

## KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARDA DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

### ASSESSMENT OF DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Nilay DEMİR GÖL<sup>1</sup>, Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR<sup>2</sup>

#### ÖZET

Bu araştırma kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı-kesitsel özellikteki araştırmanın evrenini Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan 140 hasta oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyerek araştırma kapsamına alınma kriterlerini karşılayan 130 hasta birey araştırma kapsamına alındı. Veriler Ocak-Nisan 2011 tarihleri arasında tanımlayıcı form, Beck Depresyon Envanteri ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-36 kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Hasta bireylerin % 83,1'inde depresyon saptandı. Ayrıca hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bazı özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-36 özet değer puan ortalamaları arasında önemli bir fark belirlendi. Beck Depresyon Envanteri ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-36 özet değer puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda orta düzeyde negatif yönde bir ilişki saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda kemoterapi alan kanserli hastaların depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlere yönelik hastaların, ailelerinin ve sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılması ve bu yönde eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Kemoterapi, Depresyon, Yaşam kalitesi, Hemşirelik.

#### ABSTRACT

This research was conducted to evaluate depression, quality of life in patients with cancer who received chemotherapy. The research in the form of a descriptive-cross-sectional study population consisted of 140 patients who received chemotherapy at the outpatient chemotherapy unit of Erzurum Regional Training and Research Hospital. No sampling was attempted and 130 patients who met the inclusion criteria were included in the study. The study data were collected between January and April 2011 through face-to-face interviews using a descriptive form, the Beck Depression Inventory and the Quality of Life Scale Short Form-36. It was found that 83.1% of the patients had depression. Further, a significant difference was found among the patients' certain socio-demographic and illness-related characteristics and the mean scores of Beck Depression Inventory and Quality of Life Scale Short Form-36 summary values. The correlation analysis suggested a moderate negative correlation between the mean scores of Beck Depression Inventory and Quality of Life Scale Short Form-36 summary values. In the light of these results, we recommend that awareness should be raised in patients, their families and health professionals about the factors that influence depression and quality of life in patients receiving chemotherapy and they should be given training on these issues.

**Keywords:** Cancer, Chemotherapy, Depression, Quality of Life, Nursing.

\*Bu çalışma 2014 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiş, 20-24 Ekim 2014 yılında Edirne'de düzenlenen 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. Etik kurul izni Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan alınmıştır.

<sup>1</sup> Hemşire, Mersin Devlet Hastanesi

<sup>2</sup> Doç. Dr. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserin görülme sıklığı giderek artış göstermektedir.<sup>1</sup> Dünyada ve ülkemizde ölüme neden olan kardiyovasküler hastalıklardan sonra kanser ikinci sırada yer almaktadır.<sup>1-3</sup> Ülkemizde tüm yaşlardaki ölümlerin birlikte değerlendirilmesi halinde, on ölümden birinin kanser nedeni ile olduğu bildirilmiştir.<sup>3</sup> Dünya genelinde 2012 yılında 8,2 milyon ölümün kanser nedeni ile olduğu ve yaklaşık olarak 14 milyon yeni kanser vakasının belirlendiği, yıllık kanser vakalarının 2012 yılından itibaren gelecek 20 yıl içinde 14 milyondan 22 milyona yükseleceği beklenmektedir.<sup>4</sup>

Kanser günümüzde yaşamı tehdit eden en tehlikeli hastalık olma özelliğini korumaktadır.<sup>5</sup> İçerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi yaşamdan koparan<sup>6</sup> ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur.<sup>7</sup> Kanseri hastaların yaşam kalitesi çok yönlü olup, tanılama aşamasından tedavi süresince kanserle ilişkisi olan ve olmayan çeşitli faktörlerden etkilenir. Kanser tanı ve tedavisinin, anksiyete ve depresif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğu kadar, yoğun fiziksel, duygusal, sosyal, mesleki, ekonomik zorlanmalarla da ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>8</sup> Kanser hastalarında anksiyete ve depresyonun, ruh sağlığı

alanları ve bedensel belirti yükü ile güçlü ve bağımsız olarak ilişkili bulunmasının yanında, depresyonun yaşam kalitesi alanları ile de önemli bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır.<sup>9</sup> Depresyon ve yüksek düzeyde depresif belirtilerin mortaliteyi artırdığı tahmin edilmekte olup, depresif kanser hastalarının yaşam süresini uzatma ve yaşam kalitesini artırmak için depresyon tedavisinin izleminin önemli olduğu rapor edilmiştir.<sup>10</sup> Ayrıca kanser hastalarında ruh sağlığı izleminin fiziksel sağlığın izlemi kadar önemli olduğu, kanser tedavisi ile daha iyi bütünleştirilmesi gerektiği, fiziksel sağlık ve belirtilerin doğrudan ve karşılıklı olarak ruh sağlığını etkilediği de bildirilmiştir.<sup>8</sup> Sağlık profesyonelleri hastaların zor olan bu dönemi rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarına yardımcı olmalı, bütüncül sağlık yaklaşımı ile bakım vermelidir.<sup>11</sup> Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hasta ve yakınları ile daha sık ve sürekli iletişim ve etkileşimde bulduklarından bütüncül ve etkili hasta bakımında önemli bir konuma sahiptirler.

Bu nedenlerden dolayı bu araştırma ayaktan kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapıldı.

## MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı-kesitsel özellikte olan bu araştırmanın evrenini “Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine” Ocak-Nisan 2011 tarihleri arasında kemoterapi almak için gelen 140 hasta oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırma kapsamına 18 yaş ve üzerinde, en az üç aydır kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisine başlamış, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü 130 hasta birey alındı.

### Veri Toplama Araçları

#### 1. Tanımlayıcı Soru Formu

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren sekiz (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, çocuk sayısı, gelir durumu) ve hastalığa ait bilgileri içeren yedi olmak üzere (hastalık tanısı, hastalığın süresi, kemoterapi süresi, kanser dışında hastalık olup olmadığı, sigara kullanma durumu, aileden destek alıp almadığı, metastaz olup olmadığı) toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

## 2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından (1961) geliştirilmiş olan envanter<sup>12</sup>, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından (1988) yapılmıştır<sup>13</sup>. Beck Depresyon Envanteri kesme noktası 17 ve üzeri alındığında tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukta ayırt edebildiği belirlenmiştir. Ölçek Likert tipi ölçüm sağlayan 21 adet kendini değerlendiren cümle içermektedir. Her madde 0-3 arasında puan almakta ve toplam puan 0-63 arasında değişmektedir.<sup>13,14</sup>

## 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (KF-36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt (hastalığa özgü olmayan) özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan KF-36 Ware ve Sherbourne tarafından (1992) geliştirilmiş<sup>15</sup>, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır.<sup>16</sup> Bir öz-bildirim ölçeği olup, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı, mental sağlık, yaşamsallık (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması içeren 8 boyutu 36 madde ile incelemektedir. Ölçekte yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan verilmekte ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Sıfır puan kötü sağlığı, 100 puan iyi sağlık durumunu göstermektedir.<sup>15-17</sup> Bu çalışmada KF-36 Ölçeğinin alt boyutlarını içeren soruların ağırlıklı puanları toplanarak Fiziksel Sağlık Özet Değeri (FSD) ve Mental Sağlık Özet Değeri (MSD) elde edilmiştir. Özet değerlerin elde edilmesinde; alt boyut değerlerinin hesaplanması ve alt boyutların Z puan dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak fiziksel ve mental sağlık özet değerleri elde edilmiştir. Son olarak özet değerler  $50 \pm 10$  olacak şekilde dönüştürülmüştür.<sup>18-20</sup> Bu çalışmada yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık

sağlamak amacı ile özet değerler kullanılmıştır.

## Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri veri toplama formları kullanılarak kemoterapi ünitesinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Formların doldurulması ortalama olarak 30-35 dakikada tamamlandı.

## Verilerin Analizi

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzdelik, ortalama; bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile FSD, MSD ve BDE puan ortalamalarını karşılaştırmada Kruskal Wallis Varyans Analizi, bağımsız gruplarda t testi ve Mann-Whitney U testi, ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 15.0 kullanılarak yapıldı ve anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin ve Erzurum Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (28/10/2010 tarihli ve 4/1 sayılı) etik onay alındı. Araştırma ölçütlerini karşılayan kanserli bireylere çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklanarak, bu araştırmaya katılmalarında istekli olup olmadıkları soruldu ve sözlü izinleri alınarak gönüllü olanlar çalışmaya dahil edildi. Ayrıca çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilerek özerklik ilkesine, bilgilerin bu araştırma dışında kullanılmayacağı belirtilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

## Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Araştırmada iki sınırlılık mevcuttur. Birinci sınırlılığı araştırmaya katılan bireylerin depresyonu sadece BDE ile değerlendirilmiş ve bir uzman değerlendirilmesi yapılmamıştır. İkinci

sınırlılık, araştırmanın sadece bir hastanenin | kemoterapi ünitesinde yapılmış olmasıdır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

**Tablo 1.** Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KF-36 Özet Değerleri ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=130)

Tanıtıcı özellikler	S	%	KF-36		
			FSD Ort ± SS	MSD Ort ± SS	BDE Ort ± SS
<b>Yaş</b>					
44 yaş ve altı	19	14,6	41,08 ± 8,44	36,14±9,03	23,42±10,98
44-59 yaş	50	38,5	38,01 ± 7,98	29,66±6,97	26,12±10,46
60 yaş ve üzeri	61	46,9	32,73 ± 7,48	27,10±6,29	31,09±9,63
	KW ; p değeri		17,402; <0,001	17,272; <0,001	9,781; <b>0,008*</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	72	55,4	36,65±8,45	29,48±8,20	27,11±10,51
Erkek	58	44,6	35,14±8,33	29,31±6,79	29,25±10,45
	t ; p değeri		1,020; 0,310	0,127; 0,899	-1,166; 0,246
<b>Medeni durum</b>					
Evli	105	80,8	37,01±8,50	30,62±7,73	26,55±10,12
Bekar <sup>¶</sup> /dul	25	19,2	31,67±6,50	24,30±3,98	34,40±9,92
	MW-U ; p değeri		824,000; <b>0,004*</b>	605,00; <0,001	738,500; <b>0,001*</b>
<b>Eğitim durumu</b>					
Okur-yazar değil	46	35,4	35,21±9,05	27,73±7,36	28,76±10,53
Okuryazar/ İlkokul	73	56,2	35,92±7,59	30,10±7,62	28,31±10,60
Ortaokul/ Lise	8	6,1	35,95±8,91	30,52±5,37	27,62±7,28
Üniversite	3	2,3	49,37±8,54	35,40±12,27	12,33±4,04
	KW ; p değeri		5,281;0,152	4,522;0,210	6,902; 0,075
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışan	36	27,7	37,09±9,65	30,51±7,27	28,63±10,62
Çalışmayan	94	72,3	35,55±7,88	28,98±7,69	27,84±10,52
	t ; p değeri		0,146; 0,352	0,843;0,306	0,997;0,700
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek aile	79	60,8	37,96±8,45	31,13±7,93	26,27±10,90
Geniş aile	51	39,2	32,91±7,24	26,75±6,18	30,84±9,29
	t ; p değeri		3,619;<0,001	3,522; <b>0,001*</b>	-2,470; <b>0,015**</b>
<b>Çocuk sayısı</b>					
Yok	5	3,9	39,03±4,99	25,60±4,31	31,40±8,08
1-3	28	21,5	37,53±8,39	32,69±9,28	22,00±10,17
4-6	62	47,7	36,47±8,78	29,17±7,28	29,17±9,61
7 ve üzeri	35	26,9	33,43±7,74	27,75±6,19	30,45±11,11
	KW ; p değeri		4,653; 0,199	5,656; 0,130	11,696; <b>0,009*</b>
<b>Gelir düzeyi #</b>					
Gelir giderden az	118	90,8	35,39±8,18	28,79±7,35	28,88±10,46
Gelir giderden fazla	12	9,2	41,79±8,64	35,45±7,43	20,00±7,07
	MW-U ; p değeri		422,000; <b>0,021**</b>	347,000; <b>0,004*</b>	355,000; <b>0,005*</b>

\*p<0.01;\*\*p<0.05, KF-36: Kısa Form-36, FSD: Fiziksel Sağlık Özet Değeri, MSD: Mental Sağlık Özet Değeri

BDE: Beck Depresyon Envanteri, ¶ Üç hasta bekar

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

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamasının  $56,8 \pm 11,12$  ve %46,9'unun 60 yaş ve üzeri olduğu, %55,4'ünün kadın, %80,8'inin evli, %56,2'sinin okuryazar/ilkokul mezunu, %72,3'ünün çalışmadığı ve % 60,8'inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların % 47,7'sinin 4-6 çocuğa sahip olduğu, %90,8'inin gelirinin giderden az (Tablo 1) ve tamamının sosyal güvencesinin olduğu saptandı.

Yaş ile FSD ve MSD ( $p < 0,001$ ) ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 1). Yaş arttıkça FSD ve MSD puan ortalamasının önemli düzeyde azaldığı, BDE puan ortalamasının arttığı ve 60 yaş ve üzeri grubun en düşük yaşam kalitesi, en yüksek depresyon puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada yaş arttıkça genel iyilik halinin önemli düzeyde azaldığı<sup>21</sup>, diğer bir çalışmada yaşam kalitesi ile yaş arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir.<sup>22</sup> Akciğer kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete düzeyinin ve performans durumunun kötüleşmesinin yaşla birlikte arttığı<sup>23</sup>, diğer bir çalışmada 70 yaş ve üzerindeki hastaların 40 yaş ve altı hastalara göre kanser semptomlarından daha fazla etkilendikleri ancak depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>24</sup> Mevcut çalışma sonucunda yaşlanma ile birlikte artabilen sorunların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyet ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1). Yapılan bazı çalışmalarda da cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında önemli bir fark bildirilmemiştir.<sup>22,25-27</sup> Tokgöz ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) kadınlarda majör depresyon yaygınlığının erkeklerden daha yüksek olduğu<sup>28</sup>, diğer çalışmalarda cinsiyet ile depresyon arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>29-32</sup> Mevcut çalışma sonucunda kanserin oluşturduğu olumsuz etkilerin her iki cinsiyette de benzer oranda yaşanmış olmasının yanı sıra, hastaların yaşanılanları

algılama durumlarının da benzer olabileceği düşünülmektedir.

Evli hastaların FSD ve MSD puan ortalamaları bekar/dul hastalara göre, BDE puan ortalamasının ise bekâr/dul hastalarda evli hastalara göre önemli düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ) (Tablo 1). Yapılan bazı çalışmalarda evlilerin daha iyi yaşam kalitesine<sup>26,33</sup>, bir çalışmada da evli hastaların bekar, dul/boşanmış olan hastalara göre daha düşük depresyon puanına sahip olduğu, ancak gruplar arasında farkın olmadığı bildirilmiştir<sup>32</sup>. Mevcut çalışma sonucuna göre hastalığın her aşamasında eşler ve çocuklar tarafından olumlu desteğin sağlanmış olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumu ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1). Kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile genel sağlık alanı dışındaki yaşam kalitesi alanları<sup>34</sup>, diğer çalışmalarda yaşam kalitesi<sup>26, 35</sup>, bir başka çalışmada ise yaşam doyumu arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>32</sup> Depresyon açısından baktığımızda bazı çalışma bulguları<sup>28,29,31,32,36</sup> mevcut çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyinin artması, yaşam zorlukları ile başa çıkmada, bilişsel yeterliliği olumlu yönde algılamada önemli bir etken olabilmektedir. Ancak mevcut çalışma sonucunda hastaların eğitim düzeyi ne olursa olsun benzer deneyimleri algılamış ve yaşamış ve baş etmede benzer yöntemler kullanmış olma ihtimalinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların çalışma durumu ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1). Kanserli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da çalışma ve sahip olunan meslek ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>27,32,35</sup> Yapılan bazı çalışmalarda da meslek ile depresyon arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>28,36,37</sup> Mevcut çalışma sonucunda çalışan hastaların yaptıkları işleri

hastalıklarından dolayı yapamama ya da işlerinden dolayı tedavi sürecine uyum sağlayamama gibi sorunları yaşamamış olabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların FSD ve MSD puan ortalamaları, geniş aile yapısına sahip olan hastalardan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek ( $p<0,001$ ,  $p<0,01$ ), BDE puan ortalamasının ise düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

Yapılan bir çalışmaya göre çekirdek aile yapısına sahip bireylerde yaşam kalitesinin önemli düzeyde yüksek diğer bir çalışmada da yaşam kalitesi puan ortalamasının önemli düzeyde olmasa da çekirdek aile yapısına sahip hastalarda parçalanmış/ geniş aile yapısına sahip hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>35,38</sup> Atay ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise aile tipi ile depresyon puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>39</sup> Mevcut çalışma sonucuna göre geniş aileye sahip hastalarda, gelirin daha fazla kişi tarafından paylaşılmasının, aile içindeki bireylerin gereksinimlerini karşılamada ve hayata dair hedefleri gerçekleştirmedeki zorlukların bireyleri depresyona yatkın kılması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile FSD ve MSD puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ), çocuğu olmayan ve üçten fazla çocuğa sahip olan hastaların, 1-3 çocuğa sahip olan hastalara göre BDE puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,01$ ) (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada bekarların genel sağlık; çocuğu olmayanların ise fiziksel işlev ve rol, genel sağlık, enerji, mental sağlık puanı önemli

düzeyde yüksek bulunmuştur.<sup>40</sup> Mevcut araştırmada bu sonuca ulaşılması, çocuğu olmayanlarda paylaşımın daha az olması, destek sisteminin yetersizliği, çocuk sayısı fazla olan ailede gelirin daha fazla kişi arasında paylaşılması, çocukların ve diğer aile fertlerinin ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olamama ve bunun sonucu olarak da ruhsal durumun olumsuz etkilenmesi ile açıklanabilir. Çocuk sahibi olan ailelerin çocuklarına karşı olan sorumlukları ve çocuklarını yetiştirmede yaşanan zorlukları yaşam kalitelerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Ancak çocuğun verdiği sevgi ve hayata dair doyum yaşam kalitelerini olumlu etkileyebilir. Bu nedenle ailelerin hayata bakışları ve çocuktan beklentileri gibi birçok farklı nedenler bu çalışma sonucunda etkili olabilir.

Geliri giderinden az olan hastaların FSD ve MSD puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olan hastalara göre önemli düzeyde düşük ( $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ), BDE puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Tablo 1). Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada düşük gelire sahip olmanın depresyonda yaygın bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.<sup>41</sup> Yapılan bir çalışmada ekonomik durumları iyi olan hastaların çevresel ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta ve kötü düzeyde olan hastalara göre, başka bir çalışmada ekonomik durumu iyi düzeyde olan hastaların sosyal yaşam ve aile durumu yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamasının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>26,27</sup> Mevcut çalışma sonucunda geliri giderinden az olduğunu belirten hastaların ekonomik durumu uzun süren tedavi sürecinin de etkisi ile daha da kötüleşmiş olabileceği düşünülmektedir.

**Tablo 2.** Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre KF-36 Özet Değerleri ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%	KF-36		
			FSD Ort ± SS	MSD Ort ± SS	BDE Ort ± SS
<b>Hastalık tanısı</b>					
Sindirim Sis. Kanseri	32	24,6	34,04±8,46	29,34±6,94	28,28±7,76
Solunum Sis. Kanseri	46	35,4	36,67±8,15	28,52±5,80	28,32±10,62
Üreme Sis. Kanseri	12	9,2	33,16±6,88	26,55±9,12	34,08±10,92
Diğer ¶	40	30,8	37,58±8,82	31,33±9,06	25,77±11,71
	KW ; p değeri		4,791;0,188	5,573; 0,134	5,76;0,128
<b>Hastalık süresi</b>					
3 ay- 12 ay	77	59,2	36,49±8,38	30,57±8,16	26,15±9,93
12 ay üzeri	53	40,8	35,25±8,45	27,72±6,35	30,83±10,81
	t ; p değeri		0,827;0,410	2,132; <b>0,035**</b>	-2,543; <b>0,012**</b>
<b>Kemoterapi süresi</b>					
6 ay ve altı	57	43,8	37,53±8,55	30,08±7,29	26,57±9,87
7 ay ve üzeri	73	56,2	37,77±8,13	28,88±7,80	29,23±10,91
	t ; p değeri		1,873; 0,063	0,900; 0,370	-1,443;0,051
<b>Ek hastalık</b>					
Var	44	33,8	33,47±8,26	26,89±7,21	31,31±11,14
Yok	86	66,2	37,27±8,22	30,70±7,47	26,40±9,81
	t ; p değeri		-2,487; <b>0,014**</b>	- 2.780; <b>0,006*</b>	2,455; <b>0,016**</b>
<b>Sigara içme durumu</b>					
Evet	6	4,6	39,69±9,28	31,68±9,61	28,16±15,30
Hayır	124	95,4	35,80±8,35	29,30±7,50	28,05±10,31
	MW-U; p değeri		276,000; 0,287	308,000; 0,478	365,000;0,938
<b>Aile üyelerinden destek alma durumu</b>					
Evet	90	69,2	35,84±8,42	28,88±7,16	28,58±10,58
Hayır	40	30,8	36,29±8,45	30,60±8,43	26,90±10,35
	t ; p değeri		-0,282;0,778	-1,120; 0,267	0,839; 0,403
<b>Metastaz olma durumu</b>					
Var	27	20,8	34,97±8,58	27,48±6,65	32,70±10,88
Yok	103	79,2	36,24±8,37	29,91±7,75	26,84±10,12
	MW-U; p değeri		1294,000;0,580	1125,000; 0,128	956,000; <b>0,013**</b>

\*p&lt;0,01; \*\*p&lt;0,05; ¶ Meme kanseri, yumuşak doku kanseri, hodgkin lenfoma, cilt kanseri

KF-36: Kısa Form-36,

FSD: Fiziksel Sağlık Özet Değeri,

MSD: Mental Sağlık Özet Değeri,

BDE: Beck Depresyon Envanteri

Ort ± SS: Aritmetik ortalama ± Standart sapma

Hastaların %35,4'ünün solunum sistemi kanseri, %59,2'sinin hastalık süresinin 3-12 ay olduğu, %56,2'sinin 7 ay ve üzeri bir süredir kemoterapi tedavisi aldığı, %66,2'sinin ek bir hastalığının olmadığı, %95,4'ünün sigara kullanmadığı, %69,2'sinin aile üyelerinden destek aldığı ve %79,2'sinde metastaz olmadığı saptandı (Tablo 2).

Bu çalışmada sistemlere göre kanserin yaşam kalitesi ve depresyona etkisine baktığımızda farklı sistemlerde kanserin olması ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 2). Bazı çalışmalarda da kanser türü ile yaşam kalitesi<sup>22,25,26</sup>, Kutlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında depresyon ile kanser türü arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir<sup>37</sup>. Bu çalışma sonucu kanserin hangi türde veya sistemde olmasının, kanser tanı ve tedavi süresince yaşanan durumları etkilemediği ile açıklanabilir.

Hastanın kansere karşı geliştirdiği duygusal ve davranışsal tepkilerde etkenlerden birisi de hastalık süresidir.<sup>42</sup> Bu çalışmada hastalık süresi 12 ay üzeri olan hastaların, FSD ve MSD puan ortalaması 3-12 ay olan hastalara göre düşük olup, sadece MSD puan ortalamasında önemli fark görüldüğü, BDE puan ortalamasının ise önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo2). Kızılcı'nın (1999) çalışmasında hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilediği, ilk altı aydan sonra hastaların yaşam kalitesi puanlarının düştüğü, 13. aydan sonra tekrar yükseldiği bildirmiştir.<sup>25</sup> Dehkordi ve arkadaşlarının (2009) kemoterapi alan kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada ise hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir<sup>43</sup>. Ateşçi ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da hastalık süresi uzadıkça depresyon ve anksiyete puanının arttığı bildirilmiştir.<sup>44</sup> Mevcut çalışma sonucunda hastaların bireysel özelliklerinin yanı sıra, tanı aşamasından itibaren yaşadıklarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kemoterapi süresi ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).Yapılan bir çalışmada da tedavi süresi ve sıklığı ile depresyon puan ortalaması ve yaşam doyumu arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>32</sup> Mevcut çalışma sonucunda bireysel özellikler ve kemoterapinin neden olduğu yan etkileri algılama düzeylerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada ek hastalığı olan hastaların FSD ve MSD puan ortalaması, olmayanlara göre önemli düzeyde düşük, BDE puan ortalaması ise yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ) (Tablo2). Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada da başka sağlık sorunu olanların yaşam kalitesinin önemli düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.<sup>21</sup> Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda ise kansere eşlik eden başka bir hastalık olma durumunun depresyon puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır.<sup>28,45</sup> Mevcut çalışma sonucunda hastaların sahip oldukları ek hastalık özelliğinin ve bu hastalığa uyum sağlama düzeylerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sigara içme durumu ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Yapılan bir çalışmada kanser tedavisi boyunca kanser belirti yükünün sigara içenlerde, içmeyenlere göre önemli düzeyde yüksek olduğu<sup>46</sup>, Kutlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında sigara kullanma durumu ile depresyon arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>37</sup> Mevcut çalışma sonucunda araştırma kapsamına alınan hastaların sadece %4.6'sının sigara kullanıyor olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada aile desteği alma durumu ile FSD, MSD ve BDE puan ortalaması arasında önemli düzeyde bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Kanserli hastalarda sosyal desteğin fiziksel, duygusal uyum ve iyilik hali ile yakın bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>47</sup> Yapılan bazı çalışmalarda da aile desteği/sosyal destek ile depresyon arasında önemli bir fark



bildirilmemiştir.<sup>28,36,45</sup> Mevcut çalışma sonucunda aile desteğinin kimden ve ne düzeyde alındığının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kanser metastaz olsun olmasın insan yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Bu çalışmada FSD ve MSD puan ortalaması metastazı olan hastalarda metastazı olmayanlara göre daha düşük bulunmakla birlikte önemli bir fark belirlenmemiş ( $p>0,05$ ), BDE puan ortalaması ise önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo2). Kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda metastaz durumu<sup>22,34</sup> ve kanserin evresi ile yaşam kalitesi arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>48,49</sup> Yapılan bir çalışmada da tümör sınıflaması ile anksiyete ve depresyon puan ortalaması arasında önemli düzeyde bir fark olduğu ve en yüksek puana ilerlemiş evrede tümörü olan hastaların sahip olduğu belirlenmiştir.<sup>36</sup> Kanser metastaz yapması hastalıkla ilişkili semptomları ve bunların kontrolünü daha da zorlaştıracığından yaşam kalitesi üzerinde önemli bir fark olmasa da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

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

Depresyon	Sayı	Yüzde	Ort±SS
Var (17 +)	108	83,1	31,23±8,49
Yok (17 ↓)	22	16,9	12,50±2,55
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>	<b>28,06±10,51</b>

Bu çalışmada BDE kesme noktasına göre hastaların %83,1'inde depresyon ve toplamında depresyon puan ortalamasının 28,06±10,51 olduğu saptandı (Tablo 3). Depresyon kanserli hastalarda daha fazla dikkate alınması gereken ruhsal bir bozukluk olup, çeşitli sorunlara yol açan nedenler arasında yer almaktadır.<sup>50</sup> Depresyon belirlenmiş olan grubun depresyon puan ortalamasının (31,23±8,49) ölçekten alınabilecek puanlar dikkate alındığında orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ülkemizde kanserli hastalarla BDE kullanılarak yapılan bir çalışmada<sup>37</sup> depresyon puan ortalamasının 12,4±9,9, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ise 7,6±4,8 (normal) olduğu bildirilmiştir.<sup>51</sup>

Yurtdışında Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada ise % 24,9'unda ortadan ciddiye doğru giden<sup>41</sup>, yapılandırılmış klinik görüşme formu ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların %28'inde depresyon belirlenmiştir.<sup>30</sup> Mevcut çalışma sonucunda sosyal, kültürel, ekonomik özelliklerinin yanı sıra bölgesel ve coğrafik koşullarında etkili olabileceği düşünülmektedir.

**Tablo 4.** Hastaların KF-36 Özet Değerlere Göre Puan Ortalamaları (n=130)

KF-36	Ort ± SS	En Düşük Değer	En Yüksek Değer	Alınabilecek Min- Max Değerler
		Değer	Değer	Değerler
FSD	35,98 ± 8,40	18,54	58,76	0-100
MSD	29,41 ± 7,58	17,39	52,04	0-100

KF-36: Kısa Form-36,

FSD: Fiziksel Sağlık Özet Değeri,

MSD: Mental Sağlık Özet Değeri,

BDE: Beck Depresyon Envanteri

Ort ± SS: Aritmetik ortalama ± Standart sapma

Mevcut çalışmada hastaların yaşam kalitesi FSD (35,98±8,40) ve MSD (29,41±7,58) puan ortalamalarının ölçekten alınabilecek değerler dikkate alındığında düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada<sup>51</sup> kanserli hastaların fiziksel (20,7±36,02) ve emosyonel rol güçlüğü (34,1±45,05) alt boyutu dışında yaşam kalitesi tüm alanlarında bu çalışma sonucuna göre daha yüksek yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5.** KF-36 Özet Değerleri ile BDE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (s=130)

KF-36	BDE	p
FSD	r: -0,592	<0,001
MSD	r: -0,585	<0,001

KF-36: Kısa Form-36,

FSD: Fiziksel Sağlık Özet Değeri,

MSD: Mental Sağlık Özet Değeri,

BDE: Beck Depresyon Envanteri

FSD ve MSD ile BDE puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizine göre incelendiğinde; FSD ve MSD ile BDE puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 5). Diğer bir ifade ile hastaların BDE puanı arttıkça fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi özet değer puan

ortalamasının azaldığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada depresyon olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması depresyonu olmayan hastalara göre önemli düzeyde düşük<sup>37</sup>, diğer bir çalışmada hastaların genel yaşam kalitesi ile tedavi boyunca karşılaştıkları fiziksel ve psikolojik semptomlar arasında zayıf ve negatif yönde

bir ilişki olduğu bildirilmiştir.<sup>26</sup> Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlendiği bir çalışmada da depresyon düzeyi yüksek olan hastalarda yaşam doyumunun düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>32</sup> Mevcut çalışma sonucu literatüre uyumlu olup depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçlarına göre kanser hastalarının büyük bir çoğunluğunda depresyon belirlenmiş olup, fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi özet değer puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu, depresyon puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi özet değer puan ortalamalarının önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır. Ayrıca hastalık süresinin bir yıldan fazla olması mental sağlık yaşam kalitesini ve depresyonu, yaşın artması, özellikle 60 yaş ve üzeri olma, bekar/dul olma, geniş ailede yaşama, gelirin giderinden az olması, ek hastalığı olma fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesini ve depresyonu; çocuğu olmama-üçten fazla çocuğa sahip olma ve

metastazı olma ise sadece depresyonu olumsuz yönde etkileyen faktörler olarak belirlendi. Bu nedenle sağlık bakım profesyonellerinden olan hemşirelerin hastaları izlerken tıbbi tedavi planlamalarının yanı sıra bu risk faktörlerini taşıyan hastaları öncelikli olarak ele almaları önerilmektedir. Ayrıca kanser hastalarını bütüncül yaklaşımla değerlendirmeleri, depresyon belirtileri yönünden izlemeleri ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen risk faktörlerinin erken tanınması, ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesine yönelik girişimleri uygulamaları önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Karadeniz G, Dedeli Ö, Gökdere, H, Aslan GG, İstek E, Ayaz TA ve Tosun B. (2008). "Onkoloji Hemşireliği". (Karadeniz G, Ed.). İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar. (s:139-171). Manisa: Göktuğ Yayıncılık.
2. World Health Organization (2013). Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020. Geneva, Switzerland.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). "Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları". Ankara. Yayın No: 809.
4. World Health Organization. Media Center. Cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> (erişim tarihi: 19/07.2016).
5. Reis N. (2006). "Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü". Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (3): 88-97.
6. Elbi H. (2001). "Kanser ve Depresyon". Psikiyatri Dünyası, 5: 5-10.
7. Heydarnejad MS, Hassanpour Dehkordi A ve Solati Dehkordi K. (2011). "Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy". African Health Sciences, 11 (2): 266-270.
8. Naughton MJ, Weaver KE. (2014). "Physical and Mental Health Among Cancer Survivors: Considerations for Long-Term Care and Quality of Life". North Carolina Medical Journal, 75(4): 283-6.
9. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J ve Tu W. (2010). "The Association of Depression and Anxiety with Health-Related Quality of Life in Cancer Patients with Depression and/or Pain". Psychooncology, 19 (7): 734-41.
10. Pinquart M ve Duberstein PR. (2010). "Depression and Cancer Mortality: A Meta-Analysis". Psychological Medicine, 40(11): 1797-1810.
11. Kostak M.A. (2007). "Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu". Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 105-115.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J. and Erbaugh J. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
13. Hisli N. (1988). "Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma". Psikoloji Dergisi, 6(22): 118-126.
14. Savaşır I ve Şahin NH. (1997). "Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme": Sık kullanılan Ölçekler (ss:29-32). Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara.
15. Ware JE ve Sherbourne CD. (1992). "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection". Medical Care, 30 (6): 473-8.
16. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve Memiş A. (1999). "Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği". İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 102-6.
17. Aydemir Ö. (1999). "Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36)". İlaç ve Tedavi Dergisi, 14-22.
18. Ware JE, Kosinski M ve Keller SD. (1994). "SF-36 Physical And Mental Health Summary Scales: A User's Manual". Boston, MA: The Health Institute. Health Assessment Lab, New England Medical Center.
19. Ware JE. (2000). "SF-36 Health Survey Update". Spine, 25(24): 3130-3139.
20. Demiral Y. (2001). "Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması". Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
21. Pınar G, Algier L, Çolak M ve Ayhan A. (2008). "Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi". Uluslararası Hemotoloji Onkoloji Dergisi, 3 (18): 141-149.
22. Pınar R, Salepci T ve Aşar F. (2003). "Assessment of Quality Of Life in Turkish Patients With Cancer". Turkish Journal of Cancer, 33(2): 96-101.
23. Güren E, Tekgül, S, Bilaçeroğlu S, Arslan S, Çimen P, Taşdoğan N ve Özden EP. (2005). "Akciğer Kanserli Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerindeki Değişimler". İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 19 (3): 83-91.
24. Yan H ve Sellick K. (2004). "Quality of Life of Chinese Patients Newly Diagnosed with Gastrointestinal Cancer: A Longitudinal Study". International Journal of Nursing Studies, 41(3): 309-319.
25. Kızılcı S. (1999). "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 18-26.
26. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T ve Ünlü D. (2005). "Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21(1): 13-31.
27. Selvi Öz Z. (2006). "Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi". Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
28. Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K ve Aker T. (2008). "Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler". Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9: 59-66.
29. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z ve Omidvari S. (2007). "Anxiety And Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer: Does Knowledge of Cancer Diagnosis Matter?." BMC Gastroenterolog, 7 (28): 1-6.
30. Ciamerella A ve Poli P. (2001). "Assessment of Depression Among Cancer Patients: The Role of Pain, Cancer Type and Treatment". Psycho-Oncology, 10(2): 156-165.
31. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B, Özet A ve Sağlam K. (2012). "Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi". Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 16(2):55-60.
32. Arslan S, Çelebioğlu A ve Tezel A. (2008). "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi". Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 28: 628-634.
33. Ertem G, Kalkım A, Bulut S ve Sevil Ü. (2009). "Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (2): 4-12.
34. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ST ve Altıparmak O. (2011). "Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi" Ege Tıp Dergisi, 50(2): 95-102.
35. Savcı AB. (2006). "Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler". Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
36. Özkan S, Ögce F ve Koca AK. (2007). "Meme ve Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastaların Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi Durumlarının Belirlenmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 23(2): 69-80.
37. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC ve Demir A. (2011). "Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler". Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 27 (3): 149-153.
38. Ardahan M ve Temel AB. (2006). "Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22 (2): 1-14.
39. Atay İM, Kaya V, Yalçın AY ve Ünal GÖ. (2015). "Meme Kanserli Olgularında Aile İşlevleri ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi". Journal of Clinical and Analytical Medicine, 6 (5): 612-615.
40. Güngörmüş Z ve Erdem ÖB. (2014). "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit". Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (1): 24-30.
41. Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S ve Yun YH. (2008). "Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association With Quality of Life". Journal of Pain and Symptom Management, 35 (6): 644-655.
42. Özkan S ve Alçalar N. (2009). "Meme Kanseri Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler". Meme Sağlığı Dergisi, 5 (2): 60-64.

43. Dehkordi A, Heydarnejad MS ve Fatehi D. (2009). "Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy". *Oman Medical Journal*, 24(3): 204-207.
44. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O ve Karagöz N. (2003). "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2): 145-152.
45. Sütçü GG. (2010). "Tanı-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelenmesi". Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
46. Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Dozier AM, Ossip DJ, Janelins MC, Sprod LK ve McIntosh S. (2011). "The Effect of Cigarette Smoking on Cancer Treatment-Related Side Effects". *Oncologist*, 16(12):1784-92.
47. Yıldırım Usta Y. (2012). "Importance of Social Support in Cancer Patients". *Asian Pacific Organization for Cancer Prevention*, 13: 3569-3572.
48. Göktalay T, Akın M ve Aydemir Ö. (2002). "Akciğer Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi". *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 13: 265-270.
49. Reis N, Coşkun A ve Beji NK. (2006). "Jinekolojik Kanselerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2): 25-35.
50. Massie MJ. (2004). "Prevalence of Depression in Patients with Cancer". *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32: 57-71.
51. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğa N, Algier L, Bulu I ve Özyılkan Ö. (2008). "Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri". *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2 (18): 99-106.