



T.C.  
KİRİKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

KANSER HASTALARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN TEDAVİ  
UYUMUNA ETKİLERİ

Arş. Gör. Dr. Gökberk GÖZÜKAN

UZMANLIK TEZİ

KİRİKKALE

2021



T.C.

**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN TEDAVİ  
UYUMUNA ETKİLERİ**

**Arş. Gör. Dr. Gökberk GÖZÜKAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Uğur COŞKUN**

**KIRIKKALE**

**2021**

## TUTANAKTIR

Fakültemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan Araştırma Görevlisi Dr. Gökberk Gözükan'ın, Prof. Dr. Uğur Coşkun danışmanlığında yürütülmüş olan “ Kanser Hastalarında Psikolojik Faktörlerin Tedavi Uyumuna Etkileri “ isimli tezi Tıp ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi yönetmeliğinin 19. Maddesinin 4.Fıkrası “ Jüri en geç bir ay içerisinde uzmanlık öğrencisinin tez savunmasını da alarak, tezi inceler ve sonucunu yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ile program yöneticisine bildirir.” Hükmü gereğince Araştırma Görevlisi Dr. Gökberk Gözükan tez savunmasını vererek, uzmanlık eğitimi tezinde başarılı bulunmuştur.

**Tez Savunma Tarihi:** 02.07.2021

**Üye**

Prof. Dr. Uğur COŞKUN

Kırıkkale Ü.T.F. Tıbbi Onkoloji B.D.

**Üye**

Prof.Dr.Arif Alper KIRKPANTUR

Kırıkkale Ü.T.F. Nefroloji B.D.

**Üye**

Prof.Dr. Şuayib YALÇIN

Hacettepe Ü.T.F. Tıbbi Onkoloji B.D.

(Kurum Dışı Üye)

## İçindekiler

KISALTMALAR .....	vi
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ÖZET .....	x
SUMMARY .....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanser .....	3
2.1.1 Kanser Tanımı.....	3
2.1.2 Kanser Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3 Kanser Etiyolojisi.....	4
2.1.4 Kanserde Sık Görülen Belirti ve Bulgular .....	5
2.1.5 Kanser Tanı ve Evrelemesi .....	6
2.1.6 Kanser Tedavisi.....	7
2.1.7 Kanser Tedavisinde Sık Görülen Yan Etkiler.....	9
2.2 Kanser Hastalarında Psikolojik Tepkiler .....	10
2.3 Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar.....	12
2.4 Kanser ve Depresyon .....	13
2.4.1 Tanım .....	14
2.4.2 Epidemiyoloji.....	14
2.4.3 Risk Faktörleri.....	14
2.4.4 Tanı .....	15
2.4.5 Tedavi.....	16
2.5 Kanser ve Anksiyete .....	17
2.5.1 Tanım .....	17
2.5.2 Epidemiyoloji.....	17

2.5.3 Nedenleri .....	18
2.5.4 Klinik .....	19
2.5.5 Tedavi.....	19
2.6 Kanser ve Uyku Bozuklukları .....	20
2.7 Damgalanma .....	21
2.7.1 Damgalanma (Etiketleme, Stigmatizasyon) Tanımı .....	21
2.7.2 Sağlık ile ilgili Damgalanma.....	22
2.7.3 Kanser ve Damgalanma .....	23
2.8 Kanser Hastası Yakınlarındaki Psikolojik Sorunlar .....	25
2.9 Tedavi Uyumunu .....	26
2.9.1 Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	27
2.9.1.1 Sosyodemografik-Ekonomik Faktörler .....	28
2.9.1.2 Sağlık Sistemi İlişkili Faktörler.....	29
2.9.1.3 Koşul İlişkili Faktörler .....	29
2.9.1.4 Tedavi İlişkili Faktörler.....	29
2.9.1.5 Hasta İlişkili Faktörler.....	30
2.9.2 Tedavi Uyumunu Değerlendirmede Kullanılan Yöntemler.....	30
2.9.2.1 Direkt Yöntemler.....	31
2.9.2.2 İndirekt Yöntemler .....	31
2.9.3 Tedavi Uyumunun İyileştirilmesine Yönelik Yaklaşımlar .....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	34
3.1 Araştırmanın Modeli.....	34
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	34
3.2.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	35
3.2.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	35
3.2.3 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri .....	36

3.3 Araştırmanın Yöntemi .....	36
3.4 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	38
3.4.1 Hasta Kişisel Bilgi Formu.....	38
3.4.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	38
3.4.3 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) .....	39
3.4.4 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi- Hasta Versiyonu.....	39
3.4.5 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu .....	40
3.4.6 Tedavi Uyum Değerlendirme Formu.....	41
3.4.7 Medication Possession Ratio (MPR) .....	41
3.5 İstatistiksel Analiz .....	42
3.6 Etik Kurul Onayı.....	42
4. BULGULAR .....	43
4.1 Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri .....	43
4.2 Kanser Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Bilgiler .....	44
4.3 Kanser Hastalarının ve Hasta Yakınlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile Kansere İlişkin Tutumlarına (Kanser Damgası) İlişkin Bilgiler .....	45
4.4 Kanser Hastalarının Psikiyatrik Değerlendirmelerine İlişkin Bilgiler.....	47
4.5 Hastaların Tedavi Uyum Değerlendirmelerine İlişkin Bilgiler .....	47
4.6 Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikolojik Özellikleri ile Tedavi Uyum İlişkisi .....	48
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ .....	66
7. KAYNAKÇA .....	67
8. EKLER .....	85
8.1 Ek-1 Hasta Kişisel Bilgi Formu.....	85

8.2 Ek-2 Beck Depresyon Ölçeği .....	86
8.3 Ek-3 Beck Anksiyete Ölçeği .....	87
8.4 Ek-4 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KITÖ) Anketi- Hasta Versiyonu .....	88
8.5 Ek-5 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KITÖ) Anketi- Toplum Versiyonu.....	89
8.6 Ek-6 Tedavi Uyum Değerlendirme Formu.....	90



## TEŐEKKÜR

İç hastalıkları uzmanlık dalında ihtisas yaptığım süre boyunca yardım ve bilgilerini bizlerden esirgemeyen Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Kliniđi'ndeki tüm kıymetli hocalarıma, tez hazırlık sürecimin başından sonuna kadar hiçbir zaman desteğini esirgemeyen tez danışmanım, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Uğur COŞKUN'a, tez sürecimdeki yardımları için Doç. Dr. Őadiye Visal BUTURAK'a, asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, kendisinden çok Şey öğrendiğim, her konuda bana yol gösteren Doç. Dr. İrfan KARAHAN'a,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, intörn doktor arkadaşlarıma, hemŐirelerimize ve sağlık personellerimize,

Bu günlere ulaŐmamda büyük emekleri olan, hayatım boyunca sevgi ve desteklerini hep hissettiğim, her zaman yanımda olan canım annem, babam ve abime teŐekkürlerimi sunarım.

Dr. Gökberk GÖZÜKAN

Kırıkkale, 2021



## KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ADH:** Antidiüretik hormon

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome

**AJCC:** American Joint Committee on Cancer

**BAÖ:** Beck anksiyete ölçeği

**BDÖ:** Beck depresyon ölçeği

**BT:** Bilgisayarlı tomografi

**BZ:** Benzodiazepin

**CCI:** Charlson comorbidity index

**COVID-19:** Koronavirüs Hastalığı

**DNA:** Deoksiribo nükleik asit

**DSM-V:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ECOG:** Eastern Co-operative Oncology Group

**HADS:** Hospital anxiety and depression scale

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus

**HPV:** Human Papilloma Virus

**ISPOR:** International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research

**KBH:** Kronik böbrek yetmezliği

**KHAK:** Küçük hücreli akciğer kanseri

**KHDAK:** Küçük hücreli dışı akciğer kanseri

**KİTÖ:** Kansere İlişkin Tutumları Ölçme  
**KOAH:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı  
**KT:** Kemoterapi  
**MDB:** Major depresif bozukluk  
**MEMS:** Medication event monitoring system  
**MMAS:** Modified Morisky Adherence Scale  
**MRI:** Manyetik rezonans görüntüleme  
**MPR:** Medication Possession Ratio  
**PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi  
**PTHrP:** Parathormon related peptid  
**RT:** Radyoterapi  
**SDBY:** Son dönem böbrek yetmezliği  
**SNRI:** Serotonin-noradrenalin reuptake inhibitörü  
**SSRI:** Selektif serotonin reuptake inhibitörü  
**SVH:** Serebrovasküler hastalık  
**TSA:** Trisiklik antidepresanlar  
**UICC:** Union for International Cancer Control  
**USG:** Ultrasonografi

## TABLULAR DİZİNİ

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik özellikleri

**Tablo 2.** Hastaların kronik hastalıklarına göre dağılımı

**Tablo 3.** Hastaların hastalığı hakkında bilgi seviyesi, kanser tanılarının dağılımı ve metastaz durumu

**Tablo 4.** Hasta ve hasta yakınlarının BAÖ, BDÖ ve KİTÖ ölçek puanları

**Tablo 5.** Hasta ve hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtileri ile kansere ilişkin tutumlarının (kanser damgası) dağılımı

**Tablo 6.** Hastaların psikiyatrik değerlendirmelerine göre dağılımı

**Tablo 7.** Hastaların MPR değerlerine göre tedavi uyum dağılımı

**Tablo 8.** Hastaların MPR değerlerine göre sosyodemografik özellikleri

**Tablo 9.** Hastaların MPR değerlerine göre kronik hastalık varlığının değerlendirilmesi

**Tablo 10.** Hastaların MPR değerlerine göre kronik hastalıklarının değerlendirilmesi

**Tablo 11.** Hastaların MPR değerlerine göre hastalığı hakkında bilgi seviyesi, tanı dağılımı ve metastaz durumu

**Tablo 12.** MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının BAÖ, BDÖ ve KİTÖ ölçek puanları

**Tablo 13.** MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının anksiyete, depresyon belirtileri ve kansere ilişkin tutumlarının (kanser damgası) değerlendirilmesi

**Tablo 14.** MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının (kanser damgası) dağılımının değerlendirilmesi

**Tablo 15.** Hastaların MPR değerlerine göre psikiyatrik değerlendirmeleri

**Tablo 16.** MPR değerleri ile hasta ve hasta yakınlarına uygulanan ölçekler arasındaki korelasyon analizi

**Tablo 17.** Tedavi uyumu ile ilişkili çok değişkenli lineer regresyon analizi



## ÖZET

**GÖZÜKAN G, Kanser Hastalıklarında Psikolojik Faktörlerin Tedavi Uyumuna Etkileri, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2021.**

**Amaç:** Kanser günümüzde en önemli sağlık problemlerinden biri olup sadece ölümcül bir hastalık değil; aynı zamanda hastalarda ve hasta yakınlarında ciddi psikolojik stres oluşturan bir hastalıktır. Kanser hastalarında tedavi uyumsuzluğu, olumsuz klinik sonuçların ortaya çıkmasına, mortalite riskinde artışa ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığından, tedavi uyumu hastaların tedavi başarısında önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada amacımız, yeni tanı alan kanser hastalarının ve onlarla birincil olarak ilgilenen hasta yakınlarının anksiyete, depresyon, kansere ilişkin tutumlarını (kanser damgası) değerlendirmek ve bu psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkilerini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 01.11.2020-01.05.2021 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran intravenöz kemoterapi tedavisi planlanan 50 yeni tanı kanser hastası ve onlarla birincil olarak ilgilenen 50 hasta yakını dahil edildi. Yeni tanı kanser hastalarına kişisel bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kansere İlişkin Tutumları (kanser damgası) Ölçme Anketi-Hasta versiyonu ve hasta yakınlarına Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kansere İlişkin Tutumları (kanser damgası) Ölçme Anketi – Toplum versiyonu uygulandı. Ek olarak kanser hastaları psikiyatri hekimi tarafından klinik görüşme ile değerlendirildi. Hastalar kemoterapi tedavileri tamamlanana kadar prospektif olarak takip edildi. Tedavi bitiminde araştırmacı tarafından kayıt altına alınan tıbbi veriler kullanılarak Medication Possession Ratio (MPR) hesaplandı.

**Bulgular:** Kanser hastalarının yaş ortalaması  $59,78 \pm 12,98$  saptandı. Hastaların %52'si kadın, %48'i erkek idi. Hastaların %38'inde depresyon belirtileri, %38'inde anksiyete belirtileri görülürken; %40'ının da kansere ilişkin tutumlarının (kanser damgası) olumsuz olduğu saptandı. Hasta yakınlarının %28'inde depresyon belirtileri,

%30'unda anksiyete belirtileri görülürken; %28'inin de kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) olumsuz olduğu bulundu. Psikiyatri hekimi tarafından yapılan klinik görüşme ile hastaların %26'sında major depresif bozukluk, %8'inde uyku bozuklukları, %6'sında anksiyete bozuklukları tespit edildi. Hastaların %70'inde tedavi uyumu yüksek olarak saptandı. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile tedavi uyumu karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir fark saptanmadı. Tedavi uyumu düşük olan grupta, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre hastaların ve hasta yakınlarının depresyon belirtileri, anksiyete belirtileri ile kansere ilişkin olumsuz tutumlarının (kansere damgası) daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,001$ ). Hasta ve hasta yakınlarında kansere damgasının birlikte görüldüğü grubun tamamı, düşük tedavi uyumu gösterirken; sadece hastalarda kansere damgasının olduğu grup ise tedavi uyumu yüksek olan grupta daha sık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Tedavi uyumu düşük olan grupta, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre MDB tanısı alan kanser hastası yüzdesinin daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $RR=5,692$ ). MPR değerleri ile KİTÖ-Toplum puanları arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde korelasyon görülürken; hasta BAÖ, hasta BDÖ, KİTÖ-Hasta ve hasta yakını BDÖ puanları arasında negatif yönde ve orta düzeyde korelasyon; hasta yakını BAÖ puanları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde korelasyon saptandı. Tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin, çok değişkenli lineer regresyon analizine göre; KİTÖ-Toplum versiyonundaki 1 birimlik artışın, MPR değerinde 0,054 birim azalmaya neden olacağı tespit edildi ( $p=0,009$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda kanser hastalarında ve hasta yakınlarındaki kansere damgası, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal bozuklukların, kanser hastalarında tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediğini tespit ettik. Hasta yakınlarında kansere damgasının, hastalardaki tedavi uyumsuzluğu için potansiyel risk faktörü olabileceğini saptadık. Çalışmamızın sonuçlarının, kanser hastalarında tedavi uyumunu iyileştirmeye yönelik çok merkezli, geniş kapsamlı çalışmalara yol gösterici nitelikte olacağına inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Tedavi uyumu, Kanser, Depresyon, Anksiyete, Kansere damgası, Hasta yakını.

## SUMMARY

### **GÖZÜKAN G, Effects of Psychological Factors on Medication Adherence in Cancer Patients, Kırıkkale University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Specialist Thesis, Kırıkkale, 2021**

Objective: Cancer is one of the most important health problems today and is not only deadly disease, but also a disease that causes serious psychological stress in patients and their caregivers. Medication adherence has an important place in the success of treatment in cancer patients, because medication non-adherence leads to negative clinical outcomes, an increase in the risk of mortality and decrease in the quality of life. In this study, our aim is to evaluate their attitudes of anxiety, depression and attitudes toward cancer (cancer stigma) in newly diagnosed cancer patients and their family caregivers caring for them primarily and to investigate the effects of these psychological factors on patients medication adherence.

Materials and Methods: The study included 50 newly diagnosed cancer patients who were planned for intravenous chemotherapy treatment applied to Kırıkkale University Faculty of Medicine, Medical Oncology Polyclinic between 01.11.2020 and 01.05.2021, and 50 family caregivers primarily interested in them. Patient personal information, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Questionnaire for measuring attitudes toward cancer (cancer stigma) – patient version for newly diagnosed cancer patients, and to family caregivers Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Questionnaire for measuring attitudes toward cancer (cancer stigma) –community version is applied. In addition, cancer patients were evaluated by a psychiatrist through clinical interview. Patients were followed up prospectively until the completion of chemotherapy treatments. Medication Possession Ratio (MPR) was calculated using the medical data recorded by researcher at the end of the treatment.

Results: The mean age of cancer patients was  $59,78 \pm 12,98$  years. 52% of the patients were female and 48% were male. While 38% of the patients had depression symptoms and 38% had anxiety symptoms; it was determined that 40% of them had negative attitudes toward cancer (cancer stigma). While 28% of the family caregivers had depression symptoms and 30% had anxiety symptoms; it was found that 28% of

them had negative attitudes toward cancer (cancer stigma). Major depressive disorder was found in 26% of the patients, sleep disorders were found in 8%, and anxiety disorders were found in 6% of the patients with clinical interview made by the psychiatrist. Medication adherence was found to be high in 70% of the patients. When the sociodemographic and clinical characteristics of the patients and medication adherence were compared, no significant difference was found between them. It was determined that the patients and family caregivers had higher levels of depression symptoms, anxiety symptoms, and negative attitudes toward cancer (cancer stigma) in the group with low medication adherence compared to the group with high medication adherence ( $p < 0,001$ ). While the whole group in which the cancer stigma of the patient and caregivers are seen together, showed low medication adherence; on the other hand, the group in which the cancer stigma was found only in patients was found more frequently in the group with high medication adherence ( $p < 0,001$ ). It was determined that the percentage of cancer patients diagnosed with MDD was higher in the group with low medication adherence compared to the group with high medication adherence ( $p < 0,001$ ,  $RR = 5,692$ ). While there was a negative and high level correlation between MPR values and Questionnaire for measuring attitudes toward cancer-community version scores; a negative and moderate correlation between patient BAI, patient BDI, Questionnaire for measuring attitudes toward cancer-patient version and caregiver BDI scores; a negative and weak correlation was found between caregiver BAI scores. According to multivariate linear regression analysis of factors associated with medication adherence; it was determined that a 1-unit increase in the Questionnaire for measuring attitudes toward cancer-community version would cause a 0.054-unit decrease in the MPR value ( $p = 0.009$ ).

**Conclusion:** In our study, we found that psychosocial disorders such as cancer stigma, depression and anxiety in cancer patients and their family caregivers negatively affect medication adherence in cancer patients. We found that cancer stigma in family caregivers may be a potential risk factor for medication non-adherence in patients. We believe that the results of our study will guide multicenter, comprehensive studies to improve medication adherence in cancer patients.

**Keywords:** Medication adherence, Cancer, Depression, Anxiety, Cancer stigma, Family caregiver.



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, günümüzde önemli sağlık problemlerinden biri olup, büyük oranda ölümlerle sonuçlanan ciddi bir sağlık sorunudur. Kanser sadece ölümcül bir hastalık değildir, aynı zamanda hastanın kendi içinde çaresizlik, belirsizlik, korku, terk edilme ve ölüm kaygısı içeren, panik ve karışıklık yaratan bir durumdur. Günümüzde halen umutsuzluk, ölüm korkusu, sonu gelmeyen ağrılar ile eş görülen kanser gibi bireyin yaşamını tehdit eden bir hastalığa yakalanmak, hastalarda ciddi psikolojik stres yaratmaktadır (1; 2). Bu durumda hastaları anlayabilmek ve uygun yaklaşımı belirlemek amacıyla kanser hastalığının ruhsal ve psikososyal bileşenlerini de kapsayacak şekilde bir bütün olarak değerlendirilmesi önemlidir (3).

Kanser hastalarında sıklığı %3 ile %58 arasında değişmekle birlikte en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur (4). Kanser hastalarında görülen depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, hastanın tedaviye uyumunu-yanıtını, hastalığın seyrini etkilediğinden, bu bozuklukların tanı ve tedavisi büyük önem arz eder. Tanısı zamanında konulmazsa, gerekli tedavi uygulanmadığında, kanser tedavilerinin yararı da azalabilir (5). Kanser sadece bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen bir durum değildir, aile yapısının işleyişini de etkileyen bir hastalık türüdür. Bu yüzden sadece hasta üzerine odaklanmak yerine bu hastalık sürecinden psikososyal olarak etkilenen tüm bireyleri değerlendirmek gerekmektedir (6). Kanser hastası yakınlarının da kanser hastaları kadar stres düzeylerinin arttığı, günlük yaşamlarının, günlük rutinlerinin bozulduğu bilinmektedir. Hastalık süresi boyunca aile bireylerinde hastalardan daha fazla depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar ve sosyal izolasyon yaşadıkları belirtilmektedir (7). Damgalanma, bir kişi veya gruba karşı olumsuz bir sosyal düşünceye ilişkin algıdan kaynaklanan dışlama, reddetme, suçlama veya itibarsızlaştırma ile karakterize edilen sosyal bir süreçtir (8). Kansere ilişkin olumsuz tutum ve davranışların en önemlisi damgalanma (stigmatizasyon)dır.

Toplumda kanserin tedavisi mümkün olmayan ölümcül bir hastalık olduğu inancı ve kanserden iyileşen insanların da fiziksel ve sosyal olarak yetersiz oldukları görüşü yaygındır. Kanser hakkındaki toplumdaki negatif düşünceler, hastalarda sosyal desteğin azalmasıyla sonuçlanan izolasyona, emosyonel iyiliğin azalmasına ve hastalık seyrinin olumsuz ilerlemesine neden olmaktadır (9). Kanser hastalarının tedavi başarısında hastanın tedaviye uyumu önemli bir yer tutmaktadır. Kanser hastalarında tedavi uyumsuzluğu, tedavi etkinliğinde azalmaya, olumsuz klinik sonuçlar ortaya çıkmasına, mortalite riskinde, bakım veren yükünde, hastane başvurularında, uzun süre hastaneye yatış oranlarında artışa ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açar (10; 11). Bu yüzden kanser hastalarında tedavi uyumunu etkileyen faktörler hastalar için çok önemlidir.

Literatürde kanser hastalarında tedavi uyumunu araştıran bazı çalışmalar bulunmaktadır fakat yeni tanı alan kanser hastalarında ve hasta yakınlarındaki psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkilerini değerlendiren pek fazla sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada amacımız, yeni tanı alan kanser hastalarının ve onlarla birincil olarak ilgilenen hasta yakınlarının anksiyete, depresyon, kansere ilişkin tutumlarını (kansere damgası) değerlendirmek ve bu psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkilerini araştırmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kanser**

#### **2.1.1 Kanser Tanımı**

Kanser, vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda başlayabilen, anormal hücrelerin kontrolsüz ve aşırı bir şekilde büyümesi ile oluşan, kendi normal sınırlarının ötesine geçen ve/veya diğer organlara yayılabilen büyük, ölümcül bir hastalık grubudur (12) .

Kanser, etkilenen hücrelerin sadece yapısında değil, işlevinde de değişimlere neden olur. Hücrelerin işlevlerinin bozulması veya önceden sahip olmadığı yeni işlevler kazanması şeklinde olabilir. Sadece kendi hücreleri üzerinde etki göstermeyebilir, uzak dokulara da yayılarak o dokuların da işlevlerini etkileyebilirler. Kanseri hücrelerin vücudun farklı bölümlerine yayılmasına metastaz adı verilir (13). Kanseri anormal hücrelerin köken aldığı doku ya da organa göre isimlendirilirler. (Ör. Akciğer, prostat, vb.) Belirtileri, bulguları ve gidişatları kanserin türüne ve yayılımına göre değişmektedir (14).

#### **2.1.2 Kanseri Epidemiyolojisi**

Dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmalar, genç yaşlara oranla ileri yaşlarda daha sık görülen bir hastalık olan kanseri görülme sıklığının giderek arttığını göstermektedir. Dünya nüfusundaki artış ve insanların yaşam sürelerinin uzaması bu durumun nedenleri arasında gösterilmektedir (15). Kanseri, 2018 yılında tahmini 9,6

milyon ölümden sorumludur ve Dünya çapında iskemik kalp hastalığından sonra gelen ikinci ölüm nedenidir. Küresel olarak her 6 ölümden 1' i kansere bağlıdır (16). Ülkemizde de 2019 yılında %36,8 ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra %18,4 ile kanser en sık ikinci ölüm sebebidir (17). Dünya çapında 2020 yılında 19,3 milyon yeni kanser vakası bildirilmiş olup, 10 milyon hasta ise kanser sebebiyle hayatını yitirmiştir. 2040 yılına kadar yeni kanser vaka sayısında %47 artışla 28,4 milyon vaka olması beklenmektedir.

Kanser sıklığı, hastanın cinsiyetine, yaşına, kanserin türüne ve coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. 2020 yılında dünyada bir yılda tespit edilen 19,292,789 yeni kanser olgusunun, 10,065,305' ini erkekler, 9.227.484'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Dünyada erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer; kadınlarda ise meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserleridir. Her iki cinsiyette en sık görülen kanserlerde ise meme, akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanserleri bulunmaktadır. (18).

Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide; kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, akciğer kanserleridir. Ülkemizde her iki cinsiyette en sık görülen kanserler ise akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanserleridir. Akciğer kanseri mortalite sıralamasında dünyada (%18) ve ülkemizde (%29,3) ilk sırada yer almaktadır (18; 19).

### **2.1.3 Kanser Etiyolojisi**

Kanserin etiyolojisinde genetik ve çevreden etkilenen birden çok faktör yer almaktadır. Kanselerin temel nedeni, genellikle kazanılmış ancak bazen de konjenital genetik hasardır. Genel olarak genetik disregülasyon, protoonkogenlerin aktivasyonundan ve/veya tümör supresör genlerinde inhibisyonu sonucu oluşan kontrolsüz hücre proliferasyonundan kaynaklanır. Bu faktörlere ek olarak, programlı hücre ölümü(apoptozis) ve DNA tamir genlerindeki bozukluklar da katkı sağlar.

Kanser etiyojisinde çevresel faktörlerin de önemi büyüktür. Bireyin tütün ve alkol kullanımı, obezite, diyetle fazla yağ alımı, düşük lifli besinler, sedanter yaşam tarzı, enfeksiyonlar, kimyasal maddelere maruziyet, iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar, immün sistem baskılayıcı ajanlar ve hormonlar kanser oluşumuna neden olan ya da oluşum sürecini etkileyen belli başlı faktörlerdir (20).

#### **2.1.4 Kanserde Sık Görülen Belirti ve Bulgular**

Kanser, hemen hemen her belirti veya semptomu neden olabilen bir grup hastalıktır. Belirti ve semptomlar, kanserin nerede olduğuna, ne kadar büyük olduğuna ve organları veya dokuları ne kadar etkilediğine bağlıdır. Kanserde en sık görülen belirti ve bulgular;

- Nedeni belli olmayan kilo kaybı,
- Ateş,
- Yorgunluk, halsizlik,
- İştahsızlık,
- Ağrı,
- Memede ya da vücudun herhangi bir yerinde şişlik ya da yumru,
- Cilt değişiklikleri (hiperpigmentasyon, sarılık, eritem, kaşıntı, aşırı kıllanma),
- İyileşmeyen yaralar,
- Anormal kanama ya da akıntılar (öksürük ile kan gelmesi, dışkı ile kan gelmesi, vajinal kanama, idrarda kanama)
- Yutma güçlüğü,
- Defekasyon ve miksiyon alışkanlıklarında değişiklik,
- Öksürük, dispne ve ses kısıklığıdır (21).

### 2.1.5 Kanser Tanı ve Evrelemesi

Kanser yönetiminde amaç, hastalığa mümkün olduğunca erken teşhis koyabilmektir. Erken teşhis ile, hastanın tedavi şansı ve yaşam kalitesi artmaktadır (22). Kanser tanısında ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene, laboratuvar incelemeleri, görüntüleme yöntemleri (direkt grafi, USG, BT, MRI, PET), moleküler incelemeler kullanılmaktadır. Kanser teşhisinin kesinleştirilmesi, büyük ölçüde invaziv doku biyopsisine dayanır. Tümörün histolojisinin, derecesinin, yayılımının, moleküler belirteçlerin ekspresyonunun değerlendirilmesi için biyopsi ile değerlendirme gerekmektedir (23).

Tedavi yaklaşımlarının ve prognozun belirlenmesi amacıyla, kanserin evrelendirilmesi gerekmektedir. Kanseri evrelemek için kullanılan farklı türde sistemler vardır ancak çoğu kanser türü için en yaygın kullanılan evreleme sistemi Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü (UICC) tarafından geliştirilmiş olan TNM evrelemesidir (24).

TNM evreleme sisteminde;

- T: Primer tümörün büyüklüğünü,
- N: Bölgesel lenf nodu tutulumunun olup olmadığını,
- M: Uzak metastazın olup olmadığını göstermektedir.

T, N ve M belirlendikten sonra her kanserin kendi sınıflandırma sistemine göre 0, I, II, III, IV rakamları ile gruplandırılır. Evre I kanserler en az yayılım gösteren ve genellikle daha iyi prognoza sahiptir. Daha yüksek evreli kanserler genellikle daha ileri boyuttadır ancak çoğu durumda yine de başarıyla tedavi edilebilir (25).

## 2.1.6 Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinin öncelikli amacı, kanseri ortadan kaldırmaktır. Birincil hedefe ulaşılmaz ise, yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini artırmak, semptomların iyileştirilmesi hedeflenir. Kanserin türü, evresi, prognostik faktörleri, hastanın performans durumu hastanın tedavi planını belirler. Kanser tedavileri iki ana türe ayrılır: lokal ve sistemik. Lokal tedaviler; cerrahi, radyoterapi, radyofrekans ve kriyocerrahi içeren ablatif tedavilerdir. Sistemik tedaviler ise kemoterapi, hormon tedavisi, hedefe yönelik moleküler tedavi, immunoterapi tedavilerini içerir (26).

**Cerrahi Tedavi:** Prekanseroz lezyonlar veya kanser için yüksek riskli organların çıkarılması ile kanserin önlenmesi, tanı koyma, evreleme, primer tümörün çıkarılması ile kanserin küratif veya palyatif tedavisinin sağlanması, cerrahi yaklaşım ile yapılır. Solid organ tümörü lokalize ise, mevcut tedaviler arasında en etkili tedavi cerrahidir.

**Radyoterapi:** İyonize radyasyon, serbest radikaller aracılığıyla hücrenin DNA'sına dolaylı ya da doğrudan hasar vererek, kanserli hücrelerin çoğalmasını engeller. Çevre dokulara en az zarar ile tümöre uygun maksimum dozu vermek en idealidir. Radyoterapi, tek başına veya cerrahi, kemoterapi ile kombine edilerek kullanılabilir (27).

**Kemoterapi:** Kemoterapötik ajanların tek veya kombine olarak kanserli hücrelere karşı kullanılan tedavi şeklidir. Kemoterapötik ajanların kanser tedavisi tarihinde ilk olarak yer alması, I. Dünya savaşı sırasında kükürt gazına maruz kalan askerlerin kemik iliklerinde baskılanma olduğu anlaşıldığında, lösemili hastaların tedavisinde bu gazın kullanılması ile başlamıştır (28). Kemoterapi çoğunlukla cerrahi ve radyoterapinin etkin olmadığı, metastatik hastalık tedavisinde kullanılır. Bazı durumlarda erken evre kanserli hastalarda mikrometastaz veya dolaşan tümör hücrelerini baskılanması amacı ile de verilebilir.

Kemoterapi tedavisini verilmiş amacına göre başlıca üç başlık altında toplamak mümkündür:

- **Adjuvan Kemoterapi:** Lokal tedaviler sonrasında mikrometastaz veya dolaşan tümör hücrelerini elimine etmek amacı ile uygulanan kemoterapidir.

- **Neoadjuvan Kemoterapi:** Lokal olarak ilerlemiş kanserlerin boyutunu küçültmek için, cerrahi veya radyoterapi öncesinde kullanılan kemoterapidir.
- **Palyatif Kemoterapi:** İleri evre kanserlerde küratif olmasa bile, hastalığın ilerlemesini engellemek, yaşam süresini uzatmak, kanser ile ilişkili semptomları azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek için kullanılan kemoterapidir.

Kemoterapötik ajanlar, başlıca intravenöz ve oral yol olmak üzere intratekal, intraperitoneal, intraplevral olarak da verilebilir (29). Son zamanlarda kanser tedavilerinde artmış oral antineoplastik ajanların kullanımına rağmen günümüzde halen iv. kemoterapi rejimleri daha sık kullanılmaktadır (30).

**Hormon Tedavisi:** Meme ve prostat gibi hormon ile regüle olan dokulardan köken alan kanserler için etkili bir tedavi şeklidir. Meme ve prostat kanserlerinin çoğunda tümör hücreleri hormon reseptörü eksprese ederler. Antagonist veya kısmi agonist olarak çalışan hormonal ve anti-hormonal tedaviler ile bu ekspresyon baskılanır. Cerrahi ve radyoterapi öncesi tümör boyutunu küçültmek için neoadjuvan tedavide, cerrahi sonrası adjuvan tedavide ve metastatik kanserli hastalarda kullanılabilir (31).

**Hedefe Yönelik Tedavi:** Normal hücreleri etkilemeden kanser hücrelerini hedeflemek için tasarlanmış ilaçların kullanıldığı bir kanser tedavisi türüdür. Hedefe yönelik ajanlar, hücre ölümünü, hücre siklusunun progresyonunu, metastazı ve anjiyogenezi düzenleyen hücre yüzey antijenleri, büyüme faktörleri ve sinyal iletim yollarına etki ederler. Bu ajanlar monoklonal antikolar, spesifik veya çok hedefli reseptör tirozin kinaz inhibitörleri, sinyal iletim inhibitörleridir. Kemoterapi ile birlikte kullanıldıklarında tümörün progresyonunu engelleyebilir, kemoterapinin etkinliğini artırabilirler (32).

**İmmunoterapi/Biyolojik Tedavi:** Hastanın immun yanıtını değiştirerek bağışıklık sisteminin canlandırılması ile tümörlü hücrelere saldırmasını hedefleyen tedavi türüdür (33).



### 2.1.7 Kanser Tedavisinde Sık Görülen Yan Etkiler

Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, kanserli hücrelerin çoğalmasını engelledikleri gibi normal hücreleri de etkileyerek birçok yan etki oluşmasına sebep olmaktadır. Ortaya çıkan yan etkiler, kişiden kişiye, tedavide kullanılan yöntem, kullanılan ilaçların türlerine göre değişiklik gösterebilir (34). Hastalar yan etki ile karşılaştıklarında, tedavileri ile ilgili zorluk yaşadıklarında, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi azalmaktadır (35).

Kemoterapi tedavisinin neden olduğu yaygın yan etkilerden bazıları şunlardır:

- Yorgunluk
- Ağrı
- Alopesi
- Enfeksiyon
- Anemi, trombositopeni, nötropeni
- Bulantı ve kusma
- İştahsızlık
- Kabızlık
- İshal
- Ağız içinde yaralar
- Nöropati
- Cilt ve tırnak değişiklikleri
- Psikolojik bozukluklar
- Cinsel işlev bozuklukları
- Uyku bozuklukları

- İnfertilite (36).

## 2.2 Kanser Hastalarında Psikolojik Tepkiler

Kanser, belirli olmayan bir gelecek ile karşılaşma durumu, tanı dönemi, hastalık süreci ve tedavisi ile; her yaştaki bireylerde anksiyete, depresyon gibi ruhsal problemlere, korku, belirsizlik, çaresizlik gibi duygulara yol açmaktadır. Bu gibi nedenlerden dolayı da yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (37).

Özkan (38) çalışmasında, kanser hastalarının tanı, tedavi ve palyatif bakım süreçlerinde çeşitli ruhsal, davranışsal tepkiler geliştirdiklerini ve bunların bazılarının kanser hastaları için uyumlu, bazılarının da uyumsuz tepkiler olduğundan bahsetmiştir ve hastaların verdikleri tepkileri, tanı, tedavi, tedavi sonrası nüks, terminal dönem ve palyatif dönemlere göre değerlendirmenin uygun olacağını söylemiştir.

Tanı öncesinde normal olan tepki, kanser olma ihtimali ile ilgili kaygılı bekleyişken; uyumsuz olan davranış, hastalık oluşma ihtimalinin inkâr edilmesiyle tedavide gecikme oluşmasıdır. Tanı aşamasında, normal olan tepkiler, inanamama, şok olma, kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular, kaygı ve uyum güçlüğüyken; uyumsuz olan tepkiler, kesin inkâr, ölümün kaçınılmaz bir son olacağı düşüncesiyle tedaviyi reddetmedir. Tedavi aşamasında normal olan tepkiler, yan etkilerinden korkma, vücudunda fiziksel görünüş değişiklikleri, kaygı, sosyal izolasyon eğilimi, hafif depresyon duygu durumu iken; uyumsuz olan tepkiler, medikal ya da cerrahi tedavi sonrası reaktif depresyon ve vücut fiziksel görünüş değişikliklerine bağlı uzamış olan depresyondur. Hastalığın seyri aşamasında normal olan tepkiler, yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olanaklarına arayış içinde olunması iken; uyumsuz olan tepki majör depresyondur. Terminal dönemde ise normal olan tepkiler, sevdikleri tarafından terk edilme korkusu, bitmek bilmeyen bir ağrı, varoluşçu endişeler, ölüm düşündükçe kaygı duyma ve ölümü kabullenmedir (38).

Elisabeth Kübler Ross (39), kanser hastalarının, tanıyı almasıyla başlayan ve tanıyı izleyen dönemlerdeki tepkisel süreçlerini; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklinde tanımlanan beş aşamada incelemiştir.

**İnkâr:** Hastalarda ilk şok olma durumunda ortaya çıkan, her zaman da uyumsuz bir tepki olarak karşılaşılmayan, psikolojik olarak hazır olana kadar kullanabileceği, zaman geçtikçe azalan bir tepkidir. İlk şok durumu geçmeye başlayıp düzelmeye başladığında, hastanın ilk cevabı genellikle “hayır bu olay benim başıma gelemez” şeklinde olur. Hasta kanser gerçeğini reddederek, olayı gerçekleşmemiş kabul ederek, kendini dayanamayacağı kaygıdan korur. Bu nedenle hastalara, hastalığının yavaş yavaş söylenmesi, psikolojik açıdan önceden hazırlanması daha uygun olabilir. Bu aşamada hastalara zaman tanınmalı, kaygılarını en az seviyeye indirecek, umutlarını artıracak olumlu mesajlar verilmeli, tedavi seçenekleri ve olasılıkları anlatılmalı, ailevi ve sosyal destek verilmelidir (40).

**Öfke:** İlk olarak görülen inkâr evresi bittiğinde, yerini öfke, kızgınlık ve kıskançlık duyguları alır; “Neden benim başıma geldi, neden başkası değil”. İnkâr evresinin aksine, yakınları ve hekimler açısından kontrol edilmesi çok zor bir evredir. Hasta bu dönemde ne yaparsa yapsın, nerede olursa olsun, yalnızca kendini mutsuz eden şeylerle karşılaşacaktır. Ailesi veya tedavi ekibi bu öfkeyi kişisel olarak algıarlarsa, onların da tepkileri gittikçe daha öfkeli hale gelir; bu davranış hastanın sadece düşmanca davranışlarında artış olmasına yol açar (41).

**Pazarlık:** İlk evrede hastalığı ile yüzleşme, kabullenme olmadıysa ve öfke evresinde özellikle tanrıya öfkelenildiyse; kişi, ölüm gibi kaçınılmaz olayı ertelemek için bir anlaşma yapılabileceği düşüncesine girer. Tanrı, öfkeli tepkilere cevap vermiyorsa ve bizi bu dünyadan almayı düşünüyorsa, belki de karşı çıkmadan iyilik ile istersek bize daha olumlu davranabilir. Bu dönemde hasta iş birliği yapar ve uyum süreci olumludur (42). Hasta, hastalığı ile ilgili bilgi edinmeye, daha çok araştırmaya, umut veren tedavi gelişmelerini izlemeye odaklanmıştır. Bu dönem Green’ in (43) ‘savaşma ruhu’ diye adlandırdığı dönemdir.

**Depresyon:** Hasta artık hastalığını inkâr edemez hale geldiğinde, hastalık belirtileri daha da kötüleştiğinde, hastalığını umursamaz durumda kalamaz. Umursamazlık, kayıtsızlık ve öfkesinin yerini, kısa sürede kaygı duygusu alır. Her şeye iyi yanından

bakmaya yöneltilmemelidir, çünkü bu yaklaşım yaklaşabilecek olan ölümü düşünmemesi, tedaviyi umursamamasına yol açabilir. Eğer üzüntüsünü ifade etmesi sağlanırsa, yaklaşabilecek olan ölümü kabullenmesi daha kolay olacaktır. Bu iletişim, daha çok karşılıklı olarak paylaşım içinde ifade edilebilen bir duygudur ve bunun için karşısındakinin elini tutmak, başını okşamak, zor durumda kaldığında yanında olmak ya da sessizce birlikte zaman geçirmek bile yeterli olur (40).

**Kabullenme:** Bu zamana kadar sağlıklı olanlara karşı hissettiklerini, onlara karşı hissettiği kıskançlığı ve öfkeyi gösterebilmiş kişi, kabullenme evresine girecektir. Kendisi için önemli insanlardan yakında ebediyen uzaklaşacağı için yasını yaşamış olacak ve sessiz bir beklentiyle yaklaşan sonunu bekleyecektir. Bu evrede hasta mutlu olarak düşünülmemeli, neredeyse duygudan yoksun olarak nitelendirilmelidir. Hastadan çok yakınlarının, sevdiklerinin daha fazla yardım ve desteğe ihtiyaç duyduğu zamanlardır (39). Hastalar bu evreleri, sınırları net bir şekilde ayrılmış veya önceden öngörülmüş bir şekilde yaşamazlar. Bu beş evrenin belirtilerini bir arada veya sadece birkaç evresini yaşayabilirler (44).

### **2.3 Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar**

Literatürde yapılmış olan birçok çalışma mevcut olup kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların %29-47 arasında değişen oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (3). Gopalan ve arkadaşlarının (45) kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların belirlenmesine yönelik prevalans çalışmasında hastaların %41,7'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Aynı zamanda bu çalışmada, kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının, diğer fiziksel hastalıklar ve sağlıklı popülasyona göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Kanser hastalarında görülebilen psikiyatrik bozukluklar;

- Anksiyete bozuklukları,
- Uyum bozuklukları,
- Kişilik bozuklukları,

- Organik beyin sendromları (demans, delirium, ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri)
- Depresyon bozukluklarıdır. (46).

Kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyon olup görülme sıklığı %3 ile %58 arasında değişmektedir (4). Kanser hastalarında, hastalığının tüm süreci boyunca psikiyatrik bozukluklar görülebilir. Kanser başlangıcında ve öncesinde, tanı ve tedavi döneminde, tedavi bitiminde, kanserden kurtulmuşlarda ve kanserin ölüm öncesi son döneminde, hasta anksiyete ve depresyonla karşılaşabilmektedir (47). Burgess ve ark. (48) kanser hastalarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansının tanı anında %33, tanıdan 3 ay sonra %24 ve tedaviden 1 yıl sonra %15 olduğunu belirtmişlerdir. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklara dikkat edilmesi, tanı konulması ve tedavisi, hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi için önem taşımaktadır. Hastaların tıbbi tedavi yanında psikososyal desteğe de ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır (49).

## **2.4 Kanser ve Depresyon**

Withlock ve Siskind, depresyonla kanser arasındaki ilişkiyi şöyle tanımlamaktadır; tanı ve tedavi girişimlerine, hastalığının tıbbi sürecine, ağrıya ve tanının öğrenilmesiyle hasta tarafından algılanma biçimine karşı gelişen psikolojik tepkiler sonucu, kanser hastasında depresyon gelişebilir. Ayrıca depresyon henüz tanı konulmamış kranial bir metastazın işareti veya yine tanı konulmamış bir primer kanserin belirtisi olarak beyindeki yapısal değişimlerin bir sonucu olarak karşımıza çıkabilir. Bunlara ek olarak bir paraneoplastik sendromun sonucu olarak depresyon ortaya çıkabilir (50).

Kanserle birlikte ortaya çıkan çaresizlik duygusu, tedavinin yan etkileri ve kansere bağlı gelişen fiziksel belirtiler, bu bireylerde bedenlerinin kontrolün kaybedildiği duygusuna yol açmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı hissi ile bireylerin öz saygısı düşülebilmekte, sosyal çevreden uzaklaşıp kendi içine kapanmakta ve depresyon daha kolay ortaya çıkabilmektedir (51).

### **2.4.1 Tanım**

Depresyon, üzüntülü veya bunaltılı bir duygu-durum içinde olma, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, güçsüzlük, değersizlik, karamsarlık, isteksizlik, dikkat ve konsantrasyon azalması, iştah ve uyku düzensizlikleri gibi duygu ve düşünceleri içeren ruhsal bir çökkünlük halidir. Günlük olağan moral bozukluğu ve çökkünlükten farkı, kişinin bu durumun çözümsüz olduğunu ve kendisinin de yetersiz olduğunu hissetmesidir (52).

### **2.4.2 Epidemiyoloji**

Depresyon için yaşam boyunca riskin erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25, ortalama %12 olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülen depresyon orta yaşlarda (20-40 yaş) daha sık izlenen bir hastalık olarak görülmüştür (53). ABD’ de DSM-V kriterlerinin kullanıldığı 36,309 yetişkin ile yapılan ulusal çapta bir araştırmada, depresyon yıllık ve yaşam boyu prevalansları sırasıyla %10,4 ve %20,6 olarak bulunmuş ve bunların çoğunun hastaların komorbidite ile birliktelik gösterdiği belirtilmiştir (54). Kanser hastaları, hastalıklarının her evresinde depresif semptomlara eğilimlidirler. Kanser hastalarında depresyon, normal popülasyonla karşılaştırıldığında 2-3 kat daha fazla görülmektedir (55). Birçok kanser türü ve evrelerinde depresyon sıklığı araştırılmış olup %3 ile %58 arasında değişen oranlarda sıklık bildirilmiştir (4).

### **2.4.3 Risk Faktörleri**

Yapılan çalışmalarda kadın cinsiyet, genç olmak, yetersiz ağrı kontrolü, ileri evre hastalıklar, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, hastalığın nüks etmesi, öz saygının düşük

olması, aşırı stres, kötü fiziksel şartlar, geçirilmiş depresyon öyküsü, duygusal desteğin azlığı, alkol-madde kullanım bozukluğu ve maddi kaygı depresyon gelişimi açısından yüksek risk faktörleridir (56). Bunlara ek olarak hastalarda ölüm korkusu, aile-iş-toplum rollerinde değişikliğe uğraması, bedeninde fiziksel değişiklikler, KT ve RT gibi tedaviler depresyona yol açabilecek faktörlerdir (57; 58).

#### 2.4.4 Tanı

Kanser hastalarında depresyon tanısı koymak güçtür. Kanser hastalarını depresyon tanısı açısından değerlendirirken iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı, uykusuzluk gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüvende azalma, değersizlik, çaresizlik, suçluluk duyma, konsantrasyon eksikliği, intihar etme düşünceleri gibi bilişsel belirtiler daha belirleyici olabileceği vurgulanmaktadır. Çevresindekilere aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme (kişilerle göz temasından, yakınları ile birlikte olmaktan kaçma), beklenmeyen düzeyde ağrı yakınmaları, tedaviyi tamamen reddetme gibi durumlar depresyon tanısı açısından ipucu olabilir (56). Kanser tedavisinde uygulanan medikal tedaviler, kullandığı ilaçlar ve ek hastalıklar depresyon tanısında ayırıcı tanı olarak göz önünde bulundurulmalıdırlar. Birçok nörolojik, metabolik ve endokrinolojik patolojiler depresyona benzer tablo ile karşımıza gelebilir. Depresif kanser hastaları endokrinolojik açıdan hiperparatiroidizm, hipertiroidizm ve adrenal yetmezlik açısından değerlendirilmeli, serum elektrolitleri, böbrek fonksiyon testleri kontrol edilmeli ve vitamin eksiklikleri, anemi durumları araştırılmalıdır. Kanserli hastalarda sıklıkla kullanılabilen ilaçlardan kortikosteroidler, kemoterapötik ajanlar (Vinblastin, prokarbazin, L-asparajinaz, interferon) farmasötik depresyon yapabilirler. Ayrıca metildopa, barbitürat, östrojen preparatları, diazepam gibi ilaçlar da depresyon gelişimini başlatıcı, artırıcı veya baskılayıcı etkilere yol açabilirler (46).

Depresyon birçok çeşit belirtiyi kapsayabilen bir hastalıktır, böylelikle hiçbir depresyon belirtisi yalnızca depresyona özgü değildir. Beck depresyon ölçeği, Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği, hasta sağlık anketi gibi tarama testleri depresyonun klinik belirtilerinin saptanması konusunda tanıda yardımcıdır (59).

Günümüzde depresyon tanısı, hastalığa spesifik belirtiler aranarak değil, DSM-V tanı kriterlerine göre, göreceli olarak depresyonda sık rastlanan ve betimlenmesi kolay birçok belirtinin en az iki hafta süreyle bir arada saptanması ile konur (60).

#### **2.4.5 Tedavi**

Kanser hastalarında depresyon tedavisinde farmakolojik ajanların seçimi, hastaya özgü düzeltilmesi hedeflenen belirtiler, hastanın tıbbi durumu, ilaç yan etki ve etkileşimlerine göre yapılmalıdır. Hayatı tehdit eden bir hastalık olan kanserde tedavi sadece farmakoterapi ile kalmamalı, aynı zamanda fazla zaman almayan, hastaların genel durumlarına yönelik dikkat edilen, gerektiğinde aile ve tedavi ekibini de içeren özellikle destekleyici psikoterapilerden de yararlanılmalıdır. Terapilerde hasarlanmış olan benlik değerini, saygısını yeniden kazanması, kayıpları kabullenmesi, krizle mücadelede kendine özgü başa çıkma yolları geliştirmesi ve yeni bir yaşam planı oluşturması hedeflenmelidir (1; 56).

Farmakolojik tedavi olarak antidepresan seçimi hastaya özgü yapılması gerekir. TSA'lar kardiyak sorunu olmayan hastalarda düşük bir dozda başlanıp, fayda sağlayana kadar 1-2 günde bir doz artırımını yapılabilir. Depresif belirtileri olan kanser hastaları, kanser hastalığı olmayan sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında TSA'lara, çok daha düşük dozlarda tedaviye yanıt verirler. Belirtilerin gerilemesinden 4-6 ay sonra doz azaltılarak kesilebilir (56). Klasik antidepresan ilaçlar kardiyak yan etkiler, ağız kuruluğu, idrar yapmada güçlük ve kabızlık gibi antikolinergik yan etkilere sahiptir. SSRI'lar, daha az yan etki profiline sahip olmaları ile son yıllarda kanserli hastalarda yoğun olarak kullanılmaktadırlar (61).



## **2.5 Kanser ve Anksiyete**

### **2.5.1 Tanım**

Anksiyete ya da kaygı, nesnesi tam olarak belli olmayan ve kişi tarafından betimlenemeyen, içsel tehdit veya dış dünyadan bir tehlikeye karşı yaşanan bunaltı halidir. Kişi her an kötü bir şey olacak, her şey daha kötüye gidecekmiş gibi hisseder. Kanser hastalarında tedavinin olumsuz sonuçlanacağı düşüncesi, gelecek kaygısı, ailenin desteğini yeterince alamama ve belirsizlik yaşama anksiyete ile sonuçlanabilir (62).

Kanser teşhisinden sonra anksiyete yaşamak alışılmadık bir durum değildir ve genel olarak tedavi başlangıcında, doktora gittikten sonra geçici bir korku olarak başlar. Hafif ve orta düzeyde bir anksiyete hastanın motivasyonunu sağlamada, yoğun kanser tedavilerine uyumunda, hastalığı hakkında bilgi edinmesine yardımcı olabilir. Ancak anksiyete seviyesi ciddi olarak yükselmesi halinde hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayabildiği gibi, hastalığı ile ilgili bilgileri öğrenmesi güçleşebilir. Ciddi durumlarda hastanın normal bir yaşam sürdürme kapasitesinde azalma, işlev görme yeteneğinde etkilenme, daha az etkili tıbbi karar verme, tıbbi semptomların alevlenmesi gibi durumlar yaşanabilir (47; 63).

### **2.5.2 Epidemiyoloji**

Kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları, major depresif bozukluklardan sonra ikinci sırada yer alır. Yapılan çalışmalar, hastalığın seyri sırasında hastalarda yüksek bir anksiyete prevalansı olduğunu ve hastaların %20 ile %30 arasında klinik düzeyde anksiyete bozukluğu gösterdiği görülmektedir (64). Sadece hastalığının seyri sırasında değil, hastalıktan sonra da 10 yıla kadar anksiyete bozukluğu riskinin arttığı gösterilmiştir (65).

### 2.5.3 Nedenleri

Kanserli hastalarda anksiyete ve depresyonun ortaya çıkabileceği iki ana yol vardır: biyopsikososyal modelde yer alan süreçler (biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birbirine bağlı katkılarıyla) ve altta yatan kanser hastalığının spesifik yan etkileri ve bunların tedavilerine bağlı yan etkileridir. Altta yatan kanser hastalığına sekonder gelişen psikiyatrik bozukluklar, kanser tedavisi ile geri döndürülebilir bir durum olabilir (66).

**Biyopsikososyal nedenler:** Kanser hastalığında anksiyete, hastanın teşhis, tedavi, nüks, yaşam sonu bakımı veya hayatta kalmaya verdiği tepkilerden kaynaklanır (67). Tedaviye özgü kayıplar (saç, cinsel işlev veya organlar gibi), hayatta kalmaya ilişkin beklentiler ve sosyal roller üzerindeki etkileri ile uzun süreli psikolojik stres dönemlerine neden olabilir. Sosyal faktörler de aileden, çevresinden, arkadaşlarından duygusal ve psikolojik destek görememesi olarak tanımlanır (68).

**Kanser ve tedavinin nöropsikiyatrik yan etkileri:** Birkaç spesifik tümör tipinde hastalığın kendisine bağlı olarak anksiyete ve depresyon görülebilir. En sık pankreas (ciddi sitokin-aracılı depresyon) ve akciğer (paraneoplastik sendroma bağlı anksiyete ve depresyon semptomları) kanserlerinde izlenir (69). KHAK hastalarının %15'inde uygunsuz ADH sendromuna bağlı hiponatreminin geliştirdiği düşük ruh hali oluşabilir (70). Bir diğer örnek de malign hiperkalsemiye bağlı depresyon ve anksiyete oluşumudur. KHDAK, meme kanseri, myelom, sarkoma, baş-boyun kanserlerinde PTHrP üretimiyle ve kemik metastazlarına bağlı olarak malign hiperkalsemi gelişebilir (71). Kanser tedavilerinde kullanılan ilaçlardan kortikosteroidler yüksek dozlarda ve uzun süreli düşük dozlarda depresyon ve anksiyeteye yol açabilir (66). Baş boyun kanserlerinde kullanılan radyoterapi sonrasında gelişen hipotiroidiye bağlı anksiyete ve depresif semptomlar gelişebilir (72).

#### 2.5.4 Klinik

Kanser hastalarında anksiyete, huzursuzluk, konsantrasyonda güçlük, yaralanmış ruh hali ya da gerginlik hissetme gibi belirtiler gösterir. Aynı zamanda sinirlilik, rahatlayamama ve oluşan endişeyi kontrol etmede güçlük gösterirler. Fiziksel olarak da uyku bozuklukları (uykuya dalma veya uykuda kalma güçlüğü, huzursuz veya yetersiz uyku), kronik yorgunluk, baş ağrısı, kas gerginliği ve iştahsızlık görülür (63). Kanser hastalarında anksiyete düzeylerini iyileştirmenin, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir (73).

#### 2.5.5 Tedavi

Genel popülasyona göre daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon semptomları gösteren kanser hastalarının yaklaşık %73'ü etkili bir psikiyatrik tedavi almamakta ve sadece %5'i bir psikiyatri uzmanına gitmektedirler (74). Kanserli hastalarda anksiyete, sıklıkla depresyon bozuklukları ile birlikte görülür. Bu yüzden tedavi de her iki psikiyatrik bozukluk açısından değerlendirmek gerekir (75). Kanserli hastalarda anksiyete tedavisinde farmakolojik olmayan (psikososyal tedaviler) ve farmakolojik tedaviler kullanılmaktadır.

**Farmakolojik olmayan tedaviler:** Kanserli hastalarda oluşan kaygıyı yönetmek için kullanılan psikososyal tedaviler içerisinde destekleyici psikoterapiler ve bilişsel davranışçı terapiler yaygındır. Bilişsel davranışçı terapiler, düşünme kalıplarını ve davranışlarını değiştirmek için prova yapma becerilerini geliştirmeye hedef alan yöntemlerdir. Destekleyici psikoterapi, hastaların kanserler ilgili deneyimlerini, düşüncelerini işlemelerine izin veren, yönlendirici olmayan bir yaklaşımı yansıtır (76). Klinik olarak anlamlı anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı ve destekleyici terapiler, hastalara mevcut ve gelecekteki stres faktörleri ile başa çıkmak için geliştirilebilir beceriler öğrenme fırsatı sunar. Özellikle ileri dönem hastalığı olanlar, varoluşsal sıkıntıyı çözebilmek için destekleyici terapilerden yararlanabilir (47).

**Farmakolojik tedaviler:** Farmakolojik tedavi, anksiyetesi klinik olarak anlamlı işlevsel bozukluğa yol açan hastalarda tercih edilmelidir. En sık kullanılan anksiyolitikler benzodiazepinlerdir. BZ'ler, endişeyi azaltmamakta, tetikte olmayı azaltarak anksiyetenin azalmasını sağlamakta, sedasyon etkisi yaratmakta, kas gerginliği gibi bedensel belirtileri ortadan kaldırmaktadır (77). Anksiyete semptomları çoğunlukla epizodik olduğundan, BZ'ler anında rahatlama sağlamak için kullanılabilir ancak bağımlılığa yol açabildiklerinden doz azaltılarak dikkatlice kesilmelidirler. Uzun süreli anksiyete tedavisi için genellikle antidepresanlar özellikle de SSRI'lar tercih edilir. Genel popülasyonda SSRI'lar ve SNRI'lar birinci basamak ilaçlardır. Trisiklik antidepresanlar antikolinerjiktir, kabızlık ve bilişsel işlev bozukluğu olan hastalarda veya aşırı doz riski bulunan özellikle yaşlı hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. (78). Anksiyete bozukluğunun uzun süreli tedavisi için kullanılan diğer ilaç türleri arasında bağımlılık yapmayan bir anksiyolitik olan buspiron, sedasyon ve kilo alma etkileri nedeniyle özellikle uykusuzluk veya anoreksiyalı hastalarda kullanılan mirtazapin, olanzapin ve ketiapin gibi atipik antipsikotikler bulunmaktadır (79).

## **2.6 Kanser ve Uyku Bozuklukları**

Kanser hastalarında uyku bozuklukları, kanserin diğer psikolojik (örn. depresyon, anksiyete) ve psikofizyolojik (örn. bulantı, kusma, ağrı) etkilerinin yanında göz ardı edilse de sık rastlanan sorunlardır. Uyku bozuklukları hem hasta hem de hastayı takip eden hekimi tarafından ihmal edilebilir. Bu ihmal, uyku bozukluklarının kanser tanısına veya tedavisine bağlı normal ve geçici bir tepki görülmesinden, hastaların da benzer nedenlerden dolayı uyku sorunlarını hekimlerine bildirmemesinden kaynaklanmaktadır (80). Uyku bozuklukları arasında spesifik bir hastalık olan insomnianın tanımı; uyku için optimal ortam ve şartlar sağlanmasına rağmen, uykuya başlamada ve devamlılığının sağlanmasında zorluklarla karşılaşma, süresinde veya kalitesinde azalma olarak tanımlanmaktadır (81).

Uyku bozuklukları literatürde yapılan çalışmalarda genel popülasyonda %5-35 arası görülmekte iken, kanser hastalarında özellikle ileri evrelerinde sık görülmekle birlikte %30 ile %50 arasında değiştiği belirtilmiştir. Kanser hastalarında uyku bozuklukları ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve çeşitli duygu-durum bozuklukları gibi psikiyatrik durumlar ile birlikte görülebilmektedir.

Uyku bozuklukları kanser hastalarında yaşam kalitesinde kötüleşme, yorgunluk, bilişsel bozukluklar (hafıza, konsantrasyon gibi), duygu durum bozuklukları, immunsupresyon ve genel sağlık problemlerine yol açabilir. Bütün bu olumsuzluklara rağmen kanser hastaları ve hekimler tarafından göz ardı edilebilen uyku bozukluklarına daha fazla önem verilmesi ve dikkat edilmesi gerekmektedir (80; 82).

## **2.7 Damgalanma**

### **2.7.1 Damgalanma (Etiketleme, Stigmatizasyon) Tanımı**

Stigma (damga, etiket) kavramı, Eski Yunan'da bir şeyin ahlaki açıdan kötü ya da olağandışı olduğunu gösteren bedensel işaretleri ifade eder. Tarihsel anlamda damgalanmanın ilk kullanımı Eski Yunan'da köleler, suçlular ve ihanet etmiş bireylerin belirlenmesi amacıyla, vücutlarına hiçbir zaman çıkmayan işaret konulması ile başlamıştır. Birey için damgalanmanın verdiği utanç duygusu, işaretin bedensel kanıtından daha önemli hale gelir. Damgalanma konusundaki ilk araştırmacılarından olan Goffman (83) damgalanmayı "bir kişinin sahip olduğu istenmeyen ve saygınlığını düşüren özellik" olarak tanımlamıştır. Ayrıca "kişiyi tam ve sıradan bir insandan lekeli, görmezden gelinen ve dışlanan bir insana dönüştürür" ifadesini kullanmıştır.

Link ve Phelan (84) damgalanma sürecini tipik olarak dört adımda gerçekleştiğini öne sürmüşlerdir. İlk olarak insanlar kendi aralarında kategorize edilmiş ve "farklı" olarak nitelendirilmişlerdir. İkinci olarak etiket edilmiş farklılıkları, istenmeyen özellikleri ile ilişkili bir sürece geçilir. Üçüncüsü, toplumda ayrılık yaratmanın bir yolu

olarak, istenmeyen özelliklerle etiketlenen insanlar “biz” kategorisinden “onlar” kategorisine yerleştirilir. Dördüncü aşama ise “onlar” kategorisindeki kişiler dışlanır, değersizleştirilir, saygınlığını kaybederler ve toplumun kalanından ayrımcılık yaşarlar. Park ve ark. (85), güncel literatürdeki damgalanma kavramını üç ayrı kategoride incelemektedir; yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş damgalanma.

Yapısal damgalanma, toplumdaki belirli gruplara karşı, sosyopolitik güçlerle o grubun imkânların kısıtlanması gibi, sistemde adaletsizlik ve fırsat eşitsizliği oluşturulmasıdır (86). Sosyal damgalama, bireyin içinde bulunduğu toplum tarafından farklı, kusurlu, istenmeyen ve sosyal anlamda kabul görmeyen biri olarak düşünülmesidir. Sosyal damgalama, kişilerin psikolojik olarak yardım arayışlarının önündeki en önemli engel olarak karşımıza çıkmaktadır (87). İçselleştirilmiş damgalama ise kişinin toplumda oluşan negatif önyargı ve düşünceleri kabul etmesi ve bunun sonucunda kendini değersiz hissetme, utanç, çekingenlik gibi negatif duygular nedeniyle kendisini toplumdan ayırmasıdır. Toplumdaki damgalamanın kişinin kendi tarafından içselleştirilmesi, bireylerin üzerindeki olumsuz etkisini gittikçe artırmaktadır (88).

### **2.7.2 Sağlık ile ilgili Damgalanma**

Sağlıkla ilgili damgalanma, belirli bir sağlık sorunu ile tanımlanan bir kişi veya grup hakkında olumsuz bir düşünceye sahip olma, hastalığı nedeniyle dışlanma, reddedilme, suçlama ve değersizleştirme ile karakterize sosyal bir süreçtir (89). Sağlıkla ilgili damgalanma, sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmada azalmaya yol açabilir. Sağlık çalışanlarından, aile ve arkadaşlarından gelen ayrımcı davranışlar dahil olmak üzere birçok farklı biçimde gerçekleşebilir (90; 91). Algılanan damgalanmanın olumsuz sonuçları devam edebilir ve ciddi psikosomatik semptomlara yol açabilir. Sosyal anlamda izole olmanın duygusal etkisi, çeşitli şekillerde herhangi bir hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal yüküne katkıda bulunur. Damgalanma, tedavi edilebilir sağlık sorunları için uygun yardım arayışını geciktirebilir ve tedaviyi sonlandırabilir (8). Damgayı içselleştirmiş kronik hastalıklarla yaşayan insanlar, bakıma ulaşmanın

daha zor olacağını düşünüyor olabilirler çünkü bakımı hak etmediklerini veya bakımın kendileri için işe yaramayacağını düşünürler (92). Damgalanma ile en sık ilişkilendirilen hastalıklar; kanser, epilepsi, psikiyatrik hastalıkları, HIV ve AIDS, işitme kaybı, obezite ve diyabettir (93).

### **2.7.3 Kanser ve Damgalanma**

Kanser, kanser hastalığından etkilenen kişilerin tüm yaşamını etkilediği gibi birçok biyolojik ve psikososyal sorunlara da yol açar. Damgalanma da bu psikososyal sorunlardan bir tanesidir (94). Yapılan çalışmalarda, kanserin damgalanan bir hastalık olarak kabul edilmesine ve kanser hastalarının damgalanma algısını tanımlamalarına rağmen bu konu üzerindeki çalışmalar kısıtlıdır. Spesifik kanser türlerinde ve genel kanser üzerinde yapılan çalışmalarda, algılanan damgalanma düzeyleri %13 ile %80 arasında değişmektedir (9; 95).

Kanser hastalığının kendisine karşı oluşan olumsuz düşünceler, kanser tanısı almış hastalara ilişkin olumsuz tutum ve davranışlara neden olmaktadır (9). Kanserle ilgili olumsuz tutumlardan biri, kanserin genellikle yaşam boyunca acı çekmek ve ölümler eş anlamlı olarak görülmesidir. Pek çok insanın bakış açısından kanser otomatik olarak ölümlerle sonuçlanır (96).

Toplumda kanserin tedavisi mümkün olmayan ölümcül bir hastalık olduğu inancı, kanserden iyileşen kişilerin hem fiziksel hem de sosyal olarak yetersiz kaldıkları görüşü, iş hayatlarında yetersiz olarak nitelendirilmeleri ve kanser hastalığına kişinin kendisinin hataları nedeniyle oluştuğu görüşleri hakimdir. Bu düşünceler kişinin hem toplum tarafından damgalanmasına hem de kişinin kendisini damgalamasına neden olmaktadır (97).

Tüm kanser türlerinin damgalanan bir hastalık olarak kabul görmesine rağmen farklı kanser türlerine özgü de stigma taşıyabilir. Örneğin, akciğer kanserinde, sigara kullanımı ile kanser oluşumunun bağlantılı olduğu gerçeği düşünüldüğünde, hastalar suçluluk ve utanç hissedebilir (98). Diğer taraftan meme kanseri durumunda, toplumumuzda memenin cinselliğin bir sembolü olarak algılanması nedeniyle, bu

hastalığa sahip kişi tarafından cinsel olarak daha az arzu edildiği yönündeki düşüncelere neden olmaktadır (99).

Kanserli hastalarda damgalanma, bireyin sosyal kimliğini olumsuz etkilemektedir. Hastalar damgalanmayı içselleştirdiklerinde, bu durum yaşamlarının bir parçası haline gelmeye başlayarak düşük benlik saygısı, utanç, suçluluk, sosyal izolasyon, değersizlik, korku ve toplum tarafından reddedilme yaşayabilmektedirler. Hastaların toplumdaki rolünün yitirilmesi, sosyal izolasyon ve ayrımcılığın bir sonucu olarak kişilerde “sosyal ölüm” e benzer bir durum oluşur (100; 101). Hastalar bazen kanser teşhisi konulur konulmaz bireysel anlamda çevresindekilerin onlardan kaçtığını düşünürler, bu da kanser teşhisinin açıklanmasına engel olabilir. (96). Sadece bireysel değil; yapısal ve sosyal düzeyde de ortaya çıkaracağı düşünülen sorunlar nedeniyle kanser hastalığının açıklanmasından kaçınılmaktadır. Kanser hastaları işsiz kalma korkusu, işyerinde verimsiz olarak nitelendirilmesi, sağlık sigortasını kaybetme korkusu gibi sorunlardan kaçmak için kanser teşhislerini gizleyebilirler (102).

Kanserin fiziksel yükünün yanında, hastaların ve toplumun kansere ilişkin olumsuz tutum ve davranışları hastalıkla savaşıma sürecini zorlaştırır. Bu olumsuz tutum ve davranışlar, tedavi uyumunun azalmasına, semptomlarının artmasına, tedavi etkinliğinin olumsuz etkilenmesine neden olmakta ve sonuç olarak da hastaların yaşam kaliteleri ve beklenen yaşam sürelerini azaltmaktadır (103).

Kanser damgalanması sadece kanser hastalarını etkilemekle kalmayabilir, aynı zamanda kanserin toplum tarafından damgalanması, toplumdaki kanser yükünü azaltmaya yönelik halk sağlığı çalışmalarını da olumsuz etkileyebilir (104). Toplumdaki insanların kanser ile ilgili tarama ve önleme prosedürlerine (örn. HPV aşısı, kanser taraması için görüntüleme yöntemleri) katılması, kanser teşhisi olasılığını göz önünde bulundurması gerektiği anlamına gelir. Toplumdaki damgalanma korkusu, bireylerin tarama ve önleme prosedürlerine katılımlarına, şikayetleri olmasına rağmen sağlık kuruluşlarına başvurularına potansiyel bir engel oluşturur (96). Toplumun kansere ilişkin tutumlarını ölçülerek bu duruma yönelik halk eğitim ve bilinçlendirme programlarının geliştirilmesi, toplumda kanserin tedavi edilebilen bir hastalık olduğuna odaklanılması ve tarama-önleme uygulamalarına katılımın iyileştirilmesi konularında olumlu gelişmeler sağlayabilir (105).



## 2.8 Kanser Hastası Yakınlarındaki Psikolojik Sorunlar

Kanser, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren kronik bir hastalıktır. Kanser teşhisi, aile bireyleri ve yakınları üzerinde belirgin bir gerginlik ve kaygıya sebebiyet verir. Bu yüzden kanser teşhisi sadece hastanın yaşamını değil, aynı zamanda aile bireylerinin de yaşamını değiştirir. Bakıcı-bakım veren kişi kavramı, ciddi bir hastalığı olan bir yetişkinle, kişisel ilişkisi olan ve geniş bir yelpazede ücretsiz yardım sağlayan bir eş, yetişkin çocuk, akraba veya arkadaş olarak tanımlanabilir (106).

Hasta yakınları kanserli hastaların bakımında çok önemli bir rol oynarlar. Hasta yakınları, hastalara hastalığı süresince ulaşım, finansman, kişisel bakım, duygusal destek ve semptom yönetimi konularında yardımcı olurlar, hastaların hem psikolojik hem de fiziksel anlamda bakıma ihtiyaçları vardır. Çoğu hasta yakını bu sorumluluğu çok az hazırlıkla üstlenir; kendi yaşamlarında değişiklik yapmak, yeni roller ve sorumluluklar üstlenmek ve geçmiş yaşam rutinlerinden vazgeçmek zorunda kalırlar ve bu da onları psikolojik stres riskine sokar, psikiyatrik bozukluklara neden olabilir (107; 108; 109). Fallowfield (7) hastalık süresi boyunca aile bireylerinin, hastalardan daha fazla depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon yaşadıklarını ve immünolojik fonksiyonlarının bozulması ile fiziksel hastalık risklerinin arttığını belirtmektedir. Bakım vermenin yükü yalnızca hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda hasta yakınlarının sevdiklerine gerekli yardımı sağlama becerilerini de tehlikeye atabilir, tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. (110). Hastalık sürecinde sadece hastaya odaklanmak yerine, hastanın bakımını sağlayan yakınlarının da psikolojik durumlarını göz önünde bulundurmak ve kanserden psikososyal olarak etkilenen herkesi değerlendirmek hastalığın seyri açısından daha değerli olacaktır (6).

## 2.9 Tedavi Uyumu

Literatürdeki çoğu araştırma reçete edilen ilaçlara uyuma odaklanmış olsa da uyum, reçeteli ilaçları almanın ötesine geçen çok sayıda sağlıkla ilgili davranışı kapsar. Haziran 2001'deki DSÖ uyum toplantısında uyumu, "hastanın tıbbi talimatları ne ölçüde takip ettiği" olarak tanımlamanın yararlı olduğu sonucuna varmışlardır (111). Bununla birlikte 2003 yılında yapılan DSÖ uyum toplantısının uyum tanımındaki "tıbbi" teriminin, kronik hastalıkları tedavi etmek için kullanılan çeşitli müdahaleleri tanımlamada yetersiz olduğu düşünülmüş, ek olarak "talimatlar" teriminin, hastanın tedavi sürecinde aktif bir işbirlikçi yerine pasif, katılım göstermeyen bir alıcı olduğu ima edilmiştir. Hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcıları (doktor, hemşire, diğer sağlık personelleri) arasındaki ilişkide bir ortaklık olması gerektiği, etkili tedavi ilişkileri için tedavi rejiminin, uyumun müzakere edildiği ve takibin planlandığı bir ortam olması gerektiği belirtilmiştir (112). Sonuç olarak Haynes (113) ve Rand' in (114) yaptıkları tanımların birleşmiş versiyonu olan tedavi uyumu tanımı benimsenmiştir; kişinin sağlık hizmet sağlayıcısının verdiği tavsiyelere uygun olarak davranışını (ilaçlarını alması, diyetinin takibi ve/veya yaşam tarzı değişiklikleri) gerçekleştirmesidir. Uluslararası Farmakoeкономи ve Araştırma Sonuçları Derneği (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research-ISPOR) tarafından yapılan tedavi uyumu tanımında ilk olarak "sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından reçete edilen tedavi rejimine doz, zaman ve sıklık açısından uygunluk/benzerlik gösterme davranışları" olarak belirtmiş ve sonrasında "ilacın başlanma zamanından tedavinin kesilmesine kadar olan süre" olarak süreklilik kavramını ekleyerek genişletmiştir. Optimal uyum, planlanan tedaviye göre ilaçlarını doğru dozda ve zamanda alan, doz atlamayan, fazla doz almayan, yanlış miktarda veya yanlış zamanda doz almayan hastalar olarak tanımlanmaktadır (115; 116).

Tedavinin faydası, hastaların tedavi rejimlerini makul ölçüde yakından takip etmeleri halinde sağlanacağı açıktır. Hastalar için uyum oranları, genellikle belirli bir süre boyunca hasta tarafından fiilen alınan ilacın, reçete edilen toplam doza yüzdesi olarak bildirilir. Literatürde kabul edilebilir bir uyum eşiğinin tek bir standart tanımı yoktur ancak yaygın olarak %80 olarak kullanılır. Özellikle insan immün yetmezlik

virüsü (HIV) enfeksiyonu gibi ciddi hastalıklar arasında %95'in üzerindeki oranların yeterli uyum için zorunlu olduğu düşünülmektedir (117). Tedavi uyumu konusunda yapılan araştırmalara bakıldığında, genellikle kronik hastalıklarda tedavi uyum oranının %20-80 arasında değiştiği ve hastaların tedavi uyumsuzluğunun yüksek olduğu gözlemlenmektedir (118). Kanser hastalarının tedavi başarısında, hastanın tedaviye uyumu önemli bir yer tutmaktadır. Kanser hastalarında tedavi uyumsuzluğu tedavi etkinliğinde azalma, olumsuz klinik sonuçlar ortaya çıkma, mortalite riskinde, bakım veren yükünde, hastane başvurularında, uzun süre hastaneye yatış oranlarında artış ve yaşam kalitesinde azalma gibi sonuçlar doğurur (10; 11). Bu yüzden kanser hastalarında tedavi uyumunu etkileyen faktörler hastalar için çok önemlidir.

### **2.9.1 Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler**

Tedavi uyumunun değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde ve sağlık araştırmalarında çok önemli bir role sahiptir. Bir hasta ilaçlardan fayda görmediğini belirttiğinde, klinik yanıtta aksaklıklar yaşandığında, tedavinin etkili olup olmadığını anlamak için hekim tarafından ilk yapılması gereken ilaçların doğru kullanılıp kullanılmadığını sorgulamaktır (119). Hastalar tedavi ile ilgili tutumlarını gizleme eğiliminde olabilirler; bu durum hem kendilerinin hem de hekimlerinin davranışlarından kaynaklanabilmektedir (120). Hekimin tedavi uyumsuzluğu olasılığına karşı yüksek bir farkındalığa sahip olması gerekir. Hekim için en basit ve en pratik öneri hastalara karşı yargısız, suçlayıcı olmayacak bir şekilde ilaç dozlarını ne sıklıkla atladıklarını sormaktır. Hastalar hekimlerini memnun etmek isterler ve genellikle hekimlerin duymak istediğini söyleyebilirler. "Tüm ilaçlarınızı düzenli bir şekilde almanın zor olduğunu biliyorum. İlaçlarınızı almayı ne sıklıkla aksatıyorsunuz?" şeklinde bir yaklaşım, hastayı doğruyu söylerken rahat hissettirir ve uyumsuzluğun tanımlanmasını kolaylaştırır (121).

Tedavi uyumu pek çok faktörden etkilenmektedir. DSÖ, tedavi uyumunu etkileyen faktörleri beş başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- Sosyodemografik-ekonomik faktörler,

- Sağlık sistemi ilişkili faktörler,
- Koşul ilişkili faktörler,
- Tedavi ilişkili faktörler,
- Hasta ilişkili faktörlerdir (112).

### **2.9.1.1 Sosyodemografik-Ekonomik Faktörler**

Yaş, ırk, eğitim, sosyoekonomik durum gibi faktörler tedavi uyumunda önemli bir role sahiptir. Gelişmekte olan ülkelerde, düşük sosyoekonomik durumda olan hastalar bakmak zorunda oldukları çocuklar, ebeveynler ve diğer aile üyeleri gibi kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için kendi önceliklerinden, kendi tedavilerinden vazgeçmek durumunda kalabilirler. Düşük eğitim seviyesi, işsizlik, istikrarsız yaşam koşulları, tedavi merkezine ulaşım sorunları, yüksek ulaşım maliyeti, yüksek ilaç maliyeti gibi faktörler tedavi uyumu üzerinde önemli etkiye sahiptirler (112).

Tedavi rejimlerine uyumsuzluk tüm yaş gruplarını etkiler ancak bilişsel ve yaşlı hastalardaki fonksiyonel bozukluklar uyumsuzluk riskini artırmaktadır. Yaşlı hastalar çoklu ek hastalıklar, karmaşık tıbbi tedavi rejimleri, ilaç etkileşimlerine bağlı yan etkiler nedeniyle tedavi uyumsuzluğuna daha yatkındırlar (122). Uyumu etkileyen bir diğer önemli faktör de sağlık okur-yazarlığıdır. Sağlık okur-yazarlığı, hastaların uygun sağlık kararları almak için gerekli olan bilgileri edinme, hastalığı ile ilgili bilgileri okuyup anlayabilme yeteneğine sahip olmasındır. Okur-yazarlığı düşük olan hastalar, hekimler tarafından verilen önerileri anlamakta, hatırlamakta ve takip etmekte güçlük çekebilir, ilaç kullanım hataları yaşayabilirler. Bu durum, azalan tedavi uyumuna ve kötü ilaç yönetimine neden olur (123; 124). Ward ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, cinsiyet ve kültürel özelliklerin tedavi uyumunu etkileyebileceğinden bahsedilmiş olup kadınların tedavi rejimlerine uymada erkeklerden daha başarılı olabilecekleri belirtilmiştir (125).

### **2.9.1.2 Sağlık Sistemi İlişkili Faktörler**

Tedavi uyumunun önündeki sağlık sistemi ile ilişkili en önemli engel maliyettir. Hasta belirlenen tedavi programını tam olarak gerçekleştirebileceğine inansa bile, maliyet-fayda dengesinin uygunluğuna inanmadığı durumda tedaviye bağlı kalmayabilir (126). Sağlık sigortası tarafından yetersiz geri ödemeli sağlık hizmetleri, zayıf ilaç dağıtım sistemleri, hasta eğitiminin yetersizliği, denetim, iletişim, takip, yönlendirme uygulamalarının zayıf olması, tedavi programı yapılmaması ve sık tedavi rejim değişikliği, sağlık sistemi ile ilgili tedavi uyumunu engelleyen faktörlerdir (127). Hekimin hastalarla kurulan iletişiminin zayıf olması, hastalara yeterince ilgi gösterilmemesi, hastalarla güvene dayalı bir ilişki kurulamaması ve tedavi rejiminin belirli aralıklarla kontrol edilmemesi ilaç uyumsuzluğuna yol açan diğer faktörlerdir (128).

### **2.9.1.3 Koşul İlişkili Faktörler**

Koşul ilişkili tedavi uyumunu etkileyen faktörler, esas olarak hastanın mevcut hastalığı ilişkili karşılaştığı durumları temsil eder. Bunlarla ilişkili güçlü belirleyiciler semptomların şiddeti, yetersizlik düzeyi (fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki), hastalık progresyonu ve etkin tedaviye erişim olanağıdır. Bu faktörlerin etkileri hastanın risk algısı ve tedavi uyumuna verdiği öneme bağlıdır (112).

### **2.9.1.4 Tedavi İlişkili Faktörler**

Tedavi ile ilişkili faktörlerden en önemlileri, tedavi rejiminin karışıklığı, uzun tedavi süresi, önceki tedavi başarısızlıkları, sık tedavi rejim değişikliği, faydalı etkilerin erken gelişmesinin beklentisi, eş zamanlı alınan ilaçların çokluğu, tedavi

amacıyla hastalardan beklenen davranış değişiklikleri (besin, alkol, sigara kısıtlamaları) ve yan etkilerdir (112; 129).

### **2.9.1.5 Hasta İlişkili Faktörler**

Hasta ile ilgili faktörler hastanın bilgisini, tutumlarını, inançlarını, algılarını ve beklentilerini temsil eder. Tedavi uyumunu etkileyen hastayla ilişkili faktörlerden bazıları şunlardır: Psikososyal stres, unutkanlık, olası yan etkiler ile ilgili endişeler, düşük motivasyon, hastalık semptomlarını ve tedavisini yönetmede yetersiz bilgi ve beceri, kendi kendine algılanan tedaviye ihtiyacının olmadığı düşüncesi, tedavinin anlaşılmasında ve kabul edilmesinde sorunlar, tanıya inanmama, hastalığın sağlık riskinin algılanmaması, düşük tedavi beklentileri, toplum tarafından damgalanma korkusu (112). Aile fertleri, arkadaşları ve bakım veren kişiler hastalar için sosyal çevrenin önemli bir bileşenidir. Tedavi rejimiyle ilgili bilgilendirmeler, hatırlatmalar ve sosyal destek açısından yardımcıdırlar. Sosyal desteğin güçlü olması, tedavi uyumunu olumlu yönde etkiler (130).

### **2.9.2 Tedavi Uyumunu Değerlendirmede Kullanılan Yöntemler**

Tedavi uyumunu değerlendirmek için pek çok yöntem mevcuttur. Tedavi uyumu, Hipokrat döneminden beri çeşitli iksirlerin, hastanın alıp almadığına dair notlarla kaydedildiği zamandan beri değerlendirilmektedir (131). Hastaların tedavi uyumunu değerlendirmek için kullanılan yöntemler direkt ve indirekt yöntemler olmak üzere iki grupta toplanabilir. Her yöntemin avantajları ve dezavantajları vardır ve hiçbir yöntem altın standart olarak kabul edilmez. İdeal bir tedavi uyum değerlendirme yöntemi düşük maliyetli, kolay uygulanabilir, güvenilir ve pratik olmalıdır. Tedavi uyumunu değerlendirmede kullanılan yöntemler;

### Direkt yöntemler

- Tedaviyi doğrudan gözlemleme,
- Kandaki ilaç seviyesi veya metabolitini ölçme

### İndirekt yöntemler

- Hasta anketleri, hastaların kendi raporları,
- Tablet sayma,
- Reçete yenileme oranları,
- Hastanın klinik cevabının değerlendirilmesi,
- İlaç Etkinlik İzleme Sistemi (MEMS),
- Fiziksel belirtilerin ölçülmesi (Örn. Beta bloker kullanan hastalarda kalp hızı ölçümü),
- Hasta günlükleri (121).

#### **2.9.2.1 Direkt Yöntemler**

Direkt yöntemler ile tedavi uyumu, doğrudan gözlemleme, kandaki ilaç seviyesi veya metaboliti ölçerek değerlendirilebilir. Bu yöntemler, klinik ortamda bir sağlık hizmet sağlayıcısı tarafından uygulanan parenteral kanser tedavilerinin tedavi uyumunun değerlendirilmesine olanak sağlar ancak oral antikanser ilaçlar ev ortamında uygulandığından bu ölçümlerin yapılması daha zordur (132).

#### **2.9.2.2 İndirekt Yöntemler**

Tedavi uyumunu değerlendirmede kullanılan indirekt yöntemler arasında hasta anketleri, hastaların kendi bildirimleri, tablet sayma, reçete yenileme oranları, hastanın

linik cevabının değerlendirilmesi, ilaç etkinlik izleme sistemi ve hasta günlükleri vardır (121).

Tedavi uyumu, hasta tarafından doldurulan soru formu veya güvenilirlik-geçerliliğe sahip ölçekler aracılığıyla değerlendirilebilir. Kullanımı kolay, ucuz ve tedavi uyumunda sık kullanılan yöntemlerdendir. Hastalığı ile ilgili psikososyal faktörler, davranış ve sağlık inançları ile ilgili verilerin toplanmasına da yardımcı olabilir. Morisky İlaç Uyum lği, İlaç Uyumunu Bildirim lği, İlacı Uyum z-Etkililik lği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı lği gibi ölçekler tedavi uyum değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerden birkaçıdır (133). Hastaların tedavi uyumunun değerlendirilmesinde hasta öz bildirimini kullanılması bazı hastalarda uygun olmayabilir. Uyumsuzluk durumunu ve unutkanlığını bildirmek istemeyen bazı hastalar yanlış beyanlarda bulunabilirler (116).

Tablet sayma tedavi uyum değerlendirmesindeki indirekt yöntemlerden bir diğeridir. Hastaların kontrollerinde ilaç kutularında kalan ilaçlar sayılır ve kutuda kaç adet kalması gerektiği esasına dayanarak tedavi uyumu hesaplanır. Ucuz, ölçülebilir, kullanımı kolay bir yöntem olmasına rağmen hastalar ilaçları şişeler arasında değiştirebilir, tedaviye uyumlu gibi görünmek için kontrol öncesinde ilaçları atabilir. Bu yüzden klinik kullanılabilirliği sınırlıdır.

İlaç Etkinlik İzleme Sistemi (MEMS), mobil teknoloji kullanılarak ilaç kutusunun kapağı açıldığı zamanı ve tarihi kaydeden böylece hastaların ilaçlarını alma durumunu tanımlayan tedavi uyumunu uzaktan değerlendirilmesini sağlayan cihazlardır. Maliyeti yüksek olması, ilaç kutusunun kapağı her açıldığında hastanın ilacı içip imediğinin bilinmemesi gibi durumlar olması nedeniyle klinik uygulanabilirliği kısıtlıdır (134).

İlaçların reçetelenme sıklığını bilişim sistemleri (hastane verileri, eczane kayıtları, sigorta sistemleri vb.) zerinden değerlendirilmesi ile hastanın tedavi uyumu değerlendirilebilir. Bu verilerden elde edilen uyum değerleri, ilaç tüketim bilgisini sağlamaz bunun yerine ilacın temin edilmesinin değerlendirilmesini sağlar. İlaç kullanımı hesaplamaları genellikle ilacın reçete edilme gününden itibaren tükettiğini, ilacı tavsiye edilen düzende kullandığını ve elde edilen ilaçların tümünü tükettiğini



varsayar. Bu gibi sınırlamalara rağmen, tıbbi kayıt verilerine dayalı tedavi uyum değerlendirmeleri elverişlidir, invaziv değildir, objektiftir ve ucuzdur (135).

Son zamanlarda yaygın bir şekilde kullanılan *Medication Possession Ratio* (MPR) hastaların tedavilerine ne ölçüde bağlı kaldığını ne derece uyum gösterdiklerini değerlendirmede klinisyenler ve araştırmacılar için önemli bir ölçü haline gelmiştir. MPR, tıbbi veri kayıtları incelenerek hızlı bir şekilde hesaplanabilen basit bir bölme işlemidir. Hastaya tedavisinde önerilen ilacın toplam kullanılacağı gün sayısının, ilk ve son ilaç kullanımı arasındaki günlerin sayısına oranıdır. MPR, 0 ile 1 arasındaki değerleri alabilen sürekli bir değişken olarak kabul edilir. MPR=1 değeri, tedaviye tam uyumu (%100) gösterir. Önerilen ilaç gün sayısı, dönem içindeki gün sayısından fazla ise MPR> 1 olur. Önerilen sıklıktan daha fazla ilaç kullanımı, yanlış kullanım, daha sonra kullanmak üzere ilaç biriktirme gibi durumlar düşünülebilir. Böyle bir durumda MPR 1 olarak değerlendirilir (136). Literatürde kanser hastalarında tedavi uyum ile ilgili yapılan çalışmalarda MPR> 0.8 tedaviye uyumu yüksek olarak belirlenmiştir (11).

### **2.9.3 Tedavi Uyumunun İyileştirilmesine Yönelik Yaklaşımlar**

Bir tedavinin etkinliği hem ilacın etkinliğine hem de hastanın tedavi rejimine uyumuna bağlıdır. Tedavi uyumunu etkileyen birçok faktör olması nedeniyle tek bir yöntem ile tedavi uyumu iyileştirilemez. Yaklaşım, tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirleyip bu faktörlere yönelik çeşitli müdahalelerin kombinasyonu şeklinde olmalıdır. Hasta ile tedavi planında işbirlikçi bir yaklaşımda bulunma, karşılıklı güvene dayalı hasta-hekim ilişkisinin kurulması, tedavi rejimlerinin basitleştirilmesi, hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında eğitimi, tedavi hatırlatıcılarının kullanılması, sosyal desteğin iyileştirilmesi, uygun tedavi takibinin planlanması, tedavi uyumunun izlenmesi gibi müdahaleler tedavi uyumunu iyileştirilmesine yönelik yaklaşımlardır (124).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, kanser hastası ve hasta yakınlarından oluşan iki grubun alındığı prospektif kohort çalışması olarak planlandı.

#### 3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmaya; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne 01.11.2020-01.05.2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü ve araştırmaya katılmaya gönüllü intravenöz kemoterapi tedavi planı yapılan yeni tanı kanser hastaları ve hasta yakınlarının dahil edilmesi planlandı. 01.11.2020-01.05.2021 tarihleri arasında intravenöz kemoterapi tedavi planı yapılan yeni tanı almış 109 kanser hastası ve hasta yakınıyla Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kemoterapi Ünitesi'nde görüşüldü, hastalar ve hasta yakınları araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirildi. 23 kanser hastasının tanısını bilmemesi, 5 kanser hastasının ileri düzey komorbid hastalıkları olması, 2 kanser hastasının bilinen psikiyatrik hastalığının bulunması, 1 kanser hastasının primer beyin tümörü olması, 4 kanser hastasının da çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle çalışmaya alınamadı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, bilgilendirilmiş onam formu imzalayan kanser hastalarından 6 tanesi tedavilerine başka bir merkezde devam etmeleri, 4 tanesi tedavileri sırasında exitus olması, 14 tanesinin de kemoterapi tedavilerinin tamamlanmaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Araştırmaya 50 yeni tanı kanser hastası ve 50 kanser hastası yakını dahil edildi.

### 3.2.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Kanser hastası grubu için,

- a) 18 yaşından büyük olmak,
- b) Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak,
- c) Hasta yakınının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması,
- d) Kanser türü fark etmeksizin kanser hastalığı tanısının yeni konulmuş olması,
- e) Tanı konulduktan sonra intravenöz kemoterapi tedavi rejimine başlanmış olması,

Hasta yakını grubu için,

- a) 18 yaşından büyük olmak,
- b) Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak,
- c) Kanser hastasının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması,
- d) Kanser hastasının birinci derece yakını olmak,
- e) Hastanın tedavi süreci ve bakımı ile ilgilenen primer yakını olmak,

### 3.2.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Kanser hastası grubu için,

- a) Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- b) Hasta yakınının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi,
- c) Hastanın kanser tanısını bilmemesi,
- d) Bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmak,
- e) İkincil bir primer kanser tanısı bulunmak,
- f) Bilişsel işlevleri etkileyecek primer beyin tümörü veya beyin metastazı olması,
- g) Hastanın ileri komorbid hastalık varlığı ( immobil SVH, SDBY, ileri dönem KOAH vb. )

- h) ECOG performans durumunun  $> 2$  olması,
- i) Formların eksik doldurulması,
- j) Formların doldurulmasına engel olacak düzeyde bilişsel yetersizlik veya dil probleminin olması

Hasta yakını grubu için,

- a) Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- b) Bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmak,
- c) Bilinen kanser tanısı bulunmak,
- d) Kanser hastasının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi,
- e) Önceden kanser, ileri derece komorbid hastalığı bulunan bir yakınına bakım vermiş olması

### **3.2.3 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

- a) Hastanın veya hasta yakınının araştırmanın herhangi bir sürecinde araştırmadan ayrılmak istemesi,
- b) Hastanın kemoterapi tedavisine başka bir merkezde devam etmesi,
- c) Hastanın kemoterapi tedavisinin organik bir sebep nedeniyle tamamlanamaması (exitus, kemoterapi rejiminin aktif olarak devam ediyor olması)

### **3.3 Araştırmanın Yöntemi**

01.11.2020-01.05.2021 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran, yeni tanı kanser hastaları ve hasta yakınlarında araştırma dahil edilme ve dışlama kriterleri değerlendirilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınlarına, her türlü kişisel bilgilerinin gizli kalacağı, araştırmaya katılmaktan araştırmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, araştırmaya katılmama ya da araştırmaya katılmaktan vazgeçme

sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağını anlatan bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınları ile Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde veya Kemoterapi Ünitesi'nde yüz yüze görüşüldü. İlk olarak hastalar değerlendirilmiş olup Hasta Kişisel Bilgi Formu ve Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi-Hasta Versiyonunu araştırmacı aracılığıyla cevaplanarak araştırmacı tarafından, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) araştırmacının gözetimi altında hastalar tarafından doldurulmuştur. Sonrasında hasta yakınları değerlendirilmiş olup Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi-Toplum Versiyonu araştırmacı aracılığıyla cevaplanarak araştırmacı tarafından, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) araştırmacının gözetimi altında hasta yakınları tarafından doldurulmuştur. Okur-yazarlığı olmayan hastalara uygulanan formlar araştırmacı aracılığıyla cevaplanarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Formlar doldurulduktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar, psikiyatrik bozukluklar açısından Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilmiştir. Hastalar kemoterapi tedavileri tamamlanana kadar tedavi uyum değerlendirme formu ile prospektif olarak araştırmacı tarafından takip edilmiştir.

Tedavisi tamamlanan hastalara tedavi uyumunu değerlendirmek amacıyla tedavi uyum değerlendirme formu'ndaki kayıt altına alınmış bilgiler kullanılarak *Medication Possession Ratio* (MPR) araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. Elde edilen veriler ile, hastaların sosyodemografik, klinik, depresyon, anksiyete, kansere ilişkin tutum (kanser damgası) özellikleri, psikiyatri hekimi tarafından yapılan psikiyatrik değerlendirmeleri ve hasta yakınlarının depresyon, anksiyete, kansere ilişkin tutum (kanser damgası) özellikleri ile hastaların tedavi uyum değerlendirmeleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

### **3.4 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada hasta kişisel bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi-Hasta Versiyonu, Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi-Toplum Versiyonu, Tedavi Uyum Değerlendirme Formu ve *Medication Possession Ratio* kullanılmıştır.

#### **3.4.1 Hasta Kişisel Bilgi Formu**

Form, araştırmaya katılan katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumları, eğitim durumları, yaşadıkları sosyal çevre, hastalıkları hakkında bilgi seviyeleri, ek hastalıkları gibi sosyodemografik özellikleri sorgulayan maddeler içermektedir. Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan formun örneği EK-1’de sunulmuştur. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin sistematik şekilde kaydedilmesi amacıyla kullanılmıştır. Formda sorgulanan maddeler, katılımcıların verdiği cevaplar ve hasta bilgi kayıt sistemi kullanılarak kayıt altına alınmıştır.

#### **3.4.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Beck ve arkadaşları (137) tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan ölçek, depresyonda görülen duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtileri ölçen öz bildirim ölçeğidir. Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği, 1989 yılında Hisli tarafından (138) yapılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşan ölçeğin her maddesi 4 adet kendini değerlendirme cümlesinden oluşmakta ve 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan, bunların toplanması ile elde edilir ve 0-63 arası değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması, depresyon belirtilerinin şiddetinin ya da düzeyinin yüksekliğine

işarettir. Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışmasında kesme noktası 17 olarak belirlenmiş olup, ölçeğin 17 ve üstündeki puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyon bozukluklarını %90'ın üzerinde ayırt edebildiği belirtilmiştir. Araştırmamızda kesme noktası 17 olarak kullanılmıştır. Çoğu analizde ölçek kesme noktasına göre ikili kategorik değişken olarak, bazı analizlerde 0-63 puan aralığında sürekli değişken olarak kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği EK-2' de sunulmuştur.

### **3.4.3 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Beck ve arkadaşları (139) tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olan ölçek, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin varlığı ve sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan öz bildirim ölçeğidir. Türkçe güvenilirlik geçerliliği, 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları (140) tarafından yapılmıştır. Ölçek, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğunda görülen otonomik hiperaktivite, motor gerginlik belirtileri, spesifik korkular, endişeli ruh hali terimlerini içeren 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her maddesi 4 adet kendini değerlendirme cümlesinden oluşmakta ve 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan aralığı 0-63 aralığı olup puanın yüksek olması kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin belirli bir kesme noktası olmayıp araştırmamızda kesme noktası 8 olarak kullanılmıştır. Çoğu analizde ölçek kesme noktasına göre ikili kategorik değişken olarak, bazı analizlerde 0-63 puan aralığında sürekli değişken olarak kullanılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği EK-3'te sunulmuştur.

### **3.4.4 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi-Hasta Versiyonu**

Cho ve arkadaşları (9) tarafından geliştirilmiş olan bu anket, kanser hastalarının kansere ilişkin tutumlarını (kansere damgası) değerlendirir. Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışması, Yılmaz ve arkadaşları (141) tarafından yapılmıştır. Anket

“İyileşmenin İmkânsız Olması, Kanser Hastalarının Etiketlenmesi, Sosyal Ayrımcılık Yaşama” olmak üzere üç alt ölçek ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum, şeklinde cevaplanmaktadır. Anketin değerlendirilmesinde maddelerin puan ortalaması kullanılmakta olup medyan 2.5 ve üzerinde olan puanlar, kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumları göstermektedir. Çoğu analizde ölçek kesme noktasına göre ikili kategorik değişken olarak, bazı analizlerde 1-4 puan aralığında sürekli değişken olarak kullanılmıştır. Anketin örneği EK-4’te sunulmuştur.

### **3.4.5 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi-Toplum Versiyonu**

Cho ve arkadaşları (93) tarafından kanserli hasta yakınlarının ve toplumdaki kişilerin kansere ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu anket, toplumda yaşayan kişilerin kansere ilişkin pozitif/negatif tutumları hakkında bilgi edinilmesini sağlar. Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışması, Yılmaz ve arkadaşları (142) tarafından yapılmıştır. Anket “İyileşmenin imkânsız olması (1-5. Maddeler), Ayrımcılık (6-8. Maddeler), Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (9-12. Maddeler)” olmak üzere üç alt boyut ve 12 maddeden oluşan 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ankette yer alan maddeler “(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanmaktadır. Ankette ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Anketin değerlendirmesinde maddelerin puan ortalaması kullanılmakta, medyan 2,5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumların varlığına işaret etmektedir. Çoğu analizde ölçek kesme noktasına göre ikili kategorik değişken olarak, bazı analizlerde 1-4 puan aralığında sürekli değişken olarak kullanılmıştır. Anketin örneği EK-5’te sunulmuştur.



### 3.4.6 Tedavi Uyum Değerlendirme Formu

Tedavi uyum değerlendirme formu, kemoterapi protokolü, kür sayısı, kür aralığı, planlanan/uygulanan kemoterapi tarihleri, planlanan tedavi rejimine uyulmadıysa nedeni gibi tedavi takibinde kullanılan özellikler içermektedir. Araştırmacılar tarafından düzenlenmiş olan bu form, kanser hastalarının kemoterapi tedavi rejiminin sistematik bir şekilde kaydedilmesi, tedavinin takibi ve tedavi uyumunu değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Formun örneği EK-6'da sunulmuştur.

### 3.4.7 Medication Possession Ratio (MPR)

MPR, hastaların tedavilerine ne ölçüde bağlı kaldığını ne derece uyum gösterdiklerini değerlendirmede kullanılan, basit bir bölme işlemi ile hesaplanan önemli bir tedavi uyum ölçümüdür (136). İntravenöz ve oral kemoterapi tedavisinde tedavi uyumunu değerlendirebilecek olan MPR, kemoterapi protokolünün toplam gün sayısının, uygulanan ilk ve son kemoterapi tedavisi arasındaki gün sayısına bölünmesi ile hesaplanır. MPR, 0 ile 1 arasındaki değerleri alabilen bir değişken olarak kabul edilir. Literatürde kanser hastalığında kemoterapi tedavisine uyum ile ilgili yapılan önemli çalışmalar (11; 143) baz alındığında; çoğu analizde ikili kategorik değişken olarak  $MPR \geq 0,8$  tedavi uyumu yüksek,  $MPR < 0,8$  tedavi uyumu düşük kabul edildi. Bazı analizlerde ise 0 ile 1 arasında değerler alabilen sürekli değişken olarak kabul edildi. Araştırmamızda, MPR hesaplanırken tedavinin ertelenmesi hekim tarafından klinik nedenler (anemi, trombositopeni, nötropeni, enfeksiyon, tedavi yan etkileri, genel durum bozukluğu gibi) ile ertelendi ise ertelenme süresi, uygulanan ilk ve son kemoterapi tedavisi arasındaki gün sayısından çıkartılmıştır.

$MPR = \text{Kemoterapi protokolünün toplam gün sayısı} / (\text{Uygulanan ilk ve son kemoterapi tedavisi arasındaki gün sayısı}) - (\text{Hekim tarafından klinik nedenler ile ertelenen gün sayısı})$

### 3.5 İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma (SS) veya medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun sürekli değişkenler için karşılaştırılmasında normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Student's t testi kullanılmıştır. Hastalarda psikiyatrik değerlendirmelerinin düşük tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla rölatif risk (RR) hesaplanmış ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyonun belirlenmesinde veriler non-parametrik dağıldığı için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lineer regresyon analizi yapılmıştır. Çok değişkenli analiz için model seçimi ikili değişken analizlerinden anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$ ' ye ulaşan sürekli değişkenleri içermektedir. Tüm analizler IBM SPSS 25.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) ile yapılmıştır. 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### 3.6 Etik Kurul Onayı

Araştırmamız için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 26.11.2020 tarihinde 2020.11.05 karar numarası ile yazılı onay alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Kanser Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 50 kanser hastasının yaş ortalaması  $59,78 \pm 12,98$  (min-maks: 28-83), cinsiyet dağılımı ise %52 (n=26) kadın, %48 (n=24) erkek olarak belirlenmiştir. 47 hasta (%94) evli ve 3 hasta (%6) bekar. Hastaların %58'inin (n=29) ilkokul mezunu ve %4'ünün (n=2) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. 3 hasta (%6) yalnız, 9 hasta (%18) çocukları ve torunlarıyla, 37 hasta (%74) da eşiyile yaşadığını belirtmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	n	%
Yaş, Ort±SS/ Min-Maks	59,78±12,98 /28-83	
Cinsiyet		
Kadın	26	52
Erkek	24	48
Medeni durum		
Evli	47	94
Bekar	3	6
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	5	10
İlkokul	29	58
Ortaokul	5	10
Lise	9	18
Üniversite	2	4
Yaşadığı sosyal çevre		
Yalnız	3	6
Eşimle	37	74
Çocuklarım ve torunlarımla	9	18
Diğer	1	2

n: frekans sayısı, %:yüzde, ss: standart sapma, ort: ortalama.

## 4.2 Kanser Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Bilgiler

Çalışmaya katılan kanser hastalarının kronik hastalıklarına göre dağılımı incelendiğinde, 26 hastanın (%52) kronik hastalığa sahip olduğu, 24 hastanın (%48) kronik ek hastalığı olmadığı gözlenmiştir. 16 hastada (%32) hipertansiyon, 10 hastada (%20) diyabet, 6 hastada (%12) KOAH, 5 hastada (%10) koroner arter hastalığı, 5 hastada (%10) SVH ve 4 hastada (%8) KBH olduğu görülmüştür. Hastaların kronik hastalıklarına göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların kronik hastalıklarına göre dağılımı

<b>Kronik hastalık varlığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	26	52
Yok	24	48
<b>Ek hastalıklar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertansiyon	16	32
Koroner arter hastalığı	5	10
Diyabet	10	20
KOAH	6	12
SVH	5	10
KBH	4	8

n: frekans sayısı, %:yüzde

Hastaların %50’sinin(n=25) hastalığı hakkında bilgi seviyesinin yeterli, %30’unun(n=15) kısmen yeterli, %8’inin(n=4) yetersiz, %8’inin(n=4) çok yetersiz ve %4’ünün(n=2) çok yeterli olduğu saptanmıştır. Hastaların kanser tanıları değerlendirildiğinde; 12 hastada (%24) akciğer kanseri, 12 hastada (%24) meme kanseri, 6 hastada (%12) pankreas kanseri, 5 hastada (%10) lenfoma, 4 hastada (%8) kolon kanseri ve 4 hastada (%8) over kanseri olduğu görülmüştür. 28 hastada (%56) metastaz olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalığı hakkında bilgi seviyesi, tanı dağılımı ve metastaz durumuna ilişkin bulgular, Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Hastaların hastalığı hakkında bilgi seviyesi, kanser tanılarının dağılımı ve metastaz durumu

Değişkenler	n	%
Hastalığı hakkında bilgi seviyesi		
Çok yeterli	2	4
Yeterli	25	50
Kısmen yeterli	15	30
Yetersiz	4	8
Çok yetersiz	4	8
Tanı		
Akciğer kanseri	12	24
Meme kanseri	12	24
Kolon kanseri	4	8
Mide kanseri	2	4
Pankreas kanseri	6	12
Lenfoma	5	10
Over kanseri	4	8
Endometrium kanseri	1	2
Prostat kanseri	1	2
Mesane kanseri	2	4
Testis kanseri	1	2
Metastaz		
Var	28	56
Yok	22	44

n: frekans sayısı, %:yüzde

#### 4.3 Kanser Hastalarının ve Hasta Yakınlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile Kansere İlişkin Tutumlarına (Kanser Damgası) İlişkin Bilgiler

BAÖ, BDÖ ve KİTÖ-Hasta versiyonu ölçekleri hastalara, BAÖ, BDÖ, KİTÖ-Toplum versiyonu ölçekleri hasta yakınlarına uygulanmıştır. Hastaların medyan BAÖ, BDÖ ve KİTÖ-Hasta versiyonu skorları sırasıyla; 6 (min-maks: 0-36), 14 (min-maks: 0-35) ve 2 (min-maks: 1-4) olarak hesaplandı. Hasta yakınlarının medyan BAÖ puanı 5 (min-maks: 0-49), BDÖ puanı 7,5 (min-maks: 0-45) ve KİTÖ-Toplum versiyonu puanı 2 (min-maks: 1-3,5) olarak bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının BAÖ, BDÖ ve KİTÖ ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hasta ve hasta yakınlarının BAÖ, BDÖ ve KİTÖ ölçek puanları

Ölçekler	Ort±SS	Medyan (min-maks)
<b>Hasta</b>		
BAÖ	8,64±7,75	6(0-36)
BDÖ	13,42±8,14	14(0-35)
KİTÖ-Hasta	2,15±0,66	2(1-4)
<b>Hasta yakını</b>		
BAÖ	7,74±9,78	5(0-49)
BDÖ	9,96±9,54	7,5(0-45)
KİTÖ-Toplum	1,9±0,76	2(1-3,5)

n: frekans sayısı, %:yüzde, Bulgular ort±SS veya medyan(min-maks) ile gösterilmiştir

Kanser hastalarının %38'inde (n=19) anksiyete belirtileri, %38'inde (n=19) depresyon belirtileri görülürken; %40'ının da (n=20) kansere ilişkin tutumunun (kansere damgası) olumsuz olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının %30'unda (n=15) anksiyete belirtileri, %28'inde (n=14) depresyon belirtileri görülürken; %28'inin de(n=14) kansere ilişkin tutumunun (kansere damgası) olumsuz olduğu bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtileri ile kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Hasta ve hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtileri ile kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) dağılımı

Değişkenler	n	%
<b>Hasta(n=50)</b>		
Anksiyete belirtileri var	19	%38
yok	31	%62
Depresyon belirtileri var	19	%38
yok	31	%62
Kansere ilişkin tutum olumsuz	20	%40
olumlu	30	%60
<b>Hasta yakını(n=50)</b>		
Anksiyete belirtileri var	15	%30
yok	35	%70
Depresyon belirtileri var	14	%28
yok	36	%72
Kansere ilişkin tutum olumsuz	14	%28
olumlu	36	%72

n: frekans sayısı, %:yüzde

#### 4.4 Kanser Hastalarının Psikiyatrik Değerlendirmelerine İlişkin Bilgiler

Hastaların psikiyatrik değerlendirmeleri sonucunda; klinik olarak aldıkları tanılarına göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %60'ının normal olduğu görülürken, %26'sında major depresif bozukluk, %8'inde uyku ve %6'sında anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların psikiyatrik değerlendirmelerine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Hastaların psikiyatrik değerlendirmelerine göre dağılımı

Psikiyatrik değerlendirme	n	%
Major depresif bozukluk	13	26
Anksiyete bozuklukları	3	6
Uyku bozuklukları	4	8
Normal	30	60

n: frekans sayısı, %:yüzde

#### 4.5 Hastaların Tedavi Uyum Değerlendirmelerine İlişkin Bilgiler

Hastaların MPR değerine göre tedavi uyum dağılımı incelendiğinde %70'inde(n=35) tedavi uyumu yüksek, %30'unda(n=15) tedavi uyumu düşük olarak tespit edilmiştir. Hastaların MPR değerine göre tedavi uyum dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastaların MPR değerine göre tedavi uyum dağılımı

MPR	n	%
MPR $\geq$ 0.8- Tedavi Uyumu yüksek	35	70
MPR $<$ 0.8- Tedavi Uyumu düşük	15	30

n: frekans sayısı, %:yüzde

#### 4.6 Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikolojik Özellikleri ile Tedavi Uyum İlişkisi

Hastaların MPR değerlerine göre yaş ( $p=0,531$ ), cinsiyet ( $p=0,902$ ), medeni durum ( $p=0,545$ ) ve eğitim durumu ( $p=0,740$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çocuğu ve torunuyla yaşayan hasta yüzdesi, tedavi uyumu düşük olan grupta (%33,3), tedavi uyumu yüksek olan gruba göre (%11,4) daha yüksek bulunurken, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p=0,250$ ). Hastaların tedavi uyumuna göre sosyodemografik özellikleri Tablo 8’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 8. Hastaların MPR değerlerine göre sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Yüksek (n:35)	Düşük (n:15)	p
Yaş	60,54±14,32	58±9,28	0,531
Cinsiyet			
Kadın	18(51,4)	8(53,3)	0,902
Erkek	17(48,6)	7(46,7)	
Medeni durum			
Evli	32(91,4)	15(100)	0,545
Bekar	3(8,6)	0(0)	
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil	4(11,4)	1(6,7)	0,740
İlkokul	21(60)	8(53,3)	
Ortaokul	3(8,6)	2(13,3)	
Lise	5(14,3)	4(26,7)	
Üniversite	2(5,7)	0(0)	
Yaşanılan sosyal çevre			
Yalnız	2(5,7)	1(6,7)	0,250
Eşimle	28(80)	9(60)	
Çocuklarım ve torunlarımla	4(11,4)	5(33,3)	
Diğer	1(2,9)	0(0)	

Bulgular  $\text{ort} \pm \text{SS}$  veya  $n(\%)$  ile gösterilmiştir. Student’s t-test, Pearson ki-kare test, Fisher’s Exact test.

Hastalarda kronik hastalık varlığı, MPR değerlerine göre değerlendirildiğinde ( $p=0,760$ ) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların MPR değerlerine göre kronik hastalık varlığının değerlendirilmesi Tablo 9’da verilmiştir.



Tablo 9. Hastaların MPR değerlerine göre kronik hastalık varlığının değerlendirilmesi

<b>Ek hastalıklar</b>	<b>Yüksek (n:35)</b>	<b>Düşük (n:15)</b>	<b>p</b>
Var	19(54,3)	7(46,7)	0,760
Yok	16(45,7)	8(53,3)	

Bulgular n(%) olarak gösterilmiştir. Fisher's Exact test.

Düşük ve yüksek MPR değerleri olan hastalarda hipertansiyon ( $p=0,746$ ), koroner arter hastalığı ( $p=0,629$ ), diyabet ( $p=0,999$ ), SVH ( $p=0,999$ ) ve KBH ( $p=0,574$ ) görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tedavi uyumu düşük olan hastalarda KOAH oranı (%20), tedavi uyumu yüksek olanlara göre (%8,6) daha yüksek izlenirken istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p=0,348$ ). Hastaların MPR değerlerine göre kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 10'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. Hastaların MPR değerlerine göre kronik hastalıklarının değerlendirilmesi

<b>Kronik hastalıklar</b>	<b>Yüksek (n:35)</b>	<b>Düşük (n:15)</b>	<b>p</b>
Hipertansiyon	12(34,3)	4(26,7)	0,746
Koroner arter hastalığı	3(8,6)	2(13,3)	0,629
Diyabet	7(20)	3(20)	0,999
KOAH	3(8,6)	3(20)	0,348
SVH	4(11,4)	1(6,7)	0,999
KBH	2(5,7)	2(13,3)	0,574

Bulgular n(%) olarak gösterilmiştir. Fisher's Exact test.

Hastaların MPR değerlerine göre hastalık hakkındaki bilgi seviyesi ( $p=0,633$ ) ve metastaz durumları ( $p=0,709$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yüksek ve düşük MPR değerlerine göre hastaların tanıların dağılımının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği gözlenmiştir ( $p>0,05$ ). MPR değerlerine göre hastaların hastalığı hakkında bilgi seviyesi, tanı dağılımı ve metastaz durumu Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Hastaların MPR değerlerine göre hastalığı hakkında bilgi seviyesi, tanı dağılımı ve metastaz durumu

<b>Değişkenler</b>	<b>Yüksek (n:35)</b>	<b>Düşük (n:15)</b>	<b>p</b>
Hastalığı hakkında bilgi seviyesi			
Çok yeterli	2(5,7)	0(0)	0,633
Yeterli	17(48,6)	8(53,3)	
Kısmen yeterli	9(25,7)	6(40)	
Yetersiz	4(11,4)	0(0)	
Çok yetersiz	3(8,6)	1(6,7)	
Tanı			
Akciğer kanseri	7(20)	5(33,3)	0,471
Meme kanseri	10(28,6)	2(13,3)	0,304
Kolon kanseri	2(5,7)	2(13,3)	0,574
Mide kanseri	1(2,9)	1(6,7)	0,514
Pankreas kanseri	5(14,3)	1(6,7)	0,654
Lenfoma	3(8,6)	2(13,3)	0,629
Over kanseri	2(5,7)	2(13,3)	0,574
Endometrium kanseri	1(2,9)	0(0)	0,999
Prostat kanseri	1(2,9)	0(0)	0,999
Mesane kanseri	2(5,7)	0(0)	0,999
Testis kanseri	1(2,9)	0(0)	0,999
Metastaz	19(54,3)	9(60)	0,709

Bulgular n(%) olarak gösterilmiştir. Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test.

Tedavi uyumu düşük olan hastaların BAÖ, BDÖ ve KİTÖ-Hasta puanları, tedavi uyumu yüksek olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Hastaların MPR değerlerine göre hasta yakınlarının ölçek puanları karşılaştırıldığında; tedavi uyumu düşük olan hasta grubundaki hasta yakınlarının BAÖ ( $p=0,014$ ), BDÖ ( $p<0,001$ ) ve KİTÖ ( $p<0,001$ ) puanları, tedavi uyumu yüksek olan gruptaki hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Hastaların MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının BAÖ, BDÖ ve KİTÖ puanları Tablo 12'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 12. MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının BAÖ, BDÖ ve KİTÖ ölçek puanları

Ölçekler	Yüksek (n:35)	Düşük (n:15)	p
<b>Hasta</b>			
BAÖ	5(0-25)	12(8-36)	<0,001
BDÖ	10(0-22)	19(17-35)	<0,001
KİTÖ-Hasta	2(1-3)	2,5(2,5-4)	<0,001
<b>Hasta yakını</b>			
BAÖ	5(0-49)	11(0-44)	0,014
BDÖ	4(0-24)	19(1-45)	<0,001
KİTÖ-Toplum	2(1-2)	3(2-3,5)	<0,001

Bulgular medyan (min-maks) ile gösterilmiştir. Mann-Whitney U test.

Anksiyete ve depresyon belirtileri ile kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) olumsuz olan hasta yüzdesinin, tedavi uyumu düşük olan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Anksiyete ve depresyon belirtileri ile kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) olumsuz olan hasta yakını oranının, tedavi uyumu düşük olan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının anksiyete, depresyon belirtileri ve kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) değerlendirilmesi Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının anksiyete, depresyon belirtileri ve kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) değerlendirilmesi

Ölçekler	Yüksek (n:35)	Düşük (n:15)	p
<b>Hasta</b>			
Anksiyete belirtileri var	4(11,4)	15(100)	<0,001
Depresyon belirtileri var	4(11,4)	15(100)	<0,001
Kansere ilişkin tutum olumsuz	5(14,3)	15(100)	<0,001
<b>Hasta yakını</b>			
Anksiyete belirtileri var	5(14,3)	10(66,7)	<0,001
Depresyon belirtileri var	1(2,9)	13(86,7)	<0,001
Kansere ilişkin tutum olumsuz	0(0)	14(93,3)	<0,001

Bulgular n (%) ile gösterilmiştir. Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test.

Hasta ve hasta yakınlarındaki kanser damgasının dağılımının tedavi uyumuna etkileri değerlendirildiğinde; hasta ve hasta yakınlarında kanser damgasının birlikte görüldüğü grubun tamamı, düşük tedavi uyumu gösterirken; kanser damgasının hem hasta hem de hasta yakınlarında olmadığı grubun tamamında da tedavi uyumu yüksek saptanmıştır. Sadece hastalarda kanser damgasının görüldüğü grup, tedavi uyumu yüksek olan grupta, tedavi uyumu düşük olan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) dağılımının değerlendirilmesi, Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. MPR değerlerine göre hasta ve hasta yakınlarının kansere ilişkin tutumlarının (kansere damgası) dağılımının değerlendirilmesi

<b>Kanser Damgası</b>	<b>Yüksek (n:35)</b>	<b>Düşük (n:15)</b>	<b>p</b>
Hasta ve hasta yakını	0(0)	14(93,3)	<b>&lt;0,001</b>
Hasta	5(14,3)	1(6,7)	
Hasta yakını	0(0)	0(0)	
Her iki grupta da var olmayan	30(85,7)	0(0)	

Bulgular n (%) ile gösterilmiştir. Pearson ki-kare test, Fisher’s Exact test.

Hastaların MPR değerlerine göre psikiyatrik değerlendirmeleri sonucunda aldıkları klinik tanıların dağılımı değerlendirildiğinde; tedavi uyumu düşük olan grupta, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre major depresif bozukluk oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Tedavi uyumu yüksek olan grupta, tedavi uyumu düşük olan gruba göre psikiyatrik değerlendirmesi normal hasta oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Major depresif bozukluk olan hastalarda tedavi uyumunun düşük olma riski daha yüksek (RR: 5,692; %95 GA: 2,390-13,557) ve psikiyatrik değerlendirmesi normal olan hastalarda ise tedavi uyumunun düşük olma riskinin daha düşük (RR: 0,048; %95 GA: 0,007-0,334) olduğu saptanmıştır. Hastaların MPR değerlerine göre psikiyatrik değerlendirmeleri sonucunda aldıkları tanıların dağılımı Tablo 15’te karşılaştırılmıştır.

Tablo 15. Hastaların MPR değerlerine göre psikiyatrik değerlendirmeleri

Psikiyatrik değerlendirme, n(%)	Yüksek (n:35)	Düşük (n:15)	p	RR (%95GA)*
Major depresif bozukluk	3(8,6) <sup>a</sup>	10(66,7) <sup>b</sup>	<0,001	5,692(2,390-13,557)
Anksiyete bozuklukları	1(2,9) <sup>a</sup>	2(13,3) <sup>a</sup>	0,211	2,410(0,957-6,073)
Uyku bozuklukları	2(5,7) <sup>a</sup>	2(13,3) <sup>a</sup>	0,574	1,769(0,599-5,224)
Normal	29(82,9) <sup>a</sup>	1(6,7) <sup>b</sup>	<0,001	0,048(0,007-0,334)

Fisher's Exact test. Bir satırdaki farklı küçük üssel harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

\*Rölatif risk, düşük MPR değerli hastalarda hesaplanmıştır. RR: Rölatif Risk

Hastaların tedaviye uyumlarını değerlendirdiğimiz MPR değerleri ile kanser hastası ve hasta yakınlarında uyguladığımız Beck depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, KİTÖ-Hasta versiyonu, KİTÖ-Toplum versiyonu değerleri arasındaki korelasyon analizi Tablo 16'da gösterilmiştir.

Korelasyon katsayılarının gücü Hayran'ın (2018) sağlık alanında araştırmalar için önerdiği değerler baz alınarak değerlendirilmiştir (144).

Tedavi uyumunu değerlendirdiğimiz MPR değerleri ile (1) KİTÖ-Toplum versiyonu puanları arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde ( $r=-,627, p<0,001$ ) (2) Hasta Beck anksiyete ölçeği, Hasta Beck depresyon ölçeği, KİTÖ-Hasta versiyonu ve hasta yakını Beck depresyon ölçeği puanları arasında negatif yönde ve orta düzeyde (sırasıyla  $r=-,585, p<0,001, r=-,561, p<0,001, r=-,513, p<0,001, r=-,458, p=0,001$ ); (3) Hasta yakını Beck anksiyete ölçeği puanları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ( $r=-,188, p=0,19$ ) bir korelasyon saptanmıştır.

Tablo 16. MPR ile hasta ve hasta yakınlarına uygulanan ölçekler arasındaki korelasyon analizi

		<b>Hasta BDÖ</b>	<b>Hasta BAÖ</b>	<b>KİTÖ-Hasta versiyon</b>	<b>Hasta yakını BDÖ</b>	<b>Hasta yakını BAÖ</b>	<b>KİTÖ-Toplum versiyon</b>
MPR	r	-,561**	-,585**	-,513**	-,458**	-,188	-,627**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,19	<0,001

Spearman test.

MPR: *Medication Possession Ratio*, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, KİTÖ: Kansere İlişkin Tutumları Ölçme.

Tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lineer regresyon analizi yapılmıştır. KİTÖ-Toplum versiyonundaki 1 birimlik artışın MPR değerinde ,054 birim azalmaya neden olacağı saptanmıştır(p=0,009).

Tedavi uyum ile ilişkili faktörlerin çoklu değişkenli lineer regresyon analizinin sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lineer regresyon analizi

Değişkenler	Standartize edilmemiş			Standartize	
	<b>B</b>	<b>SH</b>	<b>%95 GA</b>	<b>β</b>	<b>p</b>
<b>Hasta BAÖ</b>	-,004	,002	-0,009 ile ,000	-,303	,058
<b>Hasta BDÖ</b>	-,003	,002	-0,008 ile 0,002	-,213	,246
<b>KİTÖ-Hasta</b>	,018	,024	-0,031 ile 0,067	,105	,459
<b>Hasta yakını BDÖ</b>	-,002	,002	-0,006 ile 0,001	-,201	,152
<b>Hasta yakını BAÖ</b>	,001	,001	-0,002 ile 0,003	,058	,612
<b>KİTÖ-Toplum</b>	-,054	,020	-0,094 ile -0,014	-,365	<b>,009*</b>

$R^2 = 0,613$  Adjusted  $R^2 = 0,559$  F=11,334

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, KİTÖ: Kansere İlişkin Tutumları Ölçme. SH: Standart hata, GA: Güven aralığı

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında, %52'sini kadın hastalar oluşturmaktadır. Hasta grubumuzda kadınların çoğunlukta olması, çalışmanın yapıldığı dönemde polikliniğe başvuran kadın hasta sayısının daha fazla olması ile açıklanabilir. Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalıklarına bakıldığında, sıklık sırasına göre hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, KOAH, SVH ve KBH olduğu görülmüştür. Özellikle hipertansiyon ve diyabetin çalışmamızda en sık görülen kronik hastalıklar olması, Türkiye'de de en sık karşılaşılan kronik hastalıklar olması nedeniyle beklediğimiz bir sonucu (145).

Çalışmamıza katılan kanser hastalarının kanser türleri dağılımı incelendiğinde; %24 akciğer kanseri, %24 meme kanseri, %12 pankreas kanseri, %10 lenfoma, %8 kolon kanseri, %8 over kanseri, %4 mide kanseri, %4 mesane kanseri, %2 endometrium kanseri, %2 prostat kanseri ve %2 testis kanseri tespit edilmiştir. Özellikle akciğer ve meme kanserinin çalışmamızda en sık görülen kanser türü olması, Türkiye'de ve Dünya'da en sık karşılaşılan kanser türleri ile benzer olduğu belirlenmiştir (18; 19). Çalışmamızdaki karşılaşılan diğer kanser türlerinin dağılımının, Türkiye ve Dünya'daki kanser türü dağılımı ile farklı olması, çalışmanın yapıldığı dönemde polikliniğe başvuran hasta popülasyonunun farklı olması ve örneklem sayısının az olması ile açıklanabilir.

Metastaz değerlendirmesinde, hastalarımızın çoğunluğunu uzak organ metastaz varlığı olan hastaların oluşturduğu görülmüştür. Bu durum, çalışmamıza iv. kemoterapi tedavisi alan hastaları dahil ettiğimizden kaynaklanabilir çünkü kemoterapi tedavisi, sıklıkla cerrahi ve radyoterapinin etkin olmadığı metastatik hastalık tedavisinde kullanılmaktadır (29).

Güncel literatürde, kanser hastalarında depresyon ve anksiyete bozukluklarını araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmaların çoğunda, depresyon ve

anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarda tanı koymada yardımcı olan, klinik belirtilerin şiddetini gösteren öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda, ölçek değerlendirmelerine ek olarak, hastaların psikiyatri hekimi tarafından klinik görüşme ile psikiyatrik değerlendirmeleri de yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan kanser hastaları depresyon açısından değerlendirildiğinde; hastaların %38'inde depresyon belirtileri mevcut olduğu, %26'sına da major depresif bozukluk tanısı konduğu saptanmıştır. Anksiyete açısından değerlendirildiğinde ise hastaların %38'inde anksiyete belirtilerinin mevcut olduğu, %6'sına da anksiyete bozukluğu tanısı konduğu tespit edilmiştir. Öz bildirim ölçek sonuçları ile klinik görüşme sonuçları arasındaki fark, öz bildirim ölçeklerinin bir psikiyatrik bozukluğu teşhis etmek yerine anksiyete, depresyon belirtilerinin riskini veya şiddetini ölçmek üzere tasarlanması ve klinik görüşmelerin öz bildirim ölçeklerinden daha katı kriterler kullanılan standartlaştırılmış yöntemler olması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza benzer olarak Chung ve arkadaşlarının (146) yeni tanı alan gastrointestinal kanserli hastalarda yaptığı çalışmada; ölçek değerlendirmelerine göre kanser hastalarının %30,8'inin anksiyete veya depresyona sahip olduğu, psikiyatri hekimi tarafından yapılan değerlendirmelere göre hastaların %10'unun MDB'na sahip olduğu bildirilmiştir. Aydoğan ve arkadaşlarının (147) Türkiye'de kanser hastalarında yaptığı çalışmada ise kanser hastalarının depresif belirti prevalansının %21,6, anksiyete belirti prevalansının %33,8 olduğu belirtilmiştir.

Kreber ve arkadaşlarının (148) 211 çalışmadan elde edilen verilerle yaptığı 82,426 kanser hastasını kapsayan sistematik bir derlemede ölçek kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde ortalama depresif belirtilerinin prevalansı %8 ile %24 arasında değiştiğini, tanısal klinik görüşmelere göre değerlendirildiğinde MDB prevalansını %13 olduğu bildirilmiştir. Tespit ettiğimiz bulgular, literatürde yapılan prevalans çalışmalarının çoğuyla benzer bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalara göre, bizim çalışmamızda depresyon belirtileri ve MDB sıklığının yüksek bulunması, kullanılan ölçek tipine, hastalarımızın ilk tanı anında değerlendirilmesi nedeniyle hastaların bu süreçte daha fazla endişeli, kaygılı ve keyifsiz olmasından kaynaklanabilir. Ek olarak, COVID-19 salgını sırasında anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik bozuklukların görülme sıklığının artmasından kaynaklanabilir. Hastalığın hızla yayılması, yüksek



mortalitesi ve salgının ne zaman biteceğine dair bir tahmininin olmaması, hastalarda korku ve endişeye sebebiyet vermektedir (149).

Çalışmamıza katılan kanser hastalarının %8'inde uyku bozuklukları tanısı saptanmıştır. Mercadante ve arkadaşlarının (150) ileri evre kanser hastalarında yaptıkları çalışmada, uyku bozuklukları prevalansının %30 olduğu belirtilmiştir. Çalışma örnekleminizde uyku bozukluklarının daha düşük sıklıkta görülmesi; hastaların uyku bozukluklarını kanser tanısına veya tedaviye bağlı geçici bir sorun olarak görmesi ve örneklem sayısının azlığı ile açıklanabilir (80).

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının %30'unda anksiyete belirtileri, %28'inde depresyon belirtileri saptanmıştır. Lee ve arkadaşlarının (151) yeni tanı akciğer kanseri hastalarının yakınlarında tedavi öncesinde yaptıkları çalışmada, anksiyete belirtilerinin prevalansı %50,9, depresyon belirtilerinin prevalansının da %32,1 olduğu belirtilmiştir. Geng ve arkadaşlarının (152) 30 çalışmadan elde edilen verilerle yaptığı 21,149 kanser hastası yakınına kapsayan sistematik bir derlemede, anksiyete belirtileri prevalansının %46,56, depresyon belirtileri prevalansının %42,3 olduğu tespit edilmiştir. Çalışma örnekleminizde, hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtileri prevalansının literatürdeki çalışmalara göre düşük bulunması, yeni tanı kanser hastalarında semptom yükünün, hasta yakınlarının da bakım yükünün ve kaygı seviyesinin az olması ile açıklanabilir. Çünkü tedavi aşamasındaki ve terminal dönemdeki kanser hastaları, sıklıkla yüksek semptom yükü yaşarlar ve bu durum da hasta yakınına ek bakım yükü getirmektedir (153; 154; 155).

Kanser hastalarının tedavi başarısında, hastanın tedaviye uyumu önemli bir yer tutmaktadır. Tedavi uyumunun saptanması; hekimlerin tedavi uyumsuzluğunun riskini açıklamak, hastalığın mortalitesini ve nüksünü azaltmak, tedavinin etkinliğini artırmak, hastaların da ilaç alımının önemini anlamalarını sağlamak açısından önemli farkındalık oluşturabilir. Tedavi uyumunu ölçmek için kullanılan altın standart bir yöntem yoktur. Literatürde kanser hastalarında tedavi uyumu değerlendirmek için yapılan çalışmalarda çeşitli ölçüm yöntemleri kullanılmıştır. Tamamen hasta geri bildirimine dayanan anket çalışmaları, hap sayımları gibi yöntemler, tedavi uyumunu değerlendirmede güvenilir olmayabilir, hekim tarafından onaylanmama korkusu ile hastalar, tedavi uyumlarını abartma, yüksek gösterme eğiliminde olabilirler. Tıbbi ve

eczane kayıtlarının gözden geçirilmesi, uyumu ölçmek için kullanılabilir. Eczane kayıtlarına dayanarak uyumun ölçülmesi daha objektif sonuçlar verebilir (116; 135). Çalışmamızda tedavi uyum değerlendirmesinde uyum ölçümlerindeki yanlışlık riskini ve hata payını en aza indirmek, objektif bir ölçüm sağlamak amacıyla araştırmacı hekim tarafından hastaların iv. kemoterapi uygulamaları doğrudan gözlemlenmiş ve uygulama tarihleri kayıt altına alınmıştır. Bu tıbbi veriler kullanılarak kanser hastalarının tedavi uyumu MPR ile değerlendirilmiştir.

Literatürde kanser hastalarında tedavi uyumunun değerlendirildiği birçok çalışma mevcuttur, bu çalışmaların çoğunluğunu, oral antineoplastik ajan kullanan hastalarda yapılan çalışmalar oluşturmaktadır. Son zamanlarda kanser tedavilerinde artmış oral antineoplastik ajanların kullanımına rağmen, günümüzde halen iv. kemoterapi rejimleri daha sık kullanılmaktadır (30). Çalışma örneğimizde, iv. kemoterapinin günümüzde halen kanser tedavisinde en sık kullanılan kemoterapi formu olması ve literatürde bu alanda görülen eksiklikler nedeniyle iv. kemoterapi tedavi planı yapılan kanser hastaları dahil edilmiştir.

Çalışmamıza katılan kanser hastalarının %70'inin tedavi uyumu yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Seal ve arkadaşlarının (11) oral ve intravenöz kemoterapi alan metastatik kolon kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi uyumu MPR ile değerlendirilmiş ve intravenöz kemoterapi tedavisi alan hastaların %75'inin tedavi uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Wells ve arkadaşlarının (156) intravenöz kemoterapi alan erken evre meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada da tedavi uyumu, tanıdan tedaviye geçen gün sayısı ve kemoterapi tedavisini tamamlayıp tamamlamamasına göre iki yöntem ile değerlendirilmiş, hastaların %90'ının tedavi uyumu yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmadaki tedavi uyumunun yüksek saptanması, tedavi uyumunu değerlendiren ölçüm metotlarının farklı olması veya çalışmalara alınan hasta gruplarının birbirine benzer nitelikte olmaması ile açıklanabilir. Greer ve arkadaşlarının (157) 63 çalışmadan elde ettiği verilerle oral antineoplastik ajan kullanan kanser hastalarında tedavi uyumunu değerlendirdiği sistematik derlemede, tedavi uyumunun %46 ile %100 arasında geniş bir aralıkta değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Literatürde yapılan çalışmalara göre COVID-19 pandemisi sırasında kanser hastalarının kemoterapi tedavilerinin ertelenme sıklığının

arttığı belirtilmiştir. Hastanelerin COVID-19 hastalığının bulaşması için risk oluşturması, kanser hastalarının tedavilerini ertelemelerine yol açmış olabilir.

Çalışmamıza katılan kanser hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan sosyal çevre gibi sosyodemografik özelliklerinin tedavi uyumuna etkileri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hershman ve arkadaşlarının (158) adjuvan hormonal tedavi alan 8,769 erken evre meme kanseri hastalarında yaptığı çalışmada, yaş değişkeni çoklu kategorik değişken olarak değerlendirildiğinde; orta yaşta tedavi uyumunun en yüksek olduğunu, genç yaş ve ileri yaşta tedavi uyumunun azaldığı saptanmıştır. Yaş değişkeninin sadece iki farklı kategorik değişken veya sürekli değişken olarak değerlendirilen çalışmalarda (159; 160; 161), çalışmamıza benzer olarak yaş ve tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tedavi uyumunun cinsiyet ve medeni durum ilişkisi değerlendiren incelemelerden; Darkow ve arkadaşlarının (162) kronik myeloid lösemili hastalarda yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere göre tedavi uyumlarının düşük olduğu, Brito ve arkadaşlarının (163) 5,861 kadın meme kanseri hastasında yaptığı çalışmada ise evli hastalarda tedavi uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Okuryazarlık ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin, genel olarak tedavi uyumu üzerinde önemli bir etkisi olabileceği düşünülmüştür. Literatürde yapılan çalışmalarda yüksek eğitim düzeyli hastaların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu belirtilirken, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (159; 163; 164; 165). Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin tedavi uyumuna etkileri değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmaması; örneklem sayısının azlığı, kohortun özellikleri, tüm kanser türlerinin çalışmaya dahil edilmesi ve değişkenlerin değerlendirilmesindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kanser hastalarının kronik ek hastalıklarının, kanser tanılarının, hastalıkları ile ilgili bilgi seviyesinin ve metastaz durumları gibi klinik özelliklerinin tedavi uyumuna etkileri incelendiğinde, anlamlı bir fark saptanmamıştır. Seal ve arkadaşlarının (11) oral ve intravenöz kemoterapi alan metastatik kolon kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, CCI (*Charlson Comorbidity Index*) kullanılarak kronik ek hastalıklarının tedavi uyumuna etkileri değerlendirilmiş, CCI >9 olan hastalarda tedavi uyumunun daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda kronik ek hastalıkların tedavi uyumuna etkileri değerlendirildiğinde anlamlı bir fark

bulunmaması, çalışmamıza ileri komorbid hastalığı olan kanser hastalarını dahil edilmemesinden kaynaklanabilir. Zeeneldin ve arkadaşlarının (161) oral hormonal tedavi alan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, hastanın performans durumunun tedavi uyumuna etkileri değerlendirilmiş anlamlı bir fark belirtilmemiştir. Bu çalışmanın aksine kanser hastalarının performans durumunun kötü olması, günlük aktivitelerinde ve öz bakımında yetersiz oluşu, hastalarda psikolojik strese yol açarak hastaların tedavi uyumunu olumsuz etkileyebilir (166). Çalışmamıza kanser hastalarının tedavi uyumunu etkileyebileceğini düşündüğümüz ileri komorbid hastalığı olan ve ECOG skoru >2 olan hastalar, psikolojik faktörlerin etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla çalışmaya dahil edilmemiştir.

Kanser hastalarında tedavi uyumunu etkileyen faktörlerden biri de tedavi yan etkileridir. Kanser tedavi rejimlerinden herhangi biri ile tedavi, sıklıkla hastanın kemoterapiye uyumunu tehlikeye atan yan etkilere yol açabilir (167). Milata ve arkadaşlarının (168) 25 çalışmadan elde ettiği verilerle oral antineoplastik ajan kullanan meme kanserli kadın hastalarda tedavi uyumunu değerlendirdiği sistematik derlemede, 23 çalışmada tedaviye bağlı yan etkilerin, tedavi uyumsuzluğu nedeni olduğu belirtilmektedir. Greer ve arkadaşlarının (169) yeni tanı KHDAK hastalarında tedavi uyumunu değerlendirdikleri çalışmada, hastaların tedavi uyumsuzluğu nedenlerinin %40'ının nötropeni, %35'inin trombositopeni, %20'sinin yorgunluk, %15'inin bulantı/kusma, %10'unun nöropati, %10'unun hasta tercihi, %5'inin tromboembolik olaylar, %5'inin üst solunum yolu enfeksiyonları, %5'inin febril nötropeni, %5'inin de karaciğer enzimlerinin yüksekliği olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda hastaların tedavi uyumu değerlendirilirken, kemoterapi tedavisine bağlı yan etkiler nedeniyle tedavi ertelenmesi (anemi, trombositopeni, nötropeni, febril nötropeni, böbrek yetmezliği, karaciğer enzimlerinin yüksekliği, bulantı/kusma, yorgunluk vb.), psikolojik faktörlerin etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla tedavi uyumsuzluğu olarak nitelendirilmemiştir.

Kanser gibi bireyin yaşamını tehdit eden bir hastalığa yakalanmak, hastalarda ciddi bir psikolojik stres yaratmaktadır. Kanser hastalarının yaşadığı psikolojik stres, hastaların hastalığın yüküyle baş etme becerisini olumsuz etkileyebilir, tedavi uyumunu bozarak tedavi etkinliğinde azalmaya yol açabilir (148; 170). Çalışmamıza katılan yeni tanı kanser hastalarında psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkileri

incelendiğinde; tedavi uyumu düşük olan grupta, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olan hastalar daha yüksek saptanmıştır. Ek olarak tedavi uyumu düşük olan gruptaki hastaların BDÖ ve BAÖ puanları, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre daha yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Brier ve arkadaşları (171) oral aromataz inhibitörü kullanan 232 meme kanserli hastada MMAS-8 ve HADS kullanılarak yaptığı çalışmada, hastaların tedavi uyumları ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Greer ve arkadaşlarının (169) yeni tanı KHDAK hastalarında psikolojik ve kişisel faktörlerin, HADS ölçekleri kullanılarak tedavi uyumuna etkilerini değerlendirdikleri çalışmada, hastaların tedavi uyumları ile anksiyete belirtileri arasında anlamlı fark olduğu, depresyon belirtileri ile istatistiksel olarak anlamlı bir olmadığı bildirilmiştir. Zhu ve ark. (172), 135 kolorektal kanserli hastada adjuvan kemoterapinin ertelenmiş başlangıcı ile anksiyete ve karşılanmamış ihtiyaçların ilişkisini araştırdıkları çalışmada, adjuvan kemoterapiye geç başlayan hasta grubunda, depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde kanser hastalarında psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkilerini değerlendiren araştırmalarda, çoğunlukla öz bildirim ölçekleri ile değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışmamızda anksiyete ve depresyon bozuklukları açısından, öz bildirim ölçeklerine ek olarak psikiyatri hekimi tarafından klinik görüşme ile psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Bu psikiyatrik değerlendirmeler sonucuna göre; tedavi uyumu düşük olan grupta, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre MDB tanısı alan kanser hastaları oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tedavi uyumu yüksek olan gruptaki psikiyatrik değerlendirmesi normal hasta oranının, tedavi uyumu düşük olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. MDB tanısı alan hastalarda, tedavi uyumsuzluğu riskinin daha yüksek; psikiyatrik değerlendirmesi normal olan hastalarda ise tedavi uyumsuzluğu riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre; kanser hastalarının psikolojik değerlendirilmesinde, yalnızca öz bildirim ölçeklerini kullanmak yerine, ölçekler ile birlikte klinik psikiyatrik değerlendirme yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceğinden; bu faktörlerin multidisipliner bir yaklaşım ile uygun bir şekilde

değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi, kanser hastalarında tedavi uyumunu iyileştirerek, kanser tedavisinin etkinliğini artıracaktır.

Hasta yakınları, kanserli hastaların bakımında çok önemli bir rol oynarlar. Hasta yakınları, hastalara hastalığı süresince ulaşım, finansman, kişisel bakım, duygusal destek ve semptom yönetimi konularında yardımcı olurlar. Hastaların hem psikolojik hem de fiziksel anlamda bakıma ihtiyaçları vardır. Çoğu hasta yakını bu sorumluluğu çok az hazırlıkla üstlenir, bu durum onları psikolojik stres riskine sokar, psikiyatrik bozukluklara neden olabilir. Bakım vermenin yükü, yalnızca hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda hasta yakınlarının sevdiklerine gerekli yardımı sağlama becerilerini de tehlikeye atabilir (107; 108; 110).

Çalışmamızda tedavi uyumu düşük olan grupta, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak tedavi uyumu düşük olan gruptaki hasta yakınlarının BDÖ ve BAÖ puanları, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kanser hastasına bakım veren hasta yakınları, psikolojik stres açısından yüksek risk altında, savunmasız bir nüfusu temsil eder. Bu nedenle hastalığın seyrindeki etkisini önlemek amacıyla, erken dönemde hasta yakınlarının psikolojik streslerini azaltmayı hedefleyen müdahaleler, hasta yakınının yükünü azaltabilir ve hastaya yardım sağlama yeteneklerini artırabilir (107). Literatürde hasta yakınlarının psikolojik faktörlerinin kanser hastalarının tedavi uyumuna etkilerini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple çalışmamızın yeni yapılacak daha kapsamlı çalışmalara yol gösterici olacağına inanmaktayız.

Malign bir hastalıkla karşı karşıya kalmak, hastalar için en büyük zorluklardan, streslerden biridir ve bu hastalık, kişilerin tüm yaşamını etkilediği gibi birçok biyolojik ve psikososyal sorunlara da yol açar (94). Damgalanma da bu psikososyal sorunlardan bir tanesidir. Çalışmamıza katılan kanser hastalarında kansere ilişkin tutumlar (kansere damgası) ile tedavi uyumu incelendiğinde; kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) olumsuz olan hasta yüzdesinin, tedavi uyumu düşük olan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak tedavi uyumu düşük olan gruptaki hastaların KİTÖ-Hasta versiyonu puanları, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre daha yüksek tespit

edilmiştir. Kanser, hastalığın getirdiği fiziksel yükün yanı sıra, hastalarda ve toplumda kansere karşı olumsuz tutum ve davranışlara yol açarak, hastalıkla savaşıma sürecini zorlaştırır (103). Kanser hastalarında kansere ilişkin olumsuz tutumlara (kansere damgası) sahip olmak; reddedilme korkusuna neden olur, sosyal desteği kullanımını sınırlar ve sağlık sonuçlarında, yaşam kalitesinde, tedaviye uyumda kötüleşmeye yol açar (102).

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarında kansere ilişkin tutumlar (kansere damgası) ile hastaların tedavi uyumu incelendiğinde; kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) olumsuz olan hasta yakını oranının, tedavi uyumu düşük olan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak tedavi uyumu düşük olan gruptaki hasta yakınlarının KİTÖ-Toplum versiyonu puanları, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre daha yüksek tespit edilmiştir. Hekimler ve diğer sağlık personelleri, en iyi tedavi ve bakımı sağlamanın yanı sıra, kanser hastalarının ve hasta yakınlarının hastalıkla ilgili algılarına, kanserle ilgili damgalanmaya dikkat etmelidir. Çalışmamızda hasta ve hasta yakınlarında kansere damgasının birlikte görüldüğü grubun tamamı, düşük tedavi uyumu gösterirken; sadece hastalarda kansere damgasının olduğu grup ise tedavi uyumu yüksek olan grupta daha sık tespit edilmiştir. Hastalar kanser ile hastalık süreci boyunca tek başlarına mücadele etmezler, hasta yakınları da tüm süreç boyunca hastaya hem fiziksel hem de psikolojik olarak destek verirler. Hem hastaların hem de hasta yakınlarının birlikte kansere damgasına sahip olmaları, birbirlerine olan anlayışın, güven duygusunun, desteğin azalmasına yol açarak tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmamız, kanser hastalarında ve hastalara primer bakım veren hasta yakınlarındaki kansere damgasının, hastaların tedavi uyumuna etkilerinin önemini vurgulamaktadır. Literatürde hasta ve hasta yakınlarındaki kansere damgasının, hastaların tedavi uyumuna etkilerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışmamızın, literatürde yapılan ilk çalışma olması niteliği ile yeni yapılacak daha kapsamlı çalışmalara yol gösterici olacağına inanmaktayız.

Çalışmamızda ek olarak, hastaların tedavi uyumlarını değerlendirdiğimiz MPR değerleri ile hasta ve hasta yakınlarına uygulanan ölçeklerin korelasyon analizi yapılmıştır. Tedavi uyumunu değerlendirdiğimiz MPR değerleri ile KİTÖ-Toplum versiyonu puanları arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde korelasyon görülürken;

hasta BAÖ, hasta BDÖ, KİTÖ-Hasta versiyonu ve hasta yakını BDÖ puanları arasında negatif yönde ve orta düzeyde korelasyon; hasta yakını BAÖ puanları ile negatif yönde ve zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçlara göre; hasta BAÖ, BDÖ, KİTÖ-hasta versiyonu puanları ile hasta yakını BAÖ, BDÖ, KİTÖ-Toplum versiyonu puanları yükseldikçe, hastaların tedavi uyumunun azaldığı saptanmıştır. Bu nedenle kanser hastalarının tanı, tedavi ve takiplerinde rol oynayan ve katkıda bulunan sağlık personellerinin, kanser hastalarına primer bakım veren hasta yakınları ile normal toplum popülasyonunun, yukarıda belirtilen psikolojik faktörler hakkında artan bir farkındalık oluşturmaları; hastaların tedavi uyumunu ve kanser tedavisinin etkinliğini artıracaktır.

Tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin, çok değişkenli lineer regresyon analizine göre; hasta yakınlarındaki kanser damgasının, hastalardaki tedavi uyumsuzluğu için potansiyel risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının, kanserin tedavi edilebilirliğine ve kanser hastalarının iyileşebilmesine ilişkin olumsuz tutumlara sahip olması, hastalara vermekte olduğu psikososyal ve fiziksel desteğin azalmasına yol açabilir. Hastaların tedavi sürecinde, hastalığın tedavisi kadar önemli olan bu destekten yoksun kalması, tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilebilir, hastalığın iyileşme süreci sekteye uğrayabilir. Bu nedenlerle hasta yakınlarının kanserle ilgili yanlış algılamalarını önlemek, kansere ilişkin olumsuz tutumları ortadan kaldırmalarına yardımcı olmak için kanser hakkında eğitim ve uygun bilgilendirmelerin sağlanması gerekmektedir.

Literatürde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızın güçlü yanları;

- Literatürde daha önce araştırılmamış olan hastalardaki kansere ilişkin tutumları (kanser damgası) ve hasta yakınlarındaki anksiyete, depresyon bozuklukları, kansere ilişkin tutumları (kanser damgası) gibi psikolojik faktörlerin kanser hastalarında tedavi uyumuna etkilerinin araştırılması,
- Tedavi uyum ölçümlerindeki yanlışlık riskini ve hata payını en aza indirmek, objektif bir ölçüm sağlamak amacıyla araştırmacı hekim tarafından hastaların



iv. kemoterapi uygulamalarının doğrudan gözlemlenmiş olması ve tedavi erteleme nedenlerinin belirlenmesi,

- Psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkilerini etkin bir şekilde değerlendirebilmek amacıyla, kemoterapi tedavi yan etkileri ve diğer klinik durumlar nedeniyle tedavi ertelenmelerinin, tedavi uyumsuzluğu olarak değerlendirilmemesi,
- Kanser hastalarında psikolojik faktörleri değerlendirirken, öz bildirim ölçek değerlendirmelerine ek olarak, psikiyatri hekimi tarafından hastaların klinik psikiyatrik değerlendirilmelerinin yapılması,
- Kanser hastalarında tedavi uyumunu etkileyebilecek hasta ilişkili klinik özelliklere (ileri derecede komorbid hastalık varlığı, kötü performans durumu) sahip kanser hastalarının, psikolojik faktörlerin tedavi uyumuna etkilerini etkin bir şekilde değerlendirebilmek amacıyla çalışmaya dahil edilmemesidir.

Bu çalışmanın kısıtlı yanları bulunmaktadır. Bunlar;

- Çalışmamızın tek bir merkezde yapılması, örneklem büyüklüğünün az sayıda olması nedeniyle geniş kapsamlı, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Çalışmamızda değerlendirilen psikososyal bozukluklar ve tedaviye uyum, COVID-19 pandemi sürecinden etkilenmiş olabilir.
- Çalışmaya prognozu, mortalitesi, semptom yükü ve tedavisi farklı olan tüm kanser türlerini dahil edilmesi, çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.
- Çalışmanın örneklemimiz, etnik kökene göre homojen olduğundan çalışmamızın sonuçları, Türkiye'deki kültüre özgü olabilir ve bu bulgular diğer ülkeler için genel popülasyona yansıtılamaz.

## 6. SONUÇ

Kanser hastalığı sadece ölümcül bir hastalık değildir, aynı zamanda hastalığın yarattığı psikolojik stres göz önünde bulundurularak, psikososyal bileşenleri de kapsayacak şekilde bir bütün olarak değerlendirilmesi gereken bir hastalıktır. Hastalık sürecinde, sadece hastaya odaklanmak yerine kanserden etkilenen tüm bireyleri psikososyal açıdan değerlendirmek, hastalığın seyri açısından daha değerli olabilir.

Kanser hastalarındaki ve hasta yakınlarındaki psikososyal bozukluklar tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceğinden, bu bozuklukların multidisipliner bir yaklaşım ile uygun bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi, kanser hastalarında tedavi uyumunu iyileştirerek, kanser tedavisinin etkinliğini artıracaklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda; kanser hastalarındaki ve hasta yakınlarındaki kanser damgası, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikososyal bozuklukların, kanser hastalarının tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediğini tespit ettik. Hasta yakınlarında kanser damgasının, hastalardaki tedavi uyumsuzluğu için potansiyel risk faktörü olabileceğini saptadık.

Çalışmamızın, kanser hastalarında tedavi uyumunu etkileyen faktörler hakkında fikir vermesi nedeniyle, önemli bulgular içerdiğini ve kanser hastalarında tedavi uyumunu iyileştirmeye yönelik; çok merkezli, geniş kapsamlı çalışmalara yol gösterici nitelikte olacağına inanıyoruz.

## 7. KAYNAKÇA

1. Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazici, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 59-66.
2. Jacobs, J. M., et al. (2017). Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 519-531.
3. Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı B., Karadağ, F., Özdel, O., & Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 14, 145-152.
4. Sette, C. P., Capitão, C. G., & de Francisco Carvalho, L. (2016). Depressive symptoms in patients with cancer. *Open Journal of Medical Psychology*, 5(1), 7-16.
5. Warmenhoven, F., et al. (2012). The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 319-324.
6. Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*, 4(3), 193-202.
7. Fallowfield, L. (1995). Helping the relatives of patients with cancer. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 31(11), 1731-1732.
8. Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277-287.

9. Cho, J., Choi, E. K., Kim, S. Y., Shin, D. W., Cho, B. L., Kim, C. H., ... & Park, J. H. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378.
10. Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keenanasseril, A., ... & Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
11. Seal, B. S., et al. (2016). Factors associated with adherence rates for oral and intravenous anticancer therapy in commercially insured patients with metastatic colon cancer. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(3), 227-235.
12. World Health Organization. Cancer. Erişim: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1) Erişim tarihi:15.02.2021.
13. Kumar, V., Abbas, A. K., Aster, J. C. (2017). *Robbins Basic Pathology*. 10th Edition. Philadelphia: Elsevier. s. 189 - 243.
14. Kutluk, T. (1996). Kanser konusunda genel bilgiler. TC Sağlık Bak. Kanser Savaş Daire Bşk. Türk Kanser Arş. ve Savaş Kurumu.
15. Boyle P., Levin B. (2008). *World Cancer Report 2008*. Lyon: World Health Organization. ISBN:978-92-832-0423-7.
16. World Health Organization., Cancer Key Facts., Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.>, Erişim Tarihi:10.02.2021.
17. TİK. lm ve lm Nedeni İstatistikleri, 2019. (2020). Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>. Erişim Tarihi: 17.02.2021.
18. Sung, H., et al. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.
19. The Global Cancer Observatory., GLOBOCAN 2020 Turkey., Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf.>, Erişim Tarihi:17.02.2021.

20. Hill, B.T., (2019). Clinical Ophthalmic Oncology. Ed: Singh A., Damato B., Switzerland: Springer Cham., s. 11-17.
21. American Cancer Society., Sign and Symptoms of Cancer., (2020)., Erişim: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>., Erişim Tarihi: 17.02.2021.
22. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. (2017)., Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500>., Erişim Tarihi: 18.02.2021.
23. Jameson, J. L., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Loscalzo, J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Edition. New York: McGraw Hill Education. s. 435-443.
24. American Cancer Society. Cancer Staging. (2020)., Erişim: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/staging.html>., Erişim Tarihi: 20.02.2021.
25. The American Joint Committee on Cancer. What is Cancer Staging?. Erişim: <https://www.cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>., Erişim Tarihi: 20.02.2021.
26. Jameson, J. L., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Loscalzo, J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Edition. New York: McGraw Hill Education. s. 480-502.
27. Benjamin, I. J., Griggs, R. C., Wing, E. J., Fitz, J. G. (2016). Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine. (Çev. Ünal, S.), 9. Baskı., Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri., s. 585-591.
28. Corrie, P. G. (2008). Cytotoxic chemotherapy: clinical aspects. *Medicine*, 36(1), 24-28.
29. Goldman, L., Schafer, A. I., Cecil, R. L. (2020). Goldman-Cecil Medicine., Philadelphia,PA: Elsevier. s. 1184-1186.

30. Weingart, S. N., Brown, E., Bach, P. B., Eng, K., Johnson, S. A., Kuzel, T. M., ... & Walters, R. S. (2008). NCCN task force report: oral chemotherapy. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 6(S3), S-1.
31. Abraham, J., Staffurth, J. (2016). Hormonal therapy for cancer. *Medicine*, 44(1), 30-33.
32. Lee, Y. T., Tan, Y. J., Oon, C. E. (2018). Molecular targeted therapy: treating cancer with specificity. *European Journal of Pharmacology*, 834, 188-196.
33. Klener, P., Otahal, P., Lateckova, L. (2015). Immunotherapy approaches in cancer treatment. *Current pharmaceutical biotechnology*, 16(9), 771-781.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Side Effects of Cancer Treatment. (2020). Erişim: <https://www.cdc.gov/cancer/survivors/patients/side-effects-of-treatment.html>, Erişim Tarihi: 22.02.2021.
35. Richardson, J. L., Marks, G., Levine, A. (1988). The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 6(11), 1746-1752.
36. American Cancer Society. Chemotherapy Side Effects. Erişim: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy/chemotherapy-side-effects.html>, Erişim Tarihi: 23.02.2021.
37. Whyte, F., & Smith, L. (1997). A literature review of adolescence and cancer. *European Journal of Cancer Care*, 6(2), 137-146.
38. Özkan, S. (2010). Kolorektal kanserli hastaya psikiyatrik ve psikososyal destek. *Kolon ve Rektum Kanseri*. *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği. İstanbul*, 787-799.
39. Kübler-Ross E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul, Boyner Holding Yayınları.
40. Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanseri ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.

41. Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve sosyal hizmet*, 18(1), 15-29.
42. Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul : Roche.
43. Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., ... & Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39(2), 102-111.
44. Zisook S., Zisook S. A. (2005). Death, dying, and bereavement. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition. (Ed. Sadock, B. J., Sadock V., A.) Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. s. 2367-2393.
45. Gopalan, M. R., Karunakaran, V., Prabhakaran, A., & Jayakumar, K. L. (2016). Prevalence of psychiatric morbidity among cancer patients—hospital-based, cross-sectional survey. *Indian journal of psychiatry*, 58(3), 275.
46. Özkan, S., (2002). *Kanser Hastasında Psikiyatrik ve Psikososyal Destek*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 345-354.
47. Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., & Pirl, W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1197-1205.
48. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702.
49. Hardman, A., Maguire, P., & Crowther, D. (1989). The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *Journal of psychosomatic research*, 33(2), 235-239.
50. Whitlock, F. A., & Siskind, M. (1979). Depression and cancer: A follow-up study. *Psychological Medicine*, 9(4), 747-752.

51. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (Ed.), (2017). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th Edition., Lippincott Williams & Wilkins. s. 2250 - 2287.
52. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapları, 2011.
53. Sadock, B., J., Ruiz, P., (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. s. 348.
54. Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. JAMA psychiatry, 75(4), 336-346.
55. Breitbart, W. S., & Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. Harvard review of psychiatry, 17(6), 361-376.
56. Mete, H. E. (2001). Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. Duygudurum Dizisi, 4, 184-191.
57. Reed, S. C., et al. (2020). Fear of cancer recurrence and associations with mental health status and individual characteristics among cancer survivors: findings from a nationally representative sample. Journal of psychosocial oncology, 38(2), 125-142.
58. Guo, Y., Musselman, D. L., Manatunga, A. K., Gilles, N., Lawson, K. C., Porter, M. R., ... & Nemeroff, C. B. (2006). The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. Psychosomatics, 47(5), 376-384.
59. Yalçın, M. (2004). Birinci Basamakta Depresyona Yaklaşım Sorunları. STED (Sürekli Tıp Eğitim Dergisi), 2, 46-48.
60. Tokdemir, M., et al. Depresif Hastaya Yaklaşım: Olgu Sunumu Approach to Depressive Patient: A Case Report.
61. Baghai, T. C., Volz, H. P., & Möller, H. J. (2006). Drug treatment of depression in the 2000s: An overview of achievements in the last 10 years and future possibilities. The World Journal of Biological Psychiatry, 7(4), 198-222.



62. Beser, N., Öz, F., (2003). Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
63. Bates, G. E., Mostel, J. L., & Hesdorffer, M. (2017). Cancer-related anxiety. *JAMA oncology*, 3(7), 1007-1007.
64. Bronner, M. B., Nguyen, M. H., Smets, E. M., van de Ven, A. W., & van Weert, J. C. (2018). Anxiety during cancer diagnosis: Examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Psycho-oncology*, 27(2), 661-667.
65. Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The lancet oncology*, 14(8), 721-732.
66. Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 361.
67. Hoffman, K. E., McCarthy, E. P., Recklitis, C. J., & Ng, A. K. (2009). Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Archives of internal medicine*, 169(14), 1274-1281.
68. Smith, H. R., (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 9(4), 1509-1514.
69. Holland, J. C., Korzun, A. H., Tross, S., Silberfarb, P., Perry, M., Comis, R., & Oster, M. (1986). Comparative psychological disturbance in patients with pancreatic and gastric cancer. *The American journal of psychiatry*, 143(8), 982-986.
70. Darnell, R., Posner, J., (2011). *Paraneoplastic syndromes.*, Oxford University Press, s. 105-130.
71. Jick, S., Li, L., Gastanaga, V. M., & Liede, A. (2015). Prevalence of hypercalcemia of malignancy among cancer patients in the UK: analysis of the Clinical Practice Research Datalink database. *Cancer epidemiology*, 39(6), 901-907.

72. Hage, M. P., & Azar, S. T. (2012). The link between thyroid function and depression. *Journal of thyroid research*, 2012.

73. Gurevich, M., Devins, G. M., & Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259-281.

74. Walker, J., et al. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 343-350.

75. Trill, M. D. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC supplements*, 11(2), 216.

76. Moyer, A., Sohl, S. J., Knapp-Oliver, S. K., & Schneider, S. (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer treatment reviews*, 35(5), 475-484.

77. Papp, L. A., Gorman, J. M., (1995). Generalized anxiety disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th edition. (Ed. Kaplan B. I., Sadock B. J.,) Baltimore Md: Williams and Wilkins., s. 1236-49.

78. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium 2006. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2006.

79. Muriel, A. C., Hwang, V. S., Kornblith, A., Greer, J., Greenberg, D. B., Temel, J., ... & Pirl, W. (2009). Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatric Services*, 60(8), 1132-1134.

80. Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of clinical oncology*, 19(3), 895-908.

81. Silva, J. A. C. E., et al. (1996). Special report from a symposium held by the world health organization and the world federation of sleep research societies: An Overview of Insomnias and Related Disorders--Recognition. *Sleep-Lawrence*, 19(5), 412-416.

82. Yavuzşen, T., Alacacioğlu, A., Çeltik, A., & Yılmaz, U. (2014). Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3), 112-119.
83. Goffmann E (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
84. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
85. Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., & Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry research*, 205(1-2), 43-47.
86. Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
87. Clement, S., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
88. Meacham, E., Orem, J., Nakigudde, G., Zujewski, J. A., & Rao, D. (2016). Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psycho-oncology*, 25(10), 1206-1211.
89. Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. *The Lancet*, 367(9509), 536-538.
90. Brown Johnson, C. G., Brodsky, J. L., & Cataldo, J. K. (2014). Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *Journal of psychosocial oncology*, 32(1), 59-73.
91. Sartorius, N. (2006). Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 383-388.
92. Earnshaw, V. A., & Quinn, D. M. (2012). The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of health psychology*, 17(2), 157-168.

93. Cho, J., Smith, K., Choi, E. K., Kim, I. R., Chang, Y. J., Park, H. Y., ... & Shim, Y. M. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(3), 605-613.
94. Shiri, F. H., Mohtashami, J., Nasiri, M., Manoochehri, H., & Rohani, C. (2018). Stigma and related factors in Iranian people with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(8), 2285.
95. Phelan, S. M., Griffin, J. M., Jackson, G. L., Zafar, S. Y., Hellerstedt, W., Stahre, M., ... & Van Ryn, M. (2013). Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 65-73.
96. Marlow, L. A., & Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC cancer*, 14(1), 1-12.
97. Yeung, N. C., Lu, Q., & Mak, W. W. (2019). Self-perceived burden mediates the relationship between self-stigma and quality of life among Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3337-3345.
98. Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2007). Death anxiety and cancer-related stigma: a terror management analysis. *Death Studies*, 31(10), 885-907.
99. Warmoth, K., et al. (2017). Exploring the social needs and challenges of Chinese American immigrant breast cancer survivors: a qualitative study using an expressive writing approach. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 827-835.
100. Ernst, J., Mehnert, A., Dietz, A., Hornemann, B., & Esser, P. (2017). Perceived stigmatization and its impact on quality of life-results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. *BMC cancer*, 17(1), 1-8.
101. Gökler-Danışman, I., et al. (2017). Experience of grief by patients with cancer in relation to perceptions of illness: The mediating roles of identity centrality, stigma-induced discrimination, and hopefulness. *Journal of psychosocial oncology*, 35(6), 776-796.
102. Gonzalez, B. D., & Jacobsen, P. B. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-Oncology*, 21(3), 239-246.

103. Öcel, H. (2017). Meme kanseri tanısı almış çalışan kadınlarda damgalanma ve bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler: psikolojik esnekliğin düzenleyici rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(80), 116-37.

104. Vrinten, C., Gallagher, A., Waller, J., & Marlow, L. A. (2019). Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC cancer*, 19(1), 1-10.

105. Öztürk, A., Geçkil Koskoca, E., Bal, Z., & Doğaner, A. (2019). Kanser ve kanser hastalarına yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*. 5(44) 5038-5047.

106. Given, B. A., Sherwood, P., & Given, C. W. (2011). Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 20(10), 2015-2021.

107. Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R., (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27(8) 1607-1612.

108. Van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., Van Houtven, C., Griffin, J. M., Martin, M., ... & Rowland, J. (2011). Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue?. *Psycho-oncology*, 20(1), 44-52.

109. Karabekiroğlu, A., Demir, E. Y., Aker, S., Kocamanoğlu, B., & Karabulut, G. S. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore medical journal*, 59(11), 572.

110. Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., ... & Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of clinical oncology*, 20(19), 4050-4064.

111. Sabaté, E., & World Health Organization. (2001). Adherence to long-term therapies: policy for action: meeting report, 4-5 June 2001 (No. WHO/MNC/CCH/01.02). World Health Organization.

112. . World Health Organization., (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action., World Health Organization. . : yazarı bilinmiyor.
113. Haynes, R. B., (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
114. Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American journal of cardiology*, 72(10), D68-D74.
115. Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health*, 11(1), 44-47.
116. Ruddy, K., Mayer, E., & Partridge, A. (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 59(1), 56-66.
117. Cramer, J. A. (1991). Patient compliance in medical practice and clinical trials. Ed. Spilker, B., New York, Raven Press., s. 37-56.
118. Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. S., & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and clinical risk management*, 4(1), 269.
119. Stirratt, M. J., Dunbar-Jacob, J., Crane, H. M., Simoni, J. M., Czajkowski, S., et al. (2015). Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Translational behavioral medicine*, 5(4), 470-482.
120. Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication adherence: truth and consequences. *The American journal of the medical sciences*, 351(4), 387-399.
121. Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497.

122. Burhenn, P. S., & Smudde, J. (2015). Using tools and technology to promote education and adherence to oral agents for cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 19.

123. Abraham, I., Canais, L., Larriva, M., McBride, A., Diri, R., & MacDonald, K. (2016). What does it take to provide cancer patients with comprehensive medication therapy management services for oral chemotherapy? *Expert opinion on drug safety*, 15(4), 413-415.

124. Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, 26(3), 155.

125. Ward, A., & Morgan, W. (1984). Adherence patterns of healthy men and women enrolled in an adult exercise program. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4(4), 143-153.

126. Hirao, C., et al. (2017). Adherence to oral chemotherapy medications among gastroenterological cancer patients visiting an outpatient clinic. *Japanese journal of clinical oncology*, 47(9), 786-794.

127. Marcum, Z. A., & Gellad, W. F. (2012). Medication adherence to multidrug regimens. *Clinics in geriatric medicine*, 28(2), 287-300.

128. Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(2), 64-67.

129. Verbrugge, M., Verhaeghe, S., Lauwaert, K., Beeckman, D., & Van Hecke, A. (2013). Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: a systematic review. *Cancer treatment reviews*, 39(6), 610-621.

130. Agboola, S., et al. (2014). Improving outcomes in cancer patients on oral anti-cancer medications using a novel mobile phone-based intervention: study design of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 3(4), e79.

131. Haynes, R. B., Taylor, D. W., Sackett, D. L., Gibson, E. S., Bernholz, C. D., & Mukherjee, J. (1980). Can simple clinical measurements detect patient noncompliance?. *Hypertension*, 2(6), 757-764.

132. Mazzaferro, S., Bouchemal, K., & Ponchel, G. (2013). Oral delivery of anticancer drugs I: general considerations. *Drug discovery today*, 18(1-2), 25-34.
133. Nguyen, T. M. U., Caze, A. L., & Cottrell, N. (2014). What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*, 77(3), 427-445.
134. Barillet, M., Prevost, V., Joly, F., & Clarisse, B. (2015). Oral antineoplastic agents: how do we care about adherence?. *British journal of clinical pharmacology*, 80(6), 1289-1302.
135. Hess, L. M., Raebel, M. A., Conner, D. A., & Malone, D. C. (2006). Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Annals of pharmacotherapy*, 40(7-8), 1280-1288.
136. Watanabe, J. H., Bounthavong, M., & Chen, T. (2013). Revisiting the medication possession ratio threshold for adherence in lipid management. *Current medical research and opinion*, 29(3), 175-180.
137. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
138. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerlilik, guvenilirlik.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
139. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
140. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J. Cogn. Psychother*, 12(2), 163-172.
141. Yılmaz, M., Dişsiz, G., Demir, F., Iriz, S., & Alacacioglu, A. (2017). Reliability and validity study of a tool to measure cancer stigma: Patient version. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(2), 155.



142. YILMAZ, M., DIŞSİZ, G., GÖÇMEN, F., USLUOĞLU, A. K., & ALACACIOĞLU, A. KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARI (KANSER DAMGASI) ÖLÇME ANKETİ-TOPLUM VERSİYONU'NUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2).

143. Partridge, A. H., Wang, P. S., Winer, E. P., & Avorn, J. (2003). Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(4), 602-606.

144. Hayran, M. (2018) Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara: Omega Araştırma s: 310-314.

145. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). (2018). Ed. Üner S., Balcılar M., Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.

146. Chung, J., et al. (2018). Prevalence of and factors associated with anxiety and depression in Korean patients with newly diagnosed advanced gastrointestinal cancer. *The Korean journal of internal medicine*, 33(3), 585.

147. Özet, A., Öztürk, B., Borazan, E., Sağlam, K., Koçak, N., Kömürcü, Ş., ... & Doğaner, Y. Ç. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2), 55-60.

148. Krebber, A. M. H., et al. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.

149. Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.

150. Mercadante, S., Girelli, D., & Casuccio, A. (2004). Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. *Supportive Care in Cancer*, 12(5), 355-359.

151. Lee, Y. H., et al. (2013). Anxiety, depression and related factors in family caregivers of newly diagnosed lung cancer patients before first treatment. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2617 - 2623.

152. Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39).

153. Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 94-104.

154. Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing research*, 56(6), 425-433.

155. Palos, G. R., Mendoza, T. R., Liao, K. P., Anderson, K. O., Garcia-Gonzalez, A., Hahn, K., ... & Cleeland, C. S. (2011). Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*, 117(5), 1070-1079.

156. Wells, J. S., Strickland, O. L., Dalton, J. A., & Freeman, S. (2015). Adherence to intravenous chemotherapy in african-american and caucasian women with early stage breast cancer. *Cancer nursing*, 38(2), 89.

157. Greer, J. A., Amoyal, N., Nisotel, L., Fishbein, J. N., MacDonald, J., Stagl, J., ... & Pirl, W. F. (2016). A systematic review of adherence to oral antineoplastic therapies. *The oncologist*, 21(3), 354.

158. Hershman, D. L., et al. (2010). Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early-stage breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 28(27), 4120.

159. Noens, L., et al. (2009). Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 113(22), 5401-5411.

160. Grunfeld, E. A., Hunter, M. S., Sikka, P., & Mittal, S. (2005). Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. *Patient education and counseling*, 59(1), 97-102.
161. Zeeneldin, A. A., Gaber, A. A., & Taha, F. M. (2012). Does fasting during Ramadan trigger non-adherence to oral hormonal therapy in breast cancer patients?. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 24(3), 133-137.
162. Darkow, T., Henk, H. J., Thomas, S. K., Feng, W., Baladi, J. F., Goldberg, G. A., ... & Cortes, J. (2007). Treatment interruptions and non-adherence with imatinib and associated healthcare costs. *Pharmacoeconomics*, 25(6), 481-496.
163. Brito, C., Portela, M. C., & de Vasconcellos, M. T. L. (2014). Adherence to hormone therapy among women with breast cancer. *BMC cancer*, 14(1), 1-8.
164. Xu, S., Yang, Y., Tao, W., Song, Y., Chen, Y., Ren, Y., ... & Pang, D. (2012). Tamoxifen adherence and its relationship to mortality in 116 men with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 136(2), 495-502.
165. Saratsiotou, I., et al. (2011). Treatment adherence of cancer patients to orally administered chemotherapy: insights from a Greek study using a self-reported questionnaire. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 17(4), 304-311.
166. Faller, H., et al. (2015). Performance status and depressive symptoms as predictors of quality of life in cancer patients. A structural equation modeling analysis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1456-1462.
167. Di Maio, et al. (2005). Chemotherapy-induced neutropenia and treatment efficacy in advanced non-small-cell lung cancer: a pooled analysis of three randomised trials. *The lancet oncology*, 6(9), 669-677.
168. Milata, J. L., Otte, J. L., & Carpenter, J. S. (2018). Oral endocrine therapy non-adherence, side effects, decisional support, and decisional needs in women with breast cancer. *Cancer nursing*, 41(1), E9.
169. Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E. R., Lynch, T. J., & Temel, J. S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with

advanced non-small cell lung cancer. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 549-552.

170. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life Research*, 14(8), 1825-1833.

171. Brier, M. J., et al. (2015). Association between self-report adherence measures and oestrogen suppression among breast cancer survivors on aromatase inhibitors. *European journal of cancer*, 51(14), 1890-1896.

172. Zhu, L., et al. (2020). High level of unmet needs and anxiety are associated with delayed initiation of adjuvant chemotherapy for colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5299-5306.

## 8. EKLER

### 8.1 Ek-1 Hasta Kişisel Bilgi Formu

#### Kişisel Bilgi Formu

Katılımcı No:

Tarih:

1. Hastanın Adı Soyadı:
2. Dosya No:
3. Yaş:
4. Cinsiyet:      A) Kadın              B) Erkek
5. Telefon:
6. Medeni Durum:      A) Evli              B) Bekar              C) Boşanmış
7. Eğitim Durumu:  
A) Okur-yazar değil      B) Okur-Yazar      C) İlkokul  
D) Ortaokul              E) Lise              F) Üniversite
8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?  
A) Yalnız              B) Eşimle              C) Çocuklarım ve torunlarımla  
D) Huzurevinde              E) Diğer (belirtiniz) .....
9. Hastalığınız hakkında bilginiz var mı?      A) Evet              B) Hayır
10. Hastalığınız hakkında yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?  
A) Çok yeterli      B) Yeterli      C) Kısmen yeterli      D) Yetersiz      E) Çok yetersiz
11. Tanı/Evre:
12. Ek hastalığınız var mı?  
A) Evet              B) Hayır
13. Ek hastalığınız var ise belirtiniz .....

## 8.2 Ek-2 Beck Depresyon Ölçeği

### Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

## 8.3 Ek-3 Beck Anksiyete Ölçeği

### Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-A skoru:.....

## 8.4 Ek-4 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi- Hasta Versiyonu

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Damgası)-Hasta Versiyonu

Alanlar	Maddeler	Kesinlikle katılıyor	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İyileşmenin imkânsız olması	Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir				
	Bir kez kanser tanısı aldım mı bir daha sosyal olarak aktif olamam				
	Başarılı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir				
Kanser hastalarının etiketlenmesi	Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur				
	Kanser hastaları görünülerinden dolayı kolayca tanınır				
	Kanser hastalarının cinsel ilişkide bulunması zordur				
Sosyal Ayrımcılık Yaşama	Kanser hastaları toplumda korunmayı hak ederler				
	Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz				
	Kanser olduğum için bazı arkadaşlarım benden kaçır				
Sosyal Ayrımcılık Yaşama	Kanser hastası olduğum için bazı komşularım benimle iletişim kurmaktan kaçınma eğiliminde				
	Kanser nedeniyle eşimle/ailemle sorunlarım var				
	Çalışma arkadaşlarım bana karşı ayrımcılık /dışlama yapıyor				

### DEĞERLENDİRME

Ölçek “iyileşmenin imkânsız Olması, Kanser Hastalarının Etiketlenmesi, Sosyal Ayrımcılık Yaşama” olmak üzere üç alt ölçek ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum, şeklinde cevaplanmaktadır. Medyan 2.5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumları göstermektedir.



## 8.5 Ek-5 Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme (KİTÖ) Anketi- Toplum Versiyonu

### Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Damgası) – Toplum Versiyonu

Alanlar	Maddeler	Kesinlikle katılıyor	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İyileşmenin imkânsız olması	1. Kanser tedavisi ne kadar gelişmiş olursa olsun tedavi edilmesi mümkün değildir				
	2. Kanser hastaları bir kez tanı aldı mı bir daha sosyal olarak aktif olamazlar				
	3. Kanser hastalarının başanlı kanser tedavisinden sonra bile işyerinde görev yeteneği azalabilir				
	4. Kanser tanısı olan bir kişinin bir daha sağlıklı olması çok zordur				
	5. Kanser hastalarının topluma katkıda bulunması mümkün olmaz				
	6. Kanser hastaları ile birlikte olduğumda rahatsızlık hissedirim				
	7. Kanser tanısı olan komşularla iletişim kurmaktan kaçınma eğilimindeyim				
	8. Kanserli kişilerle çalışmaktan kaçınırım				
Kanser tanısını ortaya çıkarma, yayma	9. Eğer kanser tanısı alırsam aileme söylemem				
	10. Eğer kanser tanısı alırsam arkadaşlarıma söylemem				
	11. Eğer kanser tanısı alırsam komşularına söylemem				
	12. Eğer kanser tanısı alırsam iş arkadaşlarıma/meslektaşlarıma söylemem				

Ölçek “İyileşmenin imkânsız olması (1-5. Maddeler), Ayrımcılık (6-8. Maddeler), Kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (9-12. Maddeler)” olmak üzere üç alt boyut ve 12 maddeden oluşan 4’lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan maddeler “(1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Katılıyorum, (4) Kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde maddelerin puan ortalaması kullanılmakta, medyan 2,5 ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumların varlığına işaret etmektedir.

## 8.6 Ek-6 Tedavi Uyum Değerlendirme Formu

### Tedavi Uyum Değerlendirme Formu

Ad-Soyadı:

Yaş:

Tanı:

Evre:

KT protokolü:

Kür sayısı:

Kür aralığı:

Kemoterapi uygulama tarihleri:

Kemoterapi tedavisini zamanında aldı mı?	Almadıysa nedeni (Nötropenik ateş, anemi, trombositopeni, bulantı, genel durum bozukluğu, doktorunun ertelemesi, kendi isteği ile erteleme vb.)
--	---

Kür Sayısı	Kemoterapi Uygulama Tarihleri		Hayır ise nedeni?
		Evet/Hayır	
		Evet/Hayır	
		Evet/Hayır	
		Evet/Hayır	
		Evet/Hayır	
		Evet/Hayır	
		Evet/Hayır	