

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA PSİKOLOJİK SEMPTOMLAR

Psychologic Symptoms of Patients Receiving Chemotherapy

Sevilay HİNTİSTAN¹, Hilal PEKMEZCİ², Nesrin NURAL³, Seçil GÜLHAN GÜNER⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomları belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 01 Haziran-01 Eylül 2011 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'ne kemoterapi almak için başvuran 180 hasta oluşturmuştur. Veriler "Hasta Bilgi Formu" ve "Kısa Semptom Envanteri" ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların %57.8'i kadın, %46.0'sı 60-79 yaş grubunda, %93.9'u evli, %45.0'i ilköğretim mezunu, %52.8'i ev hanımı, %58.4'ü 650 TL altında gelire sahip ve %40.6'sı ilçede yaşamaktadır. Hastaların %35.6'sı gastrointestinal sistem kanseri, %41.1'i Evre-I'de olup %67.8'i iki saatten daha uzun süre kemoterapi almakta ve %48.3'ü kemoterapi sırasında herhangi bir uğraşta bulunmamaktadır. Hastaların Kısa Semptom Envanteri alt ölçek puan ortalamaları; somatizasyon 1.39±0.90; obsesif-kompulsif 0.67±0.73; kişilerarası duyarlılık 0.74±0.73; depresyon 0.51±0.63; anksiyete 0.70±0.85; fobik-anksiyete 0.36±0.48; öfke-düşmanlık 0.62±0.68; paranoid düşünce 0.41±0.54; psikotizm 0.77±0.66 ve ek skala (uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duygusu) 3.62±2.72 olarak saptanmıştır. Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi ve kanser evresine göre Kısa Semptom Envanteri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Kemoterapi uygulanan hastaların en sık yaşadığı psikolojik semptomların uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duygusu ve somatizasyon olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, kemoterapi, psikolojik semptomlar, hemşirelik.

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to determine the psychologic symptoms of patients receiving chemotherapy.

Method: The sample of the study consisted 180 patients who come to receive chemotherapy to the Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, Farabi Hospital Chemotherapy Unit between 01 June to 01 September 2011. Data was collected with the "Patient Information Form" and "The Brief Symptom Inventory" using face to face interviews technique.

Conclusion: Among the patients, 57.8% were female, 46.0% of the 60-79 age group, 93.9% were married, 45.0% primary education graduates, 52.8% are housewives, 58.4% below 650 TL with incomes and %40.6 live in the county. 35.6% of the patients is cancer of the gastrointestinal system, 41.1% of them are at stage-I, 67.8% receive longer than 2 hours chemotherapy and 48.3% is not available in any occupation during chemotherapy. The mean scores of the Brief Symptom Inventory subscales of the patients; somatization 1.39±0.90; obsessive-compulsive 0.67±0.73; interpersonal sensitivity 0.74±0.73; depression 0.51±0.63; anxiety 0.70±0.85; phobic-anxiety 0.36±0.48; anger-hostility 0.62±0.68; paranoid ideation, 0.41±0.54; psychotism 0.77±0.66 and additional scale (sleep, appetite disturbance, feelings of guilt) 3.62±2.72, respectively. In addition, patients' gender, marital status, education, occupation, income level, and stage of cancer of the Brief Symptom Inventory was found statistically significant differences (p<0.05).

Results: The most frequently psychological symptoms of the patients were determined as sleep, appetite disturbance, feelings of guilt and somatization.

Key Words: Cancer, chemotherapy, psychologic symptoms, nursing.

¹ Doç., Dr., KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği AD-TRABZON

² Öğr. Gör., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Hemşirelik ve Bakım Hizmetleri Yaşlı Bakımı-RİZE

³ Doç. Dr., KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği AD-TRABZON

⁴ Arş. Gör., KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği AD-TRABZON

Yazışma Adresi

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Eczacılık Fakültesi Binası Giriş Kat, 61080, Trabzon

Tel: +90 - 462 - 230 04 76

e-posta: sevilayhindistan@ktu.edu.tr

Geliş tarihi/Received:04/04/2014 ; Kabul tarihi/Accepted:30/05/2015

GİRİŞ

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, insan yaşamını fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları ile tehdit eden, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal yayılımı ile karakterize hastalıklar grubudur (Can ve ark. 2004; Karabulutlu 2009). Kanser, görülme sıklığının artmasının yanı sıra kronik hastalıklar arasında kabul edilmesi ve yarattığı fiziksel, sosyoekonomik, psikolojik sorunlarla bireyin yaşam süresini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bottomley 2002). Ayrıca kanser, bireyin tüm yaşam dengeleri için de bir tehdit oluşturmaktadır. Kanser tanısı, semptomları, hastanın bilgi eksikliği, yaşamını kontrol edememe düşüncesi, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmaması hastaların belirsizlik yaşamalarına neden olmakta ve psikolojilerini olumsuz etkilemektedir (Karakaş 2007; Ripamonti ve ark. 2012).

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser, tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen tüm hastalıklar arasında en çok korkulan hastalık olmaya devam etmektedir. Çoğu kişi hala kanseri ölüm, acı çekme ya da şekil bozukluğu ile eş tutmaktadır (Karabulutlu 2009). Kanser tanısı alan birey; kaygı, öfke, suçluluk, ümitsizlik, çaresizlik, belirsizlik, yalnızlık, korku, fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlar, hastalığı kabullenmeme gibi etkenlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmanın yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan bir olgudur (Ofiaz 2002; Scheppingen ve ark. 2011; Uğur 2014).

Geliştirilen tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha nitelikli yaşamaları amaçlanmaktadır (Dedeli ve ark. 2008). Kanser tedavisi uzun süreli bir tedavi olması nedeni ile hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline zarar vermektedir (Dedeli ve ark. 2008). Kanser tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir (Aslan 2003; Kayaalp 2000). Kemoterapi kullanımına bağlı olarak hastalar; alopesi, bulantı, kusma, diyare gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra anksiyete, depresyon, öfke gibi psikolojik semptomlar yaşamakta, tedaviye uyum ve tedaviyi sürdürmede isteksizlik göstermekte, kişilik bozuklukları geliştirmekte, uyum mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmaktadır (Dedeli ve ark 2008; Kızılca 2000). Ayrıca kanser hastalarının birçoğu yaşadıkları ile ilgili olarak duygularını açıkça ifade

edememekte ve duygular genellikle yorum ve değerlendirmelerin altında gizli kalmaktadır (Ofiaz 2002). Kemoterapinin kaygı, korku, depresyon, anksiyete gibi istenmeyen yan etkileri hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını da olumsuz etkilemektedir (Uçan ve ark. 2006). Somatizasyon, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce, fobik anksiyete gibi psikolojik sorunlar kemoterapi alan hastalarda dikkate alınması gereken önemli sorunlar olup hastaların yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyum ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir (Magill 2001). Özellikle olası kayıp, artan bağımlılık ve yaşam etkinliklerine katılımların azalması ile kaygı, moral çökkünlük, izolasyon, öfke ve depresyon gibi acı veren belirtilerin yaşandığı belirtilmiştir (Magill 2001). Kanser hastalarının üçte ikisinde tedavi sonrası emosyonel problemler gözlemlendiği (Greimel ve ark. 2002), hastaların tedavi süresince kızgınlık (%35), endişe (%37.9) ve sınırlılık (%39.8) gibi psikolojik belirtileri çok fazla yaşadıkları belirtilmektedir (Arslan ve ark. 2008; Çapar 2010).

Kanser ve kemoterapinin neden olduğu psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişiklikler, bireylerin uzun yaşamasından ziyade kaliteli yaşamaları gerçeğini gündeme getirmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Kemoterapi uygulamalarında hemşirelerin, hasta ve ailesine kemoterapi ve etkilerine ait bilgi verme, tedavinin yan etkileri ve toksisitelerini önceden fark etmede yeterli bilgiye sahip olma, hastanın tedaviye katılımını sağlama gibi önemli sorumlulukları vardır. Etkin bir hemşirelik bakımı; hastalığın yarattığı önemli stresörlerle hastanın baş edebilmesine yardım etmeyi amaçlar. Hemşirelerin hastalara duygularını ifade etmesine, kanserle yaşamının getirdiği fiziksel ve psikolojik streslerle baş etmelerine yardımcı olması oldukça önemlidir. Hemşire, hastaların psikolojik gereksinimlerini doğru belirlediğinde, onların gereksinimlerine uygun destek verebilmektedir. Hemşirenin destekleyici rolünün temel hedefi hastaya sıkıntı veren duyguları anlamalarında yardımcı olmaktır (Ofiaz 2002). Kemoterapi alan hastaların psikolojik belirtilerinin belirlenmesi ile bu hastalara verilecek bakımın planlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması sağlanacaktır. Kemoterapi alan bireylerde psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve sorunlarla baş etme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü artırma, danışmanlık ve eğitim gibi konularda hemşirelikte sistemli bir yaklaşımın kullanılabilmesi için bu hastaların psikolojik belirtilerinin belirlenmesi önemlidir.

AMAC

Bu araştırma, kemoterapi alan hastaların psikolojik semptomlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın soruları;

1. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar var mıdır?
2. Kemoterapi alan hastaların yaşadıkları psikolojik semptomlarda sosyodemografik özelliklerine göre fark var mıdır?
3. Kemoterapi alan hastaların yaşadıkları psikolojik semptomlarda hastalığa ilişkin özellikler açısından fark var mıdır? şeklinde belirlenmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini 01 Haziran- 01 Eylül 2011 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'ne kemoterapi almak için başvuran 196 hasta oluşturmuştur. Ancak yedi hastanın kemoterapi tedavisi için başka bir ile gitmesi, beş hastanın kemoterapi tedavisini reddetmesi ve dört hastanın araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni ile çalışma 180 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmaya kanser tanısı nedeni ile kemoterapi alan, 18 yaş ve üzeri, ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından Hasta Bilgi Formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Hastalarla yüz yüze görüşme, her bir hasta ile hastanın uygun bulunduğu bir zaman dilimi içerisinde Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde özel bir odada yapılmıştır. Hasta Bilgi Formu ve KSE'deki sorular araştırmacı tarafından hastalara sorularak hastaların verdikleri yanıtlar kaydedilmiştir. Hasta Bilgi Formu ve KSE'nin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bu formda hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, yaşanılan yer, gelir düzeyi, kanser türü, evresi, kemoterapi süresi ve kemoterapi sırasında uğraşıda bulunma durumu) 11 soru bulunmaktadır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE): KSE, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan SCL-90-R'nin kısa formudur. Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılımı olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve kısa bir ölçek elde edilmiştir. Dokuz alt ölçek, ek maddeler ve 3 global endeksten (somatizasyon, obsesif-kompulsif davranış, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik reaksiyon, paranoid düşünce, psikotizm, yeme ve uyku bozuk-

lukları) oluşur. Ölçekte yer alan her bir madde 5 dereceli Likert tipi bir derecelendirmeye tabi tutulmaktadır. Ölçekte, "0 Hiç yok", "1 Biraz var", "2 Orta derecede var", "3 Epey var", "4 Çok fazla var" durumlarını ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Hisli Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında gerçekleştirilmiştir (Şahin ve Durak 1994). KSE'nin 3 ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişmektedir. Ayrıca KSE'nin alt ölçeklerinin ve 3 global indeks puanlarının Sosyal Karşılaştırma Ölçeğiyle -0.14 ve -0.34 arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile 0.16 ve 0.42 arasında, Strese Yatkınlık Ölçeği ile 0.24 ve 0.36 arasında, UCLA-Yalnızlık Ölçeğiyle 0.34 ve -0.57 arasında, Beck Depresyon Envanteri ile ise 0.34 ve 0.70 arasında değişen korelasyonlar gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar KSE'nin ülkemizdeki patoloji taramalarında güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak kullanılabilmesini göstermektedir (Şahin ve Durak 1994). Bu çalışmada KSE'nin Cronbach Alpha değeri .90'dır.

Veriler "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 13.0" istatistik programında değerlendirilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (yüzdeler, ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örnekler (Independent Samples) t testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni ve LSD testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmaya yalnızca KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'ne kemoterapi almak için başvuran hastaların alınması bu araştırmanın sınırlılığdır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'ne kemoterapi almak için başvuran hastalara yöneliktir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar tüm kemoterapi alan kanser hastalarına genellenemez.

Araştırmanın Etik Yönü: KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Etik Kurulu'ndan ve KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı'ndan yazılı izin ve araştırmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır. Araştırma süresince insan haklarına ve araştırma etik ilkelerine saygı gösterilerek çalışılmıştır.

BULGULAR**Tablo 1.** Kemoterapi Alan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	76	42.2
Kadın	104	57.8
Yaş		
18-39	18	10.0
40-59	54	30.0
60-79	83	46.0
80 ve üzeri	26	14.0
Medeni durum		
Evli	169	93.9
Bekar	11	6.1
Eğitim durumu		
Okuryazar değil/Okuryazar	51	28.3
İlköğretim	81	45.0
Lise	30	16.7
Üniversite	18	10.0
Meslek		
Memur	10	5.5
Emekli	40	22.2
Ev hanımı	95	52.8
Diğer (öğrenci, işsiz, mevsimlik işçi)	35	19.5
Gelir durumu		
650 TL altında	105	58.4
650 - 2000 TL	65	36.1
2000 TL üzerinde	10	5.5
Yaşanan yer		
İl	71	39.4
İlçe	73	40.6
Köy	36	20.0
Kanser türü		
GİS (kolorektal, pankreas, mide, karaciğer)	64	35.6
Meme	52	28.9
Akciğer	19	10.6
Primeri bilinmeyen	19	10.5
Genitoüriner (over, testis renal hücreli)	18	10.0
Hematolojik (myelom, lenfoma)	8	4.4
Kanser evresi		
Evre - 1	74	41.1
Evre - 2	52	28.9
Evre - 3	38	21.1
Evre - 4	16	8.9
Kemoterapi süresi		
2 saat ve daha az	58	32.2
2 saatten fazla	122	67.8
Kemoterapi sırasında uğraşı		
TV izleme	20	11.1
Kitap-gazete okuma	21	11.7
Uyuma	40	22.2
Sohbet	12	6.7
Hiçbir şey yapmama	87	48.3

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; %57.8'inin kadın, %46.0'sının 60-79 yaş grubunda, %93.9'unun evli, %45.0'inin ilköğretim mezunu, %52.8'inin ev hanımı, %58.4'ünün 650 TL altında gelire sahip olduğu ve %40.6'sının ilçede yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %35.6'sı gastrointestinal sistem (GİS) (kolorektal, pankreas, mide, karaciğer) kanseri tanısı almıştır, %41.1'i Evre - 1'de, %67.8'i 2 saatten daha

uzun süre kemoterapi almakta ve %48.3'ü kemoterapi sırasında herhangi bir uğraşta bulunmamaktadır.

Tablo 2. Kemoterapi Alan Hastaların Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Kısa Semptom Envanteri	X ± SD
Somatizasyon	1.39 ± 0.90
Obsesif-kompulsif	0.67 ± 0.73
Kişiler arası duyarlılık	0.74 ± 0.73
Depresyon	0.51 ± 0.63
Anksiyete	0.70 ± 0.85
Fobik-anksiyete	0.36 ± 0.48
Öfke-düşmanlık	0.62 ± 0.68
Paranoid düşünce	0.41 ± 0.54
Psikotizm	0.77 ± 0.66
Ek skala (uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duygusu)	3.62 ± 2.72

Tablo 2'de hastaların KSE alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir. Somatizasyon 1.39±0.90; obsesif-kompulsif 0.67±0.73; kişiler-arası duyarlılık 0.74±0.73; depresyon 0.51±0.63; anksiyete 0.70±0.85; fobik-anksiyete 0.36±0.48; öfke-düşmanlık 0.62±0.68; paranoid düşünce 0.41±0.54; psikotizm 0.77±0.66 ve ek skala (uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duygusu) 3.62±2.72 olarak bulunmuştur.

Tablo 3'de araştırmaya katılan hastaların cinsiyeti ile obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken (p<0.05), kadın hastaların obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların yaşı ile KSE alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların medeni durumu ile paranoid düşünce puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0.05). Bekar hastaların paranoid düşünce puan ortalamaları evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumu ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış (p<0.05) ve okuryazar değil/okuryazar olan hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların mesleği ile somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete ve psikotizm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0.05) ve ev hanımı olan hastaların somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete ve psikotizm puan ortalamaları diğer meslek gruplarından daha yüksektir.

Hastaların gelir düzeyi ile kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık ve psikotizm puan ortalamaları

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Sosyodemografik Özellikler	Somatizasyon X ± SD	Obsesif-Kompulsif X ± SD	Kişilerarası duyarlılık X ± SD	Depresyon X ± SD	Anksiyete X ± SD	Fobik Anksiyete X ± SD	Öfke-Düşmanlık X ± SD	Paranoid Düşünce X ± SD	Psikotizm X ± SD	Ek Skala X ± SD
Cinsiyet										
Erkek	1.24 ± 0.72	0.53 ± 0.54	0.28 ± 0.46	0.34 ± 0.54	0.47 ± 0.61	0.57 ± 0.64	0.67 ± 0.87	0.43 ± 0.67	0.19 ± 0.35	0.77 ± 0.65
Kadın	1.31 ± 0.79	0.86 ± 0.73	0.67 ± 0.82	0.79 ± 0.84	0.74 ± 0.67	0.61 ± 0.69	0.75 ± 0.72	0.68 ± 0.81	0.38 ± 0.54	0.93 ± 0.71
p	0.574	0.001	0.000	0.000	0.007	0.637	0.538	0.032	0.007	0.123
Yaş										
18-39	1.30 ± 0.92	0.91 ± 0.96	0.51 ± 0.82	0.77 ± 1.05	0.59 ± 0.63	0.88 ± 0.98	0.54 ± 0.63	0.57 ± 0.86	0.42 ± 0.69	0.79 ± 0.51
40-59	1.19 ± 0.71	0.79 ± 0.62	0.62 ± 0.70	0.77 ± 0.69	0.72 ± 0.54	0.44 ± 0.43	0.71 ± 0.76	0.74 ± 0.76	0.41 ± 0.56	0.85 ± 0.67
60-79	1.27 ± 0.72	0.65 ± 0.68	0.48 ± 0.74	0.53 ± 0.77	0.59 ± 0.74	0.59 ± 0.64	0.72 ± 0.81	0.57 ± 0.79	0.22 ± 0.38	0.83 ± 0.71
80 ve üzeri	1.50 ± 0.86	0.66 ± 0.54	0.36 ± 0.58	0.36 ± 0.55	0.58 ± 0.63	0.73 ± 0.83	0.83 ± 0.88	0.26 ± 0.50	0.25 ± 0.39	1.03 ± 0.77
p	0.415	0.366	0.473	0.071	0.681	0.069	0.708	0.079	0.081	0.581
Medeni durum										
Evli	1.28 ± 0.77	0.70 ± 0.65	0.50 ± 0.71	0.58 ± 0.73	0.62 ± 0.47	0.58 ± 0.68	0.72 ± 0.76	0.54 ± 0.73	0.29 ± 0.47	0.85 ± 0.68
Bekar	1.25 ± 0.65	1.03 ± 0.98	0.56 ± 0.82	0.86 ± 1.13	0.63 ± 0.67	0.81 ± 0.50	0.58 ± 1.10	1.12 ± 1.07	0.50 ± 0.58	0.97 ± 0.91
p	0.908	0.125	0.792	0.250	0.954	0.267	0.554	0.014	0.152	0.588
Eğitim durumu										
Okuryazar değil/okuryazar	1.35 ± 0.80	0.79 ± 0.58	0.58 ± 0.88	0.73 ± 0.89	0.75 ± 0.74	0.60 ± 0.60	0.72 ± 0.72	0.63 ± 0.88	0.32 ± 0.47	1.02 ± 0.73
İlköğretim	1.34 ± 0.78	0.73 ± 0.74	0.55 ± 0.69	0.62 ± 0.70	0.63 ± 0.64	0.65 ± 0.77	0.81 ± 0.89	0.58 ± 0.74	0.34 ± 0.51	0.79 ± 0.69
Lise	1.23 ± 0.65	0.82 ± 0.74	0.45 ± 0.61	0.62 ± 0.80	0.67 ± 0.67	0.51 ± 0.53	0.51 ± 0.62	0.62 ± 0.76	0.31 ± 0.52	0.95 ± 0.65
Üniversite	0.90 ± 0.69	0.33 ± 0.37	0.22 ± 0.34	0.14 ± 0.29	0.19 ± 0.23	0.44 ± 0.58	0.45 ± 0.63	0.30 ± 0.42	0.08 ± 0.22	0.56 ± 0.55
p	0.140	0.067	0.269	0.046	0.021	0.558	0.096	0.423	0.255	0.065
Meslek										
Memur	0.57 ± 0.53	0.58 ± 0.32	0.32 ± 0.39	0.26 ± 0.37	0.33 ± 0.32	0.36 ± 0.27	0.24 ± 0.30	0.06 ± 0.09	0.13 ± 0.04	0.57 ± 0.48
Emekli	1.31 ± 0.73	0.59 ± 0.59	0.36 ± 0.52	0.42 ± 0.57	0.55 ± 0.70	0.67 ± 0.75	0.84 ± 0.96	0.54 ± 0.72	0.45 ± 0.07	0.88 ± 0.75
Ev hanımı	1.31 ± 0.80	0.81 ± 0.69	0.67 ± 0.84	0.80 ± 0.86	0.77 ± 0.70	0.64 ± 0.70	0.76 ± 0.68	0.68 ± 0.80	0.55 ± 0.05	0.93 ± 0.70
Diğer	1.26 ± 0.67	0.67 ± 0.77	0.28 ± 0.49	0.36 ± 0.59	0.43 ± 0.48	0.45 ± 0.53	0.60 ± 0.87	0.48 ± 0.74	0.29 ± 0.05	0.75 ± 0.62
p	0.022	0.296	0.013	0.002	0.019	0.272	0.125	0.069	0.038	0.326
Gelir durumu										
650 TL altında	1.34 ± 0.78	0.77 ± 0.69	0.63 ± 0.83	0.75 ± 0.84	0.73 ± 0.68	0.63 ± 0.68	0.73 ± 0.68	0.64 ± 0.78	0.36 ± 0.53	0.89 ± 0.69
650 – 2000 TL	1.25 ± 0.70	0.71 ± 0.68	0.34 ± 0.46	0.42 ± 0.59	0.53 ± 0.62	0.59 ± 0.69	0.77 ± 0.96	0.52 ± 0.76	0.25 ± 0.40	0.85 ± 0.71
2000 TL ve üstü	0.92 ± 0.82	0.31 ± 0.37	0.32 ± 0.55	0.26 ± 0.35	0.18 ± 0.22	0.30 ± 0.28	0.12 ± 0.16	0.22 ± 0.28	0.00 ± 0.00	0.62 ± 0.53
p	0.239	0.126	0.028	0.009	0.012	0.329	0.045	0.181	0.047	0.500
Yaşanan yer										
İl	1.29 ± 0.76	0.68 ± 0.67	0.43 ± 0.59	0.54 ± 0.66	0.62 ± 0.70	0.51 ± 0.55	0.71 ± 0.72	0.56 ± 0.69	0.32 ± 0.51	0.81 ± 0.65
İlçe	1.30 ± 0.81	0.78 ± 0.72	0.64 ± 0.86	0.70 ± 0.89	0.66 ± 0.67	0.66 ± 0.75	0.75 ± 0.88	0.64 ± 0.88	0.34 ± 0.52	0.89 ± 0.67
Köy	1.23 ± 0.67	0.68 ± 0.62	0.39 ± 0.58	0.52 ± 0.62	0.58 ± 0.55	0.62 ± 0.71	0.65 ± 0.73	0.46 ± 0.64	0.20 ± 0.28	0.90 ± 0.82
p	0.899	0.641	0.112	0.354	0.816	0.369	0.832	0.512	0.335	0.738

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Gelir düzeyi 650TL altında olan hastaların kişilerarası duyarlılık depresyon, anksiyete ve psikotizm puan ortalamaları diğer gelir düzeyi

olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Hastaların yaşadığı yer ile KSE alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Hastalığa İlişkin Özellikler	Somatizasyon X ± SD	Obsesif-Kompulsif X ± SD	Kişilerarası duyarlılık X ± SD	Depresyon X ± SD	Anksiyete X ± SD	Fobik Anksiyete X ± SD	Öfke-Düşmanlık X ± SD	Paranoid Düşünce X ± SD	Psikotizm X ± SD	Ek Skala X ± SD
Kanser türü										
GİS	1.21 ± 0.69	0.57 ± 0.57	0.40 ± 0.59	0.46 ± 0.70	0.52 ± 0.63	0.55 ± 0.58	0.70 ± 0.81	0.41 ± 0.63	0.21 ± 0.39	0.97±0.68
Meme	1.25 ± 0.76	0.89 ± 0.70	0.68 ± 0.88	0.75 ± 0.83	0.69 ± 0.62	0.44 ± 0.53	0.65 ± 0.77	0.78 ± 0.91	0.38 ± 0.53	0.64±0.64
Akciğer	1.55 ± 0.87	0.62 ± 0.44	0.46 ± 0.73	0.51 ± 0.71	0.82 ± 0.80	0.89 ± 0.94	1.13 ± 0.93	0.63 ± 0.82	0.42 ± 0.63	1.09±0.88
Primeri bilinmeyen	1.45 ± 0.99	0.85 ± 1.06	0.61 ± 0.70	0.77 ± 0.85	0.79 ± 0.81	0.78 ± 0.97	0.73 ± 0.67	0.65 ± 0.72	0.45 ± 0.61	0.82±0.61
Genitoüriner sistem	1.32 ± 0.61	0.69 ± 0.50	0.43 ± 0.65	0.47 ± 0.56	0.45 ± 0.52	0.52 ± 0.55	0.57 ± 0.71	0.43 ± 0.61	0.14 ± 0.26	0.87±0.57
Hematolojik sistem	0.98 ± 0.70	0.85 ± 0.84	0.31 ± 0.45	0.85 ± 0.91	0.60 ± 0.48	0.95 ± 0.46	0.55 ± 0.64	0.60 ± 0.82	0.22 ± 0.22	0.96±0.83
p	0.386	0.166	0.342	0.250	0.281	0.059	0.252	0.166	0.118	0.115
Kanser evresi										
Evre - 1	1.18 ± 0.69	0.68 ± 0.64	0.39 ± 0.62	0.46 ± 0.69	0.52 ± 0.61	0.57 ± 0.62	0.57 ± 0.73	0.48 ± 0.76	0.25 ± 0.45	0.84±0.70
Evre - 2	1.23 ± 0.75	0.71 ± 0.59	0.50 ± 0.64	0.70 ± 0.73	0.66 ± 0.71	0.48 ± 0.58	0.66 ± 0.69	0.52 ± 0.70	0.25 ± 0.40	0.85±0.63
Evre - 3	1.45 ± 0.78	0.76 ± 0.72	0.73 ± 0.96	0.76 ± 0.92	0.75 ± 0.71	0.64 ± 0.61	0.94 ± 0.96	0.80 ± 0.89	0.38 ± 0.55	0.90±0.75
Evre - 4	1.50 ± 1.00	0.85 ± 0.99	0.57 ± 0.60	0.53 ± 0.66	0.78 ± 0.50	0.98 ± 1.08	1.02 ± 0.73	0.65 ± 0.56	0.50 ± 0.63	0.95±0.72
p	0.206	0.817	0.127	0.158	0.240	0.066	0.044	0.209	0.186	0.927
Kemoterapi süresi										
2 saatten az	1.25 ± 0.66	0.67 ± 0.59	0.59 ± 0.76	0.71 ± 0.76	0.70 ± 0.71	0.52 ± 0.54	0.70 ± 0.69	0.61 ± 0.79	0.25 ± 0.38	0.80±0.63
2 saatten fazla	1.25 ± 0.81	0.74 ± 0.71	0.47 ± 0.69	0.55 ± 0.75	0.59 ± 0.63	0.63 ± 0.72	0.72 ± 0.83	0.56 ± 0.75	0.33 ± 0.52	0.89±0.72
p	0.722	0.526	0.291	0.199	0.339	0.329	0.826	0.685	0.306	0.389
Kemoterapi sırasında uğraşı										
TV izleme	1.40 ± 0.93	0.75 ± 0.70	0.58 ± 0.93	0.60 ± 0.89	0.70 ± 0.67	0.69 ± 0.72	0.68 ± 0.75	0.58 ± 0.86	0.44 ± 0.58	0.91±0.73
Kitap-gazete okuma	1.27 ± 0.72	0.56 ± 0.54	0.34 ± 0.62	0.36 ± 0.67	0.47 ± 0.53	0.54 ± 0.48	0.55 ± 0.83	0.37 ± 0.69	0.21 ± 0.44	0.66±0.56
Uyuma	1.26 ± 0.76	0.84 ± 0.82	0.70 ± 0.82	0.78 ± 0.79	0.74 ± 0.75	0.68 ± 0.86	0.98 ± 0.86	0.70 ± 0.82	0.41 ± 0.60	0.88±0.67
Sohbet etme	0.97 ± 0.60	0.54 ± 0.90	0.37 ± 0.41	0.47 ± 0.69	0.40 ± 0.48	0.40 ± 0.50	0.63 ± 0.63	0.38 ± 0.47	0.10 ± 0.20	0.92±0.74
Hiçbir şey yapmama	1.31 ± 0.75	0.72 ± 0.59	0.46 ± 0.65	0.60 ± 0.74	0.63 ± 0.66	0.57 ± 0.62	0.65 ± 0.76	0.60 ± 0.76	0.27 ± 0.42	0.66±0.46
p	0.631	0.520	0.306	0.330	0.422	0.688	0.201	0.498	0.162	0.489

Hastaların kanser türü ile KSE alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların kanser evresi ile öfke-düşmanlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Evre-4'teki hastaların öfke-düşmanlık puan ortalamaları diğer kanser evresine sahip hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların kemoterapi süresi ve kemoterapi sırasındaki uğraşısı ile KSE alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar %29-47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir (Ateşçi ve ark. 2003). Çalışma grubumuzdaki hastaların yaşadığı en önemli psikolojik semptom uyku, iştah bozuklukları ve suçluluk duygusudur. Can ve ark. (2004) kanser hastalarında tedavi sonrası anoreksiya, depresyon ve gelecek hakkında umutsuzluk gibi psikolojik semptomların daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamıza paralel Tokgöz ve ark. da (2008) kanser hastalarının %50'sinde uyku bozukluğu saptamış ve uyku bozukluğunun meme kanserinde %20, akciğer kanserinde %15 oranında bulmuştur. Oflaz (2002), kanser hastalarının genel olarak kendilerini güçsüz hissettiklerini, yeme-içmede sorunlarının olduğunu, bağımlı olduklarını, suçluluk duygularını yoğun yaşadıklarını ve arkadaş/ailelerinden ayrı kalmaları nedeni ile sıkıntı yaşadıklarını ifade etmiştir.

Çalışmamızda, hastaların bedensel işlevlerinde zorlandıkları (ağrı, rahatsızlık) görülmektedir. Sevgili ve ark. (2006) kanser hastalarının ağrısını ve rahatsızlığını artıran en önemli faktörün fiziksel aktivite (%26) olduğunu, tedavi başlangıcındaki hastaların %41'inin hafif, %24'ünün ise orta şiddette ağrısının olduğunu saptamıştır.

Hastaların ek skala ve somatizasyon dışında KSE alt ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu durumun çalışma grubundaki hastaların %41.1'inin Evre-1'de olmasından ve ayaktan kemoterapi almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Oflaz da (2002) çalışmamıza paralel olarak kanser hastalarının genel psikiyatrik semptom ortalamasını düşük bulmuştur. Başka bir çalışmada da ayaktan tedavi alan kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar yatarak tedavi alanlara göre daha düşük bulunmuştur (Ateşçi ve ark. 2003).

Cinsiyet, hastaların obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, psikotizm ve paranoid düşüncelerini etkilemektedir. Özellikle kadın hastaların daha

fazla etkilendiği görülmektedir. Literatürde kadın kanser hastalarının erkeklere göre daha fazla duygusal etkilenme yaşadıkları belirtilmektedir (Prieto ve ark. 2005). Bulgularımıza paralel olarak Dogar ve ark. (2009) depresyonun kadın kanser hastalarında erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Kanser hastalarında depresyon açısından risk faktörleri arasında benlik saygısının düşük olması, tanılanma sırasında fazla duygusal stres ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir. Diğer risk faktörlerinden biri de depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır. Bu ilaçlar arasında prednizon, deksametazon, vinkristin, vinblastin, tamoksifen ve narkotikler sayılabilir. Ayrıca hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, elektrolit dengesizliği gibi depresyona yol açabilme potansiyeli taşıyan nedenler de vardır (Tokgöz ve ark. 2008).

Hastalarımızda yaşın psikolojik semptomları etkilemediğini görmekteyiz. Ancak Kroenke ve ark. (2004) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmalarında, 40 yaş ve altındaki bireylerin fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarının 41-64 yaş ve 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerden daha fazla etkilendiğini belirtmektedir.

Medeni durum, hastalarımızın paranoid düşüncelerini etkilemektedir. Bu etkilenmenin en çok bekar hastalarda olduğu görülmektedir. Oysa Beşer ve Öz (2003) çalışmasında, evli hastaların anksiyete-depresyon düzeyinin üçüncü kür kemoterapi ve sonrasında arttığını saptamıştır.

Eğitim durumu, hastaların depresyon ve anksiyete yaşamamasında önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Okuryazar değil/okuryazar olan hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları daha yüksektir. Okuryazar değil/okuryazar olan hastaların aşırı düzeyde kaygı, sinirlilik, gerginlik gibi semptomları daha fazla yaşadığını söyleyebiliriz. Mc Call ve ark. (2002), düşük eğitim düzeyinin majör depresif bozukluk için risk faktörü olduğunu ve eğitim düzeyi düşük kişilerde yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon görüldüğünü belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların mesleği ile somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete ve psikotizm arasında anlamlı farklılık saptanmış ve ev hanımlarının somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete ve psikotizm puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Psikotizm, aynı zamanda içe kapanmayı ve izole olmayı içermektedir. Kemoterapinin yol açtığı beden imajı sorunları, kanser hastalarında sosyal geri çekilme, izolasyon gibi sosyal rol ve etkileşimlerde değişikliklere neden olabilmektedir (Dedeli ve ark. 2008).

Hastalarımızın gelir düzeyi ile kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık ve psikotizm arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Geliri 650TL altında olan hastaların kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete ve psikotizm puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Gelir durumu düşük olan hastaların yaşam ilgilerinin daha az, enerjilerinin daha düşük ve intihar düşüncelerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda sosyal çevreden daha fazla uzaklaştıkları, içe kapandıkları ve kendilerini izole ettikleri ifade edilmektedir (Bottomley 2002). Nordin ve ark. (2001) kanser hastalarında özellikle duygusal ve maddi destek yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, kanser türü hastaların psikolojik semptom yaşamalarını etkilememiştir. Oysa Burgess ve ark. (2005), 22 erken dönem meme kanserli kadında depresyon ve anksiyete bozukluklarını tanı sırasında %33, bir yıl sonra %15 ve nüks tanısında %45 olarak saptamıştır. Yine Okamura ve ark. (2005) meme kanserli hastaların ilk nükslerinde depresyon yaygınlığını %22 olarak bulmuştur.

Kanser evresi, hastaların öfke-düşmanlık duygularını etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Evre 4'deki hastalar daha çok öfke-düşmanlık duygularına sahiptir ve öfke, saldırganlık ve kızgınlık duygularını daha fazla yaşamaktadır. Bir çalışmada, kanser evresi ilerledikçe hastaların daha çok öfke ve kızgınlık yaşadıkları, kuşkucu yaklaşımlarda buldukları, daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları, yalnızca fiziksel değil psikososyal alanda da sorunlarının arttığı belirtilmektedir (Gültekin 2008).

Hastalarımızın kemoterapi süresi ve kemoterapi sırasındaki uğraşı ile KSE alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak Bozcuk ve ark. (2006) çalışmasında, meme kanseri nedeni ile kemoterapi alan hastalarda müzik dinlemenin yaşam kalitelerini olumlu etkilediği görülmüştür.

SONUÇ

Çalışmada, ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının en sık yaşadığı psikolojik semptomların uyku, iştah bozuklukları, suçluluk duygusu ve somatizasyon olduğu saptanmıştır. Kadın cinsiyet, bekar olma, okuryazar değil/okuryazar olma, ev hanımı olma ve gelir düzeyinin 650TL altında olma gibi sosyodemografik özelliklerin ve Evre-4 kanser hastası olma gibi hastalık özelliklerinin ayaktan kemoterapi alan bu hastaların psikolojik semptomları daha fazla yaşamalarında etkili olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin kemoterapi alan hastaların kemoterapi-

den fiziksel olarak nasıl etkilendiklerini değerlendirdikleri gibi bu hastaları psikolojik semptomlar yönünden de değerlendirmeleri, özellikle psikolojik semptom yaşamalarında etkili olduğu belirlenen bu sosyodemografik ve hastalık özelliklerine sahip hastaları psikolojik semptomların gelişmesi açısından öncelikli olarak ele alınmaları gerektiği önerileri yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Arslan S, Akın B, Koçoğlu D (2008) Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 10 (1): 47-56.
- Arslan S (2003) Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (3): 38-47.
- Ateşçi FÇ, Oğuzhanlı NK, Baltarlı B ve ark. (2003) Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (2): 145-152.
- Beşer N, Öz F (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 47-58.
- Bottomley A (2002) The cancer patient and quality of life. Oncologist, 7 (2): 120-5.
- Bozcuk H, Artac M, Kara A ve ark. (2006) Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. Med Sci Monit, 12 (5): 200-205.
- Burgess C, Cornelius V, Love S et al. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer five year observational cohort study. BMJ, 330 (7493):702-705.
- Can G, Durna Z, Aydın A (2004) Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. Cancer Nursing, 27(2): 153-61.
- Çapar GS (2010) Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi.
- Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R (2008) Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 23 (3):132-139.
- Dogar IA, Azeem MW, Kiran M et al. (2009) Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. Pak Med Sci, 25 (5):734-737.
- Greimel E, Thiel I, Peintinger F et al. (2002) Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. Gynecol Oncol, 85 (1):140-147.
- Gültekin Z, Pınar G, Pınar T ve ark. (2008) Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. UHOD, 18 (2):100-106.
- Karabulutlu Ö (2009) Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 17 (3): 218-225.

- Karakaş S (2007) Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi.
- Kayaalp (2000) Tıbbi Farmakoloji. Feryal Matbaacılık, Cilt:1 Ankara, s.372-400.
- Kızılcı S (2000) Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3 (2):18-26.
- Kroenke CH, Rosner B, Chen WY et al. (2004) Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. J Clin Oncol, 22 (10):1849-56.
- Magill L (2002) The use of music therapy to address the suffering in advanced cancer pain. J Palliat Care, 17 (3):167-172.
- Mc Call NT, Parks P, Smith K et al. (2002) The prevalence of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-service beneficiaries. Int J Geriatr Psychiatry, 17 (6): 557-65.
- Nordin K, Berglung G, Glimelius B et al. (2001) Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. Eur J Cancer, 37 (3): 376-384.
- Oflaz F (2002) Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (1): 65-72.
- Okamura M, Yamawaki S, Akechi T et al. (2005) Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. Jpn J Clin Oncol, 35 (6) :302-309.
- Prieto JM, Atala J, Blanch J et al. (2005) Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. J Clin Oncol, 23 (25): 6063-6071.
- Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E et al. (2012) Management of cancer pain: Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol, 23(7):139-54.
- Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A et al. (2011) Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? Psychooncology, 20(6):655-63.
- Sevgili S, Karalezli A, Tokgönül A ve ark. (2006) Akciğer kanseri hastalarında ağrı değerlendirme formu kullanımının yeri ve önemi. Solunum Hastalıkları, 17 (1):13-19.
- Şahin NH, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31): 44-56.
- Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S ve ark. (2008) Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9 (2): 59-66
- Uçan Ö, Ovayolu N, Torun S ve ark. (2006) Kemoterapi alan hastaların sık karşılaştıkları yan etkiler ve yaptıkları girişimler. Sağlık ve Toplum, 16 (4):46-53.
- Uğur Ö (2014) Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi, 29(3):125-135.