



T. C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA İNTİHAR
DÜŞÜNCEİ VE PSİKİYATRİK YARDIM ARAMA DAVRANIŞI**

SEMA ŞAHİN ERDEM

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

2024-SAKARYA

T. C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA İNTİHAR
DÜŞÜNCESİ VE PSİKIYATRİK YARDIM ARAMA DAVRANIŞI**

SEMA ŞAHİN ERDEM

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

2024-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Sema ŞAHİN ERDEM

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Kolorektal Kanserli Hastalarda İntihar Düşüncesi Ve Psikiyatrik Yardım Arama Davranışı

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez . . / . . /202. . tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.” . . / . . /202. .

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T. C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan tarihinde onay alarak (onay no: E.....) hazırlanmıştır.

Tarih:

.../.../.....

Sema ŞAHİN

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım klinik şefimiz sayın hocam Prof. Dr. Atila EROL'a, eğitim sürecinde hem mesleki hem insani yönden bana çok şey katan ve tezimin son halini almasında yardımcı olan sayın hocam Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ'ye, hem eğitimimize hem akademik hayatımıza hem de her birimizin özel hayatında yanımızda olan sayın hocam Prof. Dr. Esra YAZICI'ya, hem alanında hem terapi eğitimlerimizde her an bizimle olan sayın hocam Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI'ya,

Asistanlık sürecimin ve tezimin her aşamasında bana yardımcı olan Uzm. Dr. Mehmet Akif SUDA'ya,

Asistanlığımın ve Sakarya maceramın en önemli parçalarından olan, ne zaman başım sıkışsa ilk aklıma gelen canım arkadaşlarım Zekiye ve Onur DAVUTOĞLU'na,

Her biri benim için çok değerli olan asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin uzmanlarına, kliniğimizin kıymetli hemşirelerine ve tüm personeline,

Tüm hayatım boyunca arkamda, yanımda desteklerini esirgemeyen canım ailem, annem Selma ŞAHİN, babam Mithat ŞAHİN'e, canımdan öte can olan kıymetlilerim Abdullah, Mehmet Alp ve Yasemin'e,

Geç saatlere kadar çalışırken beni yalnız bırakmayan, moralimi yüksek tutan ve bana her zaman güvenen sevgili eşim Baran ERDEM'e teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Sema ŞAHİN ERDEM

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi	2
2.1.1. Kanser	3
2.1.2. Psikiyatrik	4
2.1.3. Kanser ve psikiyatrik hastalıklar.....	5
2.1.3.1. Major depresif bozukluk	6
2.1.3.2. Anksiyete bozuklukları	7
2.1.3.3. Uyum bozukluğu.....	8
2.1.3.4. Diğer psikiyatrik hastalıklar	9
2.2. İntihar	10
2.2.1. İntiharın etiyolojisi	11
2.2.2. İntiharın epidemiyolojisi	12
2.2.3. Kanser ve intihar	12
2.3. Psikiyatrik Yardım Arama Davranışı.....	14
2.3.1. Kanserli hastalarda psikiyatrik yardım arama davranışı	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	17
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	17
3.3. Veri Toplama Araçları	17
3.3.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu (Ek-2).....	18
3.3.2. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) (Ek-3)	18

3.3.3.	Hamilton anksiyete değ�erlendirme �l�eği (HAM-A) (Ek-4).....	18
3.3.4.	Columbia intihar şiddetini derecelendirme �l�eği (C-İşD�) (Ek-5).....	19
3.3.5.	Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum �l�eği-kısa form (PYAİTÖ-KF) (Ek-6)	19
3.3.6.	Uykusuzluk şiddeti indeksi (Uşİ) (Ek-7).....	19
3.4.	Araştırmanın Dahil Edilme-Hariç Tutma Kriterleri.....	20
3.4.1.	Dahil edilme kriterleri	20
3.4.2.	Hariç tutma kriterleri.....	20
3.5.	İstatistiksel Analiz	20
3.6.	Çalışmanın Sınırlılıkları	21
4.	BULGULAR.....	22
4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik �zellikleri	22
4.2.	Katılımcıların Klinik �zellikleri	23
4.3.	Katılımcıların Onkoloji İlişkili Klinik Verileri	25
4.4.	Katılımcıların �l�ek Puanları	27
4.5.	İntihar Riskinin Diğer Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	28
4.6.	Psikiyatrik Yardım Arama Davranışının Diğer Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	32
5.	TARTIşMA ve SONUÇ	36
6.	KAYNAKLAR	46
7.	EKLER.....	57
	EK-1: Etik Kurul Kararı	57
	EK-2: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	58
	EK-3: Hamilton Depresyon Derecelendirme �l�eği (HAM-D)	60
	EK-4: Hamilton Anksiyete Değerlendirme �l�eği (HAM-A)	62
	EK-5: Columbia İntihar şiddetini Derecelendirme �l�eği (C-İşD�)	64
	EK-6: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum �l�eği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF)	67
	EK-7: Uykusuzluk şiddeti İndeksi (Uşİ).....	68
8.	�ZGE�Mİş	69

KISALTMA VE SİMGELER

CİŞD-Ö: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

KLP: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi

PYAİTÖ: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Ölçeği

UŞİ: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	22
Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri.....	23
Tablo 4.3. Katılımcıların onkoloji ilişkili klinik verileri.....	25
Tablo 4.4. Katılımcıların onkolojik süreçte sosyal destek ve işlevsellikle ilişkili özellikleri.....	26
Tablo 4.5. Katılımcıların Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)'ne Göre İntihar Riski Verileri	27
Tablo 4.6. Katılımcıların depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve psikiyatrik yardım alma ölçekleri puanları.....	27
Tablo 4.7. Sosyodemografik verilere göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması ..	28
Tablo 4.8. Klinik verilere göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması	29
Tablo 4.9. Onkolojik verilere göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması	30
Tablo 4.10. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum, depresyon, anksiyete ve uyku ölçeklerine göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması	31
Tablo 4.11. İntihar riski ile işlevsellik ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması	31
Tablo 4.12. Sosyodemografik veriler ile psikiyatrik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 4.13. Klinik veriler ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.14. Onkolojik verilere göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	34

Tablo 4.15. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanları ile depresyon, anksiyete ve uyku ölçeklerinin puanlarının ilişkisi..... 35

Tablo 4.16. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının işlevsellik ile ilişkili özelliklerin karşılaştırılması..... 35



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Kolorektal kanser hastalarının demografik ve hastalık özellikleri, psikiyatrik semptomlar, sosyal destek düzeyi, yaşam kalitesi gibi değişkenlerin intihar riski ve psikiyatrik yardım arama davranışı üzerindeki etkileri incelenecektir. Çalışmanın bulguları, kanserli hastalarda intihar riskini ve psikiyatrik yardım arama davranışını daha iyi anlamamıza katkı sağlayacak ve bu hastalar için daha etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırmamıza 2023 Eylül ile 2024 Nisan ayı arasında onkoloji kliniğinde tedavi görmekte olan 97 kolorektal kanserli hasta dahil edildi.

BULGULAR: Hastaların yaşının artmasının; ailede ruhsal hastalığın, kanserden önce psikiyatrik tanının ve kanserden sonra psikiyatrik şikâyetin varlığının intihar riskini artırdığı tespit edildi. Nükseden hastalığın, ameliyat ve yatış sayısının artmasının; hastalığın oluşturduğu işlevsellikte azalmanın intihar riskini artırdığı; depresyon, anksiyete ve uykusuzluk ölçeği puanlarındaki artışın intihar riskini artırdığı bulundu. Evdeki kişi sayısında artma ve kırsal bölgede yaşama psikiyatrik yardım alma tutumunu azaltabileceği bulundu. Anksiyete semptomlarının olmasının psikiyatrik yardım alma tutumunu artırdığı bulundu. İntihar riski ile psikiyatrik yardım arama davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamadı.

SONUÇ: Kanser hastalarında intihar riski, çok boyutlu bir sorun olup, bu riski azaltmak için multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Hem sağlık çalışanları hem de toplum olarak, kanser hastalarının psikolojik ihtiyaçlarına duyarlı olmalı ve onlara gerekli destek sağlanmalıdır. Bu sayede, kanser hastalarının yaşam kaliteleri artırılabilir ve intihar riski azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, intihar, yardım arama davranışı, psikiyatri

ABSTRACT

Suicidal ideation and psychiatric help-seeking behavior in colorectal cancer patients

AIM: The aim of this study is to determine the demographic, clinical, and psychiatric factors that affect the suicide risk and psychiatric help-seeking behavior in colorectal cancer patients. The findings of the study will contribute to a better understanding of suicide risk and psychiatric help-seeking behavior in patients with cancer and are intended to help develop more effective intervention strategies for these patients.

MATERIALS AND METHODS: Our study looked at 97 people with colorectal cancer who were getting treatment at a cancer hospital between September 2023 and April 2024.

RESULTS: Increasing age of the patients; the presence of mental illness in the family, psychiatric diagnosis before cancer and psychiatric complaints after cancer were found to increase the risk of suicide. Increased number of relapses, surgeries and hospitalizations, decreased functionality caused by the disease were found to increase the risk of suicide, and increased depression, anxiety and insomnia scale scores were found to increase the risk of suicide. Increasing the number of people at home and living in rural areas were found to decrease the attitude of seeking psychiatric help. Having anxiety symptoms was found to increase the attitude of seeking psychiatric help. No significant difference was found between suicide risk and psychiatric help seeking behavior.

CONCLUSION: Suicide risk in cancer patients is a multidimensional problem and a multidisciplinary approach should be adopted to reduce this risk. Both healthcare professionals and society should be sensitive to the psychological needs of cancer patients and provide them with the necessary support. In this way, the quality of life of cancer patients can be improved and the risk of suicide can be reduced.

Keywords: Cancer, suicide, help seeking behaviour, psychiatry

1. GİRİŞ

Kanser, günümüzde sıklıkla karşılaşılan önemli bir sağlık sorunudur. Bu hastalık sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik olarak da önemli bir yük oluşturmaktadır. Kanser tanısı alan bireyler, hastalıkla başa çıkma sürecinde kaygı, depresyon ve umutsuzluk gibi duygusal zorluklarla karşılaşabilirler. Bu duygusal zorluklar, intihar düşünceleri ve davranışlarına yol açabilecek ciddi sonuçlar doğurabilir.

Kanser hastaları arasında intihar riski ile psikiyatrik yardım arama davranışı arasındaki ilişki, özellikle bu popülasyondaki ruh sağlığı sorunlarının yüksek prevalansı göz önüne alındığında, kritik bir çalışma alanıdır. Kanser hastaları genellikle intihar riskinin artmasına neden olabilecek önemli psikolojik sıkıntılar yaşarlar. Çalışmalar, intihar riskinin tanıdan kısa bir süre sonra önemli ölçüde arttığını göstermektedir ve bazı araştırmalar, kanser teşhisini takip eden ilk hafta boyunca göreceli riskin arttığını göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, kolorektal kanser hastalarında intihar riskini etkileyen faktörleri ve psikiyatrik yardım arama davranışını etkileyen faktörleri belirlemek ve bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemektir. Literatür taramaları, kanser hastalarında intihar riskinin önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve bu riski artıran birçok faktörün olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, psikiyatrik yardım arama davranışının da kanser hastalarının yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkileyebileceği bilinmektedir.

Bu çalışmada, kolorektal kanser hastalarının demografik özellikleri, hastalık özellikleri, psikiyatrik semptomlar, sosyal destek düzeyi, yaşam kalitesi gibi değişkenlerin intihar riski ve psikiyatrik yardım arama davranışı üzerindeki etkileri incelenecektir. Çalışmanın bulguları, kanserli hastalarda intihar riskini ve psikiyatrik yardım arama davranışını daha iyi anlamamıza katkı sağlayacak ve bu hastalar için daha etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Kanser, önde gelen ölüm nedenlerinden biri ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (Siegel ve ark., 2022). Aynı zamanda psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayabilen önemli stresör faktörlerindendir. Kanser hastalarında intihar riski toplumun geneline göre yaklaşık 4 kat yüksektir (Gascon ve ark., 2021). Bu nedenlerle kanser konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin en önemli ilgi alanlarından birini oluşturmaktadır.

2.1. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP), “genel bir hastanenin psikiyatri dışı bölümlerindeki, psikiyatristlerin ve yardımcı ruh sağlığı profesyonellerinin klinik, öğretim ve araştırma faaliyetlerini içeren klinik psikiyatrinin bir alt uzmanlık alanı” olarak tanımlanmıştır (Lipowski, 1991). KLP ile birbirinin yerine kullanılan başka bir terim olan psikosomatik tıp, KLP'den daha farklı tanımlara sahiptir (Grover ve Naskar, 2023). Psikosomatik tıp geleneksel olarak çeşitli hastalıkların gelişiminde biyolojik ve psikososyal faktörler arasındaki etkileşimi incelerken; KLP, tıbbi komorbiditeleri olan hastalarda duygusal ve davranışsal bozuklukları teşhis etmek ve yönetmek için klinik beceri ve bilginin kolektif kullanımını gerektiren pratik bir alan olarak anlaşılmaktadır (Çamsarı ve Babalıoğlu, 2016).

1800'lü yıllarda psikiyatri hastaları büyük ölçüde akıl hastanelerinde izole edilirken, tıp giderek uzmanlaşmış, teknolojik ve biyomedikal bir yönelim kazanmış ve 1900'lü yılların başında psikiyatrik tedavi akıl hastanesi ortamından genel hastane ortamına taşınmaya başlanmıştır (Lipowski, 1986). İlk genel hastane psikiyatri birimi 1902 yılında Albany Hastanesi'nde, psikiyatristleri eğitim amacıyla psikiyatrist olmayanlarla bir araya getirmek ve psikiyatrik tedavi sağlamak amacıyla kurulmuştur. “Konsültasyon psikiyatrisini” tartışan ilk yayınlanmış makale 1929 yılında Henry tarafından yazılmıştır (Henry, 1929). Tarihteki ilk resmi KLP birimi ise 1934 yılında Colorado General Hospital'da Dr. Edward Billings tarafından “Psikiyatrik Konsültasyon Bölümü” adıyla kurulmuştur. Yıllar geçtikçe, KLP'nin

kabul edilen başlıca işlevleri hasta bakımı, öğretim, süpervizyon, kriz çözme (kişilerarası sorunlar) ve araştırmadır (Grover ve Naskar, 2023).

2.1.1. Kanser

Kanser, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre; hücresel düzeyde meydana gelen genetik mutasyonlar sonucu kontrolsüz hücre bölünmesi, invaziv büyüme ve uzak organlara yayılma (metastaz) özelliklerine sahip, etiyojisi karmaşık ve multifaktöriyel olan bir hastalıktır. Kanser, günümüzde küresel sağlık sorunları arasında en önemlilerinden biri olup, 2020 yılında yaklaşık 10 milyon insanın ölümüne neden olarak, dünya genelinde mortalite oranlarında önemli bir artışa yol açmıştır. Epidemik veriler, meme, akciğer, kolorektal ve prostat kanserlerinin en sık görülen kanser türleri olduğunu göstermektedir (World Health Organization 2022). DSÖ ayrıca, 2030 yılına kadar yeni kanser vakalarının sayısında yüksek gelirli ülkelerde %40, düşük gelirli ülkelerde %80'den fazla artış beklendiğini ve düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl yaklaşık 10 milyon yeni kanser vakasının teşhis edilebileceğini tahmin etmektedir (L. Grassi, 2020).

Kolorektal kanser dünya çapında en sık görülen üçüncü kanser türüdür. 2022 yılında yaklaşık 1,9 milyon hastaya bu teşhis konulmuştur. Ölüm sıralamasında ise kolorektal kanser, kanser ölümlerinin ikinci en sık nedenidir ve yılda 900,000'den fazla ölüme yol açtığı bilinmektedir (<https://www.iarc.who.int/cancer-type/colorectal-cancer/>, Erişim tarihi: 01.03.2022).

Kanserli hastaların ihtiyaçlarının hastalık ve tedavisi ile ilgili sadece fiziksel yönleri ile değil, aynı zamanda çok psikososyal etkilerinin de bulunduğu ve sonuçların hem hastalar hem de aile üyeleri için hastalık süreci boyunca sürekli olarak izlenmesi gerektiği oldukça açıktır. Psikososyal bakım ile ilgili olarak, hastaların en az %30'u psikososyal sıkıntı ve ruhsal bozukluklar bildirmektedir ve hatta daha yüksek bir yüzdesi kanser tedavisi sırasında bir noktada kanserin bir sonucu olarak tanınmayan psikososyal ihtiyaçları veya tedavi edilmemiş psikiyatrik bozuklukları bildirmektedir (Mitchell ve ark., 2011). Psikiyatrik morbidite, yaşam kalitesinde azalma, sosyal ilişkilerde bozulma, daha uzun tedavi süresi, tedaviye uyumsuzluk ve anormal hastalık davranışı ve muhtemelen daha kısa sağkalım ile ilişkili

olduğundan, psikiyatrik bozuklukların hastalar ve aileler üzerindeki etkisi onkolojide büyük önem taşımaktadır (Luigi Grassi ve Riba, 2012).

2.1.2. Psikoonkoloji

Kanser yaşamı değiştiren bir hastalıktır. Hayatı tehdit eden hastalıklardan muzdarip olan kişiler, en azından bir süreliğine normal yaşamlarından uzaklaşırlar. Psikoonkoloji, bu yeni değişen gerçeklikle yaşamayı öğrenmeye yardımcı olur. Onkoloji içinde multidisipliner bir disiplin olarak gelişen psikoonkoloji, 1970'lerin ortalarından itibaren önem kazanmaktadır. Araştırmaları, kanserin gelişimi, ilerlemesi ve işlenmesinde psikososyal faktörlerin rolüne odaklanmaktadır (Doris Seitschek ve ark., 2023).

Psikoonkoloji, hastaların ve ailelerinin kansere verdiği psikolojik tepkiler de dahil olmak üzere kanser bakımının ruhsal boyutlarını ele alır. Kanser ve tedavisinin beyin üzerindeki biyolojik etkilerinin yanı sıra kanserin psikolojik, davranışsal ve sosyal etkilerini inceler. Bu alan tanı ve aktif tedavi esnasında anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik semptomların kontrolü, kanserden kurtulanlarda psikolojik sekellerin yönetimi ve palyatif dönemdeki psikolojik sorunların kontrolü dahil olmak üzere kanser bakımının tüm aşamalarında hastaların psikolojik, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarına yanıt olarak geliştirilmiştir (Currier, 2014; Holland, 2002).

Alandan ortaya çıkan önemli bulgular arasında kanser ve kanser hastalığının ilerlemesi ile ilişkili psikiyatrik ve davranışsal risk faktörlerinin belirlenmesi, kanser hastalarının yaşam kalitesini artıran veya sağkalımı uzatan psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi ve proinflatuar sitokinlerin depresyon patogeneziindeki rolünün aydınlatılması yer almaktadır. Psikoonkoloji çalışmalarından ortaya çıkan diğer klinik gelişmeler arasında kanserin yaygın ve engelleyici etkilerini ve kansere bağlı yorgunluk ve bilişsel bozukluk gibi durumları yönetmek için tedavi stratejilerinin geliştirilmesi yer almaktadır (Currier, 2014).

Onkologlar, cerrahlar, anestezi uzmanları, radyasyon onkologları, psikiyatristler ve diğer ruh sağlığı çalışanlarından oluşan dernekler arasındaki iş birliği, son yıllarda dünyanın birçok farklı noktasında ve çeşitli ülkelerin ulusal kanser planları dahilinde

kanserde psikososyal bakım kılavuzlarının oluşturulmasını ve uygulanmasını sağlamıştır (Andersen ve ark., 2014; Butow ve ark., 2015; Wagner ve ark., 2013).

2.1.3. Kanser ve psikiyatrik hastalıklar

Her hastanın kanser hastalığına karşı verdiği tepki farklı olabilmektedir. Üzüntü, korku, umutsuzluk, öfke gibi çok çeşitli psikolojik tepkiler ortaya çıkabilir. Hastaların yaklaşık %50'si önemli psikolojik sıkıntı göstermektedir (D. Seitschek ve ark., 2023). Ruh sağlığı tanılarının yaygınlığı, mutlaka kanserin şiddeti veya seyri ile ilişkili değildir (Schulz-Kindermann, 2013). En sık konulan tanılar arasında depresif bozukluklar, uyum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve yer almaktadır (Watzke ve ark., 2008).

Kişiyi kanser tanısı konulması sonrasında ortaya çıkan farklı tepkileri Elisabeth Kübler Ross 5 aşamada tanımlamıştır (E. Kübler-Ross ve ark., 1972):

- **İnkâr:** Teşhisin bir şekilde yanlış olduğuna inanıp, başka bir gerçekliğe tutunarak içinde bulunduğu durumu reddetme şeklinde geçici bir savunma tepkisini temsil eder. Kanser gibi ciddi bir hastalık tanısı alan bireylerde sıklıkla gözlenen inkâr, psikolojik bir savunma mekanizması olarak, bireyin duygusal çöküşü önler ve durumu kabullenebilmesi için zaman kazandırır. Bu mekanizma, bireyin psikolojik bütünlüğünü korumasına ve tedavi sürecine daha aktif bir şekilde katılmasına yardımcı olabilir. Hastaların önemli bir kısmı sadece hastalığın başlangıcında değil, sonraki dönemlerde de ara ara inkâr mekanizmasına başvurur.
- **Öfke:** Hasta inkâr etmeyi bırakıp ciddi bir hastalığın varlığına inandıktan sonra bir öfke dönemine girerler. Hastalığın niçin kendine geldiğini sorgulamaya başlarlar. Kanser tanısı, bireyin yaşam anlamı ve değerleri hakkında derin sorgulamalara yol açabilir. Bu süreçte ortaya çıkan öfke ve kızgınlık duyguları hem kendine yönelik suçlamalara hem de çevreye ve hatta daha büyük bir güce karşı isyan etme eğilimine neden olabilir. Bu duyguların bastırılması, depresyon ve çaresizlik gibi duygusal zorlukları beraberinde getirebilir.

- **Pazarlık:** Hastanın tedaviye uyum sağlamaya başladığı ve çaba gösterdiği dönemdir. Bu aşamada bireyler, bir şekilde tedavi ya da yaşamlarının uzatılması için pazarlık yaparlar. Çoğu zaman bireyler, iyileşme, tedavi veya daha uzun bir yaşam için belirli vaatler vererek tıp uzmanlarıyla veya çoğunlukla yaratıcı ile pazarlık ve anlaşma yapmaya çalışırlar. Bu süreçte hasta, hastalık hakkında kapsamlı bilgi edinerek hastalıkla ilgili bilinç düzeyini artırır, tedavi sürecindeki olumlu gelişmeleri yakından takip eder, benzer durumdaki hastaların deneyimlerini referans alarak motivasyonunu yükseltir, tedavi planına aktif olarak katılır ve sağlık ekibiyle işbirliği içinde çalışır.
- **Depresyon:** Bu aşama, koşulların gerçekçi bir şekilde kabul edilmesini ve ölümün kesinliğini, kabul sürecinin başlangıcını ya da hayatta kalanlar için yeni yaşam koşullarına uyum sağlamaya yönelik bir adımı temsil eder. Kemoterapi ve radyoterapi gibi hastaya uygulanan agresif tedavi yöntemleri de depresyon gelişmesinde rol oynayabilmektedir. Bireyler depresyonla ilişkili tipik davranışları sergileyebilir, ancak ruminasyonları hastalık, ölüm ve kaçırılan fırsatlara odaklanır.
- **Kabullenme:** Bu dönemi Kübler-Ross duygusal boşluk dönemi olarak tanımlamıştır. Bu aşamadaki hastaların önceki aşamalarındaki öfke ve çaresizlikten vazgeçtiği, teslimiyet, barış ve kabullenme duygusuyla karakterize edildiği bir dönemdir. Esasında bireyler bu aşamada ölmeye hazır hale gelirler ve daha önce gösterdikleri direnç olmadan bu kadarı kabul ederler (Elisabeth Kübler-Ross, 2010).

Onkolojik ve hematolojik hastalarda yapılan 70 ülkede 10 071 bireyin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında; DSM veya ICD kriterlerine göre depresyon yaygınlığı %16,3, uyum bozukluğu yaygınlığı %19,4, anksiyete %10,3 ve distimi %2,7 olarak bulunmuştur (Mitchell ve ark., 2011).

2.1.3.1. Major depresif bozukluk

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı (DSM-5) uyarınca; bir bireyin sürekli olarak çökkün veya depresif bir ruh hali, anhedoni veya zevkli faaliyetlere olan ilgisinin azalmasıyla birlikte; suçluluk veya değersizlik düşünceleri,

enerjide azalma, konsantrasyonda azalma, iştahta değişiklik, psikomotor gerilik veya ajitasyon, uyku bozuklukları ve intihar dūřünceleri gibi semptomlardan en az 5 tanesine sahip olmasıyla giden psikiyatrik bir hastalıktır (American Psychiatric Association ve Association, 2013). Majör depresif bozukluk, 2008 yılı DSÖ verilerine göre dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olarak belirlenmiş olup, gelecek yıllarda bu durumun daha da kötüleşerek 2030 yılında en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmesi beklenmektedir (Malhi ve Mann, 2018).

Depresyon, kanser hastalarında en çok çalışılan psikiyatrik bozukluk olmuştur. Depresyon ve kanser arasındaki çift yönlü ilişki, onlarca yıldır araştırmacıların ve klinisyenlerin ilgisini çekmektedir. Majör depresyon ve kanser arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların bir incelemesi, kronik majör depresyonun kanser hastalarında; kanserin kendisi, hastalığın ilerlemesi, kısalımış sağkalım süresi ve erken ölüm için bağımsız bir risk faktörü olduğunu bulmuştur (Currier ve Nemeroff, 2014).

Depresyon, kanser vakalarında hastaların %10'unu etkileyen yaygın bir komorbiditedir. Kanser teşhisi yaşamı değiştirir ve önemli bir psikolojik ve duygusal stres kaynağıdır. Patolojik olmayan üzüntü, kanser tanısına normal bir yanıt olabilir, ancak hastaların başa çıkma mekanizmalarının ötesindeki stres majör depresif bozukluğa neden olabilir (Smith, 2015). Ayrıca tersi yönde bakıldığında depresyon kronik olarak hipotalamo-pituiter-adrenal ekseninin işlevini bozar ve kortizol ve adrenal bozuklukların yanı sıra immün fonksiyonlarda bozulmaya ve sitokin üretiminde artışa neden olur. Bu süreçler aracılığıyla, depresyon kanserin seyrinin olumsuz yönde etkilenmesiyle ilişkilidir (Aldea ve ark., 2014; Bortolato ve ark., 2017).

2.1.3.2. Anksiyete bozuklukları

Anksiyete bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir ve genellikle erken yetişkinlik döneminden önce veya erken yetişkinlik döneminde başlar. Yaşamın ilerleyen dönemlerindeki anksiyete bozukluklarının incelenmesi ise, yaşlı yetişkinleri etkileyen en önemli ruh sağlığı sorunlarından bazılarını temsil eden nispeten yeni bir alandır. Yapılan alışmalar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlı yetişkinler için 1 yıllık yaygınlığın %11,6'ya ve yaşam boyu yaygınlığın %15,1'e

kadar çıktığını göstermektedir. Diğer ülkelerdeki yaygınlığı %4,4 ile %14,2 arasında değişmektedir (Ramos ve Stanley, 2020). Temel özellikler arasında aşırı korku, endişe ve zarar verici olarak algılanan tehditlerden kaçınma yer alır. Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında genetik faktörler, çevresel etkiler ve bu faktörlerin gen ekspresyonu üzerindeki etkileşimi (epigenetik) önemli bir rol oynar. Bu bozukluklar, sıklıkla depresyon ve çeşitli bedensel şikayetlerle birlikte görülür (Penninx ve ark., 2021).

Tıbbi hastalıkları olan hastalarda anksiyete bozukluklarının yaygınlık oranlarının genel popülasyondan daha yüksek olduğu bulunmuştur; epilepsi hastalarında %29, multipl skleroz hastalarında %48,9, Parkinson hastalarında %30,1, kardiyovasküler hastalığı olanlarda %30, diabetes mellitus hastalarında %47,0 olduğu saptanmıştır. Somatik hastalıkları olan bireyler arasında en yaygın anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluktur. Buna ek olarak, anksiyete bozukluğu olan hasta örneklerinde çeşitli tıbbi hastalıklar da oldukça yaygındır. Tıbbi hastalıklarla birlikte görülen anksiyete bozuklukları, hem tıbbi hastalıkların hem de anksiyete bozukluklarının daha şiddetli olması ve tedavi sonuçları üzerinde olumsuz etki yaratması gibi bir dizi klinik etkiye sahiptir (Latas ve ark., 2019).

Bazı araştırmalar, anksiyetenin onkolojik incelemelerde hastaların tedaviye başlama süresinde gecikmenin önemli bir belirleyicisi olduğunu bildirmiştir (Chojnacka-Szałowska ve ark., 2017). Palyatif bakım ortamlarında 7 ülkede, 24 merkezde yapılmış bir çalışmada, palyatif dönem kanser hastalarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %9,8 olduğu görülmüştür (Mitchell ve ark., 2011).

Remisyonadaki kanser hastalarının %17'sinde depresif bozukluklar ve %9'unda anksiyete bozukluklarının bulunduğu bildirilmiştir. Kadınlarda erkeklerden daha yüksek depresyon ve anksiyete, yaşlı hastalarda daha düşük depresyon ve anksiyete bulunmuştur. 60 yaşın altındaki kanserden kurtulanların ise genel popülasyondan daha depresif ve endişeli olduğu gözlemlenmiştir (Götze ve ark., 2020).

2.1.3.3. Uyum bozukluğu

Kanser teşhisi ve tedavisi hastalar üzerinde büyük stres oluşturmaktadır. Bu stres, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu sorunlarına yol açabilir (Abbey

ve ark., 2015). Uyum bozukluğu yaygınlığı %11,1 olarak bulunmuştur (Mehnert ve ark., 2014).

Palyatif bakım ortamlarında 7 ülkede, 24 merkezde yapılmış bir çalışmada, palyatif dönem kanser hastalarında uyum bozukluğu yaygınlığı %15,4 bulunmuştur (Mitchell ve ark., 2011).

2.1.3.4. Diğer psikiyatrik hastalıklar

Şizofreni dünyanın yaklaşık %1'ini etkilemektedir ve engelliliğin küresel nedenleri arasında ilk 10'da yer almaktadır (Marder ve Cannon, 2019). İlk defa 1908'de Eugen Bleuler tarafından kullanılan terimle Şizofreni, Yunanca "bölünme" anlamına gelen "şizo" ve "zihin" anlamına gelen "phren" kelimelerinden türetilmiş olup, bireyin gerçeklikle ilişkisinde ciddi bozulmaların yaşandığı, sanrılar, halüsinasyonlar ve düşünce süreçlerindeki bozukluklarla karakterize karmaşık bir psikiyatrik hastalıktır. Temel olarak, semptomlar iki ana kategoriye ayrılmıştır: varsanılar, sanrılar ve formal düşünce bozukluklarını içeren pozitif semptomlar ve anhedoni, konuşmada azalma ve içe kapanma gibi negatif semptomlardan oluşmaktadır. Hastaların yarısından fazlasının hem psikiyatrik hem de tıbbi olarak önemli komorbiditeleri vardır. Tıbbi komorbiditelerle ilişkili olarak yaşam süresi beklentisinde %20'lik bir azalma ile ilişkilidir ve ölümlerin %40'a kadarı intihara atfedilir (Hany ve ark., 2024).

Şizofreni tanısı almış hastalarda, genel popülasyondaki yaş ve cinsiyet uyumlu kişilere kıyasla kanserden ölüm riski yaklaşık %50 oranında artmaktadır. Kanser insidansında ise çelişkili sonuçlar bulunmakla beraber, artmadığı ya da ılımlı arttığı gözlemlenmiştir (Nordentoft ve ark., 2021). Yine psikotik bozukluklar ve kanser arasında korelasyonu inceleyen bir meta analize göre; psikotik bozukluğu olan kişilerde tüm kanserler için risk oranı, psikotik bozukluğu olmayanlara göre 1,08 kat artmış bulunmuş ancak bu sonuçların kanser bölgesine göre önemli oranda değişiklik gösterdiği görülmüştür. Psikotik bozukluğu olan kişilerde meme, özofagus, kolorektal, testis, rahim ve rahim ağzı kanseri insidansı daha yüksek iken, cilt, prostat ve tiroid kanseri insidansı daha düşük olduğu gösterilmiştir. Psikotik bozukluğu olan kişilerde, psikotik bozukluğu olmayanlara kıyasla, tanı sırasında

metastaz olasılığı ise %22 daha yüksek bulunmuştur (Wootten ve ark., 2022). Daha ileri evrelerde tanı alma ve genel popülasyona göre daha kısa yaşam süresinin kısa olmasında, tedaviye uyumda yaşanan güçlükler, düşük gelir düzeyi, evsizlik, tedaviye erişimde zorluk ve sağlık hizmeti sunumuna engel olan damgalama süreçleri olduğu düşünülmektedir (Davis ve ark., 2020).

Kanserin ortaya çıkması veya kanser tedavilerinin olumsuz etkisi nedeniyle, hastalar yorgunluk, ağrı, uyku bozukluğu ve gastrointestinal semptomlar gibi birçok semptom yaşayabilir ve bunların arasında uyku bozukları %29 ila %66 yaygınlığı ile en yaygın semptomlardan biridir (Santoso ve ark., 2019). Kansere bağlı uykusuzluk oranı, genel popülasyondakinden yaklaşık üç kat daha yüksektir. Farklı analizler, kanser hastalarının %30-50'sinin (%95'e kadar) uykusuzluk semptomları veya uykusuzluk sendromları gibi ciddi uyku güçlükleri yaşadığını göstermiştir (Büttner-Teleagă ve ark., 2021). Yapılan bir meta-analiz, kanserli hastalarda uyku bozukluğu ile proinflatuar belirteçler arasında küçük ama anlamlı bir ilişki buldu (Tong ve ark., 2023).

2.2. İntihar

İntihar, bireyin bilinçli bir şekilde yaşamına son verme kararı alması ve bu kararı eyleme geçirerek amacına ulaşması olarak tanımlanabilir. Latince'de sui "ben" ve cedere "öldürmek, kıymak" anlamına gelen iki kelimenin birleşmesinden oluşan "suicedere" den İngilizce 'ye "suicide" şeklinde geçmiştir (Odağ, 1995).

İntihar tanımının oluşmasının tarihsel sürecinde ABD Hastalık Kontrol Merkezleri tarafından 1980'lerde intiharın tanımına ilişkin kriterleri belirlemek ve belgelendirme için kılavuzlar geliştirmek üzere adli tabipler, adli patologlar, istatistikçiler ve halk sağlığı kurumlarından oluşan geniş bir çalışma grubunu bir araya getirilmiştir. İntiharın "kişinin kendini öldürme niyetiyle kendine uyguladığı bir eylemden kaynaklanan ölüm" olduğunu ileri sürmüşlerdir (Andriessen, 2006; Rosenberg ve ark., 1988). Tanım ve kriterler ile ilgili yorumlar yapılırken genel olarak benzer çerçevede kalınmışsa da "kasıtlılık" temel kriter olarak ele alınmıştır (Maris ve ark., 1992).

Majör depresyon bozukluğu tanı ölçütleri arasında “tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri, kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem planlama” olarak; borderline kişilik bozukluğu tanı ölçütleri arasında ise “tekrarlayıcı kendini öldürme davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları, kendine kıyım davranışları” olarak bulunur. DSM-V’te DSM IV-TR’den farklı olarak “daha ileri çalışmalar için durumlar” alt başlığı altında “intihar davranışı bozukluğu” ve “intihar olmayan kendini yaralama” olmak üzere iki yeni tanı dahil edilmiştir (Köroğlu, 2012).

2.2.1. İntiharın etiyolojisi

İntihar etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin dahil olduğu karmaşık ve çok yönlü bir olgudur.

İntiharın biyolojik temelleri üzerine yapılan araştırmalar, genetik yatkınlıkların önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Çalışmalar, intihar davranışının genetik yatkınlık oranının %30 ile %55 arasında değiştiğini göstermektedir (Mullins ve ark., 2019). Turecki, intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunda psikiyatrik bozukluklar görülmesine rağmen, intihar davranışının genetik temellerinin bu bozukluklardan bağımsız olabileceğini ve genetik etkilerin daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Turecki, 2001). Ayrıca, nörotransmitterlerin düzensizliği ve inflamatuvar süreçler gibi nörobiyolojik mekanizmaların rolü de intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir. Örneğin, Brundin ve arkadaşları, biyolojik ve psikolojik faktörler arasındaki etkileşimi vurgulayarak, inflamasyonun intihar eğilimi patofizyolojisine nasıl katkıda bulunabileceğini tartışmaktadır (Brundin ve ark., 2017).

İntiharın etiyolojisinde psikolojik faktörler de önemli yere sahiptir. Psikolojik ağrı olarak tanımlanan "psychache", intihar düşüncesinin güçlü bir öngördürücüsü olarak kabul edilmekte ve sıklıkla depresyon gibi geleneksel risk faktörlerini geride bırakmaktadır (Li ve ark., 2017). Umutsuzluk Teorisi gibi bilişsel teoriler, umutsuzluk duygularının ve olumsuz bilişsel kalıpların intihar düşüncelerine ve davranışlarına yol açabileceğini öne sürmektedir (Baryshnikov ve Isometsä, 2022). Yaşam stresinin bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerinin, bireyleri uzun

vadede intihar düşüncesine daha yatkın hale getirebileceği öne sürülmektedir (Yang ve Clum, 2000).

İntihar davranışını anlamak için sadece bireysel faktörler değil, aynı zamanda sosyal etkileşimler de göz önünde bulundurulmalıdır. Kişilerarası İntihar Teorisi, bireyin başkalarına yük olduğunu düşünmesi ve ait olma duygusundan yoksun kalması gibi sosyal faktörlerin intihar düşüncesini tetikleyebileceğini öne sürmektedir (Rakoff ve ark., 2023). Başka bir araştırma, intihar davranışının ailelerde görülen kalıtsal bir eğilimi olduğunu ve bu riskin hem genetik hem de çevresel faktörlerle arttığını göstermiştir (Brent ve Melhem, 2008). Ayrıca, sosyal izolasyon ve destek eksikliği umutsuzluk duygularını şiddetlendirerek intihar düşünceleri ve girişimlerinin olasılığını artırabilir (King ve Merchant, 2008).

2.2.2. İntiharın epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü 2023 yılı verilerine göre her yıl yaklaşık 703 000 kişi intihar etmektedir ve intihara teşebbüs eden çok daha fazla insan olduğu bilinmektedir. Her intihar, aileleri, toplulukları ve tüm ülkeleri etkileyen ve geride kalan insanlar üzerinde uzun süreli etkileri olan bir trajedidir.

İntihar yaşam boyu meydana gelebilir ve 2019'da dünya çapında 15-29 yaşındakiler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedeni olduğu bilinmektedir. İntihar sadece yüksek gelirli ülkelerde değil, dünyanın tüm bölgelerinde önemli bir küresel olgudur. Aslında, 2019'da küresel intiharların %77'sinden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir (World Health Organization 2023).

2.2.3. Kanser ve intihar

Kanser hastalığında klinik çalışmalar, öncelikle sağkalıma odaklanmıştır. Tarama, erken tanı ve tedavi, kanserden kurtulanların sayısında bir artışa yol açmıştır ve bu artışın önümüzdeki yıllarda da devam etmesi beklenmektedir (Chen ve ark., 2019). Kanser artık, hem tedavi hem de iyileşmenin uzun vadeli seyriyle ilişkili olarak kronik bir hastalık olarak kabul edilmekte ve bu da kanserli hastalara ve ailelerine önemli ölçüde yük getirmektedir (Lawrence ve ark., 2016). Kanserli hastalar ölümle

yüzleşmekten, ekonomik ve duygusal yükten ve tedaviden kaynaklanan olumsuz tıbbi sonuçlardan dolayı çok sayıda acı yaşamaktadırlar (Pitman ve ark., 2018).

Kanserli hastalar ağrı, anksiyete, perspektif kaybı ve önceki başa çıkma stratejileri, tedaviye bağlı yan etkiler ve yorgunluk gibi çeşitli nedenlerden dolayı intihar ederek ölebilir (Heinrich ve ark., 2022).

2017 yılında yapılan, yaklaşık 8 milyon kanser hastasının dahil edildiği bir meta analizde kanser hastaları arasında intihar ölümü insidansının 100 000 kişi-yılda 28.58 olduğunu ve bu rakamın küresel intihar oranının yaklaşık üç katı olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada daha erken tanı alan hastaların intihar riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Zaorsky ve ark., 2019). 2020 yılında yapılan meta analizde ise heterojenlik olsa da bu oranın 100 000 kişi-yılda 39 civarında olduğu bulunmuştur (Du ve ark., 2020). Kanser hastalarında intihar oranlarının erkeklerde kadınlardan yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir. İntihar oranlarının kanserin bulunduğu anatomik bölge ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Henson ve ark., 2019). Kanser alt tiplerine göre; cinsiyete göre, pankreas kanseri intihar oranı erkeklerde ilk sırada yer alırken, bunu özofagus kanseri, mide kanseri, baş ve boyun kanseri ve sarkomların izlediği gösterilmiştir. Kadınlarda özofagus kanseri; baş boyun kanserinden, vajinal kanserden, mide kanserinden ve kolorektal kanserden daha yüksek intihar oranına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Amiri ve Behnezhad, 2020; Du ve ark., 2020). Başka bir çalışmada bunlara ek olarak akciğer kanseri, Hodgkin lenfoma ve testis kanserlerinin de intihar oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Zaorsky ve ark., 2019).

İntihar bağlamında psikolojik sağlık hizmeti arama davranışı, intiharı önleme stratejilerinin etkinliğini doğrudan etkilediği için kritik bir araştırma alanıdır. Damgalanma, önceki ruh sağlığı deneyimleri ve intihar düşüncesinin ciddiyeti gibi çeşitli faktörler, bireylerin yardım arama istekliliğini önemli ölçüde etkiler (Özsoy ve ark., 2022).

2.3. Psikiyatrik Yardım Arama Davranışı

Hastalık davranışı (illness behavior) terimi 1962 yılında Mechanic tarafından literatüre dahil edilmiştir (Mechanic, 1962). Yardım arama ise insanların vücutlarını izleme, semptomlarını tanımlama ve yorumlama, önleyici veya iyileştirici tedbirler alma veya sağlık sisteminden yararlanma biçimleri olarak 1982’de tanımlanmıştır (Mechanic, 1982).

Psikiyatrik yardım arama davranışı; damgalanma, kültürel inançlar, sosyal destek ve demografik değişkenlerin dahil olduğu çeşitli faktörlerden etkilenen çok yönlü bir olgudur. Yapılan çalışmalar hem dışarıdan gelen hem de kişinin kendi iç dünyasında yarattığı damgalamanın, bireyleri profesyonel yardım almaktan alıkoyduğunu göstermektedir (Dushaj, 2023). Psikolojik yardıma duyulan kişisel ihtiyacın tanınması, yardım arama sürecinde çok önemlidir. Araştırmalar, akıl sağlığı sorunlarını kabul eden bireylerin profesyonel yardım alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği (PYAİTÖ), ruh sağlığı profesyonellerinde yardım ihtiyacının tanınması ve güven de dahil olmak üzere yardım arama tutumlarının çeşitli boyutlarını değerlendirmek için kullanılmıştır (Rickwood ve Thomas, 2012).

Ruh sağlığı okuryazarlığı, bir bireyin psikolojik sorunlar için yardım arama olasılığını belirlemede kritik bir rol oynar. Araştırmalar, daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlığına sahip bireylerin ruh sağlığı hizmetlerini kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin, daha önce ruh sağlığı hizmetlerini kullanmış olanların daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu ve bu da yardım arama davranışına daha fazla eğilim gösterdikleri bulunmuştur (Iswanto ve Ayubi, 2023).

Ruh sağlığı sorunlarına ilişkin damgalama, yardım arama davranışını önemli ölçüde kısıtlayan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin karşılaştığı en büyük engellerden biri, damgalama nedeniyle maruz kaldıkları ayrımcılık ve reddetmedir. Bu durum, yalnızca ruh sağlığı sorunlarının önlenmesini zorlaştırmakla kalmaz, aynı zamanda tedaviye erişimi de engelleyerek iyileşme sürecini olumsuz etkiler (Shih ve ark., 2022). Yapılan çalışmalar, algılanan sosyal

desteğin, ruh sağlığı damgalamanın zararlı etkilerini azaltabileceğini ve bireylerin profesyonel destek almalarını kolaylaştırabileceğini ortaya koymuştur (MR ve ark., 2022). Yapılan araştırmalar, kendini damgalama ve ruh sağlığı okuryazarlığının psikolojik yardım arama davranışını belirleyen en önemli etmenler olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalarda, kendini damgalama düzeyi arttıkça, psikolojik yardım alma niyetinin azaldığı tespit edilmiştir (Cheng ve ark., 2018). Bu damgalama, bazı kültürlerde yardım arama zayıflık veya yetersizlik göstergesi olarak algılandığı için bireyleri profesyonel destek almaktan alıkoymaktadır. Bu durum, özellikle yardım aramanın sosyal prestij kaybına yol açabileceği inancının güçlü olduğu toplumlarda daha belirgindir (Maeshima ve Parent, 2022).

Yaş ve etnik köken gibi demografik faktörler de yardım arama davranışlarının şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, genç bireylerin yaşlı yetişkinlere kıyasla ruh sağlığı hizmeti aramaya daha meyilli olduğunu, bunun da muhtemelen akıl hastalığı ve yardım aramaya ilişkin daha olumlu bilişsel yapılardan kaynaklandığını göstermektedir (Madianos ve ark., 2011).

Ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi için etkili müdahalenin önündeki en büyük zorluklardan bir diğeri, insanların profesyonel ruh sağlığı hizmeti alma konusundaki isteksizliğidir. Yardım arama çalışmaları oldukça önemlidir çünkü çoğu insan ruh sağlığı sorunları için profesyonel hizmetlere erişememektedir (Rickwood ve Thomas, 2012).

2.3.1. Kanserli hastalarda psikiyatrik yardım arama davranışı

Kanserli hastalarda psikiyatrik yardım arama davranışı, bu popülasyonun yaşam kalitesini ve tedavi sonuçlarını doğrudan etkilediği için önemli bir araştırma konusudur. Kurumsal kaynaklar, damgalama, cinsiyet farklılıkları ve psikososyal zorluklar gibi çeşitli faktörler, kanser hastalarının psikolojik destek arayışlarını etkileyen önemli değişkenlerdir (Kayser ve ark., 2020)

Bazı çalışmalarda daha yüksek düzeyde sıkıntı yaşayan kanser hastalarının psikososyal desteği kabul etme olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Parmet ve ark., 2023). Taranan ve sıkıntılı olarak tanımlanan hastaların müdahaleyi

kabul etme olasılığı, rastgele hastalara göre yarı yarıya daha düşük bulunmuştur (Brebach ve ark., 2016).

Cinsiyet farklılıkları kanser hastaları arasında yardım arama davranışlarında rol oynamaktadır. Erkeklerin yardım arama olasılığının daha düşük olduğunu gösteren geleneksel bulguların aksine, Cohen ve ark. kanser teşhisi konan erkeklerin kadınlara kıyasla daha düşük yardım arama davranışı sergilemediğini bildirmektedir, bu da kanser teşhisi bağlamının sağlık arama davranışındaki tipik cinsiyet kalıplarını değiştirebileceğini göstermektedir (Cohen ve ark., 2018).

Kanser türleri arasında; hastaların %19.0'u anksiyete bozuklukları ve %12.9'u depresif bozukluklar tanısı alırken (Linden ve ark., 2012), hastaların yalnızca %4'ü psikososyal yardım alma konusunda istekli bulunmuşlardır (Yusufov ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise aktif tedavi görmekte olan kanser hastalarının %68 gibi büyük bir kısmı mevcut psikososyal hizmetlerden haberdar olsa da bu imkanlardan yararlanma oranı oldukça düşüktür. Sadece %7'si bu hizmetlerden faydalanırken, gelecekte bu tür hizmetleri kullanmayı düşünenlerin oranı da sadece %20'dir (Carlson ve ark., 2004).

Ruh sağlığı hizmetlerine yönelik damgalama, kanser atlatan bireylerde, özellikle kırsal bölgelerde yaşayanlarda, psikososyal desteğe başvurmayı engelleyen önemli bir faktördür. Deguzman ve arkadaşlarının çalışması, kendini damgalama kavramını bu bağlamda vurgulayarak, psikososyal destek hizmetlerine erişimi sınırlayan bir engel olarak tanımlamaktadır (DeGuzman ve ark., 2022). Bu bulgu, damgalama algısının bireyleri psikolojik destek aramaktan alıkoyabileceği ve böylece psikolojik sıkıntıların şiddetlenmesine yol açabileceği yönündeki mevcut literatürle uyumludur (Dilworth ve ark., 2014).

Tüm bunların yanında yardım arama düşüncesini değerlendiren birçok çalışma gerçek yardım arama davranışı yerine, yardım arama niyetleri ölçülmüştür (Nagai, 2015). Amerikan Cerrahlar Koleji Kanser Komisyonu 2015 yılında tüm akredite kanser merkezlerinde psikososyal sıkıntı taramasını zorunlu kılmıştır (Lazenby ve ark., 2015). Ancak yapılan çalışmaların sonuçları çelişkili bulgular göstermiştir (Bidstrup ve ark., 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2023 Eylül ve 2024 Nisan ayları arasında, hastanemizin Tıbbi Onkoloji birimine tedavi amacıyla başvuran kolorektal kanserli hastalarla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamıza 2023 Eylül ile 2024 Nisan ayı arasında ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ya da tıbbi onkoloji yataklı servislerinde yatarak tedavi görmekte olan 18 yaşından büyük, kolorektal kanserli hastalar dahil edildi. Veri toplama sürecinde ayaktan kemoterapi ünitesi ve tıbbi onkoloji servisinde çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 116 kolorektal kanserli hastaya ulaşıldı. Şizofreni tanılı ve beyin metastazı operasyonu sonrasında bilişsel kapasitesi kısıtlı olan birer hasta, görüşme esnasında yorularak görüşmeye devam edemeyen 2 hasta ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan 15 hasta çalışmaya dahil edilemedi.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil edilecek hastalara bilgilendirme yapıldı ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Hastalarla araştırmacı tarafından DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) ile görüşülerek psikiyatrik tanıları kondu. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri ile onkolojik ve ruhsal klinik durumlarını belirlemek amacıyla “Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu”, anksiyete ve depresyon şiddetini belirlemek için “Hamilton Depresyon Ölçeği” ve “Hamilton Anksiyete Ölçeği”, ömür boyu ve son bir aydaki ölüm ve intihar düşüncelerinin değerlendirilmesi amacıyla “Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği”, psikiyatrik yardım arama düşüncesinin değerlendirilmesi amacıyla “Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği” ve uykuun değerlendirilmesi amacıyla “Uykusuzluk Şiddeti İndeksi” kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu (Ek-2)

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, çalışma durumu, gelir durumu, eğitim düzeyi, kiminle yaşadığı gibi); tıbbi özgeçmiş ve soy geçmiş bilgileri, ailede intihar girişimi öyküsü; geçmiş dönem ve şimdiki psikiyatrik semptom ve hastalık öyküleri ve bununla ilişkili başvuru durumları, mevcut psikiyatrik ilaç kullanımı; sigara, alkol ve madde kullanımı; kanser hastalığıyla ilgili tanı süresi, gerçek klinik evresi ve hastanın algıladığı hastalık evresi, yatış sayı ve süreleri, ameliyat sayısı gibi bilgiler, hastalığa ve tedaviye bağlı yan etkilerin hastayı etkileme düzeyleri, hastalığa yönelik ilk tepkisi, aile ve arkadaşlardan gördüğü destek durumuna ilişkin bilgileri öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış toplam 40 soruyu içeren bir formdur.

3.3.2. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) (Ek-3)

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği 1960 yılında Max Hamilton tarafından geliştirilen 17 soruluk bir ölçektir. Depresyon şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Max Hamilton, 1960). Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2001 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akdemir ve ark., 2001). En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (Williams, 1988).

3.3.3. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HAM-A) (Ek-4)

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği 1959 yılında Max Hamilton tarafından geliştirilen 17 soruluk bir ölçektir (M. Hamilton, 1959). Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998'de Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Anksiyete şiddetini değerlendirilmek için en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 14 sorudan oluşur. Anksiyetenin hem ruhsal hem de bedensel belirtilerini soran maddelerden oluşmaktadır. Değerlendirme, her bir belirti için 0 (yok) ile 4 (çok şiddetli) arasında bir puan verilerek gerçekleştirilir ve toplam puan, bireyin genel durumu hakkında bilgi verir. Bu ölçekteki bazı maddeler hem anksiyete hem de depresyon gibi yaygın ruh sağlığı sorunlarında görülen belirtileri kapsar (MK, 1998).

3.3.4. Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeği (C-İŞDÖ) (Ek-5)

Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği 2011 yılında Posner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından uygulanan, yarı yapılandırılmış, intihar düşüncesini ve intihar davranışını birlikte değerlendirme imkânı sunan bir ölçektir. Kişideki intihar düşüncesini (0-5 puan), düşüncelerin yoğunluğunu (2-25 puan), intihar davranışını (0-5 puan) ve gerçekleşmiş intihar girişimlerinin ölümcüllüğünü (0-5 puan) değerlendiren dört alt ölçekten oluşmaktadır (Posner ve ark., 2011). İntihar düşüncesi ve intihar yoğunluğu alt testleri birlikte değerlendirilerek intihar riski belirlenir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılınçaslan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Kilincaslan ve ark., 2019).

3.3.5. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form (PYAİTÖ-KF) (Ek-6)

29 maddeden oluşan ölçek 1970 yılında geliştirilmiştir (Fischer ve Turner, 1970). 10 soruluk kısa form ise 1995 yılında geliştirilmiştir (Fischer ve Farina, 1995). Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2011 yılında Nursel Topkaya tarafından yapılmıştır (Topkaya, 2011). Türkçe'ye uyarlanan ölçek 9 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0-3 arasında puanlanıp; 2, 8, 9 ve 10, sorular negatif yönde puanlanmaktadır. Hastalar 0-27 arasında puanlar almaktadırlar. Yüksek puan psikolojik yardım almayla ilişkili tutumların daha yüksek olduğunu göstermektedir (Elhai ve ark., 2008).

3.3.6. Uykusuzluk şiddeti indeksi (UŞİ) (Ek-7)

Uykusuzluk şiddeti indeksi uykuyla ilgili şikayetlerin hızlı ve objektif değerlendirilmesini sağlar. 2001 yılında Bastien ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Bastien ve ark., 2001). Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında yapılmıştır (Boysan ve ark., 2010). Bir öz bildirim ölçeğidir. Yedi sorudan oluşan ölçeğin soruları 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten 0 ila 28 arasında değişen puanlar alınır ve puan yükseldikçe uykusuzluğun şiddeti artmaktadır.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme-Hariç Tutma Kriterleri

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

18 yaşın üzerinde olma

Kolorektal kanser tanısı almış olma

Klinik izlenimle soruları anlayıp yanıtlayacak mental kapasiteye sahip olma

3.4.2. Hariç tutma kriterleri

18 yaşın altında olma

Bilinen ağır nörolojik hastalık öyküsü olma

Bilişsel işlevlerini (beyin tümörü, mental retardasyon vb.) veya irade ve muhakemesini etkileyen (şizofreni, demans vb.) hastalığa sahip olma

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmada veri analizi için SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından Kolmogorv-Smirnov testi ile değerlendirilmiş olup $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Bundan dolayı ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için non-parametrik testlerden Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek ve intihar riski ile katılımcıların sosyodemografik ve klinik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere non-parametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin

karşılaştırılmasında ise Pearson Chi Square test ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Kanserli hastaların hassas bir hasta grubu olması sebebiyle görüşmelerin kısa sürede tamamlanması amaçlandı ve bazı ölçek ve sorular çalışmaya dahil edilemedi. Çalışmaya gönüllü olmayan hastaların psikiyatrik yardım almaya ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu düşünülerek bu hastaların dahil edilememesi sonuçlar üzerinde farklılığa sebep olmuş olabilir. Çalışmanın tasarımı sebebiyle görüşmeler tek seans üzerinden gerçekleştirilmiştir. Terapötik ilişki kurulabilmesi açısından tekrarlayan görüşmelere ihtiyaç duyulduğundan, hastalar psikiyatrik semptomlarını ve özellikle intihar ile ilişkili düşüncelerini paylaşmaktan kaçınmalarına neden olmuş olabilir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji birimlerine başvuran kolorektal kanser tanılı 97 hasta çalışmaya dahil edildi.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş (Ort.±SS)	61,51±10,25	
Boy (cm) (Ort.±SS)	167,26±9,47	
Vücut Ağırlığı (kg) (Ort.±SS)	76,43±17,5	
Vücut Kitle İndeksi (Ort.±SS)	27,33±6,35	
Cinsiyet		
Kadın	41	42,3
Erkek	56	57,7
Medeni Hali		
Bekar	4	4,1
Evli	77	79,4
Boşanmış/dul	16	16,5
Yaşadığı Yer		
Kentsel	79	81,4
Kırsal	18	18,6
Göç Öyküsü		
Var	45	46,4
Yok	52	53,6
Göç Nedeni (n=45)		
Hastalık nedeniyle	9	20
Başka bir nedenle	36	80
Evde Kimlerle Yaşıyor		
Sadece eş	28	28,9
Eş ve çocuklar	44	45,4
Diğer	25	25,9
Evdeki Kişi Sayısı (Ort.±SS)	3,35±1,5	
Eğitim Düzeyi		
Eğitim Almamış	7	7,2
İlköğretim Mezunu	60	61,9
Lise Mezunu	17	17,5
Üniversite ve Üzeri	13	13,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	11	11,3
Çalışmıyor	86	88,7

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devam)

Çalışıyorsa İşi (n=11)

İşçi	5	45,5
Memur	3	27,3
Esnaf	3	27,3
Gelir Durumu*		
Düşük	53	54,6
Orta	29	29,9
Yüksek	15	15,4

*1 asgari ücretin altı düşük, 1-2 asgari ücret arası orta, 2 asgari ücretin üzeri yüksek.

Çalışmaya katılan hastaların %42,3'ü kadındı (n=41). Katılımcıların %79,4'ü evli (n=77), %16,5'i boşanmış veya duldu (n=16). Katılımcıların %45,4'ü eş ve çocuklarıyla yaşarken (n=44), %28,9'u sadece eşiyle yaşamaktaydı (n=28). Evdeki kişi sayısı 1-9 arasında idi (ort:3,35). Hastaların vücut kitle indeksleri (VKİ) 16,65-52,71 arasında bulundu (ort:27,33).

Hastaların %81,4'ü kentsel bölgede (n=79), diğerleri kırsal bölgede yaşamaktaydı. Katılımcıların %45'inde yaşamının herhangi bir döneminde göç öyküsü bulunurken (n=45), bunların %20'si hastalık sebebiyle gerçekleşmişti (n=9).

Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde; %3,1'inin okuma yazması yoktu (n=3), %4,1'i okuryazar (n=4), %61,9'u ilköğretim mezunu (n=60), %17,5'i lise mezunu (n=17) ve %13,4'ü üniversite ve üzeri eğitim düzeyindeydi (n=13).

Hastaların %11,3'ü halen çalışmaktayken (n=11), çalışmayan hastaların %65,1'i emekli (n=56) ve %4,7'si hastalık nedeniyle çalışmayı bırakmıştı (n=4). Çalışmaya katılan hastaların; %54,6'sı düşük (n=53), %29,9'u orta (n=29) ve %15,4'ü yüksek (n=15) gelir düzeyindeydi (Tablo 4.1.).

4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri

Klinik Özellikler	n	%
Ek Tıbbi Hastalık		
Var	65	67
Yok	32	33
Ailede Tıbbi Hastalık		
Var	83	85,6

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri (devam)

Yok	14	14,4
Ailede Ruhsal Hastalık		
Var	21	21,6
Yok	76	78,4
Ailede İntihar Öyküsü		
Var	5	5,2
Yok	92	94,8
Alkol Kullanımı (herhangi bir zamanda)		
Var	12	12,4
Yok	85	87,6
Süresi (yıl) (Ort.±SS)	28±11,62	
Bıraktıktan Sonra Geçen Süre (yıl) (Ort.±SS)	12,30±12,3	
Günlük Kullanım Miktarı (Standart İçki) (Ort.±SS)	2,58±0,78	
Sigara Kullanımı (herhangi bir zamanda)		
Var	48	49,5
Yok	49	50,5
Süresi (yıl) (Ort.±SS)	27,79±12,66	
Bıraktıktan Sonra Geçen Süre (yıl) (Ort.±SS)	12,30±12,34	
Günlük Kullanım Miktarı (adet) (Ort.±SS)	18,96±11,05	
Kanserden Önce Psikiyatrik Tanı		
Var	27	27,8
Yok	70	72,2
Kanserden Sonra Psikiyatrik Şikâyet		
Var	38	39,2
Yok	59	60,8
Kanserden Sonra Psikiyatri Başvurusu (n=38)		
Var	23	60,5
Yok	15	39,5

Hastaların %67'sinde ek bir tıbbi hastalık (n=65), %85,6'sında ailede tıbbi hastalık bulunmaktaydı (n=83). Ailesinde tıbbi hastalığı olanların %45'inde kanser öyküsü bulunmaktaydı (n=45). Hastaların %21,6'sının ailesinde ruhsal hastalık (n=21) ve %5,2'sinin ailesinde intihar girişimi öyküsü bulundu (n=5). Hastaların %12,4'ü geçmişte alkol kullanmışken (n=12), halen alkol ve madde kullanan hasta bulunmamaktaydı. Hastaların %27'sinde, kanser teşhisinden önce var olan psikiyatrik bir bozukluk öyküsü vardı. Kanser tanısı aldıktan sonra psikiyatrik şikâyet sıklığı %39,2 idi ve bu hastaların %60,5'i psikiyatri hekimine başvurmuştu (n=38). Başvurusu olanların yalnızca %50'si ilaç kullanmıştı (n=19). Psikiyatrik tedaviye devam etme oranı %55,3'tü (n=38) (Tablo 4.2.).

4.3. Katılımcıların Onkoloji İlişkili Klinik Verileri

Tablo 4.3. Katılımcıların onkoloji ilişkili klinik verileri

Onkolojik Veriler	n	%
Kanser Türü		
Kolon	65	67
Rektum	32	33
Görüşülen Birim		
Kemoterapi ünitesi	84	86,6
Onkoloji servisi	13	13,4
Tanıyı Kimden Öğrendi		
Doktordan	90	92,8
Ailesinden	6	6,2
Öğrendiğinde Yanında Kim Vardı		
Yalnız	16	16,5
Aile	80	82,5
Şimdiki Hastalık Durumu		
Primer	72	74,2
Nüks	25	25,8
Metastaz Durumu		
Var	64	66
Yok	33	34
Hastalığın Evresi		
Erken	32	33
İleri	65	67
Hastanın Algıladığı Evre		
Erken	41	42,3
İleri	41	42,3
Bilmiyor	15	15,5
Ameliyat Öyküsü		
Var	65	67
Yok	32	33
Ameliyat Sayısı (Ort.±SS)	1,48±0,88	
Ameliyattan Sonra Geçen Süre (ay) (Ort.±SS)	13,64±18,54	
Yatarak Tedavi Öyküsü		
Var	86	88,7
Yok	11	11,3
Yatış Sayısı	1,65±1,29	
En Uzun Yatış Süresi (gün) (Ort.±SS)	13,77±12,04	

Katılımcıların %99'u tanısını biliyordu (n=96). Bunların %92,8'i doktorundan öğrenmişti (n=90). Hastaların %74,2'si ilk defa kanser hastalığına yakalanmışken (n=72) diğerleri nüks gelişen hastalardı (n=25). Hastaların %66'sında metastaz vardı (n=64) (Tablo 4.3.).

Hastaların %67'si ameliyat olmuştu (n=65) ve ortalama ameliyat sayısı $1,48 \pm 0,88$ idi. Hastaların %88,7'si yatarak tedavi görmüştü (n=86) ve ortalama yatış sayısı $1,65 \pm 1,29$ ve en uzun yatış süresi ortalaması $13,77 \pm 12,04$ 'tü (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Katılımcıların onkolojik süreçte sosyal destek ve işlevsellikle ilişkili özellikleri

	n	%
Kanser Tanısını Öğrenildiğinde Duygusal Tepki		
Var	52	53,6
Yok	45	46,4
Gösterdiği Duygusal Tepki (n=52)		
Üzüntü	39	75
Korku	6	11,5
Pişmanlık	2	3,8
Öfke	2	3,8
İnkâr	3	5,8
Aileden Gördüğü Sosyal Destek		
İyi	95	97,9
Orta	2	2,1
Arkadaşlarından Gördüğü Sosyal Destek		
İyi	80	82,5
Orta	12	12,4
Kötü	5	5,2
Hastalığın ve Tedavinin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel (Ort.±SS)	4,03±3,04	
Ağrı Şikayetinin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel (Ort.±SS)	2,67±2,85	
Bulantı ve/veya Kusmanın Günlük Hayata Oluşturduğu Engel (Ort.±SS)	2,87±2,77	
Halsizliğin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel (Ort.±SS)	4,69±3,07	
Görünümsel Değişikliğin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel (Ort.±SS)	2,56±2,54	

Hastaların %53,6'sı (n=52) hastalığı öğrendiği zaman duygusal bir tepki verdiğini bildirdi ve bunların %75'i üzüntü (n=39), diğerleri korku, pişmanlık, öfke ve inkardı.

Hastaların ailesinden gördüğü destek %97,9 oranında iyiydi (n=95). Arkadaşlarından destek ise %85,2 oranında iyi (n=80), %12,4 oranında orta (n=5,2) ve kalan kısmı kötüydü (Tablo 4.4.).

Kanser hastalığı, tedavisi veya bazı belirtilerinin varlığına göre hastaların işlevselliklerinin etkilenmesi kendilerine sorulduğunda; hastalığın ve tedavinin günlük hayata oluşturduğu engelin ortalaması $4,03 \pm 3,04$, ağrı şikayetinin etkisinin ortalaması $2,67 \pm 2,85$, bulantı ve/veya kusmanın etkisinin ortalaması $2,87 \pm 2,77$,

halsizliğin etkisinin ortalaması $4,69 \pm 3,07$, görünümsel değişikliğin etkisinin ortalaması $2,56 \pm 2,54$ olarak bulundu (Tablo 4.4.).

4.4. Katılımcıların Ölçek Puanları

Tablo 4.5. Katılımcıların Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)'ne Göre İntihar Riski Verileri

	n	%
Çok Yüksek Risk	0	0
Yüksek Risk	0	0
Orta Risk	3	3,0
Düşük Risk	14	14,5
Çok Düşük Risk	80	82,5

Çalışmamıza katılan hastalarda çok yüksek ve yüksek intihar riski olan hasta bulunmazken; katılımcıların %82,5'i çok düşük ($n=80$), %14,5'i düşük ($n=14$) ve geri kalan %3'ü orta düzeyde ($n=3$) riske sahipti. İstatistiksel analiz yapılabilmesi için orta risk düzeyine sahip 3 hasta ve düşük risk düzeyine sahip 14 hasta istatistiksel analizde birlikte değerlendirildi (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Katılımcıların depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve psikiyatrik yardım alma ölçekleri puanları

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (%25-%75)
Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam Puanı*	3,97		2 (1-5)
Hamilton Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı*	3,36		2 (1-4)
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi-Toplam Puanı	4,38	$\pm 6,37$	
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puanı	20,71	$\pm 4,82$	

*Normal dağılıma uymayan verilerin ortanca ve çeyrek sapma değerleri verildi.

Hastalarla SCID görüşmesi yapılmış olup, hastaların semptomları tanısal açıdan eşik altı kaldığı için depresyon, anksiyete tanıları değil ölçek puanları üzerinden analizler gerçekleştirildi.

Hastaların UŞİ toplam puanları ortalaması $4,38 \pm 6,37$ 'ydi. PYAİTÖ toplam puanlarının ortalaması $20,71 \pm 4,82$ 'ydi. HAM-D ve HAM-A ölçekleri toplam puanları normal dağılıma uymuyordu ve HAM-D ölçeği toplam puanlarının ortancası 2 (1-5), HAM-A ölçeği toplam puanlarının ortancası 2 (1-4) olarak bulundu (Tablo 4.6.).

4.5. İntihar Riskinin Diğer Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 4.7. Sosyodemografik verilere göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması

	İntihar Riski				İstatistik
	Çok Düşük N	%	Düşük/Orta n	%	
Cinsiyet					
Kadın	32	40	9	52,9	$X^2=0,962$ $p=0,327$
Erkek	48	60	8	47,1	
Yaş	62,75±9,50		55,65±11,87		U=444,000 p=0,025
Vücut Kitle İndeksi	27,72±6,21		25,54±6,80		U=493,500 $p=0,077$
Medeni Hali					
Bekar/boşanmış/dul	17	20	4	23,5	$X^2=0,699$ $p=0,763$
Evli/partneri var	64	80	13	76,5	
Yaşadığı Yer					
Kentsel	63	78,8	16	94,1	$X^2=2,191$ $p=0,183$
Kırsal	17	21,2	1	5,9	
Göç Öyküsü					
Yok	43	53,8	9	52,9	$X^2=0,004$ $p=0,952$
Var	37	46,2	8	47,1	
Göç Nedeni					
Hastalık nedeniyle	7	18,9	2	25	$X^2=0,152$ $p=0,651$
Başka bir nedenle	30	81,1	6	75	
Evde Kimlerle Yaşıyor					
Sadece eş	24	30	4	23,5	$X^2=0,383$ $p=0,889$
Eş ve çocuklar	36	45	8	47,1	
Diğer	20	25	5	29,4	
Evdeki Kişi Sayısı	3,33±1,50		3,47±1,54		U=636,500 $p=0,671$
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar ve altı	6	7,5	1	5,9	$X^2=3,315$ $p=0,449$
İlköğretim Mezunu	51	63,7	9	52,9	
Lise Mezunu	14	17,5	3	17,6	
Üniversite ve Üzeri	9	11,3	4	23,5	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	73	91,2	13	76,5	$X^2=3,046$ $p=0,098$
Çalışıyor	7	8,8	4	23,5	
Gelir Durumu					
Düşük	45	56,2	8	47,1	$X^2=1,239$ $p=0,657$
Orta	22	27,5	7	41,2	
Yüksek	13	16,3	2	11,8	

Yaş ortalaması intihar riski çok düşük olan grupta düşük/orta olan gruptan yüksek bulundu (U=444,000, $p=0,025$). Diğer sosyodemografik veriler ile intihar riski arasında anlamlı fark bulunamadı (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Klinik verilere göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması

	İntihar Riski				İstatistik
	Çok Düşük		Düşük/Orta		
	n	%	n	%	
Ek Tıbbi Hastalık					
Var	55	68,8	10	58,8	$X^2=0,625$ $p=0,429$
Yok	25	31,2	7	41,2	
Ailede Tıbbi Hastalık					
Var	70	87,5	13	76,5	$X^2=1,381$ $p=0,261$
Yok	10	12,5	4	23,5	
Ailedeki Kanser Hastalığı					
Yok	36	50	4	30,8	$X^2=1,635$ $p=0,201$
Var	36	50	9	69,2	
Ailede Ruhsal Hastalık					
Var	13	16,2	8	47,1	$X^2=7,846$ $p=0,009$
Yok	67	83,8	9	52,9	
Alkol Kullanımı					
Var	10	12,5	2	11,8	$X^2=0,007$ $p=1,000$
Yok	70	87,5	15	88,2	
Sigara Kullanımı					
Var	41	51,2	7	41,2	$X^2=0,569$ $p=0,451$
Yok	39	48,8	10	58,8	
Kanserden Önce Psikiyatrik Tanı					
Var	15	18,8	12	70,6	$X^2=18,756$ $p<0,001$
Yok	65	81,2	5	29,4	
Kanserden Sonra Psikiyatrik Şikâyet					
Var	25	31,2	13	76,5	$X^2=12,032$ $p=0,001$
Yok	55	68,8	4	23,5	
Kanserden Sonra Psikiyatri Başvurusu					
Var	15	60	6	54,5	$X^2=0,008$ $p=0,927$
Yok	10	40	5	45,5	
Psikiyatrik Tedaviye Halen Devam Etme Durumu					
Evet	14	56	6	46,2	$X^2=0,016$ $p=0,899$
Hayır	11	44	7	73,8	

Ailesinde ruhsal hastalık olan hastalarda düşük/orta intihar riski olanların oranı çok düşük intihar riski olanlardan yüksek bulundu ($X^2=7,846$, $p=0,009$). Kansere tanısı almadan önce psikiyatrik hastalığı ($X^2=18,756$, $p<0,001$) ve kanser hastalığı sürecinde psikiyatrik şikâyet olanlarda da ($X^2=12,032$, $p=0,001$) daha yüksek düzeyde intihar riskine sahip olma oranı daha yüksekti. Diğer klinik değişkenlerle intihar riski arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Onkolojik verilere göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması

	İntihar Riski				İstatistik
	Çok Düşük N	%	Düşük/Orta n	%	
Şimdiki Hastalık Durumu					
Primer hastalık	63	78,8	9	52,9	X²=4,882 p=0,036
Nüks hastalık	17	21,3	8	47,1	
Metastaz Durumu					
Var	52	65	12	70,6	X²=0,195 p=0,659
Yok	28	35	5	29,4	
Hastalığın Evresi					
Erken	29	36,3	3	17,6	X²=2,195 p=0,138
İleri	51	63,7	14	82,4	
Hastanın Algıladığı Evre					
Erken	37	46,3	4	23,5	X²=3,112 p=0,211
İleri	31	38,8	10	58,8	
Bilmiyorum	12	15	3	17,6	
Gerçek ve Algılanan Evre Uyumu					
Aynı	58	72,5	13	76,5	X²=0,113 p=1.000
Farklı	22	27,5	4	23,5	
Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Geçen Süre	12,53±14,97		32,59±30,57		U=342,000 p=0,001
Ameliyat Öyküsü					
Var	51	63,7	14	82,6	X²=2,195 p=0,138
Yok	29	36,3	3	17,6	
Ameliyat Sayısı	1,36±0,80		1,93±1,07		U=269,000 p=0,028
Ameliyattan Sonra Geçen Süre (ay)	10,82±14,90		24,71±26,67		U=215,500 p=0,011
Yatış Sayısı	1,50±1,21		2,35±1,41		U=422,500 p=0,009
En Uzun Yatış Süresi (gün)	13,59±11,28		12,79±14,88		U=555,000 p=0,731

Nüks hastalığa sahip olanlarda, ilk defa kanser teşhisi alanlara göre intihar riski anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($X^2=4,882$, $p=0,036$). Kanser tanısı aldıktan sonra geçen sürenin intihar riskini anlamlı olarak artırdığı saptandı ($U=342,000$, $p=0,001$). Ameliyat sayısı ($U=269,000$, $p=0,028$), ameliyattan sonra geçen süre ($U=215,500$, $p=0,011$) ve yatış sayısı ($U=422,500$, $p=0,009$) intihar riski düşük ve orta olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kanser hastalığı ile ilişkili diğer değişkenlere göre intihar riski düzeyinde anlamlı fark bulunamadı (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum, depresyon, anksiyete ve uyku ölçeklerine göre intihar risk düzeyinin karşılaştırılması

İntihar Riski					
	Çok Düşük		Düşük/Orta		İstatistik
	Ort.±SS	Ortanca (%25-75)	Ort.±SS	Ortanca (%25-75)	
PYAİTÖ ¹	20,38±5,06	21(17-24)	22,29±3,11	22(21-75)	U=544,500 p=0,197
UŞİ ²	3,69±5,94	0(0-6)	7,65±7,44	7(0-14)	U=449,000 p=0,019
HAM-D Ölçeği ³	3,13±3,67		7,94±6,61		U=345,500 p=0,001
HAM-A Ölçeği ⁴	2,64±3,48		6,76±6,82		U=363,000 p=0,002

1: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği, 2: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, 4: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (U=449,000, p=0,019), Hamilton Depresyon ölçeği (U=345,500, p=0,046) ve Hamilton Anksiyete ölçeği (U=363,000, p=0,004) puanları intihar riski düşük/orta olan grupta, çok düşük olan gruptan daha yüksek bulundu (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. İntihar riski ile işlevsellik ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması

	İntihar Riski		İstatistik
	Çok Düşük	Düşük/Orta	
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Hastalığın ve Tedavinin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	3,75±3,00	5,25±2,95	U=454,000 p=0,027
Ağrı Şikayetinin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	2,38±2,46	4,06±4,05	U=539,000 p=0,116
Bulantı ve/veya Kusmanın Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	2,64±2,66	3,94±3,11	U=520,000 p=0,095
Halsizliğin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	4,31±3,02	6,47±2,74	U=409,500 p=0,009
Görünümsel Değişikliğin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	2,23±2,16	4,12±3,55	U=476,000 p=0,022

Kanser hastalığı, tedavisi veya bazı belirtilerinin varlığına göre intihar risk düzeyine bakıldığında; hastalığın ve tedavisinin (U=454,000, p=0,027), halsizliğin (U=409,500, p=0,009) ve hastanın görünümsel değişikliğinin (U=476,000, p=0,022) skorları intihar riski düşük ve orta olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ağrı, bulantı ve/veya kusma ile anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 4.11.)

4.6. Psikiyatrik Yardım Arama Davranışının Diğer Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 4.12. Sosyodemografik veriler ile psikiyatrik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	PYAİTÖ Toplam Puanı	İstatistik
Cinsiyet			
Kadın	41	21,05±3,51	U=1119,000
Erkek	53	20,30±5,66	p=0,832
Yaş			r=0,69 p=0,505
Vücut Kitle İndeksi			r=0,114 p=0,267
Medeni Hali			
Evli/partneri var	77	20,75±4,71	U=547,500
Bekar/boşanmış/dul	20	20,16±5,41	p=0,484
Yaşadığı yer			
Kırsal	18	18,22±5,74	U=472,000
Kentsel	79	21,20±4,45	p=0,026
Göç Öyküsü			
Var	45	19,84±5,42	U=1026,500
Yok	52	21,32±4,19	p=0,298
Göç sebebi			
Başka sebeple	36	19,83±5,56	U=150,100
Hastalık sebebiyle	9	19,89±5,18	p=0,743
Kiminle yaşıyor			
Sadece Eş	28	21,14±5,13	KW=0,747
Eş ve çocuklar	44	20,63±4,35	p=0,388
Diğer	25	19,88±5,21	
Evdeki kişi sayısı			r=-,213 p=0,036
Eğitim düzeyi			
Okuryazar ve altı	7	16,29±7,47	
İlköğretim	5	21,03±3,64	KW=6,116
Lise	16	20,50±5,40	p=0,191
Üniversite	12	21,33±6,65	
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	86	20,79±4,65	U=416,500
Çalışıyor	11	19,11±6,45	p=0,519
Gelir kategorisi			
Alt	53	20,35±4,71	KW=3,148
Orta	29	20,54±4,97	p=0,207
Üst	15	21,86±5,21	

Kentsel bölgede yaşayan hastaların PYAİTÖ puanları kırsal bölgede yaşayanlara göre daha yüksek bulundu (U=472,000, p=0,026). Evdeki kişi sayısı arttıkça PYAİTÖ puanlarında anlamlı derecede düşüş olduğu gözlemlendi (r=-,213,

p=0,036). Diğer sosyodemografik verilerle PYAİTÖ puanlarında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 4.12.)

Tablo 4.13. Klinik veriler ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	PYAİTÖ Toplam Puanı	İstatistik
Ek Tıbbi Hastalık			
Var	65	20,84±4,61	U=956,500
Yok	32	20,19±5,31	p=0,520
Ailede Tıbbi Hastalık			
Var	83	20,60±4,76	U=570,500
Yok	14	20,77±5,49	p=0,914
Ailedeki hastalık			
Herhangi bir hastalık	40	19,88±5,26	U=739,000
Kanser	45	20,93±4,68	p=0,155
Ailede Ruhsal Hastalık			
Var	21	22,20±3,42	U=576,500
Yok	76	20,20±5,09	p=0,052
Alkol Kullanımı (herhangi bir zamanda)			
Var	12	20,82±6,03	U=458,000
Yok	85	20,60±4,70	p=0,567
Sigara Kullanımı (herhangi bir zamanda)			
Var	48	20,85±5,31	U=1086,000
Yok	49	20,42±4,38	p=0,515
Kanserden Önce Psikiyatrik Tanı			
Var	27	21,24±4,88	U=756,000
Yok	70	20,41±4,84	p=0,127
Kanserden Sonra Psikiyatrik Şikâyet			
Var	38	21,61±4,51	U=832,000
Yok	59	20,02±4,96	p=0,032
Kanserden Sonra Psikiyatri Başvurusu			
Var	23	23,19±2,97	U=90,000
Yok	15	19,40±5,42	p=0,013
Psikiyatrik İlaç kullanımı			
Var	19	23,00±3,00	U=120,500
Yok	19	20,37±5,31	p=0,078
Psikiyatrik Tedaviye Devam Etme Durumu			
Evet	21	20,81±5,36	U=144,000
Hayır	17	22,73±2,76	p=0,309

Kanser hastalığından sonra psikiyatrik şikâyeti olanlar (U=832,000 p=0,032) ve psikiyatrik başvurusu olanların (U=90,000, p=0,013) PYAİTÖ puanları olmayanlara göre daha yüksekti (Tablo 4.13.).

Tablo 4.14. Onkolojik verilere göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	PYAİTÖ Toplam Puanı	İstatistik
Şimdiki Hastalık Durumu			
Primer hastalık	72	20,80±4,59	U=862,000
Nüks hastalık	25	20,09±5,61	p=0,753
Metastaz Durumu			
Var	64	20,48±4,98	U=1015,500
Yok	33	20,91±4,61	p=0,757
Hastalığın Evresi			
Erken	32	21,45±3,73	U=972,000
İleri	65	20,22±5,28	p=0,601
Hastanın Algıladığı Evre			
Erken	41	20,58±5,12	KW=0,219 p=0,896
İleri	41	20,21±5,24	
Bilmiyorum	15	21,87±2,32	
Gerçek ve Algılanan Evre Uyumu			
Aynı	71	20,72±4,71	U=867,000
Farklı	26	20,38±5,24	p=0,647
Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Geçen Süre			r=-,021 p=0,842
Ameliyat Öyküsü			
Var	65	20,39±5,37	U=1026,500
Yok	32	21,09±3,62	p=0,917
Ameliyat Sayısı			r=0,122 p=0,317
Ameliyattan Sonra Geçen Süre (ay)			r=-,113 p=0,354
Yatış Sayısı			r=0,028 p=0,782
En Uzun Yatış Süresi (gün) (Ort.±SS)			r=-,176 p=0,105

Araştırılan onkolojik klinik verilere göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanı ortalamalarında anlamlı fark ve ameliyat sayısı, sonrasında geçen süre, yatış sayısı ve en uzun yatış süresi ile PYAİTÖ puanları arasında ilişki bulunamadı (Tablo 4.14.).

Tablo 4.15. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanları ile depresyon, anksiyete ve uyku ölçeklerinin puanlarının ilişkisi

	PYAİTÖ		UŞİ		HAM-D Ölçeği		HAM-A Ölçeği	
	r	P	r	p	r	p	R	P
PYAİTÖ ¹	-	-						
UŞİ ²	0,162	0,113	-	-				
HAM-D Ölçeği ³	0,190	0,062	0,724	<0,001	-	-		
HAM-A Ölçeği ⁴	0,238	0,019	0,610	<0,001	0,933	<0,001	-	-

1: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği, 2: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, 4: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanı ile Hamilton Anksiyete ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,238$, $p=0,019$). Uyku şiddeti indeksi ile Hamilton Depresyon ($p<0,001$, $r=0,724$) ve Hamilton Anksiyete ölçeği ($p<0,001$, $r=0,610$) puanları arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Hamilton Depresyon ölçeği ile Hamilton Anksiyete ölçeği arasında da ($p<0,001$, $r=0,933$) pozitif yönde ilişki vardı (Tablo 4.15.).

Tablo 4.16. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanlarının işlevsellik ile ilişkili özelliklerin karşılaştırılması

	PYAİTÖ	
	r	P
Hastalığın ve Tedavinin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	0,083	0,419
Ağrı Şikayetinin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	0,007	0,946
Bulantı ve/veya Kusmanın Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	0,047	0,645
Halsizliğin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	0,098	0,340
Görünümsel Değişikliğin Günlük Hayata Oluşturduğu Engel	-,046	0,652

Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanı ile işlevselliğin değerlendirildiği hastalığın kişiye oluşturduğu engel, ağrı bulantı ve kusma, halsizlik ve görünümsel değişiklik puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 4.16.).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kanser hastalarına daha kapsamlı ve etkili psikiyatrik hizmet sunulmasına yönelik önemli bilgiler sağlayacağını umduğumuz bu çalışmada, kanser hastalarının önemli bir kısmını etkileyen intihar düşüncelerinin ön gördürücüleri ve bu düşüncelerin psikiyatrik yardım arama davranışı ile olan ilişkisi incelendi. 97 kolorektal kanserli hastanın dahil edildiği çalışmamızda aynı zamanda, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve kanser hastalığı ile ilgili bazı değişkenlerin intihar düşüncesi ve yardım arama davranışı üzerindeki etkileri değerlendirildi.

Gastrointestinal kanserli hastalar üzerinde ruhsal hastalık ve intihar düşüncesi üzerine yapılmış bir meta analiz çalışmasında diğer kanser türlerine göre intihar düşüncesi en düşük olarak kolorektal kanserli hastalarda %0,43 olarak bulunmuş ve bu çalışmada intiharla ölüm oranı ise %0,1'dir (Katayama ve ark., 2023). Buna karşın Çin'de yapılan, 588 kanserli hastanın dahil edildiği karışık kanser türlerini içeren bir çalışmada intihar düşüncesi oranı genel olarak %24,7 bulunmuştur ve kolorektal kanser ve mide kanserinde riskin akciğer kanserine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lai ve ark., 2022). Bizim çalışmamızda ise hastaların %14,5'inde aktif olmayan ölüm düşünceleri mevcutken, %3'ünde intihar düşüncesi bulunmaktaydı. Kanser hastaları, hastalık sürecinde yaşadıkları ağrı, duygusal çöküntü, geleceğe dair belirsizlik ve sosyal izolasyon gibi faktörler nedeniyle intihar riskini daha yüksek taşımaktadır. Tedavi sürecinde yaşanan zorluklar, hastaların yaşam kalitesini düşürerek umutsuzluk duygularını artırır ve bu durum intihar düşüncelerini tetikleyebilir. Literatürle çalışmamız arasındaki farklılık, örneklem büyüklüğü, farklı kanser türlerinin dahil edilmesi, farklı intihar ölçekleri ile değerlendirme yapılmış olması olabilir.

Cinsiyetin kanser hastalarında intihar riski üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 4 671 989 kişi ile yapılan çok geniş kapsamlı bir çalışmada daha erken yaşlarda erkeklerde, ilerleyen yaşlarda ise kadınlarda intihar riskini arttırdığı görülmüştür (Saad ve ark., 2019). Çin'de gastrointestinal kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise tüm yaş

gruplarında kadınlarda riskin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lai ve ark., 2022). Bizim çalışmamızda kadınlarda risk görece daha yüksek olsa da fark anlamlı değildi. Bu çelişkili bulguların altında yatan nedenler, kültürel, sosyal, biyolojik ve psikolojik birçok faktörün etkileşimiyle açıklanabilir. Erkeklerde daha yüksek intihar riski, toplumda erkeğe dair beklentiler, duyguları ifade etme zorluğu ve sosyal destek eksikliği gibi faktörlerle ilişkilendirilebilirken, kadınlardaki daha yüksek risk, bakım verme yükü, sosyal izolasyon ve ekonomik sıkıntılar gibi faktörlerle açıklanabilir (Kang ve ark., 2024). Ayrıca, farklı çalışmalarda kullanılan metodolojik, örneklem özelliklerindeki ve değerlendirilen değişkenlerdeki farklılıklar da bu çelişkili bulguları açıklayabilir.

Kolorektal kanserli hastalarda intihar ile ilişkili faktörleri inceleyen bir meta analizde yaş arttıkça intihar riskinin arttığı görülmekteyken, bunun genel popülasyondan anlamlı ölçüde farklı olmadığı tespit edilmiştir (Pham ve ark., 2019). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş ortalaması intihar riski çok düşük olan grupta düşük/orta olan gruptan yüksek bulundu. Kanser, özellikle ileri yaşlarda sıklıkla görülen bir hastalıktır. Kanser tanısı alan yaşlı bireyler hem hastalığın kendisi hem de yaşlanmayla ilişkili diğer sorunlar nedeniyle daha yüksek intihar riskine sahiptirler. Diğer sorunlar biyopsikososyal olarak değerlendirildiğinde, fiziksel sağlığın yaşla beraber bozularak yaşam kalitesinin azalmaya başlaması, psikolojik sorunların görülme sıklığının artması ve sosyal desteğin azalmaya başlaması bu durumun nedenleri arasında sayılabilir. Kanser hastalığının eşlik etmesi de beraberinde riski daha da artırmaktadır.

Kanser hastalarında ailede akıl hastalığı öyküsü ile intihar riski arasındaki etkileşim çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Ailede ruhsal bozukluk öyküsü olan kanser hastalarının, böyle bir geçmişi olmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek intihar düşüncesi oranları sergilediğini bulunmuştur. Bu, kanserin psikolojik yükünün kalıtsal kırılganlıklarla birleşebileceğini ve intihar riskinin artmasına yol açabileceğini düşündürmektedir (Karam ve ark., 2017). Çalışmamızda da benzer şekilde ailesinde ruhsal hastalığı olan kanserli hastaların intihar riskinin artmış olduğu bulundu. Psikiyatrik hastalıkların hem genetik geçişi hem çevresel

faktörlerin benzerliğinin etkisiyle ailede ruhsal hastalık bulunmasının intihar riskini artırdığı söylenebilir.

Amerika Birleşik Devletleri veri tabanında 631 364 kolorektal kanserli hasta ile yapılan bir meta analiz çalışmasında metastatik hastalığa sahip olmanın intihar riskini anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur (Samawi ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda metastazı olan hastalarda intihar riskinde hafif bir artış olduğu görülsede anlamlı bir fark oluşturmadi. Metastaz, hastalığın ilerlediğinin bir göstergesi olup, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha zorlu bir süreç yaşamasına neden olur. Bu durum, tedavi seçeneklerinin kısıtlanması, yaşam süresindeki belirsizlik ve hastalığın yaygınlığına bağlı olarak artan semptomlar gibi faktörlerle birlikte, hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürür. Bütün bunlar göz önüne alındığında metastazın intihar riskini artırması beklenebilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser cerrahisi geçiren 211 092 hasta ile yapılan bir çalışmada önceden var olan bir ruhsal hastalık tanısının, kanser hastaları arasında intihar düşüncesinde belirgin bir artışa neden olduğu görülmüştür (Hyer ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kanser tanısı almadan önce psikiyatrik hastalık bulunması intihar risk düzeyinde anlamlı yükseklik oluşturdu. Psikiyatrik hastalıklar, bireylerin yaşam olaylarına karşı duyarlılıklarını artırır ve stresle baş etme becerilerini zayıflatır. Kanser tanısı gibi ciddi bir sağlık sorunu, bireyler için ek bir stres kaynağı oluşturarak, mevcut psikiyatrik sorunların şiddetlenmesine ve yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu durum, bireylerin umutsuzluk, çaresizlik gibi duygularını daha yoğun yaşamasına sebep olarak intihar riskini artırır. Bu nedenle, kanser tanısı alan ve daha önceden psikiyatrik bir geçmişi olan bireylere hem fiziksel hem de psikolojik destek sağlanması büyük önem taşır.

Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik şikayetler bildiren kanser hastalarında intihar riskinin önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada kanser teşhisinin neden olduğu psikolojik stresin psikiyatrik bozuklukların gelişmesine yol açabileceğini ve bunun da intihar mortalitesini hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkileyebileceğini bulmuşlardır (Ahn ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da daha önceki çalışmalara benzer şekilde kanser hastalığı

sürecinde psikiyatrik şikâyet olması intihar risk düzeyinde anlamlı yükseklik oluşturdu. Bu bulgu, intihardan önceki yıldaki psikiyatrik tanılarının kanser hastaları arasında yaygın olduğunu ve ruh sağlığı sorunları ile artan intihar riski arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren başka bir çalışma tarafından desteklenmektedir (Kahn ve ark., 2023).

Mevcut literatürde kanser hastalığının nüksetmesi ile intihar riski arasında doğrudan karşılaştırma yapan bir çalışmaya ulaşamamış olmakla birlikte, kanserde nüksün depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve uyum bozukluğu tanılarında anlamlı derecede artışa sebep olduğu görülmektedir (Anuk ve ark., 2019). İntihar riskinin psikiyatrik hastalıklarla birlikteliğinin yüksek olduğu göz önüne alınarak; bizim çalışmamızda da ulaştığımız nüks hastalığa sahip olanların, ilk defa kanser teşhisi alanlara göre intihar riskinin anlamlı olarak daha yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur. Kanser tanısı alan bireylerde hastalığın nüks etmesi hem fiziksel hem de psikolojik olarak önemli bir yıkım yaratmaktadır. Nüks, hastanın daha önce kazanmış olduğu tedavi sürecindeki kazanımlarını kaybetme korkusu yaşamasına neden olur. Bu durum, hastanın geleceğe yönelik umutlarını yitirmesine ve yaşam kalitesinin ciddi şekilde düşmesine yol açar. Bu durum, hastanın tedaviye yanıt vermeme endişesi, yaşam süresi hakkındaki belirsizlikler ve hastalığın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan yeni semptomlar gibi faktörlerle birlikte, hastada çaresizlik ve karamsarlık oluşturur. Bu nedenle, kanser hastalarında nüks durumunda hem fiziksel hem de psikolojik destek hizmetlerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

İngiltere’de 2019 yılında birden çok kanser türüyle yapılan bir meta analizde kanser riskinin teşhisten itibaren geçen süreye göre değiştiği tespit edilmiş ve intihar riskinin teşhisten sonraki ilk 6 ayda en yüksek olduğu bildirilmiştir (Henson ve ark., 2019). Bir başka geniş çaplı çalışmada yine intihar riskinin ilk bir yılda sonraki yıllardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, risk, genel popülasyonla karşılaştırıldığında, tanıdan sonraki 5 yıldan fazla bir sürede risk yüksek kalmaya devam etmiştir (Saad ve ark., 2019). Bizim çalışmamızda ise literatürün aksine kanser tanısı aldıktan sonra geçen sürenin intihar riskini anlamlı olarak artırdığı saptandı. Tanı sonrası ilk yıl, hastaların hastalıkla başa çıkma mekanizmalarını oluşturmaya çalıştığı, belirsizliklerle mücadele ettiği ve duygusal

olarak en kırılgan olduğu dönemdir. Bu dönemde umutsuzluk, çaresizlik ve yalnızlık duyguları daha yoğun yaşanabilir. Tedavi sürecinin uzunluğuyla birlikte, hastaların yaşam kaliteleri düşer, sosyal izolasyon artar ve psikolojik dayanıklılıkları zayıflar. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde intihar riski önemli ölçüde artabilir. Literatürdeki çalışmalarla kendi çalışmamız arasındaki farklılıkların temel nedenlerinden biri süre ölçüm birimimiz olabilir. Çalışmamızda süre sayısal olarak ay cinsinden değerlendirilirken, literatürdeki araştırmalar kesme noktaları ile kategorik değerlendirme yapmıştır. Ayrıca, çalışmamızda sadece kolorektal kansere odaklanmamız, diğer kanser türlerinin dahil edildiği çalışmalardaki sonuçlardan farklılık göstermesine neden olmuş olabilir.

Literatürde birçok çalışmada kanser nedeniyle ameliyat geçiren hastaların ameliyat geçirmeyenlere göre daha yüksek intihar riskine sahip olduğu gösterilmiştir (Jayakrishnan ve ark., 2017; Osazuwa-Peters ve ark., 2018). Bizim çalışmamızda ameliyat olup olmama durumunun intihar riski üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmazken; ameliyat olan hastalar arasında, ameliyat sayısı ve ameliyattan sonra geçen süre arttıkça intihar riskinin arttığı görüldü. Gastrointestinal cerrahi geçiren hastalarda intihar riskinin daha yüksek bulunması, bu ameliyatların beslenme veya dışkılama gibi günlük yaşam aktiviteleri üzerinde özerklik kaybına yol açarak oluşturduğu olumsuz etkilere bağlanabilir.

Hastaneye yatış, kanser hastalarının ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilir. Bazı araştırmacılar meme kanseri olan hastanede yatan kadınların, acil ve yatan hasta hizmetleri de dahil olmak üzere artan sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete sergilediğini ve intihar riskinin arttığını bulmuşlardır (Vin-Raviv ve ark., 2015). Bu, ilerlemiş kanserli hastalarda depresif belirtilerin daha uzun hastanede kalış süreleriyle bağlantılı olduğunu belirten Wong ve arkadaşlarının bulgularıyla uyumludur ve bu da ruh sağlığı sorunlarının kanser tedavisinin klinik seyrini karmaşıktırabileceğini düşündürmektedir (Wong ve ark., 2019). Bu bulgularla benzer şekilde bizim çalışmamızda da yatış sayısındaki artışın intihar riskini artırdığı bulundu. Kanıtlar, kanser hastalarının hastaneye yatışlarının artmasının, özellikle zihinsel sağlık sorunlarının alevlenmesi nedeniyle, intihar riskinin artmasıyla ilişkili olabildiğini göstermektedir.

Literatürde ulaşabildiğimiz çalışmalar, kanser hastalarında doğrudan intihar ve uyku arasında ilişkiyi ele almamış olsa da dolaylı olarak uykusuzluk ile depresif bozukluklar ve depresif bozukluklar ile intihar riski arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (Chang ve ark., 2022). Ulaşabildiğimiz bir çalışmada ise kanserli hastalarda uykusuzluk ile intihar riski arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Cole ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda ise Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puanları intihar riski düşük/orta olan grupta, çok düşük olan gruptan daha yüksek bulundu. Uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikiyatrik hastalıkları tetikleyerek hastalarda çaresizlik, umutsuzluk ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir. Fiziksel yorgunluk, bilişsel işlevlerde bozulma ve ağrı algısının artması gibi diğer etkileriyle de uykusuzluk, hastaların yaşamla başa çıkma becerilerini zayıflatır. Bu durumda hastalarda intihar riski artabilir. Sonuç olarak, kanserli hastalarda uykusuzluğun etkili bir şekilde yönetilmesi, intihar riskini azaltmak için önemli bir strateji olarak kabul edilebilir.

Ülkemizde kanser hastalarında intihar üzerine yapılan bir tez çalışmasına göre HAD anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden elde edilen puanlar İntihar Olasılığı ölçeği puanları ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir (Özyıldırım Koç ve ark., 2021). Japonya’da prostat kanserli hastalarla yapılmış bir çalışma da kanserli hastalarda depresyonun intihar riskini artırmada önemli rol oynadığı gösterilmiştir (Llorente ve ark., 2005). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde Hamilton Depresyon ölçeği ve Hamilton Anksiyete ölçeği puanları intihar riski düşük/orta olan grupta, çok düşük olan gruptan daha yüksek bulundu. Kanser hastalığının getirdiği fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sıkıntılar hastalık sürecinde depresif bozuklukları ve anksiyete bozukluklarını tetikleyebilir. Bu psikiyatrik hastalıklar da intihar düşüncesinin oluşması için en önemli faktörlerdendir.

Ağrı, yorgunluk ve genel fiziksel işlev bozukluğu yaşayan hastalarda intihar riskinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Llorente ve ark., 2005). Bizim çalışmamızda; hastalığın ve tedavisinin, halsizliğin ve hastanın görünümsel değişikliğinin skorları intihar riski düşük ve orta olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ağrısı olduğunu bildiren ve bildirmeyen kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada anksiyete semptomları ağrısı olan grupta daha yüksek bulunmuştur

(Yalvac ve Sahiner, 2014). Çalışmamızda hastalık ve tedavisinin; halsizliğin ve hastanın görünümsel değişikliğinin intihar riskini artırdığı saptanmıştır. Ancak ağrı puanları daha yüksek olan hastaların intihar riski artmış olsa da anlamlı fark bulunamamıştır. Kanseri hastalığı ve tedavileri, genellikle ağrı, yorgunluk, kilo kaybı, saç dökülmesi gibi istenmeyen yan etkilerle birlikte gelir. Bu fiziksel belirtiler, hastaların beden algılarını olumsuz etkileyerek, kendilerini zayıf, çaresiz ve değersiz hissetmelerine neden olabilir. Kronikleşen ağrı, uyku düzenini bozarak, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkları tetikleyebilir. Halsizlik ise günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak, bağımsızlık kaybı duygusunu artırabilir. Fiziksel görünümdeki değişiklikler, özellikle kadınlarda, öz saygıyı düşürerek depresyona yol açabilir. Bu fiziksel belirtiler, hastaların geleceğe dair umutlarını yitirmelerine ve yaşamdan kopukluk hissetmelerine neden olarak intihar düşüncelerini tetikleyebilir.

Türkiye’de yardım arama davranışını etkileyen faktörleri psikoonkoloji polikliniğine başvuran 566 hasta üzerinde araştıran bir klinik çalışmada kadınların psikiyatri başvurusunun erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Anuk ve ark., 2019). Bizim çalışmamızda ise cinsiyetler arasında PYAİTÖ toplam puanında anlamlı bir fark görülmedi. Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinin ve kültürel normların etkisini yansıtır olabilir. Ayrıca cinsiyetler arası yaygınlığı değişen kanser türlerinin ve tedavi süreçlerinin hastalar üzerindeki etkisinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Kadınların duygusal ifade ve sosyal destek arayışı konusunda daha açık olmaları da bu farkı açıklayabilir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada kentsel bölgede yaşayan kanser hastalarının psikolojik tedaviye başvuru oranlarının kırsal bölgede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yigitbas ve Bulut, 2024). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kentsel bölgede yaşayan hastaların yardım arama puanları kırsal bölgede yaşayanlara göre daha yüksek bulundu. Kırsal alanlarda, damgalama ve sınırlı kaynaklar gibi etkenler, yardım arama davranışını baskılayabilirken; kentsel bölgelerde daha fazla bilgiye erişim ve çeşitli hizmet seçenekleri, bireylerin psikolojik sorunları tanımlayıp yardım arama motivasyonunu artırmış olabilir. Ayrıca kentsel bölgede yaşayanların eğitim seviyelerinin daha yüksek olması bu

sonuçlarla ilişkili olabilir. Bu durum, kentsel alanlarda yaşayanların ruh sağlığına daha aktif bir şekilde yaklaştığını göstermekte ve her iki bölgede ruh sağlığı hizmetlerinin farklı yaklaşımlar gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

Yine bu çalışmada geniş ailelerde yaşayanların psikolojik yardım almaya yönelik daha açık tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (Yigitbas ve Bulut, 2024). Bizim çalışmamızda ise evdeki kişi sayısı arttıkça PYAİTÖ puanlarında anlamlı derecede düşüş olduğu gözlemlendi. Geniş ailelerde yaşamının sosyal destek, dayanışma gibi olumlu yönlerinin yanı sıra, kişisel alanın daralması, sosyal baskılar ve ekonomik zorluklar gibi olumsuz etkileri de psikolojik sağlığı olumsuz etkileyebilir. Kültürel farklılıklar, çalışma örneklemi ve yardım arama ölçeklerinin farklı olması bu durumu açıklamaya yardımcı olabilir.

Kanser hastaları ile yapılmış çalışmalarda benzeri bir araştırmaya rastlamamışken, genel popülasyon üzerinde yapılan araştırmalar, duygudurum ve anksiyete bozuklukları gibi komorbid psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin genellikle ruh sağlığı tedavisine daha fazla ihtiyaç duyduklarını ve bunun daha sonra yardım arama davranışlarını etkilediğini göstermektedir (Olfson ve ark., 2012). Çalışmamızda da kanser hastalığından sonra psikiyatrik şikâyeti olanlar ve psikiyatrik başvurusu olanların PYAİTÖ puanları olmayanlara göre daha yüksekti. Psikiyatrik şikayetleri olan bireyler arasında psikiyatrik yardım alma olasılığı, semptom şiddeti, komorbidite ve kişisel veya ailesel deneyimlerin ruh sağlığı sorunları ile etkileşimi nedeniyle belirgin şekilde daha yüksektir. Bu, kötüleşen koşullar potansiyelini azaltmak ve genel refahı teşvik etmek için ruh sağlığı ihtiyaçlarının zamanında ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Chesney ve ark., 2014).

Literatürde kanserli hastalarda psikiyatrik yardım arama davranışı ile ilgili çalışmalar çoğunlukla psikoonkoloji kliniğine başvuran hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamız ise onkoloji kliniğine başvuran kanserli hastaların tutumlarını değerlendirmektedir. Kore’de yapılan bir çalışmada psikoonkoloji birimine başvuran çoğu kanser grubunda depresif bozukluk en sık tanı idi; bununla birlikte, sindirim sistemi kanserli hastalar için uyku-uyanıklık bozukluğu (%30.7), depresif bozukluğa (%28.0) göre biraz daha yaygındı (Park ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda ise

HAM-D puanları ile PYAİTÖ puanları arasında bir ilişki bulunamadı. Ancak PYAİTÖ toplam puanı ile Hamilton Anksiyete ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Psikiyatrik bir semptomu olduğunu bildiren hastaların yardım aramayla ilgili düşüncelerinin daha olumlu olması beklenebilir. Bu durum, bireyin yaşadığı sıkıntıların farkında olması ve bu sıkıntıların kendi başına çözülemeyeceği düşüncesini benimsemesiyle ilişkili olabilir.

Tanıdan sonra erken ve geç dönem intihar riskini araştıran bir çalışma, psikiyatrik bakım öyküsü ile erken intihar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bu da psikiyatrik bozuklukların yaygın olmasına rağmen, her zaman yardım arama davranışına yol açmayabileceğini düşündürmektedir (Ahn ve ark., 2015). Bazı çalışmalarda hipotezimize uyumlu şekilde bu iki değişken arasında olumsuz yönde bir ilişki saptanmışken (Brebach ve ark., 2016; Parmet ve ark., 2023), Parmet ve arkadaşları tarafından yapılan bu çalışma ile bizim çalışmamızda da anlamlı fark bulunamadığı tespit edilmiştir. Bu durum kullanılan yöntemlerin, örneklem büyüklüklerinin ve hastaların kültürel farklılıklarının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Kanser tanısı, bireylerin yaşamlarında önemli bir dönüm noktası olup hem fiziksel hem de psikolojik olarak derin etkiler yaratmaktadır. Literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular, kanser hastalarında intihar riskini önemli ölçüde artıran bir dizi faktörün varlığını ortaya koymaktadır. Bu durum hem hastaların yaşam kalitelerini düşürmekte hem de sağlık sistemi üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Özellikle kanser hastalarıyla doğrudan etkileşimde bulunan sağlık çalışanları, bu risk faktörlerine karşı duyarlı olmalı ve hastalarında herhangi bir psikiyatrik semptom veya önemli bir risk faktörü tespit ettiklerinde vakit kaybetmeden psikiyatri uzmanlarına yönlendirmelidir. Bu sayede, hastaların intihar riskini azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmak için gerekli psikolojik destek hizmetlerine erişimleri sağlanabilir.

Çalışmamız, intihar riskini öngören faktörlerin yanı sıra, kanser hastalarında psikiyatrik yardım arama davranışını etkileyen faktörleri de incelemektedir. Bu çalışmanın önemli bir bulgusu, bazı hastaların psikiyatrik yardım arama konusunda

isteksiz davranmalaridir. Bu durum, hastaların psikiyatrik yardım almaya yönelik tutumlarını, sosyal destek düzeylerini ve hastalıkla ilgili algılarını yansıtmaktadır. Bu nedenle, psikiyatrik yardım aramaya daha isteksiz olan grupların belirlenmesi ve bu gruplara yönelik özel müdahale programlarının geliştirilmesi, kanser hastalarının ruh sağlığı hizmetlerine erişimini artırmak açısından büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, kanser hastalarında intihar riski, çok boyutlu bir sorun olup, bu riski azaltmak için multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Hem sağlık çalışanları hem de toplum olarak, kanser hastalarının psikolojik ihtiyaçlarına duyarlı olmalı ve onlara gerekli destek sağlanmalıdır. Bu sayede, kanser hastalarının yaşam kaliteleri artırılabilir ve intihar riski azaltılabilir.

6. KAYNAKLAR

- Abbey, G., Thompson, S. B., Hickish, T., ve Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology*, 24(4), 371-381. doi:10.1002/pon.3654
- Ahn, M. H., Park, S., Lee, H. B., Ramsey, C. M., Na, R., Kim, S. O., Kim, J. E., Yoon, S., ve Hong, J. P. (2015). Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*, 24(5), 601-607. doi:10.1002/pon.3705
- Akdemir, A., Türkçapar, M. H., Orsel, S. D., Demirergi, N., Dag, I., ve Ozbay, M. H. (2001). Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry*, 42(2), 161-165. doi:10.1053/comp.2001.19756
- Aldea, M., Craciun, L., Tomuleasa, C., ve Crivii, C. (2014). The role of depression and neuroimmune axis in the prognosis of cancer patients. *J buon*, 19(1), 5-14.
- American Psychiatric Association, D., ve Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5): American psychiatric association Washington, DC.
- Amiri, S., ve Behnezhad, S. (2020). Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 24(sup2), S94-S112. doi:10.1080/13811118.2019.1596182
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Bak, K., ve Somerfield, M. R. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605.
- Andriessen, K. (2006). On "intention" in the definition of suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 36(5), 533-538. doi:10.1521/suli.2006.36.5.533
- Anuk, D., Özkan, M., Kizir, A., ve Özkan, S. (2019). The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*, 19(1), 269. doi:10.1186/s12888-019-2251-z
- Baryshnikov, I., ve Isometsä, E. (2022). Psychological pain and suicidal behavior: A review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 981353.
- Bastien, C. H., Vallières, A., ve Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307.

Bidstrup, P. E., Johansen, C., ve Mitchell, A. J. (2011). Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncol*, 50(2), 194-204. doi:10.3109/0284186x.2010.533192

Bortolato, B., Hyphantis, T. N., Valpione, S., Perini, G., Maes, M., Morris, G., Kubera, M., Köhler, C. A., Fernandes, B. S., Stubbs, B., Pavlidis, N., ve Carvalho, A. F. (2017). Depression in cancer: The many biobehavioral pathways driving tumor progression. *Cancer Treat Rev*, 52, 58-70. doi:10.1016/j.ctrv.2016.11.004

Boysan, M., Gulec, M., Besiroglu, L., ve Kalafat, T. (2010). Psychometric properties of the Insomnia Severity Index in Turkish sample. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry*, 11(3).

Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D. S., Rhodes, P., ve Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psychooncology*, 25(8), 882-890. doi:10.1002/pon.4099

Brent, D. A., ve Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 157-177.

Brundin, L., Bryleva, E. Y., ve Thirtamara Rajamani, K. (2017). Role of inflammation in suicide: from mechanisms to treatment. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 271-283.

Butow, P., Price, M. A., Shaw, J. M., Turner, J., Clayton, J. M., Grimison, P., Rankin, N., ve Kirsten, L. (2015). Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*, 24(9), 987-1001. doi:10.1002/pon.3920

Büttner-Teleagă, A., Kim, Y. T., Osel, T., ve Richter, K. (2021). Sleep Disorders in Cancer-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(21). doi:10.3390/ijerph182111696

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J. S., Specia, M., Tillotson, L., ve Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*, 90(12), 2297-2304. doi:10.1038/sj.bjc.6601887

Chang, T.-G., Hung, C.-C., Huang, P.-C., Hsu, C.-Y., ve Yen, T.-T. (2022). Demoralization and its association with quality of life, sleep quality, spiritual interests, and suicide risk in breast cancer inpatients: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12815.

Chen, Q., Bai, H., Wu, W., Huang, G., Li, Y., Wu, M., Tang, G., ve Ping, Y. (2019). Bioengineering bacterial vesicle-coated polymeric nanomedicine for enhanced cancer immunotherapy and metastasis prevention. *Nano letters*, 20(1), 11-21.

Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., ve Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74.

Chesney, E., Goodwin, G. M., ve Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. doi:10.1002/wps.20128

Chojnacka-Szawłowska, G., Majkiewicz, M., Basiński, K., Zdun-Ryżewska, A., Wasilewko, I., ve Pankiewicz, P. (2017). Knowledge of cancer symptoms and anxiety affect patient delay in seeking diagnosis in patients with heterogeneous cancer locations. *Curr Probl Cancer*, 41(1), 64-70. doi:10.1016/j.crrproblcancer.2016.10.001

Cohen, A., Ianovski, L. E., Frenkiel, S., Hier, M., Zeitouni, A., Kost, K., Mlynarek, A., Richardson, K., Black, M., ve MacDonald, C. (2018). Barriers to psychosocial oncology service utilization in patients newly diagnosed with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2786-2793.

Cole, T. B., Bowling, J. M., Patetta, M. J., ve Blazer, D. G. (2014). Risk factors for suicide among older adults with cancer. *Aging & mental health*, 18(7), 854-860.

Currier, M. B. (2014). The interface of psychiatry and oncology. *Int Rev Psychiatry*, 26(1), 1-3. doi:10.3109/09540261.2013.871800

Currier, M. B., ve Nemeroff, C. B. (2014). Depression as a risk factor for cancer: from pathophysiological advances to treatment implications. *Annu Rev Med*, 65, 203-221. doi:10.1146/annurev-med-061212-171507

Çamsarı, U. M., ve Babalıoğlu, M. (2016). [Letter to the Editor: Brief History Of Consultation-Liaison Psychiatry, Its Current Status And Training In Modern Psychiatry: A Perspective From The United States]. *Turk Psikiyatri Derg*, 27(4), 290-294.

Davis, L. E., Bogner, E., Coburn, N. G., Hanna, T. P., Kurdyak, P., Groome, P. A., ve Mahar, A. L. (2020). Stage at diagnosis and survival in patients with cancer and a pre-existing mental illness: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 74(1), 84-94.

DeGuzman, P. B., Vogel, D. L., Bernacchi, V., Scudder, M. A., ve Jameson, M. J. (2022). Self-reliance, social norms, and self-stigma as barriers to psychosocial help-seeking among Rural Cancer survivors with Cancer-related distress: qualitative interview study. *JMIR Formative Research*, 6(5), e33262.

Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., ve Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(6), 601-612.

Du, L., Shi, H. Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Jin, X. H., Yan, Q., Fu, X. L., Song, Y. P., Cai, J. Y., ve Chen, H. L. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 276, 711-719. doi:10.1016/j.jad.2020.07.082

Dushaj, A. (2023). THE ROLE OF PUBLIC AND INTERNALIZED STIGMA ON SEEKING PSYCHOLOGICAL HELP: A STUDY TARGETING ALBANIAN YOUTH.

Elhai, J. D., Schweinle, W., ve Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry Res*, 159(3), 320-329. doi:10.1016/j.psychres.2007.04.020

Fischer, E. H., ve Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of college student development*.

Fischer, E. H., ve Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35(1p1), 79.

Gascon, B., Leung, Y., Espin-Garcia, O., Rodin, G., Chu, D., ve Li, M. (2021). Suicide Risk Screening and Suicide Prevention in Patients With Cancer. *JNCI Cancer Spectr*, 5(4). doi:10.1093/jncics/pkab057

Götze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., ve Mehnert, A. (2020). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 28(1), 211-220. doi:10.1007/s00520-019-04805-1

Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29, e89. doi:10.1017/s2045796019000829

Grassi, L., ve Riba, M. (2012). *Clinical psycho-oncology: an international perspective*: John Wiley & Sons.

Grover, S., ve Naskar, C. (2023). Models of Consultation-Liaison Psychiatry: A Scoping Review. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 28(2), 116-125. doi:10.4103/jmhbb.jmhbb_298_22

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32(1), 50-55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.

Hany, M., Rehman, B., Azhar, Y., ve Chapman, J. (2024). Schizophrenia. In *StatPearls*. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Baryiah Rehman declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Yusra Azhar declares no relevant financial relationships with ineligible companies.

Disclosure: Jennifer Chapman declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing

Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.

Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., ve Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med*, 28(4), 852-859. doi:10.1038/s41591-022-01745-y

Henry, G. W. (1929). Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *American Journal of Psychiatry*, 86(3), 481-499.

Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., ve Pitman, A. (2019). Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA psychiatry*, 76(1), 51-60. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3181

Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med*, 64(2), 206-221. doi:10.1097/00006842-200203000-00004

Hyer, J. M., Kelly, E. P., Paredes, A. Z., Tsilimigras, D. I., Diaz, A., ve Pawlik, T. M. (2021). Mental illness is associated with increased risk of suicidal ideation among cancer surgical patients. *Am J Surg*, 222(1), 126-132. doi:10.1016/j.amjsurg.2020.10.028

Iswanto, E. D., ve Ayubi, D. (2023). The relationship of mental health literacy to help-seeking behavior: systematic review. *Journal of Social Research*, 2(3), 755-764.

Jayakrishnan, T. T., Sekigami, Y., Rajeev, R., Gamblin, T. C., ve Turaga, K. K. (2017). Morbidity of curative cancer surgery and suicide risk. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1792-1798.

Kahn, G. D., Tam, S. H., Felton, J. W., Westphal, J., Simon, G. E., Owen-Smith, A. A., Rossom, R. C., Beck, A. L., Lynch, F. L., Daida, Y. G., Lu, C. Y., Waring, S., Frank, C. B., Akinyemi, E. O., ve Ahmedani, B. K. (2023). Cancer and psychiatric diagnoses in the year preceding suicide. *Cancer Med*, 12(3), 3601-3609. doi:10.1002/cam4.5201

Kang, J., Lim, J., Lee, J., ve Shin, J. Y. (2024). Suicide Rates and Subgroups With Elevated Suicide Risk Among Patients With Psychiatric Disorders: A Nationwide Cohort Study in Korea. *J Korean Med Sci*, 39(39), e264. doi:10.3346/jkms.2024.39.e264

Karam, A., Ledermann, J., Kim, J.-W., Sehouli, J., Lu, K., Gourley, C., Katsumata, N., Burger, R., Nam, B.-H., ve Bacon, M. (2017). Fifth ovarian cancer consensus conference of the gynecologic cancer intergroup: first-line interventions. *Annals of Oncology*, 28(4), 711-717.

Katayama, E. S., Moazzam, Z., Woldesenbet, S., Lima, H. A., Endo, Y., Azap, L., Yang, J., Dillhoff, M., Ejaz, A., Cloyd, J., ve Pawlik, T. M. (2023). Suicidal Ideation Among Patients with Gastrointestinal Cancer. *Ann Surg Oncol*, 30(7), 3929-3938. doi:10.1245/s10434-023-13471-x

Kayser, K., Brydon, D. M., Moon, H., ve Zebrack, B. (2020). Institutional capacity to provide psychosocial care in cancer programs: Addressing barriers to delivering quality cancer care. *Psycho-Oncology*, 29(12), 1995-2002.

Kilincaslan, A., Gunes, A., Eskin, M., ve Madan, A. (2019). Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogeneous sample of adolescents in Turkey. *Int J Psychiatry Med*, 54(2), 115-132. doi:10.1177/0091217418791454

King, C. A., ve Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181-196.

Köroğlu, E. (2012). *Klinik psikiyatri*: HYB Yayıncılık.

Kübler-Ross, E. (2010). OLUM VE ÖLMEK ÜZERİNE.

Kübler-Ross, E., Wessler, S., ve Avioli, L. V. (1972). On death and dying. *Jama*, 221(2), 174-179. doi:10.1001/jama.1972.03200150040010

Lai, Q., Huang, H., Zhu, Y., Shu, S., Chen, Y., Luo, Y., Zhang, L., ve Yang, Z. (2022). Incidence and risk factors for suicidal ideation in a sample of Chinese patients with mixed cancer types. *Support Care Cancer*, 30(12), 9811-9821. doi:10.1007/s00520-022-07386-8

Latas, M., Vučinić Latas, D., ve Spasić Stojaković, M. (2019). Anxiety disorders and medical illness comorbidity and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry*, 32(5), 429-434. doi:10.1097/ycp.0000000000000527

Lawrence, R. A., McLoone, J. K., Wakefield, C. E., ve Cohn, R. J. (2016). Primary care physicians' perspectives of their role in cancer care: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 31, 1222-1236.

Lazenby, M., Ercolano, E., Grant, M., Holland, J. C., Jacobsen, P. B., ve McCorkle, R. (2015). Supporting commission on cancer-mandated psychosocial distress screening with implementation strategies. *J Oncol Pract*, 11(3), e413-420. doi:10.1200/jop.2014.002816

Li, H., Fu, R., Zou, Y., ve Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among Chinese college students. *Frontiers in psychology*, 8, 1550.

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., ve Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*, 141(2-3), 343-351. doi:10.1016/j.jad.2012.03.025

Lipowski, Z. J. (1986). Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry*, 8(5), 305-315. doi:10.1016/0163-8343(86)90046-0

Lipowski, Z. J. (1991). Consultation-liaison psychiatry 1990. *Psychother Psychosom*, 55(2-4), 62-68. doi:10.1159/000288410

Llorente, M. D., Burke, M., Gregory, G. R., Bosworth, H. B., Grambow, S. C., Horner, R. D., Golden, A., ve Olsen, E. J. (2005). Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(3), 195-201. doi:10.1176/appi.ajgp.13.3.195

Madianos, M. G., Zartaloudi, A., Alevizopoulos, G., ve Katostaras, T. (2011). Attitudes toward help-seeking and duration of untreated mental disorders in a sectorized Athens area of Greece. *Community mental health journal*, 47, 583-593.

Maeshima, L. S., ve Parent, M. C. (2022). Mental health stigma and professional help-seeking behaviors among Asian American and Asian international students. *Journal of American College Health*, 70(6), 1761-1767.

Malhi, G. S., ve Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet*, 392(10161), 2299-2312. doi:10.1016/s0140-6736(18)31948-2

Marder, S. R., ve Cannon, T. D. (2019). Schizophrenia. *N Engl J Med*, 381(18), 1753-1761. doi:10.1056/NEJMra1808803

Maris, R. W., Berman, A. L., Maltzberger, J. T., ve Yufit, R. I. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. Paper presented at the This volume is based on a workshop entitled "Assessment and Prediction of Suicide" held at the 1990 annual meeting of the American Association of Suicidology (ASS) in New Orleans, Louisiana.

Mechanic, D. (1962). Students under stress: A study of the social psychology of adaptation.

Mechanic, D. (1982). Symptoms, illness behavior, and help-seeking. (*No Title*).

Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Sommerfeldt, S., Szalai, C., Wittchen, H. U., ve Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*, 32(31), 3540-3546. doi:10.1200/jco.2014.56.0086

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., ve Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12(2), 160-174. doi:10.1016/s1470-2045(11)70002-x

MK, Y. (1998). Hamilton anxiety rating scale: interrater reliability and validity study. *Turk J Psychiatry*, 9, 114-117.

MR, H. M. H., Thomas, T. M. T. T. M., ve George, S. G. S. (2022). The Impact of Perceived Social Support on Mental Health Stigma and Professional Help-Seeking Behavior among College Teachers in Kerala, India.

Mullins, N., Bigdeli, T. B., Børghlum, A. D., Coleman, J. R., Demontis, D., Fanous, A. H., Mehta, D., Power, R. A., Ripke, S., ve Stahl, E. A. (2019). Genome-wide association study of suicide attempt in psychiatric disorders identifies association with major depression polygenic risk scores. *The American journal of psychiatry*, 176(8), 651.

Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313-322.

Nordentoft, M., Plana-Ripoll, O., ve Laursen, T. M. (2021). Cancer and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 34(3), 260-265. doi:10.1097/ycp.0000000000000697

Odağ, C. (1995). intihar (özkıyım) tanım-kuram-sağaltım. *İzmir Psikiyatri Derneği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir*.

Olfson, M., Liu, S. M., Grant, B. F., ve Blanco, C. (2012). Influence of comorbid mental disorders on time to seeking treatment for major depressive disorder. *Med Care*, 50(3), 227-232. doi:10.1097/MLR.0b013e318241eb5e

Osazuwa-Peters, N., Simpson, M. C., Zhao, L., Boakye, E. A., Olomukoro, S. I., Deshields, T., Loux, T. M., Varvares, M. A., ve Schootman, M. (2018). Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer*, 124(20), 4072-4079. doi:10.1002/cncr.31675

Özsoy, F., Taşcı, G., Kulu, M., Okan, F., Yılmaz, S., Korkmaz, S., ve Atmaca, M. (2022). Stigmas and childhood traumas associated with psychological help-seeking in suicide attempted individuals. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2970-2977.

Özyıldırım Koç, B., Güler, Ö., ve Yücens, B. (2021). AKCİĞER, KOLOREKTAL VE BAŞ-BOYUN KANSERİ OLAN HASTALARDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE İNTİHAR OLASILIĞI. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Kocatepe Tıp Dergisi*.

Park, C. H. K., Kim, H., Kim, Y., ve Joo, Y. H. (2021). Characteristics of Patients Presenting to a Psycho-Oncology Outpatient Clinic. *Psychiatry Investig*, 18(8), 743-754. doi:10.30773/pi.2021.0093

Parmet, T., Yusuf, M., Braun, I. M., Pirl, W. F., Matlock, D. D., ve Sannes, T. S. (2023). Willingness toward psychosocial support during cancer treatment: a critical yet challenging construct in psychosocial care. *Transl Behav Med*, 13(7), 511-517. doi:10.1093/tbm/ibac121

Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., ve Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet*, 397(10277), 914-927. doi:10.1016/s0140-6736(21)00359-7

Pham, T. T., Talukder, A. M., Walsh, N. J., Lawson, A. G., Jones, A. J., Bishop, J. L., ve Kruse, E. J. (2019). Clinical and epidemiological factors associated with suicide in colorectal cancer. *Support Care Cancer*, 27(2), 617-621. doi:10.1007/s00520-018-4354-3

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., ve Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 361.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., ve Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Rakoff, J., Chavarria, J., Hamilton, H. A., ve Elton-Marshall, T. (2023). Cross-sectional study of factors associated with suicide ideation in ontario adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 68(5), 327-337.

Ramos, K., ve Stanley, M. A. (2020). Anxiety Disorders in Late Life. *Clin Geriatr Med*, 36(2), 237-246. doi:10.1016/j.cger.2019.11.005

Rickwood, D., ve Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychol Res Behav Manag*, 5, 173-183. doi:10.2147/prbm.S38707

Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., ve Murray, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of forensic sciences*, 33(6), 1445-1456.

Saad, A. M., Gad, M. M., Al-Husseini, M. J., AlKhayat, M. A., Rachid, A., Alfaar, A. S., ve Hamoda, H. M. (2019). Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*, 125(6), 972-979. doi:10.1002/cncr.31876

Samawi, H. H., Shaheen, A. A., Tang, P. A., Heng, D. Y. C., Cheung, W. Y., ve Vickers, M. M. (2017). Risk and predictors of suicide in colorectal cancer patients: a Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis. *Curr Oncol*, 24(6), e513-e517. doi:10.3747/co.24.3713

Santoso, A. M., Jansen, F., de Vries, R., Leemans, C. R., van Straten, A., ve Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Prevalence of sleep disturbances among head and neck cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 47, 62-73.

Schulz-Kindermann, F. (2013). *Psychoonkologie*: Beltz.

Seitschek, D., Sulz-Lehar, N., ve Sebesta, C. (2023). [Psychooncology-part of a comprehensive oncological treatment]. *Wien Med Wochenschr*, 173(9-10), 206-208. doi:10.1007/s10354-022-00968-5

Seitschek, D., Sulz-Lehar, N., ve Sebesta, C. (2023). Psychoonkologie – Bestandteil einer umfassenden onkologischen Behandlung. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 173(9), 206-208. doi:10.1007/s10354-022-00968-5

Shih, C. A., Huang, J. H., ve Yang, M. H. (2022). Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. *Asian J Psychiatr*, 73, 103171. doi:10.1016/j.ajp.2022.103171

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., ve Jemal, A. (2022). Cancer statistics, 2022. *CA: a cancer journal for clinicians*, 72(1).

Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncol Lett*, 9(4), 1509-1514. doi:10.3892/ol.2015.2944

Tong, H. H., Li, J. R., Feng, Y., Li, S. W., Qiu, H., ve Hong, J. F. (2023). The Association Between Sleep Disturbance and Proinflammatory Markers in Patients With Cancer: A Meta-analysis. *Cancer Nurs*, 46(2), E91-e98. doi:10.1097/ncc.0000000000001055

Topkaya, N. (2011). Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi. *Ege Üniversitesi, İzmir*.

Turecki, G. (2001). Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar disorders*, 3(6), 335-349.

Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T. F., Galea, S., ve Bovbjerg, D. H. (2015). Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *PLoS One*, 10(6), e0129169. doi:10.1371/journal.pone.0129169

Wagner, L. I., Spiegel, D., ve Pearman, T. (2013). Using the science of psychosocial care to implement the new american college of surgeons commission on cancer distress screening standard. *J Natl Compr Canc Netw*, 11(2), 214-221. doi:10.6004/jnccn.2013.0028

Watzke, B., Schulz, H., Koch, U., ve Mehnert, A. (2008). Psychotherapeutische Versorgung in der Onkologie. *Psychotherapeutenjournal*(4), 328-336.

Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45(8), 742-747. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800320058007

Wong, R. L., El-Jawahri, A., D'Arpino, S. M., Fuh, C. X., Johnson, P. C., Lage, D. E., Irwin, K. E., Pirl, W. F., Traeger, L., Cashavelly, B. J., Jackson, V. A., Greer, J. A., Ryan, D. P., Hochberg, E. P., Temel, J. S., ve Nipp, R. D. (2019). Use of

Antidepressant Medications Moderates the Relationship Between Depressive Symptoms and Hospital Length of Stay in Patients with Advanced Cancer. *Oncologist*, 24(1), 117-124. doi:10.1634/theoncologist.2018-0096

Wootten, J. C., Wiener, J. C., Blanchette, P. S., ve Anderson, K. K. (2022). Cancer incidence and stage at diagnosis among people with psychotic disorders: Systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol*, 80, 102233. doi:10.1016/j.canep.2022.102233

Yalvac, H. D., ve Sahiner, İ. V. (2014). Kanserde Yorgunluk ve Ağrı. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 7(4), 39-43.

Yang, B., ve Clum, G. A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 183-198.

Yigitbas, C., ve Bulut, A. (2024). Exploring psychological help-seeking behaviors and stigma perception among cancer patients: a study on their impact on psychosocial adjustment. *Support Care Cancer*, 32(10), 694. doi:10.1007/s00520-024-08870-z

Yusufov, M., Rossi, J. S., Grebstein, L., Redding, C. A., Ferszt, G. G., ve Prochaska, J. O. (2019). Measures of psychosocial care utilization in a national sample of cancer patients. *J Consult Clin Psychol*, 87(3), 234-245. doi:10.1037/ccp0000369

Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., ve Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature communications*, 10(1), 207.

7. EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.06.2023-E.258150

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-258150 – 218
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası

23.06.2023

Sayın Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 15.06.2023 tarih ve 218 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Kolorektal Kanserli Hastalarda İntihar Düşüncesi ve Psikiyatrik Yardım Arama Davranışı**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aşlı ile Aynıdır
23.06.2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSUKR386F5 Pin Kodu :33242
Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebl/cK=5783&eD=BSUKR386F5&eS=258150>

Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İşçi



EK-2: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı: _____ Telefon no: _____ boy: _____ kilo: _____ BMI: _____ Hasta no: _____

1. Yaş: _____

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni Durum: 1. Bekar 2. Partneri var 3. Evli 4. Boşanmış/Dul

4. Yaşadığı Yer: 1. Kırsal 2. Kentsel

5. Göç öyküsü: 1. Yok 2. Var: **5a)**Hastalık sebebiyle göç: _____

6. Kimlerle yaşıyor: 1. Yalnız 2. Sadece eş 3. Eş ve çocuklar 4. Anne-baba 5. Diğer

6a)Evde toplam yaşayan kişi sayısı: ...

7. Eğitim Düzeyi: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlköğretim
4. Lise 5. Yüksekokul/üniversite

8. İş: 1. Çalışmıyor 2. İşçi 3. Memur 4. Esnaf 5. Çiftçi 6. Ev hanımı 7. Öğrenci 8 Emekli 9. diğer...

9. Aile geliri (aylık): _____

10. Herhangi fiziksel (tıbbi) hastalık/ameliyat: 1. Yok 2. Var ise: _____

10a) Fiziksel bir hastalık var ise kullanılan ilaçlar: ...

11. Ailede (birinci ve/veya ikinci dereceden yakınlar) kronik fiziksel hastalık öyküsü:
1. Yok 2. Var ise: _____

12. Ailede ruhsal hastalık öyküsü: 1. Yok 2. Var ise: _____

13. Alkol kullanımı: 1. Yok 2. Var 3. Geçmişte: _____

13a) Alkol süre:yıl **13b)** miktar: adet/gün

14. Madde kullanımı: 1. Yok 2. Var 3. Geçmişte: _____

14a) Madde süre:yıl **14b)** miktar: adet/gün

15. Sigara kullanımı: 1. Yok 2. Var 3. Geçmişte: _____

15a) Sigara süre:yıl **15b)** miktar: adet/gün

16. Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü: 1. Yok 2. Var ise(tanı/tedavi): _____

17. Hastalık sürecinde psikiyatrik şikayetiniz oldu mu? 1. Yok 2. Var

17a) Var ise psikiyatri başvurusu oldu mu? 1. Yok 2. Var

17b) Psikiyatrik ilaç kullanımı? 1. Yok 2. Var

18. Psikiyatrik tedaviye devam ediyor mu? 1. Evet 2. Hayır **18a)** Hayır ise nedeni:

19. Halen devam etmekte olan psikiyatrik ilaç var mı? 1.Yok 2.Var ise: _____

20. Psikoterapi: 1. Yok 2. Var

21. EKT öyküsü: 1. Yok 2. Var

22. Geleneksel yöntemler: 1. Yok 2. Var

23. Birinci dereceden yakınlar intihar öyküsü: 1. Yok 2. Var **25a)** Şekli:....

24. Mevcut kanser tanısını bilip bilmeme 1. Biliyor 2. Bilmiyor (*Biliyor ise; sonraki 2 soru cevaplanacak*)

25. Kimden öğrendiği: 1. Doktorundan 2. Aile bireyinden 3. Arkadaşından 4. Diğer

26. Hastalığı öğrendiğinde yanında kim vardı? 1. Yalnız 2. Aile bireyi 3. Arkadaş

27. Şu an ki hastalık durumu? 1. Hasta ve tedavi edilmekte 2. Tekrarladı

28. Metastaz 1. Yok 2. Var

29. **31a)**Hastalığın evresi: 1. Erken 2. İleri **31b)**Hastanın algıladığı evre: 1. Erken 2. İleri

30. Teşhisten bu yana kadar geçen süre (ay)? _____

31. Hastalık sebebiyle ameliyat oldu mu? 1. Yok 2. Var ise; kaç kere/ne zaman?

32. **32a)**Hastaneye yatış sayısı:..... **32b)**Hastanede en uzun kalma süresi?

33. Hastalığınız veya tedaviniz günlük hayatınıza bir engel oluşturdu mu?:(1-10)

34. Ağrı şikayeti hayatınızı ne kadar etkiledi?:(1-10)

35. Bulantı kusma gibi şikayetler hayatınızı ne kadar etkiledi?:(1-10)

36. Halsizlik gibi şikayetler hayatınızı ne kadar etkiledi?:(1-10)

37. Görünümsel değişiklikler hayatınızı ne kadar etkiledi?:(1-10)

38. Hastalığa yönelik ilk tepki: 1. Tepki yok 2. Korku 3. Üzüntü 4. Pişmanlık 5. Öfke
6. Suçluluk 7. İnkâr 8. Diğer

39. Genel olarak aileden gördüğü destek: 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

40. Genel olarak arkadaşlarından gördüğü destek: 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
41. HAM-D puanı:
42. HAM-A puanı:
43. Uykusuzluk şiddeti indeksi puanı:
44. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği puanı:
45. Columbia-İntihar Şiddet Derecelendirme Ölçeği puanı:



EK-3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)	0• Yok 1• Yalnızca sorulan cevaplarken anlaşıyor. 2• Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3• Hasta bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor. 4• Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları	0• Yok 1• Kendi kendini knıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2• Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor. 3• Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları. 4• Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar	0• Yok 1• Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2• Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor. 3• İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor. 4• İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
4. Uykuya dalamamak	0• Bu konuda zorluk çekmiyor. 1• Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi. 2• Gece boyu gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.
5. Gece yarısı uyanmak	0• Herhangi bir sorunu yok. 1• Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi. 2• Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)
6. Sabah erken uyanmak	0• Herhangi bir sorunu yok. 1• Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor. 2• Sabah erkenden uyanıp sonra tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler	0• Herhangi bir sorunu yok. 1• Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2• Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.) 3• Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. 4• Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)	0• Düşünceleri ve konuşması normal. 1• Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2• Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3• Görüşmeyi yapabilmek çok zor. 4• Tam stuporda.

EK-3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (devam)

9. Ajitasyon	0• Yok 1• Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiyor. 2• Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.	
10. Psikik anksiyete	0• Herhangi bir sorun yok. 1• Subjektif gerilim ve irritabilite 2• Küçük şeylere üzüleniyor. 3• Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4• Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.	
11. Somatik anksiyete	0• Yok 1• Hafif 2• İlimli 3• Şiddetli 4• Çok şiddetli	Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal: Ağız kurması, yellenme sindirim bozukluğu, kramp, geğirme Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme
12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	0• Yok 1• İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2• Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.	
13. Somatik semptomlar Genel	0• Yok 1• Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2• Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.	
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	0• Yok 1• Hafif 2• Şiddetli 3• Anlaşılmadı	
15. Hipokondriyaklık	0• Yok 1• Kuruntulu 2• Aklını sağlık konularına takmış durumda 3• Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4• Hipokondriyaklık delüzyonları	
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0• Kilo kaybı yok 1• Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama 2• Kesin (hastaya göre) kilo kaybı	B.Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde. 0• Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama 1• Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama
17. Durumu hakkında görüşü	0• Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde 1• Hastalığını biliyor ama bunu iklim, kötü yiyecekler, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2• Hasta olduğunu kabul etmiyor.	

EK-4: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

Birini İşaretleyin

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgı yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

EK-4: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) (devam)

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kınışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:
(1,2,3,5,6)

SOMATİK
(4,7,8,9,10,11,12,13)

EK-5: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İSDÖ)

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	Geçen Ay
1. Ölme İsteği Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalıp bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor. Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istediniz mi? Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/intihar etme (örneğin: "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü? Eğer yanıt evetse, tanımlayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Plansız) Aktif İntihar Düşünceleri Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi "Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamadım" gibi ifadeler kullanabilir. Bunu nasıl yapabileceğinizi üzerinde düşünüyor muydunuz? Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri Kişi "intihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım" sözünün aksine biraz eyleme dökme niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir. Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi? Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirmeye ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır. Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirmeye niyetiniz var mı? Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU			
Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun.		En Şiddetli	En Şiddetli
Ömür Boyu -	En Şiddetli Düşünce: _____ Tip No (1-5)	Düşüncelerin Tanımı	
Geçen Ay -	En Şiddetli Düşünce: _____ Tip No (1-5)	Düşüncelerin Tanımı	
Sıklığı Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti? (1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada 2-5 defa (4) Her gün ya da hemen hemen her gün (5) Her gün birçok defa			
Süresi Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor? (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (2) 1 saatten az / bazen (3) 1-4 saat / çoğu zaman (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir şekilde veya sürekli			
Kontrol Edilebilirlik Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabildiniz mi? (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (6) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz			

EK-5: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) (devam)

Caydırıcılar Ölmeyi istemenizi durduran ya da intihar etme düşüncelerinizi gerçekleştirmenize engel olan şeyler – herhangi birisi ya da herhangi bir şey (örneğin aile, din, ölüm acısı) – var mı? (1) Bunlar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi (2) Bunlar muhtemelen sizi engelledi (3) Bunların sizi engelleyip engellemediği belli değil (4) Bunlar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi (5) Bunlar sizi kesinlikle engellemedi (0) Geçerli değil	_____	_____
Düşüncelerin Nedenleri Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı? Çektiğiniz acıyı bitirmek ya da bu şekilde hissetmeye bir son vermek (başka bir deyişle, bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğiniz) miydi yoksa başkalarının dikkatini çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da her ikisi miydi? (1) Tamamen dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (2) Çoğunlukla dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (3) Dikkat çekmek/başkalarından intikam ya da tepki almak ve acıya son vermek/acıyı durdurmak eşit ölçüde etkili (4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (5) Tamamen acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (0) Geçerli değil	_____	_____
İNTİHAR DAVRANIŞI	Ömür Boyu	Son 3 ay
(Aşağıdakiler ayrı durumlar olduğu sürece tüm biçimleri sorarak uygun biçimde işaretleyin)		
Gerçek Girişim: Bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunma. Davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Niyet %100 olmak zorunda değildir. Eğer eylemle ilgili herhangi bir ölme niyeti /arzusu varsa, bu gerçek bir intihar girişimi olduğu düşünülür. Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez, sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir. Eğer kişi tabanca şakağındayken tetiği çekerse fakat tabanca bozuk olduğundan yaralanma olmasa da bu bir intihar girişimi olarak değerlendirilir. <i>Niyeti tahmin etme:</i> Kişi ölme niyetini/isteğini inkâr etse bile, davranışlarından ya da koşullardan intihar niyeti klinik olarak anlaşılabilir. Örneğin, kaza olmadığı açıkça belli olan, oldukça yüksek derecede ölümcül bir eylem söz konusu olduğunda intihar dışında bir niyetin olmadığı anlaşılabilir (kafaya ateş etmek, yüksek bir katın penceresinden atlamak gibi). Ayrıca, kişi ölme niyetini inkâr etse bile yaptığı şeyin öldürücü olabileceğini düşünüyorsa bu intihar/ölme niyeti olarak değerlendirilir. İntihar girişiminde bulundunuz mu? Kendinize zarar verecek herhangi bir şey yaptınız mı? Sizi öldürebilecek kadar tehlikeli herhangi bir şey yaptınız mı? Ne yaptınız? _____ davranışını hayatınızı sonlandırmanın bir yolu olarak mı yaptınız? _____ davranışını gerçekleştirirken (az da olsa) ölmek istediniz mi? _____ davranışını yaparken hayatınızı sonlandırmaya mı çalışıyordunuz? Veya _____ davranışını nedeniyle ölebileceğinizi düşündünüz mü? Ya da kendinizi öldürmekle ilgili HERHANGİ bir niyetiniz olmadan, tamamen başka nedenlerden (stresi hafifletmek, daha iyi hissetmek, diğerlerinin ilgisini çekmek ya da başka bir şeyin olmasını sağlamak için) mi yaptınız? (İntihar niyeti olmadan kendini yaralama eylemi.) Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐ Girişimlerin toplam sayısı _____	Evet Hayır ☐ ☐ Girişimlerin toplam sayısı _____
Kişi İntihar Niyeti Olmadan Kendini Yaralama Eyleminde Bulunmuş mudur?	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
Engellenen Girişim: Kişinin kendine zarar verme ihtimali bulunan bir eyleme başlamadan önce bir dış koşul tarafından engellenmesi (o koşul olmasa, gerçek intihar girişimi meydana gelecekti). Aşırı doz alımı: Kişinin elinde haplar vardır fakat yutmaktan alıkonulmuştur. Haplardan herhangi birini içtiğinde, bu yanda kesilmiş bir eylemden ziyade gerçek bir eyleme dönüşür. Vurma (silahla): Kişinin kendine doğrulttuğu bir tabancası vardır, tabanca birisi tarafından elinden alınır ya da bir şekilde tetiği çekmesi önlenir. Bir kez tetiği çekerse, tabanca ateş almasa bile, bu bir intihar girişimidir. Atlama: Kişi yüksekten atlamak üzere hazırlanmıştır, fakat tutularak aşağı indirilir. Asma: Kişi ilmeği boynunun etrafına geçirir fakat henüz kendini asmaya başlamamıştır – eylemi yapması engellenir. Hayatınıza son vermek için bir şey yapmaya başladığınız ancak birisinin ya da bir şeyin siz bir şey yapmadan önce sizi durdurduğu bir zaman oldu mu? Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐ Yanda kesilen girişimlerin toplam sayısı _____	Evet Hayır ☐ ☐ Yanda kesilen girişimlerin toplam sayısı _____

EK-5: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) (devam)

Durdurulan Girişim: Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. <i>Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____	Evet Hayır ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar: Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir. <i>Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
İntihar davranışı: Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın		En Son Girişim Tarihi:	En Ölümcül Girişim Tarihi:
Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar 0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler). 1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar). 2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması). 3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; <i>tıbbi</i> nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar). 4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren <i>tıbbi</i> hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar). 5. Ölüm		Kod Girin _____	Kod Girin _____
Potansiyel Ölümcüllük: Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir: tabancayı ağızına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi). 0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur 1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur 2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümle sonuçlanma olasılığı vardır		Kod Girin _____	Kod Girin _____

EK-6: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form (PYAİTÖ-KF)

PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ-KISA FORM

Lütfen, ölçeğin maddelerinde yer alan ifadelerle katılma düzeyinizi, her maddenin karşısında bulunan numaralardan birini yandaki düzeylere göre işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Akıl sağlığında bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilk tercihim bir uzmandan yardım almak olur.	1	2	3	4
2.	Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor.	1	2	3	4
3.	Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam, psikoterapi olarak rahatlayabileceğimden eminim.	1	2	3	4
4.	Bir kişinin, gerektiği hâlde bir uzmandan yardım almadan çatışmalarıyla ve korkularıyla baş etmeyi istemesi takdir edilecek bir tutumdur.	1	2	3	4
5.	Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardım almayı isterim.	1	2	3	4
6.	Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim.	1	2	3	4
7.	Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım alarak çözebilir.	1	2	3	4
8.	Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeri benim için şüphelidir.	1	2	3	4
9.	Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almak başvurulacak son çare olmalıdır.	1	2	3	4
10.	Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genellikle kendi kendine çözülürler.	1	2	3	4

EK-7: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

İsim: _____

Tarih: _____

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok memnun	Memnun	Nötr	Memnun değil	Hiç memnun değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle engelleyici değil	Biraz engelleyici	Oldukça engelleyici	Çok engelleyici	Çok fazla engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle fark edilemez	Biraz fark edilebilir	Oldukça fark edilebilir	Çok fark edilebilir	Çok fazla fark edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle endişelendirmiyor	Biraz endişelendiriyor	Oldukça endişelendiriyor	Çok endişelendiriyor	Çok fazla endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Puanlama/Yorumlama Yönergesi:

Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = _____

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

- 0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)
22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Sema	Soyadı	ŞAHİN ERDEM
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T. C.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre (Yıl - Yıl)
1. Pratisyen Hekim			
2. Asistan Hekim			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma