

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI ELM VƏ TƏHSİL NAZİRLİYİ  
XƏZƏR UNIVERSİTETİ

TƏBİƏT ELMLƏRİ, SƏNƏT VƏ TEXNOLOGİYA YÜKSƏK TƏHSİL FAKÜLTƏSİ

İstiqamətin şifri və adı

060209 Psixologiya

İxtisaslaşmanın adı

Klinik Psixologiya

Psixologiya kafedrasının magistrantı

Aynur Xosrəvi Bəcəmir Moçtaba qızının

Magistr dərəcəsi almaq üçün

XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİNDƏN ƏZİYYƏT ÇƏKƏN ŞƏXSLƏRİN YAXINLARINDA  
DEPRESSİYA VƏ TƏŞVİŞ SƏVİYYƏLƏRİNİN TƏHLİLİ

mövzusunda

DİSSERTASIYA İŞİ

Elmi rəhbər: P.ü.f.d Nigar Nəsirova

İyun 2023

# XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİNDƏN ƏZİYYƏT ÇƏKƏN ŞƏXSLƏRİN YAXINLARINDA DEPRESSİYA VƏ TƏŞVİŞ SƏVİYYƏLƏRİNİN TƏHLİLİ

## XÜLASƏ

Xərçəng ailələrə, fərdlərə, icmalara və sağlamlıq sistemlərinə böyük fiziki, emosional və maliyyə yükü qoyaraq böyüməyə və qlobal miqyasda yayılmağa davam edən problemlərdən birinə çevrilib. Xərçəng tək-cə xəstələrə deyil, həm fiziki, həm əqli, həm də iqtisadi cəhətdən onlara dəstək və qayğı göstərən insanlara təsir edən bir xəstəlik növüdür. Xərçəngin müalicə ərafəsi və onun xəstəyə təsiri çox gərgindir və bir çox xəstələr sağalsa belə, insanların 20 faizindən çoxunda xəstəlikdən sonrakı stress, narahatlıq, depressiya kimi psixososial problemlər davam edir. Xəstəliyin müxtəlif mərhələləri ilə yanaşı, hər bir mərhələnin xəstənin psixologiyasına təsiri də fərqlidir. Bu mərhələlərdə zərər görən insanlar tək-cə xəstələr deyil, bir çox hallarda onların yaxınları, ailə üzvləri, onlara qulluq edən insanlar olur. Araşdırma zamanı xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən insanların yaxınlarının psixoloji problemlərinə diqqət yetirilib, onların sosio-demografik dəyişiklərlə əlaqəsi araşdırılıb.

Dissertasiya işi giriş, üç fəsil, istifadə edilmiş ədəbiyyat və nəticədən ibarətdir. Dissertasiya işinin birinci fəslində xərçəng xəstəliyi psixoloji hadisə kimi, onun psixoloji xüsusiyyətləri, öyrənilməsinə əsas yanaşmalar haqqında bəhs edilir.

Dissertasiya işinin II və III fəsillərində isə xərçəng psixoloji pozuntular haqqında bəhs edilir və xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarında depressiya və təşviş səviyyələrinin təhlili eksperimental olaraq tədqiq edilmişdir. Nəticələrin ümumiləşdirilməsi ilə müəyyən olundu ki, demografik meyarlardan bəziləri ilə depressiya və təşviş səviyyələri arasında əlaqə vardır. Eyni zamanda tədqiqatın əsas fərziyyəsi “ xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının yükü depressiya və təşviş simptomları ilə pozitiv əlaqəlidir” təsdiqlənmişdir. Tədqiqatda xəstə yaxınlarının xəstə ilə keçirdikləri zaman ilə depressiya və təşviş dəyişikləri arasında əlaqəyə baxılması məqsədi ilə korrelyasiya testi aparılmış və nəticədə pozitiv əlaqə müəyyən edilmişdir. Beləliklə xəstə ilə birlikdə yaşayan və daha çox zaman keçirən xəstə yaxınlarının baxım yükü daha çox olduğundan onlarda depressiya və təşviş səviyyələrinin səviyyəsi digər xəstə yaxınlarına nisbətən daha çox çıxmışdır. Dissertasiya işi nəticə və istifadə edilmiş ədəbiyyat siyahısı ilə bitir.

# **ANALYSIS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER CAREGIVERS**

## **SUMMARY**

Cancer has become one of the problems that continues to grow and spread globally, placing a huge physical, emotional and financial burden on families, individuals, communities and health systems. Cancer is a type of disease that affects not only the patients, but also the people who support and care for them, both physically, mentally, and economically. The eve of cancer treatment and its impact on the patient are very stressful, and even if many patients recover well, more than 20 percent of people have psychosocial problems such as post-illness stress, anxiety, and depression. In addition to the different stages of the disease, the impact of each stage on the patient's psychology is different. People who are harmed in these stages are not only patients, but in many cases their relatives, family members, and people who care for them. During the research, attention was paid to the psychological problems of relatives of people suffering from cancer, and their relationship with sociodemographic variables was investigated.

Dissertation consists of introduction, three chapters, used literature and conclusion. In the first chapter of the dissertation, cancer as a psychological phenomenon, its psychological characteristics, and the main approaches to its study are discussed.

Chapters II and III of the dissertation are consist of psychological disorders in cancer, and the analysis of depression and anxiety levels in relatives of people who are suffering from cancer was studied experimentally. Summarizing the results, some of the demographic criteria identified were associated with levels of depression and anxiety. At the same time, the main hypothesis of the study was confirmed: "the burden of cancer caregivers is positively related to symptoms of depression and anxiety." In the study, a correlation test was conducted to examine the relationship between the time that caregivers spent with patients and depression and anxiety variables, and as a result, a positive relationship was determined. Thus, since the caregivers of the patient who live with the patient and spend more time have a greater burden of care, they have higher levels of depression and anxiety than other relatives of the patient. The dissertation ends with a conclusion and a list of used literature.

## MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.....	5
I FƏSİL. XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİ PSIXOLOJİ HADİSƏ KİMİ.....	9
1.1.Xərçəng xəstəliyi və onun epidemiologiyası.....	9
1.2.Xərçəng xəstəsi olmağın psixo-sosial tərəfi.....	13
1.3.Xərçəng xəstəsinin ailəsi olmağın psixo-sosial tərəfi.....	21
II FƏSİL XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİNDƏ PSIXOLOJİ POZUNTULAR.....	39
2.1.Xərçəng xəstələri və yaxınlarında depressiya.....	39
2.2.Xərçəng xəstələri və yaxınlarında təşviş.....	45
III FƏSİL. XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİNDƏN ƏZİYYƏT ÇƏKƏN ŞƏXSLƏRİN YAXINLARINDA DEPRESSİYA VƏ TƏŞVİŞ SƏVİYYƏLƏRİNİN TƏHLİLİ.....	53
3.1.Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi.....	53
3.2 Alınan nəticələr və onların təhlili.....	53
NƏTİCƏ.....	65
İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI.....	68
ƏLAVƏLƏR.....	80
CƏDVƏLLƏRİN SİYAHISI.....	83
ŞƏKİLLƏRİN SİYAHISI.....	84

## GİRİŞ

**Mövzunun aktuallığı:** Dünyada və ölkəmizdə geniş yayılan sağlamlıq problemlərindən biri də xərçəngdir. Xərçəng dünya miqyasında ikinci ölüm səbəbidir və ildə təqribən 9.6 milyon və ya hər altı ölümdən birinin payına düşür. Xərçəng yükü qlobal miqyasda böyüməyə davam edir, fərdlərə, ailələrə, icmalara və sağlamlıq sistemlərinə böyük fiziki, emosional və maliyyə yükü qoyur. Aşağı və orta gəlirli ölkələrin bir çox səhiyyə sistemləri bu yükü idarə etməyə ən az hazırdır və qlobal miqyasda çoxlu sayda xərçəng xəstələrinin vaxtında keyfiyyətli diaqnoz və müalicəyə çıxışı yoxdur. Səhiyyə sistemlərinin güclü olduğu ölkələrdə əlçatan erkən aşkarlama, keyfiyyətli müalicə və sağ qalma qayğısı sayəsində bir çox xərçəng növlərinin sağ qalma nisbətləri yaxşılaşır.

Xərçəng xəstəliyinin müalicə ərafəsi və xəstəyə təsiri olduqca stresli olur həmçinin bir çox xəstələr yaxşı sağalsalar belə 20 faizdən çox insanlarda xəstəlik sonrası stres, təşviş, depressiya kimi psixo-sosial problemlərə rast gəlinir. Xəstəliyin müxtəlif mərhələlərinin fərqli keçməsi ilə yanaşı hər mərhələnin xəstənin psixologiyasına təsirdə fərqlidir. Bu mərhələlərdə zərər görənlər insanlar isə təkcə xəstələr deyil bir çox hallarda onların yaxınları, ailə üzvləri, onlara baxım verən şəxslərdə olur. Bəzi hallarda isə xəstəliyin ailə üzvləri üzərində olan təsiri xəstələrə nisbətən daha çox olur.

Xəstəliyin müalicəsi uzun müddət davam etdiyindən bir çox pasientlər evdən müalicəyə davam etməyə üstünlük verir. Əhalinin sayında olan artımlarda nəzərə alındıqda isə əsasən daha yaşlı insanlarda daha tez-tez rast gəlinən xəstəlik növüdür. Yaş artdıqca baxım miqdarında artdığı üçün ailə üzvlərinin üzərinə daha çox yük düşür. Müalicənin uzun müddət davam etdiyi hallarda isə xəstəyə baxım vermək ailə üzvləri üçün tam iş vaxtına bərabər yük olur. Bəzi hallarda isə iqtisadi problemlər və yükün çoxluğu səbəbi ilə işdən ayrılma kimi hallara rast gəlinir.

Bütün bunlarla yanaşı xəstəliyin müalicəsinin çətin olması və əksər hallarda ölümlə nəticələnməsi ailə üzvlərinə emosional yük olaraq təsir göstərir. Daimi stres və qorxu vəziyyətində olmaq bir çox insanlarda daha sonra psixoloji problemlər yaratmağa başlayır. Cəmiyyətdə xərçənglə bağlı fərqli inanclar vardır hansı ki, bunlardan biri də xəstəliyin müalicəsi olmayan, ölümlə nəticələnən olması düşüncəsidir. Xərçəngdən sağalan insanlara isə fiziki və emosional cəhətdən zəif insanlar kimi baxılır. Cəmiyyətdə bu tip neqativ inancların yayılması xəstələrə və onların yaxınlarına təsir göstərir. Xəstələr bu kimi hallarda lazımı sosial dəstəyi əldə edə bilmir, emosional çökkünlük yaşayır, hansı ki bu hallar xəstəliyin mənfi tərəfə doğru irəliləməsinə səbəb olur (Cho,2013).

Xəstənin baxımından məsuliyyətli olan ailə üzvlərinin öz ehtiyaclarını ikinci plana atması və gündəlik rejimlərinin bir çox hissəsinin xəstəyə baxım verməkdən ibarət olmasının nəticəsində ailə üzvlərində ən çox rast gəlinən problem depressiya, təşviş pozuntuları, streslə əlaqəli pozuntular və seksual pozuntulardır.

Dünyada və ölkəmizdə ən çox yayılan həmçinin ən çox ölüm statistikasına sahib olan xəstəliklərdən biri olan xərçəngin araşdırılması illərdir davam edir. Xərçəng təkcə tibbi cəhətdən deyil həmçinin psixoloji aspektdəndə araşdırılmış mövzu ətrafında kifayət qədər məqalələr yazılmışdır. Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının üzərinə düşən yük və onların psixoloji sağlamlığını araşdırmaq da kifayət qədər önəm kəsb edir. Azərbaycanda xərçəng xəstəliyi və onların yaxınları ilə bağlı olan ədəbiyyatların kifayət qədər olmaması bu sahədə psixoloji işlərin aparılması həmçinin insanların bu mövzu barədə maariflənməsinin qarşısını alır. Bu araşdırmadan əldə edilən məlumatlar nəticəsində ölkəmizdə insanların xəstəliyin təkcə tibbi hissəsinə deyil həmçinin psixoloji hissəsində önəm verib bu sahədə psixoloji xidmətlərin təşkil olunmasına töhfə verəcəyi düşünülməkdədir.

**Mövzunun işlənmə səviyyəsi:** Dünyada xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən insanlar və onların yaxınları ilə bağlı nəzəri və tədqiqi işlər mövcuddur. Xəstəliyin bütün mərhələlərində əməyi olan lakin yetərincə önəm verilməyən xəstə yaxınlarına dair tədqiqatların sayı son illərdə artmışdır. Amerikada 2009-cu ildə milli baxım verən assosiasiyaları tərəfindən edilən bir araşdırmada 65 milyondan çox insanın baxım verən olduğu və bunlardan 4,6 milyon insanın baxım verdiyi şəxsin xərçəng xəstəsi olduğu müəyyən edilmişdir (National Alliance Caregiving,2009).

Türkiyədə baxım verən yaxınlarla aparılan bir araşdırmada baxım verənlərin 46,7%-nin 19-24 saatlıq gündəlik baxım müddəti olduğu müəyyən edilmişdir (Yılmaz, Karabulutlu vb 2013). Baxım gündə 24 saat və həftənin 7 günü həyata keçirilə bilər, yəni baxım verən üçün günün sonu yoxdur (Given vb 2012).

Xəstə yaxınlarının gündəlik olaraq qarşılaşdıqları yüksək stres səviyyələri nəticəsində gərginlik, həddindən artıq yüklənmələr yaşayırlar ki, buda psixoloji problemlərə gətirib çıxarır. Psixo-sosial cəhətdən baxım verənlərdə emosional çətinlik, narahatlıq və depressiya artır, onlar köməksiz və nəzarətdən kənar hiss edirlər və baxıcı rolunun öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkdikləri görülür (Northouse vb. 2012).

**Tədqiqatın obyektı :** Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınları.

**Tədqiqatın predmeti:** Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarında depressiya və təşviş səviyyələrinin təhlili.

**Tədqiqatın fərziyyəsi :**

Əsas fərziyyə : Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının yükü depressiya və təşviş simptomları ilə pozitiv əlaqəlidir.

Köməkçi fərziyyə : Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının demoqrafik meyarları ilə depressiya və təşviş səviyyələri arasında əlaqə vardır.

**Tədqiqatın məqsədi :**

1. Xəstə və xəstə yaxınının ümumi dəyərləndirilmə formu vasitəsilə demoqrafik meyarları müəyyənləşdirmək.
2. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəli vasitəsilə xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarında təşviş səviyyəsini müəyyənləşdirmək.
3. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli vasitəsilə xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarında depressiya səviyyəsini müəyyənləşdirmək.
4. Qeyd olunan fərziyyələrə əsasən nəticələri müqayisə və təhlil etmək.

Tədqiqatın metodoloji əsasları və metodları: Tədqiqat zamanı məlumatların toplanılması məqsədi ilə “xəstə və xəstə yaxınının ümumi dəyərləndirilmə formundan”, “Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəlindən” və “Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlindən” istifadə olundu. Ümumi dəyərləndirmə formu xəstə və xəstə yaxının yaşı, təhsili, peşəsi, ailə vəziyyəti kimi demoqrafik meyarları haqqında məlumat toplamaq üçün istifadə edildi. Həmçinin xəstə yaxınının xəstəyə yaxınlıq dərəcəsi kimi məlumatlar da alınmışdır. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (Zung Anxiety Rating Scale (ZARS) təşviş pozuntularının diaqnostikası və təşvişi kliniki hal kimi qiymətləndirilməsi üçün vəsaitdir. Zungun 20 bənddən ibarət olan cədvəlinin hər bir bəndində “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda və ya həmişə” kimi cavablardan birini seçmək mümkündür. Cədvəldə həm təşvişin affektiv həm də somatik simptomlarını müəyyən etmək mümkündür. Affektiv simptomlar üçün 5, somatik simptomlar üçün isə 15 bənd mövcuddur. Cədvəlin validliyini kliniki cəhətdən təsdiq etmək üçün təşviş pozuntusundan əziyyət çəkən fərqli xəstə qrupları ilə araşdırmalar aparılmışdır. Zunqun cədvəlinin validliyini dəqiqləşdirmək məqsədilə onu həmçinin Hamilton təşviş cədvəli (HARS) və Teylorun təşviş manifestasiyasının qiymətləndirilməsi cədvəli (TMAS) ilə müqayisəsi aparılıb. Bu cədvəl ilk dəfə Böyük

Britaniyada çap olunmuşdur. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli (The Zung self-rating depression scale (ZDRS) sonradan diaqnostik vəsait kimi beynəlxalq səviyyədə qəbul edilmişdir. Depressiv pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrlə aparılan sorğular nəticəsində cədvəlin diaqnostik kriteriyaları müəyyənləşdirilmişdir. Depressiyanın ağırlıq dərəcəsi xəstənin öz-özünü qiymətləndirilməsi əsasında edilir. İyirmi bənddən ibarət olan cədvəli dolduran şəxs “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda və ya həmişə” cavablarından birini seçərək cədvəli tamamlamış olur. Beləliklə şəxsin depressiv simptomları müayinə edilir.



## I FƏSİL. XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİ PSIXOLOJİ HADİSƏ KİMİ

### 1.1.Xərçəng xəstəliyi və onun epidemiologiyası.

Xərçəng bədənin hər hansı hissəsinə təsir edən xəstəliklər toplusuna verilən ümumi addır (World Health Organisation,2022). Bədənin müxtəlif toxuma və orqanlarında görülən, anormal hüceyrələrin kontrolsuz formada çoxalaraq normal sərhədləri aşaraq ətrafındakı digər orqanlara yayıla bilən (metastaz) xəstəlik qrupudur. Risk faktorları müxtəlif olmaqla yanaşı ən çox alkoqol və tütün istifadəsi, fiziki hərəkətsizlik və sağlam qidalanmama xəstəliyə gətirib çıxarır. Bununla yanaşı bəzi xroniki infeksiyalar (Helicobacter Pylori,Human Papilloma Virus, Hepatit B və Hepatit C) xərçəng üçün risk faktorlarıdır.Mövcud məlumatlara əsasən alkoqol və tütün istifadəsini azaldaraq, ideal çəkini saxlayaraq, həmçinin davamlı idman etməklə yanaşı infeksiyalardan yayınaraq xərçəng xəstəliyinin ölümlərinin 30-50 % qədərini azaltmaq mümkündür (World Health Organisation,2022).

Xərçəng hüceyrələri maddələr mübadiləsinə sahib olan ağıllı hüceyrələrdir. Normal şəraitdə hüceyrələr öz membranlarından siqnal aldıqda böyüyür və bölünür və bu yolla çoxalırlar. İlk olaraq xaricdən gələn siqnallar hüceyrəyə daxil olur, nüvəyə köçürülür və proses başlayır. Hüceyrələr bölünmədən öncə ətrafını yoxlayır və kifayət qədər qida olub-olmadığını müəyyən edir həmçinin böyümək üçün yer olub olmadığını yoxlayır və şərait uyğun olarsa, böyüməyə başlayır. Bu hüceyrələr əvvəlcədən təyin edilmiş ölçüsünə və sayına çatana qədər böyüyürlər. Onlar təmasda olan kimi böyüməyi dayandırır. Bu prosesə inhibasiya (təmas səbəbi ilə böyümənin dayandırılması) deyilir (Blackadar,2016).

Dünyada xərçəngin bir çox forması yayılmışdır və yayılmaqda davam etməkdədir. Hal-hazırda isə xərçəngin iki yüzdən çox forması müəyyən edilmişdir. Hər bir növü sürətlə, kontrolsuz bir formada yayılır və böyüməyə davam edir. Şəxsin bədənində xərçəng hüceyrələrinin həddindən artıq sürətlə böyüməsi normal hüceyrələrin fəaliyyətinə təsir göstərməklə yanaşı immun sisteminin çökməsinə və xəstənin həyatını itirməsinə gətirib çıxarır. Xəstəliyin yerləşdiyi toxumaya və orqanizmdəki yayılma sürətinə görə simptomları fərqli ola bilər. Məsələn yoğun bağırsağ (kolon) xərçəngi zamanı qəbizlik, ağrı, qanama, defekasiya zamanı problemlər ola bilər, sidik kisəsi xərçəngində sidiyə getmə zamanı çətinlik, ağrı, qan; ağciyər xərçəngində sinə ağrısı, qanlı bəlgəm, öskürək kimi simptomlara rast gəlinir. Şəxsə görə dəyişə bilən simptomlar olsada xərçəng simptomlarını ümumiləşdirdikdə bədənin hər hansı bir hissəsində şişlik, sağalmayan yaralar, xallar və ziyillərdə dəyişikliklər, qeyri-adi qanama, udqunmaqda çətinlik və daimi öskürək kimi simptomları sadalamaq mümkündür. Şişliklər əsasən sinə, boyun, qoltuq altı, qarın nahiyələrində görülməklə yanaşı xəstəlik

irəlilədikcə ələ gələ biləcək böyüklükdə olurlar. Əsasən də döş xərçəngi zamanı xəstələrdə böyük ölçülərdə, ağrısız şişliklərə rast gəlinir. Sağalmayan yaralar dedikdə isə əsasən dəri, dodaq, ağız və ətrafı nahiyələrdə rast gəlinən sağalması gecikən yaralar nəzərdə tutulur (Kutluk&Kars, 1992).

Xallar və ziyillərin rəngində və ölçülərində olan dəyişikliklərdə bəzən xərçəngin göstəricisi ola bilər. Səbəbsiz yerə sidik, bəlgəm, tüpürcək və burun axıntısı zamanı rast gəlinən qan axmalar xərçəngin simptomları kimi qəbul edilir. Bəlgəmdə qana rast gəlinməsi ağciyər xərçənginə, nəcisdə qan isə kolon xərçənginə işarə ola bilər. Qida borusu xərçəngi zamanı udqunmaqda çətinliklər, səsin qısılması, öskürək kimi simptomlar olsa da, öskürək bəzən ağciyər xərçənginin simptomu da ola bilər. Xərçəngin sosio-demoqrafik dəyişiklərlə əlaqəsinə baxıldıqda isə yaş artdıqca xəstəliyin ortaya çıxma ehtimalı da artmışdır. Lakin, bəzi xərçəng hüceyrələrinin yaşla bağlı görülmə tezlikləri dəyişməkdədir. Texnologiyanın inkişafı ilə əlaqədar olaraq xərçəng akut bir xəstəlik olmaqdan çıxmış, müalicəsi uzun müddət davam edən sıxlıqla evdə baxım ehtiyacı görülən bu səbəblə də ailəyə dərin təsir göstərən xroniki bir xəstəliyə çevrilmişdir.

Xərçəngin müxtəlif ərəfələri var. Ərəfələrin müəyyənləşdirilməsi məqsədi ilə şişlərin əmələ gəldiyi orqanlara və nə formada yayıldığına baxırlar. Həmçinin şişlərin limfalarda nə formada yayılmasına da fikir vermək lazımdır. Kriteriyaların birləşməsi hər xərçəng forması üçün ayrı ərəfəyə misaldır. Ümumiyyətlə isə xərçəng dörd ərəfəyə bölünür. İlk ərəfə (ərəfə 0) epitel toxumadan kökünü alan xərçənglər üçün nəzərdə tutulub. Bu ərəfədə xərçəngin müəyyənləşdirilməsi olduqca çətinidir. Əgər diaqnoz tez qoyularsa müalicənin uğurlu olmağı daha əl çatandır.

Birinci ərəfəyə başlanğıc zamanı bəzən erkən ərəfə deyə adlandırılır. Bu ərəfədə isə xərçəng hüceyrələri yalnız mövcud olduqları orqanların sərhədləri daxilindədir. Bu ərəfə a və b olmaqla iki hissəyə bölünür. Səbəbi isə xərçəng hüceyrələrinin yayılma sıxlığıdır. Səhiyyə işçiləri bu ərəfədə diaqnozu dəqiqliklə qoyurlar.

İkinci ərəfədə xərçəng hüceyrələri mövcud olduqları orqana yayılır və yaxınlıqlarda yerləşən bəzi limfa düyünlərinə də keçmiş olurlar.

Üçüncü ərəfədə xərçəng hüceyrələri yalnız mövcud olduqları orqan və limfa düyünlərinə deyil eyni zamanda ətrafda mövcud olan digər strukturlarda yayılır.

Son ərəfə olan 4-cü ərəfədə isə xərçəng hüceyrələri həm mövcud olduqları orqan, həm limfa düyünləri həm də ətrafdakı digər orqan və strukturlara yayılmaqla metastazlar yaratmağa başlayır.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatın 2018-ci ildə 185 ölkədə araşdırma aparmışdır. Araşdırma zamanı otuz altı növ xərçəng tipinə nəzər yetirilmişdir. Nəticələrə əsasən isə 2018-ci ildə 18.1 milyon şəxsə xərçəngə rast gəlinmişdir. Bu şəxslərin isə yarısından çoxunda (9.6 milyonda) ölümə nəticələnən xərçəng olmuşdur. Dünya üzrə hər beş kişi cinsindən və hər altı qadın cinsindən bir şəxs xərçəngdən əziyyət çəkir. Səkkiz kişidən və 11 qadıncından biri isə həyatını itirir (World Health Organization, 2018).

Xərçəngin görülmə sıxlığı fərqli amillərə əsasən dəyişir. Bu amillərin bir hissəsi coğrafi şərait və yaş, digər bir hissəsi isə cinsiyyət, irq, sosio-iqtisadi şərait kimi amillərdən ibarətdir. Xərçəngə hər yaş qrupundan insanda rast gəlinə bilər. Lakin, araşdırmalar göstərmişdir ki, yaş artdıqca xərçəngin ortaya çıxma ehtimalı artır. Xüsusən də 40 yaş və üzəri şəxslərdə ortaya çıxma ehtimalı daha çoxdur (DePinho, 2000).

Xərçəng xəstəliyinə uşaqlıq yaşlarında da rast gəlinə bilər. Bu ərazilərdə qoyulan diaqnoz psixoloji cəhətdən daha çətinləşir. Bu diaqnoz zamanı həm ailə həm səhiyyə işçiləri həm də ailə üzvləri arasında yaranan qeyri-müəyyənlik hissi bəzən ünsiyyət qurmaqda və xəstəliyin öhdəsindən gəlməkdə çətinliklər yaradır. Bu ərzədə səhiyyə işçilərinin iştirakı xüsusi ilə önəmlidir. Uşağa psixoloji dəstək və konsultasiya üçün səhiyyə işçiləri ilə güclü ünsiyyət qurulmalıdır. Bəzən isə ilkin diaqnozu eşidən ailə üzvlərinin yaşadığı şok terapiya üçün çətinlik törədir. Diaqnoz qoyan səhiyyə qrupundan sonra terapiya qrupu müalicə ərzəsinə daxil olur. Terapiya qrupunun bilməli olduğu ən vacib əlamətlərdən biri də, ailə üzvlərinin verə biləcəyi reaksiyaları bilməkdir. Beləliklə valideynlərlə, xüsusən də ana və ata ilə ünsiyyət qurmaq rahatlaşır.

Dünyanın bir çox ölkələrində iqtisadi vəziyyətdən asılı olmayaraq yayılmışdır və yayılmaqda davam etməkdədir. Buna baxmayaraq iqtisadi cəhətdən aşağı və orta gəlirli ölkələrdə daha çox yayılmışdır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının ən son məlumatlarına əsasən dünyada on beş tip xərçəng xəstəliyi vardır. Ümumilikdə, xərçəng bütün insan xəstəlikləri arasında ən yüksək klinik, sosial və iqtisadi yük yaradır. 0-74 yaş arasında xərçəngə tutulma riski 20,2% təşkil edir (kişilərdə 22,4% və qadınlarda 18,2%). Ölümə əlaqədar olaraq, xərçəng ürək işemik xəstəliyindən (ÜİX) sonra dünyada ikinci ölüm səbəbidir (8,97 milyon ölüm), lakin 2060-cı ildə (~18,63 milyon ölüm) birinci olacaq (World Health Organization, 2018).

Ağciyər, qaraciyər və mədə ümumi əhali arasında ən ölümcül üç xərçəngdir, ağciyər və döş xərçəngi isə müvafiq olaraq kişi və qadınlarda xərçənglə əlaqəli ölümlərin əsas səbəbləridir. Prostat və tiroid xərçəngi 5 illik sağ qalma ehtimalı ilə ən yaxşı proqnoza malikdir. Yemək borusu, qaraciyər və xüsusilə mədəaltı vəzi xərçəngləri isə ən pis proqnoza malikdir hansı ki, adətən 5 il ərzində ölümə nəticələnir (Aştı,2001).

Dünyada olduğu kimi Azərbaycanda da əhalinin üzləşdiyi vacib problemlərdən biri olaraq qeydə alınmışdır. Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsinin 2021-ci il statistikasına əsasən ölkəmizdə 58.948 nəfər xərçəng xəstəliyinin müxtəlif növlərindən əziyyət çəkir. Xronik xəstəliklərdən biri kimi qəbul edilən xərçəng sıx rastlanması, yüksək səviyyədə ölümə nəticələnməsi səbəbi ilə dövrümüzün vacib problemlərindən biri olaraq görülməkdədir (Dedeli, Fadilloğlu və Uslu, 2008).

Xərçəng tibbi olduğu qədər həmçinin psixoloji xəstəlikdir. Xəstəliyin bir çox mərhələləri vardır hansı ki, buraya diaqnostika, müalicəyə başlama, kimya terapiya və ya əməliyyat bəzən isə xəstəliyin yenidən dönməsi halları aiddir. Müxtəlif mərhələlərdə xəstələr müxtəlif psixoloji və davranış reaksiyaları göstərə bilirlər (Aştı, 2001). Xərçəng diaqnozu qoyulduqdan sonra xəstələrin gələcəklə bağlı planları, düşüncə və davranışlarında dəyişikliklər olması onların xəstəlikdə üzləşməsi gözlənilməkdədir. Bu ərazilərdə xəstələrə təsir edə bilən bir çox dəyişənlər vardır ki, bunlara misal olaraq xəstənin şəxsiyyət tipini və ətraf mühitin təsirini göstərmək olar (Üstün, 2009).

Xərçəng xəstələrinin müalicəsi zamanı fiziki, psixoloji, iqtisadi faktorları nəzərə almaq lazımdır. Xəstəlikdən əziyyət çəkən bir çox şəxs ilkin simptomları görməzdən gəlməklə gündəlik həyatlarını dəyişdirmək istəməmiş və xəstəxanalara müraciət etməmişdir. Döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınlarda sinədə ağrısız şişlər buna misal ola bilər. Bəzən isə diaqnoz qoyulduqdan sonra xəstələr vəziyyəti qəbul etmir, müalicəyə başlamaq istəmir. Müalicənin vəziyyəti daha da ağırlaşdırdığını düşünən xəstələr bəzən xalq təbabətində çarə axtarmağa başlayır. Belə hallarda xərçəngin irəliləməsi nəticəsində sonradan müalicəyə başlanılsa belə, müalicədən nəticə almaq çətinləşir. Bir çox xəstələrin terminal ərafədə xəstəxanaya müraciət etməsi ilə xəstə və xəstə yaxınlarında ağır stres və təşviş hallarına rast gəlinməyə başlanılır.

Kimya terapiya zamanı istifadə olunan dərmanlar xəstəliyin müalicəsi zamanı eyni anda xəstələrə fiziki və psixoloji tərəfdən təsir edir bununla da fərqli simptomlara səbəb olur. Xərçəng dərmanları xəstəliyin hüceyrələrinə təsir edib onların metabolik funksionallığını pozur. Bu tip dərmanların seçicilik funksiyası olmadığı üçün eyni zamanda sağlam hüceyrələrdə təsir göstərilir. Nəticədə xəstələrdə yorğunluq, qanaxma, infeksiya, diarreya kimi əlavə simptomlar ortaya çıxır (Çıtlak, 2015).

Xəstəliyin müalicəsində psixoterapiyadan geniş istifadə olunur. David Spiegel, Joan Bloom və həmkarları (1981) xərçəng xəstəliyi ilə bağlı ölüm nəticələrini toplayarkən döş xərçəngi olan qadınlarla işləmişlər. Onlardan 36 nəfərə müdaxilə edilməmiş 50 nəfərlə isə xəstəliyin ağrılarını azaltmaq üçün həmçinin xəstəliyin simptomlarını nizamlamaq üçün

psixoterapiyadan istifadə olunmuşdur. Bir il davam edən müdaxilədən sonra cavablar göstərdi ki, hətta ölüm halının yaşandığı anlarda belə psixoterapiya müsbət nəticələr göstərdi. Lakin, Spiegel qeyd edirdi ki, müsbət nəticələr almaq üçün pasientlərin terapiyaya dərin inamı olmalı idi. Yalnız inam olan terapiyalarda xəstəliklə bağlı hər hansı müsbət dəyişiklik əldə etmək olurdu. Beləliklə, Spiegelin müdaxilə qrupunun sağ qalma üstünlüyü ilə bağlı verdiyi məlumatlar xərçənglə mübarizə və yaşamaqda psixoloji səylərin roluna marağı təzələdi.

#### 1.2.Xərçəng xəstəsi olmağın psixo-sosial tərəfi.

Xərçəngin müalicəsinin psixo-sosial təsirləri fərqlidir. Diaqnozundan asılı olaraq xəstəlik şəxslərin öz-dəyərinə və bədən qavrayışına təsir göstərir. Şerti olaraq xəstəliyi “görünən” xərçəng və “daha az görünən” xərçəng olaraq 2 yerə bölürlər. Döş, boyun, baş xərçəngləri görünən, leukaemia və ağciyər xərçəngləri isə daha az görünən kimi təsnif olunur. Həmçinin terapiyanın tipi (hormon terapiyası, cərrahiyyə, radioterapiya, immunoterapiya və ya kimya terapiya) xəstələrə psixoloji təsir göstərir. Çünki, bu zaman mümkün fiziki dəyişikliklər yarana bilər. Amputasiyalar, saç itkisi kimi dəyişikliklər, ürək bulanma, qusma, yorğunluq, ağrılar kimi simptomlar əsas göstəricilərdir (Grassi,2007).

Xəstəlik ərəfəsində xəstələrin dəyişən həyat şəraiti, yemək vərdişləri və dietası, iş həyatı və sosial münasibətlərində olan dəyişikliklər onları gündəlik rejimlərindən uzaqlaşdırır. Bu ərəfə ərzində xəstələr mümkün qədər tez bir müddət ərzində krizin öhdəsindən gəlməlidirlər ki, başa gələcək fəlakət xəbərlərinə uyğunlaşsınlar. Bu ərəfənin kritik adlandırılmasının əsas səbəbi isə xəstələr həyatları ilə bağlı vacib qərarlar alarkən digər tərəfdən stresin öhdəsindən gəlməyə çalışırlar. Stresin səviyyəsi və xəstələrin bu stresin öhdəsindən gəlməsi fərqli amillərdən asılıdır. Bu amillərə xəstəliyin tipi, davam etmə müddəti, simptomları, yeri və digər tibbi faktorlar aiddir. Bunlarla yanaşı xəstənin şəxsiyyət tipi, xəstəliyə öyrəşə bilməsi, xəstənin problemlərin öhdəsindən gəlmə bacarığı, öz güvəni kimi meyarlar da vacibdir. Bu meyarlar psixoloji ,mədəni , dini faktorlarla sıx əlaqədədir.

Xərçəng xəstələri də hər insanda olan xəyallara, ümidlərə, maraqlara və hədəflərə sahibdirlər. Bu səbəbdən hər şəxsə individual olaraq yanaşılmalı xəstələrin yaşam stilinə xəstəliyin nə dərəcədə təsir göstərdiyi müəyyən edilməlidir. Yaş, cinsiyyət, sosial mühit, xərçəngin fərqli ərəfələri kimi bir çox meyarlar xəstələrə fərqli təsirlər göstərə bilər. Dəqiq diaqnoz qoyulmamışdan həftələr öncə xəstələrin təşviş səviyyələri olduqca yüksək olur. Xəstələr çox tez narahat olur, özündən çıxır, ailəsinə və dostlarına qarşı tərs davranır. Yuxu rejimi pozulan xəstələr yenidən əvvəlki rejimə qayıtmaq məqsədi ilə yuxu dərmanları qəbul edir, bu simptomlar zamanı alkoqol istifadəsi də arta bilər. Depressiya əksər vaxtlar təşviş pozuntusu ilə paralel rast gəlinir. Diaqnoz qoyulduqdan sonra və müalicə ərəfəsi zamanı təşviş və depressiya səviyyəsi daha da artır. Xəstəlik müalicə olunduqdan sonra gözlənilməyən

yenidən təkrarlanma halı isə xəyalların puç olması, ümitsizlik və artıq müalicəyə və mübarizəyə davam etmək yerinə gücsüzlük yaşanmağa başlayır. Xərçəng xəstəliyinə qarşı olan bir çox mənfi düşüncələr və inanclar eyni şəkildə diaqnoz qoyulmuş şəxslərə qarşıda fərqli davranış formaları yarada bilər. Əsasən xərçəngin sağalmayan və ölümcül bir xəstəlik kimi tanınması eyni şəkildə sağalan şəxslərin fiziki və psixi cəhətdən zəif olmaqları görüşləri xəstələri cəmiyyətdə bir növ damğalayır. Ümitsizlik hissi keçirən xəstələrə bəzən iş həyatında yetersiz kimi baxıla bilər. Bəzən isə xərçəngin yaranma səbəbi olaraq xəstənin özü və yaşam şəraiti günahlandırılır (Yeung,2019).

Sağlam insan üçün ölüm anlayışı dedikdə nə qədər uzaq bir qavram nəzərdə tutulursa , terminal mərhələsinə çatmış xərçəng xəstəsi üçün bu anlayış bir o qədər yaxındır. Əgər xəstə sağlam və gəncdirsə və ömrünün uzun illər olduğunu düşünürsə, ölüm ona çox uzaq görünür. Halbuki şəxslər onkoloji klinikada müalicənin bütün mərhələlərini keçdikcə, yataq xəstəsi olma ərafəsinə gəlib çatıbsa və ya gecə-gündüz xərçəngdən əziyyət çəkirsə , xərçəng amansızcasına bir şəkildə xəstənin bədənində nəzarət etməyə başladığı dövrlərdə ölüm anlayışı xəstələr üçün olduqca yaxındır (Grassi.2007).

Xəstələr ölümcül xəstəliklərini qəbul etdikləri ərafədə emosiyaları haradasa tamamilən tükənir və yoxsunluq ərafəsi başlayır. Bu zamanlarda xəstələr xüsusi ilə bildirmişlərdir ki, ağrıları azalmış , əziyyətləri artıq bitmiş və bunun onların son dayanacaqları olduğunun fərqi varıblar. Bu ərafələrdə xəstələrin vəziyyəti qəbullanması ailəyə nisbətən daha tez olur. Ailə üzvləri bu ərafələrdə daha çox emosional dəstəyə ehtiyac duyur. Bu ərafələrdə olan xəstələr nə qədər daxili sakitlik tapsalar da, onlar yeni məlumatlar eşitmək istəmir maraq dairələri olduqca kiçilir. Əsasən tək buraxılmağa üstünlük verirlər və ətrafından da onların bu qərarlarına hörmətlə yanaşmaqlarını tələb edirlər. Xərçəngə olan reaksiyalar fərqlidir normal reaksiyalardan tutmuş, təşviş, depressiya itirilmiş sağlamlıq üçün narahatlıq və təəssüf hissləri, bəzən isə xəstəliyi yox sayma və yaxud xəstəliyi mübarizə olaraq düşünməyə qədər reaksiyalar dəyişə bilər. Xəstələrdə rast gəlinən reaksiyalardan biri də hər hansı ərafəyə ilişib qalma və geri dönmə bilməməkdir (Özyılkan,2004).

Xəstəlik həm obyektiv, həm subyektiv anlayışları əhatə edir. Bu səbəbdən xəstəlikdən əziyyət çəkən şəxslər qarşılaşdıqları vəziyyətlərdə fərqli görüşlərə malik ola bilər. Eynilə bu səbəbdən də fərqli reaksiyalar bildirirlər. Bəzən bəzi xəstələr xəstəliklərini zarafatla qarşılaya bilər halbuki eyni xəstəlikdən əziyyət çəkən digər şəxslər aqressiya keçirir və ətrafına zərər verməyə başlayır. Eyni vəziyyətdə qorxu yaşayan şəxslərin ümitsizlik ilə üzləşməsi halları da az deyildir. Xəstəliyi zarafatla qarşılayan şəxslər zarafat vasitəsi ilə xəstəlikləri ilə üzləşirlər.

Xəstələrdə ortaya çıxan ən çox psixoloji problemlər isə təşviş, qorxu, aqressiya qorxu, gücsüzlük, narahatlıq, yetərsizlik hissi, utanç, günahkarlıq və ümitsizlikdir (Kocaman,2008).

İranda döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınlarla aparılan araşdırmaya əsasən qadınlar xəstəliyin öhdəsindən gəlmək üçün müxtəlif üsullara əl atırlar. Bu üsullara isə əsasən ümid, müsbət düşünmə və bilərək bəzi şeyləri unutmaqdır. Xüsusən də xroniki xəstəliyi olan şəxslərdə ümid vacib bir mexanizmdir (Fallah,2012). Gələcəyə uyum üçün və gələcək planları üçün şəxslərə güc verən, həyatlarına bir mənə axtarmaqlarına kömək edən bir mexanizmdir. Ümid vasitəsi ilə şəxslər indiki vəziyyətə fokuslana bilir, sosial münasibətləri gücləndirir. Ümid vasitəsi ilə şəxslər yaşadıkları vəziyyətə pozitiv tərəfdən baxa bilir. Ümiddən əlavə motivasiya digər daha bir vacib faktorudur. Motivasiya vasitəsi ilə şəxslər məqsədlərini müəyyən edir, gələcəyə fokuslanır, aktiv olmaqlarını və daha rahat qərar almaqlarına kömək edir.

Diaqnoz və müalicə mərhələlərində xəstələrin emosiyaları və ilkin reaksiyaları fərqli ola bilər. Diaqnoz mərhələsində ilkin şok, aqressiya, təşviş, üsyan kimi reaksiyalar normal qəbul edilir. Lakin, xəstə kəskin inkar və daimi ölüm düşüncəsi, sağalmayacağına inanıb ölümü qəbullanmaq kimi hallar normal qəbul edilmir və müalicə mərhələsini ləngidir. Hələ yenice diaqnoz alan xəstələr xəstə olduqlarını ilk olaraq ailə üzvləri ilə deyil yaxın dostları ilə paylaşirlar. Xəstəxanada verilən məlumatlara əsasən isə xəstələrin ailələrinə məlumat verdikdə onlar uzun müddət diaqnozu xəstədən gizlətməyə çalışirlar. Evli olmayan subay şəxslər isə ilk olaraq diaqnozu ataları ilə bölüşdüklərini qeyd etmişlər. Analarına diaqnozu demək istəməməklərinin əsas səbəbi isə anaların özlərini həddindən artıq emosional olaraq yükləməsidir. Diaqnoz qoyulduqdan sonra müalicə mərhələsi başlayır hansı ki, bu mərhələdə xəstələr müdaxilələrin yarada biləcəyi simptomlardan qorxa bilir, bədəndə yarana biləcək fiziki dəyişikliklər düşünür və bəzən yüngül depressiyaya rast gəlinə bilinir. Bu ərafədəki qorxu bəzən yüngül təşviş simptomlarına belə gətirib çıxara bilir. Lakin, müalicə sonrası şəxsin bədənində yaranmış dəyişikliklərdən sonra depressiya və təşviş davam edib daha da şiddətlənsə bu hal artıq normal kimi qəbul edilmir. Müalicə ərafəsi boyunca xəstələrin yeni məlumatlar əldə etmək istəməsi və müalicə üsullarını araşdırması halı da normal reaksiyalar olaraq qəbul edilmişdir (Özkan,2010).

Xərçəng diaqnozu qoyulmuş şəxslərdə yas mərhələsi ehtimalı vardır və bu ehtimal nəzərə alınmalıdır (Lacey,2011). Psixoloji terapiyalar zamanı diqqət yetirilməli olan bir sıra faktorlar var. Bu faktorlara xəstənin iş, ailə və yaşamdakı çətinliklərinə fokuslanan problemə fokuslanmış və uzun müddət tələb etməyən terapiyalardan istifadə etmək vardır. Bu terapiyalar zamanı xəstə ilə daimi ünsiyyət qurulmalı eyni zamanda xəstənin ailəsini də terapiyaya qata bilmək mümkün olmalıdır. Əsas məqsəd xəstənin öz güvənini və özünə hörmətini yenidən

qaytarmaq, xəstələrin öz sərhədlərini qəbul etməsi və öz müsbət tərəflərinin öyrənilməsinə ona uyğun xəstəliklə mübarizə etməyi bacarmasıdır. Cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olduqda isə bu müdaxilədən öncə xəstələrə psixiatrik tərəfdən müdaxilə edilməlidir və əməliyyata psixoloji tərəfdən hazır olmalıdırlar. Xərçəng xəstələri üçün ən yaxşı terapiya növü tibbi müalicə ilə yanaşı psixoloji terapiyanın da verilməsidir. Psixoloji terapiya alan xəstələrin xəstəliyə qarşı baxış bucağı dəyişir, ümid və motivasiya hissləri artır və bununla birlikdə müalicədə daha yaxşı nəticələr əldə edirlər. Eyni zamanda ailəyə də verilən psixoloji terapiya həm xəstəyə həm də ailə evlərinə müsbət təsir göstərir. Terapiya nəticəsində sosial dəstəyin artımı yaşanır. Bəzən həddindən artıq baxım yükü olan xəstə yaxınları tükənmişlik hissi ilə qarşılaşır. Bunun nəticəsində öz gündəlik həyatları, sosial münasibətləri, iş həyatları axsayır, maddi cəhətdən çətinliklər çəkən ailə yaxınları çarəsizlik və ümitsizlik hissləri ilə üz-üzə qaldıqda bir çox psixoloji problemlərlə üzləşirlər. Beləliklə sosial dəstək azalır, xəstələr xəstə yaxınlarına yük olduqlarını düşünməyə başlayırlar və müalicə axsamağa başlayır. Bütün bu səbəblər ümumiləşdirildikdə xəstə yaxınlarının və xəstələrin psixoterapiya ilə təmin edilməsi olduqca vacib olur (Özkan,2011).

Bəzən xəstəlik geri qayıda bilir hansı ki, bu ərafə terminal ərafə olaraq adlandırılır. Bu ərafələrdə sevdiklərini itirmə qorxusu, ağrıların artması, ölümlə bağlı olan təşviş halları normaldır. Major depressiya həddinə çatan xəstələrə isə tibbi komanda tərəfindən psixiatrik və yaxud psixoloji müdaxilə edilməlidir.

Xərçəng xəstəliyi zamanı xəstələrin reaksiyaları araşdırıldıqda ən çox rast gəlinən qavramlardan biri də ilkin şok vəziyyətidir. Bu vəziyyət bəzən ilkin diaqnoz zamanı deyil sonradan ortaya çıxır, lakin zamanla azalan bir reaksiyadır. Xəstələr psixoloji cəhətdən hazır olduqdan sonra ilkin şok mərhələsinin üstündən gələ bilirlər. Bu zaman rastlaşılan ilk şey isə “niyə mən?”, “bu mənim başıma gələ bilməz” kimi inkar vəziyyəti və düşüncələridir. Bu tip müdafiə mexanizmi yaradaraq xəstələr başına gələnləri yox sayır və qəbul etmir. Beləliklə onlar özlərini təşviş hisslərindən qoruyurlar.

İnkar mərhələsindən dərhal sonra ağır aqressiya, əsəb müşahidə olunur. Bəzən ətrafındakı insanları qışqanmaq və digər insanlarla özünü müqayisə etməyə başlayır. “Nə etdimdə bu onun yox, mənim başıma gəldi?” kimi düşüncələrlə davam edir. Bu ərafədə xəstələri daim müşahidə etmək daha da çətinləşir. Ailə üzvləri üçün isə vəziyyət daha da çətinləşir. Getdikdə aqressivləşən davranışlarla üzləşən ailə üzvləri nə edəcəklərini bilmir və çarəsizlik kimi duyğular keçirirlər.

Greenin (1999) mübarizə ərafəsi deyər adlandırdığı son ərafədə isə xəstələr daha çox məlumat toplamağa başlayır və xəstəliyin öhdəsindən gəlmək üçün müxtəlif üsullara yol atırlar.



Dini inancları olan xəstələr dua edərək, ilahi qüvvələrlə razılaşıaraq xəstəliyin öhdəsindən gələcəklərini düşünürlər. Digər hallarda isə inkar və əzəb hissələrinin özlərinə faydası olmadığını görənlər xəstələr səhiyyə nümayəndələri ilə birgə razılaşımağa çalışır vəziyyəti yüngülləşdirməyin yollarını axtarırlar. Qorxu xəstələrdə ən çox rastlanan emosiyalardan biridir. Xərçəng xəstələri üçün ölüm anlayışı daha rast gəlinən olmaqla bərabər onların stabil həyat tərzini pozur və qorxu, aqressiya kimi emosiyalar xəstənin həyatının mərkəzində yer alır. Xəstənin fiziki görünüşündə yaranacaq dəyişikliklərlə bağlı olan qorxu, orqanlarını itirmə qorxusu, başqa insanlardan asılı olmaq qorxusu, gələcəklə bağlı planlar qura bilməməsi onu sosial mühitindən uzaqlaşdırmağa başlayır. Şəxsin xəstəliklə əlaqəli qərəzləri artır və bununla bərabər xəstəliyini özünə bir cəza olaraq görür. Ətrafındakı insanlara yük ola biləcəyi düşüncəsi isə xəstədə tərki edilmə, yalnız qalma qorxuları yarada bilər. Bütün bunlar isə xəstənin özünə hörmət hissənin azalmasına gətirib çıxarır (Üstün,2009).

Xərçəng xəstələrində aparılan araşdırmalara əsasən onlarda travma sonrası böyümə halları kimi hallara da rast gəlinməsi mümkündür. Travma sonrası böyümə halı dedikdə travma keçirən hər hansı bir şəxsin yaşadığı travmadan aldığı neqativ nəticələrdən Başqa pozitiv nəticələr də əldə etməsidir. Travmanın şəxsin həyatına qatdığı dəyişikliklər bəzi şəxslərdə fərqiə varmadıqları dəyişikliklərə gətirib çıxarır. Bu dəyişikliklər isə bəzən onların öncəki yaşayışına nisbətən daha müsbət və pozitiv şəxsiyyət tiplərinə, davranışa və ya həyat tərzinə yönləndirə bilər. Bəzən isə çətin və zorlayıcı yaşamın nəticəsində həm müsbət həm də mənfi reaksiyalar birlikdə yaşana bilər. (Taku,2008).

Xərçəng xəstələrində də fərqli travmalar yaşaya bilirlər hansı ki, səbəbləri fərqli ola bilər. Əsasən xəstəliyin tipi, onun mövcud olduğu yer, xəstəliyin hansı ərəfədə olması, müalicənin nəticəsi, davam etmə müddəti, fiziki və psixoloji reabilitasiya vəziyyəti, yaşadığı problemlərin öhdəsindən gəlmə bacarığı kimi faktorlar travmaya təsir göstərir. Bunlarla yanaşı xəstənin mədəni və dini həyat tərzini, xəstəyə emosional və sosial dəstək verə bilən ailə üzvləri və yaxınlarının olub-olmaması və eyni zamanda xəstənin səhiyyə qrupu ilə olan əlaqəsi və ünsiyyəti də önəmli faktorlardandır. Xərçəngin öhdəsindən gələn şəxslərdə travma sonrası böyümə kimi hallara bir sıra misal göstərmək mümkündür. Bu tip şəxslər emosional cəhətdən özlərini inkişaf etdirə bilər. Problemlərin öhdəsindən gəlməkdə və pozitiv düşüncə tərzlərini inkişaf etdirməkdə daha uğurlu olurlar. Öz şəxsiyyət tiplərinin fərqiə varırlar, potensiallarını müəyyənləşdirirlər, öz güvən, öz-dəyər hissələri artır, ətrafa daha geniş çərçivədən baxmağı öyrənirlər. Bəzən isə özlərinə olan inamı əvvəlki vəziyyətə nisbətən xeyli artır. Xərçəngdən əziyyət çəkən müddətdə psixoloji terapiyalara qatılan şəxslərdə travma sonrası böyümə daha yaxşı müşahidə olunur. Bu şəxslərin öz fərqiəndəliyi daha çox artır və bununla yanaşı travmanın

mənfi simptomlarını terapiyada yox edib yalnız pozitiv simptomlarına fokuslanmağa çalışırlar. Bütün səylərə və cəhdlərə baxmayaraq, diaqnozu davam edən müddətdə xəstələr şok, inamsızlıq, başlanğıcda qismən inkar, narahatlıq, qəzəb, üsyan, ittiham emosiyaları, depressiv temperamental uyğunlaşa bilməmə, yuxu, iştah və gündəlik fəaliyyətlərdə pisləşmə və digər bunun kimi bir çox problemlərlə qarşılaşırlar (Ülger,2014).

Ailə terapiyalarının da önəmi olduqca böyükdür. Çünki, bəzi hallarda travmanın özəyi ailənin daxilində yatır. Xəstənin yalnız özünün terapiya alması ona elədə müsbət təsir bağışlamır. Çünki, xərçəng kimi ölümcül xəstəliklərdə ailə üzvlərinin yaşadıkları baxım yükü onların normal yaşayış tərzini pozmaqla, davranış tərzlərini də dəyişdirir. Evdə olan atmosferin və gündəlik rejimin pozulması, xəstə yaxınlarının xəstəyə olan fərqli yanaşması xəstədə bir müddət sonra psixoloji problemlər yaradır. Xüsusən də xəstələr özlərini yetərsiz hiss etməyə başlayırlar. Bu səbəblə psixoterapiyalar zamanı mütəxəssislər xəstənin ailə vəziyyətini də müəyyənləşdirməli ona uyğun olaraq terapiyaya davam etməlidir. Lazım olduqda qrup və ailə terapiyaları aparılmalıdır. Ailə üzvlərində də fərqiindəlik hissənin yaranmasına və sosial dəstəyin artmasına kömək edir. Hansı ki, həm ailə üzvləri, həm xəstə həm də müalicəni aparan səhiyyə qrupu bu vəziyyətdən faydalanır. (Fallah,2012).

Xərçəngə bağlı olan yorğunluq xəstələr tərəfindən ən çox yaşanan simptomdur. Xəstəlikdə rast gəlinən yorğunluq xəstələrin fiziki hərəkətsizliyi ilə əlaqəsi olmayan yuxu və istirahət ilə keçməyən yorğunluqdur. Yorğunluq xəstələrdə zəiflik, diqqət əskikliyi, konsentrasiyada problemlər həmçinin enerji azlığı kimi simptomlara ortaya çıxır. Bu yorğunluq xəstənin günlük yaşamına, ailə ilə münasibətlərinə eyni zamanda sosial həyatına və cinsi yaşamına dərin təsir göstərir (Arslan,2016). Xəstələrdə yorğunluğu bir neçə kateqoriyaya bölmək mümkündür. Bu kateqoriyalara fizioloji, anatomik və psixoloji faktorlar aiddir. Məsələn xəstə cərrahi əməliyyatdan sonra yorğunluq yaşaya bilər və yaxud qəbul etdiyi dərmanların hesabına yaranan yuxusuzluğun yorğunluğu buraya aid ola bilər. Həmçinin müalicə mərhələsi zamanı kimya terapiyanın təsiri nəticəsində xəstələrdə qusma və bulantılar yorğunluq halına gətirib çıxara bilər. Bununla yanaşı xərçəngdən qurtulan şəxslərdə uzun müddət xərçəngə bağlı olan yorğunluq müşahidə olunur.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (XBT 10) və Amerikan Psixiatrik Assosiasiyasının Diaqnostik və Statistik Təsnifatının (DSM 5) xərçəng xəstələrindən topladığı məlumatlara əsasən xəstələrdə ən çox diaqnoz qoyulan psixoloji problemlər streslə əlaqəli pozuntular, uyğunlaşma pozuntuları, depressiv spektr pozuntuları, təşviş pozuntuları və seksual pozuntulardır. Demoralizasiya pozuntusu, sağlamlıq təşvişi, somatik simptom pozuntuları kimi

digər psixoloji problemlərdə xərçəng baxımında nəzərə alınmalı olan klinik cəhətdən əhəmiyyətli sahələr kimi vurğulanmışdır.

Diaqnoz qoyulduqdan sonra bəzən xəstələr inkar vəziyyətinə keçir. Belə olan hallarda onlara psixiatrik dəstək verilməyə başlanılır. İnkar fazası bittikdən sonra xəstəlik qəbul edildikdə isə, gələcəklə bağlı planlarını düşünnən xəstələr həkimlərdən vaxt tələb etməyə başlayırlar. Yarım qalmış işlərini tamamlamağa fokuslanan xəstələr bu mərhələlərdə fərqli emosiyalar keçirir və reaksiyalar verirlər. Hər bir fərdin bu kimi çətinlikləri qavraması və həll etməsi yolu fərqlidir. Araşdırmalar göstərir ki, sosial dəstək xəstələrin həyatında vacib məqamlardan biridir. Sosial dəstək olmadıqda depressiv pozuntular daha tez ortaya çıxır. İnsanların həyatında vacib bir yerə sahib olmaqla lazım olduqda şəxsə emosional ,maddi və koqnitiv dəstək verən bütün şəxslər və bu şəxslərlə olan sosial əlaqələr sosial dəstək adlandırılır. Sosial dəstək həm də stressin təsirini azaldıb, tarazlayaraq xəstələrdə bufer rolunu oynayır (Okçin,2007).

Diaqnoz qoyulduqdan sonra sosial dəstəyin sərhədləri dəyişir, xəstənin ətrafından ehtiyac duyduğu dəstəyin miqdarı artır. Dəstək şəxslərə, zamana və şərtlərə əsasən dəyişməklə artıb azala bilər. Diaqnoz qoyulduqdan sonra yaranan müalicə ərafəsi, bu ərafədəki fiziki dəyişikliklər, xəstənin qorxuları və qeyri-müəyyənlik halları artdıqca daha çox sosial dəstəyə ehtiyac olur. Bu ərafələrdə xəstələrə xüsusi ilə emosional dəstək vacibdir. Dəstəyin formasından asılı olmayaraq sosial dəstəyi olan xəstələr olmayanlara nisbətən daha az psixososial stres yaşayır. Eyni zamanda sosial dəstək xəstələrin fiziki və mental sağlamlığını qorumaqla onların yaşam məmnuniyyətinin artmasına gətirib çıxarır. Sosial dəstək konseptinin və onun xərçəng xəstələrinə olan vacibliyinin təsirini araşdıran bir çox işlər vardır. Ətraf mühitin dəstəyinin xəstəliyə uyğunlaşmağa, şəxsin üzərindəki stres, fiziki və psixi simptomları azaltmağa təsiri böyükdür (Gregurek,2010).

Xərçəng xəstəsi olmaq təkcə fizioloji deyil eyni zamanda bioloji, mental və psixososial problemlərə üzləşməyə səbəb olur. Xəstəlikdən əziyyət çəkən şəxslərin bir çox funksiyaları ya məhdudlaşır ya da tamamilən itirilir. Bütün bunların başlıca səbəblərindən biri də müalicə metodlarıdır. Müalicə metodu olan kimya terapiya zamanı xəstənin ömrünün uzana bilmə ehtimalı ilə yanaşı ağır fiziki, psixoloji, iqtisadi, sosial problemlərə rast gəlinir. Kimya terapiya təkcə xəstənin deyil eyni zamanda xəstə yaxınının da yaşam tərzini dəyişdirir. Uzun müddət davam edən müalicə zamanı ailələrdə iqtisadi və psixoloji problemlərə çox rast gəlinir. Yaşam müddətini uzatsa belə ailədə və ailənin yaşam tərzində dərin dəyişikliklərə səbəb olur. Xəstəliyin davam etməsi, müalicə prosesinin çətinliyi, davamlı xəstəxanaya getmə ehtiyacı

xəstənin və ailəsinin yaşam keyfiyyətini aşağı salır. Kimya terapiyanın istifadə olunub-olunmaması isə xərcəngin növünə əsasən dəyişir.

Yüksək təşviş yaradan digər bir sahə isə xəstəliyin yenidən qayıda bilmə ehtimalıdır. Xərcəng müalicəsindən sonra xəstəliyin yenidən təkrar etmə riski xəstənin fiziki görünüşünə, cinsi həyatına, ana/ata olma ehtimalına və həyatının davamlılığına təsir etməklə bərabər xəstədə təşviş hisslərinin artmasına gətirib çıxarır. Bu vəziyyət xəstənin yaşam standartlarına və məmnuniyyətinə təsir edir. Əvvəl yaşanılan hisslər yenidən yaşanılmağa başlanır və bu səfər daha şiddətli olma ehtimalı da olur. Xəstəliyin yenidən qayıtdığı hallarda xəstəyə və ailəsinə psixoloji dəstəyin verilməsi, depressiya və təşvişin bir miqdar qarşısını ala bilməkdədir (Üstün,2009).

Psixoloji və psixiatrik xəstələrin müalicə üsulları olduqca fərqlidir. Farmakoloji müalicə üsullarından başqa psixo-sosial müalicə üsullarından da geniş istifadə olunur. Psixo-sosial müalicə üsullarına pedaqoji psixoloji üsullar, qrup terapiyalar, psixoterapiyalar, peşə terapiyaları, şəxsi terapiyalar kimi bir sıra terapiya növləri aiddir. Bu terapiya növlərindən istifadə edərkən mütəxəssislərin metodları da fərqli olur. Koqnitiv davranışçı terapiya növü, psixo analitik terapiya növləri, Şema terapiyalar, hipnoz terapiyalar, emdr terapiya kimi bir çox terapiya metodlarından istifadə oluna bilər. Ən geniş yayılmış terapiya növü koqnitiv davranışçı terapiya növü olmaqla indiki zamana fokuslanmışdır. Bu tip terapiya növündə xəstənin hal-hazırda nə yaşadığı önəmlidir. Çevik və aktiv terapiya növüdür hansı ki, xəstə ilə daimi ünsiyyət davam edir. Bəzən ev tapşırıqlarının verilmə üsulu ilə xəstəni terapiyada saxlamaq onda fərqiindəlik yaratmaq mümkün olur. Psixo analitik terapiya növündə isə şəxsin əvvəl yaşadığına fokuslanırlar və daha çox uşaqlıq dövründən indiki dövrə qədər yaşadığı analizi edilir. Xərcəng xəstələrində psixoanalitik terapiyadan istifadə edilməsi elə də əlverişli olmur çünki onlarda yaranan psixoloji problemlər əksər hallarda xəstəliyin diaqnozu mərhələsindən sonra olur. Lakin öncədən hər hansı psixoloji və yaxud psixiatrik keçmiş olan, xüsusi travma yaşamış xəstələrə psixoanalitik terapiya köməklik göstərir. Çünki bu kimi hallarda xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkdiyini öyrənən xəstə əvvəlki yaşadığı problemlərlə bir daha üzləşir, mövcud olan psixiatrik pozuntu daha da arta bilər. Eyni formada ailə üzvləri ilə də terapiyalar davam etdirilir. Bütün səylərə və cəhdlərə baxmayaraq, diaqnozu davam edən müddətdə xəstələr şok, inamsızlıq, başlanğıcda qismən inkar, narahatlıq, qəzəb, üsyan, ittiham emosiyaları, depressiv temperamental uyğunlaşa bilməmə, yuxu, iştah və gündəlik fəaliyyətlərdə pisləşmə və digər bunun kimi bir çox problemlərlə qarşılaşırlar (Ülger,2010).

Daha öncədən hər hansı psixoloji pozuntudan əziyyət çəkən ailə üzvləri xəstəliyin diaqnozundan sonra çökkünlük yaşaya bilər və bəzən sağalmış olan psixoloji pozuntular

yenidən qayıdır. Bu kimi hallarda psixoterapiya olduqca vacibdir. Çünki bu terapiyalar vasitəsi ilə ailə üzvləri və xəstə bir arada saxlanılır, parçalanma və ailənin dağılması kimi halların aradan qaldırılmasına çalışılır. Tətbiq edilən psixiatrik müalicə metodları xəstənin xəstəliyinin davam etmə müddətinə formasına ərəfəsinə uyğun aparılır, xəstələrin xəstəliklərini anlamasını və onları nələrin gözləyə biləcəyini ümumiləşdirir. Bununla da xəstələrin xəstəliyin öhdəsindən gəlmək gücü və qüvvəti artır hansı ki, xərçəngin müalicəsinə müsbət tərəfdən təsir göstərir. Ən çox itkini kimya terapiya ərəfəsində yaşayan xəstələrə psixoloji dəstəyin verilməsi olduqca vacibdir. Bu ərəfədə bədəndə olan itkilər, dəyişikliklər xəstələrdə xüsusi özg üvən əksikliyi və sosial mühitdən uzaqlaşmaya gətirib çıxarır. Saçların, qaşların, kirpiklərin tökülməsi , bəzi insanlarda həddindən artıq arıqlama digərlərində isə həddindən artıq kökəlmə müşahidə olunur. Eyni zamanda kimya terapiyadan sonra qusma, müəyyən qanaxmalar, daimi yorğunluq hissi, üz cizgilərinin dəyişməsi xəstələri ən çox narahat edən simptomlardır (Avuçan,2006).

### 1.3. Xərçəng xəstəsinin ailəsi olmağın psixo-sosial tərəfi.

Ailə anlayışı geniş olmaqla bərabər evlənmə, qan bağı və yaxud övlad edinmə yolu ilə meydana gəlir. Ailə üzvləri yaxın və uzaq olmaqla dəyişir əsasən isə yoldaş, valideynlər, bacı və qardaşlar ,övladlardan ibarət olan fərdlərin qarşılıqlı münasibət qurub həyat tərzlərini paylaşmaqları ilə bünövrəsi qoyulur. Bu tip insanlar toplusu isə cəmiyyəti yaradır. Cəmiyyət iqtisadi,dini, idari və mədəni fərqlilikləri ilə tanınır buna baxmayaraq ailə anlayışı dünyəviliyi vacibdir.

Xəstəlik fiziki, psixi və sosial cəhətdən şəxslərdə yaranan sıxıntıların toplumuna verilən addır. Sağlamlıq və xəstəlik anlayışları bir-biri ilə qarşılıqlı əlaqədədir. Sağlamlığı pozulmuş, xəstəlik diaqnozu qoyulmuş şəxsə xəstə, həmən şəxslə maraqlanan ona baxım verən sosial cəhətdən dəstək olan yaxın mühitindəki insanlara isə xəstə yaxını deyilir. Xərçəng diaqnozunun qoyulması, bəzi hallarda xəstəliyin yenidən təkrarlanması və xərçəngin digər orqanlara sürətlə yayılması xəstə və xəstə yaxınlarının həyatında problemlərə yol açır. Həyatları bir anlıq dayanan şəxslərin gələcəklə bağlı planları, həyatlarının mənası dəyişir. Xəstə yaxınları isə xəstədən başqa şeyləri düşünə bilməyəcək hala gəlib çıxırlar (Elbi, 2001; Canatan, 2009).

Xəstəliyin müxtəlif mərhələlərində yaranan psixo-sosial problemlərin nəticəsi uzunmüddətli, ciddi və geniş olur. Xərçəng xəstələrində ən çox depressiya, stres və təşviş pozuntularına rast gəlinir. Bu pozuntular təkcə xəstələrə deyil onların ailə üzvlərinə də təsir göstərir. Ölüm isə ailəni həm maddi həm də mənəvi cəhətdən tükədən , ailə üzvlərinin hər birinin fərqli duyğular keçirdiyi, fərqli reaksiyalar verdiyi həm də rolların dəyişdiyi bir vəziyyətdir hansı ki, öhdəsindən gəlmək elə də asan bir şey deyildir. Çökkünlüyə yol açır hansı ki, ailə üzvləri xəstənin ölmə ehtimalını dəyərləndirdikdə özlərini tənhalığa öyrəşdirməyə çalışırlar. Hansı ki, bu halda xəstədən qopma yaşanır. Xəstədən sonra olan yaşam tərzini

düşünən ailə üzvləri bu yaşam şəraitində özlərini təsəvvür edirlər. Yeni həyatlarında çətinliklərin öhdəsindən necə gələ biləcəklərini düşündükcə yeni planlar qururlar və buda yeni sosial münasibətlərin yaranmasına gətirib çıxarır. Xəstələrə sosial dəstək vermək istəyən ailə üzvləri bu dəstəyi fərqli yollarla təmin edə bilirlər. Bunlardan ilki bağlılıqdır. Xəstələr emosional olaraq yaxın olan şəxslərdən aldıkları mənəvi, emosional dəstəyə bağlılıq ehtiyacı deyilir. Bu tip münasibətlərin qurulmaması və ailə arasında bağlılığın olmaması emosional cəhətdən izolə edilməyə gətirib çıxarır. Həmçinin sosial bütünlük, qorxudan qurtulma, etibarlı ünsiyyət, rəhbərlik kimi ehtiyacları təmsil edən anlayışlar vardır. Sosial bütünlük dedikdə bir qrupun daxilində olan bütün şəxslərin münasibəti nəzərdə tutulur hansı ki, burada ailə, dostlar, iş mühiti aiddir. Qorxudan və narahatlıqlardan qurtulma üçün şəxslər öz qabiliyyətlərini və imkanlarını qəbul etməli, zəif cəhətlərindən qurtulmaq üçün yollar axtarmalıdırlar. Eyni zamanda ailələrinin və yaxındakı insanların rifahını düşünən xəstələrin emosional qidalanması da vacibdir. Onların ailələrinə yük olmaqdıqlarını və xəstəliyin normal bir şey olduğunu qəbul etmələri üçün yollar araşdırılmalıdır. Etibarlı ünsiyyətin qurulması üçün şəxsin ətrafında inanacağı şəxslərin olması və onlarla etibarlı münasibətin qurulması vacibdir. Rəhbərlik anlayışı dedikdə xəstələrin xəstəxana kollektivi, yəni həkimlər, terapistlər və sosial işçilərlə olan münasibəti nəzərdə tutulur. Bu dövrdə empatiyanın qurulması sosial dəstək anlayışını dəqiqləşdirmək məqsədi ilə olduqca vacibdir. Xəstənin xəstəliyi ilə bağlı olan duyğu və düşüncələrini açıq-aşkar ifadə edə bilməsi, xəstəni cəsarətləndirmə, onun dediklərinə xüsusi diqqət yetirmə və ona sevildiyini hiss etdirmək empatiyanın qurulması üçün vacibdir. Xəstələrə həkimlər və terapiya qrupları düzgün və ətraflı məlumatlar verməli, xəstəyə onun xəstəliyinin öhdəsindən necə gələcəyi barəsində, xəstənin özünə necə kömək edə biləcəyi barədə məlumatlandırmalardır. Bu məlumatlandırmalar xəstələrə yeni baxış bucağı yaratmaq və onlara maraqlı olan suallara cavab vermək üçün xüsusi ilə vacibdir. Ən son olaraq maddi sosial dəstəkdə olduqca önəmlidir. Xəstəxanaya yatdıqdan sonra evdə ola bilən xərclər, xəstəxanada olan xərclər, uşaqların baxımı və digər xərclər buraya aiddir lakin, bu tip sosial dəstək yalnız ən yaxın ailə üzvləri tərəfindən verilir (Gorman,2006).

Diaqnoz qoyulandan ölüm anına qədər xəstə yaxınlarının bir çox məsuliyyətləri var. Əsasən bu müddət xəstənin diaqnozunun ilk olaraq xəstə yaxınına açıqlanması, xəstə yaxınının diaqnozu xəstədən gizlədərək onu qorumağa çalışması, emosional yüklənmələr ilə başlayır. Elisabeth Küblerə əsasən xəstə yaxınları da xəstə kimi ilkin diaqnozu eşitdikdə şok, inkar, inanmama, aqressiya, qəbullanma kimi mərhələlər yaşayırlar. Xəstəyə dəstək ola bilmək üçün xəstə yaxınlarında köməyə və yönləndirməyə ehtiyacı olduğu vurğulanmaqdadır (Kübler Ross,1995).

Onkoloji xəstələr diaqnoz aldıqları gün fərfinə varırlar ki, bu müddətə qədər həyatlarını davam etdirərkən və problemləri həll edərək istifadə etdikləri mexanizmlər artıq bu müddətdən sonra istifadə edilə bilməyəcək və xərçənglə həyatı davam etdirmək üçün kifayət olmayacaq. Bu zamanlarda xəstələr emosional , koqnitiv və fiziki cəhətdən tükənmişlik, çarəsizlik, qorxu, təşviş, məhv olma kimi hallar yaşayırlar. Ailənin dəstəyi bu ərafədə xəstələrə fərqli təsir göstərə bilər. Dəstək görən xərçəng xəstələri onların duyğularının və emosiyalarının anlaşıldığını, reaksiyalarına normal baxan və tək olmadıqlarını hiss elətdirən bir ailə mühiti gördükdə xəstəliyi daha qısa zaman ərzində qəbullanıb, uyğunlaşırlar. Bu tip emosional vəziyyətdə olan xəstələr eyni zamanda ətraf mühitdən gələn digər hər tipdə olan emosional dəstəyə açıq olurlar. Fikir verilməli olan əsas mövzulardan biri də xərçəng xəstələrinin və onların yaxınlarının ünsiyyəti, qavrayışı və sosial dəstək verilən zaman olan reaksiyalarıdır. Həmçinin özlərini ifadə edərək yaranan çətinlikləri bilmək də sosial işçilər və terapiya qrupu üçün vacibdir. Xəstələrdə hansı mənfi sosial münasibət qurmaq bacarığı ilə rastlaşdıqda terapiya qrupu problemin kökünə fokuslanır və müdaxilə olunduqdan sonra pozitiv istiqamətdə dəyişikliklər gözlənilir. Dəstək olmayan sosial mühit və yaxud sosial bacarıqlarda olan çatışmazlıqlar psixoloji problemlərə gətirib çıxarır. Həmçinin xəstəlikdən xəbərdar olan şəxsin xəstəliyə olan psixoloji uyumunu pozur. Baxım verən yaxınların yaşadıkları çətinliklər xəstənin reaksiyalarına da təsir göstərir. Xəstə və xəstə yaxınlarıyla aparılmış araşdırmalardan birində xəstələr və yaxınları arasında olan distresin xəstəliyə olan emosional reaksiyalarla əlaqəli olduğu tapılmışdır. Xəstə sıxıntılarla üzləşdikdə eyni anda xəstə yaxınları da sıxıntılarla üzləşir və yaxud əks hallardada araşdırmanın nəticələrinin keçərli olduğu bildirilmişdir (Hodges,2005).

Həmçinin cütlüklər üzərində aparılan başqa bir araşdırma əsasında 46 cütlükdən toplanan məlumatlar göstərirdi ki, xəstə və ona baxım verən yoldaşının sıxıntı səviyyələri arasında əlaqə vardır. Həmçinin onkologiyada işləyən mütəxəssislərin xərçəngə verilən reaksiyalar zamanı xəstə ilə yanaşı onun yoldaşında reaksiyalarını nəzərə almalarının vacib olduğu vurğulanmışdır (Hagedoom vb 2008).

Uzunmüddətli araşdırmalara əsasən xəstə yaxınının stres səviyyəsində olan artımlar xəstənin uyğunlaşma funksiyalarına neqativ cəhətdən təsir göstərir. Təşviş səviyyəsi yuxarı olan xəstə yaxınları müəyyən müddət ərzində təşviş səviyyəsi artmağa aşılayan xəstəyə gətirib çıxarır. Xəstə yaxınının stresi xəstəyə uyğun müalicənin təmin edilməsində manelərə yaratmağa başlayır (Segrin 2007, Lau 2010)

Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslər qədər onların yaxınları və ailə üzvlərinin də gündəlik həyat rejimlərinin dəyişildiyi və pozulduğu bununla yanaşı stres səviyyələrinin artdığı müəyyən olunmuşdur (Fallowfield,1995). Xərçəng xəstələrinə baxım vermə, xəstəliyin bütöv

olaraq ailənin həyatına daxil olmasına gətirib çıxarır. Beləliklə, ailə üzvlərinin gündəlik həyat rejimləri dəyişir (Mor,1994). Xəstəlik davam etdikcə ailə üzvləri bəzən xəstələrdən daha çox psixoloji pozuntularla üzləşirlər. Təşviş, depressiya, yorğunluq, sosial izolasiya və sıxıntılar xüsusi ilə bu tip xəstəliklərə aiddir. Bütün bu yaşananlar isə xəstə yaxınlarında immunitet sisteminin pozulmasına gətirib çıxarır. İmmunitetin azalması nəticəsində psixoloji xəstəliklərlə yanaşı fiziki xəstəliklərdə artır (Fallowfield,1995). Xəstəliyin ailədə yaratdığı fiziki, psixi və emosional dəyişikliklər xəstə yaxınlarında yaşam keyfiyyətinin də aşağı düşməsinə gətirib çıxarır (Özkan,2009).

Babaoğlu və Özün (2003) terminal ərafədə xərçəngdən əziyyət çəkən şəxslərin yoldaşları ilə apardıqları araşdırmaya əsasən baxım verən həyat yoldaşlarında depressiv əhval-ruhiyyə, qorxu, təşviş kimi emosional və psixoloji problemlərə rast gəlinir. Xəstə yaxınları psixoloji vəziyyətlə əlaqədar olan pozuntulara daha meyillidirlər. Ümumiyyətlə xəstə yaxınlarının 60%-nin iş həyatında 58%-nin isə gündəlik iş qabiliyyətində azalmalar müşahidə olunmuşdur. Xüsusi ilə baxım verən şəxs xəstənin həyat yoldaşı, valideyni, övladı kimi birinci dərəcədən yaxındırsa onların iş rejimi xüsusi ilə azalır (Stuifbergen, 1987).

Xərçəng xəstəsi yaxınlarının ehtiyacı olan ən vacib mövzulardan biridə məlumatdır. Araşdırmalara əsasən 70-80 % xəstə yaxınının daha çox məlumata ehtiyacı olduğuna baxmayaraq 50% xəstə yaxını isə müalicə mərhələsində əlaqə saxlamaqda çətinlik çəkir (Stenberg, 2010)

Xəstə yaxınlarının məlumat alması ilə bağlı araşdırma aparən Adams (2009) ümumi 11 qrup və 56 alt qrupla işləmişdir. Statistika əsasən ən çox lazım olan məlumatlar xəstənin ehtiyacı ilə diaqnostika mərhələsində ortaya çıxan məlumatlar idi. Ən az maraqlanılan məlumatlar isə xəstə baxımı və reabilitasiya mərhələsi haqqında idi. Xəstə yaxınları xəstəliyin ailə üzərində olan təsirləri, müalicənin əlavə təsirləri, cinsi problemlər haqqında isə olduqca az məlumat almışlardır.

Xəstə yaxınlarının bir çox ehtiyacları var hansı ki, bunlardan biri də xəstənin müalicəsi müddətində pozitiv nəticələr əldə etməkdir. Xəstənin sağalmaması ilə yanaşı psixoloji simptomlarının da gerilməsi ailənin stres səviyyəsini artırır (Pinquart və Sörensen 2003, Sherwood,2004). Yeni simptomların ortaya çıxması, mövcud olan simptomların fərqli təsirlər göstərməsi və xəstəlik vəziyyətinin pisləşməsi ilə ailələr öz üzərlərində olan nəzarəti itirirlər. Qeyri-müəyyənlik halı isə daha çox stressə səbəb olur çünki simptomlarda olan dəyişikliklər baxım yükünün artmasına gətirib çıxarır.

Son illər ərzində texnologiyada olan irəliləyişlərlə yanaşı müalicələrdə də müsbət tərəfə doğru irəliləyişlər müəyyən olunmuşdur. Bu həmçinin xərçəng xəstəliyinin müalicə ərafəsinə



də öz təsirini göstərmişdir. Beləliklə xərcəng ölüm proqnozu ilə nəticələnən kəskin bir xəstəlikdən ev mühitində müalicəsi davam etdirilə bilən və baxıma ehtiyacı olan xroniki bir xəstəliyə çevrilmişdir Bununla xəstə yaxınlarının üzərinə düşən yük artır. Evdə baxım müddəti başlayan xəstələrin simptomlarını fərqləndirmək və dərmanların əks-təsirlərini nəzarət altında saxlamaq xəstə yaxınlarının üzərinə düşən ən vacib rollardan biridir (Atagün,2011).

Müalicə ərafəsi zamanı vacib olan amillərdən biri də ailə üzvləri arasından seçilmiş xəstə ilə xüsusi ilə maraqlanıb ona qayğı göstərməli olan baxım vericilərdir. Bu baxım vericilər ədəbiyyatda primer baxım vericilər olaraq adlanılır. Baxım verən şəxs dedikdə xəstəlik hallarında baxıma möhtac olan şəxsə pulsuz və təmənnəsiz şəkildə qayğı göstərən və həməən şəxsin ehtiyaclarını öz öhdəsinə götürən xəstə yaxınları nəzərdə tutulur. Bu şəxslər emosional, fiziki, maddi dəstəklə yanaşı xəstəxanaya olan ziyarətlərə, dərmanların vaxtı-vaxtında qəbul edilməsinə, simptomların idarə olunmasına və problemlərin zamanında həll olunmasına nəzarət etməkdə hökmlüdürlər.

Eyni zamanda xəstə üçün düzgün və təhlükəsiz ətraf mühitin təmin olunması, xəstələrin nəqliyyat, alışveriş, ev işləri kimi bir çox ehtiyaclarını qarşılayan insanlardır. Baxım vermə baxım vericilər tərəfindən çox ölçülü olaraq müəyyən edilən bir təcrübədir. Bu ərafələrdə xəstə ilə baxım verənlər arasında sevgi bağları güclənir, hörmət artmağa başlayır. Baxım verən şəxslərin şəxsi inkişafının artması ilə yanaşı ailə münasibətləri güclənir, emosional məmnunluq və digər ailə üzvlərindən sosial dəstək alma ehtimalı da artır.

Özlərinə olan hörmət və sevgi hissləri artan baxım verən şəxslərin qarşılaşdıqları bu pozitiv xüsusiyyətlərlə yanaşı onların üzləşdikləri bir çox neqativ hallar da zaman keçdikcə üzə çıxmağa başlayır. Yaranan fiziki, sosial və maddi problemlər xəstə yaxınlarının həyatın bir çox mərhələlərində çətinliklər yaşamasına gətirib çıxarır (Toesland,2001). Baxım vermə və baxım alma münasibəti uzun müddətli davam etdikcə xəstə yaxınlarının həyatında sıxıntılara səbəb olur və bununla da ortaya uzun müddətli asılılıq problemləri çıxır. Xəstə yaxınlarının ailə daxili rolları ilə iş həyatları, əyləncə həyatları və sosial yaşamları arasında toqquşmalar və ziddiyyətlər yaranır hansı ki bu tip ziddiyyətlər baxım verənlərin yaşam məmnuniyyəti və keyfiyyətini aşağı salır (Atagün,2011).

Şimali Amerikada palliativ baxım alan 103 xərcəng xəstəsinin həyat yoldaşlarının problemlərinin müəyyənləşdirilməsinə yönəlmiş araşdırmada Tibb Bacıları Diaqnoz Dərnəyi (NANDA) tərəfindən nəşr olunan tibb bacısı diaqnoz siyahısından hazırlanmış forma ilə məlumat toplanaraq xəstələrə baxım verən həyat yoldaşlarının emosional və sosial problemləri araşdırılmış, yüksək səviyyədə qəbul edilən qeyri-müəyyənlik hisslərinin sıxıntıya səbəb olduğu müəyyən edilmişdir. Araşdırmada, terminal xərcəng xəstələrinə baxan həyat

yoldaşlarının sosial statusunda ən çox dəyişikliyin qarşılıqlı sosial münasibətlərin qurulmasında olduğu , əyləncə fəaliyyətlərindəki dəyişikliyin isə ikinci sosial problem olduğu müəyyən edilmişdir (Babaoğlu və Öz, 2003).

Xərçəngin psixoloji sağlamlığa neqativ təsir göstərdiyi, xüsusi ilə baxım verən şəxslərdə tez-tez rast gəlinən bir problemə çevrilməsi onu qlobal olaraq psixoloji cəhətdən neqativ tərəfləri ilə ayırd edilən xəstəlik formasına çevirmişdir (Given,2012). Yaşam üçün təhlükəli olan bu xəstəliyin uzun müddət davam etməsi, bu ərəfələrdə xəstə yaxınlarının gündəlik yaşam tərzlərini itirməsinə gətirib çıxarır. Xəstə yaxınlarında öz peşələri və gələcəkləri ilə bağlı olan bədbinlik, qorxular, istəksizlik, diqqət dağınıqlığı kimi hallara rast gəlinir. Bir müddət sonra istəksizlik, xəstəni itirdikdən sonra yas mərhələsi, xəstə üçün narahatlıq keçirmə, ümitsizlik, çarəsizlik və bu kimi hallar xəstə yaxınlarında depressiya, xəstəni itirdikdən sonra şok, qəzəb, aqressiya, halüsinasiyalar, tənhalıq, özünü günahlandırma kimi simptomlara rast gəlinə bilir (Terakye,2011).

Karakartalın (2017) xərçəng xəstələrinin yaxınları ilə apardığı araşdırmada baxım verən şəxslərin üzləşdiyi problemləri müəyyən etmək məqsədi ilə müxtəlif sorğular aparmışdır. Bu araşdırma ərzində bir çox xəstə yaxını xəstəyə baxım verdiyi müddətdə yaşadıkları çətinlikləri bölüşmüş, bu çətinliklər ümumiləşdirilmiş və bəziləri xüsusi ilə qeyd edilmişdir. Xəstə yaxınlarının ən çox çətinlik çəkdiyi mövzulardan birinin də maddi sıxıntılar olduğu ortaya çıxmışdır.

Xəstə yaxını : Bu xəstəliyin xərclərinin yüksək olduğunu bildirdim. Maddi vəziyyətimiz yaxşı deyildi. Bu xəstəliyin diaqnozu qoyulduqdan sonra isə biz daha çox sıxıntı yaşamağa başladıq. Məhdud maddi vəziyyətimiz zaman keçdikcə pisləşməyə başladı.

Xəstə yaxını: İqtisadi vəziyyətimiz çox yaxşı deyildi. Müalicə prosesində hər gün yeni bir şey ortaya çıxdı. Kasıb iqtisadi vəziyyətimiz daha da pisləşdi və müalicə xərclərini ödəmək üçün evdəki qızıllarımı satmaq məcburiyyətində qaldım.

Xəstə yaxını: Maddi vəziyyətimiz bu xəstəliklə pisləşməyə başladı. Müalicə xərcləri çox yüksək idi və həyat yoldaşım yalnız pensiya alırdı. Bu müddət ərzində maddi sıxıntılar yaşadım.

Xəstə yaxını : müalicə zamanı maddi problemlərlə yanaşı yuxusuzluq və yorğunluq hiss etdim. Həyat yoldaşım ağrılarından daim gecələr oyanırdı. Mən isə həmişə onu gözləyirdim. Mənə kömək edəcək başqa heç kim yox idi.

Ümumiyyətlə illər ərzində bu mövzu haqqında aparılan araşdırmalara əsasən baxım verən şəxslərin 56,9%-nin iqtisadi çətinliklər yaşadığı (Larsen, 1992), başqa bir araşdırmada isə (Fultner & Raudonis, 2000) iqtisadi çətinliklərin xəstə yaxınlarına digər çətinliklərə nisbətən

daha çox yük olduğu müəyyən edilmişdir. Bu nəticə bizə göstərir ki, xəstənin qayğısına qalan xəstələrin yaxınları yalnız psixoloji deyil eyni zamanda iqtisadi problemlər də yaşayırlar.

Xərçəng xəstələri ilə aparılan uzun müddətli araşdırmalara əsasən ailə üzvlərinin nə qədər az fiziki baxım vermək ehtiyacı olarsa və xəstənin daha çox sosialdəstəyə ehtiyacı olarsa, yerinə yetirilməmiş baxım ehtiyaclarının miqdarı azalar. Xəstə baxımını öz öhdəsinə götürən şəxslərdə gələcəyə bağlı şübhə və qorxular qaçılmazdır. Vəziyyəti düzəltməyə çalışdıqca güclərinin olmadıqlarının fərqi varan xəstə yaxınlarında tezliklə depressiya, təşviş narahatlıq, stres kimi duyğular artır və artan bu stres isə fiziki problemlərə gətirib çıxarır. Araşdırmalara əsasən baxım verənlərin yaşadıkları ağır stres 5 il ərzində ölüm statistikasının 63 faiz artmasına gətirib çıxarmışdır (Mancini, 2011; Erdoğan, 2014)

Xərçəng diaqnozu qoyulmuş uşaqların valideynləri ilə aparılan araşdırmalara əsasən bu uşaqların yaşadıkları çətinlikləri görən anaları tez-tez emosional gərginlik, tənhalıq, çarəsizlik, qəzəb, depressiya, təşviş, ətraf mühitə olan laqeydlilik, qərar qəbul etməkdə olan çətinliklər, bədbinlik və ümitsizliklə üzləşirlər (Zengin,2012).

Xərçəng xəstəsi olan uşaqların anaları ilə görüşərək məlumatların toplandığı araşdırmalardan birində anaların bir illik müddətdə yaşadıkları yükü müəyyən etmək məqsədi ilə sorğu aparılmışdır. Sorğunun nəticələrinə əsasən diaqnozu ilk eşidən valideynlərin stress səviyyələrinin həddindən artıq yüksək olduğu və bununla yanaşı baxım prosesində güclü stress keçirdikləri bəzən bu yükün öhdəsindən gələ bilmədikləri müəyyən olunmuşdur. Bu səbəblə uşağa həddindən artıq qoruyucu və yumuşaq davranan valideynlərin xeyli vaxtlar ictimai fəaliyyətlərdə iştirak edə bilmədikləri və onların sosial əlaqələrinin azaldığı müəyyən edilmişdir (Elçigil və Conk, 2010).

Baxım verən şəxslər emosional, maddi, fiziki, sosial bir çox problemlərlə üzləşirlər. Fiziki problemlərə şəxslərin öz xroniki xəstəliklərinin kontrolunu itirməsi və bununla yanaşı iştahın dəyişməsi, baş ağrıları, yorğunluq, təzyiq problemləri, lipid səviyyələrinin dəyişməsi, davamlı ağrılar və yuxu problemləri kimi simptomlar aiddir (Given,2012).

Xəstələr və ailə üzvləri ölüm anını gözləyərək boğularken, bir sıra çətinliklər yaşayırlar. Ən əsas çətinliklərdən biri də onların hər birinin ölümə uyğunlaşmağa və öyrəşməyə çalışmalarıdır. Bu zaman verilər reaksiyalar bir sıra faktorlara uyğun olaraq dəyişə bilər. Bu faktorlara xəstənin uzun zamandır xroniki bir xəstəlikdən əziyyət çəkməsi və yaxud tam əksinə sürətlə irəliləyən bir xəstəlik olması kimi meyarlar aiddir. Xəstəxanalarda baxım xidmətinə yönləndirilən xəstələrlə araşdırmalar aparılmışdır. Hansı ki, bu araşdırmalara əsasən daha xəstəxanaya atılan ilk addımlardan etibarən xəstə yaxınlarının 78% ölüm riskini düşünür və

qəbullanır. Lakin 9 faiz baxım verən yaxınlar isə bu halı qətiyyətlə inkar edir və ölümlə bağlı olan həqiqətləri qəbul etmir (Vachon,1998).

Bəzən uzun müddətli baxım ərəfəsindən tükənən xəstə yaxınları fərqli davranışlar göstərməyə başlayırlar. Xəstənin baxımının çətinliyi, maddi ağırlığı və digər faktorlar baxım vermənin davam etdirilməsini bir müddət sonra xəstə yaxını üçün çətinləşdirir. Məsələn xəstənin sağalacağına ümidi olmayan yoldaşı tibb bacısını görmədən xəstəyə nazoqastrik qidalanmanı vermək əvəzinə onu atır. Arvadını qidalandırmaqdan məhrum etməklə, ondan gözlənilən tətbiqləri yerinə yetirməməklə (qidalandırma) və ya digər baxım yüklərini laqeydcisənə və gecikdirərək etməyə davam etdikdə bu davranış ilk baxışda "xəstəyə zərər vermək arzusu" kimi təsnif edilir.

Elmi biliklər çərçivəsində "bezmə" kimi şərh oluna bilsə də, bu davranış xəstənin yaxşılaşa bilməyəcəyi düşüncəsinə olan qəzəb və ümidin itirilməsi ilə izah edilə bilər. Qəzəb və ümitsizlik hisslərinin zərərli davranışa, eləcə də zərər verən davranışın sonunda günahkarlıq hisslərinə səbəb ola biləcəyini proqnozlaşdırmaq mümkündür (Terakye, 1998).

Freedmana əsasən (2016) insanlar yanlış olduğunu düşündükləri hərəkətləri etdikdə günahkarlıq hissi keçirməyə başlayırlar. Bəzən isə bu günahkarlıq hissi fərqli tipdə davranışları ortaya çıxara bilər. Xərçəng kimi uzun müddət davam edən və baxım müddəti də uzun çəkən xəstəliklərdə baxım verən şəxslərin günahkarlıq, qorxu, təşviş kimi emosiyalara tez-tez rast gəlinir. Günahkarlıq hissi bir müddət sonra depressiyanı ortaya çıxaran vacib risk faktorlarından biridir. Bu səbəblə xəstə yaxınlarının yaşadıkları günahkarlıq hisslərinin tez fərqinə varılmalıdır. Günahkarlıq hissi keçirən xəstə yaxınları özlərinə zərər verməyə başlayır və ya bəzən pis davranışlarını tarazlamaq məqsədi ilə yaxşı davranışlar göstərməyə başlayırlar. Bu ərəfədə olan xəstə yaxınları tez-tez ətrafdakilərə kömək etməyə səy göstərir. İncitdiyi şəxsə kömək etmək və yaxud hər hansı bir şəxsə kömək əli uzatmaq əsasən günahkarlıq hissənin artdığı ərəfələrdə olur. Şəxslər özlərini pis hiss etdikcə, daha yaxşı hiss edə bilmək məqsədilə fərqli davranışlar göstərməyə başlayırlar. Digər şəxslərə köməklik göstərmək isə daha yaxşı hiss etmək üçün bir vasitədir.

Bu səbəbdən xəstənin qohumu günahkarlıq hiss etdikdə, həddindən artıq, fədakar, xeyirxah davrana, güclərini zorlaya, fiziki və əqli cəhətdən tükənə bilər. İnsanlar digərlərinə yaxşı görünmək eyni zamanda yaxşı düşünülmək və haqqında yaxşı danışılmaq istəyirlər, yaxınlarına qayğı göstərən insanlar ətrafdan təqdir almaqdan məmnundurlar, alçaldılmaq və ya günahlandırılmaq istəmirlər. Alçaldılma qorxusu üzərində aparılan sosial psixoloji eksperimentin nəticələri göstərdi ki, subyektlər onlara zərər vurduqlarını düşündükləri üçün günahkar hiss etdikləri şəxsə kömək etmək istəyiblər, lakin həmən şəxslərlə qarşılaşmaqdan

çəkinmiş, üz-üzə gəlmək istəməmişlər . Günah insanı köməyə sövq etdiyi halda, insanlar öz təqsiri ilə üz-üzə gəlməyi və təqsir yaradan mövzu haqqında danışmaqdan çəkinirlər və bu kimi halları alçalıcı hesab edirlər, bu meyl alçalma qorxusu kimi izah olunur. Etirafın günah və təqsir hissinə olan təsiri araşdırıldıqda isə müəyyən olunmuşdur ki, etiraf etmək günahkarlıq hissini yüngülləşdirir. Etiraf edərkən günah azalır və davranış forması zamanla dəyişməyə başlayır. Ən əsas dəyişiklik isə odur ki, şişirdilmiş yardım meyli azalır (Tarhan,2012).

Xüsusən döş xərçəngi xəstələri ilə aparılan araşdırmalar göstərmişdir ki, sosial dəstəyin miqdarı artdıqca emosional rifahında miqdarı artır (Oh,2020). Döş xərçəngi qadınlarda ən çox rast gəlinən xərçəng olması ilə yanaşı, qadınlıq və cinsliliyi simvolizə edən orqan üçün təhlükə yaratdığı üçün psixologiya və psixo-sosial baxımdan xərçənglər xəstəlikləri arasında ən çox araşdırılan xərçəng növü olmuşdur.

Döş xərçəngi üçün müxtəlif risk faktorları var. Genetik faktorlar bu faktorlar arasında ilk sırada gəlir. Əgər xəstənin ailə keçmişində xərçəngdən əziyyət çəkən şəxslər olubsa xəstədə də ortaya çıxma ehtimalı artır. Ailədə genetik faktor kimi xərçəngin olması döş xərçənginin olma riskini 1.8 qat artırır. Ətraf mühitin faktorlarının da təsiri vardır. Xüsusən döşlərin inkişaf etdiyi ərəfələrdə və yeniyetməlik dövründə radiasiyaya məruz qalmaq döş xərçənginin riskini artırır. Həyatın ilk üç on illiyində toraks bölgəsində olan hər hansı terapevtik radio terapiya da eyni formada xərçəng riskini artırır (Weiss,2004).

Döş xərçəngi olan qadınların ailəsi və xüsusi ilə həyat yoldaşları tez-tez narahatlıq, qeyri-müəyyənlik və çarəsizlik kimi psixoloji problemlər yaşayırlar. Bu prosesdə həyat yoldaşlarının yaşadıkları problemlərin səbəbləri adətən evlə bağlı rol və vəzifələrin dəyişməsi və xəstə həyat yoldaşının yaşadığı emosional problemlər qarşısında acizlik və acizlik hissələridir. Eyni zamanda, uşaqların inkişaf səviyyəsindən asılı olaraq müxtəlif qorxu və narahatlıqları ola bilər və həssaslıqları sayəsində bu çətin prosesdən asanlıqla təsirlənə bilirlər. (Weiss,2004).

Döş xərçəngi qadınların peşəkar karyeralarında, iş həyatında və iqtisadi şəraitdə əhəmiyyətli problemlər yaradır. Bu problemlər ümumiyyətlə sağlamlıq sığortası, iş həyatına yenidən daxil ola bilməmək, iş fəaliyyətlərində və prioritetlərdə dəyişiklik, damğalanma və iş ayrı-seçkiliyi kimi problemlərdir (Lepore,2006).

Ən çox yayılan xərçəng xəstəliyi tiplərindən biri də ginekoloji xəstəliklərdir. Hansı ki, bu tip xərçəng xəstəliklərinin nəticəsində yaşanan simptomlar və müalicə üsulları xüsusən də kimya terapiya, radio terapiya və cərrahiyyə üsulları qadınların bədənələrinə olan zərər onların özləri ilə bağlı qəbul etdikləri imiclərini və öz güvənlərini sarsıdır. Cinsi şəxsiyyəti pozulan qadınların reproduktiv problemləri yarandıqda həm xəstənin həm də ailəsinin yaşam keyfiyyəti zədə alır. Xəstəliyin müxtəlif ərəfələrində qadınlar və ailələri fərqli emosional və davranışçı

reaksiyalar göstərə bilirlər. Bir çox zamanlar isə ilkin diaqnoz və müalicədən sonra xəstəliyin yenidən təkrarlanma ərafələrində reaksiyalar ən çox olur. Bu reaksiyalara depressiya, bədən görünüşü, cinsiyyət, sonsuzluq, mənəviyyət, həyat keyfiyyəti, ailə və sosial dəstək kimi bir çox faktor təsir göstərir. Xəstəliyi ilə mübarizə aparmağa çalışan fərd xəstəliyi qəbul etmək və ən az ağrı ilə ən yaxşı şəraitdə yaşamağa davam etmək üçün hər cür psixoloji və davranış cəhdini etməyə davam edir (Ertem,2010).

Ümumiyyətlə, ginekoloji orqan xərçəngi diaqnozu qoyulan qadınlarda vaginal quruluq və sıxılma, disparuniya, ağrı, erkən menopoz, uşaq sahibi ola bilməmə kimi son dərəcə ciddi problemlər və narahatlıqlar olur. Bundan əlavə, qadınlıq qavrayışı, reproduktiv qabiliyyət, bədən imicinə və sosial qarşılıqlı əlaqəyə xəstəlik və qadının fiziki görünüşü ilə bağlı mənfi təsir göstərə bilər; Bədəndə tüklərin tökülməsinə, çəki artımına, özünə inamın azalmasına, qorxu hissi, narahatlıq və depressiyaya, yorğunluğa, ailə və sosial rollarda dəyişikliklərə, qeyri-müəyyənlik hisslərinə səbəb olur. Bu səbəblərdən qadın xəstələr özlərini günahkar, kədərli, gərgin hiss edə bilirlər (Hallaç,2011).

Ginekoloji xərçəngdən əziyyət çəkən qadın xəstələrin qavradıqları sosial dəstək səviyyəsini müəyyən etmək üçün çox ölçülü sosial dəstək şkalasından istifadə etməklə 200 xəstə ilə araşdırma aparılmışdır. Nəticələrə əsasən isə qavranılan sosial dəstəyin yaxşı vəziyyətdə olduğu qadınlarda bir sıra faktorlar buna təsir göstərmişdir. Əsasən təhsil səviyyəsi, iş mühiti, maddi vəziyyət və diaqnozdan xəbərdar olub-olmamaq kimi faktorların təsiri daha çoxdur (Ayaz, Yaman, və Korukluoğlu, 2008)

Yumurtalıq xərçəngindən əziyyət çəkən qadınların yaxınları ilə aparılan araşdırmaların birində təqribən 3 ilə yaxın diaqnoz qoyulmuş xəstələrin yaxınlarında fiziki simptomların statistik təhlili aparılmışdır. Nəticələrə əsasən xəstə yaxınlarının 71 faizinin çəkisi normadan artıq çıxmışdır. Bununla yanaşı 40 faiz xəstə yaxınları normadan 2 dəfə az meyvə, 80 faiz isə normadan az tərəvəzlə qidalanırlar. Çəkisi artıq olan şəxslərin 35%-də xəstənin diaqnozu qoyulduqdan sonra çəkimi artımı müşahidə olunmuşdur. Eyni zamanda xəstə yaxınlarının fiziki hərəkətlərinin və idmanla məşğul olma zamanlarının da azaldığı müəyyən edilmişdir. (Beesley,2011).

Siegelin (1991) 438 baxım verən şəxslə apardığı bir digər araşdırma da isə bu şəxslərin yuxu rejimləri araşdırılmışdır Alınan nəticələrə əsasən 17 faiz xəstə yaxınlarında yuxu və dincəlmə müddətləri azalmışdır. Həmçinin uzun müddət xərçəng xəstələrinə baxım verən şəxslərin bir çoxunda ürək xəstəlikləri, təzyiq problemləri kimi xəstəliklərin olduğu müəyyən olunmuşdur. Həmçinin bu şəxslərdə əzələ ağrısı və yorğunluq 50 faizdən çox müəyyən olunmuşdur.

Yaşanan problemə uyğun olaraq xəstələrin yaxınlarında yuxusuzluq, yorğunluq, iştahsızlıq kimi fiziki problemlər yaşandığı izah edilib. Bu mövzuda aparılan araşdırmaların nəticələri göstərir ki, baxıcıların fiziki sağlamlığı onların qayğı göstərmə işləri səbəbiylə pisləşə bilər, baxıcıların 60,6%-i və 78,8%-i baxıcılıq vəzifələrinə görə özlərini yorğun və yuxusuz hiss edirlər (Larsen, 1992). Bu nəticə bizə göstərir ki, uzunmüddətli müalicə prosesi xəstələrin fiziki sağlamlığının pisləşməsinə gətirib çıxarır.

Tədqiqatlarda xəstə yaxınları valideynlər, həyat yoldaşları, yaxın dostlar və insan üçün vacib olan digər insanlar kimi qruplaşdırılır. Məlumdur ki, xəstələrə baxım verən şəxslər ümumiyyətlə qadınlar və uşaqlardır lakin kişi xəstələrə ana və həyat yoldaşları tərəfindən daha çox baxılır. Qadın xəstələrə kişi həyat yoldaşından daha çox bacı, ana və s. kimi bir qadın baxır. Bununla belə, kişi həyat yoldaşı və ya ata birbaşa baxıcı olmasa belə, onlar xəstəlik prosesindən təsirlənirlər, bu ərafə ərzində onlar həm də yaxşı sosial dəstək göstərə bilirlər.

Ədəbiyyatda xərçəng xəstələrinin və onların yaxınlarının həyat keyfiyyətinin artırılmasında və travmatik vəziyyətlərlə mübarizədə sosial dəstəyin əhəmiyyətini vurğulayan çoxlu araşdırmalar var. Sosial dəstək; İqtisadi imkanlar, iş mühiti, digər sosial mühitlər və bu kimi amilləri əhatə etsə də, xərçəng xəstələrinə ən güclü təsir onların yaxınlarının dəstəyidir (Kim,2003).

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının hesabatında eyni zamanda psixi sağlamlığı qoruyan amillər də təsvir edilmişdir. Sübutlara əsaslanaraq, sənədləşdirilmiş psixi sağlamlığı qoruyan faktor “ailə və dostlardan sosial dəstək” dir. (WHO,2004)

Kriz vəziyyətlərində sosial dəstəyin vacibliyi artır, xəstələrin zehni və fiziki sağlamlığına dərin təsir göstərir. Bütün bunlar nəzərə alındıqda xüsusi ilə xərçəng kimi xəstəliklərdə sosial dəstəyin önəmi çox böyükdür. Diaqnoz və müalicə ərəfələrində xəstələr özlərini təhlükəsiz hiss etsin deyə ailə üzvləri və yaxınlar tərəfindən emosional , iqtisadi və məlumat xarakterli dəstəyi miqdarı artmalıdır Ailə üzvlərinin xəstəliyə və xəstəyə təsiri olduqca böyükdür, buna baxmayaraq ailə üzvlərini əlaqələndirən araşdırmaların sayı elədə çox deyil. Ailələrdə sosial dəstəyin miqdarı azaldıqda xəstələrdə fiziki simptomların görülməsi dahada şiddətlənir. Eyni zamanda ailə üzvlərindən birində xərçəng xəstəliyinə rast gəlinməsi böyük bir stres və təşviş faktorudur hansı ki, ailə münasibətlərinə təsiri böyükdür (Kim,2003).

Sosial dəstək xəstə və ailələrə bir çox aspektdən köməklik göstərə bilər. Emosional cəhətdən dəstəkləmə vasitəsi ilə xəstələrə sevildiklərini göstərmə, onların xəstəliyin öhdəsindən gəlməsi və müalicəyə pozitiv yanaşması üçün vacibdir. Eyni zamanda xəstənin düşüncələrinə önəm vermə, onların aldığı qərarlara hörmətlə yanaşmaq,yeri gəldikdə planlarını qəbul etməkdə sosial dəstək hesab olunur. Xəstəlik müddəti ərzində xəstə yaxınları xəstələri məlumatla təmin

etməli, onlara mümkün ola biləcək bütün yolları ətraflı izah etməlidirlər. Həmçinin xəstələri yaşadıkları cəmiyyətə qarışdırma bilmək, onların sosial həyatının davam edə bilməsi üçün addımlar atma bilmək lazımdır. İşləmə qabiliyyətini saxlayan xəstələri işlə təmin etmək, və yaxud xəstəlikdən azad olmuş şəxsləri də cəmiyyətdən təcrid etməmək məqsədilə işlə təmin etmək lazımdır. Sosial dəstək anlayışına yalnız emosional və duyğusal dəstək deyil eyni zamanda sosial və iqtisadi dəstək də aiddir. İşləmə qabiliyyəti olmayan xəstələri yaxınlarının maddi cəhətdən dəstəkləməsi onların gələcəklə bağlı ümitsizliyini ortadan qaldırma, xəstəliyin öhdəsindən gəlmələri üçün yeni imkanlar yarada bilər. Həmçinin sosial dəstəyin davamlı olması insanların stres səviyyələrini azaldır. Psixiatrik və fiziki xəstəliklərin müalicəsi zamanı simptomların yüngülləşdirilməsi məqsədi ilə sosial dəstəkdən tez-tez istifadə olunur (Wortman,1984).

Psixoloji baxımın müxtəlif ərəfələri vardır. Bu ərəfələrdən ilkində yaxşı ünsiyyətə, problemlərin minimuma endirilməsinə, xəstənin məlumat almasına və anlayışının genişləndirilməsinə zaman ayrılır.

Bu ərəfədə ünsiyyət bacarıqları olduqca vacibdir. Psixoloji baxımın ikinci mərhələsində xəstələrlə terapevt arasında terapevtik ünsiyyətin qurulması və bununla həm xəstənin həm də xəstənin ailəsinin stresin öhdəsindən gəlməyinin bacarıqlarını artırmaq və xəstələrin terapevtə öz duyğularını daha rahat ifadə edə bilməsi üçün şəraitin yaradılması vacibdir. Üçüncü ərəfədə xəstələrin problemin öhdəsindən gəlməsi üçün problem həll etmə bacarıqları gücləndirilir. Bu ərəfə xüsusən təşvişin öhdəsindən gəlmək üçün vacibdir. Son olaraq dördüncü mərhələdə isə sırf işin peşəkarları tərəfindən verilən koqnitiv davranışçı terapiyalar, ailə terapiyaları, davranışçı terapiyalar və bu kimi bir sıra psixoloji terapiya növü aiddir (Baider,2003).

Diagnoz ərəfəsi xəstəliyin vacib ərəfələrindən biridir çünki bu müddət ərzində xəstə ilə yanaşı xəstə yaxınları da şok və təşviş hissləri yaşayır. Diaqnoz və müalicə ərəfələri arasında keçən zaman müddətində xəstə yaxınları yeni yaşam tərzlərinə öyrəşməyə çalışır, qeyri-müəyyənlik və gələcəklə bağlı olan narahatlıq, kədər kimi emosiyaların öhdəsindən gəlməyə çalışırlar (Shaw, 2013).

Terminal xərcəng xəstəsinə baxım verən həyat yoldaşlarının sosial problemlərindən dəyişikliklər çox olur və bunların sırasından ən böyük dəyişikliyin sosial qarşılıqlı əlaqə olduğu müəyyən olunub. Eyni zamanda həyat yoldaşlarının istirahət və əyləncə fəaliyyətlərindəki dəyişikliklər də baxım məsuliyyəti artdıqca çoxalır. (Babaoğlu,2003).

Baxım verənlərin bir çox hallarda əlavə sosial dəstəyə ehtiyac duyurlar. Mazanec və digərlərinin (2011) ünsiyyət və məsafə ilə bağlı araşdırmasına əsasən xəstə yaxınları xəstələrin digər qohumları ilə əlaqə saxlamaq istədiklərini bildirdilər. Onlara əsasən digər qohumlarla



canlı belə olmasa bəzən internet vasitəsi ilə əlaqə saxlamaq və xəstəliyin nə vəziyyətdə olduğu, müalicə ərafəsi barədə məlumat vermək lazımdır.

Sosial sağlamlığa mənfi təsir göstərən amillərin içərisində iş stresi və maliyyə resurslarından istifadə də daxildir (Given,2012). Araşdırmalar göstərmişdir ki, baxım verən şəxslər bir çox zamanlar xərçəng xəstəliyinin müalicəsinin həddindən artıq baha olması səbəbi ilə maliyyə resurslarından istifadə edərək, hətta ev satmaqla, kredit götürməklə müflis ola bilərlər.

Xəstələrin qohumlarının baxım vermə səbəbi ilə 60,0%-nin iş qüvvəsinin, 58,2%-nin isə gündəlik performanslarının azaldığı aşkar edilmişdir (Çivi,2011). Sarıtay və Büyükbayramın (2016) kimya terapiya alan xərçəng xəstələrinin yaxınları ilə apardıqları araşdırmada, sosial təminatları olmayan baxım verən şəxslərin vəziyyətdən asılı olaraq xarakterik narahatlıq ortalamasının daha yüksək olduğunu və bunun xəstəliyin gedişatına mənfi təsir etdiyini bildirmişlər.

Zahlisin (2010) döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınların yoldaşları ilə apardığı araşdırmaya əsasən xərçəng diaqnozu qoyulduqdan sonra onlar bildiriblər ki, yaşamları parçalanıb və xəstəyə dəstək olmaq üçün tam olaraq nə etməli olduqlarını bilmirlər (Zahlis və Lewis 2010). Ailə üzvləri əksər vaxtlar xəstənin və ya bir birlərinin yüklərini artırmamaq üçün narahatlıqlarını gizlədirlər.

Müalicə ərafəsində baxım verən ailə üzvlərinin yükləri artmaqla bərabər digər ərafələrə nisbətən daha çox narahatlıq hiss edirlər. Kurtzun (2009) araşdırmasına əsasən isə xəstə yaxınlarının sosial həyatı, funksiyaları, gündəlik həyatları dəyişməklə emosional vəziyyətləri də dəyişir. Əksər vaxtlar onlar özlərini tənha, tərks edilmiş hiss edirlər. Həyatın ədalətli olmadığını, onların bütün bu yaşadıklarının bir cəza olduğunu düşünənlər belə var.

İrəli dövr-Yaşam sonu ərafəsi. Xəstəliyin irəliləməsi ilə bərabər xəstə və xəstə yaxınlarının ehtiyacları artır. Bu müddət ərzində isə müalicənin təsir etməməsi ilə ümidlər tükənir, xəstələr simptomlarla tək mübarizə aparırlar. Hwangın (2003) irəli səviyyə xərçəng xəstələrinin yaxınları ilə apardığı araşdırmalara əsasən bu ərafədə xəstələrin bir çox ehtiyacları qarşılanmamış qalır. Ən çox qarşılanmayan ehtiyac isə məlumatlardır. Evdə olan baxım haqqında, evdə yaşana biləcək problemlər haqqında, xəstəliyin proqnozu haqqında məlumatlar bura aiddir. Xəstə yaxınlarının ən böyük qarşılanmayan ehtiyacı isə 93.2 faizlə “birini itirməklə üz-üzə gəlməkdir” (Buscemi,2010).

Xəstəlik müddətində xəstədən çox ailə üzvləri və xəstəyə baxım verən insanlar depressiya, təşviş, stres, tükənmişlik kimi psixoloji problemlərlə qarşılaşırlar. Depressiyadan əziyyət çəkən ailə üzvlərinin yaşam məmnuniyyətinin aşağı düşməsi ilə yanaşı ölümlərdə artışı

səbəb ola bilən neqativ hallarla üzləşirlər. Ailə üzvləri üzərlərinə aldıqları məsuliyyət səbəbi ilə təşviş hissini bütün həyatları ilə ümumiləşdirirlər.

Karakartalın (2012) araşdırmasında xəstə yaxınlarından biri yaşadığı yorğunluğu və tükənmişliyi ifadə etmişdir.

Xəstə yaxını: Mən 4 ay babamı gözlədim. Onu qucağımda tualetə aparırdım. Babamı kimya terapiyaya aparırdım, dərmanlarını isə həmişə anbardan alırdım . O ərəfələrdə gecə-gündüz gözlədim, yata bilmədim. Babamı o vəziyyətdə görmək məni çox kədərləndirirdi. İştahım kəsildi, yemək yeyə bilmədim və müntəzəm olaraq yuxu və yemək rejimim pozuldu.

Xəstələrin yaxınlarının çarəsizlik, ümitsizlik və narahatlıq keçirdikləri müşahidə edilmişdir. Bu mövzuda aparılan araşdırmalardan birinin nəticələrinə əsasən xərcəng xəstələrinə baxım verənlərin xəstəlik ərəfəsində psixoloji vəziyyətinin pisləşməsi və baxıcıların həyat keyfiyyətini azaldan ümitsizlik, çarəsizlik və narahatlıq hissələrini yaşamaları müəyyən olundu (Stommell, Collins, Given, 1995).

Eynilə, xərcəng xəstələrinin ümid səviyyələri, əhval-ruhiyyələri və əhval-ruhiyyələrinin yaşadıkları ağrının qavrayışına təsiri araşdırılmış və aralarında əhəmiyyətli bir əlaqə olduğu, ümid səviyyəsi aşağı olan xərcəng xəstələrində depressiyanın daha çox olduğu və bu xəstələrin ömrünün daha qısa olduğu məlum olmuşdur (Liu, Fiorentino, Natarajan, Parker, Mills, Sadler, 2009).

Snyderə (2000) görə ümid də daxil olmaqla müsbət emosiyalar müalicənin ayrılmaz hissəsidir. Ümidli insanlar xəstəliklə qarşılaşdıqda təslim olub passiv qalmaq və ya şikayət etmək əvəzinə, xəstəliyi təbii həyatın bir parçası, özlərini gücləndirəcək və təkmilləşdirəcək bir proses olaraq görməyə meyillidirlər.

Groopman (2008) sağalma prosesində ümidin sürətləndirici gücünü nəzərə almağın lazım olduğunu iddia edir. Nekolaichuk (1999) ümidi xərcəng xəstələri üçün müalicəvi dəyər kimi təyin edir. Onun üçün ümid xəstələrə çətin müalicə proqramına başlamaq üçün cəsarət verir, onlara həyatlarını davam etdirmək və yenidən təşkil etmək üçün güc verir və onlara nəyinsə dəyişə biləcəyi və heç vaxt təslim olmamaları hissini verir. O, həmçinin ağrı və əzablara dözmək qabiliyyətini artırır. Araşdırmalar göstərdi ki, ümid xərcəng xəstələrini xəstəliklərinə və müalicələrinə uyğunlaşdırmaqda mühüm rol oynayır, ümid səviyyəsi yüksək olan xərcəng xəstələri daha uzun yaşayır və xəstəlik müddəti daha uzun olur (Chen, 2003; Aslan, Kömürçü, Özet, Sekmen, 2007).

Snyder və digərləri tərəfindən hazırlanmış ümid nəzəriyyəsində heç bir duyğulara nəzər yetirilmir və bu nəzəriyyə əsasən koqnitivdir (Snyder, 1995). Snyderdən əvvəl tədqiqatçılar

konseptuallaşdırmalarını edərək, insanların məqsədyönlü olduqlarını bildirsələr də, bu məqsədlərə necə nail olmaq lazım olduğuna dair ətraflı məlumat vermirdilər. Snyder isə əvvəlki tədqiqatçıların araşdırmalarını təhlil edərək son zamanlar ən çox istifadə edilən və qəbul edilən ümid nəzəriyyəsini yaratdı.

Snyderə (2002) əsasən ümid dedikdə məqsədyönlü qərarların qəbulu və fərdlərin arzu olunan məqsədlərə aparan yolları planlaşdırmaq, bu yollardan istifadə etmək və onlardan istifadə etməyə davam etmək üçün özlərini motivasiya etmək qabiliyyəti haqqında düşüncə növü nəzərdə tutulur. O, ümidin fərdin bu işləri görə biləcəyinə və qabiliyyətinin olduğuna aid olan qavrayışını əks etdirdiyini bildirdi. Snyder (2000; 2002) ümidi üç komponentlə izah etdi: məqsədlər, alternativ yollar (yollar), hərəkətə keçmə düşüncəsi.

Məqsədlər: Fərdlər həyatlarında olan məqsədlərlə yaradır, yaşayır və vəzifələrini yerinə yetirirlər. İnsanın həyatda uğur qazanmasında qarşısına məqsəd qoyma və həyata keçirmə bacarığı mühüm rol oynayır. Snyder (2000) insan hərəkətlərinin məqsədyönlü olduğunu fərz edirdi. Onun fikrincə, bu məqsədləri olan fərdlər yaşamaq, yaratmaq, nail olmaq kimi arzuladıqları hər şey ola bilər və hər şeyi reallaşdırmaq mümkündür.

Bu, vacib və ya bir ömür boyu səy göstərilən bir şey ola bilər, ya da adi və qısa bir zaman tələb edən bir şey də ola bilər. Snyder (2002) görə, məqsədlərdə bəzi keyfiyyətlərin olması vacibdir. Bu keyfiyyətlərə əsasən insan üçün dəyərli olması, ona nail olub-olmayacağına dair qeyri-müəyyənliyi ehtiva etməməsi və son olaraq səy tələb edir.

Alternativ yollar düşüncəsi: Alternativ yollar ideyası; İstənilən məqsədlərə çatmaq üçün istifadə edilə bilən yollar yaratmaq qabiliyyətidir (Snyder, 2000). İnsan məqsədinə çatarkən, bu məqsədlərə necə çatacağına dair zehni yol xəritələri yaratmalıdır. Ümid səviyyəsi yüksək olan insanlar zehində bu yolları ətraflı şəkildə planlaşdırırlar. Bu yollar sərt və dəyişməz deyil, çevikdir və dəyişməyə açıqdır. Əsas odur ki, insan öz məqsədinə çatmaq üçün planlar qura bilsin və bu planları axtarmağa qərarlı olsun (Snyder, 2002). Fərdlərin məqsəd qoymağı, onlara nail olmaq üçün uyğun bir yol tapmadıqda və məqsədə çatmaq üçün uyğun addımlar atmadıqda faydasızdır. Yalnız onlar alternativ yollar tapıb istifadə etməyə başlayanda məqsədlər şəxsin həyatında məna kəsb edir.

Hərəkətə keçmə düşüncəsi: Fərdin məqsədlərinə çatması üçün nə tək məqsəd yaratmaq, nə də alternativ yollar yaratmaq kifayətdir, bu yolları sınaq üçün kifayət qədər motivasiya yoxdursa, insan hədəflərinə çata bilməz. Bu motivasiya hərəkətə keçmə düşüncəsi adlanır. Hərəkətə keçmə düşüncəsi: məqsədə çatmaq istəmək və məqsədə çatmaq üçün güc hiss etmək kimi müəyyən edilir. Bu ölçü keçmiş, indiki və gələcək məqsədə nail olmaq üçün uğurlu qərarların qəbul edildiyi/qəbul edilə biləcəyi hiss və düşüncələrə uyğundur (Snyder, 1995).

Tükənmişlik və sıxıntı hissələrini sözlü şəkildə ifadə edə bilməyən insanlar isə daha çox depressiya simptomları ilə qarşılaşırlar. Bu səbəblə problemlərin dilə gətirilməsi və paylaşılması baxım vermə ilə əlaqədar olar çətinliklərin və təşvişlərin qarşısını almaqda vacibdir ( İnci,2006).

Xəstələrin psixo-sosial problemlərin öhdəsindən gəlməsi xəstəliyin ölüm riskini azaltmaqla yanaşı xərcəngə qarşı olan psixososial proqramların tətbiqi yaşam məmnuniyyətini və sağ qalma ehtimalını yüksəldir. Bu tip proqramlar həm də ailə üzvlərinin yaşam məmnuniyyətinin artmasına gətirib çıxarır. Ailənin bir üzvünün xərcəng xəstəliyi ilə üzləşməsi, müalicə mərhələsi və ölüm riski ailənin bu problemlə üzləşməyini çətinləşdirə bilər və ailə üzvlərində fiziki xəstəliklərdən başqa depressiya, təşviş və stres kimi psixoloji xəstəliklər yarana bilər. Bu səbəblə psixo-sosial proqramlar zamanı ailə üzvləri və onların üzləşdiyi çətinliklərdə qeydə alınmalıdır (Wozniak və Izychki,2014).

Xərcəng kimi keçici olmayan xəstəliklər, xəstələr və ailə üzvlərinə psixo-sosial tərəfdən təsir göstərdiyi kimi, onların yaşam məmnuniyyətini aşağı salan digər faktorlarda var. Həm mikro həm də makro dərəcədə ailələrdə yaranan iqtisadi problemlərdə bunlardan biridir. Buna misal olaraq xəstələrin və yaxınlarının daha tez pensiyaya çıxmağa məcbur qalmasını, bu səbəblə iş həyatlarının dayandırılmasını göstərmək olar. Beləliklə ailənin xərcləri tibbi sahəyə, uzun müddətli müalicənin davam etdirilməsinə fokuslanır (Bloom vb.,2013).

Xərcəng xəstələrində mübarizə etmə, çarəsiz hiss etmə, ümitsiz olma, boğulma kimi hissələrin yaranması tez rast gəlinir və xəstənin ailəsi həmçinin tibb işçiləri bu kimi halları normal qarşılaya bilməlidir (Gren,2006). Xərcəng xəstəliyi, diaqnoz qoyulan şəxslərin və onların yaxınlarını fiziki, psixoloji və sosial olaraq təsir etməklə yanaşı, ailələrə və cəmiyyətə maddi və mənəvi yük olur (Ribeiro və Pui,2005). Xəstənin ailəsi xəstəliyin hansı fazada olmasından asılı olaraq qorxu, çarəsizlik, günahkarlıq, ölüm qorxusu kimi fərqli duyğular yaşaya bilər (Okçin,2007).

Ailələrin xəstəliklə üzləşməsi və mübarizəyə başlaması dövrü yalnız diaqnoz qoyulduqdan sonra başlaya bilər. Bu səbəblə də belə hallarda öncədən hazırlıqlı olmayan ailə üzvləri ilkin təəccüb, inkar və qorxu hissələrini yaşadığından sonra bəzən fiziki xəstəliklərlə də qarşılaşa bilərlər. İştahsızlıq, mədə ağrıları, yorğunluq bunlara misaldır. Əvvəllər zövq alınan şeylərdən artıq zövq almamaq ,qərar verməkdə problemlər həmçinin bəzən diqqət və qavrayışda da problemlərə rast gəlinir. Ən çox rastlanan problemlərdən bir digəri isə yuxu rejiminin pozulmasıdır (Görgülü,2010).

Xərcəng xəstələrinin birinci dərəcə yaxınlarının yuxu rejiminin pozulması şəxslərin psixoloji və fizioloji sağlamlığına təsir göstərməklə yanaşı onların insanlarla olan sosial

münasibətlərinə də zərər göstərir bununla da şəxslərin yaşam məmnuniyyəti aşağı düşür (Chang, vb.,2007).

Carter və Changın (2000) araşdırmasına əsasən baxım verən ailə üzvlərinin böyük bir hissəsində yuxusuzluq problemi yaşanır və bunların 50% də isə depressiyaya rast gəlinir. Buna əlavə olaraq xəstəni itirmə qorxusu, gələcəklə bağlı planlar, ev içində məsuliyyətlər və uşaqlarla bağlı olan məsuliyyətlər və digər bir çox şeyi üzərinə alan ailə üzvlərində təşviş pozuntuları yaranır (Grovo vb.,2005).

Xəstənin yaxını olmaqla yanaşı xəstəyə baxım verən şəxs olmaq seçilə bilən və yaxud planlara bilən bir hadisə olmadığı kimi xəstəyə təsir etdiyi qədər yaxın ətrafında təsir edir və bir anda baş verir. Xəstəyə maddi, mənəvi, fiziki dəstək olmaq onla maraqlanmaq, onun ehtiyaclarını qarşılamaq baxım verən şəxsin fiziki və psixoloji gərginlik keçirməsinə səbəb olur. Baxıma ehtiyacı olan xəstənin vəziyyəti ağırlaşdıqca baxım verən şəxsin də məsuliyyətləri artır (Dökmen,2012).

Xəstəlik diaqnozu qoyulduqdan sonra baxım vermə müddətində sevgidə artma, şəxsi inkişaf, hörmət, digər insanlar tərəfindən marağın artması kimi bəzi müsbət cəhətlərdə ortaya çıxır. Bu müsbət təsirlərin yanında isə ailə üzvlərində günahkarlıq, qorxu, sosial mühitdən izolyasiya olmaq, çarəsizlik kimi duyğularda yaranır. Ailə üzvlərinin məsuliyyətlərinin artması ilə bərabər iş həyatında çətinliklər, maddi problemlər, öz həyat yoldaşları və övladları ilə yaranan problemlər çoxalır. Xronik bir xəstəlik olan xərçəngin baxımı isə zaman keçdikcə daha kompleks hal almağa başlayır.

Ailə üzvlərində baxım vermə yükü anlayışı 1980-cı illərdən bəri araşdırılır. Baxım “yükü” anlayışı isə ailə üzvlərinin üzləşdiyi psixoloji, fiziki, maddi problemlər, əlindəki kontrolu itirmə halları kimi subyektiv və obyektiv çıxışlar kimi tanımlanır (Küçükgüçlü,2009).

Əhalinin sayının daimi artması ilə birlikdə xəstələrin xəstəxanada qalma müddəti azalmış və evdən müalicəyə davam edən xəstələrin sayı artmışdır. Bunun nəticəsində ailə üzvlərinin üzərinə düşən yük dahada artmışdır. Baxım vermək ağırdır. Baxıcıların əksəriyyəti (62% qədər) ağır yüklər daşıyır. Xərçəng baxıcıları həftədə təqribən 33 saat xəstələrlə birlikdə vaxt keçirirlər ki, bu da baxıcıların 72%-ə qədər üçün kompleks tibbi tapşırıqların üstəsindən gəlməyi də əhatə edə bilər (Geng,2018). Həmçinin müəyyən olunub ki, baxım verən şəxslərin psixi sağlamlığı fiziki sağlamlığına nisbətən daha ciddi şəkildə pozulub (Yang,2012).

Müalicə ərafəsi zamanı vacib olan amillərdən biri də ailə üzvləri arasından seçilmiş xəstə ilə xüsusi ilə maraqlanıb ona qayğı göstərməli olan baxım vericilərdir. Bu baxım vericilər ədəbiyyatda primer baxım vericilər olaraq adlanılır. Baxım verən şəxs dedikdə xəstəlik hallarında baxıma möhtac olan şəxsə pulsuz və təmənnasız şəkildə qayğı göstərən və həmə

şəxsin ehtiyaclarını öz öhdəsinə götürən xəstə yaxınları nəzərdə tutulur. Bu şəxslər emosional, fiziki, maddi dəstəklə yanaşı xəstəxanaya olan ziyarətlərə, dərmanların vaxtı-vaxtında qəbul edilməsinə, simptomların idarə olunmasına və problemlərin zamanında həll olunmasına nəzarət etməkdə hökmlüdürlər. Eyni zamanda xəstə üçün düzgün və təhlükəsiz ətraf mühitin təmin olunması, xəstələrin nəqliyyat, alış-veriş, ev işləri kimi bir çox ehtiyaclarını qarşılayan insanlardır. Baxım vermə baxım vericilər tərəfindən çox ölçülü olaraq müəyyən edilən bir təcrübədir. Bu ərəfələrdə xəstə ilə baxım verənlər arasında sevgi bağları güclənir, hörmət artmağa başlayır. Baxım verən şəxslərin şəxsi inkişafının artması ilə yanaşı ailə münasibətləri güclənir, emosional məmnunluq və digər ailə üzvlərindən sosial dəstək alma ehtimalı da artır. Özlərinə olan hörmət və sevgi hissləri artan baxım verən şəxslərin qarşılaşdıqları bu pozitif xüsusiyyətlərlə yanaşı onların üzləşdikləri bir çox neqativ hallar da zaman keçdikcə üzə çıxmağa başlayır. Yaranan fiziki, sosial və maddi problemlər xəstə yaxınlarının həyatın bir çox mərhələlərində çətinliklər yaşamasına gətirib çıxarır (Toesland, 2001). Baxım vermə və baxım alma münasibəti uzun müddətli davam etdikcə xəstə yaxınlarının həyatında sıxıntılara səbəb olur və bununla da ortaya uzun müddətli asılılıq problemləri çıxır. Xəstə yaxınlarının ailə daxili rolları ilə iş həyatları, əyləncə həyatları və sosial yaşamları arasında toqquşmalar və ziddiyyətlər yaranır hansı ki bu tip ziddiyyətlər baxım verənlərin yaşam məmnuniyyəti və keyfiyyətini aşağı salır (Atagün, 2011).

Xərçəngin psixoloji sağlamlığa neqativ təsir göstərdiyi, xüsusi ilə baxım verən şəxslərdə tez-tez rast gəlinən bir problemə çevrilməsi onu qlobal olaraq psixoloji cəhətdən neqativ tərəfləri ilə ayırd edilən xəstəlik formasına çevirmişdir (Given, 2012). Yaşam üçün təhlükəli olan bu xəstəliyin uzun müddət davam etməsi, bu ərəfələrdə xəstə yaxınlarının gündəlik yaşam tərzlərini itirməsinə gətirib çıxarır. Xəstə yaxınlarında öz peşələri və gələcəkləri ilə bağlı olan bədbinlik, qorxular, istəksizlik, diqqət dağınıqlığı kimi hallara rast gəlinir. Bir müddət sonra istəksizlik, xəstəni itirdikdən sonra yas mərhələsi, xəstə üçün narahatlıq keçirmə, ümitsizlik, çarəsizlik və bu kimi hallar xəstə yaxınlarında depressiya, xəstəni itirdikdən sonra şok, qəzəb, aqressiya, halüsinasiyalar, tənhalıq, özünü günahlandırma kimi simptomlara rast gəlinə bilər (Terakye, 2011).

## II FƏSİL XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİNDƏ PSIXOLOJİ POZUNTULAR

### 2.1. Xərçəng xəstələri və yaxınlarında depressiya

Psixoloji pozuntular xəstəlikdən sonra pasientin özünə və ailəsinə təsir göstərən ikinci əsas amillərdən biridir. Anormal xəstə davranışları və psixiatrik problemlər xəstəliyin öhdəsindən gəlməyə neqativ təsir göstərir. Həmçinin müalicəyə təsir göstərməklə sağlam davranışları və həyat keyfiyyətini dəyişdirir (Cordova,2017). Psixoloji problem dedikdə cəmiyyətdə ən çox yayılan depressiya ayrıca rast gəlinə bilməsi ilə yanaşı bir çox digər xəstəliklərlə birlikdə komarbid xəstəlik formasında da təzahür edə bilər. Şiddəti və sıxlığı fərqli olmasına baxmayaraq cəmiyyətin müxtəlif təbəqələrində rast gəlinə bilər. Psixoloji pozuntular arasında depressiya ən sıx yayılan və haqqında bir çox araşdırmalar aparılan bir xəstəlikdir. Ümumiyyətlə cəmiyyətin 20%-ə qədərində rast gəlinir. Sıx görülməsi və xroniki olmaq ehtimalının yüksək olması səbəbi ilə depressiya intiharla nəticələnən xəstəliklərdən ən əsasıdır. Cəmiyyətin sağlamlıq problemi kimi də dəyərləndirilir. Depressiyada narahatlıq, məmnuniyyətsizlik və gözləntinin olmaması kimi emosiyalar vardır. Lakin, hər xoşbəxt olmayan insan da depressiyadadır demək olmaz. Bununla yanaşı depressiyanın hər fərddəki simptomları eyni ola bilməz. Psixiatriyada depressiya termini əsasən üç fərqli terminə bölünür və fərqli mənalarda istifadə olunur. Termin ilk istifadəsi normal halları ehtiva edir hansı ki. Hər bir şəxs bu halla üzləşə bilər. Burada əsasən fərdlərdə də hər hansı bir itkidən sonra meydana gələ biləcək emosional təcrübə və ya kədərli və məyus ruh vəziyyəti təsvir edilir. Bu mənada depressiyadayam deyən normal insanlar zaman zaman görülə bilər və bir müddət sonra həmən depressiya ərafəsi keçə bilər. İkinci olaraq ətraf mühit dəyişikliklərinə və həyat hadisələrində olan dəyişikliklər zamanı ortaya çıxan depressiya tipi var. Bu harmoniyaya uyğun və təbii emosional cavabdır. Bu zaman termin gündəlik həyatın kədərli və bədbəxtliyin hökm sürdüüyü anormal əhval-ruhiyyəni (mood) təsvir etmək üçün istifadə olunur. Depressiya şəxslərin işləmə funksiyası ilə yanaşı yaşam məmnuniyyətini azaldır bununla da gündəlik rejimlərinin pozulmasına kimi gətirib çıxara bilər (Klerman,1989).

Çox yayılan bir psixoloji xəstəlik forması olan depressiya bəziləri tərəfindən hələ də tanınmır, buna baxmayaraq depressiya zamanı yaşam məmnuniyyəti və yaşam keyfiyyəti düşür, ailə ilə və sosial mühitlə olan münasibətlər pozulur, ailəyə və şəxsə iztirab verici olan və peşə keyfiyyətinin aşağı düşdüyü intiharla nəticələnə bilən xəstəlik növüdür. Depressiya cəmiyyətin sağlamlığı üçün olduqca vacib xəstəliklərdən biridir buna baxmayaraq depressiya terapiyaya səksən faiz nəticə verən sağala bilən pozuntulardan biridir. Zaman içərisində müalicə olunmasa xronikləşə bilər və təkrarlana bilər.

*Major depressiyaya* ən az 2 həftə davam edən depressiya simptomları daxildir. Şəxsin bu zaman ərzində yuxu,yemək,işləmək qabiliyyəti belə pozula bilir.

*Davamlı depressiv pozutu* (dysthymia) isə ən azı 2 il davam edən daha az şiddətli depressiya əlamətlərini ehtiva edir.

*Perinatal depressiya*, qadının hamiləlik zamanı və ya doğuşdan sonra böyük depressiyaya məruz qalması (postpartum depressiya).

*Mövsümi affektiv pozuntu*, adətən payızın sonu və qışın əvvəlində başlanır və yaz və yay aylarında yox olur.

Ən çox yayılan və ən ağır forması isə major depressiyadır. Major depressiya zamanı simptomlar müalicə olunduqdan bir müddət sonra belə yenidən ortaya çıxa bilir. Depressiya zamanı müşahidə olunan neqativ emosiyaları zaman-zaman hiss edilən bədbəxtlik .ümitsizlik, təklik kimi emosiyalardan ayırmaq lazımdır. Hər bir insan ömrünün müəyyən dövründə neqativ emosiyalar keçirə bilər, tək qalmaq istəyə bilər. Depressiyanı bu kimi emosiyalardan fərqləndirən əsas amil isə davamlılıqdır. Neqativ emosiyalar müəyyən müddət davam edib bitə bilər. Depressiya isə davamlıdır. Bu zaman davamlı olan neqativ tərəfdən baxış və düşüncələr var hansı ki, şəxsin həyatında ciddi təsirə malik olur. Xəstələr əsasən səhərlər də pis hiss edirlər və bəzən yataqdan belə çıxmaq istəmirlər. Daha əvvəllər xoşlarına gələn hadisələr maraqsızlaşmağa başlayır. Depressiyanın şiddəti artdıqca zövq alma emosiyalarında azalır. Ətraf tərəfindən rahatlıqla hiss edilən bu kimi hallarda təşviş hər şəxsdə görülməsə də tez-tez rast gəlinir.

Depressiyadan əlavə olaraq bəzi xəstələrdə komorbid olaraq digər psixoloji xəstəliklərə də rast gəlinə bilər. Dünyada geniş yayılmasına baxmayaraq depressiya diaqnozu qoymaq elədə asan deyildir. Bir çox simptomları vardır. Əgər depressiyaya komorbid olaraq başqa xəstəliklərlə paralel rast gəlinirsə bu hallarda mütləq mütəxəssislər tərəfindən düzgün diaqnoz qoyulmalıdır ki, müalicə ərafəsi də düzgün sonlansın. Xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərdə isə ən çox rast gəlinən psixi pozuntulardan olan depressiya komorbid olaraq stres,təşviş,aqressiya kimi digər psixoloji faktorlarla paralel davam edə bilər. Depressiyadan əlavə təşviş pozuntusunun simptomlarını ilə üzləşən xərçəng xəstələrində medikal faktorlar araşdırılmalıdır. Bunların arasına isə o ərəfələrdə istifadə olunan dərmanlar, eyni zamanda endokrin xəstəliklər aiddir. Endokrin xəstəliklərdən tiroid patologiyası zamanı ən çox depressiya və təşviş pozuntularına rast gəlinir. Bəzən təşviş pozuntusu bipolar pozuntu ilə qarışdırılır. Çünki, təşviş pozuntularının simptomlarının bir hissəsi bipolar pozuntunun hipomaniya sferasının simptomları ilə üst-üstə düşür. Əgər xəstələrdə bir müddət sırf depressiya, süstlük, həyatdan küsmə, intihara meyillilik kimi simptomlara digər bir müddət isə



həddindən artıq aktivliyə, tez-tez tərləmə, yerində dura bilməmə kimi hallara rast gəlinirsə bu bipolar pozuntunun mania və ya hipomania və depressiya fazalarıdır. Bu psixoloji pozuntu təşviş pozuntusu ilə paralel davam edən depressiya ilə qarışdırıla bilməz (Schovers,2003).

Xərçəng xəstələrində psixiatriki pozuntulara 29-47 % aralığında rast gəlindiyini bildirilmişdir. Xüsusi ilə isə psixiatrik pozuntular sırasından depressiyanın varlığı müalicəyə olan uyumu pozan və xəstəxana qalma müddətini artırma bilən bu səbəblə də xəstənin və onun ailəsinin xərclərini artıran bir faktor kimi müəyyənləşdirilmişdir. Depressiya ümumiyyətlə xəstəliyin davamiyyətinə və müalicədən əldə olunan nəticələrə də mənfi təsir göstərən bir psixiatrik xəstəlikdir. Onunla birgə özünü-məhv etmə kimi problemlərdə ortaya çıxma bilər (Valente,2005).

Psixiatrik pozuntulara təsir edən faktorlar hələ 1994-cü ildə Maguire və Harrison tərəfindən araşdırılmış və bu faktorların başında sosyo-iqtisadi problemlər, xəstələrin tutumları, son vaxtlar ərzində yaşanan itkilər və xərçənglə bağlı olan məlumatların miqdarı qeyd edilmişdir. Bu faktorların varlığı illərcə xərçəng xəstələrində psixiatrik pozuntuların araşdırılması üçün təkan olmuşdur.

Pozuntuların düzgün tanınması və onların müalicəsi xərçəng xəstələrinin müalicə ərafəsindəki uyumunu artıracaq yaşam keyfiyyətinə müsbət təsir göstərəcəkdir. Xəstələrin öz diaqnozlarını bilib-bilməmələrinə əsasən bir sıra araşdırmalar vardır. Alexandrin (1993) araşdırmasına əsasən diaqnozunu bilməyən xəstələr daha çox ümidli olurlar və müalicə ərafələri daha uğurlu alınır. Halbuki Ateşcinin (2003) araşdırmasına əsasən xərçəng xəstəliyi diaqnozundan xəbərdar olmayan şəxslər xəbərdar olan şəxslərdən xeyli azdır. Onlara əsasən xəstələri düzgün formada məlumatlandırma onların daha az psixoloji problemlə qarşılaşmasına gətirib çıxarır. Eyni şəkildə Ersoyun (2000) ildəki araşdırmasında da xərçəng diaqnozunu bilən xəstələrin Beck depressiya nəticələri aşağı olmuşdur.

Xərçəng diaqnozunu bilən xəstələrdə emosional və maddi cəhətdən çatışmamazlıqlar olduqda bu təşviş və depressiya üçün təkan yaradır. Xəstələrin əksəriyyətində rast gəlinən psixoloji stresə isə psixiatrik pozuntulardan əziyyət çəkən xəstələrdə daha çox rast gəlinir. Bu tip xəstələr emosional dəstəyinin az olduğundan, uşaqları və yoldaşının onlara lazımı qədər dəstək olmadıqlarından və onu başa düşmədiklərindən şikayətlənir tək qaldıqlarını ifadə edirlər. Xəstə yaxınları ilə bu ərafələrdə aparılan terapevtik görüşlər xəstələrdə stres faktorunun azalmasına və mənfi qavranılan bu tip vəziyyətlərin düzəlməsinə gətirib çıxarır (Ateşçi,2003).

Xərçənglə depressiyanın əlaqəsi araşdırılan zaman müəyyən olunmuşdur ki, çarəsizlik hissi və uyğunlaşmada çətinliklər depressiyanın inkişafına təsir göstərən əsas amillərdir. Xərçəng

xəstələrində 28.7 faizlə psixiatrik pozuntulara rast gəlinir. Major depressiya və depressiv əhval ruhiyyə ilə davam edən uyğunlaşma pozuntuları isə ən çox rast gəlinən psixiatrik pozuntulardır.

Xərçəngdə psixoloji terapiya ən vacib terapiyalardan biri olub xəstəliyin fiziki müalicəsini tamamlayır. (Ateşci, 2003).

Psixoloji terapiya dedikdə psixoterapiyalar pedaqoji terapiyalar və ya qrup və ailə terapiyaları nəzərdə tutula bilər. Terapiyaların əsas məqsədi aqressiya, günahkarlıq kimi hisslərin ortadan qaldırılması, eyni zamanda xəstələrin emosiyalarını rahatca ifadə edə bilməsi müstəqilliyini əldə etməsidir. Xəstəliklə bağlı olan düşüncələrini bölüşmələri üçün onların cəsarətləndirilməsi vasitəsi ilə öz fərqiindəlik qazanmaq əsas məqsədlərdən biridir. Bununla xəstələrin yaşam məmnuniyyəti və keyfiyyəti artır, olduqları mühitə adaptasiya olunmada olan çətinlikləri aradan götürülür. Sosial münasibətlərdə çətinlik çəkən xəstələrin müəyyən uyğunlaşma əldə etməsi üçün addımlar atılır. Xüsusən də xəstənin ailəsi və sosial mühiti arasında olan bağlantının gücləndirilməsinə terapiyalarda üstünlük verilir. Xərçəngin müalicəsi zamanı yük yalnız həkimlərin və psixoloqların üzərinə düşür. Eyni zamanda tibb bacıları da xərçəng xəstələri və onların ailələri ilə necə düzgün ünsiyyət qurula biləcəyini dəqiqləşdirməli və öyrənməlidirlər. Xəstələrə xüsusi olaraq yaxınlaşmalı onların daha öncədən qarşılaşdıqları vəziyyətlər və xəstəyə aid olan xüsusi məlumatları bilməlidirlər. Bəzən tibb bacıları belə xəstələrin xəstəlik haqqında olan mənfi düşüncələrini müəyyənləşdirməli və ona uyğun addımlar atmaqla xəstələrə köməklik göstərməlidirlər. Burada əsas məqsəd xəstələri xəstəliyin öhdəsindən gəlməsində və yaşamlarında hər hansı məna tapmasında bir addım irəli daşımaqdır.

Tibb bacılarının dəstəkləyici funksiyaları vardır hansı ki buraya aktiv dinləmə bacarığı, lazım olduqca məlumat vermək və problemləri həll etmək bacarığı aiddir. Xərçəng diaqnozu zamanı verilən reaksiyalar normadan kənara çıxaraq patoloji hallar yaratdıqda xəstənin müalicəsinə mənfi təsir göstərir. Belə hallarda xəstələrin yaşam keyfiyyəti düşür, onlar gücsüzləşməyə başlayır və bu səbəblərdə onlar müalicə ilə əlaqədar düzgün olmayan qərarlar alırlar (Kelleci,2004).

Bu səbəblə həm xərçəng həm də xəstəlik kimi ölümlə nəticələnə bilmə riski yuxarı olan xəstəliklərin ailələrdə və xəstələrdə yaratdığı emosional yüklər onkologiya və psixiatriya həkimlərini çox yaxından əlaqədar edir.

Fiziki bir xəstəlik olan xəstənin yaratdığı psixo-sosial problemlər göz ardı edilə bilməyəcək qədər çoxdur. Bəzən insanlarda öz var oluşları ilə əlaqədar ciddi suallar və bu xəstəliyin niyə onların başına gəldiyini düşündürən yanaşmalar olur hansı ki, bu ciddi psixoloji problemlərə gətirib çıxara bilər. Fiziki sağlamlığın zaman keçdikcə zəifləməsi ilə yanaşı sıxıntıların artması və xəstə ilə bağlı olan təşviş hissənin davamlılığı xəstənin daha çox dəstəyə ehtiyacı

olan bir hala gətirib çıxarır. Məsələn reproduktiv orqanlarda xərcəngə rast gəlinən qadınlar əsas dəstəyi öz həyat yoldaşlarından gözləyirlər. Evli olmayan şəxslər üçün isə dostlardan çox yaxın qohumların dəstəyinin önəmli olduğu vurğulanmışdır (Smith, Redman, Burns və Sagert ,1985).

Xərcəng xəstələrinin ömrünün uzadılması çox sevindirici haldır, lakin bu müddət ərzində uşaqlar və onların valideynləri köhnəlir və çətin bir proses keçir. Son illərdə xərcəng xəstələrinin yaşadıkları problemləri ortaya çıxarmaq üçün həyat keyfiyyəti ilə bağlı araşdırmalarda artım müşahidə olunur. Kimyaterapiya səbəbi ilə xərcəng xəstələrinin həyat keyfiyyətinə təsir edən əlamətlərin müəyyən edilməsi üçün aparılan araşdırmanın nəticələrində; Müəyyən edilmişdir ki, xəstələrdə ən çox ağrı, ürəkbulanma və yorğunluq, həmçinin iştahasızlıq, alopesiya, qusma, ishal, yuxusuzluq və həzm problemləri müşahidə olunur. Bu dövrü daha keyfiyyətli yaşamaq üçün depressiyanın tezliyini və həyat keyfiyyətini ölçmək və erkən diaqnozla lazımı tədbirləri görmək vacibdir. Xəstəliyin bir çox simptomları var. Özünü ifadə edə bilməməkdən başlayaraq fiziki simptomlara kimi uzana bilən hallarla yanaşı bir çox şəxslərdə intihara meyilliliyə də rast gəlinə bilir. Diqqət və qavrayışda problemlər, fokuslanmaqda çətinliklə yanaşı yaddaşda problemlər yaranmağa başlayır. Yaddaş problemlərinin artması tez-tez rast gəlinən unutkanlıq hallarına gətirib çıxarır lakin ağır depressiyadaki yaddaş pozuntusu ilə demans qarışdırılmamalıdır.

Fiziki simptomları isə müxtəlifdir. Enerji itkisinin səbəb olduğu yemə pozuntuları və həddindən artıq yorğunluq halları vardır. Bəzi xəstələrdə çəki itkisi olmasına baxmayaraq digərlərində çəki artımına rast gəlinməsi mümkündür. Cinsi istəklərin azalması bəzən heç istəyin olmaması kişilərdə ereksiya problemləri qadınlar da isə vaxtından əvvəl menepoza gətirib çıxarır. Ən çox rast gəlinən digər bir simptom isə yuxu problemləridir. Bəzi xəstələr gecələr yata bilməkdə çətinlik çəkir və bəzən ümumiyyətlə yuxuya gedə bilməmə kimi problemlər yaşayarkən digərləri yuxusunu ala bilməmə, yataqdan çıxmaq istəməmək kimi problemlərlə üzləşir. Yuxu problemləri əksər vaxtlar depressiya, yorğunluq, ağrı kimi simptomlarla birləşərək ortaya çıxır. Simptomların bir arada görülməsinin əsas səbəbi anlaşılmamışdır lakin,xərcəng xəstəliyinin iltihab dövrünün bunun əsas səbəbi ola biləcəyi fərz edilir. Bu kimi simptomlar bir-birlərinə dolaylı yolla təsir göstərirlər. Xərcəng xəstələrində yuxu problemlərinin statistikasına nəzər yetirdikdə 30% ilə 60% arasında yuxu problemlərinə rast gəlinməkdədir. Bu problemlərin aradan qaldırılması üçün isə koqnitiv-davranışçı terapiyadan istifadə olunması daha yaxşı nəticələr vermişdir. Koqnitiv-davranışçı terapiya şəxsin davranışını dəyişdirməyə yönələn texnikalardan istifadə edən eyni zamanda şəxsin funksional olmayan düşüncələri, inançları, yuxu problemləri üzərində duran non-farmakoloji terapiya növüdür. Xərcəng xəstələrində yuxu problemləri üçün istifadə edilən koqnitiv-davranışçı

terapiya eyni zamanda yorğunluq simptomlarının üzərində pozitif təsirə malik olmuşdur. (Garland,2014).

Bəzən xəstələr bədənlərini idarə edə bilmədiklərini düşünür, xərçəngin fiziki və psixi simptomları onlarda çarəsizlik və ümitsizlik duyğularının yaranmasına gətirib çıxarır. Bu kimi hallarda xəstələrdə öz-dəyər və özgüvən azalır, ətraf mühətdən uzaqlaşmaq və sosial mühitin ixtisara düşməsi kimi hallara rast gəlinir. Belə hallarda təkliyə üstünlük verilməsi xəstələrdə depressiya kimi psixi pozuntulara daha asan və tez rast gəlinməsinə gətirib çıxarır.

Xərçəng xəstələrinin mənfi yaşam uzunluğu, xəstəliyə uyğunlaşmada çətinliyi, digər insanlardan asılı olmaq qorxusu, çarəsizlik və yaşam məmnuniyyətinin azalması, eyni zamanda ağrı hissi depressiyanın ortaya çıxmasını təmin edir. (Bayraktar, 2011).

Araşdırmalar nəzərə alındıqda isə depressiyanın ortaya çıxma sıxlığı sağlam şəxslərdə 4.5% ilə 9.3% arasında xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərdə isə üç qat daha çox olmaqla 0% və 58% arasında dəyişdiyi müəyyən olunmuşdur. (Mental Health Foundation, 2018). Bowerin araşdırmasına əsasən isə yorğunluq və major depressiya, ağrı və yuxusuzluq problemləri arasında statistik əlaqə vardır (Bower ,2000)

Xərçəng xəstələrində depressiya kimi pozuntuların araşdırılması uzun illər davam etmişdir hələ 1998-ci ildən bəri olan tədqiqatlardan çıxan nəticələrə əsasən depressiyaya bir çox faktorlar təsir edə bilər. Lakin bunlardan ən əsasları, xəstələrin öhdəsindən gələ bilmədiyi ağrılar, kimya terapiya zamanı istifadə olunan bəzi maddələr və xəstəliyin irəliləmiş olması və irəli bir ərafədə daha pis proqnozlarla müəyyənləşdirilməsidir. Daha çox ağrıdan əziyyət çəkən xəstələr nəinki depressiyaya daha meyilli olur, eyni zamanda həmən xəstələrdə aqressiv davranışlara daha çox rast gəlinir. Eyni zamanda xəstələrin keçmişində və yaxud ailə üzvlərində hər hansı digər psixi pozuntulara rast gəlinibsə, xüsusən də ailə üzvlərindən depressiyadan əziyyət çəkən fərdlər olubsa psixi pozuntuların ortaya çıxma ehtimalı daha çoxdur (Cimilli,1998).

Xərçəng xəstəliyinin fərqli formalarında,depressiyanın səviyyəsi də fərqli olur. Ən çox depressiyaya rast gəlinən xərçəng növü mədə-bağırsağ xərçəngidir. Ginekoloji və baş-boyun xərçənglərində mədə bağırsağ xərçəngindən sonra ikinci sırada yer alır. Döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınların ən çox rastlaşdığı psixi pozuntu da depressiyadır. Bu ərafə ərzində özünü çökkün və lazımsız hiss etmə, intihar düşüncələri və yaxud intihara cəhd, iştah və yuxu pozuntuları, aqressivlik və daimi ağlama və yaxud ağlama istəyi depressiyanın əsas simptomlarıdır. Depressiya ərafəsində xəstələrdə alkoqol və maddə istifadəsi də arta bilməkdədir (McDaniel, Musselman, Nemeroff, 1997).

Depressiya kimi psixi pozuntuların yaranmasına isə bir çox amillər təsir göstərir. Bunlardan biridə xəstənin xəstəxanada qalma müddətinin uzadılması və ya reabilitasiyada

uzun müddət keçirməsidir. Depressiyada olan döş xərçəngindən əziyyət çəkən pasientlərdən alınan datalara əsasən onların kimya terapiyaya reaksiyası zəif olmuş, bununla yanaşı depressiya sağ qalma ehtimalında təsir göstərmişdir (Giese,2010).

Araşdırmalar zamanı yatalaq xərçəng xəstələrinin 8-30% də major depressiyaya rast gəlinmişdir. Digər 18-25% də orta dərəcəli, 14% də isə yüngül depressiya simptomları olmuşdur (Grassi, 1997; Lesko, 1997; Ciaramella və Poli 2001). Döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınların əməliyyat sonrası depressiya səviyyəsi digər normal insanların depressiya səviyyəsindən 2 qat daha çox olduğu müəyyən olunmuşdur. Bu tip xəstələrin depressiya səviyyəsi 5-48 % arasında dəyişir. Tokgözün (2008) araşdırmasına əsasən isə xərçəng xəstələrində depressiyaya rast gəlinmə tezliyi 22% olmaqla bərabər qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox rast gəlinir.

Hwangın araşdırmasına əsasən (2003) xərçəng xəstələrinə baxım verən şəxslərin bir çox qarşılammamış ehtiyacları vardır. Bunlardan ən vacibi isə məlumatdır. Məlumat dedikdə xəstə yaxınlarının xəstənin diaqnozu, onun müalicə mərhələsi, evdə baxımı, evdə qarşılaşa biləcəyi problemlər, xəstəliyin gələcəkdə olan irəliləyişi və xəstədə rast gəlinəcək simptomlar əhatə olunur. Xəstə yaxınlarının qarşılammamış ehtiyac faktoru ilə depressiya arasında pozitiv korellasiya olduğu müəyyən olunmuşdur. Araşdırmanın nəticəsinə əsasən nəqədər çox ehtiyac qarşılammırsa xəstə yaxınlarının baxım yükü və depressiya səviyyələri bir o qədər ağırlaşır. Bir digər araşdırmaya əsasən isə xəstə yaxınlarının 93.2 faizində qarşılammayan ehtiyac növü “yaxın birini itirməklə üz-üzə gəlməyin öhdəsindən gəlməkdir (Buscemi,2010).

Xərçəng xəstəliyinin müalicəsi zamanı əsasən kimya terapiya və farmakoloji müalicə üsullarından istifadə olunur. Lakin, xərçəng ölüm riski, həyatı təhlükəsi olan bir xəstəlik növü olduğu üçün müalicə ərəfəsində təkə farmakoloji müalicəyə deyil eyni zamanda xəstənin psixi vəziyyətinə də nəzər yetirilməlidir. Xəstənin psixi vəziyyətini müəyyənləşdirmək məqsədilə xəstələr psixoterapiyalara qatılmalıdır. Psixoterapiyalar da isə xəstənin xəstəlik tipinə, psixi sağlamlıq keçmişinə və eyni zamanda sosial və ailə münasibətlərinə diqqət yetirilərək hər xəstəyə uyğunlaşdırılmış fərdi terapiyalar aparılmalıdır. Lazım olduqda, terapiyalara ailə üzvləridə qoşulmalı, xəstəyə olan dəstəklərini və problemləri ifadə etməlidirlər. Terapiyalar zamanı xəstələrin özgüvən, öz-dəyər hissləri yenidən formalaşdırılmalı, yeni gələcək planları qurması və kriz hallarında xəstənin özünü idarə edə bilməsi məqsədi ilə planlar qurulmalı və müəyyən texnikalar ilə terapiya davam etdirilməlidir (Tokgöz,2008).

## 2.2.Xərçəng xəstələri və yaxınlarında təşviş

Təşviş dedikdə səbəbi bəlli olmayan, lakin daxildən gələn, qeyri-müəyyən , qorxu, sıxıntı, hər hansı pis bir şey olacağı narahatlığı ilə yaşanan emosiyalar nəzərdə tutulur. Bu emosiyalar

zamanı sanki normal yaşam tərzləri pozulacaqmış kimi daimi neqativ hisslər keçirən insanlarda gələcəklə bağlı narahatlıqlar yaranır və onları alarm vəziyyətinə keçirir. Daxildən və ya xaricdən gələn və ya gələ biləcək hər hansı təhlükə gözləntilərinə qarşı yaşana bilən reaksiyalara verilən addır (Karayağız, 2011).

Təşviş pozuntularını normal və patoloji olaraq iki yerə bölmək mümkündür. Normal təşviş pozuntusu insanlarda bioloji müdafiə mexanizmi rolu oynamaqla bərabər şəxsin orqanizmini qorumaq məqsədi ilə funksiya göstərir. Normal təşviş pozuntusu zamanı əsasən şəxsə görə təhlükəli anlarda şəxs vəziyyətdən qaçmağa və yaxud mübarizə aparmağa çalışır (Stanley,2000). Lakin bəzi hallarda şəxs heç bir risk təhlükəsi olmadan təşviş pozuntusu yaşaya bilir. Bu kimi hallar uzunmüddətli davam edir və sonlana bilmirsə bu patoloji təşviş pozuntusu adlandırılır (Uzbay,2002)

Amerika psixiatrik birliyinin diaqnostik və statistik təsnifat kitabında təşviş pozuntuları müəyyən kateqoriyalara ayrılmışdır. Aqrofobiya olmadan olan panik pozuntuya tez-tez rast gəlinir. Bir ay və ya daha uzun bir müddət panik attak simptomlarına rast gəlinirsə və xəstə bu panik atakların tez-tez olacağından qorxmağa başlayır və bu vəziyyəti gözləməyə başlayırsa təşviş pozuntuları meydana çıxmağa başlayır. Təşviş pozuntuları bir müddət sonra davranışda dəyişikliklərə səbəb olursa panik attak diaqnozu qoyulur. Aqrofobiya dedikdə isə təhlükə anında xəstələrin qaçmaqlarının çətin olduğunu düşündükləri vəziyyətlərdə hiss etdikləri təşviş pozuntuları nəzərdə tutulur. Aqrofobiya rast gəlinən şəxslər yalnız evdən kənara çıxma bilmir, ictimai nəqliyyatın istifadəsi, növbədə gözləmə və digər cəmiyyət içində olan bir çox aktların həyata keçirilməsi zamanı tək hərəkət edə bilmirlər. Bununla yanaşı təşviş pozuntularına aqrofobiya ilə birlikdə rast gəlinən panik pozuntular, və panik pozuntular olmadan yalnızca aqrofobyanın rast gəlinməsi hallarda aiddir.

Təşviş pozuntularının bir digər alt təsnifatı isə spesifik fobiyalardır. Bu tip fobiyalar müxtəlif cür ola bilməklə xeyli növləri vardır. Misal olaraq müəyyən məkanlardan, heyvanlardan, yüksəklikdə, xəstəlikdən qorxmaqdır. Hər bir tipin eyni zamanda alt tipinə rast gəlinə bilər. Məsələn açıq havadan , qapalı yerlərdən, spesifik heyvanlardan, qan, infeksiya, mikroblar buraya aid edilə bilər. Şəxslər fobiyaları ilə qarşılaşdıqda və ya qarşılaşma ehtimallarını düşündükdə xüsusi qorxu hissi keçirməyə başlayırlar. Bu qorxu hissi davamlı olur və ətrafda müşahidə edənlər tərəfindən rahatlıqda ayırd edilə bilər. Qorxu böyüdükdə bəzən panik atakla nəticələnə bilər. Buna baxmayaraq bəzi xəstələr qorxularının şişirdilmiş və anlamsız olduğunu fərqləndirirlər.

Sosial fobia bir başqa adıyla sosial təşviş pozuntusu adlandırılır. Sosial mühitə daxil olan şəxslərdə hər hansı bir hərəkəti icra etmək istədikdə və yaxud təqdimatlar zamanı ortaya çıxma

bilir. Bu tip fobiya lara n ortonaya çıxmasın n əsas səbəbi şəxsə z davranışları zamanı utanacağına və yaxud gülünc vəziyyətə düşə biləcəyinə inandıran düşüncələrdir. Bu düşüncələr davamlı olmaqla qorxuya çevrilir. Qorxu isə şəxslərdə qaçınma tipli davranışların yaranmasına eyni zamanda onların sosial və şəxsi həyatlarında problemlərə yol açır.

Obsesiv-kompulsiv pozuntu zamanı şəxslərin obsessiyaları və kompulsiv davranışları olur. Obsessiya dedikdə təkrarlayıcı və zorlayıcı düşüncə,duyğu,fikir və emosiyalar nəzərdə tutulur. Kompulsiv davranışlar isə bu düşüncələrin nəticəsində ortaya çıxan təkrarlayıcı davranışlardır. Kompulsiv davranışlar fərqli ola bilir. Eyni şeyi dəfələrlə yoxlamaq, saymaq , təmizləmək, yoxlamaq kimi misallar buraya aid edilə bilər. Obsessiyalar şəxslərin təşviş səviyyələrini artırır. Kompulsiv davranışlar isə təşviş səviyyəsini azaltmağa kömək edir.

xslər hər hansı bir travma ilə üzləşdikdə və bu travmanın öhdəsindən gələ bilmədikdə və yaxud öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkəndə post travmatik stres pozuntusu ilə rastlaşa bilirlər. Bu kimi hallarda travma anının yenidən göz önünə gəlməsi, çarəsizlik və dəhşət emosiyaları, eyni halın təkrarlanacağı ilə bağlı ağır qorxu hissələrinə rast gəlinir. xslər bu simptomlarla qarşılaşdıqca travmalarını onlara xatırladan işarələrdən qaçmağa çalışırlar.

Bütün bunlarla yanaşı təşviş pozuntuları kəskin stres pozuntusu, geniş yayılmış təşviş pozuntuları, tibbi vəziyyətlə əlaqəli olan stres pozuntuları, maddə istifadəsi nəticəsində ortaya çıxan stres pozuntuları kimi digər təsnifatlara bölünür. Xərçəng xəstələrində əsasən tibbi vəziyyətlə əlaqəli olan və yaxud müalicə nəticəsində istifadə olunan maddələrin yaratdığı təşviş pozuntuları daha çox yayılmışdır. Lakin onkoloji xəstə olmadan öncə hər hansı təşviş pozuntusu diaqnozu olan şəxslərdə xərçəng xəstəliyinin diaqnozu qoyulduqdan sonra vəziyyət bəzən daha da ağırlaşa bilir və simptomlar artır.

Təşviş zamanı ortaya çıxan qorxu narahatlıq kimi emosiyalar psixoloji və fizioloji dəyişikliklərə gətirib çıxara bilir. Xüsusən də hər hansı təhlükə olduğu qavranıldıqda bir sıra simptomlar ortaya çıxa bilir. Nəbizdə və təzyiqdə artımlar, tənəffüsün tezləşməsi, həzm sistemində olan dəyişikliklər , xüsusəndə yavaşlama, ağızda quruluq və yüksək qan təzyiqi , göz bəbəklərinin böyüməsi bu kimi simptomlara misallardır. Bu dəyişikliklərin əmələ gəlməsi ilə təşviş yaranmağa başlayır.

Türkçapar (2004) əsasən təşvişin əsas simptomlarından biri də hüzsuzluq və ətrafda dolanıb durmaqdır. xsdən-şəxsə dəyişə bilən təşviş simptomları vardır. Bəzi zamanlar əzələlərdə gərginliklə əlaqəli olaraq sərtliyə, spazma,baş ağrısına və boyun tutulmasına da rast gəlinə bilər.

Xərçəng diaqnozu qoyulduqdan sonra şəxslərin təşviş pozuntuları ilə üzləşməsi təəccüblü deyildir. Əsasən müalicənin ilkin mərhələlərində, diaqnoz qoyulduqdan sonra qorxu hissi

ortaya çıxır. Bəzən yüngül və orta dərəcəli təşvişin olması müalicə ərafəsi üçün faydalı olur. Bu tip təşviş duyğusu xəstənin motivasiyasına təsir edir və onun müalicəyə adaptasiya olmasına və xəstəlik haqqında məlumat toplamasına kömək edir. Təşviş səviyyəsinin artdığı hallarda xəstə özü və xəstəliyi barəsində neqativ düşüncələrə qapılır və bəzən müalicəyə könüllü yanaşmır. Bu isə müalicə ərafəsinin yubanmasına gətirib çıxarır.

Diaqnoz,müalicə, xəstəliyin yenidən qayıtma halları kimi ərafələrdə xəstələrin qarşılaşdıqları problemlər nəticəsində təşviş pozuntuları ortaya çıxır. Xüsusi ilə bu ərafələrdə xəstələrin yaşadıkları fiziki itkilər, xəstəliyin müalicəsi zamanı xəstədə yaranan gözləntilər,həmçinin uzun müddət davam edən müalicə ərafələri xəstələrdə psixoloji stresə yol açır. Fiziki itkilər dedikdə isə saç və yaxud hər hansı orqanlarından məhrum olmaq,eyni zamanda cinsi həyatı davam etdirə bilməmək kimi faktorlar nəzərdə tutulur. Bu ərafələrdə ailə və sosial mühitin dəstəyi olmadıqda, stres faktoru daha da güclənə bilir hansı ki ağır təşviş pozuntularına yol açma ehtimalı yaranır. Xərçəngdən əziyyət çəkən şəxslərdə xəstəliyin ölümcül ola bilmə düşüncəsi və ehtimalı, ağırlar təşviş simptomlarının ortaya çıxmasına gətirib çıxarır. (Miller,2019).

Xəstələr əsasən qarışıq və spesifik olmayan simptomlarla müraciət edirlər hansı ki, bu tip hallarda müvafiq səhiyyə işçiləri düzgün diaqnoz qoyub xəstəni yönləndirməyi bacarmalıdırlar. Düzgün yönləndirmə xəstələrin müalicəyə uyumu və yaşam keyfiyyəti üçün vacibdir. (Traeger ,2012).

Narahatlıq, tərləmə, nəfəs darlığı, ürək döyüntüsü, istəmsiz hərəkətlər, ətrafda olanlara həddindən artıq reaksiya bildirmək ən sıx rast gəlinən simptomlardır. Xəstəlik zamanı müalicə metodlarının əks təsirləri ilə xəstənin neqativ psixoloji vəziyyəti birləşib mənfi təsirlər yaradır. Bu təsirlər əsasən xəstənin gündəlik yaşamında olması ilə bərabər həmçinin xəstəliyin qəbul edilməsi,müalicə mərhələsi,xəstəliyə öyrəşmə və uyğunlaşma mərhələlərində neqativ nəticələrə gətirib çıxarır. (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Xərçəng xəstələri üçün kimya terapiya dedikdə sağalma ehtimalı olan bir hadisə nəzərdə tutulur. Lakin, kimya terapiyanın sağalma ehtimalını artırma bildiyi qədər xəstəyə əlavə təsirləri də vardır. Hansı ki, bu təsirlər xəstələrdə depressiya və təşviş kimi psixi pozuntulara gətirib çıxara bilər. Xüsusən də xəstələrin kimya terapiya zamanı tez-tez xəstəxanaya gedib-gəlmə ehtiyacları,ortaya çıxma bilən mənfi proqnozlar və simptomlar xəstələrə psixoloji olaraq mənfi təsir göstərir. Araşdırmalar təsdiqləmişdir ki, kimya terapiya təşviş səviyyəsini artırır. Xüsusəndə kimya terapiya alan qadınlarda təşviş səviyyəsi daha yüksək olur (Alacacıoğlu,2007).



Depressiyaya nisbətən təşviş mövzusu xərçəng xəstələrində lazımı qədər araşdırılmamışdır. Lakin, araşdırmaların sayı artmaqda davam edir. Xəstələrin 50%-indən çoxunda təşviş pozuntularına rast gəlinir hansı ki, onlarında 30%-i xroniki təşvişdir (Marrs,2006). Digər bir araşdırmaya əsasən xəstələrin 23.3 % də təşviş, 10% də depressiya, 18.3 % də isə həm depressiya həm təşviş pozuntularına rast gəlinib (Dogar,2009).

Ümumdünya səhiyyə təşkilatı xərçəng xəstələrində rast gəlinən depressiya, təşviş və aqressiyanın səbəbini araşdırmışdır. Nəticələrə əsasən ailədə yaranan problemlər, sosial mühitdə mövcud olduğu yerin itirilməsi, ümitsizlik və xroniki yorğunluq depressiyanın əsas səbəbidir. Diaqnoz zamanı gecikmə, səhiyyə işçiləri ilə əlaqə qura bilməmək və müalicənin faydasız olması aqressiyaya səbəb olur. Ölüm qorxusu, ağrı qorxusu, gələcəyin bəlli olmaması təşvişə səbəb olur.

Xəstələrin 90% də psixiatrik pozuntular diaqnoz qoyulduqdan sonra və yaxud müalicə ərəfəsində yaranır. Yalnız 10% xəstələrdə onkoloji xəstəlikdən öncə psixiatrik pozuntu olduğu qeydə alınmışdır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Yıldırımın (2009) döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınlarla olan araşdırmasında xəstələrin xərçəng müalicəsindən öncə və sonra nəticələri müqayisə edilmişdir. Nəticələrə əsasən müalicədən öncə olan depressiya, təşviş və yaşam məmnuniyyəti dərəcələri müalicədən sonrada davam etmişdir. Əsasən müalicənin ilk ilində olduqca yüksək nəticələr əldə edilmişdir. Bir digər araşdırmaya əsasən isə prostat xərçəngi olan insanların ən sıx rast gəldiyi psixoloji problem təşvişdir. Buna baxmayaraq depressiya və qıcıqlanma nəticələrində aşağı deyildi. (Roth ,2008).

Təşviş pozuntularının müxtəlif növləri olmaqla bərabər onlara xərçəng xəstələrində daha çox rast gəlinir. Normal cəmiyyətlə müqayisədə xərçəngdən əziyyət çəkən şəxslərdə aqrofibiya 3-7 dəfə daha çox, sosial təşviş pozuntusu 3 dəfə daha çox, panik pozuntulara isə 2 dəfə daha çox rast gəlinir. (Honda, 2004).

Daha öncədən təşviş pozuntularından əziyyət çəkən şəxslərin xərçəngdən sonra yenidən təşviş pozuntusu keçirmə riskləri digər xəstələrə nisbətən daha çox olur. Bunlarla yanaşı öncədən psixiatrik və yuxu dərmanları qəbul edən xəstələrin də təşviş pozuntusu keçirmək riskləri yuxarı olur. (Traeger ,2012).

Araşdırmaların bir çoxu göstərir ki, təşviş pozuntusu diaqnozu qoyulan şəxslərdə təşvişlə yanaşı depressiyayada rast gəlinir. Təşviş simptomları əksər hallarda depressiya simptomları ilə paralel ortaya çıxa bilməkdədir (Batur,1997) Diaqnozun qoyulması və müalicə ərəfəsi xəstənin təşviş səviyyəsinin artmasına gətirib çıxaran əsas ərəfələr kimi ayrılmışdır. Təşviş səviyyəsi artan və artmaqda davam edən onkoloji xəstələrin müalicəyə uyğunlaşması çətinləşir.

Bu səbəblə pasientlərdə təşviş səviyyələrinin vaxtında aşkar olunub azaldılması müalicə ərafəsinə böyük töhfə verir (Aydoğan ve ark., 2012).

Təşviş pozuntularına gətirib çıxaran bir çox risk faktorları vardır. Xərçəng xəstəliyi zamanı isə bu risk faktorlarını 3 hissəyə bölmək mümkündür. Tibbi faktorlar, psixoloji faktorlar və sosial faktorlar. Tibbi faktorlar dedikdə xərçəngin yerləşdiyi toxumalar, xəstəliyin hansı mərhələdə olması, müalicənin nəticələri və digər simptomlar nəzərdə tutulur. Psixoloji faktorlar dedikdə isə xəstənin xəstəliyə uyğunlaşması, xəstəliyin ələ alınması, yaş, yaşam tərzi, gələcəklə bağlı gözləntiləri nəzərdə tutulur. Sosial faktorlara isə ailə, ətraf mühit, dostlar və onlardan alınan Sosial və psixoloji dəstəklər aiddir. (Mandel ve Onat, 2002)

Xəstəliyin müalicə ərafəsində psixoloji pozuntulara digər ərafələrə nisbətən daha çox rast gəlinə bilər. Alacaoğlu (2007) araşdırmasına əsasən kimya terapiya alan xəstələrin təşviş və depressiya səviyyələri artır. Demografik meyarlara nəzər yetirdikdə isə bu ərafələrdə qadınlarda təşviş səviyyəsinin kişilərdən 2 dəfə çox olduğu məlumdur. Digər bir araşdırmaya əsasən isə xərçəng xəstələrində 23.3 % təşviş pozuntularına, 10% depressiyaya, 18.3 % isə depressiya və təşviş pozuntularına komorbid formada rast gəlinmişdir (Dogar, 2010).

Təşvişə təsir edən faktorlar müxtəlifdir. Gələcəklə bağlı olan narahatlıqlar, müalicənin təsir etməyəcəyi düşüncəsi, mənfi cavab gözləmə və ailədən lazımı qədər dəstək görə bilməmək bu səbəblər arasındadır. Xəstəlik ərafəsində yarana bilən infeksiyalar, immun sistemində yaranan pozuntular, beyin metastazı və müalicə formaları xüsusən təsir göstərir. Müalicənin formasında təşvişə təsiri böyükdür. Kimya terapiya, radio terapiya, steroidlər və ya bənzər tipli dərmanların şəxsə görə təsiri müxtəlifdir. Xəstənin təşviş səviyyəsini müəyyən edib azaltmağı bacardıqda müalicə mərhələsində inkişaf əldə olunur. (Bruera, 2010)

Təşviş pozuntusu olan şəxslərdə bir müddət sonra yaşadıkları fiziki narahatlıq və bədəndə olan diskomforta dözümlülük və tolerans həddi aşağı düşür. Buna isə diskomfort dözümsüzlüyü deyilir. Belə hallarda xəstələrdə panik pozuntular yarana bilər, eyni zamanda bədəndəki diskomfortu mümkün qədər tez aradan qaldırmaq məqsədi ilə xəstəxanaya gedişlərin sayı artmağa başlayır. Bir müddət sonra bəzi xəstələr daha çox dərmanlar tələb etməyə başlayırlar. Sağlamlığından şikayət edən bu şəxslər hətta maddə istifadəsinə belə keçə bilərlər. (Özdel, 2012)

Şəxs hər hansı travmatik bir hadisə yaşadığından dərhal sonra post travmatik stres pozuntusu simptomları ortaya çıxdıqda həmin şəxsə ilk öncə kəskin stres pozuntusu diaqnozu qoyulur. Bu müddət əsasən 1 aydan daha az davam edir. Xərçəng zamanında ilk öncə kəskin stres pozuntusa rast gəlmə halları daha çox olur. Olduca qısa müddət davam edir və xəstə ilkin şok mərhələsində əldə etdiyi məlumatları qəbullana bilmir. Bəzən xəstəliyin öhdəsindən gəlmək qorxusu biruzə

verir hansı ki, tramva ilə nəticələnə bilir. Bu müddət 1 aydan qısa olur. Lakin eyni simptomlar 1 aydan daha çox davam edərsə post tramvatik stres diaqnozu qoyulur. Müəyyən edilmişdir ki, xərçəng diaqnozunun qoyulması post tramvatik stres pozuntusuna qədər gətirib çıxara bilən bir tramvadır. Post tramvatik stres pozuntusu isə xərçəng zamanı bir neçə formada üzə çıxır. 3 aydan daha az müddət davam etdikdə kəskin mərhələnin, 3 aydan uzun davam etdikdə xroniki mərhələnin, diaqnoz qoyulduqan 6 ay sonra ortaya çıxan simptomlar isə gecikmiş mərhələnin əlamətləridir. Bəzən təkrarlayan hallarda olur ki, şəxs ilk yaşadığı emosiyalara bənzər hallar yaşadığında ortaya çıxır.

Bəzən isə xərçəng xəstələrinə verilən müxtəlif dərmanlar təşviş pozuntularına gətirib çıxarır. Steroidlər, antimetiklər və bronkodilatörler bu tip dərmanlardandır. Bəzən deliriya səbəb olan dərmanlarda yüksək təşviş hallarına gətirib çıxarır ki, belə hallarda antipsixotik dərmanlardan istifadə olunur. (Elbi,1997).

Onkologiya xəstələrinin illər ərzində üzləşdiyi sosial dəstək termini müxtəlif alimlər tərəfindən araşdırılmışdır. Araşdırmalar zamanı ortaya çıxan vacib suallardan biri də xəstələrin sosial dəstəyi kimdən almaq istədikləridir. Zengerin (2010) araşdırmasına əsasən xəstələr ən çox dəstəyi ailə üzvlərindən dostlarından gözləyir, əlavə olaraq psixoloqların, sosial xidmət göstərən şəxslərin, din adamlarının və həkimlərinin dəstəyi onlar üçün əhəmiyyət kəsb etmir. Digər bir araşdırmanın nəticələrinə əsasən isə sosial dəstəyin xəstələrə faydası çox olmaqla bərabər, ailə üzvlərindən gördükləri emosional dəstək onların xəstəliyə uyğunlaşmasına eyni zamanda xəstəliyin psixoloji və fiziki çətinliklərinə qalib gəlməsinə faydası çoxdur (Usta,2012).

Sosial dəstək alan xəstələrdə yalnız emosional cəhətdən deyil eyni zamanda fiziki cəhətdə də pozitiv irəliləyişləri müşahidə etmək mümkündür. Müalicə ərəfəsində və ondan sonra sosial dəstək xəstəliyin fiziki mexanizmlərinə təsir göstərir. Sosial dəstəyin yoxluğu isə təkcə xəstəliyin irəliləməsinə deyil eyni anda xəstəliyin yaranmasına və yenidən qayıtmasına da səbəb ola bilər. Sosial mühitimizdə olan ailə üzvlərindən, dostlardan, qonşulardan və digər bu kimi insanlardan dəyər görmək bir çox kontekstlərdə sevildiyini hiss etmək xəstələrin daha xoşbəxt hiss etməsinə səbəb olur. Ətrafdan gələn bu dəstək azaldıqda və yox olduqda isə təşviş və dəyərsizlik hissləri artmağa başlayır. Artan təşviş isə bir çox fiziki xəstəliyin yaranması üçün zəmin hazırlayır.

Baxım verən şəxslərdə müəyyən olunan qarşılanmamış ehtiyacların ən başında həmən şəxslərin şəxsi həyatlarına və özlərinin baxımına nəzarət etməməsidir. Beləliklə öz normal rejimləri pozulan şəxslərin ehtiyacları qarşılanmadıqca təşviş və stres səviyyələrində dəyişikliklər müşahidə olunmuşdur. İqtisadi cəhətdən gəlir və xərcləri pozulan ailə

sistemlərində də eyni şəkildə təşviş səviyyəsinin artımı təsdiqlənmişdir. Zaman keçdikcə xəstəliyin irəliləməsi xəstə yaxınlarına daha çox təsir etməyə başlayır. Xəstəliyi irəliləyən pasientlərin yaxınlarının təkcə təşviş səviyyələrində deyil eyni zamanda yaşam məmnuniyyəti və stres səviyyələrində də dəyişikliklər olmuşdur. Xəstəlik irəlilədikcə xəstəxanaya olan ziyarətlər və səhiyyə işçilərinə olan ehtiyac miqdarı artmışdır. (Northouse,2012).

Xəstə yaxınları üçün ən böyük problemlərdən biri xərcəngin geri qayıtmasıdır. Bu ərafələrdə xəstə yaxınlarının ən əsas ehtiyacı isə ümiddir. Yenidən ortaya çıxan xəstəlik ailədə böyük bir yoxun və təşviş hissəinə səbəb olmaqla bərabər gələcəklə bağlı olan ümidləri də öldürür. Ailənin ümidi qoruyub saxlaya bilməsi isə bu dövr üçün lazım olan ən böyük ehtiyacdır. Xəstəliyin yenidən qayıtması müalicə ilə bağlı bütün inamları öldürməklə paralel ailədə müxtəlif qərarlar alınmasına gətirib çıxarır. Xəstə yaxınları bəzən müalicəsi terapiyaya deyil, palliativ terapiyaya üstünlük verməyə başlayırlar.

Döş xərcəngindən əziyyət çəkən şəxslərin həyat yoldaşlarında xəstəlik yenidən geri döndükdə daha çox qeyri-müəyyənlik hissi, ümitsizlik, yuxusuzluq, iştah problemlərinə rast gəlinmiş psixoloji yaşam keyfiyyətləri azalmışdır. Residiv mərhələdə ailə üzvləri daha çox qeyri-müəyyənlik və daha az dəstək hiss etdiklərini bildirmişlərdir (Northouse,2002; Northouse,2012).

Residiv mərhələdə xəstə yaxınlarının yaşadıkları çətinliklər yetərincə araşdırılmayıb. Buna baxmayaraq Ossenin (2006) ildə 76 xərcəng xəstəsinə baxım verən şəxslərlə apardığı araşdırmaya əsasən baxım verənlərin ilk iyimi əsas ehtiyacı qorxuları və emosional yüklərindən ibarətdir. Səksən faiz ilə ən çox rastlanan problem gələcəklə bağlı qorxulardır. İkinci sırada isə 69% ilə xəstələrin xəstəliyini qəbul etməməsi dayanır. Hər dörd baxım vericidən biri xəstələrdə fiziki simptomların nə mənaya gəldiyini bilmək ehtiyacları olduqlarını bildirmişlərdir.

### III FƏSİL. XƏRÇƏNG XƏSTƏLİYİNDƏN ƏZİYYƏT ÇƏKƏN ŞƏXSLƏRİN YAXINLARINDA DEPRESSİYA VƏ TƏŞVİŞ SƏVİYYƏLƏRİNİN TƏHLİLİ

#### 3.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi

Tədqiqat xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarında depressiya və təşviş səviyyələrinin təhlilinin araşdırılması məqsədi ilə aparılmışdır. Eyni zamanda demoqrafik meyarların dəyişkənlərlə olan əlaqəsinə də nəzər yetirilmişdir. Tədqiqatın əsas və köməkçi olmaqla iki fərziyyəsi vardır.

Tədqiqat xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınları ilə aparılmışdır. Tədqiqat zamanı 110 xəstə yaxınından məlumatlar alınmışdır. Məlumatların analizi üçün IBM SPSS 2022 proqramından toplanması üçün isə qartopu üsulundan istifadə olunmuşdur. Paylanılan sorğu xəstə və xəstə yaxınının ümumi dəyərləndirilmə formundan, Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlindən və Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəlindən ibarət olmuşdur. Sorğular anonim təşkil edilmiş, və anketləri dolduran şəxslərdən sorğuya başlamadan öncə razılıq alınmışdır. Xəstə və xəstə yaxınının ümumi dəyərləndirilmə formu demoqrafik anket olub xəstə yaxını və xəstə haqqında məlumatların alınması üçün istifadə olunmuşdur. Bu anketdə xəstə və xəstə yaxınının yaşı, cinsi, təhsili, peşəsi, ailə vəziyyəti kimi məlumatlarla yanaşı, xəstə yaxınının xəstə ilə gün ərzində keçirdiyi vaxt, xəstəyə olan yaxınlıq dərəcəsi, xəstənin öz xəstəliyini bilməsini istəyib/istəməməsi kimi məlumatlar da əldə edilmişdir. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəli 20 sualdan ibarət olan likert tipli sorğudur. Sorğu zamanı şəxslər “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və yaxud “həmişə” variantlarından birini seçərək anketi tamamlayır. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəli də 20 sualdan ibarət likert tipli anketdir. Bu sorğu zamanı “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və yaxud “həmişə” variantlarından birini seçmək mümkündür.

#### 3.2 Alınan nəticələr və onların təhlili

IBM SPSS 2022 proqramında aparılan statistik hesablamalar ilə dəyişkənlər analiz edilmişdir. Dəyişkənlərin normal paylandığını skeewness və kurtosis dəyərlərinə nəzər yetirməklə aydınlaşdırmaq mümkündür. Əsasən sosial elmlərin araşdırmaları zaamanı -2 və +2 aralığında çıxan skewness və kurtosis nəticələri dəyişkənlərin normal paylandığını göstərir. Aşağıdakı cədvəldə görüldüyü kimi depressiya dəyişkəni üçün skeewness 0.151 kurtosis - 1.035 dir. Təşviş dəyişkəni üçün isə skewness 0.375, kurtosis -0.756 müəyyən olunmuşdur. Dəyişkənlərimiz normal paylandığı üçün nəticələrin təhlili zamanı parametrik testlərdən istifadə olunmuşdur (Cədvəl 3.1).

Cədvəl 3.1

		Statistics	
		depressiya	teşviş
N	Valid	110	110
	Missing	0	0
Mean		49.8364	49.4273
Median		48.5000	47.0000
Std. Deviation		12.41745	13.12778
Skewness		.151	.375
Std. Error of Skewness		.230	.230
Kurtosis		-1.035	-.756
Std. Error of Kurtosis		.457	.457
Range		51.00	53.00
Minimum		27.00	25.00
Maximum		78.00	78.00
Sum		5482.00	5437.00

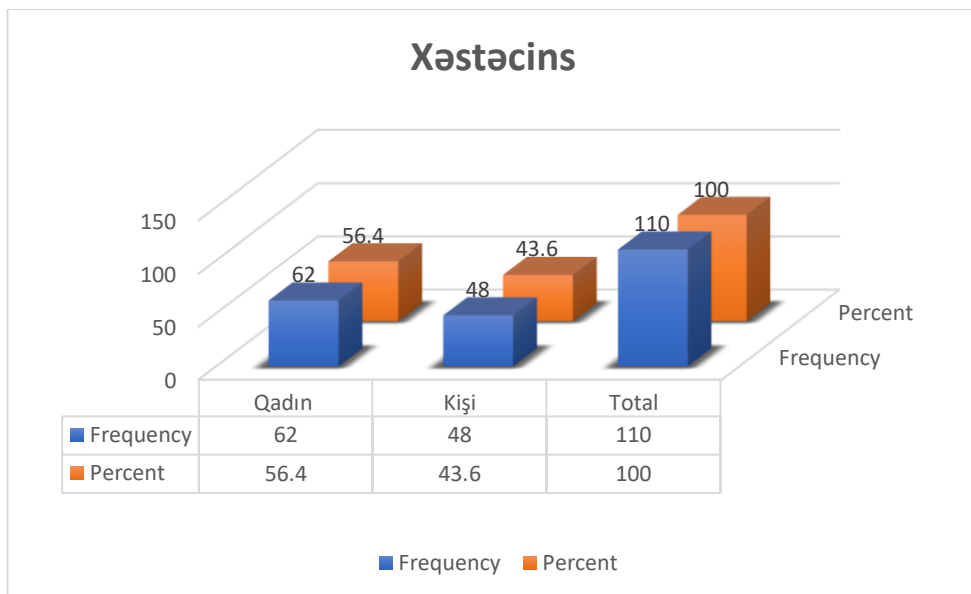
SPSS programında dataların deskriptiv nəticələrinin təhlili əsasında müəyyən edilmişdir ki, tədqiqatda 63 qadın xəstə yaxını, 47 isə kişi xəstə yaxını iştirak etmişdir (Cədvəl 3.2).

Cədvəl 3.2

xəstəyincinsiyət				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid qadın	63	57.3	57.3	57.3
kişi	47	42.7	42.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

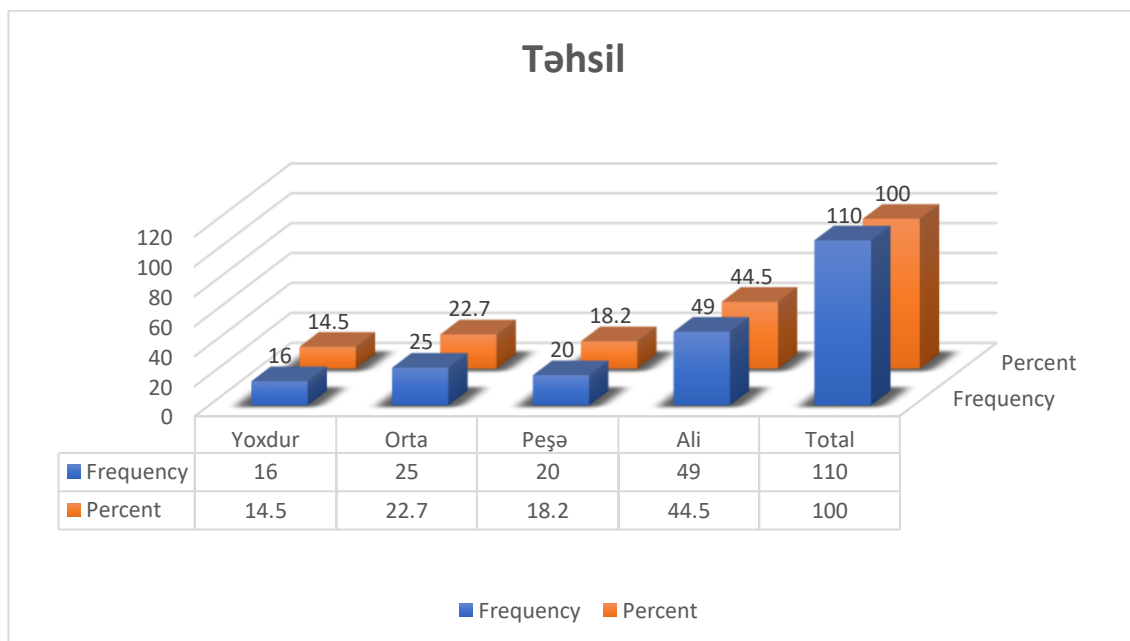
Onların baxım verdiyi xəstələrdən 62-si qadın, 48-i isə kişidir (Şəkil 3.1).

Şəkil 3.1



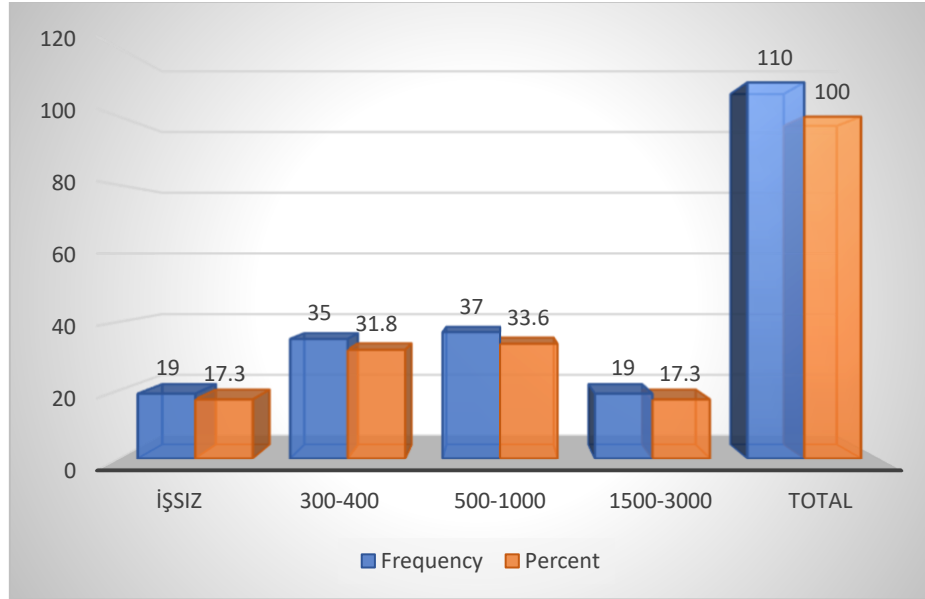
Təhsil olmaması, peşə, orta və ali olaraq 4 yerə ayrılmışdır. İştirak edən şəxslərdən 44.5% i ali təhsilli olmaqla üstünlük təşkil edir. Bununla yanaşı orta təhsilli 25, peşə təhsilli 20 və təhsili olmayan 16 nəfər tədqiqatda iştirak etmişdir (Şəkil 3.2).

Şəkil 3.2



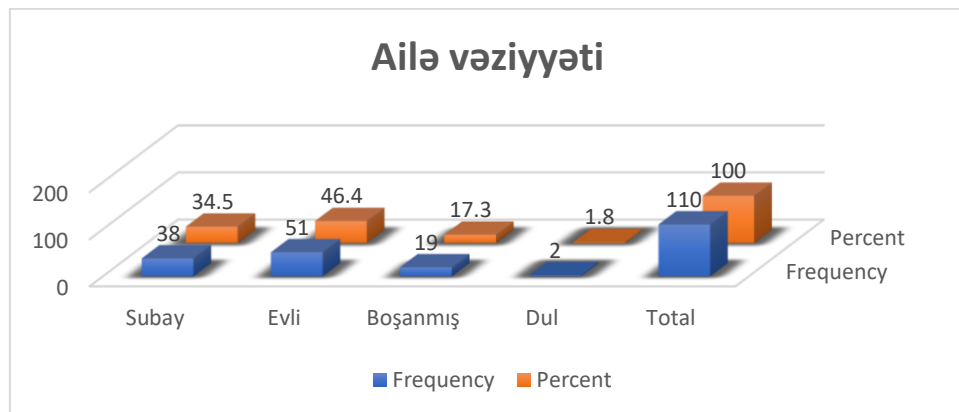
Aşağıdakı cədvəldə görüldüyü kimi tədqiqatda iştirak edən şəxslərin 33.6%-i 500-1000 manat arası aylıq gəlirə sahib olmaqla ilk sıradadır. İşsiz və 1500-3000 arası gəliri olan şəxslər isə bərabər paylanmış və 19 nəfərdən ibarətdir (Şəkil 3.3).

Şəkil 3.3



Tədqiqatda iştirak edən xəstə yaxınlarının 46.4 faizinin (51) ailə vəziyyəti evli, 34.5 faizinin (38) subay, 17.3 faizinin (19) boşanmışdır. Tədqiqatda ən az ailə vəziyyəti dul olan şəxslər iştirak etmişdir hansı ki, 2 nəfərdən ibarətdir (Şəkil 3.4).

Şəkil 3.4



Demoqrafik anketdə həm xəstə yaxınlarının, həm də xəstələrin yaşları haqqında məlumat alınmışdır. Cədvələ əsasən xəstə yaxınlarından ən çox 41-50 yaş arası insanlar tədqiqatda iştirak etmişdir. Xəstələr isə əsasən 61 yaş və yuxarıdan ibarət olmuşdur (Cədvəl 3.3; 3.4).



**xəstə yaxını yaşı**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21-30 yaş	20	18.2	18.2	18.2
31-40 yaş	26	23.6	23.6	41.8
41-50 yaş	35	31.8	31.8	73.6
51-60 yaş	25	22.7	22.7	96.4
61 yaş və yuxarısı	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Cədvəl 3.4

**xəstə yaşı**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21-30 yaş	11	10.0	10.0	10.0
31-40 yaş	24	21.8	21.8	31.8
41-50 yaş	23	20.9	20.9	52.7
51-60 yaş	24	21.8	21.8	74.5
61 yaş və yuxarı	28	25.5	25.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Xəstə yaxınlarının xəstə ilə keçirdikləri zamanın önəmi nəticələrin təhlili zamanı nəzərə alınmışdır. Nəticələrə əsasən xəstələrin 1-ci dərəcəli qohumlarının 6 saat və daha çox vaxt keçirməsinə baxmayaraq, xəstə ilə gün ərzində 1 və ya 2 saat birlikdə olan şəxslərdə tədqiqatımızda iştirak etmişdir. Bütün günü xəstə ilə birlikdə olan şəxslər 24 saat olaraq qeydə alınmışdır. Eyni zamanda anketlərin nəticələri toplanan zaman müəyyən olunmuşdur ki, xəstə ilə gün ərzində daha çox vaxt keçirən xəstə yaxınlarının həm depressiya həm də təşviş səviyyələri arasında digər xəstə yaxınlarına nisbətən anlamlı dərəcədə fərqlər vardır. SPSS programında aparılan pearson korrelyasiya testinə əsasən xəstə yaxınlarının xəstə ilə keçirdikləri zaman ilə onların depressiya və təşviş səviyyələri arasında pozitiv korrelyasiya vardır. Buna əsasən demək mümkündür ki, xəstə ilə keçirilən zaman artdıqca xəstə yaxınlarının depressiya və təşviş səviyyələri artır (Cədvəl 3.5; Cədvəl 3.6; Şəkil 3.5).

Cədvəl 3.5

		depressiya	saat
depressiya	Pearson Correlation	1	.585**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	110	110
saat	Pearson Correlation	.585**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	110	110

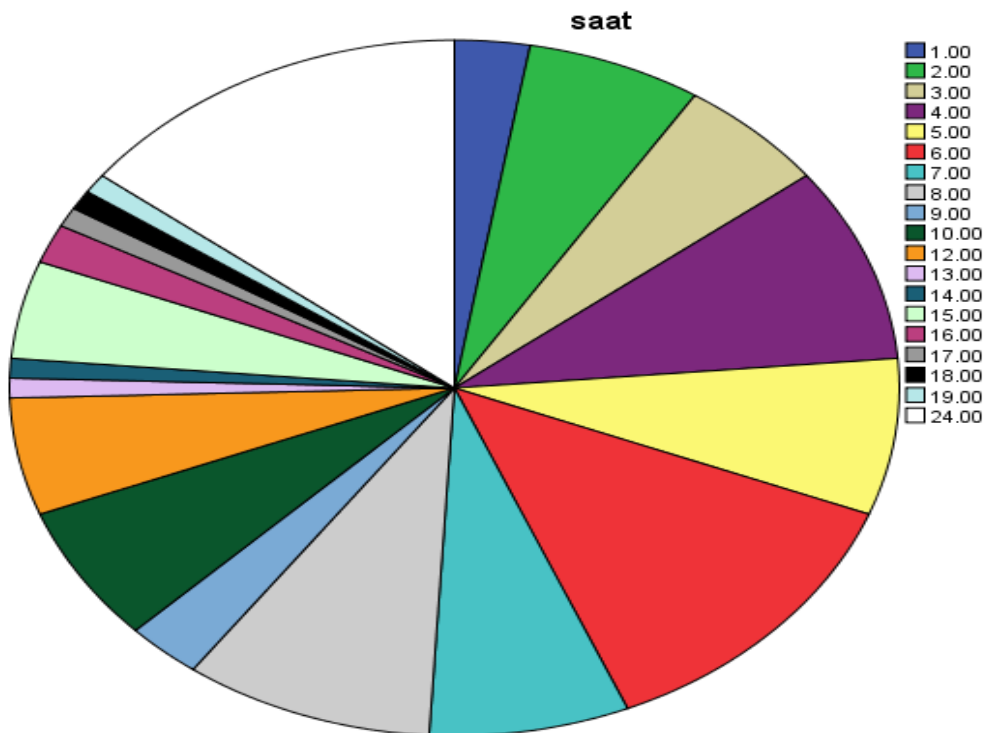
\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Cədvəl 3.6

		saat	teşviş
saat	Pearson Correlation	1	.462**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	110	110
teşviş	Pearson Correlation	.462**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	110	110

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Şəkil 3.5



Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlinin ballarının qiymətləndirilməsinə əsasən 20-49 arası nəticələr şəxslərdə depressiyaya rast gəlinmədiyini hər şeyin normada olduğunu, 50-59 arası nəticələr yüngül dərəcəli depressiv pozuntu, 60-69 isə orta ağır dərəcədə olan depressiv pozuntu, 70-80 arası isə ağır dərəcədə olan depressiv pozuntuya işarədir. Tədqiqatın nəticələrinin təhlili zamanı Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya cədvəlinin dəyişkənlərinin ortalaması ~49.8 çıxmışdır. Hansı ki ümumi ortalamaya əsasən bu normanı

göstərir. Tədqiqat zamanı minimum depressiya səviyyəsi 27 (norma), maksimum isə 78 (ağır dərəcədə depressiv pozuntu) müəyyən olunmuşdur. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəlində isə 20-44 arası nəticələr normanı, 45-59 arası nəticələr yüngül və yaxud orta ağır dərəcədə olan təşviş pozuntusunu göstərir. Bununla yanaşı 60-75 arası nəticələr ağır dərəcə, 75-80 isə kəskin ağır dərəcədə olan təşviş pozuntusuna işarədir. Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə təşviş cədvəlinin dəyişkənlərinin ortalaması ~49.4 çıxmışdır. Ümumi ortalamaya əsasən xəstə yaxınlarında yüngül və yaxud orta ağır dərəcədə təşviş pozuntularına rast gəlinmişdir. Minimum nəticə 25 (norma), maksimum nəticə isə 78 (kəskin və ağır dərəcədə təşviş pozuntusu) müəyyən olunmuşdur (Cədvəl 3.7).

Cədvəl 3.7

Descriptive Statistics									
	N	Range	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation	Variance	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
depressiya təşviş	110	51.00	27.00	78.00	5482.00	49.8364	1.18396	12.41745	154.193
Valid N (listwise)	110	53.00	25.00	78.00	5437.00	49.4273	1.25169	13.12778	172.339

Əldə edilən sosio-demografik dəyişkənlər ilə depressiya və təşviş dəyişkənləri arasındakı əlaqənin araşdırılması məqsədilə t-testi və one way anova testindən istifadə olunmuşdur. Hər hansı anlamlı fərq görüldükdə isə fərqi hansı dəyişkənlər arasında olduğunu müəyyənləşdirmək üçün post hoc testindən istifadə olunmuşdur. Xəstə və xəstə yaxınının cinsiyyəti, baxım verən şəxslərdən əldə edilən xəstələrin xəstəlik haqqında məlumatları olmasını istəyib istəməməkləri və xəstə ilə birlikdə yaşayıb yaşamadıqları haqqında məlumatların analizi üçün t-testindən ; xəstə və xəstə yaxınının yaşı, xəstə yaxınının təhsili, ailə vəziyyəti, peşəsi barədə məlumatların analizi üçün isə one way anova testindən istifadə olunmuşdur.

SPSS 2022 programında aparılan one one way anova testinin nəticələrinə əsasən xəstə yaxınının yaşı və təhsili onun depressiya və təşviş səviyyələrinə təsir göstərmir (significant dəyər >0.05). Lakin xəstənin yaşının ona baxım verən şəxsin depressiya və təşviş səviyyələrinə təsirində müəyyən fərqlilik müəyyən olunmuşdur. LCD post hoc testinin nəticələrinə əsasən əsasən 21-30 yaşlı xəstələrin yaxınlarında rast gəlinən depressiya səviyyəsi digər yaş qruplarından xüsusi ilə fərqlənir (sig dəyər <0.05).

Xəstələrin yaşı nəqədər azdırsa digər qruplarla arasında bir o qədər fərq vardır. Cədvəldəki significant dəyərlərə və qruplar arasındakı fərqə (mean difference) nəzər yetirdikdə müəyyən etmək olar ki, daha az yaşlı xəstələri olan xəstə yaxınlarının depressiya səviyyələri daha yaşlı olan xəstələrə nisbətən daha çoxdur (Cədvəl 3.8).

Cədvəl 3.8

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: depressiya

LSD

(I) xəstəyaş	(J) xəstəyaş	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
21-30 yaş	31-40 yaş	9.88258*	3.67035	.008	2.6050	17.1602
	41-50 yaş	13.09091*	3.69534	.001	5.7637	20.4181
	51-60 yaş	18.67424*	3.67035	.000	11.3966	25.9519
	61 yaş və yuxarı	24.69805*	3.58700	.000	17.5857	31.8104
31-40 yaş	21-30 yaş	-9.88258*	3.67035	.008	-17.1602	-2.6050
	41-50 yaş	3.20833	2.94140	.278	-2.6239	9.0406
	51-60 yaş	8.79167*	2.90994	.003	3.0218	14.5615
	61 yaş və yuxarı	14.81548*	2.80409	.000	9.2555	20.3755
41-50 yaş	21-30 yaş	-13.09091*	3.69534	.001	-20.4181	-5.7637
	31-40 yaş	-3.20833	2.94140	.278	-9.0406	2.6239
	51-60 yaş	5.58333	2.94140	.060	-.2489	11.4156
	61 yaş və yuxarı	11.60714*	2.83672	.000	5.9824	17.2318
51-60 yaş	21-30 yaş	-18.67424*	3.67035	.000	-25.9519	-11.3966
	31-40 yaş	-8.79167*	2.90994	.003	-14.5615	-3.0218
	41-50 yaş	-5.58333	2.94140	.060	-11.4156	.2489
	61 yaş və yuxarı	6.02381*	2.80409	.034	.4638	11.5838
61 yaş və yuxarı	21-30 yaş	-24.69805*	3.58700	.000	-31.8104	-17.5857
	31-40 yaş	-14.81548*	2.80409	.000	-20.3755	-9.2555
	41-50 yaş	-11.60714*	2.83672	.000	-17.2318	-5.9824
	51-60 yaş	-6.02381*	2.80409	.034	-11.5838	-.4638

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Eyni formada təşviş dəyişkəninin nəticələrinin analizinə baxdıqda, müəyyən olundu ki, yaşı daha az olan xəstələrə baxan şəxslərin təşviş səviyyələri digər şəxslərə nisbətən daha çox fərqlənir. 21-30 yaş arası qrupun digər qruplarla qarşılıqlı əlaqəsində xüsusi ilə fərq müəyyən olunmuşdur (significant dəyər digər yaş qrupları ilə qarşılaşdırıldıqda hər birində 0.05-dən kiçikdir) (Cədvəl 3.9).

Cədvəl 3.9

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: təşviş

LSD

(I) xəstəyaş	(J) xəstəyaş	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
21-30 yaş	31-40 yaş	11.56439*	4.06780	.005	3.4987	19.6301
	41-50 yaş	14.09881*	4.09550	.001	5.9782	22.2194
	51-60 yaş	18.68939*	4.06780	.000	10.6237	26.7551
	61 yaş və yuxarı	24.73701*	3.97544	.000	16.8545	32.6196
31-40 yaş	21-30 yaş	-11.56439*	4.06780	.005	-19.6301	-3.4987
	41-50 yaş	2.53442	3.25992	.439	-3.9294	8.9982
	51-60 yaş	7.12500*	3.22506	.029	.7303	13.5197
	61 yaş və yuxarı	13.17262*	3.10774	.000	7.0105	19.3347
41-50 yaş	21-30 yaş	-14.09881*	4.09550	.001	-22.2194	-5.9782
	31-40 yaş	-2.53442	3.25992	.439	-8.9982	3.9294
	51-60 yaş	4.59058	3.25992	.162	-1.8732	11.0544
	61 yaş və yuxarı	10.63820*	3.14391	.001	4.4044	16.8720
51-60 yaş	21-30 yaş	-18.68939*	4.06780	.000	-26.7551	-10.6237
	31-40 yaş	-7.12500*	3.22506	.029	-13.5197	-.7303
	41-50 yaş	-4.59058	3.25992	.162	-11.0544	1.8732
	61 yaş və yuxarı	6.04762	3.10774	.054	-.1145	12.2097
61 yaş və yuxarı	21-30 yaş	-24.73701*	3.97544	.000	-32.6196	-16.8545
	31-40 yaş	-13.17262*	3.10774	.000	-19.3347	-7.0105
	41-50 yaş	-10.63820*	3.14391	.001	-16.8720	-4.4044
	51-60 yaş	-6.04762	3.10774	.054	-12.2097	.1145

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Depressiya və təşviş dəyişkənlərinin xəstənin cinsiyyəti, xəstə yaxınının cinsiyyəti, xəstələrin birlikdə və yaxud ayrı yaşayıb-yaşamaması barədə demoqrafik dəyişkənlərlə qarşılıqlı əlaqəsini öyrənmək məqsədi ilə bağımsız dəyişkənlər arasında olan t-testindən istifadə olundu. Alınan nəticələrin təhlili zamanı müəyyən olundu ki, xəstə yaxınlarının cinsiyyətinin

onların depressiya və təşviş səviyyələrinə təsiri ilə qarşılıqlı əlaqəsində anlamlı bir fərqlilik vardır. Cədvəldən müəyyən etmək mümkündür ki significant (2-tailed) <0.05 olduğu halda fərqlilik müəyyən edilmişdir (Cədvəl 4).

Cədvəl 4

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
depressiya	Equal variances assumed	.890	.348	3.013	108	.003	6.95846	2.30931	2.38100	11.53592
	Equal variances not assumed			3.042	102.459	.003	6.95846	2.28759	2.42128	11.49564
təşviş	Equal variances assumed	1.600	.209	2.592	108	.011	6.39277	2.46641	1.50391	11.28163
	Equal variances not assumed			2.641	105.075	.010	6.39277	2.42018	1.59405	11.19150

Lakin xəstələrin cinsiyyətinin xəstə yaxınlarının depressiya və təşviş səviyyələrinə təsirinə nəzər yetirdikdə müəyyən olundu ki, xəstələrin cinsiyyətinin xəstə yaxınının depressiya və təşviş səviyyələrinə təsiri yoxdur. Cədvəldən göründüyü kimi significant (2-tailed)>0.05 olduğu üçün hər hansı əlaqə müşahidə olunmur (Cədvəl 4.1).

Xəstə yaxınlarının xəstə ilə birlikdə və yaxud ayrı yaşaması ilə bağlı alınan məlumatlara əsasən xəstə yaxınlarından 73 nəfər xəstə ilə birlikdə yaşayır, 37 nəfər isə ayrı qalır. T-testi analizi zamanı məlum oldu ki, xəstələrlə birlikdə yaşayan və onlarla birlikdə yaşamayan şəxslərin depressiya və təşviş səviyyələri arasında anlamlı fərqlilik vardır (significant 2-tailed <0.05). Eyni zamanda xəstə ilə birlikdə yaşayan şəxslərin depressiya və təşviş səviyyələrində digər şəxslərə nisbətən daha ağır nəticələrə rast gəlini (Cədvəl 4.2; Cədvəl 4.3).

Cədvəl 4.1

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
depressiya	.170	.681	.589	108	.557	1.40995	2.39452	-3.33640	6.15629	
			Equal variances assumed							
teşviş	.036	.851	.753	108	.453	1.90390	2.52893	-3.10887	6.91667	
			Equal variances not assumed	.587	100.219	.558	1.40995	2.40060	-3.35265	6.17254
depressiya			.752	100.589	.454	1.90390	2.53298	-3.12110	6.92890	
			Equal variances not assumed							

Cədvəl 4.2

Group Statistics					
	yaşam	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
depressiya	birlikdə	73	53.0959	12.30082	1.43970
	ayrı	37	43.4054	10.00960	1.64557
teşviş	birlikdə	73	52.3425	13.17744	1.54230
	ayrı	37	43.6757	11.10319	1.82535

Cədvəl 4.3

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
depressiya	Equal variances assumed	3.754	.055	4.144	108	.000	9.69049	2.33843	5.05531	14.32566
	Equal variances not assumed			4.432	86.782	.000	9.69049	2.18647	5.34449	14.03648
teşviş	Equal variances assumed	2.923	.090	3.429	108	.001	8.66679	2.52747	3.65691	13.67667
	Equal variances not assumed			3.627	84.274	.000	8.66679	2.38969	3.91486	13.41872

Bunlarla yanaşı xəstə yaxınlarından demoqrafik anketdə “xəstənin xəstəliyi ilə bağlı məlumatının olmasını istəyerdinizmi?” sualından cavablar alındı. Nəticələrin təhlili zamanı müəyyən olundu ki, xəstə yaxınlarından 57 nəfər (51.8 %) xəstənin xəstəliyi haqqında məlumatı olmasını istəyir. Digər 53 nəfər isə (48.2 %) xəstənin məlumatı olmasını istəmir. Nəticələrin bir-birinə yaxın çıxması tədqiqat zamanı ortaya çıxan maraqlı faktlardan biri idi (Cədvəl 4.4).

Cədvəl 4.4.

		məlumat			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	xəstənin məlumatı olmasın	53	48.2	48.2	48.2
	xəstənin məlumatı olsun	57	51.8	51.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	



## NƏTİCƏ

Dünyada və Azərbaycanda geniş yayılan xəstəliklərdən biri olan xərçəng günümüzdə də ailələrə təsir edən əsas problemlərdən biridir. Diaqnozu gec qoyulduqda və müalicə edilmədiyində ölümlə nəticələnən xəstəlik formasıdır. Müalicə ərafəsi olduqca uzun olan xərçəngin hələ də ölümcül xəstəliklərdən biri olaraq bilinməsi və yayılması təkcə onkologiyadan əziyyət çəkən xəstələrə deyil eyni şəkildə onların ailə üzvlərinə, yaxınlarına və ətraf mühitinə də təsir göstərir. Xüsusi ilə xəstələrə baxım verən şəxslər və gün ərzində onlarla birlikdə olan şəxslərin psixi və fiziki vəziyyətlərində daha çox dəyişikliklər olur. Xərçəng yalnızca xəstəyə deyil eyni şəkildə fərdlərə, ailəyə və cəmiyyətə psixoloji və iqtisadi cəhətdən təsir edən bir xəstəlik olduğundan xəstə yaxınlarının psixoloji vəziyyətinin də araşdırılması xəstələr qədər önəmlidir. Xəstəlik zamanı psixoloji faktorların təsiri şəxslərin müalicə ərafəsinə adaptasiyasını çətinləşdirir bununla ailəyə də neqativ təsir göstərir. Bu səbəblə tibbi müalicədən əlavə xəstələrin psixo-sosial dəstək alması vacibdir. Araşdırmalara əsasən ailə üzvləri və sosial mühitdən dəstək alan xəstələrin psixopatoloji problemlərlə qarşılaşma ehtimalı daha azdır. Sosial dəstək xəstələri müalicə ərafəsində saxlayır və həmən mərhələyə uyğunlaşmanı gücləndirir.

Bu mövzu üzrə dünyada və Türkiyədə aparılmış bir sıra tədqiqatlar vardır, hansı ki xərçəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının demoqrafik meyarları ilə onların psixoloji vəziyyətinin qarşılıqlı əlaqəsi araşdırılmışdır. Çelerin (2018) döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınların yaxınları ilə apardığı araşdırma da bunlara bir misaldır. Tədqiqatın nəticəsinə əsasən xəstə ilə birlikdə yaşayan baxım vericilərin sosial mühit alt başlığı altında olan yaşam məmnuniyyəti xəstə ilə birlikdə yaşamayan şəxslərə nisbətən daha çoxdur. Eyni zamanda qadın baxım verici şəxslərin yaşam məmnuniyyətinin daha aşağı olduğu müəyyən edilmişdir. Çelərə (2018) əsasən təhsil, maddi vəziyyət, ev mühiti, nəqliyyat vasitələri eyni zamanda xəstənin xəstəliyi haqqında məlumatı olub-olmaması kimi demoqrafik meyarlar da yaşam məmnuniyyətinə təsir göstərən demoqrafik faktorlardan biridir.

Bahraminin (2014) kimya terapiya alan 64 döş xərçəngindən əziyyət çəkən qadınların yaxınlarında yaşam məmnuniyyətinin təhsil demoqrafik meyarı ilə əlaqəsini müəyyən etməyə çalışan araşdırmasına əsasən təhsil səviyyəsi artan xəstə yaxınlarının yaşam məmnuniyyəti digərlərinə nisbətən daha çoxdur. Eyni araşdırma Rha Young (2015) tərəfindən də aparılmış və müəyyən olunmuşdur ki, təhsil səviyyəsi artdıqca həm mənəvi həm də fiziki yaşam məmnuniyyəti və keyfiyyəti artır.

Həmçinin xəstə yaxınının xəstəyə yaxınlıq dərəcəsi də psixoloji faktorlara təsir edən amillərdən biridir. Kızılcıya (1999) əsasən kimya terapiya alan xəstə yaxınları araşdırıldıqda bu

tip xəstələrin həyat yoldaşlarının psixoloji vəziyyətinin digər xəstə yaxınlarına nisbətən daha pis olduğu müəyyən edilmişdir.

Onkologiyadan əziyyət çəkən şəxslərlə bağlı bir çox araşdırmalar olmasına baxmayaraq ailə üzvləri və baxım verənlərlə əlaqəli araşdırmaların sayı azdır. Azərbaycanda isə bu tip araşdırmalara daha az rast gəlinir. Tədqiqatın əsas məqsədi xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərdə psixoloji vəziyyətin təhlilidir. Depressiya və təşviş səviyyələrinin müəyyənləşdirilməsi həmçinin demoqrafik meyarların xəstə yaxınlarının psixoloji vəziyyətinə təsiri müəyyənləşdirilməyə çalışılmışdır. Tədqiqatda 110 nəfər (63 qadın, 47 kişi) iştirak etmişdir. Onların depressiya və təşviş səviyyələrinin müəyyənləşdirilməsi üçün Zunqun öz-özünü qiymətləndirmə depressiya və təşviş cədvəlindən istifadə olunmuş, demoqrafik meyarların əldə edilməsi üçün isə demoqrafik anketdən istifadə olunmuşdur.

Tədqiqatın əsas və köməkçi olmaq üzərə 2 fərziyyəsi vardır. Əsas fərziyyə : Xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının yükü depressiya və təşviş simptomları ilə pozitiv əlaqəlidir.

Köməkçi fərziyyə : Xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının demoqrafik meyarları ilə depressiya və təşviş səviyyələri arasında əlaqə vardır.

Nəticələrin ümumiləşdirilməsi ilə müəyyən olundu ki, demoqrafik meyarlardan bəziləri ilə depressiya və təşviş səviyyələri arasında əlaqə vardır. Xəstə yaxınının və xəstənin yaşı, xəstə yaxınının xəstə ilə keçirdiyi zaman, xəstə ilə birlikdə yaşayıb yaşamaması və xəstə yaxınının cinsiyyəti ilə depressiya və təşviş səviyyələri arasında fərqlilik müəyyən olunmuşdur. Nəticələrə əsasən yaşı daha az olan xəstələrə baxım verən şəxslərin depressiya və təşviş səviyyələri daha çoxdur lakin, öz yaşları daha az olan xəstə yaxınlarının həm depressiya həm təşviş səviyyələri arasında hər hansı bir fərq müəyyən olunmur. Eyni zamanda qadın xəstə yaxınlarının və xəstə ilə daha çox zaman keçirən şəxslərin həm depressiya həm təşviş səviyyələri daha yüksəkdir. Eyni zamanda tədqiqatın əsas fərziyyəsi “ xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarının yükü depressiya və təşviş simptomları ilə pozitiv əlaqəlidir” təsdiqlənmişdir. Fərziyyədə qeyd olunan baxım yükü dedikdə baxım vericilərin öz üzərlərinə aldıkları xəstəyə baxım vərmişləri nəticəsində ortaya çıxan psixoloji və fiziki sağlamlıq problemləri, iqtisadi və sosial problemlər eyni şəkildə ailə münasibətlərinin pozulmasıdır. Tədqiqatda xəstə yaxınlarının xəstə ilə keçirdikləri zaman ilə depressiya və təşviş dəyişkənləri arasında əlaqəyə baxılması məqsədi ilə korrelyasiya testi aparılmış və nəticədə pozitiv əlaqə müəyyən edilmişdir. Beləliklə xəstə ilə birlikdə yaşayan və daha çox zaman keçirən xəstə yaxınlarının baxım yükü daha çox olduğundan onlarda depressiya və təşviş səviyyələrinin səviyyəsi digər xəstə yaxınlarına nisbətən daha çox çıxmışdır.

Tədqiqata əsas təsir edən faktorlardan biri bərabər sayda kişi və qadın xəstə yaxınlarının iştirak etmiş olmaması ola bilər. Eyni zamanda xəstələrin xəstəliyin hansı ərəfədə olduğu da tədqiqatın nəticələrinə təsir göstərən amillərdən biri kimi göstərilə bilər. Bu mövzu ətrafında aparılacaq gələcək tədqiqatlarda xəstəliyin ərəfəsi və cins sayının bərabər olmasının nəzərə alınması tövsiyə olunur.

## ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

Azərbaycan dilində

1. Dövlət Statistika Komitəsi (2021). *Əhalinin xəstəlməsinin statistikas*.  
<https://www.stat.gov.az/source/healthcare/>

Türk dilində

2. Akbulut, S., Kayaalp, C., Yılmaz, M., Ince, V., Ozgor, D., Karabulut, K., ... & Yılmaz, S. (2013). Effect of autotransfusion system on tumor recurrence and survival in hepatocellular carcinoma patients. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 19(10), 1625.
3. Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D., & Yılmaz, U. (2007). Kemoterapi kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 17(2), 87-93.
4. Arslan S. Kansere Bağlı Yorgunluk. In: Akciğer kanserinde destek tedavisi. Gülhan M (Ed.) Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, İstanbul 2016:331- 337
5. Aslan, Ö., Kömürcü, Ş., Özet, K. ve Sekmen, A . (2007). Kanserli Hastalarda Umut. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11 (2), 18-24.
6. Astı, N. (2001) Onkoloji hastasının Psikososyal sorunları ve Başa Çıkma Yolları. Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul,32.
7. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
8. Avuçan, E. E., İmrek, M., & Karaboğa, I. (2006). Kanserlin psikososyal yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*, 12(38),81-91.
9. Ayaz, S., Yaman Efe Ş., Korukluoğlu, S. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörle.r *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(6), 880- 85.
10. Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma*
11. Bayraktar S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Korkulu Rüyamız Kanser*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 26-27.
12. Canatan, K. (2009). Avrupa Toplumlarında Çok kültürcülük: Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2(6): 80-96.
13. Çeler, H. G., Özyurt, B. C., Hüseyin, E. L. B. İ., & Özcan, F. (2018). Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 164-174.

14. Cimilli, C., (1998). Kanserde anksiyete ve depresyon, 3P Dergisi, (6),8-14.
15. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2(1): 70-77.
16. Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 53, 248-253.
17. Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç. & Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (3), 132-139.
18. Dökmen, Z. (2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler (The Relations between Mental Health and Perceived Social Support of Family Caregivers). *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (Ankara University Journal of Social Sciences)*, 3(1).
19. Elbi, H. (1997). Kanser ve psikiyatrik sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar*, 2, 173-187.
20. Elbi, H. (2001) Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 5:5-10
21. Elçigil A., Conk, Z. (2010). Çocuğu Kanser Olan Annelerin Aile Yükünün Belirlenmesi. *DEUHYO*, 3 (4), 175-181.
22. Erdine, S., Onat, H., & Mandel, N. M. (2002). Kanser Hastasına Yaklaşım: Tanı. *Tedavi, Takipte Sorunlar, Nobel Tıp Kitapevleri*, 261-274.
23. Erdoğan, Z., Yavuz, D.E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
24. Ersoy, M. A., & Elbi, H. (2000). Kanser hastalarında depresyonla ilişkili faktörler. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 10, 165-74.
25. Ertem, G. (2010). Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 25(3), 124-132.
26. Geliştirme Dergisi, 2, 24-33.
27. Görgülü, Ü., & Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4).
28. Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.
29. Karakartal, D. (2017). Tedavi sürecindeki kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların incelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 3(2), 96-109

30. Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y. A., Yılmaz, T. T., & Öngel, K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı Anxiety distribution observed at surgery patients. *Smyrna Tıp Dergisi*, 22, 25.
31. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26.
32. Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11:1 6
33. Küçükçüçlü, Ö., Esen, A., & Yener, G. (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, 26(1).
34. Kutluk T., Kars A. (1992) Kanser Konusunda Genel Bilgiler. *Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı*, Ankara: T.C.
35. Okçin, F.(2007). Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. İzmir:Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
36. Özdemir, Ü., & Taşci, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
37. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5: 60-64.
38. Özkan, S., & Alçalar, N. (2009). Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).
39. Özyılkan, Ö. (2004). Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi. *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı*, Ankara
40. Sarıtaş, S.Ç., Büyükbayram, Z. (2016). Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 141-150.
41. Tarhan, S. (2012). Umudun özyeterlik, algılanan sosyal destek ve kişilik özelliklerinden yordanması.
42. Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (2), 78-82.
43. Tokgöz, G., Yalug, I., Oezdemir, S., Yazici, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler/Prevalence of major depression in patients with cancer and related factors. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 59.
44. Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanınma ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.

45. Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin, *28(2)*,85-92.
- Hallaç, S., & Öz, F. (2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3(4)*, 595-610.
46. Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev.* *13*:72-3569.
47. Üstün, B. (2009) Meme Kanserli Hastaların Bakımında Psikolojik Boyutlar, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı.
48. Uzbay, İ. T., & Yüksel, N. (2002). Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçların farmakolojisi ve kullanım güvenliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *5(Supp: 1)*, 14-26.
49. Yildirim, N. K., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A., & Özmen, V. (2009). Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları/The Anxiety, Depression and Quality of Life of Breast Cancer Patients Before and After Treatment: The Results of One Year Prospective Study. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, *46(4)*, 175.
50. Zengin, O., Saltık, S., Duysak, Y., Soytürk, G., Orbay, E., Tekin, O. (2012). Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *2 (1)*: 1-4.

#### İngiliz dilinde

51. Adams, E., Boulton, M., & Watson, E. (2009). The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. *Patient education and counseling*, *77(2)*, 179-186.
52. Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hofmann, G., & Samonigg, H. (2003). Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal of Cancer Care*, *12(3)*,263-273.
53. Bahrami, M., & Farzi, S. (2014). The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *19(2)*, 119.
54. Beesley, V. L., Price, M. A., Webb, P. M., Group, A. O. C. S., Study, A. O. C., & Investigators, Q. o. L. S. (2011). Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, *19(12)*, 1949-1956.

55. Blackadar, C. B. (2016). Historical review of the causes of cancer. *World journal of clinical oncology*, 7(1), 54.
56. Bloom, D.E., Cafiero, E.T, McGovern, M.E., Prettner, K., Stanciole, A., Weiss, J., vø Rosenberg, L. (2013). The economic impact of non-communicable disease in China and India: estimates, projections, and comparisons. *NBER Working Paper*, No. 19335.
57. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 2000; 18(4): 743-743.
58. Bradley, S., Sherwood, P. R., Donovan, H. S., Hamilton, R., Rosenzweig, M., Hricik, A., & Bender, C. (2007). I could lose everything: understanding the cost of a brain tumor.
59. Bruera, E., Billings, J. A., Lupu, D., & Ritchie, C. S. (2010). AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *Journal of pain and symptom management*, 39(4), 743-755.
60. Buscemi, V., Font, A., & Viladricht, C. (2010). Focus on relationship between the caregivers unmet needs and other caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncología*, 7(1).
61. Carter, P.A., and Chang, B.L. (2000). Sleep and depression in cancer caregivers. *Cancer Nurs.* 23(6),410-5.
62. Chang, E. W. C., Tsai, Y. Y., Chang, T. W., & Tsao, C. J. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(10), 950-955.
63. Chen, M. L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: a role for cognition. *Cancer Nursing*, 26(1), 61-67.
64. Cho, J., Choi, E. K., Kim, S. Y., Shin, D. W., Cho, B. L., Kim, C. H., ... & Park, J. H. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378.
65. Classen, C., Butler, L.D., Kopman,C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J. ve ark. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer “a randomized clinical intervention trial”. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 494-501.
66. Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338.
67. DePinho, R. A. (2000). The age of cancer. *Nature*, 408(6809), 248-254.



68. Dogar, I. A., Azeem, M. W., Kiran, M., Hussain, I., Mehmood, K., & Hina, I. (2010). Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *survival, 1*, 3.
69. Fallah, R. F. Keshmir ve FL. Kashani, (2012). Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer, 3*; 2 & 3: 35 – 44.
70. Fallowfield L. Helping the relatives of patients with cancer. *Eur J Cancer 1995*; 31A: 1731-1732.
71. Freedman, S., & Zarifkar, T. (2016). The psychology of interpersonal forgiveness and guidelines for forgiveness therapy: What therapists need to know to help their clients forgive. *Spirituality in Clinical Practice, 3*(1), 45.
72. Fultner D. K., & Roudonis, M. R. (2000). Home care and hospice. *Gerontologic Nursing 771- 96*.
73. Garland SN, Johnson JA, Savard J, Gehrman P, Perlis M, Carlson L, Campbell T. Sleeping well with cancer: A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia in cancer patients. *Neuropsychiatric disease and treatment, 2014*; 10, 1113
74. Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine, 97*(39).
75. Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2010). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of clinical oncology*.
76. Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K. M., Neri, E., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *Journal of clinical oncology, 29*(4), 413.
77. Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing, 28*(4), 205-212.
78. Gorman L.M. (2006) The psychosocial impact of cancer on the individual, family, and society. In *Psychosocial Nursing Care: Along the Cancer Continuum, 2nd ed.* (Carroll-Johnson R.M., Gorman L.M. and Bush N.J., eds), *Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA*, 3-23.
79. Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., & Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions, 28*, 57-71.

80. Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A. ve Ramelli, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of Affective Disorders*, 44, 21-30.
81. Gregurek, R., Braš, M., Đorđević, V., Ratković, A. S., & Brajković, L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 227-230.
82. Gren, L., Broski, K., Childs, J., Cordes, J., Engelhard, D., Gahagan, B.,... Marcus, P. (2009). Recruitment methods employed in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial. *Clinical Trials*, 6(1), 52-59.
83. Groopman, J. (2008). The Anatomy of Hope. *The Permanente Journal*, 8 (2), 43-47.
84. Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological bulletin*, 134(1), 1.
85. Harrison, J., & Maguire, P. (1994). Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *The British Journal of Psychiatry*, 165(5), 593-598.
86. Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social science & medicine*, 60(1), 1-12.
87. Honda, K., & Goodwin, R. D. (2004). Cancer and mental disorders in a national community sample: findings from the national comorbidity survey. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(4), 235-242.
88. Hwang, S. S., Chang, V. T., Alejandro, Y., Osenenko, P., Davis, C., Cogswell, J., ... & Kasimis, B. (2003). Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliative & supportive care*, 1(4), 319-329.
89. Hwang, S. S., Chang, V. T., Alejandro, Y., Osenenko, P., Davis, C., Cogswell, J., ... & Kasimis, B. (2003). Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliative & supportive care*, 1(4), 319-329.
90. John, E. M., & Kelsey, J. L. (1993). Radiation and other environmental exposures and breast cancer. *Epidemiologic reviews*, 15(1), 157-162.
91. Kelleci, M., & Gölbaşı, Z. (2004). Examination of problem-solving skills of nurses working in a university hospital in terms of some variables. *CU Journal of Nursing School*, 8, 1-8.

92. Kim, Y., & Morrow, G. R. (2003). Changes in family relationships affect the development of chemotherapy-related nausea symptoms. *Supportive care in cancer, 11*, 171-177
93. Klerman, G. L. (1989). Depressive disorders: further evidence for increased medical morbidity and impairment of social functioning.
94. Kubler-Ross, E. (1995). Death is of vital importance: On life, death, and life after death.
95. Lacey, J. (2011). Recognizing Grief In Oncology Patients and Their Caregivers. *J Supportive Oncol* 9183.
96. Larsen, L. S. (1992). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 36,26-32
97. Lepore, S. J., & Coyne, J. C. (2006). Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2), 85-92.
98. Lesko, L. (1997). Psychologic Issues. İçinde V. DeVita, S. Hellman ve S. Rosenberg (Ed.), *Cancer Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers; 2879-2890.
99. Liu, L., Fiorentino, L., Natarajan, L., Parker, B. A., Mills, P. J., Sadler, G. R., ... & Ancoli-Israel, S. (2009). Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(2), 187-194.
100. Mancini, J., Baumstarck Barrau, K., Simeoni, M. C., Grob, J. J., Michel, G. (2011). Quality of life in a heterogeneous sample of caregivers of cancer patients: an in depth interview study. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 483-492.
101. Markel, W., M., (1971). The American Cancer Society's programme for the rehabilitation of the breast cancer patient. *Cancer*. 28, 1676-1678
102. Marrs, J. A. (2006). Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 319.
103. Mazanec, P., Daly, B. J., Ferrell, B. R., & Prince-Paul, M. (2011). Lack of communication and control: experiences of distance caregivers of parents with advanced cancer. *In Oncology Nursing Forum*, 38(3), 307.
104. Me Daniel, S., Musselman, D.L., Nemeroff, C.B., (1997). Cancer and depression therapy and treatment. *Psychiatric Annals*, 27(5), 360-364.
105. Mellon, S. (2002). Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. *In Oncology Nursing Forum*, 29(7), 1117-1125.

106. Mental Health Foundation, 2018. Supporting the emotional and mental health needs of people with cancer. [https://www.mentalhealth.org.uk/publications /supporting-mental-health-needs-of-people-with-cancer](https://www.mentalhealth.org.uk/publications/supporting-mental-health-needs-of-people-with-cancer)
107. Miller, K (2019) Oncology. In: The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation- 50 Liason Psychiatry, Third Edition
108. Montgomery, C., Lydon, A., & Lloyd, K. (1999). Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 241-245.
109. Mor V, Allen S, Malin M. The psychosocial impact of cancer an older versus younger patients and their families. *Cancer* 1994; 74 (7 Suppl): 2118-2127.
110. Nekolaichuk, C. (1999). The Meaning of Hope in Health and Illness. *Bioethics Forum*, 15 (1), 14-20.
111. Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M., & Weiss, D. (2012, November). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 28, No. 4, pp. 236-245). WB Saunders.
112. Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., ... & Decker, V. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of clinical oncology*, 20(19), 4050-4064.
113. Northouse, L., Williams, A. L., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 30(11), 1227-1234.
114. Oh, G. H., Yeom, C. W., Shim, E. J., Jung, D., Lee, K. M., Son, K. L., ... & Hahm, B. J. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: a prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109911.
115. Osse, B.H.P., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Schade´, E., Grol, R.P.T.M. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing*, 29(5), 378-388.
116. Pinqart, M., & Sørensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128.
117. Ribeiro, R.C., and Pui, C.H. (2005). Saving the children-improving childhood cancer treatment in developing countries. *N Engl J Med*, 352(21).2158-2160.
118. Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 376-382.

119. Roth, A. J., Weinberger, M. I., & Nelson, C. J. (2008). Prostate cancer: psychosocial implications and management.
120. Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & Tilburg, W. V. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International journal of geriatric psychiatry*, *18*(11), 994-1001.
121. Segrin, C., Badger, T., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *16*(7), 634-643.
122. Shaw, J., Harrison, J., Young, J., Butow, P., Sandroussi, C., Martin, D., & Solomon, M. (2013). Coping with newly diagnosed upper gastrointestinal cancer: a longitudinal qualitative study of family caregivers' role perception and supportive care needs. *Supportive care in cancer*, *21*, 749-756.
123. Siegel, K., V. H., Houts, P., & Mor, V. (1991). Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*, *68*(5), 1131-1140.
124. Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, *13*(4), 249-275. Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, *73*(3), 355-360.
125. Snyder, C. R., Ilardi, S., Michael, S. T., & Cheavens, J. (2000). Hope theory: Updating a common process for psychological change.
126. Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of general psychiatry*, *38*(5), 527-533.
127. Stanley, M. A., & Novy, D. M. (2000). Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety in late life: an evaluative overview. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(2), 191-207.
128. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review Of The Literature On The Effects Of Caring For A Patient With Cancer. *Psychooncology* 2010;19(10):1013-25.
129. Stommel, M., Given, B. A., Given, C. W., & Collins, C. (1995). The impact of the frequency of care activities on the division of labor between primary caregivers and other care providers. *Research on Aging*, *17*(4), 412-433.
130. Stuifbergen AK. The impact of chronic illness on families. *Fam Community Health* 1987; 9: 43-51.

131. Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(2), 158-164.
132. Toseland RW, Smith G, Mccallion P (2001). Family caregivers of the frail elderly, handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations, (Gitterman, A. Editor). Columbia University Press.
133. Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., & Pirl, W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1197-1205.
134. Vachon, M. L. (1998). Psychosocial needs of patients and families. *J Palliat Care* 1998;14(3):49-56. Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer, *Social and Behavioral Dimensions of Cancer, survivors. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological*, 13(4), 260-268.
135. Valente, S. M. (2005). Detecting and evaluating depression among elderly patients in home health. *Home Health Care Management & Practice*, 17(2), 101-108.
136. World Health Organization (2004), *Prevention of Mental Disorders, Effective Interventions and Policy Options*.
137. World Health Organization (2018.) *The World Health Report: Mental health: new understanding, new hope*,
138. World Health Organization (2022.) *The World Health Report: Mental health: new understanding, new hope*,
139. Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53(10 Suppl), 2339-2362.
140. Wozniak, K., and Izycki, D. (2014). Cancer : a family at risk. *Prz Menopauzalny*, 13(4), 253-261.
141. Yang, X., Hao, Y., George, S. M., & Wang, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-12.
142. Zahlis, E. H., & Lewis, F. M. (2010). Coming to grips with breast cancer: the spouse's experience with his wife's first six months. *Journal of psychosocial oncology*, 28(1), 79-
143. Zenger, M., Ernst, J., Götze, H., Stolzenburg, J. U., & Hinz, A. (2010). *Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom—eine Längsschnitterhebung. Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 19(2), 51-59. Calhoun, L. G.,

& Tedeschi, R. G. (2008). The paradox of struggling with trauma: Guidelines for practice and directions for research. *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*, 325-337.

## ƏLAVƏLƏR

Bu sorğu Azərbaycanda xərcəng xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin yaxınlarında depressiya və təşviş səviyyələrinin təhlilini müəyyənləşdirmək məqsədilə hazırlanmışdır. Sorğuda iştirak etmək tamamilə anonimdir. Burada qeyd etdiyiniz heç bir məlumat elmi məqsədlərdən əlavə formalarda istifadə edilməyəcək və paylaşılmayacaqdır. Həmçinin, sorğuda iştirak etməkdən imtina edə bilərsiniz. Sualları cavablandıran zaman bildirəcəyiniz məlumatların doğruluğu bizim tədqiqatın nəticəsi üçün vacibdir. Xahiş edirik ki, sualları diqqətli oxuyasınız və sizə görə ən uyğun cavabı qeyd edəsiniz. Sorğunu cavablandırmaq üçün təxminən 10 dəqiqə kifayət edir.

### **Xəstə və xəstə yaxınının ümumi dəyərləndirilmə formu**

Xəstə yaxını

Yaş :

Cinsiyyət :

Ailə vəziyyəti:  Evli  Subay

Təhsil: Yoxdur

Orta təhsil

Peşə təhsili

Ali təhsil

Xəstə yaxınının aylıq gəliri

İşsiz

300-400

500-1000

1500-3000

Xəstənin

Cinsiyyəti :

Yaşı :

Xəstənin ailə vəziyyəti :

Xəstənin təhsili :



Xəstənin peşəsi :

Xəstə ilə birlikdəmi yaşayırsınız ? Bəli  Xeyr

Baxımından məsuliyyətli olduğunuz başqa insanlar varmı ?

Xəstəyə yaxınlıq dərəcəsi :

Gündə neçə saat xəstə ilə birlikdədir :

Xəstənin xəstəliyini bilirsinizmi ?

Xəstəlik haqqında məlumatınız varmı ?

Başqa yaxınlarınızda bu xəstəlikdən olubmu ?

Xəstənin öz xəstəliyini bilirmi ?

Xəstənin xəstəliyini bilməsini istərdinizmi ?

## ZUNQUN ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ TƏŞVİŞ CƏDVƏLİ

**Sizdən xahiş olunur ki cədvəlin sol sütunda olan fikirləri diqqətlə oxuyasınız və son 7 gündə olan halınıza ən uyğun olan cavabı qeyd edəsiniz.**

Uyğun olan cədvəl sütunlarında işarənizi (✓) qeyd edin	NADİR HALLARDA	ARABİR	TEZ-TEZ	ƏKSƏR HALLARDA
1. Mən özümü adi halımdan daha əsəbi və təşvişli hiss edirəm				
2. Mən səbəbsiz qorxu hissi keçirirəm				
3. Məni asanlıqla pərt etmək və ya təlaşa salmaq olar				
4. Mən hiss edirəm ki özümü ələ ala				
5. Mən hiss edirəm ki hər şey yaxşıdır və heç bir bəd hadisə baş verməyəcək				
6. Mənim əllərim və ayaqlarım titrəyib əsir				
7. Mən baş ağrılarından, boynumda və kürəkdə ağrılarından əziyyət çəkirəm				
8. Mən özümü zəif hiss edirəm və tez yoruluram				
9. Mən özümü sakit hiss edirəm və asanlıqla rahat oturmağa bacarıram				
10. Məndə ürəkdöyünlər olur				
11. Məndə başgicəllənmələr olur				

12. Məndə ürəkgetmələr olur və ya mən hiss edirəm ki ürəkgetməyə yaxınam				
13. Mən rahat nəfəs alıram				
14. Mən əl və ayaq barmaqlarımda giziltilər və keyimələr hiss edirəm				
15. Məndə mədə ağlıları və qarın pozuntusu olur				
16. Mən tez-tez işəməyə gedirəm				
17. Mənim əllərim adətən soyuq olmur və qurudur				
18. Mənim sifətim qızarıb yanır				
19. Mən asanlıqla yuxuya gedirəm və rahatlıqla yatıb dincəlirəm				
20. Məndə yuxuda qarabasmalar olur				

### ZUNQUN ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA CƏDVƏLİ (ZDRS)

Cədvəl 20 bənddən ibarətdir və hər bir bəndin sualına cavab verərək müayinə edilən şəxs “nadir hallarda”, “arabir”, “tez-tez” və ya “əksər hallarda və ya həmişə” cavablardan birini seçir.

### ZUNQUN ÖZ-ÖZÜNÜ QIYMƏTLƏNDİRMƏ DEPRESSİYA

#### CƏDVƏLİ

**Sizdən xahiş olunur ki cədvəlin sol sütunda olan fikirləri diqqətlə oxuyasınız və son 7 gündə olan halınıza ən uyğun olan cavabı qeyd edəsiniz**

Uyğun olan cədvəl sütunlarında işarənizi (✓) qeyd edin	NADİR HALLARDA	ARABİR	TEZ-TEZ	ƏKS ƏR HAL LAR
1. Mən qəmginlik və ruh düşkünlüyü <u>kecirirəm</u>				
2. Səhərlər mənim günümün ən yaxşı his etdivim vaxtıdır				
3. Mən ağlamaq tutur və ya mən hiss edirəm ki ağlamağa yaxınam				
4. Mən gecələr pis yatıram				
5. Mən keçmişdə olduğu qədər miqdarda <u>vemək veyirəm</u>				
6. Mən cinsi həyatdan zövq alıram				
7. Mən hiss edirəm ki mənim çəkim azalır				
8. Məni qəbzlik narahat edir				

9. Məndə ürəkdöyünmələr olur				
10. Mən səbəbsiz yorğunluq hiss edirəm				
11. Mən həmişəki kimi aydın fikirləşirəm				
12. Mən asanlıqla adətən gördüyüm işləri edirəm				
13. Mən özümü rahatsız hiss edirəm və bir yerdə qərar tapa bilmirəm				
14. Mən gələcəyə ümidlə baxıram				
15. Mən keçmişdə olduğumdan daha				
16. Mən asanlıqla qərarları qəbul edirəm				
17. Mən özümü lazımlı və faydalı şəxs hesab edirəm				
18. Mənim həyatım maraqlı və zəngindir				
19. Mən hiss edirəm ki mən ölsəydim başqaları üçün daha yaxşı olardı				
20. Mən adətən zövq aldığım şeylərdən zövq alıram				

## CƏDVƏLLƏRİN SİYAHISI

Cədvəl 3.1 Depressiya və təşviş dəyişkənlərinin normal paylanması.....	55
Cədvəl 3.2 Xəstə yaxını cinsiyyəti demoqrafik meyarı .....	55
Cədvəl 3.3 Xəstə yaxını yaşı demoqrafik meyarı .....	58
Cədvəl 3.4 Xəstə yaşı demoqrafik meyarı .....	58
Cədvəl 3.5 Depressiya dəyişkəni və xəstə yaxının xəstə ilə keçirdiyi zaman arasında korellasiya.....	59
Cədvəl 3.6 Təşviş dəyişkəni və xəstə yaxının xəstə ilə keçirdiyi zaman arasında korellasiya.....	59
Cədvəl 3.7 Depressiya və Təşviş dəyişkənlərinin deskriptiv statistikasını.....	60
Cədvəl 3.8 LSD post hoc testi nəticələri depressiya.....	61
Cədvəl 3.9 LSD post hoc testi nəticələri təşviş.....	62
Cədvəl 4 Bağımsız dəyişkənlər arasında T-testi (xəstə yaxını cinsiyyəti).....	63
Cədvəl 4.1 Bağımsız dəyişkənlər arasında T-testi ( xəstə cinsiyyəti).....	64
Cədvəl 4.2 Birlikdə və ayrı yaşam ilə əlaqədar qrup statistikasını.....	64
Cədvəl 4.3 Bağımsız dəyişkənlər arasında T-testi (Yaşam).....	65

Cədvəl 4.4 Xəstənin məlumatının olub-olmamasının arzu olunması ilə bağlı deskriptiv nəticələr.....	65
--	----

### ŞƏKİLLƏRİN SİYAHISI

Şəkil 3.1 Xəstə cinsiyyəti demoqrafik meyarı .....	56
Şəkil 3.2 Xəstə yaxını təhsili demoqrafik meyarı.....	56
Şəkil 3.3 Xəstə yaxını gəliri demoqrafik meyarı.....	56
Şəkil 3.4 Xəstə yaxını ailə vəziyyəti demoqrafik meyarı .....	57
Şəkil 3.5 Xəstə yaxınının xəstə ilə keçirdiyi zaman.....	59