göre yaş dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=8,059$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde tedaviyi bırakan/aksatan hastaların 18 – 40 yaş grubunda yer alma oranlarının tedaviyi bırakmayan/aksatmayan hastalara göre daha yüksek, 40

– 65 yaş grubunda yer alma oranlarının tedaviyi bırakmayan/aksatmayan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 28. Hastaların Hastalık Sürecinde Hastayla İlgilenen Kişiden Yeterli Destek Almalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde İlgilenen Kişiden Yeterli Destek Alma		X ²	P
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	147 (65,0)	3 (75,0)	0,181 ^Ω	0,567
Depresif Semptomlar	99 (43,8)	3 (75,0)	1,579 ^Ω	0,231
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İnançım Arttı	104 (46,0)	1 (25,0)	2,289 [℥]	0,639
Mevcut İnançım Azaldı	2 (0,9)	0		
Mevcut İnançım Değişmedi	120 (53,1)	3 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	120 (53,3)	2 (50,0)	0,018 ^Ω	0,638
Hayır	105 (46,7)	2 (50,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	19 (8,4)	1 (25,0)	0,956 ^Ω	0,307
Hayır	207 (91,6)	3 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	37 (16,4)	2 (50,0)	2,352 ^Ω	0,134
Hayır	189 (83,6)	2 (50,0)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	12 (5,3)	1 (25,0)	1,647 ^Ω	0,209
Hayır	214 (94,7)	3 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	12 (5,3)	2 (50,0)	6,151 ^Ω	0,019*
Hayır	214 (94,7)	2 (50,0)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	4 (33,3)	0	1,475 ^Ω	0,495
Hayır	8 (66,7)	2 (100)		
Hastalık Sürecinde Eşikle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	10 (4,5)	0	11,904 [℥]	0,004*
Hayır	206 ^a (93,6)	2 ^b (50,0)		
Boşandım	4 ^a (1,8)	2 ^b (50,0)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, ℥: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastaların hastalık sürecinde hastayla ilgilenen kişiden yeterli destek almalarına göre psikolojik durumlarına ilişkin bilgiler değerlendirildi (Tablo 28). Elde edilen sonuçlara göre; hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli destek alan hastaların %5,3'ünün, yeterli desteği almayan hastaların %50'sinin ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü saptandı. Hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli desteği alan hastalar ile almayan hastalar arasında ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünme oranları açısından anlamlı

fark bulunmuştur ($X^2=6,151$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli desteği alan hastaların ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünme oranının ilgilenen kişiden yeterli destek almayanlara göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli destek alan hastaların %4,5'inin eşiyle boşanmayı düşündüğü, %93,6'sının boşanmayı düşünmediği, %1,8'inin boşandığı; yeterli desteği almayan hastaların %50'sinin boşanmayı düşünmediği, %50'sinin ise boşandığı belirlendi. Hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli desteği alan hastalar ile almayan hastalar arasında boşanmayı düşündüren sorun yaşama oranları açısından anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,904$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ilgilenen kişiden yeterli desteği alan hastaların boşanma oranlarının ilgilenen kişiden yeterli destek almayanlara göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Tablo 29. Hastaların Hastalık Sürecinde Rahatlatıcı Aktivite Olarak Dua Etmelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde Yapılan Rahatlatıcı Aktivite Olarak Dua Etme		X^2	p
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	79 (64,8)	116 (62,4)	0,181 ^φ	0,671
Depresif Semptomlar	58 (47,5)	79 (42,5)	0,766 ^φ	0,381
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	63 (62,4)	77 (47,5)	5,507 ^φ	0,019*
Hayır	38 (37,6)	85 (52,5)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	18 (29,5)	20 (27,0)	3,030 ^ψ	0,397
Din Görevlilerinden Destek Aldım	4 (6,6)	12 (16,2)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	35 (57,4)	38 (51,4)		
Yeterli Destek Bulamadım	4 (6,6)	4 (5,4)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	6 (5,9)	19 (11,7)	2,495 ^φ	0,114
Hayır	96 (94,1)	143 (88,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	22 (18,0)	29 (15,6)	0,318 ^φ	0,573
Hayır	100 (82,0)	157 (84,4)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	3 (2,9)	11 (6,8)	1,846 ^φ	0,174
Hayır	99 (97,1)	151 (93,2)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	3 (2,5)	13 (7,0)	3,070 ^φ	0,080
Hayır	119 (97,5)	173 (93,0)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	0	4 (30,8)	1,946 ^Ω	0,393
Hayır	3 (100)	9 (69,2)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
			0,601 ^ψ	0,761

Evet	6 (5,0)	7 (4,0)		
Hayır	111 (93,3)	165 (93,2)		
Boşandım	2 (1,7)	5 (2,8)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	9 ^a (39,1)	35 ^b (70,0)		
Manevi Destek	5 ^a (21,7)	3 ^b (6,0)		
Psikolojik Destek	2 ^a (8,7)	5 ^a (10,0)	10,206 [Ⓜ]	0,021*
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	5 ^a (21,7)	7 ^a (14,0)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	2 ^a (8,7)	0 ^b		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, Ⓜ: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastalık sürecinde dua eden hastaların %62,4'ünün, dua etmeyen hastaların %47,5'inin manevi inanç desteğine ihtiyaç duyduğu belirlendi. Hastalık sürecinde dua etmelerine göre manevi inanç desteğine ihtiyaç durma oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=5,507$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde dua eden hastaların manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranının dua etmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalık sürecinde sosyal psikolojik destek beklentisini dua eden hastaların %39,1'inin “maddi destek”, %21,7'sinin “manevi destek”, %8,7'sinin “psikolojik destek”, %21,7'sinin “onkoloji hastalarına sağlık sisteminde öncelik verilmesi” ve %8,7'sinin “kanser hastalarının birbiriyle iletişime geçebileceği ortam” olarak ifade ettiği görülmüştür. Dua etmeyen hastaların %70'inin “maddi destek”, %6'sının “manevi destek”, %10'unun “psikolojik destek” ve %14'ünün “onkoloji hastalarına sağlık sisteminde öncelik verilmesi” olarak ifade ettiği belirlendi. Hastalık sürecinde dua eden hastalar ile dua etmeyen hastalar arasında sosyal psikolojik destek beklentileri açısından anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=10,206$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde dua eden hastaların manevi destek ve kanser hastalarının birbiriyle iletişime geçebilecek ortam beklentisi oranının dua etmeyenlere göre daha yüksek; maddi destek beklenti oranının ise dua etmeyen hastalara göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 30. Hastaların Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duymalarına Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma		X ²	p
	Evet	Hayır		
	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması				
Evet	8 (15,7)	11 (4,3)	7,458 ^φ	0,006*
Hayır	43 (84,3)	245 (95,7)		
Hastalık Öncesi Bulunan Psikiyatrik Hastalık				
Anksiyete Bozukluğu	4 (44,4)	2 (20,0)	1,326 ^Ω	0,259
Depresyon	5 (55,6)	8 (80,0)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	44 (86,3)	151 (58,8)	13,875 ^φ	<0,001**
Depresif Semptomlar	30 (58,8)	107 (41,6)	5,092 ^φ	0,024*
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu			1,226 [Ⓜ]	0,542

Mevcut İncancım Arttı	22 (43,1)	117 (45,7)		
Mevcut İncancım Azaldı	1 (2,0)	2 (0,8)		
Mevcut İncancım Değişmedi	28 (54,9)	137 (53,5)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	30 (68,2)	110 (50,2)	4,744 ^φ	0,029*
Hayır	14 (31,8)	109 (49,8)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	9 ^a (30,0)	29 ^a (27,6)	7,373 ^Ω	0,049*
Din Görevlilerinden Destek Aldım	2 ^a (6,7)	14 ^a (13,3)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	14 ^a (46,7)	59 ^a (56,2)		
Yeterli Destek Bulamadım	5 ^a (16,7)	3 ^b (2,9)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	16 (35,6)	9 (4,1)	31,759 ^Ω	<0,001**
Hayır	29 (64,4)	210 (95,9)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	11 (24,4)	3 (1,4)	27,722 ^Ω	<0,001**
Hayır	34 (75,6)	216 (98,6)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme				
Evet	7 (13,7)	9 (3,5)	6,985 ^Ω	0,008*
Hayır	44 (86,3)	248 (96,5)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	1 (14,3)	3 (33,3)	0,796 ^Ω	0,392
Hayır	6 (85,7)	6 (66,7)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	7 ^a (14,3)	6 ^b (2,4)	10,611 ^Ω	0,004*
Hayır	41 ^a (83,7)	235 ^b (95,1)		
Boşandım	1 ^a (2,0)	6 ^a (2,4)		
Hastalık Sürecinde Sosyal Psikolojik Destek Beklentisi				
Maddi Destek	9 (69,2)	35 (58,3)		
Manevi Destek	1 (7,7)	7 (11,7)		
Psikolojik Destek	3 (23,1)	4 (6,7)	5,787 ^Ω	0,162
Onkoloji Hastalarına Sağlık Sisteminde Öncelik Verilmesi	0	12 (20,0)		
Kanser Hastalarının Birbiriyle İletişime Geçebilecek Ortam	0	2 (3,3)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, Ω: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05, **p<0,001

Hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymalarına göre psikolojik durumlarına ilişkin bilgiler değerlendirildi (Tablo 30). Elde edilen sonuçlara göre; hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %15,7'sinin, ihtiyaç duymayan hastaların %4,3'ünün hastalık öncesi psikiyatrik hastalığının bulunduğu belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,458$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %86,3'ünde, ihtiyaç duymayan hastaların %58,8'inde anksiyete semptomları geliştiği belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre anksiyete semptomu gelişme oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=13,875$; $p<0,001$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastalarda anksiyete semptomu gelişme oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %58,8'inde, ihtiyaç duymayan hastaların %41,6'sında depresif semptomların geliştiği belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre depresif semptomlar gelişme oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=5,092$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastalarda depresif semptom gelişme oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %68,2'sinin, ihtiyaç duymayan hastaların %50,2'sinin manevi inanç desteğine ihtiyacı bulunduğu belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre manevi desteğe ihtiyaç duyma oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=4,744$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %30'unun ibadetlerini artırarak, %6,7'sinin din görevlilerinden destek alarak, %46,7'sinin yakın çevreden destek alarak manevi inanç desteği sağladığı ve %16,7'sinin manevi inanç desteği bulamadığı görülmüştür. Psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymayan hastaların %27,6'sının ibadetlerini artırarak, %13,3'ünün din görevlilerinden destek alarak, %56,2'sinin yakın çevreden destek alarak manevi inanç desteği sağladığı ve %2,9'unun manevi inanç desteği bulamadığı belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre manevi inanç desteğe sağlama şekilleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=7,373$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların manevi inanç desteği bulamama oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %35,6'sının, ihtiyaç duymayan hastaların %4,1'inin psikolojik/psikiyatrik destek aldığı belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre psikolojik/psikiyatrik destek alma oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=31,759$; $p<0,001$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların psikolojik/psikiyatrik destek alma oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %24,4'ünün, ihtiyaç duymayan hastaların %1,4'ünün psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade ettiği belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade etme oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=27,722$; $p<0,001$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade etme oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %13,7'sinin, ihtiyaç duymayan hastaların %3,5'inin ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşündüğü belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünme oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=6,985$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünme oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan hastaların %14,3'ünün boşanmayı düşündüğü, %83,7'sinin boşanmayı düşünmediği ve %2'sinin boşandığı; psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymayan hastaların %2,4'ünün boşanmayı düşündüğü, %95,1'inin boşanmayı düşünmediği ve %2,4'ünün boşandığı belirlendi. Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymalarına göre boşanmayı düşündüren sorun yaşam oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=10,611$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların boşanmayı düşünme oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 31. Hastaların Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünmelerine Göre Psikolojik Durumuna İlişkin Bilgileri

	Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Bir Eylem Düşünme		X ²	p
	Evet	Hayır		
	n (%)	n (%)		
Hastalık Öncesi Psikiyatrik Hastalığın Bulunması				
Evet	3 (18,8)	16 (5,5)	3,161	0,067
Hayır	13 (81,3)	275 (94,5)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	13 (81,3)	182 (62,3)	2,338 ^φ	0,126
Depresif Semptomlar	13 (81,3)	124 (42,5)	9,239 ^φ	0,002*
Hastalık Tanısı Aldıktan Sonra İnançta Değişiklik Durumu				
Mevcut İncancım Arttı	7 (43,8)	132 (45,4)	0,463 [℥]	1,000
Mevcut İncancım Azaldı	0	3 (1,0)		
Mevcut İncancım Değişmedi	9 (56,3)	156 (53,6)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğine İhtiyaç Duyma				
Evet	12 (75,0)	128 (51,8)	3,243 ^φ	0,072
Hayır	4 (25,0)	119 (48,2)		
Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama Şekli				
İbadetlerimi Artırdım	4 (36,4)	34 (27,4)	4,330 [℥]	0,176
Din Görevlilerinden Destek Aldım	0	16 (12,9)		
Yakın Çevremden Destek Aldım	5 (45,5)	68 (54,8)		
Yeterli Destek Bulamadım	2 (18,2)	6 (4,8)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Destek Alma				
Evet	6 (37,5)	19 (7,7)	10,110 ^Ω	0,002*
Hayır	10 (62,5)	229 (92,3)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik/ Psikiyatrik Desteğe İhtiyaç Duyma				
Evet	7 (43,8)	44 (15,1)	6,985 ^Ω	0,008*
Hayır	9 (56,3)	248 (84,9)		
Hastalık Sürecinde Psikolojik Destek İhtiyacını Doktora İfade Etme				
Evet	3 (18,8)	11 (4,4)	3,988 ^Ω	0,044*
Hayır	13 (81,3)	237 (95,6)		
Hastalık Sürecinde Ümitsizliğe Düşüp Kendine Zarar Verecek Eylem Planlama				
Evet	4 (25,0)	4 (25,0)	0,000 ^Ω	1,000
Hayır	12 (75,0)	12 (75,0)		
Hastalık Sürecinde Eşiyle Boşanmayı Düşündüren Sorun Yaşama				
Evet	3 ^a (23,1)	10 ^b (3,5)	10,031 [℥]	0,009*
Hayır	9 ^a (69,2)	267 ^b (94,3)		
Boşandım	1 ^a (7,7)	6 ^a (2,1)		

φ: Pearson Ki – Kare Testi, Ω: Fisher Kesin Testi, ℥: Fisher Freeman Halton Kesin Testi, *p<0,05

Hastaların hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünmelerine göre psikolojik durumlarına ilişkin bilgiler değerlendirildi (Tablo 31). Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünenlerin %81,3'ünde, kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlerin %42,5'inde depresif semptomların geliştiği belirlendi. Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünmelerine göre depresif semptomlar gelişme oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=9,239$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünen hastalarda depresif semptom

gelişme oranının kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünenlerin %37,5'inin, kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlerin %7,7'sinin psikolojik/psikiyatrik destek aldığı belirlendi. Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünmelerine göre psikolojik/psikiyatrik destek alma oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=10,110$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünen hastaların psikolojik/psikiyatrik destek alma oranının kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünenlerin %43,8'inin, kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlerin %15,1'inin psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğu belirlendi. Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünmelerine göre psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=6,985$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünen hastaların psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranının kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünenlerin %18,8'inin, kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlerin %4,4'ünün psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade ettiği belirlendi. Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünmelerine göre psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade etme oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=3,988$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünen hastaların psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade etme oranının kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünenlerin %23,1'inin boşanmayı düşündüğü, %69,2'sinin boşanmayı düşünmediği ve %7,7'sinin boşandığı; kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlerin %3,5'inin boşanmayı düşündüğü, %94,3'ünün boşanmayı düşünmediği ve %2,1'inin boşandığı saptandı. Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünmelerine göre boşanmayı düşündüren sorun yaşam oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=10,031$; $p<0,05$). Hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşünen hastaların boşanmayı düşünme oranının kendine zarar verecek eylem düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 32. Hastaların Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteği Sağlamalarına Göre Hastalığın Psikolojik Etkileri

	Hastalık Sürecinde Manevi İnanç Desteğini Sağlama		χ^2	p
	Evet	Hayır		
	n (%)	n (%)		
Hastalığın Psikolojik Etkisi				
Anksiyete Semptomları	85 (66,9)	6 (75,0)	0,233	0,484
Depresif Semptomlar	53 (41,7)	4 (50,0)	0,208	0,457

χ^2 : Fisher Kesin Testi

Hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteği sağlamalarına göre hastalığın psikolojik etkileri değerlendirildi (Tablo 49). Elde edilen sonuçlara göre; hastalık sürecinde hastaların manevi inanç desteği sağlayan hastalar ile sağlayamayan hastalar arasında anksiyete semptomları ve depresif semptom gelişme oranları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının amacı, kanser tanılı hastaların yaşadığı psikososyal sorunları derinlemesine incelemek ve bu sorunların hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Çalışma, kanser hastalarının karşılaştığı stres, psikolojik sorunlar, aile ve sosyal sorunlar, manevi destek eksikliği gibi sorunları ortaya koyarak daha sonraki aşamalarda yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda, literatürdeki mevcut araştırmaların yanı sıra, hasta ve aileleri ile yapılacak derinlemesine yapılandırılmış görüşmeler yoluyla elde edilecek veriler kullanılacaktır. Araştırma kanser tanısı nedeni ile takip ve tedavisi süren 308 hasta ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya katılan deneklerin %66 orta yaş, %38'inin erkek, %62'sinin kadın, çoğunluğun evli, ev hanımı, düşük düzeyde eğitim almış, eş ve çocukları ile kasaba ve Anadolu şehirlerinde yaşayanlardan oluşmakta idi.

Araştırmada yer alan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgiler değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlara göre; hastaların %41,6'sının meme kanseri, %49'unda evre 4 olduğu, %54,9'unun sadece kemoterapi aldığı görülmektedir.

Kanser Hastalarında Sosyal Sorunlar

Bakıcılar

Çalışmanın bu ayağında kanser hastalarının bakımını üstlenen bireylerin yaşadığı psikososyal sorunları incelenmiştir. Bu çalışmada, kanser hastalarının ve bakıcılarının büyük çoğunluğunun düşük eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edildi. Eğitim düzeyinin düşüklüğü, hastalık sürecinde bilgiye erişim, hastalık yönetimi ve destek arayışını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, çalışmada bakıcıların %78,7'sinin manevi ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymadıklarını belirttikleri görülmüştür. Ancak, bu durum, destek gereksinimlerinin farkında olmamalarından kaynaklanabileceği gibi, toplumda psikolojik destek almanın hala bir damgalama unsuru olarak görülmesinden de kaynaklanabilir. Sonuçlar, eğitim ve farkındalık artırıcı programların önemini vurgulamakta, bakıcıların ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılabilmesi için daha derinlemesine değerlendirmelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Kanser hastalarından bakım sürecinde manevi ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların, ümitsizlik duygularına kapılma ve kendine zarar verme eğiliminde olma oranlarının, bu desteğe

ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca kanser teşhisi sonrasında ailesinin ilgisinde azalma yaşayan hastaların, hastalık sürecinde umutsuzluk yaşama ve kendine zarar verme eğiliminde olma oranları, aile ilgisinde iyileşme olan ya da bu konuda bir değişiklik yaşamayan hastalara göre daha yüksektir. Bu bulgular, destek eksikliğinin hastalarda ümitsizlik ve çaresizlik duygularını artırarak ruhsal sağlığı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Aile desteğinin azalması, hastaların psikolojik dayanıklılıklarını düşürmekte, dolayısıyla hastalığın getirdiği stresle başa çıkmalarını zorlaştırmaktadır. Aile desteğindeki yetersizlik, hastaların yalnızlık, dışlanmışlık ve çaresizlik gibi duyguları daha yoğun yaşamasına neden olarak, kendine zarar verme düşüncelerine kapılma riskini artırmaktadır. Ayrıca, çalışmamızda aile ilgisinin azaldığı bu grup hastalarda, eşleriyle ilişkilerinde sorunlar yaşama ve hatta boşanmayı düşünme oranlarının da daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, hastalık sürecinde aile desteğinin hastanın ruh sağlığı ve ilişkileri üzerindeki kritik etkisini göstermektedir. Aile içi ilişkilerin destekleyici olmaması, hastanın hem psikososyal sağlığı hem de yakın ilişkilerinde sorunlara yol açarak, tedavi sürecini daha da zor hale getirmektedir.

Manevi ve psikolojik destek, hastaların duygusal dayanıklılığını güçlendirmekte ve zihinsel sağlığına olumlu katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla, bakım sürecinde destek ihtiyaçlarının karşılanması, hastaların ruhsal sağlığını korumak ve kendine zarar verme riskini azaltmak adına kritik öneme sahiptir.

Medeni Durum

Kanser hastalarında psikososyal sorunlar bağlamında elde edilen bulgular, hastaların medeni durumlarının psikolojik ihtiyaçları ve destek arayışları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Araştırmamız, bekâr hastaların psikolojik destek ihtiyacını doktora ifade etme oranlarının evli hastalara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, bekâr bireylerin sosyal destek mekanizmalarına daha az erişime sahip olmasından kaynaklanabilir. Evli hastalar, genellikle eşleri aracılığıyla duygusal destek alırken, bekâr hastaların bu tür bir desteği daha az bulabildiği anlaşılmaktadır.

Ayrıca, çalışmamızda bekâr hastaların psikolojik veya psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranlarının boşanmış veya eşi ölmüş hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, boşanmış veya dul bireylerin geçmiş yaşam deneyimlerinden dolayı duygusal dayanıklılık geliştirmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Elde ettiğimiz bir diğer bulgu evli hastaların ümitsizlik ve kendine zarar verme düşüncelerinin, bekâr ve diğer gruplara kıyasla daha düşük

olması, bu durum evlilik ilişkisinin koruyucu bir etkisi olabileceğini ortaya koymaktadır. Eşlerin varlığı, hastalıkla başa çıkma sürecinde önemli bir tampon görevi görebilir.

Son olarak, çalışmada bekâr hastaların manevi inanç desteği bulma konusunda zorlandıkları görülmüştür, bu durum bekâr hastaların sosyal ilişkilerinin görece sınırlı olması, manevi destek sistemlerine erişimlerinin kısıtlı olmasını düşündürmektedir. Evli hastaların, eş ve aile bağları üzerinden manevi destek sağlama eğiliminde oldukları düşünülebilir. Bu sonuçlar, kanser hastalarında psikososyal desteğin kişiselleştirilmiş bir şekilde ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışma ve İş Hayatı

Araştırmamızda, kanser hastalarının hastalık sürecinde çalışma durumu, maddi kayıpları ve psikososyal destek ihtiyaçları arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Sonuçlara göre, hastaların %32,5'i tedavi süresince işlerine devam edebilirken, %53,2'si işlerinden uzak kalmıştır. Ek olarak, hastaların %37'si tedavi sürecinde ciddi maddi kayıplar yaşadığını belirtirken, %48,7'si bu süreçte maddi bir kayıp yaşamadığını ifade etmiştir. Tedavi masrafları ve iş kaybı nedeniyle yaşanan bu maddi kayıpların, psikolojik olarak zorlayıcı olduğu ve hastaların kaygı düzeylerini artırdığı düşünülmektedir. Maddi kayıp yaşayan hastaların psikolojik desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu, elde edilen bulgular arasında öne çıkmaktadır..

Çalışmamızda, kanser hastası ev hanımlarında anksiyete semptomlarının ortaya çıkma oranının işsiz olanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, mesleki veya gündelik işlerle uğraşmanın, hastaların kaygı seviyelerini azaltarak psikososyal dayanıklılığı artırabileceğine işaret etmektedir. Benzer şekilde, Hagedoorn ve arkadaşları bireyin düzenli bir aktiviteye sahip olmasının, hastalık sürecinde psikolojik zorluklarla başa çıkmada destekleyici bir faktör olabileceğini belirtmektedir [215]. Ev işleriyle meşgul olmanın, bireylerde anksiyete seviyesini düşürerek zihinsel sağlığı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu durumlar, işte aktif kalmanın ev hanımı olarak çalışsa dahi bazı hastalar için psikososyal dayanıklılık sağlayabileceğini göstermektedir. İş hayatına devam eden hastaların, çalışmanın getirdiği sosyal destek, günlük yaşam rutini ve meşguliyet aracılığıyla psikolojik destek ihtiyaçlarının daha düşük olduğu saptandı. İşten uzak kalan hastalar ise sosyal izolasyon, gelir kaybı ve günlük rutindeki değişimler nedeniyle daha fazla psikolojik desteğe ihtiyaç

duymaktadır. Tüm bunlar, kanser tedavisi süresince hastaların ekonomik ve psikososyal destek sistemlerine erişimlerinin sağlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Maneviyat

Maneviyat, kronik ve ciddi hastalığı olanların yaşam kalitesinin artmasıyla ilişkilidir [253] . Onkoloji kliniklerinde tedavi gören ırksal/etnik ve dini açıdan çeşitli 727 hasta üzerinde yapılan bir başka çalışma, hastaların %79'unun maneviyat ihtiyaçlarının olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, daha fazla maneviyat ihtiyacı olan hastaların bakım memnuniyetinin ve bakım kalitesi algısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, ruhsal ihtiyaçların karşılanmasının hastaların bakım memnuniyeti ve bakım kalitesi algısı üzerinde önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır [257] . Çalışmamızda Hastaların hastalık sürecinde yaptıkları rahatlatıcı aktiviteler arasında birinci sırada %39,6 oranla dua, ikinci sırada %20,1 oranla namaz ,%10,7 oranla kutsal mekân ziyareti ,%7,5 oranla inziva ,%3,9 oranla kuran okuma yer almaktadır. Hastaların %45,5'inin hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiş bu oran literatüre göre daha düşük bir oran olsa da hastalarımızın çoğunluğunun bu desteğe ihtiyacı olduğunu ve kanser sürecinde rahatlamak için dini aktivitelerden yoğun bir şekilde faydalanmaya çalışıldığını göstermektedir. Literatüre göre bizim yaptığımız çalışmada manevi inanç destek ihtiyacının daha düşük bulunması toplumsal yapımızda dini değerlerin halen yaşatılıyor olması ve bu ihtiyacın gideriliyor olmasını düşündürmüştür. Literatür, kadınların manevi destek arayışında daha fazla bulunduğunu göstermektedir, çünkü kadınlar genellikle duygusal zorluklarla başa çıkmada daha fazla sosyal ve manevi destek arayışına yönelmektedir [263] . Araştırmalar ileri yaştaki insanların manevi desteğe daha az ihtiyaç duyduklarını, çünkü daha güçlü bir kabullenme ve içsel denge geliştirdiklerini göstermektedir [264] . Buna karşılık, daha genç yaş gruplarında ölüm korkusunun yoğun yaşandığı ve sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşadıklarından dolayı manevi destek ihtiyaçları fazla olmaktadır. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak erkeklerin hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının kadınlara göre daha düşük olduğu, 65 üstü yaş grubunda yer alan hastaların hastalık sürecinde manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranlarının 18 – 40 yaş ve 40 – 45 yaş grubunda yer alan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı Bu bulgular, destek programlarının yaşa göre uyarlanmasının yararlı olabileceğini göstermektedir..

Giderek artan bir literatür, manevi bakımın palyatif bakımda önemli bir hasta ihtiyacı olduğu, manevi sıkıntının palyatif bakım hastalarında genel sıkıntının önemli bir bileşeni

olduğu ve hastaların maneviyatının sağlık bakımı karar alma ve başa çıkma, yaşam kalitesi ve yaşam sonu tıbbi kararları dahil olmak üzere sağlık bakımı sonuçlarını etkilediği fikrini desteklemektedir

KANSER HASTALARINDA PSİKOLOJİK SORUNLAR

Anksiyete Ve Depresyon Semptomları

Kanser hastalarında depresyon en yaygın ruh sağlığı teşhisidir. Kanser tedavisinden sonraki yıllarda, kanserden kurtulanların yüzde 22'si yeni başlayan depresyon teşhisi alır[68]. Depresif belirtilerin varlığı, kültür ve stres faktörlerinden etkilenebilir. Örneğin, Latin Amerika kökenli meme kanserinden kurtulan kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, yüzde 53'ü yüksek depresif belirtiler göstermiştir [74] . Kanser tedavisi gören hastaların katıldığı bir öz-bildirim anketinde (n >8000), klinik olarak anlamlı anksiyete semptomlarının %24 oranında olduğu bulunmuştur [94] . Araştırmamızda yer alan hastaların psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildiğinde hastalık sürecinde hastaların anksiyete semptomları (%63,3'ünde,) literatüre göre daha yüksek düzeylerde depresif semptomlar (%44,5'inde) ise literatüre daha yakın düzeylerde tespit edildi. Çalışmamıza katılan hastalarda anksiyete belirtilerin daha yüksek olmasını erkek kanser hastalarından ziyade kadın kanser hastalarının oranının yüksek olması, çoğunun evre 4 olması, yorgunluk ağrı gibi fiziksel semptomların fazla olması eğitim düzeyi düşük olduğundan kanserle ilgili duygu ve düşüncelerden kaçınmanın daha fazla olması kültürel ve etnik yapının farklı olması ile ilişkilendirmekteyiz [78] [97] [77] [225] . Ayrıca çalışmamızda, kanser teşhisi alan 18-40 yaş grubundaki hastaların anksiyete semptomları yaşama oranlarının, 40-65 ve 65 yaş üstü gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Bu bulgu, genç yaş grubunun hastalıkla başa çıkmada daha zorlanabileceğini göstermektedir. Genç hastalar, hayatlarının henüz erken bir döneminde ciddi bir sağlık problemiyle yüzleşmek zorunda kalmanın getirdiği kaygı, gelecek belirsizliği ve kariyer planlarında aksama gibi etmenler nedeniyle daha fazla psikolojik yük altında kalabilirler [265]

Ek olarak, araştırmamız erkek hastalarda anksiyete semptomlarının kadınlara göre daha düşük oranda ortaya çıktığını göstermektedir. Bu farklılık, kadınların psikososyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymasından veya hastalıkla ilgili duygusal yanıtlarının daha yoğun olmasından kaynaklanabilir. Çeşitli çalışmalar da kadınların kanser teşhisi sonrası anksiyete ve depresyon geliştirme risklerinin erkeklerden yüksek olduğunu desteklemektedir [266] .

Kanser hastalarında, sık görülen anksiyete ve depresif belirtiler nedeniyle sosyal, mesleki alanda işlevselliklerinde bozulma, tedavide aksama, tedavide uzama, hastalığın gidişatı ve tedavi sonuçlarını kötüleştirme, somatik semptomlardan dolayı kanserle ilişkili belirtilerde karışıklık oluşturma, bakım verenin iş yükünü artırma yapmasından dolayı mutlaka her kanser hastasında bu belirtilerin sorgulanması ve tedavi edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Psikiyatrik Ve Psikolojik Destek İhtiyacı

Çalışmamızda hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymalarına göre psikolojik durumlarına ilişkin bilgiler değerlendirildi. (tablo 30)

Psikiyatrik Geçmiş ve Psikolojik Destek İhtiyacı: Çalışmamız kanser hastalarında psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyacının, hastalık öncesi psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan bireylerde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, psikiyatrik hastalık geçmişinin, bireyin stresle başa çıkma kapasitesini zayıflattığını ve kanser gibi travmatik bir süreçte daha kırılgan bir hale getirdiğini düşündürmektedir. Önceki araştırmalar da bu bulguyu desteklemektedir. Örneğin, Mitchell ve arkadaşları, kanser hastalarında psikiyatrik komorbiditenin, tedavi sürecinde daha yoğun bir psikolojik destek ihtiyacı doğurduğunu ortaya koymuştur [54] . Bu durum, özellikle hastalığın teşhis ve tedavi süreçlerindeki belirsizlikler karşısında ortaya çıkan stres yanıtını açıklamakta faydalıdır.

Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Yüksekliği: Çalışmamızda hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyacı duyan bireylerin, anksiyete ve depresyon belirtileri geliştirme oranının daha yüksek olduğu tespit edildi. Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon yaygın olarak gözlemlenen psikolojik tepkilerdir [68] . Özellikle hastalığın yaşamı tehdit edici doğası, bireyde geleceğe dair belirsizlik ve kontrol kaybı hissi yaratır. Bir çalışmada, kanser hastalarının azımsanmayacak bir kısmında anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiği saptandı [74] [94] . Bu durum, psikolojik desteğin hastalığın erken evrelerinden itibaren entegre edilmesi gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda, manevi inanç desteği bulamayan bireylerde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyacının daha yüksek olduğu belirlendi.

Manevi İnanç Desteği Eksikliği: Hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duyan hastaların manevi inanç desteğine ihtiyaç duyma oranının psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Maneviyat, birçok kanser hastası

için başa çıkma mekanizması olarak önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar, manevi inançların, hastalığın getirdiği psikososyal yükü hafifletmede etkili olduğunu göstermektedir [257] . Manevi destekten yoksun olan hastaların, duygusal izolasyon yaşama ve başa çıkma becerilerinde zayıflama riski artmaktadır. Bu durum, özellikle sağlık hizmetlerinin manevi bakım boyutunu güçlendirme ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Psikolojik Destek Alma Davranışı: Çalışmamızda psikolojik/psikiyatrik destek ihtiyacı duyan hastaların, bu desteğe ihtiyacı olmayanlara oranla bu desteği alma oranının da yüksek olduğu tespit edildi. Bu bulgu, psikososyal müdahalelerin farkındalık ve erişim düzeyine bağlı olduğunu göstermektedir. Ancak destek ihtiyacı duyan tüm hastaların bu desteği aldığı anlamına gelmez; birçok hasta, damgalanma korkusu veya sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılığı gibi nedenlerle destek arayışında bulunmamaktadır [267] . Dolayısıyla, kanser tedavi merkezlerinde psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerinin rutin bir parçası haline getirilmesi önemlidir.

Ümitsizlik ve Kendine Zarar Verme Düşünceleri: Bu çalışmamızda psikolojik destek ihtiyacı duyan bireylerde ümitsizlik ve kendine zarar verme düşüncelerinin daha yüksek olduğu saptandı. Kanser teşhisi, bireyde yaşam kalitesi ve geleceğe dair beklentiler üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilir. Ümitsizlik, genellikle depresyonun bir belirtisi olarak ortaya çıkar ve intihar düşüncesiyle ilişkili olabilir [268] . Bu bulgu, hastaların duygusal durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve intihar riski taşıyan bireylere yönelik erken müdahalelerin yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kanser Hastalarında İntihar

Kanser hastalarında intihar girişimleri ve ölümler genel nüfusa göre daha sık görülmektedir [155] . Ancak, intihar davranışını tarayan araçların, kanser bakım ortamlarında intihar girişimlerini ve ölümleri doğru bir şekilde tahmin etmek için yeterli duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmaması nedeniyle, intihar riski artmış hastaları belirlemek zordur [269] . Bir inceleme, kanser hastalarında intihar düşüncesinin prevalansının 11 çalışma arasında büyük ölçüde değiştiğini, ancak en iyi kanıtların intihar düşüncelerinin hastaların yaklaşık %10 ila %15'inde meydana geldiğini belirtti [155] . Yapılan bir çalışmada, 211 kanser hastasının %6'sı intihar düşüncesi bildirmiştir [156] .Bizim çalışmada da literatürle uyumlu olarak hastaların %5,2'sinin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşündüğü, %1,3'ünün kendine zarar verecek eylem planladığı saptandı. Birçok çalışma, kanser

hastalarında intihar riskinin, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar (örneğin, majör depresyon ve panik bozukluğu) olanlarda arttığını göstermektedir [159]. Bu çalışmamızda psikolojik destek ihtiyacı duyan bireylerde ümitsizlik ve kendine zarar verme düşüncelerinin daha yüksek olduğu ayrıca kendine zarar verme düşünceleri olan hastalarda depresif semptomların daha yaygın olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda yer alan hastaların psikolojik durumuna ilişkin bilgileri değerlendirildiğinde hastalık sürecinde hastaların anksiyete semptomları (%63,3'ünde,) literatüre göre daha yüksek düzeylerde depresif semptomlar (%44,5'inde) ise literatüre göre daha yakın düzeylerde tespit edildi. Çok sayıda çalışma, kanser tanısı almış hastaların genel nüfusa göre intihardan ölme riskinin arttığını ortaya koymuştur [159]. Hem erkek hem de kadın kanser hastaları artmış intihar riski altındadır, ancak çoğu çalışma erkeklerin kadınlardan daha sık intihar ettiğini öne sürmektedir [155]. Literatürden farklı olarak çalışmamızda erkeklerin hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının kadınlara göre daha düşük olduğu saptandı. Çalışmamızda ayrıca evli hastalar hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek bir eylem düşünme oranlarının bekâr hastalar ve boşanmış veya eşi ölmüş olan hastalara göre daha düşük olduğu tespit edildi. Bu durum çalışmamızda da tespit edildiği gibi bekâr hastaların hastalık sürecinde psikolojik/psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyma oranlarının diğer gruplara göre daha yüksek olmasına bağlanmıştır.

Hastaların hastalık sürecinde ümitsizliğe düşüp kendine zarar verecek eylem düşüncelerine göre psikolojik durumlarına ilişkin bilgiler değerlendirildi

Ümitsizlik ve Depresif Semptomlar

Ümitsizlik, depresyonun temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilir ve genellikle bireyin geleceğe dair beklentilerinde ciddi bir negatiflik yaşadığı durumlarda ortaya çıkar. Çalışmamızda, kendine zarar verme düşünceleri olan hastalarda depresif semptomların daha yaygın olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, Walker ve arkadaşlarının kanser hastalarında depresyonun yaygınlığını ele aldığı çalışmasıyla uyumludur [270]. Ümitsizlik, hastanın yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu doğrudan etkileyen bir faktördür.

Psikolojik/Psikiyatrik Destek Arayışı

Çalışmamızda kendine zarar verme düşüncesi taşıyan hastalarda psikolojik destek alma oranının daha yüksek bulunması, bu bireylerin yardım arama davranışı geliştirdiğini göstermektedir. Ancak, bu destek arayışının genellikle kriz durumlarında ortaya çıkması, proaktif bir psikososyal müdahale ihtiyacını vurgular. Bir çalışmada kanser hastalarında psikolojik desteğin etkin bir şekilde entegre edilmesinin intihar düşüncelerini azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir [271] .

Psikolojik Destek İhtiyacı

Çalışmamızda ümitsizlik yaşayan bireylerin psikolojik desteğe ihtiyaç duyma oranının daha yüksek olması bulgusu, kanser hastalarının duygusal durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulgu, psiko-onkoloji hizmetlerinin önemini ve multidisipliner yaklaşımların gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Bütün bu bilgiler ışığında pasif veya aktif intihar düşüncesi olan hastalar ile depresyon ve anksiyete belirtileri olan hastalar, intihar davranışı riski açısından derhal değerlendirilmelidir; aktif intihar düşüncesi olan hastalar genellikle bir ruh sağlığı klinisyeni tarafından değerlendirilmek üzere acil sevk veya hastane acil servisine yönlendirilmelidir

MEME KANSERİ PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Araştırmamız, meme kanseri tanısı alan hastalarda anksiyete semptomlarının, kolon kanseri ya da diğer kanser türlerinden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Meme kanseri, kadınlarda en sık teşhis edilen kanser türü olup, dünya genelinde kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin ikinci en yaygın nedenidir [42] . Beden imajı, kişinin görünüşüne dair doğrudan kişisel algısı ve değerlendirmesidir; dolayısıyla, beden imajı memnuniyetsizliği ciddi şekilde bozulmuş psikososyal iyilik haline yol açabilir [134] . Çok sayıda çalışmaya göre, meme kanseri hastaları tanı sonrası süreçte depresyon ve anksiyeteye daha yatkındır [95] .

Meme kanserinin genellikle kadınları etkilemesi, fiziksel görünüm ve kimlik algısı üzerindeki etkileri nedeniyle hastalarda kaygı düzeylerinin artmasına yol açmaktadır. Bu bulgu, meme kanseri teşhisinin bireylerin zihinsel sağlığı üzerinde daha derin psikolojik etkiler yaratabileceğine işaret etmektedir.

Anksiyetenin erken teşhisi, hem yaşam kalitesini artırmak hem de tedaviye uyumu güçlendirmek adına önemlidir. Meme kanseri hastalarının yoğun kaygılarla başa çıkabilmesi için psikososyal destek, stres yönetimi, bilişsel-davranışçı terapi gibi tedavi yöntemlerinin uygulanması, uzun vadeli olumlu etkiler yaratabilir. Bu bulgular, meme kanseri hastalarının psikososyal destek ihtiyaçlarının daha kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

HASTALIĞI ÖĞRENME ŞEKLİ

Araştırmada yer alan hastaların hastalıklarını öğrenmelerine yönelik bilgileri incelendiğinde Hastaların %23,4'ünün hastalığı hakkında detaylı bilgi sahibi olduğu, %70,8'inin hastalığı hakkında kısmen bilgi sahibi olduğu, %5,8'inin hastalığı hakkında bilgisi olmadığı görülmüştür. Hastaların %87'sinin hastalığını takip eden doktordan öğrendiği ve bu hastalara kimden öğrenmek isterdiniz diye sorulduğunda çoğunluğunun doktordan öğrenmek istediği tespit edildi. Bu çalışmada hastaların çoğu tanısının ne olduğunu doktordan duymak istedikleri ve bu hastaların çoğunluğuna da doktoru tarafından söylendiği ama çoğunluğun tanısının ne olduğu hakkında kısmen bilgi sahibi olduğu tespit edildi. Bu veriler bize hastaların doktorlarına güvendiğini, doktorların tanı söyleme aşamasında hastanın anlayacağı düzeyde yeterli bilgi vermediğini ya da hastaların eğitim düzeyiyle ilişkili olarak hastalık süreciyle ilgili bilgilendirmeyi yeterli düzeyde anlamlandıramamasını göstermektedir.

Hastalığının söylenme şeklinden rahatsız olma oranı %11 olduğu bunların %23,5'inin hastalığını dolaylı olarak aile üzerinden alıştırılarak söylenmesini, %58.8'inin hastalığını daha olumlu, sakin ve sabırlı olarak söylenmesini ve %17.6'sının hastalığının direk kanser olduğunun söylenmesini istediği saptandı. Hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olan hastaların hastalık öncesi psikiyatrik hastalık bulunma oranının hastalığı öğrenme şeklinden rahatsız olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca, hastalığı öğrenme biçiminden rahatsızlık duyan hastaların ümitsizliğe kapılma ve kendine zarar verme eğiliminde olma oranlarının, öğrenme biçiminden rahatsız olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum, kanser teşhisinin nasıl iletildiği ve hastanın bunu nasıl algıladığı konusunun önemini vurgulamaktadır. Northouse ve arkadaşları, hastalığın iletişim sürecindeki yetersizliklerin, hastalarda stres ve umutsuzluk duygularını artırdığını belirtmektedir [272] . Dolayısıyla, teşhis bilgisinin açık, duyarlı ve destekleyici bir şekilde sunulması, hastanın psikososyal sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratmakta ve kendine zarar verme riskini azaltmaktadır.

Hastaların ilk tanı aldığı anda %78,6'sının tedaviye başlamak istediği, %78,6'sının aynı hastalığa yakalanmış bir hastaya tedavi almasını önerdiği, %76,3'ünün hastalığın tedaviye yanıt verdiğini, tedaviye yönelik beklentiyi hastaların %4,5'inin "Tıbbi Tedavilerle İyileşeceğim" olarak belirlendi. Bu bulgular bilinen aksine kanser hastalarının çoğunluğunun verilen tedaviye güven duyduğunu göstermektedir.

Kanser hastalarında yapılan çalışmada, hastalık hakkında detaylı bilgiye sahip olan bireylerin, kısmen bilgisi olan veya hiç bilgisi olmayanlara göre daha yüksek oranda anksiyete ve depresif semptomlar yaşadığı tespit edildi. Bu bulgu, bilgi düzeyi ile psikolojik yük arasındaki karmaşık ilişkiye işaret etmektedir. Hastalığın ciddi sonuçları ve tedavi süreçlerinin zorluğu hakkında detaylı bilgiye sahip olmak, bireylerde kaygı ve umutsuzluk duygularını artırabilir. Bununla birlikte, bilgisi sınırlı olan bireylerin belirsizliğe bağlı kaygıları da göz ardı edilmemelidir. Klinik pratikte, hastalara sunulan bilginin miktarı kadar, bilginin nasıl iletildiği ve duygusal destekle nasıl dengelendiği de kritik öneme sahiptir.

TEDAVİYİ AKSATMA

Araştırma bulguları, tedaviyi aksatan veya tamamen bırakan kanser hastalarının yaş gruplarına ve psikososyal durumlarına bağlı olarak farklı özellikler taşıdığını göstermektedir. Özellikle 18–40 yaş grubundaki hastaların tedaviyi aksatma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu yaş grubunun yaşam dinamikleri, tedavi sürecine dair farklı algıları veya geleceğe yönelik kaygıları ile ilişkilendirilebilir. Bu bireyler, kariyer, aile kurma veya sosyal yaşam gibi alanlarda hastalıkla çelişen önceliklere sahip olabilir ve tedavinin uzun süreli etkilerine karşı daha dirençsiz olabilirler. Buna karşılık, 40–65 yaş grubundaki hastaların tedaviye daha bağlı olması, bu grubun genellikle daha oturmuş bir yaşam düzenine ve sorumluluk bilincine sahip olmasıyla açıklanabilir.

Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, çalışmamızda tedaviyi aksatan hastaların psikolojik destek alma oranlarını ve ümitsizlik duyguları ve kendine zarar verme düşüncelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu hastaların tedavi sürecinde daha fazla duygusal zorluk yaşadığını göstermektedir. Bu grup, ümitsizlik duyguları ve kendine zarar verme düşüncelerine daha yatkındır, bu da tedaviye olan bağlılıklarını etkileyebilir. Bu durum, tedavi sürecinde daha yoğun psikososyal destek mekanizmalarının devreye sokulması gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle genç yaş gruplarındaki hastalara yönelik, hastalık sürecini anlamalarına ve duygusal dayanıklılıklarını artırmalarına yardımcı olacak programlar

geliştirilmesi kritik öneme sahiptir. Bu şekilde, tedavi sürecindeki uyum artırılabilir ve psikolojik riskler azaltılabilir.

TEDAVİNİN YAN ETKLERİ

Kanser ile ilişkili yorgunluk kanserden sağ kurtulanların üçte ikisinden fazlasında en sık görülen kronik bir sorundur ve yaklaşık %40'ı tedaviden sonra en az altı ay boyunca bunu şiddetli olarak tanımlamaktadır [273] . Hastalar tarafından günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yetenekleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisi nedeniyle, mide bulantısı, kusma, uyku sorunları, ağrı ve depresyondan bile daha fazla, tedavinin en rahatsız edici yan etkisi olarak tanımlanmaktadır [273] . Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kanser hastalarını en çok zorlayan şikâyet %20,8 ile yorgunluk bulunmuştur. Yorgunluk uyku sorunları, depresyon, ağrı, ilaç yan etkileri, beslenme dengesizliği ve fiziksel hareketsizlik gibi çeşitli eşlik eden hastalıklarla ilişkilidir [273] .Yorgunluk şikâyetinin tedavi uyumunda sosyal ve mesleki işlevsellikte bozukluğa neden olmasından dolayı kanser hastalarından alınan anemnezde yorgunluk mutlaka sorgulanıp tedavi edilmelidir.

Kanser hastaları, genelde uykuya başlama veya sürdürmede zorluk ve geçici uykusuzluk semptomları yaşamaktadırlar [142] . Kanser hastalarında uykusuzluk %30-%60 arasında görülmektedir [274] .Bizim çalışmada tedavi sürecindeki hastaların %5,8'ini en çok zorlayan şikâyet olarak uykusuzluk tespit edildi. Kanser hastalarında, sık sık tekrar eden uykusuzluk semptomları (örneğin, haftada üç kereden fazla ve en az bir ay süren) nedeniyle sosyal ve mesleki alanda işlevselliklerinde bozulma yapmasından dolayı mutlaka her kanser hastasında sorgulanması ve tedavi edilmesi gereken bir şikâyettir. .

Ağrı, bir kişinin fiziksel işlevleri, günlük yaşam aktiviteleri, ruh sağlığı ve sosyal etkileşimler dâhil olmak üzere hayatının çoğu yönünü etkileyen bir semptomdur. Tedaviye dirençli ağrısı olan hastalarda genellikle eşlik eden depresyon ve anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir [72] .Kanser hastalarının ve sağ kalanların %45-59'u ağrı bildirmektedir [275] . Bizim çalışmamızda kanser hastaların tedavi sürecinde %17,5'ni en çok zorlayan şikâyet ağrı olarak belirlendi.

Kanser tanısı alan hastalarda, yaşamı tehdit eden bir hastalığın yarattığı tehlike karşısında kaygı hissetmek yaygın ve normal bir tepkidir. Bu noktada hastalar, ağrı hissetme veya bağımlı ve engelli olma endişesini yaşayabilirler [72] .Çalışmamızda kanser hastaların tedavi sürecinde, %5,8' ni korku/endişe, %18,5' ni bulantı, %9,7' ni iştahsızlık olarak belirlendi.

Yaptığımız çalışmada oranların literatüre göre daha düşük olmasının nedeni hastaların onları en çok zorlayan şikâyetin ne olduğu sorusuna tek cevap verme zorunluluğundan kaynaklanmaktadır.

Araştırmada yer alan hastaların tedavi sürecinde %17,5'inin ağrı, %18,5'inin bulantı, %20,8'inin yorgunluk en çok rahatsız eden şikâyet olduğu tespit edildi

Kanser tedavileri genellikle cerrahi, kemoterapi, radyasyon tedavisi, hormon tedavisi ve/veya bu yöntemlerin bir kombinasyonunu içerir. Bu tedaviler, daha sonra bir kanser hastasının reçete edildiği gibi tedaviyi tamamlama, bağımsız bir şekilde işlev görme, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve yüksek bir yaşam kalitesiyle yaşama yeteneğini etkileyen çok sayıda fiziksel ve psikolojik yan etkiye yol açar. Çalışmamızda hastaların %11'inin tedavi sürecinde tedaviyi bıraktığı veya aksattığı belirlenmiş olup %6,5'inin yan etkilerden, dolayı tedaviyi bıraktığı veya aksattığı saptandı. Bu verilerden yola çıkarak kanser hastalarında, sık sık tekrar eden bulantı, yorgunluk, ağrı semptomları nedeniyle sosyal, mesleki alanda işlevselliklerinde bozulma, tedavide aksama yapmasından dolayı mutlaka her kanser hastasında sorgulanması ve tedavi edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, kanser hastalarının yaşadığı psikososyal sorunların kapsamını ve bu sorunlarla ilişkili faktörleri ortaya koymuştur. Bulgular, kanser hastalarında ümitsizlik, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin yaygın olduğunu ve bu durumların bireylerin psikolojik destek ihtiyacını artırdığını göstermektedir. Özellikle, ümitsizliğe düşerek kendine zarar verme düşüncesi geliştiren hastalarda depresif semptomların daha sık görüldüğü tespit edildi. Bu bulgu, psikolojik değerlendirmelerin kanser tedavi süreçlerinde sistematik bir şekilde yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Ayrıca, psikiyatrik hastalık geçmişi olan bireylerin daha yüksek düzeyde destek ihtiyacı duyduğu ve manevi destek eksikliğinin bu süreci zorlaştırdığı belirlendi. Maneviyat, birçok hasta için önemli bir başa çıkma mekanizmasıdır; bu nedenle sağlık sistemlerinin manevi danışmanlık ve destek hizmetlerini güçlendirmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, kanser tedavisinde fiziksel sağlık kadar psikososyal refahın da dikkate alınması gerekmektedir. Psiko-onkoloji alanındaki uzmanların sağlık ekiplerine entegrasyonu, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve tedaviye uyumlarını desteklemek açısından kritik bir öneme sahiptir. Çalışmanın sonuçları, multidisipliner yaklaşımların ve bireyselleştirilmiş destek programlarının geliştirilmesine yönelik önemli bir rehber niteliğindedir. Gelecekteki çalışmalar, farklı demografik gruplarda bu bulguların kapsamını genişletmek için tasarlanmalıdır.

ÖNERİLER

Kanser hastalarında psikososyal sorunların tespitine yönelik çalışmalar, bu hastaların yaşam kalitesini artırmak ve tedavi süreçlerini desteklemek adına büyük bir önem taşımaktadır. Bu kapsamda, multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi, kanser tedavisinin yalnızca fiziksel boyutlarıyla değil, psikososyal etkileriyle de ele alınmasını sağlayacaktır.

Psikososyal Destek Hizmetlerinin Entegrasyonu:

Psikolojik/psikiyatrik destek hizmetlerinin, onkoloji merkezlerinde standart bir uygulama haline getirilmesi önerilmektedir. Psiko-onkoloji uzmanları, hastaların depresyon, anksiyete ve ümitsizlik gibi sorunlarına erken dönemde müdahale edebilir. Ayrıca, tedavi sürecinde

düzenli psikososyal değerlendirmeler yapılmalı ve risk altındaki bireyler tespit edilerek destek programlarına yönlendirilmelidir.

Manevi Destek Hizmetlerinin Güçlendirilmesi:

Maneviyatın, birçok hastanın başa çıkma mekanizmasında kritik bir rol oynadığı göz önünde bulundurularak, manevi destek programlarının geliştirilmesi önemlidir. İnanç temelli destek grupları veya manevi danışmanlık hizmetleri, özellikle manevi destek eksikliği yaşayan hastalar için etkili olabilir.

Hasta ve Aile Eğitimi:

Hastalar ve aile üyeleri için düzenlenecek eğitim programları, psikososyal sorunların fark edilmesi ve çözüm yollarının öğrenilmesini destekleyecektir. Eğitim programlarında, stresle başa çıkma stratejileri, psikolojik destek hizmetlerinin önemi ve bu hizmetlere erişim yolları vurgulanmalıdır.

Araştırmaların Genişletilmesi:

Psikososyal sorunların çeşitli demografik gruplar üzerindeki etkisini inceleyen geniş kapsamlı çalışmalar, bu alandaki bilgi eksikliklerini doldurabilir. Özellikle farklı kültürel bağlamlarda manevi destek, anksiyete ve depresyonun etkilerinin incelenmesi önerilmektedir.

Bu öneriler, kanser hastalarının psikolojik dayanıklılığını artırmak ve tedavi süreçlerine olumlu katkı sağlamak için bir yol haritası sunmaktadır.

7.KAYNAKÇA

- [1] “Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2015;36:359-386.”.
- [2] “Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. Globocan 2012 V1.0, Dünya çapında kanser insidansı ve mortalite: Iarc Cancer Base No. 11 Lyon, Fransa: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı; 2013.”.
- [3] “Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, et al. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 282: 85-92”.
- [4] “Jiang W, Lu Z, Yuan Y. Special issue for psychosomatic medicine. *General Psychiatry* 2022;35:e100961. doi:10.1136/ gpsych-2022-100961”.
- [5] “Steven DP, Kenneth LK. Management of psychiatric and psychologic disorders in patients with cancer. *Psycho-oncology* 2012”.
- [6] “Veeraiah S, Chidambaram S, Sudhakar R, Ganesharaja S, Krishnamurthy A, Dhanushkodi M, et al. (2022) Psychosocial issues and concerns of cancer patients due to COVID-19 pandemic lockdown. *PLOS Glob Public Health* 2(9”.
- [7] “Anuk D, Özkan M, Alçalar N. İ. Ü. İ. İ. F. Konsültasyon – liyezon psikiyatrisi bilim dalı psikoonkoloji çalışmalarının 2 yıllık dökümü. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*”.
- [8] “Amerikan Kanser Topluluğu, (2022 a). The History of Cancer. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6055.00.pdf>.”.
- [9] “Mayo Clinic., Cancer. <https://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/cancer/symptoms-causes/syc-203705>”.
- [10] “Amerikan Kanser Topluluğu, (2022 b). Cancer A-Z. <https://www.cancer.org/cancer.html>”.
- [11] “Atıcı, E. (2007). Tıp Tarihinde Kanser Ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(4), 197- 204”.
- [12] “Ören, K., ve Yüksel, H. (2012). Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı. *Hak İş Uluslararası Emek Ve Toplum Dergisi*, 1(1).”.
- [13] “HSGM, (2022 a) Kanser Nedir. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri>”.
- [14] “Saini, A., Kumar, M., Bhatt, S., Saini, V., ve Malik, A. (2020). Cancer Causes and Treatments. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 11, 3109”.
- [15] “Burton, T. and Etland, C. (2020). Black Feminist Thought: A Paradigm To Examine Breast Cancer Disparities. *Nursing Research*, 69(4), 272-279”.
- [16] “Desantis, C., Ma, J., Bryan, L., ve Jemal, A. (2014). Breast Cancer Statistics, 2013. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(1), 52-62.”.
- [17] “Bayık, A. (1989). Kanser Epidemiyolojisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 58-71”.
- [18] “WHO, (2020 a). World Cancer Report 2020, <https://publications.iarc.fr/586>”.
- [19] “Sağlık Bakanlığı. (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Yayını. Ankara”.

- [20] “Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara”.
- [21] “Globocan 2020, International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory, <https://gco.iarc.fr>”.
- [22] “TÜİK. (2020) Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/>”.
- [23] “Abbas Z, Rehman S. An overview of cancer treatment modalities. *Neoplasm* 2018; 1: 139–157”.
- [24] “Charmsaz S, Collins DM, Perry AS, et al. Novel strategies for cancer treatment: highlights from the 55th IACR annual conference. *Cancers* 2019; 11: 1125”.
- [25] “Arruebo M, Vilaboa N, Sáez-Gutierrez B, et al. Assessment of the evolution of cancer treatment therapies. *Cancers* 2011; 3: 3279–3330”.
- [26] “Moses MA, Brem H, Langer R. Advancing the field of drug delivery: taking aim at cancer. *Cancer Cell* 2003; 4(5): 337–341.”.
- [27] “Shapira A, Livney YD, Broxterman HJ, et al. Nanomedicine for targeted cancer therapy: towards the overcoming of drug resistance. *Drug Resist Updat* 2011; 14(3): 150–163”.
- [28] “Mondal J, Panigrahi AK, Khuda-Bukhsh AR. Conventional chemotherapy: problems and scope for combined therapies with certain herbal products and dietary supplements. *Austin J Mol Cell Biol* 2014; 1: 10.”.
- [29] “El-Readi MZ, Althubiti MA. Cancer nanomedicine: a new era of successful targeted therapy. *J Nanomater* 2019; 2019: 4927312.”.
- [30] “Naji A, Eitoku M, Favier B, et al. Biological functions of mesenchymal stem cells and clinical implications. *Cell Mol Life Sci* 2019; 76(17): 3323–3348”.
- [31] “National Cancer Institute. Targeted cancer therapies. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2020.”.
- [32] “Adjei IM, Blanka S. Modulation of the tumor microenvironment for cancer treatment: a biomaterials approach. *J Funct Biomater* 2015; 6: 81–103.”.
- [33] “Valter K, Chen L, Kruspig B, et al. Contrasting effects of glutamine deprivation on apoptosis induced by conventionally used anticancer drugs. *Biochim Biophys Acta Mol Cell Res* 2017; 1864(3): 498–506.”.
- [34] “Weber WA. Positron emission tomography as an imaging biomarker. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3282–3292.”.
- [35] “Citri A, Yarden Y. EGF-ERBB signalling: towards the systems level. *Nat Rev Mol Cell Biol* 2006; 7(7): 505–516.”.
- [36] “Luo J, Manning BD, Cantley LC. Targeting the PI3K-Akt pathway in human cancer: rationale and promise. *Cancer Cell* 2003; 4(4): 257–262”.
- [37] “Pucci C, Martinelli C, Ciofani G. Innovative approaches for cancer treatment: current perspectives and new challenges. *ecancer* 2019; 13: 961”.
- [38] “American Cancer Society. Ablation for liver cancer. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2019”.
- [39] “Halliwell B. Oxidative stress and cancer: have we moved forward? *Biochem J* 2007; 401: 1–11.”.
- [40] “Bernardini S, Tiezzi A, Laghezza Masci V, et al. Natural products for human health: an historical overview of the drug discovery approaches. *Nat Prod Res* 2018; 32(16): 1926–1950.”.
- [41] “Chikara S, Nagaprashantha LD, Singhal J, et al. Oxidative stress and dietary phytochemicals: role in cancer chemoprevention and treatment. *Cancer Lett* 2018; 413: 122–134”.
- [42] “Watkins EJ. Overview of breast cancer. *JAAPA*. 2019 Oct;32(10):13-17”.

- [43] “Alex A, Bhandary E, McGuire KP. Anatomy and Physiology of the Breast during Pregnancy and Lactation. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1252:3-7.”
- [44] “Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, Zaguia A, Koundal S, Belay A. Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *Biomed Res Int.* 2022;2022:9605439.”
- [45] “Parada H, Sun X, Tse CK, Olshan AF, Troester MA. Lifestyle Patterns and Survival Following Breast Cancer in the Carolina Breast Cancer Study. *Epidemiology.* 2019 Jan;30(1):83-92.”
- [46] “Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249”.
- [47] “Ramalingam SS, Khuri FR. (eds) Lung cancer. Doi. 10.1002/9781118592168.ch1”.
- [48] “Labianca, R. et al. (2010) ‘Colon cancer’, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 74(2), pp. 106–133. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.010.”
- [49] “Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, Rebecca L, et al. (2018) ‘Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries’, *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), pp. 394–424”.
- [50] “ARC. 2018. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. <https://www.iarc.who.int> erişim tarihi: 15.06.2024”.
- [51] “Dyba, T. et al. (2021) ‘The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers’, *European Journal of Cancer*, 157, pp. 308–347. doi:10.1016/j.ejca.2021.07.039”.
- [52] “Ouakrim, D.A. et al. (2015) ‘Trends in colorectal cancer mortality in Europe: Retrospective analysis of the WHO mortality database’, *The BMJ*, 351, pp. 1– 10. doi:10.1136/bmj.h4970”.
- [53] “World Health Organization (WHO) (2018) Latest global cancer data. Press release no. 263, <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>.”
- [54] “Mitchell, AJ, Chan, M, Bhatti, H, Halton, M, Grassi, L, Johansen, C and Meader, N (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology* 12, 160–174”.
- [55] “Grassi, L and Riba, M (eds) (2012) *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective*”.
- [56] “aruso, R, Nanni, MG, Riba, MB, Sabato, S and Grassi, L (2017) The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *International Review of Psychiatry* 29, 389–402”.
- [57] “Holland, JC (2002) History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine* 64, 206–221.”
- [58] “Adler, NE, Page, A and National Institute of Medicine Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting (2008) *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, DC: National Academies Press”.
- [59] “Holland, J, Watson, M and Dunn, J (2011) The IPOS new international standard of quality cancer care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology* 20, 677–680”.
- [60] “Wagner, LI, Spiegel, D and Pearman, T (2013) Using the science of psychosocial care to implement the new American College of Surgeons Commission on cancer distress

- screening standard. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 11, 214–221”.
- [61] “Travado, L, Bultz, BD, Ullrich, A, Asuzu, CC, Turner, J, Grassi, L and Jacobsen, P (2017a) 2016 President’s plenary international psycho-oncology society: challenges and opportunities for growing and developing psychosocial oncology programmes worldwide. *Psycho-oncology* 26, 1231–1238”.
- [62] “Grassi, L, Fujisawa, D, Odyio, P, Asuzu, C, Ashley, L, Bultz, B, Travado, L, Fielding, R and IPOS Federation of Psycho-oncology Societies’ coauthors (2016) Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psycho-oncology Societies. *Psycho-Oncology* 25, 1127–1136”.
- [63] “[Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3.2:343].”
- [64] “Suppli NP, Johansen C, Christensen J, et al. Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide population-based cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. *J Clin Oncol* 2014; 32:3831”.
- [65] “Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* 2014; 32:1605”.
- [66] “Snyderman D, Wynn D. Depression in cancer patients. *Prim Care* 2009; 36:703.”
- [67] “Rottmann N, Hansen DG, Hagedoorn M, et al. Depressive symptom trajectories in women affected by breast cancer and their male partners: a nationwide prospective cohort study. *J Cancer Surviv* 2016; 10:915.”
- [68] “Lloyd S, Baraghoshi D, Tao R, et al. Mental Health Disorders are More Common in Colorectal Cancer Survivors and Associated With Decreased Overall Survival. *Am J Clin Oncol* 2019; 42:355”.
- [69] “Lu.D, Andersson TM, Fall K, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol* 2016; 2:1188.”
- [70] “American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, 2013”.
- [71] “Li.M, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30:1187”.
- [72] “Miller K, Massie MJ. Oncology. In: The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry, Third Edition, Levenson JL (Ed), American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC 2019. p.625.”
- [73] “Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1376”.
- [74] “Ashing-Giwa K, Rosales M, Lai L, Weitzel J. Depressive symptomatology among Latina breast cancer survivors. *Psychooncology* 2013; 22:845.”.
- [75] “Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013; 14:721.”.
- [76] “Sutton TL, Koprowski MA, Grossblatt-Wait A, et al. Psychosocial distress is dynamic across the spectrum of cancer care and requires longitudinal screening for patient-centered care. *Support Care Cancer* 2022; 30:4255.”.
- [77] “Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24:5132.”.

- [78] “Boyes AW, Girgis A, D’Este C, Zucca AC. Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6months after diagnosis. *J Affect Disord* 2011; 135:184.”.
- [79] “Andrykowski MA, Steffens RF, Bush HM, Tucker TC. Disparities in mental health outcomes among lung cancer survivors associated with ruralness of residence. *Psychooncology* 2014; 23:428”.
- [80] “Bifulco G, De Rosa N, Tornesello ML, et al. Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: a comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. *Gynecol Oncol* 2012; 124:444.”.
- [81] “Sharp L, Carsin AE, Timmons A. Associations between cancer-related financial stress and strain and psychological well-being among individuals living with cancer. *Psychooncology* 2013; 22:745.”.
- [82] “Thong MS, Mols F, Verhoeven RH, et al. Multiple primary cancer survivors have poorer health status and well-being than single primary cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. *Psychooncology* 2013; 22:1834.”.
- [83] “Gerbi GB, Ivory S, Archie-Booker E, et al. Factors associated with self-reported history of depression diagnosis among cancer survivors aged 18 years and over in the United States. *Psychooncology* 2018; 27:2039.”.
- [84] “Clark CJ, Fino NF, Liang JH, et al. Depressive symptoms in older long-term colorectal cancer survivors: a population-based analysis using the SEER-Medicare healthcare outcomes survey. *Support Care Cancer* 2016; 24:3907”.
- [85] “Oancea SC, Cheruvu VK. Psychological distress among adult cancer survivors: importance of survivorship care plan. *Support Care Cancer* 2016; 24:4523.”.
- [86] “Liu J, Peh CX, Simard S, et al. Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *J Psychosom Res* 2018; 111:120”.
- [87] “Rincones O, Smith A’, Naher S, et al. An Updated Systematic Review of Quantitative Studies Assessing Anxiety, Depression, Fear of Cancer Recurrence or Psychological Distress in Testicular Cancer Survivors. *Cancer Manag Res* 2021; 13:3803.”.
- [88] “Schefter A, Thomaier L, Jewett P, et al. Cross-sectional study of psychosocial well-being among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual gynecologic cancer survivors. *Cancer Rep (Hoboken)* 2022; 5:e1461”.
- [89] “Bamishigbin ON, Stein KD, Leach CR, Stanton AL. Spirituality and depressive symptoms in a multiethnic sample of cancer survivors. *Health Psychol* 2020; 39:589.”.
- [90] “Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30:1197”.
- [91] “Rodin G, An E, Shnall J, Malfitano C. Psychological Interventions for Patients With Advanced Disease: Implications for Oncology and Palliative Care. *J Clin Oncol* 2020; 38:885.”.
- [92] “Mehnert A, Brähler E, Faller H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014; 32:3540.”.
- [93] “Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology* 2008; 17:660”.
- [94] “Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, et al. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics* 2009; 50:383.”.
- [95] “Hill J, Holcombe C, Clark L, et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med* 2011; 41:1429.”.

- [96] “Henry M, Sargi E, Frenkiel S, et al. Longitudinal study indicating antecedent psychosocial vulnerability as predictor of anxiety disorders post-treatment in people with head and neck cancer. *Psychooncology* 2021; 30:1910.”.
- [97] “Brown SL, Hope-Stone L, Heimann H, et al. Predictors of anxiety and depression 2 years following treatment in uveal melanoma survivors. *Psychooncology* 2018; 27:1727”.
- [98] “Braamse AM, van Turenhout ST, Terhaar Sive Droste JS, et al. Factors associated with anxiety and depressive symptoms in colorectal cancer survivors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2016; 28:831”.
- [99] “Graells-Sans A, Serral G, Puigpinós-Riera R, Grupo Cohort DAMA. Social inequalities in quality of life in a cohort of women diagnosed with breast cancer in Barcelona (DAMA Cohort). *Cancer Epidemiol* 2018; 54:38.”.
- [100] “American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), 2022”.
- [101] “Smith A’, Wu VS, Lambert S, et al. A systematic mixed studies review of fear of cancer recurrence in families and caregivers of adults diagnosed with cancer. *J Cancer Surviv* 2022; 16:1184.”.
- [102] “Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, et al. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology* 2010; 19:734.”.
- [103] “Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* 2020; 382:266.”.
- [104] “Voigt V, Neufeld F, Kaste J, et al. Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psychooncology* 2017; 26:74”.
- [105] “Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry* 2017; 4:330.”.
- [106] “Swartzman S, Booth JN, Munro A, Sani F. Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017; 34:327”.
- [107] “Abbey G, Thompson SB, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology* 2015; 24:371.”.
- [108] “Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, et al. Post-traumatic stress outcomes in non-Hodgkin’s lymphoma survivors. *J Clin Oncol* 2008; 26:934.”.
- [109] “Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008; 64:383.”.
- [110] “Moschopoulou E, Hutchison I, Bhui K, Korszun A. Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners. *Support Care Cancer* 2018; 26:3003.”.
- [111] “Liang J, Lee SJ, Storer BE, et al. Rates and Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology among Adult Hematopoietic Cell Transplant Recipients and Their Informal Caregivers. *Biol Blood Marrow Transplant* 2019; 25:145.”.
- [112] “Fenech AL, Van Benschoten O, Jagielo AD, et al. Post-Traumatic Stress Symptoms in Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. *Transplant Cell Ther* 2021; 27:341.e1.”.
- [113] “Stuber ML, Meeske KA, Krull KR, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics* 2010; 125:e1124.”.
- [114] “Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, et al. Post-traumatic stress symptoms in long-term non-Hodgkin’s lymphoma survivors: does time heal? *J Clin Oncol* 2011; 29:4526.”.

- [115] “Beckjord EB, Reynolds KA, van Londen GJ, et al. Population-level trends in posttreatment cancer survivors’ concerns and associated receipt of care: results from the 2006 and 2010 LIVESTRONG surveys. *J Psychosoc Oncol* 2014; 32:125”.
- [116] “Park CL, Cho D, Blank TO, Wortmann JH. Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychooncology* 2013; 22:1630”.
- [117] “Ozga M, Aghajanian C, Myers-Virtue S, et al. A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliat Support Care* 2015; 13:1771.”.
- [118] “[McGinty HL, Small BJ, Laronga C, Jacobsen PB. Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2016; 35:1.”.
- [119] “Lebel S, Tomei C, Feldstain A, et al. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors’ health care use? *Support Care Cancer* 2013; 21:901.”.
- [120] “Mehnert A, Koch U, Sundermann C, Dinkel A. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta Oncol* 2013; 52:1102”.
- [121] “Kim Y, Carver CS, Spillers RL, et al. Dyadic effects of fear of recurrence on the quality of life of cancer survivors and their caregivers. *Qual Life Res* 2012; 21:517”.
- [122] “Koch L, Bertram H, Eberle A, et al. Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors-still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the cancer survivorship--a multi-regional population-based study. *Psychooncology* 2014; 23:547.”.
- [123] “Koch-Gallenkamp L, Bertram H, Eberle A, et al. Fear of recurrence in long-term cancer survivors-Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychol* 2016; 35:1329”.
- [124] “Lebel S, Beattie S, Arès I, Bielajew C. Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2013; 32:695”.
- [125] “Cessna Palas JM, Hyland KA, Nelson AM, et al. An examination of the relationship of patient modifiable and non-modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer* 2021; 29:869”.
- [126] “Simonelli LE, Siegel SD, Duffy NM. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology* 2016”.
- [127] “Syrjala KL, Sutton SK, Jim HS, et al. Cancer and treatment distress psychometric evaluation over time: A BMT CTN 0902 secondary analysis. *Cancer* 2017; 123:1416.”.
- [128] “Ploos van Amstel FK, van den Berg SW, van Laarhoven HW, et al. Distress screening remains important during follow-up after primary breast cancer treatment. *Support Care Cancer* 2013; 21:2107”.
- [129] “Epstein JB, Phillips N, Parry J, et al. Quality of life, taste, olfactory and oral function following high-dose chemotherapy and allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplant* 2002; 30:785.”.
- [130] “Jansen L, Koch L, Brenner H, Arndt V. Quality of life among long-term (≥ 5 years) colorectal cancer survivors--systematic review. *Eur J Cancer* 2010; 46:2879.”.
- [131] “Bradley S, Rose S, Lutgendorf S, et al. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2006; 100:479.”.
- [132] “Banks E, Byles JE, Gibson RE, et al. Is psychological distress in people living with cancer related to the fact of diagnosis, current treatment or level of disability? Findings from a large Australian study. *Med J Aust* 2010; 193:S62.”.
- [133] “Schootman M, Deshpande AD, Pruitt SL, et al. National estimates of racial disparities in health status and behavioral risk factors among long-term cancer survivors and non-cancer controls. *Cancer Causes Control* 2010; 21:1387.”.

- [134] “Stokes R, Frederick-Recascino C. Women’s perceived body image: relations with personal happiness. *J Women Aging* 2003;15:17–29. 10.1300/J074v15n01_03”.
- [135] “Brunet J, Price J, Harris C. Body image in women diagnosed with breast cancer: a grounded theory study. *Body Image* 2022;41:417–31”.
- [136] “Chopra D, Lacourt T. Depression is associated with higher body image concerns in cancer patients with either visible or non-visible tumors: findings from a psychiatric oncology clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2021;71:130–1”.
- [137] “Sun L, Ang E, Ang WHD, et al.. Losing the breast: a meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psychooncology* 2018;27:376–85”.
- [138] “Bower JE, Bak K, Berger A, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol* 2014; 32:1840.”.
- [139] “Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? *Arch Intern Med* 2004; 164:1999”.
- [140] “Johansson AK, Grimby A. Anticipatory grief among close relatives of patients in hospice and palliative wards. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 29:134.”.
- [141] “Peteet JR, Maytal G, Rokni H. Unimaginable loss: contingent suicidal ideation in family members of oncology patients. *Psychosomatics* 2010; 51:166.”.
- [142] “Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S, et al. A Pan-Canadian practice guideline: prevention, screening, assessment, and treatment of sleep disturbances in adults with cancer. *Support Care Cancer* 2013; 21:2695”.
- [143] “Palesh OG, Roscoe JA, Mustian KM, et al. Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol* 2010; 28:292”.
- [144] “Savard J, Ivers H, Villa J, et al. Natural course of insomnia comorbid with cancer: an 18-month longitudinal study. *J Clin Oncol* 2011; 29:3580”.
- [145] “Meyer F, Block S. Personality disorders in the oncology setting. *J Support Oncol* 2011; 9:44”.
- [146] “Katz A, Dizon DS. Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors. *J Sex Med* 2016; 13:70”.
- [147] “Jackson SE, Wardle J, Steptoe A, Fisher A. Sexuality after a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer* 2016; 122:3883”.
- [148] “Friedman LC, Barber CR, Chang J, et al. Self-blame, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. *J Cancer Educ* 2010; 25:343”.
- [149] “Lebel S, Feldstain A, McCallum M, et al. Do behavioural self-blame and stigma predict positive health changes in survivors of lung or head and neck cancers? *Psychol Health* 2013; 28:1066.].”.
- [150] “Logan S, Perz J, Ussher JM, et al. Systematic review of fertility-related psychological distress in cancer patients: Informing on an improved model of care. *Psychooncology* 2019; 28:22”.
- [151] “Hammond C, Abrams JR, Syrjala KL. Fertility and risk factors for elevated infertility concern in 10-year hematopoietic cell transplant survivors and case-matched controls. *J Clin Oncol* 2007; 25:3511.].”.
- [152] “Din HN, Singh-Carlson S, Corliss HL, et al. Perceived and Objective Fertility Risk Among Female Survivors of Adolescent and Young Adult Cancer. *JAMA Netw Open* 2023; 6:e2337245.”.

- [153] “Anazodo A, Laws P, Logan S, et al. How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. *Hum Reprod Update* 2019; 25:159”.
- [154] “Quinn GP, Zebrack BJ, Sehovic I, et al. Adoption and cancer survivors: Findings from a learning activity for oncology nurses. *Cancer* 2015; 121:2993”.
- [155] “Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2010; 19:1250”.
- [156] “Pranckeviciene A, Tamasauskas S, Deltuva VP, et al. Suicidal ideation in patients undergoing brain tumor surgery: prevalence and risk factors. *Support Care Cancer* 2016; 24:2963”.
- [157] “Walker J, Hansen CH, Hodges L, et al. Screening for suicidality in cancer patients using Item 9 of the nine-item patient health questionnaire; does the item score predict who requires further assessment? *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:218.].”.
- [158] “Walker J, Hansen CH, Butcher I, et al. Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the ‘suicidal thoughts’ item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics* 2011; 52:424”.
- [159] “Lu D, Fall K, Sparén P, et al. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Ann Oncol* 2013; 24:3112”.
- [160] “Hu X, Ma J, Jemal A, et al. Suicide Risk Among Individuals Diagnosed With Cancer in the US, 2000-2016. *JAMA Netw Open* 2023; 6:e2251863”.
- [161] “Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol* 2007; 18:381”.
- [162] “Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366:1310.].”.
- [163] “Men VY, Emery CR, Yip PSF. Characteristics of cancer patients who died by suicide: A quantitative study of 15-year coronial records. *Psychooncology* 2021; 30:1051”.
- [164] “Carlsson S, Sandin F, Fall K, et al. Risk of suicide in men with low-risk prostate cancer. *Eur J Cancer* 2013; 49:1588”.
- [165] “Seiler A, Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry* 2019; 10:208”.
- [166] “Rosenberg AR, Zhou C, Bradford MC, et al. Assessment of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Adolescent and Young Adult Survivors of Cancer at 2 Years: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2136039”.
- [167] “Jeon M, Yoo IY, Kim S, Lee J. Post-traumatic growth in survivors of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology* 2015; 24:871”.
- [168] “Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2003; 22:487”.
- [169] “Tallman B, Shaw K, Schultz J, Altmaier E. Well-being and posttraumatic growth in unrelated donor marrow transplant survivors: a nine-year longitudinal study. *Rehabil Psychol* 2010; 55:204”.
- [170] “Tuncay T. Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010; 21. Sayı”.
- [171] “Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık. Ed: Okyayuz UH Sağlık Psikolojisi. (1. Baskı, 79-106). *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara 1999”.
- [172] “Aksüllü N. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5: 76-85”.
- [173] “Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal- spiritüel modelin birleştirilmesi; *Ağrı* 2009;21:45-53”.

- [174] “Wang Y., Tian F., Fitzgerald K.C., Bhattarai J.J., Naismith R.T., Hyland M., Calabresi P.A., Mowry E.M. Socioeconomic status and race are correlated with affective symptoms in multiple sclerosis. *Mult. Scler. Relat. Disord.* 2020;41:102010”.
- [175] “Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.-J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N. Engl. J. Med.* 2008;358:2468–2481”.
- [176] “Yousuf Zafar, S. Financial toxicity of cancer care: It’s time to intervene. *J. Natl. Cancer Inst.* 2016, 108, djv370.”.
- [177] “Céilleachair, A.; Costello, L.; Finn, C.; Timmons, A.; Fitzpatrick, P.; Kapur, K.; Staines, A.; Sharp, L. Inter-relationships between the economic and emotional consequences of colorectal cancer for patients and their families: A qualitative study. *BMC Gastroenterol.* 2012, 12, 62”.
- [178] “Park J.-H., Park J.-H., Kim S.-G. Effect of cancer diagnosis on patient employment status: A nationwide longitudinal study in Korea: Effect of cancer diagnosis on patient employment status. *Psychooncology.* 2009;18:691–699”.
- [179] “The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998, 28, 551–558”.
- [180] “Jazieh, A.-R.; Jradi, H.; Da’Ar, O.B.; Alkaiyat, M.; Zafar, Y.; Alolayan, A. Developing, Implementing, and Validating a Social Toxicity Assessment Tool of Cancer. *JCO Glob. Oncol.* 2021, 7, 1522–1528”.
- [181] “Duijts, S.F.A.; Van Egmond, M.P.; Spelten, E.; Van Muijen, P.; Anema, J.R.; Van Der Beek, A.J. Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: A systematic review. *Psycho-Oncol.* 2014, 23, 481–492”.
- [182] “Muzzatti, B.; Annunziata, M.A. Assessing the social impact of cancer: A review of available tools. *Support. Care Cancer* 2012, 20, 2249–2257”.
- [183] “Guadagnoli, E.; Mor, V. Daily living needs of cancer outpatients. *J. Community Health* 1991, 16, 37–47”.
- [184] “Khan HM, Ramsey S, Shankaran V. Financial Toxicity in Cancer Care: Implications for Clinical Care and Potential Practice Solutions. *J Clin Oncol* 2023; 41:3051”.
- [185] “Chidobem I, Tian F, Mgbodile C, et al. Assessing the Relationship between Socioeconomic Status, Race, and Psychological Distress in Cancer Survivors: A Population Based Study. *Curr Oncol* 2022; 29:2575.”.
- [186] “Brown ML, Lipscomb J, Snyder C. The burden of illness of cancer: economic cost and quality of life. *Annu Rev Public Health* 2001;22:91–113”.
- [187] “Greidanus MA, AGEM deB, de Rijk AE. Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: a systematic review of employers’ and survivors’ perspectives. *Psycho Oncology* 2018;27:725–33”.
- [188] “Dewa CS, Trojanowski L, Tamminga SJ, et al.. Work-related experiences of head and neck cancer survivors: an exploratory and descriptive qualitative study. *Disabil Rehabil* 2018;40:1252–8”.
- [189] “Chen S-C, Huang B-S, Hung T-M, et al.. Impact of physical and psychosocial dysfunction on return to work in survivors of oral cavity cancer. *Psychooncology* 2019;28:1910–7”.
- [190] “Hinds, C.; Moyer, A. Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments. *J. Adv. Nurs.* 1997, 26, 371–379”.
- [191] “Hauken, M.A.; Larsen, T.M.B. Young adult cancer patients’ experiences of private social network support during cancer treatment. *J. Clin. Nurs.* 2019, 28, 2953–2965”.

- [192] “Cohen, S.; McKay, G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In *Handbook of Psychology and Health*; Routledge: Oxford, UK, 2020; Volume IV, pp. 253–267”.
- [193] “Almigbal, T.H.; Almutairi, K.M.; Fu, J.B.; Vinluan, J.M.; Alhelih, E.; Alonazi, W.B.; Batais, M.A.; Alodhayani, A.A.; Mubarak, M.A. Assessment of psychological distress among cancer patients undergoing radiotherapy in Saudi Arabia. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2019, 12, 691–700”.
- [194] “Enns, A.; Waller, A.; Groff, S.L.; Bultz, B.D.; Fung, T.; Carlson, L.E. Risk Factors for Continuous Distress Over a 12-Month Period in Newly Diagnosed Cancer Outpatients. *J. Psychosoc. Oncol.* 2013, 31, 489–506”.
- [195] “Peters-Golden, H. Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Soc. Sci. Med.* 1982, 16, 483–491”.
- [196] “Kroenke, C.H.; Kwan, M.L.; Neugut, A.I.; Ergas, I.J.; Wright, J.D.; Caan, B.J.; Hershman, D.; Kushi, L.H. Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res. Treat.* 2013, 139, 515–527”.
- [197] “Lai, C.; Borrelli, B.; Ciurlini, P.; Aceto, P. Sharing information about cancer with one’s family is associated with improved quality of life. *Psycho-Oncol.* 2017, 26, 1569–1575”.
- [198] “Reynolds, P.; Boyd, P.T.; Blacklow, R.S.; Jackson, J.S.; Greenberg, R.S.; Austin, D.F.; Chen, V.W.; Edwards, B.K. The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev. Publ. Am. Assoc. Cancer Res. Cosponsored Am. Soc. Prev. Oncol.* 1994, 3, 253–259”.
- [199] “Sternas, K. Women’s Perceptions of Their Breast Cancer Experience, Coping, Health Promotion Activities and Social Support. In *Nursing Research*; Lippincott Williams & Wilkins Two Commerce SQ, 2001 Market ST; Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, USA, 2016; p. E98”.
- [200] “Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer survivors in the United States: age, health, and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58:82.”.
- [201] “Grunfeld EA, Cooper AF. A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. *Psychooncology* 2012; 21:82”.
- [202] “Tunceli K, Short PF, Moran JR, Tunceli O. Cancer survivorship, health insurance, and employment transitions among older workers. *Inquiry* 2009; 46:17”.
- [203] “Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24:345”.
- [204] “Kirchhoff AC, Leisenring W, Syrjala KL. Prospective predictors of return to work in the 5 years after hematopoietic cell transplantation. *J Cancer Surviv* 2010; 4:33”.
- [205] “de Boer AG, Taskila T, Ojajärvi A, et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301:753”.
- [206] “Drolet M, Maunsell E, Brisson J, et al. Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol* 2005; 23:8305”.
- [207] “Boykoff N, Moieni M, Subramanian SK. Confronting chemobrain: an in-depth look at survivors’ reports of impact on work, social networks, and health care response. *J Cancer Surviv* 2009; 3:223”.
- [208] “Clarke TC, Christ SL, Soler-Vila H, et al. Working with cancer: health and employment among cancer survivors. *Ann Epidemiol* 2015; 25:832”.
- [209] “Zomkowski K, Cruz de Souza B, Pinheiro da Silva F, et al. Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2018; 40:1485”.

- [210] “Lewis J, Mackenzie L, Black D. Workforce participation of Australian women with breast cancer. *Psychooncology* 2020; 29:1156”.
- [211] “de Boer AG, Torp S, Popa A, et al. Long-term work retention after treatment for cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* 2020; 14:135”.
- [212] “McLennan V, Ludvik D, Chambers S, Frydenberg M. Work after prostate cancer: a systematic review. *J Cancer Surviv* 2019; 13:282”.
- [213] “Cooper AF, Hankins M, Rixon L, et al. Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psychooncology* 2013; 22:659”.
- [214] “Torp S, Syse J, Paraponaris A, Gudbergsson S. Return to work among self-employed cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2017; 11:189”.
- [215] “Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, et al. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull* 2008; 134:1”.
- [216] “Kent EE, Rowland JH, Northouse L, et al. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer* 2016; 122:1987”.
- [217] “Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer* 2015; 121:1513”.
- [218] “Ochoa CY, Buchanan Lunsford N, Lee Smith J. Impact of informal cancer caregiving across the cancer experience: A systematic literature review of quality of life. *Palliat Support Care* 2020; 18:220”.
- [219] “Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology* 2010; 19:1013”.
- [220] “Maguire R, Hanly P, Hyland P, Sharp L. Understanding burden in caregivers of colorectal cancer survivors: what role do patient and caregiver factors play? *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018; 27”.
- [221] “Best AL, Shukla R, Adamu AM, et al. Impact of caregivers’ negative response to cancer on long-term survivors’ quality of life. *Support Care Cancer* 2021; 29:679”.
- [222] “Langer SL, Brown JD, Syrjala KL. Intrapersonal and interpersonal consequences of protective buffering among cancer patients and caregivers. *Cancer* 2009; 115:4311”.
- [223] “Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples’ psychosocial adaptation to cancer. *Cancer* 2008; 112:2541”.
- [224] “Hagedoorn M, Puterman E, Sanderman R, et al. Is self-disclosure in couples coping with cancer associated with improvement in depressive symptoms? *Health Psychol* 2011; 30:753”.
- [225] “Tsai W, Nusrath S, Zhu R. Systematic review of depressive, anxiety and post-traumatic stress symptoms among Asian American breast cancer survivors. *BMJ Open* 2020; 10:e037078”.
- [226] “Rincon MA, Smith AW, Yu M, Kent EE. Trends in Racial/Ethnic Disparity of Health-Related Quality of Life in Older Adults with and without Cancer (1998-2012). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2020; 29:1188”.
- [227] “Rabin C. Impact of cancer on romantic relationships among young adults: a systematic review. *J Clin Psychol Med Settings* 2019;26:1–12. 10.1007/s10880-018-9566-7”.
- [228] “Yoshida K, Matsui Y. A pilot study for the development and evaluation of an educational program to reduce stigma toward cancer and cancer survivors: focusing on dating and marriage after cancer diagnosis. *J Cancer Educ* 2022;37:806–11. 10.1007/s13187-020”.

- [229] “Swensen CH, Fuller SR, Love Eof, et al.. Commitment, and anticipatory grief in the marriages of cancer patients. *Journal of Marriage and the Family* 1992;54:191–6”.
- [230] “Manne SL, Kissane D, Zaidler T, et al.. Holding back, intimacy, and psychological and relationship outcomes among couples coping with prostate cancer. *J Fam Psychol* 2015;29:708–19”.
- [231] “Vandendorpe B, Drouet Y, Ramiandrisoa F, et al.. Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer Radiother* 2021;25:330”.
- [232] “Nissen KG, Trevino K, Lange T, et al.. Family relationships and psychosocial dysfunction among family caregivers of patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2016;52:841–9”.
- [233] “Leach CR, Hudson SV, Diefenbach MA, et al. Cancer health self-efficacy improvement in a randomized controlled trial. *Cancer* 2022; 128:597”.
- [234] “Moreno PI, Ramirez AG, San Miguel-Majors SL, et al. Satisfaction with cancer care, self-efficacy, and health-related quality of life in Latino cancer survivors. *Cancer* 2018; 124:1770”.
- [235] “Grassi L, Nanni MG, Rodin G, et al. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. *Ann Oncol* 2018; 29:101”.
- [236] “Smith SL, Singh-Carlson S, Downie L, et al. Survivors of breast cancer: patient perspectives on survivorship care planning. *J Cancer Surviv* 2011; 5:337”.
- [237] “Huang J, Han Y, Wei J, et al. The effectiveness of the Internet-based self-management program for cancer-related fatigue patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2020; 34:287”.
- [238] “Adriaans DJ, Dierick-van Daele AT, van Bakel MJHM, et al. Digital Self-Management Support Tools in the Care Plan of Patients With Cancer: Review of Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res* 2021; 23:e20861”.
- [239] “Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, et al. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psychooncology* 2011; 20:115”.
- [240] “DuHamel KN, Mosher CE, Winkel G, et al. Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2010; 28:3754.”.
- [241] “Tauber NM, O’Toole MS, Dinkel A, et al. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Oncol* 2019; 37:2899”.
- [242] “Blumenstein KG, Brose A, Kemp C, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving functional health in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2022; 175:103709”.
- [243] “Scott DA, Mills M, Black A, et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD007730.????????? de Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD007569.”.
- [244] “de Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD007569”.
- [245] “Lamore K, Dubois T, Rothe U, et al. Return to Work Interventions for Cancer Survivors: A Systematic Review and a Methodological Critique. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16”.

- [246] “Meyerhardt JA, Niedzwiecki D, Hollis D, et al. Association of dietary patterns with cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer. *JAMA* 2007; 298:754.”.
- [247] “Lepore SJ, Rincon MA, Buzaglo JS, et al. Digital literacy linked to engagement and psychological benefits among breast cancer survivors in Internet-based peer support groups. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019; 28:e13134”.
- [248] “Marcus AC, Garrett KM, Cella D, et al. Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psychooncology* 2010; 19:923”.
- [249] “Schover LR, Yuan Y, Fellman BM, et al. Efficacy trial of an Internet-based intervention for cancer-related female sexual dysfunction. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11:1389.”.
- [250] “Stanton AL, Thompson EH, Crespi CM, et al. Project connect online: randomized trial of an internet-based program to chronicle the cancer experience and facilitate communication. *J Clin Oncol* 2013; 31:3411”.
- [251] “Akechi T, Yamaguchi T, Uchida M, et al. Smartphone Psychotherapy Reduces Fear of Cancer Recurrence Among Breast Cancer Survivors: A Fully Decentralized Randomized Controlled Clinical Trial (J-SUPPORT 1703 Study). *J Clin Oncol* 2023; 41:1069.].”.
- [252] “Yun YH, Lim CI, Lee ES, et al. Efficacy of health coaching and a web-based program on physical activity, weight, and distress management among cancer survivors: A multi-centered randomised controlled trial. *Psychooncology* 2020; 29:1105”.
- [253] “Thuné-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2006; 63:151”.
- [254] “Johnson ME, Piderman KM, Sloan JA, et al. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. *J Support Oncol* 2007; 5:437”.
- [255] “Bernard M, Strasser F, Gamondi C, et al. Relationship Between Spirituality, Meaning in Life, Psychological Distress, Wish for Hastened Death, and Their Influence on Quality of Life in Palliative Care Patients. *J Pain Symptom Manage* 2017; 54:514”.
- [256] “Greenstein M, Breitbart W. Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J Psychother* 2000; 54:486”.
- [257] “Astrow AB, Kwok G, Sharma RK, et al. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55:56.”.
- [258] “Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2002; 40:1013.”.
- [259] “Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56:519”.
- [260] “Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol* 2012; 10:81”.
- [261] “Sherman AC, Simonton S, Latif U, et al. Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. *J Behav Med* 2005; 28:359”.
- [262] “Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *J Palliat Med* 2009; 12:537”.

- [263] “Gall TL, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology*. 2002 Nov-Dec;11(6):524-35. doi: 10.1002/pon.613. PMID: 12476434”.
- [264] “Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press”.
- [265] “American Psychological Association. (2024, October 1). As patients develop cancer at younger ages, psycho-oncologists are studying the mental health impact. *Monitor on Psychology*, 55(7))”.
- [266] “*BMJ* 2018;361:k1415”.
- [267] “Mehnert et al., 2018”.
- [268] “Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., ... & Sharpe, M. (2008). Prevalence of depression in adults with cancer: A systematic review. *Annals of Oncology*, 19(12), 1966-1974”.
- [269] “Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs* 2012; 35:E14”.
- [270] “Walker, J., et al. (2008). Prevalence of depression in adults with cancer: A systematic review. *Annals of Oncology*, 19(12), 1966-1974.”.
- [271] “Mehnert, A., et al. (2018). Depression, anxiety, and suicidal ideation among cancer patients: A multi-center study. *Cancer*, 124(15), 3441-3449”.
- [272] “Northouse, L., Katapodi, M., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. (2010). Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials”.
- [273] “Morrow GR. Cancer-related fatigue: causes, consequences, and management. *The oncologist*. 2007;12(Suppl 1):1–3. doi: 10.1634/theoncologist.12-S1-1”.
- [274] “Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2001;19:895–908. doi: 10.1200/JCO.2001.19.3.895”.
- [275] “Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, et al. Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veterans affairs medical center: a role for symptom assessment. *Cancer*. 2000;88:1175–83. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(20000301)88:5<1175::aid-cnrc30>3.0.co;2-n”.

8.EKLER

İSİM:		TARİH:	/...../202.....
-------	--	--------	----------------------

YAŞ:		CİNSİYET:	KADIN(.....) ERKEK(.....)
MEMLEKET:		YAŞADIĞI YER:	İL(...) İLÇE(...) KÖY(...)
ÖĞRENİM DURUMU:		MESLEK:	
MEDENİ DURUM:		ÇOCUK SAYISI:	
AYLIK ORTALAMA GELİR:		OTURDUĞU MEKAN:	MÜLK(...) KİRA(...)
TANI:		EVRESİ:	
TANI TARİHİ:		ALDIĞI TEDAVİ:	
TELEFON:		SAĞLIK GÜVENCESİ:	

1) HASTALIĞINIZ HAKKINDA DETAYLI BİLGİNİZ VAR MI ?

☐ DETAYLI BİLİYORUM ☐ KISMEN BİLİYORUM ☐ BİLGİM YOK

2)HASTALIĞINIZ NEDİR?

☐ İLTİHAP ☐ UR ☐ KÖTÜ HUYLU HASTALIK ☐ KİTLE ☐ DİĞER:.....

3)ALMAKTA OLDUĞUNUZ TEDAVİ NEDİR?

☐ KEMOTERAPİ ☐ CERRAHİ+KEMOTERAPİ ☐ KEMOTERAPİ+RADYOTERAPİ(İŞİN)

☐ KEMOTERAPİ+RADYOTERAPİ+CERRAHİ ☐ İMMÜNÖTERAPİ(AKILLI İLAÇ)+HORMON

4)HASTALIĞINIZI KİMDEN ÖĞRENDİNİZ ?

☐ TAKİP EDEN DOKTORUMDAN ☐ AİLEMDEN ☐ DİĞER:.....

5)HASTALIĞINIZI KİMDEN ÖĞRENMEK İSTERDİNİZ ?

☐ DOKTORUMDAN ☐ AİLEMDEN ☐ EN SEVDİĞİM KİŞİDEN ☐ ÖĞRENMEK İSTEMEZDİM ☐ O.....

6)a)HASTALIĞINIZI ÖĞRENME ŞEKLİNİZ SİZİ RAHATSIZ ETTİ Mİ?

☐ EVET ☐ HAYIR

b) EVET İSE NASIL ÖĞRENMEK İSTERDİNİZ ?

O.....

7)TEDAVİ SÜRECİNDE SİZİ EN ÇOK ZORLAYAN ŞİKAYETİNİZ NEDİR?

O AĞRI O BULANTI, İŞTAHSIZLIK O YORGUNLUK O UYKUSUZLUK O KORKU,ENDİŞE

O NEFES DARLIĞI O DİĞER.....

8) a)HASTALIK SÜRECİNDE TEDAVİYİ BIRAKMA ,AKSATMA SÜREÇLERİNİZ OLDU MU?

O EVET O HAYIR

b) EVET İSE NEDENİ NEDİR?

O.....

9) İLK TANI ALDIĞINIZ SÜREÇTE OLSAYDINIZ TEDAVİYE BAŞLAR MIYDINIZ ?

O EVET O HAYIR

10) SİZİNLE AYNI HASTALIĞA YAKALANMIŞ BİR HASTAYA TEDAVİNİZİ ALMASINI ÖNERİR MİSİNİZ?

O EVET O HAYIR

11) a) HASTALIĞINIZIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİ DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ ?

O EVET O HAYIR

b) HAYIR İSE BEKLENTİNİZ NEDİR?

O TIBBİ TEDAVİLER İLE İYİLEŞECEĞİM O BİTKİSEL ÜRÜNLER İLE İYİLEŞECEĞİM

O MANEVİ DESTEKLE İYİLEŞECEĞİM(DUA ,TÜRBE ZİYARETİ,MEDİTASYON,YOGA....)

O HASTALIKLA YAŞAMAYI ÖĞRENDİM.GEÇMESE DE OLUR

O İYİLEŞECEĞİMİ DÜŞÜNÜYÖRUM O DİĞER.....

12) a) HASTALIĞINIZ BELLİ OLDUKTAN SONRA AİLENİZİN SİZE KARŞI İLGİSİNDE DEĞİŞİKLİK OLDU MU?

O KÖTÜLEŞTİ O İYİLEŞTİ O DEĞİŞİKLİK OLMADI

b) KÖTÜLEŞTİ İSE KİMDEN KAYNAKLANDI?

O KENDİMDEN O 1. DERECE AİLE FERTLERİNDEN O AKRABA-ARKADAŞ KAYNAKLI O DİĞER.....

c) HASTALIĞINIZDAN SONRA ÇEVRENİN SİZE KARŞI İLGİSİNİN ARTMASI (SIK AKRABA MİSAFİR ZİYARETİ) SİZDE HUZURSUZLUK YARATIYOR MU ?

O EVET O HAYIR O DİĞER:.....

13)HASTALIĞINIZIN YAKIN ÇEVRENİZ TARAFINDAN BİLİNMESİNİN SİZİN AÇINIZDAN SAKINCASI VAR MI?

O EVET O HAYIR

14) HASTALIĞINIZIN BAŞINDAN BERİ SİZİNLE KİM İLGİLENİYOR?

O EŞİM O KARDEŞİM O ANNE /BABA O ÇOCUKLARIM O DİĞER

15)HASTALIĞINIZ SÜRESİNCE SİZİNLE İLGİLENEN KİŞİNİN EĞİTİM DURUMU NEDİR?

OKUMA YAZMA YOK O SADECE OKUR YAZAR O İLKOKUL O ORTAOKUL O LİSE O ÜNİVERSİTE

16)HASTALIĞINIZDA SİZİNLE İLGİLENEN KİŞİDEN YETERLİ DESTEĞİ ALDIĞINIZI DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?

O EVET O HAYIR

17) HASTALIĞINIZDA SİZİNLE İLGİLENEN KİŞİNİN MANEVİ PSİKOLOJİK DESTEĞE İHTİYACI OLDU MU ?

O EVET O HAYIR

18) a)HASTALIK ÖNCESİ PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MIYDI ?

O EVET O HAYIR

b) EVET İSE TANINIZ NEDİR ?

O.....

19) HASTALIK SİZİ NASIL ETKİLEDİ ?(BİRDEN FAZLA ŞIK İŞARETLENEBİLİR)

O TAHAMMÜLÜM AZALDI O YALNIZLIK HİSSİ OLUŞTU O HAYATTAN KEYİF ALMAMAYA BAŞLADIM

O ÇARESİZ HİSSETTİM O KORKU , ENDİŞEM ARTTI O DEĞİŞİKLİK OLMADI

ODAHA İYİYİM O DİĞER.....

20) HASTALIK SÜRECİNDE HERHANGİ BİR RAHATLATICI AKTİVİTE YAPTINIZ MI ?(BİRDEN FAZLA ŞIK İŞARETLENEBİLİR)

O DUA O MEDİTASYON O YOGA O İNZİVA O DANS O MÜZİK O EGZERSİZ

O KUTSAL MEKAN ZİYARETİ O NAMAZ- ORUÇ O KİTAP OKUMA O SEYAHAT

O DİĞER.....

21)HASTALIK TANISI ALDIKTAN SONRA İNANCINIZDA DEĞİŞİKLİK OLDU MU?

O MEVCUT İNANCIM ARTTI O MEVCUT İNANCIM AZALDI

O MEVCUT İNANCIM DEĞİŞMEDİ O İNANCIM DEĞİŞTİ.....

22) a)HASTALIK SÜRECİNDE MANEVİ İNANÇ DESTEĞİNE İHTİYAÇ DUYDUNUZ MU?

O EVET O HAYIR

b) EVET İSE NASIL SAĞLADINIZ ?

O İBADETLERİMİ ARTIRDIM O DİN GÖREVLİLERİNDEN DESTEK ALDIM

O YAKIN ÇEVREMDEN DESTEK ALDIM O YETERLİ DESTEK BULAMADIM

23)HASTALIK SÜRECİNDE PSİKOLOJİK VEYA PSİKİYATRİK DESTEK ALDINIZ MI?

O EVET O HAYIR

24) HASTALIK SÜRECİNDE PSİKOLOJİK VEYA PSİKİYATRİK DESTEĞE İHTİYACINIZ OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ ?

☐ EVET

☐ HAYIR

25) HASTALIK SÜRECİNDE PSİKOLOJİK DESTEK İHTİYACINIZI DOKTORUNUZA İFADE ETTİNİZ Mİ?

☐ EVET

☐ HAYIR

26)a)HASTALIK SÜRECİNDE ÜMİTSİZLİĞE DÜŞÜP KENDİNİZE ZARAR VERECEK(İNTİHAR ETME GİRİŞİMİ VS) BİR EYLEM DÜŞÜNDÜNDÜZ MÜ ?

☐ EVET

☐ HAYIR

b) EVET İSE PLAN YAPTINIZ MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

27) HASTALIK SÜRECİNDE EŞİNİZLE BOŞANMAYI DÜŞÜNDÜRTECEK SORUNLAR YAŞADINIZ MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

☐ BOŞANDIM

28)HASTALIK SÜRECİNDE EN ÇOK BEKLEDİĞİNİZ SOSYAL PSİKOLOJİK DESTEK NEDİR ?

O.....

29)a) HASTALIĞINIZ SÜRESİNCE İŞİNİZDE AKTİF ÇALIŞABİLDİNİZ Mİ ?

☐ EVET

☐ HAYIR

b)HAYIR İSE TEDAVİNİZİN KAÇINCI AYINDAN İTİBAREN AKTİF ÇALIŞMAMAYA BAŞLADINIZ ?

O TEDAVİ BAŞLANGICINDA O 2. AY O 6. AY SONUNDA O DİĞER:.....

30)HASTANEYE ULAŞIMINIZI NASIL SAĞLIYORSUNUZ ?

O ÖZEL OTOMOBİL OTOPLU TAŞIMA O DİĞER:.....

31)HASTALIK SÜRESİNCE TEDAVİDEN KAYNAKLI MADDİ KAYIP YAŞADINIZ MI ?

☐ EVET ☐ HAYIR

32) a) AİLENİZİN GELİR DÜZEYİNE KATKI YAPAN BAŞKA KİŞİLER VAR MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

b) EVET İSE YAKINLIK DERECEŚİ NEDİR?

O BABA/ANNE O ÇOCUK O KARDEŞ O DİĞER....