

Meme Kanserinin Ruhsal ve Sosyal Etkileri Üzerine Bir Çalışma

Şahnur ŞENER*, Nazan GÜNEL**,
Zafer AKÇALI***, Selahattin ŞENOL***, Aylin İlden KOÇKAR***

ÖZET

Psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerin hastalıkların başlangıç ve ilerlemesinde çok etkili oldukları düşünülmektedir. Uzun yıllar bu faktörlerin kanser etiolojisinde rol oynadığına inanılmış, son yıllarda ise hastalığa neden olmaktan çok ortaya çıkışında etkileri olduğu kabul edilmiştir. Böylesi faktörler hastanın tedavi beklentisini ve tedavideki işbirliğini etkilemekte, dolayısıyla yaşam kalitesi ve kanser tedavisindeki başarıda etkili olmaktadır.

Bu çalışma meme kanseri tanısı ile medikal onkoloji bölümünde tedavileri sürdürülen hastaların, sosyodemografik, sosyokültürel ve psikolojik durumlarına ilişkin özellikleri araştırmaktadır. Meme kanseri tanısı alan 46 kadın hastanın stresle başa çıkma becerileri, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve depresyon düzeyleri belirlenerek, sorgulanan değişkenlerin ölçeklere etkileri araştırılmıştır. Kanser evresinin ölçekler üzerine bir etkisi belirlenemezken, stresle başa çıkmada hastalığını bilme ve yaşın büyümesinin ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar eldeki yazın bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri, kadın, sosyokültürel özellikler, depresyon, kaygı, stresle başa çıkma.

KLİNİK PSİKIYATRİ 1999;2:254-260

SUMMARY

The Psychological and Social Influences of Breast Cancer

The effect of psychological, social, and environmental influences on the onset and later stages of illnesses are thought to be very

important. For many years, these factors were believed to have a role in the etiology of cancer; yet recently, it has been proposed that these factors effect the onset of the disease rather than being the reason for it. These factors affect the patient's expectation and the cooperation for treatment, therefore having an influence on the outcome of the treatment and the quality of life of the patient.

This study investigates the socio-demographic, socio-cultural and psychological aspects of patients who were receiving treatment for breast cancer from the department of medical oncology. 46 female patients who were diagnosed as having breast cancer were screened in terms of their abilities in coping with stress, state and trait anxiety levels and depression levels. No effect was observed in terms of the stage of cancer on the inventories which were handed. Knowing one's illness and being older age problem had a positive relationship with problem solving abilities. The results were discussed in the light of the literature.

Key Words: Breast cancer, female, socio-cultural aspects, depression, anxiety, coping with stress.

GİRİŞ

Kanserli hastalarda psikolojik etkenlerin ve işlevselliğin değerlendirildiği araştırmalarda genellikle hastalığın tedavisi, ilerlemesi ya da yayılmasındaki etkisi, süregelen hastalığın ve kanser tedavisinin hastalar üzerindeki etkileri, hastalarda ve ölüm nedeniyle yakınlarında ortaya çıkan yas ele alınmaktadır (Levenson ve Bemis 1991). Kanserli hastalar, savunucu, kaygılı, aşırı kontrollü, duygusal, gerginliklerini motor, sözel ya da diğer yollarla boşaltamayan, belirgin olarak yadsıma ve bastırma mekanizmalarını

* Prof. Dr., **Doç. Dr., ***Uz. Psk., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı,

** Doç. Dr., ***Uz. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı, ANKARA

kullanan, aşırı sabırlı, kendi gereksinimlerini sürekli geri planda tutan ve kolayca memnun edilebilen ve azla yetinen kişiler olarak tanımlanmaktadır (Saydam 1990). Morris ve arkadaşları (1981) kanser için "duygusal olarak kapalı" şeklinde tanımladıkları C tipi kişilik özellikleri üzerinde durmuşlardır. Bu kişilik özelliği, işbirliğini seven, tartışma yerine kabul etmeyi seçen, girişken olmayan, sabırlı, olumsuz duygularını dışa vurmayan ve dış otoritelere karşı uyumlu görünen bir özellik olarak tanımlanmıştır.

Konu ile ilgili ilk araştırmalarda psikososyal etkenlerin hastalığın oluşumu için risk etkenleri arasında yer aldığı ileri sürülmüş, ancak daha sonraki araştırmalar diğer risk etkenlerine göre psikososyal etkenlerin kanser oluşumuna daha küçük bir katkısı olduğu gösterilmiştir. Yapılan bu araştırmalar psikososyal etkenlerin kanserin ortaya çıkmasında değil de kanserin ilerlemesinde önemli rolü olduğunu göstermiştir (Levenson ve Bemis 1991).

Kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı da araştırılmış ve psikiyatri konsültasyonlarında kanserli hastaların %2-47'sinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu belirlenmiştir (Mc Cartney ve ark. 1989). En belirgin derecede yüksek olan bozukluk grubu ise affektif bozukluklar olarak bildirilmektedir (Hardman ve ark. 1989, Şenol ve ark. 1994). Jansen ve Muenz (1984) meme kanserli hasta grubunun normal ve benign kitle bulunan hasta grubuna göre daha depresif olduklarını, daha az öfke gösterdiklerini ve duygularını daha güç ifade edebildiklerini belirtmişlerdir. Kanser ilerlemesinin hızlı olduğu bir grup hasta ciddi, pasif, belirgin derecede depresif ya da anksiyeteli kişiler olarak tanımlanırken (Blumberg ve ark. 1954), hastalığı kontrol altında olan kanserli hastalarda yüksek zeka puanı, aşırı huzursuzluk ve alınganlık bulunmuştur (Stavraky 1958). Bir kanıt Priestman ve arkadaşları (1985) meme kanserli hastaların yaşam olayları ve kişilik özelliklerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları araştırmalarında bu etkenlerin meme kanserine yatkınlık yarattığı şeklinde bulunmazken, psikososyal etkenler ile meme kanseri arasında bir ilişki olabileceği üzerinde duran araştırmalar da vardır (Ramirez ve ark. 1989, Edwards ve ark. 1990).

Kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunların ve ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların ele alınmasının kanser tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olduğu, aksi takdirde bu kişilerin genel bir kanı olarak cerrahi servislerinde karşılaşılan sorunlu hastalar olarak değerlendirildiği belirtilmektedir

(Şenol ve ark. 1994). Liyezon psikiyatrisi ile onkoloji arasındaki işbirliğinin kanser hastalarının tedavi ve bakımı için önemli olduğu yazında bildirilmektedir (Özkan 1993). Kanser tanısı ile tedavileri sürdürülen hastaların psikososyal özellikleri ve psikolojik zorluklarının bilinmesi bu hasta grubuna yönelik konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamalarının planlanması ve yürütülmesinde yön gösterici olacaktır. Bu görüşten çıkılarak bu araştırmada meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma meme kanseri nedeni ile medikal onkoloji bölümünde tedavileri sürdürülen, kanser dışında başka bir fiziksel hastalığı olmayan kadın hastalar ile yapılmıştır. Hastalara araştırmanın amacı anlatıldı, katılımın gönüllü olduğu belirtildi. Ancak araştırmaya katılmayı reddeden hasta olmadı. Hastalara araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özellikleri, kanser teşhis ve tedavisine yönelik düşünceleri, kanserin ruhsal ve sosyal etkilerini sorgulayan bir anket ile Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeği, durumluk kaygı ölçeği (STAI-I), sürekli kaygı ölçeği (STAI-II) ve Beck depresyon ölçeği uygulanmıştır. Ölçekleri anlayacak düzeyde okuma ve yazması olmayan deneklere anket ile birlikte ölçekleri de araştırmacılar uygulamışlardır.

Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeği: Stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını ölçen bir skaladır. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğine; bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma becerilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir. 36 maddeden oluşmaktadır. Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilmiş, Türkçeye Siva (1991) ve Dağ (1991) tarafından uyarlanmıştır.

Durumluk-sürekli kaygı ölçeği (STAI-I ve STAI-II): Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş, kısa ifadelerden oluşan bir özdeğerlendirme anketidir ve toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Ölçekler Öner ve LeCompte (1982) tarafından dilimize çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Beck depresyon ölçeği: Depresif hastaların sıklıkla gösterdiği belirtilerin ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur (Beck ve ark. 1961). Klinik gözlemler sistematik olarak 21 belirti altında birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında değerlendirilmiştir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılıklar göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Teğin (1987) tarafından yapılmıştır.

İstatistik değerlendirmede bütün veriler SPSS for MS Windows Release, 6.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri sınıflarına göre ki-kare ve çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırma meme kanseri nedeni ile onkoloji bölümünce tedavileri sürdürülen 46 kadın hasta ile tamamlanmıştır. Deneklerin ortalama yaşı 47.7 ± 11.4 olup 25 ile 69 yaşlar arasındaydı. Hastalık süreleri 2.8 ± 1.2 (1-5 yıl) olarak belirlenmiştir. Deneklerin çocuk sayıları ortalama 2.6 ± 1.6 olup çocuksuz ve 7 çocuklu olmak üzere değişiyordu.

Deneklerin yaşadığı il sorgulandığında 30'unun (%65.2) Ankara'da, 7'sinin iç Anadolu, 6'sının Karadeniz ve 3'ünün Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşadığı belirlenmiştir. Deneklerin tümü işlerinin riski olmadığını belirtmiştir. Sosyoekonomik düzeyleri sorgulandığında 22 (%47.8) denek orta, 22 denek iyi yanıtını verirken 2 (%4.3) denek çok iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Deneklerin diğer sosyodemografik bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Deneklerin 39'u (%84.8) eş ve çocukları ile yalnız yaşadıklarını, 7'si (%15.2) ise geniş ailede yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca 22'si (%47.8) ev işlerinde yardım almadıklarını, 24'ü (%52.2) ise yardımcı olduğunu belirtmiştir. Deneklere gelir düzeyi sorulduğunda 34'ü (%73.9) geçim sıkıntısı çekmediklerini, 12'si (%26.1) geçim zorlukları olduğunu bildirmişlerdir.

Deneklerin onkoloji bölümünde belirlenen kanser evreleri, istatistiksel açıdan karşılaştırma yapabilmek için iki grupta toplanmış ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

Deneklere tanılarının kendilerine açıklanmasını isteyip istemedikleri sorulduğunda sadece 2 denek (%4.3) açıklanmasını istememiştir. 44 denek ise tanılarını öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1. Deneklerin sosyodemografik özellikleri

| Medeni durum | n | % |
|------------------------|--------------|------|
| Bekar | 2 | 4,3 |
| Evli | 36 | 78,3 |
| Dul+boşanmış | 6+2=8 | 17,3 |
| Meslek | | |
| Çalışmıyor (ev hanımı) | 29 | 63,0 |
| Çalışıyor+emekli | 17 | 37,0 |
| Eğitim durumu | | |
| Yok | 7 | 15,2 |
| İlk+orta+lise+yüksek | 18+5+10+6+39 | 84,8 |

Tablo 2. Deneklerin kanser evrelerine göre dağılımı

| Evre | n | % |
|---------------------|----------------|------|
| I+IIA+IIB+IIIA+IIIB | 3+1+6+9+5+1=25 | 54,3 |
| IV | 21 | 45,7 |
| Toplam | 46 | 100 |

Deneklerin kanser tanısını bilme, tanıyı başkasının öğrenmesini isteme, gelecek beklentileri ya da hastalıklarının nedenine ilişkin yorumları Tablo 3'te görülmektedir.

Deneklerin hastalığa ilişkin duyguları ve hastalığın sonucunda ortaya çıkan ruhsal belirtileri Tablo 4'de özetlenmiştir.

Bu düşüncelerle nasıl başa çıktıkları sorgulandığında; deneklerin yarısı "hayat devam ediyor" (23 denek), 1'i "canım hiç bir şey istemiyor" (%2.2) ya da 8'i "sadece çocuklarım için tedaviyi sürdürmeliyim" (8 denek; %17.4) şeklinde karamsar bir ifade kullanırken, 14'ü (%28.3) yaşadığı sıkıntıların geçeceğini belirten olumlu ifade kullanmışlardır.

Deneklerden tedavi ekibine karşı duyguları sorgulanmış; 40'ı (%87) doktorlarına güvendiğini, 3'ü (%6.5) sınırlı ölçüde güvendiğini, 3'ü (%6.5) ise güvenmediğini belirtmiştir. Tedaviden beklentiniz karşılanıyor mu? sorusuna 41 denek (%98.1) evet, 2'si (%4.3) zaman zaman, 2'si yetersiz karşılandığını belirtirken, 1 denek (%2,2) beklentisinin karşılanması açısından onkoloji bölümünden memnun olmadığını belirtmiştir.

Deneklerin 33'ü (%71.7) daha sonraki dönemde hastalıklarının gelişimi konusunda kaygılı olduğunu, 13'ü ise böyle bir kaygılarının olmadığını belirtmiştir. Bu kaygılarını doktorla paylaşıp paylaşmadıkları sorulduğunda 21'i (%45.7) paylaşmadığını, 14'ü

Tablo 3. Deneklerin hastalık tanısı ile ilgili özellikleri

| | n | % |
|---|--------------|------|
| Hastalık tanısını bilme | | |
| Bilmiyor+yanlış biliyor | 5+3=8 | 17,4 |
| Doğru biliyor | 38 | 82,6 |
| Tanıyı başkasının öğrenmesini | | |
| İsterim | 29 | 63,0 |
| İstemem (üzülürler, acırlar) | 17 | 37,0 |
| Gelecek beklentisi | | |
| Yok | 17 | 37,0 |
| Var (daha iyi tedavi, ilgi, açıklama) | 29 | 63,0 |
| Hastalığın nedeni | | |
| Hiçbir nedeni yok | 15 | 32,6 |
| Bir nedeni var (zorluk, kalıtım, kader, alışkanlık) | 14+1+14+2=31 | 67,4 |

Tablo 4. Deneklerin hastalığa ilişkin duyguları ve hastalığın sonucunda ortaya çıkan ruhsal belirtileri

| | karamsarım | | uykularım bozuldu | | güzel değil | | haketmedim | | neden ben, öfkeliyim | |
|-------|------------|------|-------------------|------|-----------------|------|------------|------|----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hayır | 35 | 76,1 | 35 | 76,1 | 37 | 80,4 | 31 | 67,4 | 35 | 76,1 |
| Evet | 11 | 23,9 | 11 | 23,9 | 9 | 19,6 | 15 | 32,6 | 11 | 23,9 |
| | halsizim | | iştahım bozuldu | | daha sinirliyim | | alınanım | | sosyal yaşama etkisi | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hayır | 27 | 58,7 | 36 | 78,3 | 29 | 63,0 | 29 | 63,0 | 30 | 65,2 |
| Evet | 19 | 41,3 | 10 | 21,7 | 17 | 37,0 | 17 | 37,0 | 16 | 34,8 |

(%30.4) paylaştığını, 11'i (%23.9) ise böyle bir şeyi düşünmediğini belirtmiştir.

33 denek (%71.7) kanserin bedensel sağlıkları dışında da kendilerini etkilediğini belirtmişlerdir. Deneklerin 41'i (%89.1) hastalıkları nedeniyle bedensel zorlanma yaşamadıklarını, 5'i (%10.9) ise zorlanma olduğunu belirtmişlerdir. Deneklerden 35'i (%76.1) hastalıklarının çocuklarının bakımını etkilemediğini 11'i (%23.9) etkilediğini belirtmiştir. Ev işlerini etkileyip etkilemediği sorgulanmış; 27 denek (%58.7) etkilemediğini, 19 (%41.3) denek etkilediğini; evliliği ise 39'u (%84.8) etkilemediğini, 7'si (%15.2) etkilediğini, işine etkisi sorgulandığında da 37'si (%80.4) etkilemediğini, 9'u (%19.6) etkilediğini belirtmiştir.

Kişilik özelliklerini belirtmeleri istendiğinde; 32'si (%69.6) kendini titiz olarak, 13'ü (%28.3) rahat bir kişi olarak ve 1'i (%2.2) kısmen rahat bir kişi olarak belirtmişlerdir.

Sıkıntılarını paylaşmayı isteyip istemedikleri sorgulandığında; 12 denek (%26.1) sorunlarını paylaşmayı

istemediklerini belirtirken, diğerleri yakını (18 denek), benzer hastalığı olanlar (4 denek) ya da doktorlar ile (12 denek) paylaşmayı istediğini belirtmişlerdir. Deneklere psikiyatriste başvurmayı düşünüp düşünmediği sorulduğunda; 29'u (%63) düşünmediğini, diğerleri ise kendileri (10 denek), ailesi (4 denek) ya da çocukları için (3 denek) düşündüklerini bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan deneklerin 3'ü kanser tedavisi ile ilgili olarak tıbbi olmayan tedavi girişiminde bulunmuştur (Tablo 5). Deneklerin hastalıkları ve tedavi sırasında yaşamış oldukları sorunlar da sorgulanmış ve Tablo 6'da verilmiştir.

Deneklere stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını değerlendiren Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeği uygulanmıştır. Ölçekte yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğine; bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma becerilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir. Ayrıca durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile depresyon şiddetini belirlemeye

Tablo 5. Deneklerin hastalığın tedavisine ilişkin özellikleri

| Daha önceki tıbbi olmayan tedavi girişimi | n | % |
|---|----|------|
| Yok | 43 | 93,5 |
| Var (kocakarı ilacı, hoca) | 3 | 6.5 |

Tablo 6. Hastalık ve tedavi sırasında yaşanan sorunlar

| | n | % |
|--|--------------|------|
| Kişisel sorun | | |
| Yaşamamış | 21 | 45.7 |
| Yaşamış (hastalık, kaza, iş sorunu, evlilik sorunu, diğer) | 7+2+2+6+8=25 | 54.3 |
| Maddi sıkıntı | | |
| Hayır | 28 | 60.9 |
| Evet (yurt dışına gitmek, pahalı ilaç, diğer etkiler) | 7+8+3=18 | 39.1 |
| Aile sorunu | | |
| Yaşamamış | 24 | 52,2 |
| Yaşamış (ölüm, ev değişimi, iş değişimi, geçim sıkıntısı, yakınının sağlık sorunu) | 9+1+1+9+3=22 | 47.8 |

Tablo 7. Uygulanan ölçeklerin hastalık evrelerine göre karşılaştırılması

| | Evre | n | Ortalama | SS | Toplam | Min - max |
|-----------------------|------|----|----------|-------|------------|-----------|
| Rosenbaum | I | 25 | 57,72 | 24,25 | 58,02±26,9 | 3 - 141 |
| | II | 21 | 57,42 | 29,42 | | |
| STAI-I | I | 25 | 44,96 | 7,29 | 47.5±10.1 | 26 - 68 |
| | II | 21 | 50,71 | 11,97 | | |
| STAI-2 | I | 25 | 43,52 | 8,58 | 46.5±9.5 | 27 - 67 |
| | II | 21 | 50,14 | 9,23 | | |
| Beck depresyon ölçeği | I | 25 | 9,88 | 7,85 | 13.4±8.9 | 0 - 33 |
| | II | 21 | 16,19 | 9,52 | | |

yönelik ölçekler uygulanmış ve Tablo 2'de belirtilen hastalık evrelerine göre karşılaştırılmıştır (Tablo 7).

Bulgular bölümünde belirtilen tüm değişkenler ile Rosenbaum ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek amacıyla çoklu regresyon uygulanmış ve sonuçta Rosenbaum ölçeğindeki artış; hastalığını bilme ve yaşın büyümesi ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (Tablo 8).

TARTIŞMA

Araştırma meme kanseri nedeni ile takip ve tedavisi sürdürülen 46 kadın hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmada meme kanseri ile ilişkili olabilecek sosyo-demografik ve psikolojik değişkenler sorgulanmış ve bu değişkenlerin uygulanan ölçeklere etkileri

karşılaştırılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak deneklere hastalığın iş, aile, bireysel yaşantılar ve ilişkilerinin nasıl etkilendiği, hastalığı nasıl karşıladıkları ve geleceğe yönelik düşünceleri alınmaya çalışıldı. Deneklerin çoğunluğu orta yaşlı, evli, ev hanımı, orta düzeyde eğitim almış, eş ve çocukları ile büyük şehirde yaşayanlardan oluşmakta idi. Bir başka ifade ile içinde yaşadıkları kültüre göre üretkenlik dönemlerinde çoğunluğu ailesinde, küçük bir kısmı da çalışan olarak işinde hizmet vermekteydiler. Hastalık evreleri itibarıyla çoğunluğu IV. evrede toplanmış IIA ve IIB evreleri de onu izlemekteydi.

Hastaların çoğunluğu (%82-86) tanıyı doğru olarak biliyordu ve kaynağı kendi çabası ve doktoru idi. Doktorundan hastalığı ile ilgili daha fazla bilgi ve açık-

Tablo 8. Regresyon analizi sonucunda Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeği puanları ile ilişkili özellikler

| | B | Std.hata | Beta | t | s |
|-----------------------|--------|----------|-------|--------|-------|
| Hastalığını bilme | 25,319 | 11,961 | ,367 | 2,117 | ,041* |
| Yaş | ,871 | ,417 | ,376 | 2,088 | ,044* |
| STAI-1 | ,111 | ,631 | ,042 | ,176 | ,861 |
| STAI-2 | ,372 | ,672 | ,132 | ,554 | ,583 |
| Beck depresyon ölçeği | -,596 | ,572 | -,206 | -1,041 | ,305 |
| Hastalık evresi | ,627 | 8,892 | ,012 | ,070 | ,944 |
| Medeni hal | 1,430 | 8,300 | ,031 | ,172 | ,864 |
| Çocuk sayısı | -,241 | 3,225 | -,015 | -,075 | ,941 |
| Eğitim durumu | ,335 | 3,670 | ,017 | ,091 | ,928 |

* p<0,05

lama alma ihtiyacı duyuyorlardı. Hastalık nedenini önemli bir bölümü (%67.4) yaşadıkları zorluklara ya da kadere (kültürel ve dini inanca) bağlıyorlardı. Kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına bakılan araştırmalarda kanserli hastaların %2-47'sinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu (Mc Cartney ve ark. 1989) bildirilmektedir. Bu araştırmada psikiyatrik belirti saptanmamıştır. Literatürde en belirgin derecede yüksek olan bozukluk grubu affektif bozukluklar olarak bildirilmektedir (Hardman ve ark. 1989, Şenol ve ark. 1994, Özkan 1993). Bu araştırmada ise hastaların, halsizlik (%41.3), daha alıngan ve sınırlı olma gibi duygudurum bozukluğuna ilişkin belirtileri sergiledikleri (%37), %34.8'inin ise sosyal yaşamının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Hastalıkları ile ilgili olumsuz düşüncelerle mücadele yolları olarak "hayat devam ediyor" ile hastalığın geçeceğine yönelik inançlarının etkin olduğu görülmüştür. Psikiyatrik belirtiler olarak kaygılarının yüksekliği hastalığın derecesiyle doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür. Deneklerin hiç birinde ise depresyon ölçeği puanları bozukluk derecesinde yükselmemiştir. Kesim noktasına yaklaşan yüksek puanların da yine hastalık evresinin yüksekliği ile doğru orantılı olduğu belirlenmiştir. Rosenbaum öğrenilmiş güçlülük puanları ile hastalığını bilme ve yaşın büyümesi ile doğru orantılı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Türk toplumunda genellikle "olumsuz" durumları "kişiyi üzmemeye" amacıyla gizleme ya da iyi yönde saptırmaya eğilim vardır. Örneğin aile içinde çocuklar, gençler, hamile ve emziren genç kadınlar, ölüm, kaza, ölümcül hastalık ve benzeri haberlerden uzak tutulmaya çalışılır. Konunun uzmanlarının ise bu tür geleneksel yaklaşımları değiştirmesi zor ve zaman almaktadır. Oysa bu araştırma göstermiştir ki kişi

durumunu tüm gerçekliğiyle bilmek istemektedir. Deneklerin %84.8'i çekirdek aile biçiminde olduğu halde hastalıktan sonra yarıdan fazlası (%52.2) geniş aile bireylerinden yardım almışlardır. Bu da yine toplumumuza özgün olumlu bir özelliktir. Hastanın fiziksel olarak iş gücünde yardım alması aynı zamanda sorunu ile "yalnız" olmadığı duygusunu da vereceğinden önemli olduğunu düşünmekteyiz. Toplumsal özelliğimize özgün bir diğer bulgu ise deneklerin %67.4 gibi bir oranının hastalık nedenini zorluk (N=14) ve kadere (N=14) bağlamasıdır. Kadere bağlamak, sorun ile başatma yöntemlerinden biri olup, şüphesiz kabullenmeyi kolaylaştıracaktır. Bu aynı zamanda Morris ve arkadaşlarının (1981) kanser için "duygusal olarak kapalı" şeklinde tanımladıkları C tipi kişilik özellikleriyle, bir diğer deyişle, işbirliğini seven, tartışma yerine kabul etmeyi seçen, girişken olmayan, sabırlı, olumsuz duygularını dışa vurmayan ve dış otoritelere karşı uyumlu kişilik özelliği ile uyumlu bir bulgudur.

Deneklerin hastalıkları ile ilgili öfke, alınganlık, sınırlılık, karamsarlık gibi duygularının çoğunlukla gelişmediği, sosyal yaşamın sadece %34.8'inde olumsuz yönde etkilendiği, %41.3 gibi yüksek bir oranda ise halsizliğin olduğu, ancak bunun psikolojik değil fiziksel kaynaklı olduğu tesbit edildi. Umutla ilişkilendirebileceğimiz, yaşamlarının güzel olduğu yönünde açıklamalar ve tedaviden yararlanacaklarını düşünmelerinin %80.4 ve %97.8 gibi yüksek oranlarda çıkmasının büyük ölçüde tedavi ekibine olan güvenlerine bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü tedavi ekibiyle ilgili görüşleri sorulduğunda %87 oranında doktorlarına güvendikleri ve %98.1 oranında tedaviden beklentilerinin karşılandığını ifade etmişlerdir. Kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunların ve ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların ele alınmasının kanser

tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olduğu, aksi takdirde bu kişilerin genel bir kanı olarak cerrahi servislerinde karşılaşılan sorunlu hastalar olarak değerlendirildiği literatürde belirtilmektedir (Şenol ve ark. 1994, Özkan 1993). Bu hastaların işlevselliklerini devam ettirmeleri ve psikiyatrik bozukluk saptanmamış olması da tedavi ekibine duyulan güvenle ilişkili olabilir. Ayrıca toplumumuzda hekimlerin tanı ve prognoz açıklamalarını yapma alışkanlıklarının oluşmadığı gerçeği hatırlandığında bu araştırmada tedavi ekibine duyulan güven ve hasta beklentisinin karşılanmasının ya bir istisna oluşturduğunu ya da bu alışkanlıkta olumlu yönde bir değişimin başladığını göstermektedir. Bu da sevindirici bir gelişmedir. Hastaların hemen yarısı hastalıklarının IV evresinde olmalarına karşın günlük işlevselliklerinin, evlilik ilişkilerinin genelde hastalıktan etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Elimizde net bir veri olmamasına

karşın stresle başatmedeki bu güçlüğü kültürel özelliğimizdeki yakınlarla paylaşma ve yardımlaşmaya bağlamak en yakın olasılık gibi görünmektedir. Çünkü aynı hastalar başka bir soruya yanıt olarak sıkıntılarını yakınları ile paylaşmayı, hekimleri, psikiyatristler ya da benzer hastalığı olanlarla paylaşmaya tercih etmişlerdir. Diğer bir neden ise evre IV meme kanserinde, hastaların yaşam kalitesinin diğer kanser türlerine göre daha iyi olması, kemoterapiye iyi yanıt vermesi ve semptomsuz bir şekilde daha uzun süre yaşayabilmeleri olabilir. Güçlülüklerinin sergilendiği diğer bir veri de Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeğinden aldıkları yüksek puanlardır. Bu puanları ile yaş ve hastalığını bilme arasında anlamlı ilişki çıkması da kanımızca çok önemlidir. Kişi kendisine ne olduğunu bilirse kaygısı azalmakta ve stresle başatme becerileri artmaktadır. Yaş, bir diğer deyimle yaşam deneyimi arttıkça da yine başatme gücü artmaktadır

KAYNAKLAR

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.
- Blumberg AM, West PM, Ellis FW ve ark. (1954) A possible relationship between psychological factors and human cancer. Psychosom Med, 16: 277-286.
- Dağ İ (1991) Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeği'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2:269-274.
- Edwards JR, Cooper CL, Pearl SG ve ark. (1990) The relationship between psychosocial factors and breast cancer: some unexpected results. Behav Med, 16:5-14.
- Hardman A, Maguire P, Crowther D (1989) The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. J Psychosom Res, 33:235-239.
- Jansen MA, Muenz LR (1984) A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. J Psychosom Res, 28:35-42.
- Levenson JL, Bemis C (1991) The role of psychological factors in cancer onset and progression. Psychosomatics, 32:124-132.
- Mc Cartney CF, Cahill P, Lyons JS ve ark. (1989) Effects of a psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients. Am J Psychiatry, 146:898-901.
- Morirs T, Greer S, Pettingale KW ve ark. (1981) Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. J Psychosom Res, 25:111-117.
- Öner N, LeCompte A (1982) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, Roche.
- Priestman TJ, Priestman SG, Bradshaw C (1985) Stress and breast cancer. Br J Cancer, 51:493-498.
- Ramirez AJ, Craig TK, Watson JP ve ark. (1989) Stress and relaps of breast cancer. Br Med J, 298:291-293.
- Rosenbaum MA (1980) A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. Behavior Therapy, 11:109-121.
- Siva A (1991) İnfertilite'de stresle başatme, öğrenilmiş güçlülük ve depresyonun incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi. H.Ü. Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Enstitüsü.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE ve ark. (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory, California Consulting Psychologists Press.
- Stavraky KM (1958) Psychological factors in the outcome of human cancer. J Psychosom Res, 12:251-259.
- Saydam MB (1990) "Kanser" etyopatogenezinde psiko-sosyal faktörler. Psikosomatik hastalıklar (Düzenleyen: Prof. Dr. E. Adam). İstanbul Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerleri, İstanbul.
- Şenol S, Bitlis V, Ünal E ve ark. (1994) Kanser teşhis ve tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanımlar. Türk Psikiyatri Dergisi, 5(2):103-108.
- Teğin B (1987) Depresyonda bilişsel süreçler. Beck modeline göre bir inceleme. Psikoloji Dergisi, 6:116-121.

diye yorumlanabilir düşüncesindeyiz.