

156193

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

KANSER HASTALARINDA
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU, SOSYAL DESTEK VE STRESLE
BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek AYDIN

Eylül – 2004

SİVAS

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KANSER HASTALARINDA
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU, SOSYAL DESTEK VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek AYDIN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. Selma DOĞAN

Eylül – 2004

SİVAS



“ Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır. ”

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	9
III. GENEL BİLGİLER.....	10
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	
1- Araştırmanın Şekli.....	32
2- Araştırmanın Yeri.....	32
3- Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
4- Verilerin Toplanması.....	34
5- Veri Toplama Formları.....	34
6- Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	38
7- Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
V. BULGULAR.....	40
VI. TARTIŞMA.....	58
VII. SONUÇLAR.....	68
VIII. ÖNERİLER.....	71
IX. ÖZET.....	72
SUMMARY.....	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER	

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	41
Tablo 2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özellikleri.....	43
Tablo 3. Hastaların Kanser Tedavisi ile İlgili Özellikleri.....	44
Tablo 4. Hastalarda SCID- I Ölçeğine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaygınlığı.....	46
Tablo 5. Hastalarda Tanıtıcı Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu.....	47
Tablo 6. Hastalarda Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Post travmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu.....	50
Tablo 7. Hastalarda Tedavi Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu.....	52
Tablo 8. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Grup Madde Ortalama Puanları.....	54
Tablo 9. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanları.....	55
Tablo 10. Hastaların PTSSB Yaygınlığı ile Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Grup Madde Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 11. Hastaların PTSSB Yaygınlığı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ASB	Akut Stres Bozukluğu
Min.	Minimum
Max.	Maximum
Ort.	Ortalama
PTSB	Posttravmatik Stres Bozukluğu
p	Tek yönlü varyans analizinde test olasılığı
S	Standart sapma
SDÖ	Sosyal Destek Ölçeği
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
t	İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
X	Ortalama
χ^2	Ki- kare testi

TEŐEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yönlendiren ve her aőamasında destek veren Sayın hocam Doç. Dr. Selma DOĞAN 'a. istatistiksel analizlerine yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Hafize SEZER ve Fatih ALTUNIRMAK 'a teőekkür ederim.

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde araőtırmamı uygulamama izin veren sorumlulara, araştırmanın yapıldığı birimlerde çalışan tüm sağlık personeline, araştırmaya katılan hastalara teőekkür ederim.



I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Çeşitli doğal afetlerden, kazalardan, savaşlara, hastalıklara uzanan bir dizi felaketin yaygın olduğu günümüz dünyasında, şiddetli stresin etkilerini uzun süre yaşayan insanların sayısı hızla artmaktadır. Son yüzyılda teknolojinin büyük bir hızda gelişmesi, sosyal dengelerin değişmesi, insanlığın karşılaştığı travmaların sıklığı ve çeşitliliğini arttırmıştır. Özellikle savaşlar, kazalar ve hastalıkların geçmişe göre daha yaygın ve derin etkiler yaratması, travmatik stresle ilgili çalışmalara hız kazandırmıştır. Buna bağlı olarak Posttravmatik Stres Bozukluğu, son 20 yılda önemli ve ilgi duyulan konulardan biri durumuna gelmiştir (Başoğlu 1992).

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB), olağan insan deneyimlerinin dışında yaşanan ve hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek bir olayın ardından gelişen bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtilerle karakterize bir bozukluktur (APA 1994). DSM- IV'e göre PTSD tanısı için gerekli kriterlerden en önemlisi, yaşamı tehdit edici travmatik bir durumun söz konusu olmasıdır (Josephine 2003, Kangas 2002, Zohar 2000). Fiziksel saldırı ve şiddete uğrama, trafik kazası, göç, deprem, sel gibi doğal afetleri yaşama, sağlığı tehdit eden herhangi bir kimyasal madde ve radyasyona maruz kalma, sıcak çatışmaların yaşandığı bir bölgede askerlik yapma, bir yakınının ölümünü görme veya öğrenme gibi önemli yaşam olaylarının yanı sıra, son yıllarda AIDS, lösemi, miyokard enfarktüsü, kanser gibi ciddi bir hastalığa yakalanmanın da bireylerde travma etkisi yarattığı ve PTSD'na neden olduğu belirtilmektedir (Breslau 1998, Choy 1992, Finnegan 1998, Josephine 2003).

Ciddi bir hastalığa yakalanmanın bireyin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını azaltarak; çevresiyle uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, kendi içindeki denge durumunu bozduğu ve PTSD riskini arttırdığı belirtilmektedir (Biol 1997, Josephine 2003, Özkan 1997). Yapılan çalışmalarda PTSD yaygınlığı Miyokard Enfarktüsü geçiren hastalarda 3-14 ay sonra %16 (Van Driel ve Opden Velde 1995); beyin kanaması sonrası anksiyete belirtileri gözlenen 28 hastada %32

(Berry 1998); önceki gebeliği ölü doğumla sonuçlanan ve hamileliğinin 3.trimester'inde olan 66 kadında %29 (Turton ve ark. 2001); HIV tanısı sonrası 177 kadında %33 (Hutton ve ark. 2001); elektrik yanığına maruz kalan 16 erkek hastadan dördünün ölümü üzerine yapılan çalışmada ise %50 oranında bulunmuştur (Josephine 2003).

Günümüz çağdaş tıbbının ve insanlığın en önemli ve güncel sorunlarından birisi olan kanser, tanı ve tedavi sürecinin uzun olması, bireye getirdiği çeşitli yükler nedeni ile fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlara yol açan, birçok gelişmeye karşın hala prognozu kötü olan, hastaya ve ailesine sıkıntı veren önemli bir hastalıktır (Atlı 1997, Isaksen 2003, Sevil 2002, Tuncer 1994). Kanser, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek büyüyen; her ülkede, her yaştaki insanda görülen, coğrafi sınır tanımayan evrensel bir sorun niteliğindedir. Bu nedenle kanser, dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur (Fadıloğlu 1996, Kangas 2002, Love 1992, Platin 1998). Anderson ve arkadaşlarının (1996) belirttiğine göre, gelecek yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her 5 ölümden birinin kanser nedeni ile olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de bütün ölüm nedenleri arasında 1970'li yıllarda dördüncü sırada yer alan kanser, Sağlık Bakanlığı 1999 verilerine göre beş ve daha yukarı yaşlarda gerçekleşen ölümlerin yaklaşık yarısını içermekte olup kalp hastalıklarından sonra ikinci sırayı izlemektedir (Kanser verileri 1999, Platin 1998, Tuncer 1994). 1999 yılı verilerine göre ülkemizde 67.000 bireyin kanser tanısı aldığı bildirilmiştir (Kanser verileri 1999).

Kanser, genel olarak korkulan bir hastalık olarak algılanmakta; ölüm, ağrı, acı çekme, umutsuzluk kavramları ile eş tutulmaktadır (Alter 1996, Schnurr 1999, Symes 1995, Thome 2003). Bir dizi olumsuz olayların eşlik ettiği kanser, kişiyi zayıf düşüren, kronik seyirli, tekrarlayan travmalarla karakterize, uzun süreli bir hastalıktır (Isaksen 2003, Kangas 2002, Seng 2003). Leigh ve arkadaşlarının (1998) bildirdiklerine göre, Tıp Fakültesi öğrencileri " Kanserinin sizin için anlamı nedir? " sorusuna "ölüm, sona yaklaşma, keder, korku, kemoterapi, sakat kalma, ağrı, parasal kayıp" gibi yanıtlar vermişlerdir. Hastalığın kendisine bu kadar olumsuz anlamlar yüklenirken, tanı

konulduktan sonra hastalar; cerrahi girişim, radyoterapi, kemoterapi, hormonal tedaviler gibi yoğun stres yaratan tedavilerden geçmektedirler. Bu tedavilerin yan etkileri hemen hemen bütün hastalara çok zor gelmekte, bazı hastalar tedavilerini tamamlamadan sonlandırabilmektedir. Tedaviyi tamamlayan hastalarda da sürekli "hastalığım nüks eder mi?", "Yeniden aynı tedavileri almak zorunda kalır mıyım?" vb. endişeler yaşandığı görülmektedir. Hastalığın yarattığı belirsizlikle yaşamak zorunda olan hastalar, belli aralıklarla yaptırmak zorunda oldukları kontroller nedeniyle hastane ile bağlarını koparamamaktadırlar. Bu dönemlerin sıkıntılı ya da olağan bir dönem olarak yaşanması kansere yüklenen anlamla bağlantılı olmakla birlikte, kanser yaşantısının kendisi de başlı başına bir stresördür (Elbi 1997, Leigh 1998, Özkan 1993, Sherman 1992).

Devrimci'nin (1996) bildirdiğine göre, kansere yakalanmış hastaların başlıca endişelerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların öncelikle kanserin kendisi ile ilgili korku yaşadıkları, hastalığın ilerlemesinden ve yinelenmesinden endişe ettikleri, ayrıca aldıkları ilaç tedavisinin ve radyoterapinin yan etkilerinden, hastalık nedeniyle çalışamaz hale gelmekten ve aile yaşamlarının bozulmasından korktukları saptanmıştır. Çalışmacılar, kanser hastalarının yaşadıkları korkuları "Evrensel 6'lı" olarak adlandırmaktadırlar. Bunlar:

-Ölüm

-Aileye bağımlı hale gelme

-Beden görünüşünde ve kendilik imajında bozulma

-Okul, iş ve sosyal yaşamda yaşının gerektirdiği sorumlulukları başaramama

-Kişilerarası ilişkilerin kesintiye uğraması

-Hastalığın ileri evrelerinde şiddetli ağrı ve rahatsızlık yaşama korkularıdır (Devrimci 1996).

Bazı kanser hastalarının da toplum tarafından dışlanmak, farklı davranılmak ya da yanlış anlaşılmaktan korktukları, bu nedenle hastalıklarını bir sır olarak saklamanın psikolojik yükünü taşıdıkları belirtilmektedir (Massie 1998, Zobora 1998). Herkesin korkulu rüyası olan kanserin duygusal açıdan birçok soruna yol açması beklendik bir sonuçtur. Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olma bireylerde ciddi psikolojik zorlanmalar yaratmakta ve çeşitli ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir (Alter 1996, Schnurr 1999, Symes 1995, Thome 2003, Turan 1992). Yapılan araştırmalarda, kanser hastalarının önemli bir bölümünde normal reaksiyonların ötesinde psikiyatrik bozukluk olarak nitelendirilebilecek bulgular ortaya çıktığı belirtilmektedir (Edelman 1990, Kangas 2002, Özkan 1993, Symes 1995, Tavitil 1996).

Devrimci (1996) çalışmasında, yatarak tedavi gören kanser hastalarının %30'unda klinik bakımdan önemli kabul edilebilecek düzeyde uyku bozukluğu, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar olduğunu belirtmiştir. Maguire (1985) ise 126 kanser hastasıyla yaptığı çalışmasında, aynı bulgulara ulaşmış ve kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk yaygınlığını %29 olarak bulmuştur. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda ise panik bozukluk, uyku bozukluğu, major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, madde bağımlılığı gibi ruhsal bozuklukların yanı sıra posttravmatik stres bozukluğunun da kanser hastalarında görüldüğü bildirilmektedir (Brewin 1998, Choy 1992, Mohta 2003, Mundy 2000, Rebhun 2000).

Kanser, bireyin yaşamını tümüyle altüst eden, tehdit edici bir olgu olup kanser tanısı, uygulanan tedaviler, sonuçları ve yaşanan duygular birey için travmatiktir (Kangas 2002, Smith 1999, Symes 1995). Basit bir hastalık bile bireylerin günlük yaşam dengelerini bozan kısıtlayıcı bir durum olduğu düşünüldüğünde, kanser gibi yaşam dengelerini tümüyle altüst eden bir hastalık bireylerin olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, yeterli biçimde kullanılmaması, geleceğe yönelik beklenti ve planlarının bozulması ve sahip olma gücünün yitirilmesi anlamını taşıyarak travma etkisi yaratır (Anderson 1996, Karen 2000, Volf 1991). Kanser sürecinde kişiye ölümü hatırlatan tanı, hastalığın şiddeti ve prognozu, uygulanan kemoterapi, radyoterapi,

cerrahi gibi tedaviler, fonksiyon kaybı, kişinin fiziksel, sosyal, ruhsal ve mesleki fonksiyonlarında bozulmaya neden olarak bireyin yaşamını altüst eder. Ayrıca kanser tedavisindeki ilerlemeler ve kanser olgularının giderek daha erken tespit edilmesi gibi nedenlerle hastalar kısa sürede stres oluşturan bu deneyimleri daha uzun süre yaşamak durumunda kalırlar. Diğer taraftan hastalık süresi boyunca hastalarda ortaya çıkan çeşitli fizyolojik semptomlar ile hastalığın prognozunun kötü olması, hastaların yaşam amaçlarını tekrar tekrar değerlendirmelerine, dolayısıyla sık sık stres yaşamalarına yol açar (Alter 1996, Kangas 2002, Kwekkeboom 2002, Thome 2003). Çalışmacılar son yıllarda kanser hastalarında posttravmatik stres belirtileri ve bozukluğunun (PTSB) oldukça yaygın olduğunu bildirmektedir (Finnegan 1998, Kangas 2002, Kazak 1997, Smith 1999).

Kanser hastalarında PTSD yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; yaygınlığın %1-58 arasında değiştiği belirtilmektedir (Kangas 2002). Bir grup kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada PTSD yaygınlığı %4-19 bulunmuştur (Kwekkeboom ve ark. 2002). Mundy ve ark. (2000) meme kanseri olan 37 hastanın transplantasyondan sonra %35'inde PTSD saptarken, Ijemsland (1998) ise meme kanseri olup ameliyat olan 106 hastanın ameliyattan 1 yıl sonra %12'sinde PTSD bulmuştur. Bir başka çalışmada, çocukluk çağı kanseri tanısı alan 51 genç yetişkinin %20'sinde PTSD saptanmıştır (Meeske ve ark. 2001). Lösemi tanısı alan 64 çocuk ve aileleri üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise, annelerin %39.7'sinde, babaların %33.3'ünde, çocukların %12.5'inde PTSD olduğu belirlenmiştir (Stuber ve ark. 1996). Bu bulgular PTSD'nun kanser hastalarında ve ailelerinde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmacılar, kanser hastalarında PTSD yaygınlığının kanserin kaynaklandığı organ, prognozu, tedavi şekli, tanı yöntemleri ile kişinin sosyal destek, baş etme tarzları gibi faktörlerle ilişkili olacağını ifade etmektedir (Brabander 1999, Kangas 2002, Karen 2000, Kazak 1997).

Sosyal destek kanser hastalarının hastalığa uyumunda etkili bir faktördür (Atlı 1997, Kazak 1997, Liang 1990). Heather ve arkadaşları (2002) 64 kanser tanısı alan ve 115 sağlıklı ergenle yaptıkları çalışmada, kanserde sosyal desteğin etkili olduğunu, Widows ve arkadaşları (2000) 23 erkek, 79 kadın hastada organ transplantasyonu sonrası düşük sosyal desteğin hastalığa uyumu zorlaştırdığını, Kazak ve arkadaşları (1998) çocuğu kanser olan 331 aileyle yaptığı çalışmasında ise aile sosyal desteğinin hastalıkla başetmede önemli olduğunu bildirmişlerdir. Sosyal destek genel anlamda, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, diğer bireyler (eş, aile, arkadaş, komşu vb. gibi) tarafından sağlanan maddi, manevi yardım olarak tanımlanır (Leavy 1983). Sosyal destek; bireyin stresli dönemlerde kişisel yeterliliğini artırma, genel pozitif etki yaratma, duygusal denge sağlama, kendi değerini algılama ve yaşam doyumunu arttırarak, psikolojik iyilik halini güçlendirir (Sorias 1988). Destek sistemleri yetersiz olan kanser hastalarında psikiyatrik morbiditenin daha fazla görüldüğü ve psikososyal uyumun daha güç olduğu bildirilmektedir (Elbi 1991, Özkan 1993).

Kanser tanısı alan bireylerin hastalığa uyumunda diğer önemli faktör olan baş etme tarzları ise bireyin kendisi için stres verici olan bir olaya dayanma amacıyla gösterdiği davranışsal ve duygusal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Krause 1991, Varcorolis 1998, Volf 1991). Duygusal ve davranışsal sorunlar başedememenin önemli göstergeleri olarak değerlendirilebilir. Çünkü stresörler yoğun olarak yaşandığında bütün bu sorunların üstesinden gelmede, çoğu zaman bireylerin o güne kadar sahip olduğu baş etme becerileri yetmemekte ve bu durum bireyin yeni baş etme becerileri geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (Liong 1990, Zabora 1998).

Travmatik olay yaşayan insanlara etkin ve destekleyici yaklaşım, travmanın olumlu sonuçlanmasına yardımcı olarak PTSS gelişmesini engelleyebilir (Passik 1998, Seng 2003). Hastaların korku, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygularıyla yakından ilgilenmek uyum sağlamalarına ve stresle başetmelerine katkıda bulunacaktır (Clark 1997, Gates 1997, Jenkins 1999).

Gerek hastanede gerekse toplum içinde kanserli hastalarla yakın etkileşim içinde bulunan hemşireler, hastaları fiziksel olduğu kadar psikososyal olarak da desteklemede en uygun konumda olan görevlilerdendir. Ayrıca hastalara PTSD tanısı konulduktan sonra var olan acil ve temel gereksinimlerin karşılanması, travmanın uzun dönemdeki olumsuz sonuçlarının azaltılması ve travma sonrası müdahalelerin gelişimine odaklanmada önemli bir yere sahiptir (Jenkins 1999, Seng 2003, Zahariace 2003). Hemşirelerin PTSD hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları; risk altındaki hastaları erken dönemde belirleme, hastalarla etkin bir iletişim kurma, hastanın duygusal boşalmasını sağlama, stresle başetme ve problem çözme becerilerini geliştirmeye yardım etme, sosyal destek sistemlerini harekete geçirme vb. girişimlerde bulunarak PTSD gelişmesinin önlenmesine katkı verebilir. Hemşirelerin hastaların stresle başetme yollarını güçlendirmeye katkı vermeleri, hastaların yaşadığı travmaya uyum sağlamalarına katkıda bulunarak var olan krizin olumlu sonuçlanmasında etkili olabilir (Bille 1994, Clark 1997, Gates 1997, McFarland 1991).

PTSD'nun hastalarda erken dönemde belirlenmesi önemlidir. Sorunun erken dönemde fark edilerek ele alınmaması durumunda ise PTSD kronikleşebilir (Mc Farland 1991, Seng 2003). Kronik PTSD' nun tedavisi zor ve uzun olup, kişinin sosyal ve mesleki hayatını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Seng 2003). Hemşireler, travma sonrası stres tepkilerini en erken dönemde tanımlayabilecek ve etkin hemşirelik müdahaleleri ile kronik PTSD gelişmesini engelleyebilecek konuma sahiptirler (Kwekkeboom 2002, Mc Farland 1991). Oflaz'ın yaptığı çalışmada da (2001), çeşitli nedenlerle PTSD tanısı almış olan hastalara, ilaç tedavisiyle birlikte, danışmanlık yapılmış ve müdahale sonrası hastaların bütün semptomlarında belirgin düzeyde azalma görülmüştür.

PTSB, yaygın bir sorun olmakla birlikte üzerinde fazla durulmamış bir konudur, yakın zamanlara kadar travma sonrası psikolojik sorunların araştırılmasına ve tedavisine yeterince önem verilmemiştir (Başoğlu 1992). Uzun yıllar doğal afetler, tecavüz vb. sorunlardan sonra ortaya çıkan bir bozukluk olarak görülürken, son yıllarda bireylerin yaşamını önemli derecede altüst eden kanser gibi ciddi hastalıklardan sonra da ortaya çıktığı vurgulanmaya başlanmıştır. Yurt dışında kanser hastalarında PTSD'nu araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, genel olarak meme kanseri ve çocukluk dönemi kanserlerine odaklanarak; hastaların yaşam kaliteleri, aile fonksiyonları, sosyal destekleri ve PTSD yaygınlığı araştırılmıştır (Amir 2002, Ijemsland 1998, Kazak 1997). Ülkemizde ise PTSD ile ilgili çalışmaların genel olarak deprem, tecavüz, trafik kazası gibi sorunlara yönelik olarak yapıldığı görülmektedir (Başoğlu 1994, Diler 1996, Ekşi 2000). Hastalıklar ve özellikle de kanser hastalarında PTSD yaygınlığını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bireylerin herhangi bir stresöre karşı tepkileri bireysel olarak değişebildiği gibi toplumsal, kültürel olarak da değişebilir. Ayrıca bireysel ve hastalıkla ilgili çeşitli faktörler ile stresle başetme becerileri hastalığa uyumu etkileyerek PTSD'na neden olabilir. Bu açıdan ülkemizdeki hastaların durumunun belirlenmesi, soruna yönelik bir karşılaştırma yapma olanağı sağlayabilir. Bu nedenle kanser hastaları ile çalışan personelin konu üzerine dikkatini çekmek, PTSD ile stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek unsurları arasındaki ilişkiyi belirlemek için; ülkemizdeki bir grup hastadaki yaygınlığı ortaya koyarak böyle bir araştırmanın yapılması gerekli görülmüştür.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, kanser tanısı alan hastalarda Posttravmatik Stres Bozukluğu yaygınlığının belirlenmesi, Posttravmatik Stres Bozukluğu ile stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek unsurları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.



III. GENEL BİLGİLER

1. Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser dünyada ve ülkemizde sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeni ile günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanser ülkemizde 1970'li yıllarda ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alırken son yıllarda kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir (Kanser verileri 1999). Kanser Savaş Daire Başkanlığı'nın 1999 verilerine göre 0-4 yaş arası kanser insidansı yüz binde 8.76, 15-24 yaş arası yüz binde 11.18, 65 yaş ve üzerinde yüz binde 35.78'dir. Türkiye genelinde kanser insidansı ise yüz binde 33.1'dir (Kanser verileri 1999).

Kanser kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren bir hastalık grubudur. Hücre DNA'sında meydana gelen değişimler kanserleşmenin çok aşamalı sürecini oluştururlar (Love 1992, Sherman 1992). 100'den fazla çeşidi olan kanser, vücut hücrelerinin farklı yönde yapılaşması ve çoğalması sonucunda oluşur. Tümör olarak adlandırılan bu dokular selim ve habis olarak ikiye ayrılırlar. Selim tümörler vücudun diğer bölümlerine yayılmaz, cerrahi operasyonla çıkarılırlar, genelde zararsızdırlar. Habis tümörler ise primer odaklarında büyüyerek vücudun diğer doku ve organlarına zarar vererek işlevlerini bozarlar. Metastaz denilen bu oluşumun tipi kanserin yapısına göre değişir (Mc Kenna 1995, Türkbıkmaz 1994).

Kanserin görülüş sıklığı yaş, cins, kanserin türü ve çeşitli ülkelere göre büyük farklılıklar göstermektedir. En çok görülen kanser türü meme, kolon, akciğer, mide, rektum ve serviks kanserleridir (Kanser verileri 1999). Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması, birçok kanserojen faktörün belirlenmiş olması ve tanı yöntemlerinin gelişmesi gibi durumlar tedavide önemli ilerlemeler sağlanmasına karşın kanser insidansı azalmamış, mortalite etkilenmemiştir (Platin 1998). Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konulan hastaların bireysel özellikleri ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerin bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır (Fleming 1995, McKenna 1995).

Son yıllarda uygulanan bu tedaviler ile birçok kanser hastasının iyileşmesi sağlanmış veya hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Bununla birlikte özellikle kemoterapi ve radyoterapinin normal hücrelere de zarar vermeleri nedeniyle çok önemli yan etkileri vardır. Radyoterapi; yorgunluk, deride kızarıklık ve emosyonel rahatsızlıklara neden olmaktadır. Kemoterapi ise daha sıkıntı vericidir. Kemik iliği baskılanması kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biri olup, bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için çok önemlidir. Saçlarda dökülme, bulantı, kusma, bitkinlik ve duygusal problemler kemoterapinin diğer yan etkileridir (Fleming 1995, Love 1992, Olsen 1996). Tüm bunlardan anlaşıldığı gibi karmaşık ve uzun süreli olan kanser tedavisi çoğu zaman fiziksel iyilik ve yaşamın psikososyal yönüne zarar verir (Birol 1997, Platin 1998).

2. Kanserın Psikososyal Boyutları

Kanser bu yüzyılın ikinci yarısından sonraki döneme damgasını vurmuş, morbidite ve mortalite oranlarının yüksekliğinin yanı sıra halk arasında korkulan, olumsuz duygular yaratan, toplumsal fobiye neden olan bir hastalıktır (Alter 1996, Flanagan 2000, Tavail 1996). Özkan'ın (1993) belirttiğine göre kanser; ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos ve panik uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Karamsarlık ve ümitsizlik duygusunun yaygınlığı kanserin bir yıkım gibi algılanmasına ve kişinin psikososyal dengesinin bozulmasına neden olmaktadır (Özkan 1993).

İnsanlarda hastalanmadan önce büyük endişeler uyandıran kanser, hastalığa yakalandıktan sonra bireylerin ruhsal dengelerini daha da bozmaktadır ve en az kanserin kendisi kadar yaşam kalitesini etkileyen farklı psikososyal sorun alanları da ortaya çıkmaktadır (Atlı 1997, Elbi 1997, Thome 2003, Turan 1992). Kanser; insanlarda yalnızlık, güçsüzlük, korku, çaresizlik, belirsizlik, gelecek kaygısı, bağımlılık, giderilemeyen ağrı, sık sık hastanede yatma, beden fonksiyonları ve imajında değişimlere neden olurken aynı zamanda çevrelerinin onları terk edeceği, bedensel kayıpları olacağı, ekonomik gücünü ve işini kaybedeceği korkusu da yoğun olarak yaşanmaktadır. Böylece

kanserin gelişimi bireyin biyolojik ve kişisel varlığını, kimliğini ve güvenlik hissini tehdit eden bir travma reaksiyonu oluşturur (Mundy 2000, Symes 1995). Kanser, hastanın gelecekteki yaşamını tehdit ettiği gibi çevresiyle kurduğu uyumlu ilişkilerini de etkileyerek psikolojik, toplumsal ve mesleki hayatında olumsuz değişikliklere neden olabilir (Kangas 2002, Özkan 1997, Schnurr 1999).

Kanser yalnızca hastayı değil, hastanın yakınlarını da etkilemektedir. Kanser tanısı konulan hastası olan ailede, hasta kadar diğer aile üyelerinin de günlük yaşam aktiviteleri bozulur. Gelişen tedavi yöntemleri nedeniyle hastaların daha uzun süre yaşaması, uzun süre hastanede kalması, tedavi ve bakım maliyetinin fazla olması aile sisteminin bütünlüğü ve işlevleri için bir tehdit oluşturur. Kanserli hastaya bakım verme, hastalığın tümüyle günlük yaşama girmesine ve günlük rutinlerin bozulmasına neden olmakta, aile üyelerinde rol kaybı ya da rol değişikliği yaşanmaktadır (Anuk 1997, Atlı 1997, Devrimci 1996). Williams (1993) tarafından yapılan bir çalışmada, bakımı üstlenen kişiler, yakınlarının hastalığından sonra sağlık durumlarının bozulduğunu, uyku problemleri, sürekli yorgunluk, halsizlik, kilo değişikliği, baş ağrısı, kas gerginliği yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Kızılıcı (1996) kanser tanısı almanın hastada sıklıkla bir kriz başlattığını ve kansere duygusal yanıtın genellikle ölümü algılamak olduğunu bildirmiştir. Kanserli hastalar tek bir krizden çok, devam eden stresörlerle karşı karşıyadırlar. Kanser tedavisi, genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın fiziksel iyilik hali, psikolojik durumu ve sosyal yönüne zarar vererek, uzun süreli stres yaşamasına neden olur. Kanserli hastanın yaşadığı her krizle, aile de olumsuz olarak etkilenir. Hasta ve ailesi en çok tanı sırasında, yeni bir tedavi şeklinin başlamasında, tedavi süresinde ve hastalığın tekrarı sırasında stres yaşarlar (McCarron 1995).

Stres; bireylerin yaşamına etki eden, fiziksel olduğu kadar duygu, düşünce ve davranışlarında, iş veriminde, diğer insanlarla ilişkilerinde değişikliklere yol açan, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur (Gates 1997). Kanser,

bireylerin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen güçlü bir stres ve kriz yaratıcı sorundur (Volf 1991).

Kubler Ross (1975), kanserli hastaların yaşadıkları stres karşısında gösterdikleri psikolojik tepkileri, inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme olarak beş aşamada açıklamıştır. Hastalığını öğrenen kişi yüz yüze geldiği korkutucu gerçeği gizlemek amacı ile hastalığını inkar eder. Gerçeği kabul ettiğinde bu durumun neden kendisinin başına geldiğini düşünür ve çevresindeki insanlara öfke duyar. İlerleyen zamanlarda ölüm ve hastalık gerçeğini kabul eder ve yaşamak istediği şeyler için pazarlık yapar. Geçmişte yapamadıklarının pişmanlıklarını, kaybettiklerinin ve ölümünün yasını tutmaya başlarlar. En son aşamada ise, hasta artık enerjisini kaybetmiş, yorgun ve zayıf düşmüştür. Bütün bu aşamaları bir çok hastanın yaşadığı ancak bazı hastaların, bazı aşamaları daha hafif, bazılarının daha ağır yaşadığı, bazılarının ise bu aşamaları daha hızlı geçip her şeyi hemen kabullendiği belirtilmektedir (Greer 1991, Watson 1998).

Hastalık ve tedavinin neden olduğu problemlerle başetmeye çalışan hastanın zaman zaman kullandığı başetme mekanizmaları yetersiz hale gelerek birey profesyonel yardıma, sosyal ilişkide bulunduğu insanların desteğine ihtiyaç duyar (Finnegan 1998, Kangas 2002). Sosyal destek; kişileri hastalıklara, yaşam stresinin zararlı ilişkilerine karşı koruyan, bireylere başkaları tarafından verilen koruma ve yardım olarak tanımlanır (Langford ve ark. 1997, Leavy 1983). Sosyal destek, stres yaratan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltarak ve bireyin duygusal gerginliğinin üstesinden gelmesine yardım ederek tampon rolü oynar (Özgür 1993, Sorias 1988). Yapılan çalışmalarda kanser sürecinde kişiye ölümü hatırlatan tanı, hastalığın şiddeti ve prognozu, uygulanan tedaviler, fonksiyon kaybı gibi nedenlerle kişinin daha fazla destekleyici ilişkiye ihtiyacı olduğu, yeterli sosyal desteğin hastalığa uyum ve başetmede etkili olduğu belirtilmektedir (Kangas 2002, Kazak 1997, Kazak ve ark. 1998).

Yukarıdaki nedenlerle, gerek hastalığa bağlı ortaya çıkan fonksiyon kayıpları ve ağrı gibi semptomlar, gerekse toplumda kansere karşı ön yargılar, hastaların uyumunu güçleştirmekte ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %47'sinde teşhis edilebilir bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (Atlı 1997). 226 kanser hastası ile yapılan farklı bir çalışmada da hastalarda %51,6 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (Sherman 1992). Çalışmacılar psikiyatrik bozukluk olarak en fazla panik bozukluk, uyku bozukluğu, major depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, madde bağımlılığı gibi ruhsal bozuklukların görüldüğünü belirtmektedir. Son yıllarda bu hastalıkların yanı sıra, yapılan birçok çalışmada üzerinde durulan posttravmatik stres bozukluğunun da görüldüğü bildirilmektedir.(Brewin 1998, Choy 1992, Mohta 2003, Mundy 2000).

3. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Travmanın ruhsal etkileri 20. yy'ın ikinci yarısında fark edilmeye başlanmış, ilk olarak II. Dünya Savaşı sonrasında özellikle toplama kamplarında kalmış olan insanlarda gözlenmiştir. PTSB ise ilk olarak Vietnam Savaşı gazileri ile gündeme gelmiştir. Önceleri Gross Stres Reaksiyonu, Savaş Yorgunluğu Nevrozu, Geçici Durumsal Bozukluk, Shell Şok, Katastrafik Stres Reaksiyonu, Vietnam Sendromu gibi isimlerle anılmış olan bozukluk, 1980'li yıllarda Posttravmatik Stres Bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Bille 1994, Deahl 1999, Kaya 1998, Summerfield 2001). PTSB ilk olarak 1980 yılında DSM III tanı kriterlerinde Anksiyete Bozuklukları içinde yer almış, 1984 yılında yayınlanan DSM- IV sınıflaması ile son şeklini almıştır. PTSB günümüzde tüm dünyada olduğu gibi doğal felaketler, terör, göç, işkence ve hastalıkların vs. çok sık yaşandığı ülkemizde de gündemde olan ve üzerinde çalışılan bir konudur (Başoğlu 1992, Diler 1996, Marshall 1999).

3.1. Travma Kavramı ve Travma Sonrası Stres

Her insan yaşamının bir döneminde, hayatını tehdit eden, kontrol edilemeyen, acı veren, alışılmamış bir olay ya da durumla karşılaşabilir. Travma

olarak adlandırılan, insanlarda baş etme becerilerini yetersiz kılan bu yaşantılar evrenseldir (Brewin 1999, Kent 1995, Marshall 1999, Summerfield 2001).

“Travma” sözcüğünün kökeni Eski Yunanca’ya dayanır ve deri bütünlüğünün bozulduğu her tür “yaralanma” anlamına gelir. Tıpta travmatolojinin konusunu oluşturan fiziksel ve psikolojik travmalar olmak üzere iki farklı anlamda kullanılır (Gaines 1986). Gaines’e (1986) göre Freud, travma sözcüğünü “aniden ortaya çıkan ve bireyin başa çıkmakta güçlük çektiği durumları” tanımlamakta kullanmıştır. Ego psikolojisine göre travma, egonun savunma mekanizmalarını yıkan ve bireyin daha erken dönemlere gerilemesine neden olan bir dış olay ya da olaylar serisidir (Chertoff 1998). Sayıl’a (2000) göre Krystal travmayı, “kaçınılamayan bir tehlike ile karşılaşıldığında, kişinin kendisini normal olarak koruma işlevinin gücünü aşması” olarak tanımlamıştır.

Bir olayın travmatik olarak tanımlanabilmesi için, o olayın gündelik insan deneyimlerinin dışında bir durum olması, bu deneyimleri yaşayan hemen herkeste sıkıntı yaratması ve anlaşılmaz olması gerekir (Başoğlu 1992, Deahl 1999, Kaplan 1994, Karen 1999). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 1994), bireyin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi içeren ciddi yaralanmalara neden olan veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olaya tanık olması, ailesinden ya da başka yakınlarından bir ya da birilerinin beklenmedik ölümünü veya şiddete maruz kalarak öldürüldüğünü, ağır yaralandığını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı olayları travmatik olay olarak kabul etmiştir. Travmatik olaylar kişide şiddetli korku, dehşet, çaresizlik ve stres yaratan olaylardır (Kaplan 1994, Yehuda 1995). Travmatik olaylar; depresyon, sel, çığ, volkan patlamaları gibi doğal olaylar, trafik kazaları, uçak kazaları, yangın gibi insan eliyle veya kazayla olan olaylar; savaş, tecavüz ve işkence gibi insan eliyle kasıtlı oluşturulan olaylar ve miyokard enfarktüsü, uzun ve zor doğumlar, AIDS, kanser gibi hastalıklarda yaşanan durumlardır (Bille 1994, Mc Farland 1991, Mc Farlane 2000, Rovenscroft 1994).

Travmanın başlıca özellikleri şunlardır (Marshall 1999, Sayıl 2000, Tucker 2000, Yehuda 1995):

- Başlangıç anidir. Bunlar, beklenmedik ve sıkıntı veren, hayatı tehdit eden olaylardır. Acil durum niteliğindedir ve biyopsikososyal müdahale gerektirir. Büyük insan topluluklarını bir anda etkileyebilir.

- Travmatik olaylar, bilişsel ve zihinsel şemalara oturmayan anlaşılması güç olaylardır ve insanlarda fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal bozukluklara neden olabilir (Brewin 1999, McFarlane 2000) Travma yaşayan insanlarda çoğunlukla travmaya karşı ruhsal tepkiler gelişir. Bu tepkiler travmaya karşı gösterilen olağan tepkilerdir ve kişinin travmaya uyum çabasını yansıtır (Bille 1994, Geyran 1998, Tucker 2000). Kişi travmaya uyum sağlayamazsa PTSD ve depresyon gelişebilir (Marshall 1999, Smith 1999, Summerfield 2001).

- Travma tepkisinde, travmatik durum kadar kişinin bu durumu nasıl algıladığı da önemlidir. Travma yaşayan insanlar, travmadan dolayı kendini sorumlu tutarak kendilerini suçlayabilirler veya başkaları tarafından suçlanabilirler. Örneğin “sigara içmeseydim bu başıma gelmezdi” gibi kendini suçlamalar olabilir. Bu durum genellikle travma yaşayan insanlarda ikincil travmaya neden olur. İkincil travma ise travma ve travma sonrasında uyuma yönelik çabaları olumsuz yönde etkileyerek PTSD, depresyon, alkol ve madde kullanımı gibi bozuklukların ortaya çıkmasında önemli rol oynar (Bryant 1999, Summerfield 2001, Sungur 1999).

- Travmalar, insanların bazı temel inanç ve değerlerini zedeleyebilir. Bunlar arasında, özellikle dünyanın güvenilir ve adil bir ortam olduğu inancı zedelenir. Bu durum kişideki güven duygusunu ve benlik saygısını azaltır. Olay öncesinde kendisini yeterli ve güçlü hisseden birey, olay ve sonrasında yetersizlik duyguları yaşayabilir (Başoğlu 1992, Kaya 1997).

- Travma kişilerde rol değişikliklerine neden olur. Kişi travma öncesi başka bir roldeyken (örneğin; çocuklarına bakan anne, büroda çalışan avukat gibi), travma sırasında travma yaşayan kişi, travma sonrasında hastanede yatan hasta rolüne girer. Rol farklılıkları kişiyi farklı uyumsal görevlerle karşı karşıya

bırakır. Bu durum bireyin ve çevresindekilerin rol ilişkilerinin yeniden düzenlenmesini gerektirir (Gersons 1997, Kaya 1997, Kent 1995).

- Bireyin travmaya tepkileri, travmanın şiddetine, niteliğine, süresine, travmada yaşanan kayıplara, kişinin travmaya verdiği anlam ve atıflara, bireyin travma öncesi kişisel deneyimlerine, premorbid kişilik özelliklerine, travma sonrası karşılaşılan zorluklara, bireyin travmadan sonra içinde bulunduğu ortama, aldığı sosyal desteklere bağlı olarak değişir (Diler 1996, Geyran 1998, Mc Farlane 2000, Turan 1992).

3.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB); olağan insan deneyimlerinin dışında yaşanan ve bu deneyimlerden geçen hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek bir olayın ardından gelişen, birçok duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal bozukluğu içeren psikiyatrik belirtileri tanımlamaktadır (APA 1994, Clark 1997, Diler 1996, Kaplan 1994, Kaya 1998, Kaya 1997). PTSB yalnızca stresle başetmede bir başarısızlık değil, aynı zamanda bir sonraki duruma ilerlemede yetersizliklerin görüldüğü bir durumdur (Deahl 1999, Gersons 1997, Yehuda 1995).

DSM- IV ve ICD- 10 sınıflandırmalarında, travma sonrasında belirtilerin şiddetli olarak dört hafta içinde görülmesine “Akut Stres Bozukluğu” (ASB) adı verilmektedir. ASB’unda uyuşukluk, dalgınlık, tepkisizlik, kendisini ve çevreyi olağan dışı hissetme, olayın bir bölümünü hatırlayamama gibi yaşanan travmaya yönelik belirtiler görülür. ASB ve PTSB birbirlerine çok benzeyen özellikler taşımaktadırlar. Belirtilerin dört haftadan sonra devamı halinde Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) gelişmektedir. PTSB’nda belirtiler bir aydan daha uzun sürer (APA 1994, Brewin 1999, Bryant 1999, Marshall 1999). Bu belirtiler travmadan sonra herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Ancak vakaların büyük çoğunluğunda ilk üç ayda ortaya çıktığı belirtilmektedir (Alter 1996, Amir 2002, Kazak 1997, Pitmon 2001). ASB, PTSB gelişmesinde yüksek risk oluşturur. Yani ASB görülen bireylerde çoğunlukla PTSB görülmektedir.

Travma yaşayan bireylerde ASB'nun erken tanı ve tedavisinin PTSS'nun gelişimini engellediği belirtilmektedir (Bryant 1999, Marshall 1999).

PTSS üç ayrı biçimde görülmektedir. Bunlar (APA 1994, Kaplan 1994, Kaya 1997, Sungur 1999):

Akut PTSS → Belirtiler 3 aylık bir süre içinde düzelir.

Kronik PTSS → Belirtiler 3 aydan daha uzun sürer.

Gecikmiş PTSS → Belirtiler travmadan en az 6 ay sonra başlar.

3.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi

PTSS'nun görülme sıklığı toplumdaki stresörlerin sıklığı ile orantılıdır. PTSS'nun toplumlardaki yaygınlığının belirlenmesi; toplumda ağır travmaya uğrayan insanların toplam sayısı tam olarak bilinmediğinden, PTSS belirtileri olan insanların bir kısmı psikiyatri dışı disiplinlere başvurduğundan ve tanı koymada çoğunlukla standart tanı kriterleri ve epidemiyolojik teknikler kullanılmadığından dolayı oldukça güçtür (Kaya 1997, Summerfield 2001, Yehuda 1995).

Yapılan bazı çalışmalarda PTSS'nun yaşam boyu görülme oranının genel nüfusta %1-14 arası değiştiği belirtilmektedir (APA 1994, Kaya 1997). Helzer'in (1987) yapmış olduğu bir çalışmada PTSS'nun toplum genelinde %1 oranında görüldüğü saptanmıştır. Türkiye'de PTSS'nun toplumda görülme sıklığı ile ilgili epidemiyolojik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Khouzam (2001), PTSS'nun yaşam boyu prevalansının %8 olduğunu, erkeklerin %5'inde, kadınların %10'unda hayatın bir döneminde PTSS görüldüğünü belirtmektedir. Savaş gazileri, depremzedeler, göç edenler, işkenceye maruz kalanlar, Miyokard enfarktüsü, AIDS, kanser hastaları vb. risk altındaki kişilerde PTSS prevalansının %3 ile %58 arasında değiştiği bildirilmektedir (APA 1994, Turan 1992, Yehuda 1995). Diğer bazı kaynaklarda ise risk gruplarında bu oranın %3-75 oranında değiştiği belirtilmektedir (Kaplan 1994, Kaya 1998). Josephine (2003) PTSS yaygınlığını miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda %0-16; beyin kanaması geçirenlerde %32; ölü doğum yapan kadınlarda %29; HIV tanısı sonrası %30-35 oranında bulunduğunu belirtmiştir.

Yine çalışmacılar PTSD'nun her yaşta görülmekle birlikte daha çok genç erişkinlerin hastalığı olarak ortaya çıktığını, bekar, boşanmış, ekonomik yönden zayıf ya da sosyal yönden izole kişilerde daha fazla görüldüğünü iletmektedirler. Hastalık yıllarca hatta yaşam boyu sürebilir. En sık görülen travma yaşantısının erkeklerde savaş yaşantısı, kadınlarda cinsel saldırıya uğrama olduğu belirtilmektedir (Brewin 1999, Kaya 1998, Mc Farlane 2000, Summerfield 2001).

3.4. Posttravmatik Stres Bozukluğu'nun Belirtileri

PTSD olan hastalarda fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal alanlarda belirgin bozukluklar görülmektedir (Çalığışu 1997, Diler 1996, Herman 1995, Silva 2001) PTSD tanısının konulabilmesi için ilk koşul, bireyin beklenmedik korkunç bir olay ya da felaket yaşaması, yaşamına yönelik büyük bir tehditle karşılaşması veya bunlara tanık olmasıdır. Ani ve korkunç bir olay bireyde korku, dehşet ve çaresizliğe neden olur (APA 1994, Ekşi 2000, Marshall 1999, Tucker 2000).

DSM- IV'e göre PTSD belirtileri ve tanı kriterleri şu şekilde belirlenmiştir (APA 1994, Ralph 1994).

PTSD tanısı için aşağıdaki kriterlerin bir araya gelmesi gerekir. Bunlar:

A. Kişi travmatik bir olayla karşılaşmış ve olay kişide aşırı korku ve çaresizliğe yol açmış olmalıdır.

B. Travmatik olay aşağıdaki seçeneklerden biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanmalıdır. Bunlar:

1. Olayı elde olmadan tekrar tekrar anımsaması (çocuklar travmanın kendisi ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler),

2. Olayı sık sık sıkıntı verici şekilde rüyalarında görmesi,

3. Travmayı sanki yeniden oluyormuş gibi hissetmesi veya davranması, yanılsama ve varsanı görme ve olayı tekrar tekrar yaşamasıdır.

C. Aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlasının bulunması ile travmaya eşlik eden uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma olmalıdır. Bunlar:

1. Travmaya eşlik eden duygu, düşünce veya konuşmalardan kaçınma,
2. Travma ile ilgili anıları hatırlatan eylem, yer ve kişilerden uzak durma (kaçınma semptomları),
3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama,
4. Rutin etkinliklere karşı ilgide azalma,
5. İnsanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma,
6. Duygulanımda kısıtlılık örn: sevme duygusunu yaşayamama ,
7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşamadır.

D. Aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtileri sürekli bulunmalıdır. Bunlar:

1. Uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük,
2. Öfke patlamaları,
3. Aşırı irkilme tepkisi,
4. Sürekli olarak tetikte olma (hipervijilans),
5. Düşüncelerini belirli bir konuda yoğunlaştırmada güçlük ve işini bitirmede zorluk çekmedir.

E. A,B,C ve D bölümlerindeki belirtileri 1 aydan daha uzun sürmelidir. Bozukluk belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, mesleki sorunlara ve yaşamın diğer alanlarında önemli bir işlev kaybına neden olmalıdır.

PTSB belirtileri genellikle ilk 3 ayda başlar ancak bazen aylar hatta yıllar sonra da başlayabilir (Alter 1996, Amir 2002, Kazak 1997, Pitman 2001).

PTSB tanısı alan bireyler, yukarıda sayılan belirtilerin yanı sıra çeşitli tepkiler gösterirler. Hastalar zihinlerde travmatik olayı yeniden yaşamak ve artmış uyarılmışlık belirtilerinden kurtulmak için inkar etme, duyarsız kalma,

yalıtma ve uzaklaşma savunmalarını kullanabilirler (Bille 1994, Ekşi 2000, Hayes 1990, Rebhun 2000).

Bazı bireyler, travma belirtilerini diğer bireylerin yanında yaşamaları nedeniyle travmanın olumsuz etkilerini diğer insanlara da yansıttıklarını düşünerek suçluluk hissedebilirler. PTSD olan hastalarda depresif belirtiler de sık görülmektedir. Hastalarda kendine ve çevreye ilgi azalması, güven kaybı, kişisel bakım yetersizliği, cinsel isteksizlik, ağlama nöbetleri, iştah kaybı, üzüntülü ve kederli olma belirtileri görülebilir. Bireyin cinsel alanda ve sosyal yaşamında ortaya çıkan olumsuz değişiklikler benlik imajını olumsuz etkileyerek depresyona neden olabilir. Depresyon ve suçluluk duyguları ise intihar düşüncelerine neden olabilir. Bireyde aynı zamanda öfke patlamaları ve kontrolünü kaybetme korkuları olabilir. Bu nedenle kişilerarası ilişkileri bozulabilir ve toplumdan uzaklaşmaya çalışabilir (Badger 2003, Bille 1994, Marshall 1999, Mohta 2003, Silva 2001, Smith 1999).

PTSD olan hastalarda genellikle anksiyete düzeyi yüksektir. Bu nedenle öfke, şiddete başvurma, uykusuzluk, bellek bozuklukları ve psikosomatik yakınmalar (baş ağrısı, taşikardi vs.) sık görülür. PTSD tanısı alan olguların %50'sinden fazlasında aynı zamanda başka psikiyatrik bozukluklarında görüldüğü belirtilmektedir (Bille 1994, McFarlane 2000). Depresyon ve anksiyete bozuklukları PTSD'na en sık eşlik eden tanı gruplarıdır. Madde bağımlılıkları da PTSD ile birlikte görülmektedir (Bille 1994, Deahl 1999, Plakun 2000). Çalışmacılar PTSD'na eşlik eden bu psikiyatrik bozuklukların saptanmasının çok önemli olduğunu, PTSD'na eşlik eden bir başka bozukluğun olmasının hastalığın süregelenleşmesine neden olabileceğini iletmekte, PTSD'nun tedavisinin eşlik eden diğer hastalıkların da belirlenmesi ve tedavisi ile mümkün olabileceğini ifade etmektedirler (Mc Farlane 2000, Summerfield 2001).

3.5. Posttravmatik Stres Bozukluğu'nun Etyolojisi

PTSD travmatik bir olaydan sonra gelişebilir. Ancak travmatik olay yaşanmış herkeste PTSD oluşmamaktadır. Travma, hastalığın ortaya çıkması için

gerekli olmasına rağmen yeterli değildir. Olayın hasta için öznel bir anlamı olması gerekir. Hastalığın gelişiminde çeşitli psikolojik, fiziksel, etnik-kültürel, ailesel ve sosyal etkenler rol oynamaktadır (Diler 1996, Geyran 1998, Mc Farland 1991, Yılmaz 1995).

PTSB'nun oluşmasında üç etkenin önemli olduğu belirtilmektedir. Bunlar;

- travmanın cinsi ve şiddeti
- travma yaşayan kişinin özellikleri
- travma sonrası yaşanan ortamın özellikleridir.

Stres kaynağının PTSD oluşturması için genelde olağan kabul edilebilecek insan deneyimlerinin dışında olması gerekir. PTSD'nun ortaya çıkmasını artıran unsurlar; travmaya maruz kalma süresinin uzunluğu, travmanın şiddetli olması, beklenmedik ani bir olay olması (hazırlıklı olmama), ölüm tehdidi içermesi, insanlar tarafından yapılan gaddarca ve insanlık dışı bir olay olması, çok sayıda kişinin travmaya maruz kalması, travmadan dolayı yakınlarının veya başkalarının ölümü ya da yaralanması gibi etmenlerdir (Ekşi 2000, Herman 1995, Mc Farlane 2000, Özcankaya 1996, Silva 2001, Tucker 2000). Travmanın çok şiddetli olması ve uzun süre devam etmesi tüm bireylerde psikolojik yıkım oluşturur. Stresin şiddeti ve süresinin ağır olmadığı durumlarda da yatkınlığı olan insanlarda PTSD gelişebilir (Başoğlu 1992, Herman 1995, Mc Farland 1991, Silva 2001, Yehuda 1995).

Travma sonrası psikopatolojilerin görülmesinde, travmanın cinsi ve şiddetinin yanı sıra, travma ile hayatın hangi döneminde, ne sıklıkla karşılaşıldığı ve kişisel özellikler önemli rol oynar. PTSD'na yatkınlık oluşturan kişisel özellikler; erken çocukluk çağındaki örseleyici yaşantılar, sınırda kişilik (borderline), paranoid, antisosyal veya bağımlı kişilik özellikleri gösterme, içe dönüklük, psikiyatrik hastalığa genetik ve yapısal yatkınlık olması, son zamanlarda stresli yaşantıların olması, psikiyatrik hastalık öyküsü, önceden alkol, ilaç ve madde bağımlılığının olması, çocukluk çağında anne-babanın ayrılması, çok genç veya ileri yaşta olma, suçluluk duygularının yoğun olması

ve sosyal desteklerin yetersiz olması gibi özelliklerdir (Doruk 1998, Geyran 1998, Kaya 1997, Tucker 2000, Yehuda 1995). Travmadan sonra çalışmak veya herhangi bir uğraşı ile meşgul olmak ise PTSS riskini azaltan durumlardandır (Silva 2001, Summerfield 2001, Tucker 2000). Sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyinin düşük olması, bireylerin travma öncesi stresörlerin varlığı nedeniyle stres düzeyini artırır, ayrıca stresle baş etme yollarını etkiler (Geyran 1998, Herman 1995, Sungur 1999). Travmatik olay yaşayan çok genç insanlarda stresle baş etme becerilerinin yetersiz olması, çok yaşlı insanlarda ise stresle baş etme yollarındaki katı tutumlar nedeniyle PTSS gelişme olasılığı yüksektir. PTSS oluşmasında travmanın tek etken olmadığı, örselenmenin daha önce çözümlenmemiş bir çatışmayı harekete geçirdiği görüşleri vardır (Marshall 1999).

PTSS gelişiminde psikolojik travma ile birlikte fiziksel travmanın da olması önemli rol oynar. Fiziksel travma sonucu yaşanan ağrı, deformite, organ kaybı, sakatlık korkusunun PTSS gelişme riskini ve hastalığın şiddetini arttırdığı belirtilmektedir (Kaya 1997, Mc Farlane 2000, Mundy 2000).

3.6. Posttravmatik Stres Bozukluğu'nun Tedavisi

PTSS'nun tedavisinden önce akut dönemde hastalığın oluşmasını engellemek için bilişsel rehberlik, duygusal boşalım, sosyal ortamın yeniden düzenlenip sosyal desteğin harekete geçirilmesi gerekmektedir. (Başoğlu 1994, Çalığışu 1997, Gersons 1997, Kaya 1997, Summerfield 2001).

PTSS'nun tedavisinde psikososyal ve farmakolojik tedaviler kullanılmaktadır. En etkili tedavi yöntemi her iki yöntemin birlikte kullanılmasıdır (Clark 1997, Deahl 1999, Figley 2000).

3.6.1. Psikososyal Tedaviler

Hastanın tedavisine devamını sağlamak için güven verici ve destekleyici yaklaşım önemlidir. Bilişsel ve davranışçı teknikler sık kullanılan psikososyal tedavi yöntemleridir. Bu tedaviler temelde örseleyici olayı yaşayan kişinin değişik teknikler aracılığıyla bu yaşantılarla yüz yüze getirerek anksiyetesiyle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi, kaçınma davranışlarının ortadan

kaldırılması, kaybedilen kontrol duygusunun yeniden kazandırılması amacına yöneliktir (Çalışkuşu 1997, Deahl 1999, Figley 2000, Kaya 1997, Plakun 2000).

3.6.2. Davranışçı Tedaviler

PTSB'nun tedavisinde uygulanan yöntemler arasında, anksiyete uyaranlarına maruz bırakma (exposure) ilkesine dayanan ve Türkçe'de alıştırma tedavisi olarak tanımlanabilecek davranışçı tekniklerin en umut verici yaklaşımlar olduğu bildirilmektedir. Alıştırma tedavileri arasında; duyarsızlaştırma, anksiyete yaratan travmanın düşüncede canlandırılması ve diğer düşsel alıştırma yöntemleri sayılabilir. Duyarsızlaştırma teknikleri bazı davranış tepkilerinin diğerlerini baskılama ilkesine dayanır. Sistematik duyarsızlaştırma böyle bir tekniktir. Bu tedavide hastanın korktuğu durumla ilgili uyaranlar, düzenli olarak az uyarıcıdan çok uyarıcıya doğru verilir. Bu sırada hastaya öğretilen gevşeme teknikleri kullanılarak stresörün etkisi baskılanıp anksiyetenin azalması sağlanır (Başoğlu 1992, Figley 2000, Plakun 2000).

3.6.3. Bilişsel Tedaviler

Bilişsel tedavinin amacı ise, çevre ile uyumunu bozan gerçek dışı düşüncelerinin ve kişinin kendisi ile ilgili olumsuz düşüncelerinin düzeltilmesi ve hastanın kendisiyle ilgili yeterlilik duygularının ve beklentilerinin artırılmasıdır. Bilişsel tedavi dikkat, algı ve bellek gibi kognitif süreçlerle ilgilidir. Bu tedavinin temelini, uyarana verilen anlam oluşturur. Ancak "anlam verme" olgusunun tanımlanmasındaki güçlükler nedeni ile zor bir tedavidir (Başoğlu 1992, Bryant 1999, Figley 2000, Plakun 2000). Bryant ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ASB gelişen hastalarda erken dönemde bilişsel ve davranış terapisi uygulanmasının PTSD gelişmesini önlemede etkili olduğu görülmüştür.

3.6.4. Aile Terapisi

Aile ortamı bireyin travma sonrası en fazla zaman geçirdiği kalıcı sosyal bir ortamdır. Bu nedenle ailenin ve travma yaşamış bireyin uyumu önemlidir. Uyumu kolaylaştırmak amacıyla aile terapileri yararlı olup aile içi rol ilişkileri

yeniden düzenlenmelidir (Başoğlu 1992, Summerfield 2001, Sungur 1999). Heather (2002) travma sonrası ulaşılabilir sosyal desteğin PTSTB oluşmasını engellediği gibi PTSTB gelişmiş hastalarda hastalığın prognozunu da olumlu yōnde etkilediğini belirtmektedir. Ancak karmaşık sosyal ilişkiler sōz konusu olduğunda sosyal desteklerin zararlı etkileri de olabilir (Sungur 1999, Tucker 2000). Bireylerin travma sonrasında aile ortamına yeniden uyum sağlama sūreci, hem birey hem de aile iēin ek bir strestir. Ailede rol değişimleri yaşanır. Aile iēinde yaşanan olumsuzlukların PTSTB gelişiminde ve tedavisinde ōnemli olduğu bilinmektedir (Heather 2002)

3.6.5. Farmakolojik Tedaviler

Birēok uzman, ilaē tedavisinin ağır vakalarda psikoterapiyi kolaylaştırmak amacıyla kullanılması gerektiği fikrinde birleşmektedirler (Kaplan 1994, Rebhun 2000). İlaēlar PTSTB belirtilerinin tedavisi iēin kullanılır. En ēok kullanılan ilaēlar antidepresanlar, beta-blokerler, antikonvūlzanlar ve minōr trankilizanlardır. İlaē tedavisi uyarılmışlık durumlarının azalması ve normal uykunun sağlanmasında yararlıdır. PTSTB tedavisinde en sık kullanılan ilaēlar grubu trisiklik antidepresanlardır (Başoğlu 1992, Kaplan 1994, Gersons 1997,Rebhun 2000). ēalıřmacılar ilaē tedavisinin başlı başına bir tedavi olmaması gerektiğini, tedavide ilaē tedavisi ile psikoterapik yaklaşımların birlikte kullanılması gerektiğini iletmektedirler (Başoğlu 1992, Kaplan 1994).

3.7. Kanser Hastalarında Posttravmatik Stres Bozukluğu

Kanser; bir dizi olumsuz olayların eřlik ettiđi, kronik seyirli, tekrarlayan travmalarla karakterize uzun sūreli bir hastalık ve PTSTB'na neden olan bir stres faktōrū olarak tanımlanmaktadır (Isaksen 2003, Kangas 2002, Seng 2003). Yapılan ēalıřmalarda kanser de dahil, travmatik olaylar yařayan insanların ūēte birinde PTSTB geliřtiđi bildirilmektedir (Breslau ve ark. 1998, Davidson ve ark. 1991). Kanser tanısı alan hastaların tanı ařamasının herhangi bir noktasında PTSTB semptomları sergileyebildiđi; klinik iřlemler, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi kanser tedavisinin semptomların dūzeyini deđiřtirebildiđi belirtilmektedir (Alter 1996, Amir 2002, Kazak 1997, Pitmon 2001).

Teknolojik ve bilimsel gelişmeler diğer birçok hastalık da olduğu gibi kanser ve tedavisinde önemli ölçüde ilerlemelere neden olmuştur. Bunun doğal sonucu olarak da kanser tanısı ve ölüm arasındaki süre giderek uzamıştır. Bu sürenin uzaması ile hasta uzun süreli ve tekrarlı stres oluşturan etkenlere maruz kalmaktadır (Finnegan 1998, Kangas 2002). Araştırmalar, bir hastaya kanser tanısı konulmuş ise hastanın pek çok değişimle karşı karşıya kalacağını belirtmektedir (Alter 1996, Amir 2002, Karen 2000, Kazak 1997). Kanser sürecinde kişiye ölümü hatırlatan tanı, hastalık süresi boyunca ortaya çıkan semptomlar, uygulanan tedaviler ve yan etkileri, fonksiyon kaybı, giderilemeyen ağrı, sık sık hastaneye yatma, beden imajında değişme bireyin yaşamını altüst ederek stres yaşamalarına neden olur (Alter 1996, Kangas 2002, Kwekkeboom 2002). Örneğin, meme kanseri olan hastaların meme kaybı ile birlikte; kadınlığı algılamaları değişmekte, bu da yaşadıkları psikolojik rahatsızlığın artmasına yol açmaktadır (Karen 2000, Mundy 2000). Çoğu hastaların kilo kaybı ya da kilo alma, saç kaybı gibi nedenlerle kendilerini fiziksel olarak çekici hissetmedikleri ve bunda cinsel problemlere yol açtığı ve PTSS açısından risk oluşturduğu bildirilmektedir (Ijemsland 1998, Karen 2000).

Ülkemizde kanser tanısı alan hastalarda tıbbi yardım için girişimlerde bulunulurken, psikiyatrik yardım ve destek çok fazla düşünülmemektedir. Bu da psikiyatrik sorunların artmasına neden olmaktadır (Diler 1996, Karen 2000, Kazak 1997). Bu durumda bütüncül bir yaklaşımla kanserli hastalarda travmanın uzun dönemdeki olumsuz sonuçlarının azaltılması ve travma sonrası müdahalelerin geliştirilmesi, stresle başa çıkma davranışlarının geliştirilmesi, sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesi gerekir (Jenkins 1999, Seng 2003, Zahariae 2003).

3.8. Posttravmatik Stres Bozukluğu'nda Hemşirelik Yaklaşımları

“Post travma tepkisi” 1986 yılında NANDA (North America Nursing Diagnoses Association) hemşirelik tanımları içinde yer almıştır ve “dayanılmaz, katlanılamayan bir ya da daha fazla bunaltıcı travmatik olaya

karşı sürekli sıkıntı tepkisi taşıyan bireyin durumu” olarak tanımlanmıştır (Carpotino 1999).

Travmatik olay yaşamış hastalarda hemşirelik müdahalelerin ilk basamağını veri toplama oluşturmalarıdır. Hastadan veri toplama işlemi biyopsikososyal açıdan çok yönlü ve planlı yapılmalıdır. Broadhurst’a (1989) göre Finnegan, hastadan PTSS yönünden veri toplamanın 5 aşamada yapılmasının uygun olacağını belirtmiştir.

Buna göre;

1. Safha: Geçmişle ilgili bilgilerin araştırılması; Hastayla görüşmeden önce hastanın dosyasından, görüşme raporlarından, diğer sağlık personelinin hastayla ilgili bilgi toplanmalıdır. Bu durum hastayla görüşmeden zaman kazanmayı ve görüşmeye hazır olmayı sağlar. Ancak hastayla her görüşmede bilgi toplamaya devam edilmelidir.

2. Safha: Uygun görüşme ortamının düzenlenmesi; Hastayla görüşürken ortamın uygun olması, hastanın kendisini fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi hissetmesini sağlayacaktır. Hastayla görüşme sırasında fazla uyarının olmadığı, gürültüden uzak ve sakin bir ortam sağlanması hastada uyarılmışlık belirtilerini azaltacak ve görüşmenin kesilmesini engelleyecektir. Sessiz, iyi aydınlatılmış ve çok iyi havalandırılmış temiz bir ortam hasta ile iletişimi sağlamada olumlu etkiye sahiptir.

3. Safha: Problemin tanımlanması; Problem ve problemle ilişkili faktörlerin tanımlanması önemli bir safhadır. Hastaya problemini tanımlaması için ne oldu, nasıl, ne zaman gibi sorular sorulur. Hastanın yaşadıklarını ve duygularını anlatması sağlanır. Hastaya yaşadıkları anlatılırken travmatik olunmamalı ve hasta zorlanmamalıdır. Hastayla empatik iletişim kurulmalı ve hastanın güveni sağlanmalıdır. Hastanın anlattıklarının yanı sıra yüz ifadesi, mimikleri, beden diline dikkat edilmelidir. Kısa notlar alınabilir ancak uzun notlar almak iletişimi engelleyebilir. Hastanın yaşadıklarının yanı sıra, olaydan sonra hastada oluşan değişiklikleri, yakınmalarını ve bunlarla ilişkili faktörleri ifade etmesi istenir ve buna yönelik sorular sorulur. Örneğin “sıkıntılar daha

çok ne zaman oluyor?”, “neredeyken veya neye bağılı oluyor?” soruları ile yaşanan durumlar araştırılır.

4. Safha: Genel değerlendirme; Hastanın özgeçmişı, aile özellikleri, sosyal ve kültürel özellikleri belirlenir. Ayrıca alkol, sigara, kafein ve ilaç alımı gibi fiziksel davranış değişiklikleri ile hasta tarafından belirtilen endişeleri de değerlendirilmeye alınır.

5. Safha: Sonuç ve geleceğin planlanması; Hastada var olan problemler belirlenmiş olmalıdır. Hasta PTSD belirtileri yönünden değerlendirilmelidir.

Veri toplama işlemi sonunda tespit edilen hemşirelik tanılarına yönelik, hastanın duygusal boşalımının sağlanması, anksiyetesinin azaltılması, stresle başetme becerilerinin geliştirilmesi, sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, yeterli dinlenmesinin sağlanması, kendine zarar verici davranışlarının önlenmesi gibi hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (Çalığıuşu 1997, Kum 1996). Hemşirelik girişimlerinde hasta ile iletişimde öncelikle güven ilişkisi kurulmalıdır. Güvene dayanan iletişim kişilerin endişelerini azaltacak ve iletişimi sürdürmede yardımcı olacaktır (Ralph 1994, Ravenscraft 1994).

3.8.1. Kanser Hastalarında Görülen Posttravmatik Stres Bozukluğu'nda Hemşirelik Yaklaşımları

Kanser hastalarında PTSD gelişimini engellemek için hasta tanıyı öğrendiği andan itibaren danışmanlık hizmeti verilmeye başlanmalıdır. Danışmanlık hizmetinde bilişsel ve davranışsal yöntemler kullanılmaktadır. Yaşamın anlamını açıklama, dikkatini başka yöne çekme, gevşeme gibi teknikler bunlar arasında sayılabilir. Böylece hastanın travmaya uyumu, tanı ve tedaviye yönelik sorunları ele alınarak başetmeleri güçlendirilir (Badger 2001, Mohta 2003).

Kanser hastalarında duygusal boşalım önemlidir. Hasta duygularını ifade etmesi için desteklenmelidir. Hastanın duygularını rahatça ifade edip ağlayabileceği, sessiz, sakin bir ortam hazırlanmalı, görüşme anında rahatsız edecek ve iletişimi engelleyecek unsurlar (odaya başkalarının gelmesi, telefon çalması vs.) engellenmelidir. Hasta, yakınlarıyla da duygularını paylaşması için

teşvik edilmelidir. Hasta, kanser tanısı sonrası olumsuz etkilenirken aileleri de bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle aileler de ele alınmalı ve desteklenmeli, aile ile birlikte aile içi rol ilişkileri gözden geçirilmelidir. Hastanın ailesine ve diğer yakınlarına, PTSS oluşmasını engellemede ve hastalığın tedavisinde desteklerinin önemi anlatılmalı, hastayı rahatlatan empatik iletişim kurma ve sürdürme yolları öğretilmelidir (Jenkins 1999, Kent 1995, Ravenscraft 1994, Seng 2003).

Eğer hastada PTSS geliştirse hemşirelik yaklaşımları şu şekilde olmalıdır:

- Kanser hastalarında tanıdan hemen sonra depresif belirtilerde sık görülür. Hemşirelerin hastaları bu yönden izlemeleri, belirtileri değerlendirip erken dönemde tespit etmeleri ve erken müdahaleleri önemlidir (Bille 1994, Clark 1997, Deahl 1999, Finnegan 1998).

- Hastalarda hastalığa bağlı ortaya çıkan kontrol kaybı problem çözme yeteneklerini azaltır. Hastaların kendi kontrollerini yeniden sağlamaları için durumlarıyla ilgili düzenli, yeterli bilgi verilmeli, hastaya yapılacak müdahaleler açıklanmalı ve hemşirelik müdahalelerinin planlanmasında hastayla işbirliği yapılmalıdır. Hastaların günlük bakımlarını yapabildikleri oranda kendilerinin yapması sağlanmalı ve desteklenmelidir. Yetemediği yerde hastaya yardımcı olunması, travma sonrası tepkilerinin azalmasında ve PTSS gelişimini engellemede etkili olacaktır (Badger 2001, Kent 1995, Seng 2003).

- Kanser hastalarında uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlüklerle çok sık karşılaşmaktadır. Yeterli uykunun sağlanması, PTSS'nun oluşmasını önlemede ve hastalığın iyileşmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hastalarda yeterli uykunun sağlanması için hemşirelik girişimlerinde bulunmalıdır (Clark 1997, Seng 2003).

- Kanser süreci ve tedavisi hastanın mesleğini sürdürmesini ve çalışmasını etkilediğinden, hastanın bir şeylerle meşgul olması, yeni hobiler geliştirmesi PTSS gelişme riskini azaltıcı etkiye sahiptir. Bu nedenle hastalar

bir şeylerle meşgul olmaları ve yeni hobiler geliştirmeleri için teşvik edilmelidir (Badger 2001).

- PTSS gelişen kanser hastalarında yanı sıra anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, somatik yakınmalar da görülebilir. PTSS belirtileri diğer psikolojik rahatsızlıklarla benzerlik gösterebilir. Bu nedenle hemşirelerin PTSS hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekir (Jenkins 1999, Seng 2003, Zahariae2003).

- Anksiyete, kanser hastalarında en fazla görülen belirtiler arasındadır. Hastanın anksiyetesi panik düzeyinde ise mümkün olduğunca yanında bulunmaya çalışılarak hastanın kendisini güvende hissetmesi sağlanmalıdır. Hasta sessiz, sakin bir ortama alınmalı ve ışık, kalabalık gibi fazla uyaranlar azaltılmalıdır. Fazla uyaran olması anksiyeteyi artırır. Hastaya açıklama yaparken basit, kısa ve anlaşılır mesajlar verilmelidir. Çünkü anksiyete düzeyinin yüksek olması, ayrıntılı anlatımları anlatmakta güçlük yaratır. Panik düzeyindeki anksiyeteyi yatıştırmak için gerekirse doktora başvurularak anksiyolitik bir ilaç verilebilir (Deahl 1999, Gates 1997, Kent 1995). Hastanın anksiyetesi şiddetli düzeyde ise güvenli ve sakin bir ortamda anksiyetesinin nedenlerini tanımasına ve tanımlamasına yardım edilir. Sakin olduğu dönemlerde hasta anksiyetenin nedenleri üzerinde konuşmaya teşvik edilmelidir. Hasta ile anksiyeteyi azaltma yolları tartışılmalıdır. Yoğun anksiyeteyi azaltmak için gevşeme ve solunum egzersizleri, düşünceyi durdurma tekniği, atılganlık eğitimi, pozitif düşünceyi geliştirme teknikleri hastaya öğretilir. Hastanın güçlü yönleri ve yetenekleri hastayla birlikte belirlenir ve bu yönleri desteklenir (Doruk 1998, Gates 1997, Seng 2003, Sungur 1999).

- Ayrıca kanser hastalarında öfke patlamaları, ilgi kaybı, duygulanımda kısıtlılık, olayı sık sık rüyalarında görme olabilir. Hastanın öfkesini tanımlamasına yardımcı olmalı ve öfkeyle başetme yolları öğretilmelidir. Kendisine ve çevresine zarar vermesini engellemek amacıyla çevre düzenlemesi yapılmalıdır (Clark 1997, Gates 1997, Ralph 1994). Hastanın bir birey olarak anlaşıldığını yaşantılaması çok önemli unsurdur. Bu nedenle hastanın yaşadığı sorun alanları, bunların hastalıkla bağlantısı, hastanın bu sorunlara atfettiği

anlam ve önem değerlendirilmeli, yaşamın doğal olarak sürdürülmesi sağlanmalıdır (Jenkins 1993, Seng 2003).

- Hastanın kullandığı stresle başetme yolları gözlenmeli, etkin ve olumlu başetme yolları desteklenmeli, olumsuz başetme yolları desteklenmemeli ve hastanın bunları fark etmesi sağlanmalıdır. Olumsuz başetme yolları yerine yeni olumlu başetme yolları öğretilmelidir. ASB ya da PTSD belirtileri görülen hastalarda stresle başetme becerisi eğitiminin yanı sıra, problem çözme eğitimi, sosyal beceri geliştirme eğitimi, atılganlık eğitimi de yapılmalıdır (Carpatino 1999, Gates 1997, Hayes 1990, Zahariae 2003).

- Hasta ve ailesiyle birlikte hastada meydana gelen duygusal ve davranışsal değişiklikler tartışılmalı, hastanın tepkilerini fark etmesine ve tanımlamasına yardımcı olunmalı, bunların nedenleri anlaşılmaya çalışmalıdır. Hasta yargılanmamalı ve tepkilerinden dolayı suçlanmamalıdır (McFarland 1991, Sungur 1999).

- Diğer yardım edici hemşirelik müdahalesi psikofarmakoloji alanındadır. Burada sıkıntı veren duygulanımı ortadan kaldırmak için psikotrop ilaçlardan yararlanılmaktadır. Hemşirelerin buradaki fonksiyonu hastanın bilişsel ve davranışsal durumunu değerlendirmek ve ilaçlara uyumunu sağlamaktır (Passik 1998, Symes 1995).

IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, kanser tanısı alan hastalarda posttravmatik stres bozukluğu yaygınlığının belirlenmesi, posttravmatik stres bozukluğu ile stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek unsurları arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 1 Haziran- 30 Temmuz 2003 tarihleri arasında Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının bulunduğu Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Bölümlerinde yapılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, 1993 yılında hizmete açılmış olup; Medikal Onkoloji, Temel Onkoloji, Pediatrik Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi bölümleri bulunmaktadır. Hastanede yataklı tedavi hizmeti olmayıp, yalnızca poliklinik hizmeti verilmektedir. H.Ü. Erişkin Hastanesi cerrahi kliniklerinde cerrahi işlemi tamamlanan kanser hastalarının daha sonraki tüm izlemi ve tedavileri H.Ü. Onkoloji Hastanesi'nde yapılmaktadır. Medikal Onkoloji bölümünde 18 hekim, 7 hemşire; Radyasyon Onkolojisi bölümünde ise 10 hekim, 4 hemşire, 16 teknisyen görev yapmaktadır. Ayrıca kurumda hastaların psikososyal sorunlarını belirleyerek gerekli müdahalelerde bulunan, sürekli olmayıp gönüllü bir hizmet birimi olan Ruh Sağlığı Birimi yer almaktadır.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi 1985, yılında hizmete açılmıştır ve hastanede kanser hastaları için ayrı bir klinik bulunmaktadır. Tıbbi Onkoloji Kliniği 25 yatak kapasitelidir ve ayrıca gündüz tedavi ünitesi bulunmaktadır. Klinikte 8 hekim ve 8 hemşire görev yapmaktadır ve 4 özel oda, bir agoni odası ve bir nötrojeni odası

bulunmaktadır. Genel olarak hastaların yanında onlara refakat eden en az bir yakınları bulunmaktadır. Gündüz Tedavi Ünitesi'nde hastalara ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir ve üniteye 3 hekim, 10 hemşire görev yapmaktadır. Kurumda hastaların psikososyal sorunlarını değerlendiren özel bir birim bulunmamaktadır.

3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde ayaktan, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde ise ayaktan ve yatarak tedavi gören, 6 aylık süre içinde kanser tanısı konulmuş hastalar oluşturmuştur. Son bir yıl içinde Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde 7470 hasta kemoterapi, 1730 hasta radyoterapi tedavisi görmüş, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde ise 4000 hasta kemoterapi, 800 hasta radyoterapi tedavisi almak için başvurmuştur. Bu veriler dikkate alınarak araştırma örneklemi için, tabakalı örnekleme yöntemine göre minimum alınması gereken hasta sayısı 170 olarak bulunmuştur. H.Ü. Onkoloji Hastanesi'nden minimum 120 hasta, A.Ü. İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Bölümü'nden ise minimum 50 hastanın alınması gerektiği saptanmıştır. Bu doğrultuda araştırma örneklemi, çalışmanın gerçekleştiği Haziran-Temmuz 2003 tarihleri arasında yukarıda adı geçen hastanelerde bulunan ve çalışma ile ilgili bilgi verildikten sonra görüşmeyi kabul eden hastalar arasından seçilmiştir. Belirtilen tarihler arasında 314 hastaya ulaşılmış ancak 13 hasta görüşmeyi reddettiği, bir hasta da radyoterapi tedavisinin başlaması nedeniyle görüşmeyi yarıda bıraktığı için araştırma örneklemi, H.Ü. Onkoloji Hastanesi'nden 210 ve A.Ü. İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Bölümü'nden ise 90 hasta alınarak toplam 300 hastadan oluşmuştur.

Örneklemin belirlenmesinde aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır:

1. Araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılma ile ilgili görüşleri alınan istekli hastalar alınmıştır.

2. Araştırmada, hastalardaki Posttravmatik Stres Bozukluğunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçüm aracının (SCID- I) uygulanabilmesi için 18 yaşından büyük olan, ajite olmayan, ağır psikotik belirtileri bulunmayan, görüşmeyi sürdürecek bilişsel yeterliliğe sahip olan hastalar alınmıştır.

3. Literatürde PTSD belirtilerinin travmadan sonraki ilk 6 aylık dönem içinde ortaya çıktığı belirtilmektedir (Kangas 2002, Karen 2000, Kazak 1997). Bu nedenle 0-6 ay içinde kanser tanısı konulan hastalar alınmıştır.

4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından görüşme yolu ile araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren "Kişisel Bilgi Formu", PTSD'nu ölçmek için "DSM- IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID- I)", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" aracılığı ile elde edilmiştir.

5. Veri Toplama Formları

Kişisel Bilgi Formu (Ek-I)

Bu form, hastaların sosyodemografik özellikleri ile hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Kangas 2002, Karen 2000, Kazak 1997, Pitman 2001). Formda, Posttravmatik Stres Bozukluğu oluşumunu etkilediği düşünölen, hastaların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler gibi bireysel özelliklerini içeren 9 madde; hastalık ve tedavi sürecine yönelik olarak hastaların tanısını, tanıyı ne zaman ve nasıl öğrendiğini, hastalık süresini, halen uygulanan tedavileri, tedavi süresini, tedavinin önemli yan etkilerini, başka bir fiziksel hastalığın olup olmadığını ve şu andaki duygusal durumunu içeren 10 madde olmak üzere toplam 19 madde yer almıştır.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış PTSD Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version) (SCID- I) (Ek-II)

SCID- I, major DSM-IV eksen I tanılarının konması için First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Ülkemizde güvenilirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmış ve Kappa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınma kriterleri olarak 18 yaşından büyük olma, ajitasyon olmaması, ağır psikotik belirtilerin bulunmaması ve yapılandırılmış görüşmeyi sürdürecektir bilişsel yeterliliğe sahip olma bulunmaktadır (Aydemir ve Köroğlu 2000).

Altı modülden oluşmaktadır ve bozukluğu tanı kriterleri ile araştırmaktadır. İlk modülde kişinin olağan insan yaşantısının dışında, psikolojik olarak travmatik bir yaşantısının olup olmadığı belirlenir ve ikinci modüle geçilir. İkinci modül travmatik olayın sürekli olarak yeniden yaşanıp yaşanmadığını belirleyen 4 soru içermektedir ve sorulardan en az birisi eşik değeri geçerse üçüncü modüle geçilir. Üçüncü modül travmatik olaydan sonra olanlar hakkında düşünmekten ve üzülmekten kaçınmak için özel bir çaba harcıyıp harcamadığını belirleyen 7 soru içermektedir ve sorulardan en az üçü eşik değeri geçerse dördüncü modüle geçilir. Dördüncü modül travmadan önce olmayan artmış uyanıklık belirtilerini değerlendiren 6 soru içermektedir ve sorulardan en az ikisi eşik değeri geçerse sonraki modüllere geçilir. Diğer modüllerde tüm bu belirtilerin süresi ve başlangıcı belirlenerek, belirti sayısı ve eşik değer çerçevesinde tanı değerlendirmesi yapılır. Belirtilerin tek tek eşik değerini geçmesi ve birleşerek tanıyı karşılayıp karşılamadığı araştırmacının yorumuna kalmış bir durumdur. Bu amaçla görüşmenin içerdiği sorulara ek olarak istenen sorular sorulabilir. Görüşülen denek ile görüşmecinin bir belirtinin varlığı konusunda uyuşmaları şart değildir. Bir belirtinin varlığı konusunda şüphe varsa, “yok” olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle araştırmacı uzman kişilerden formun uygulanması ile ilgili eğitim almıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Ek-III)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup ülkemizde Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuş, Cronbach's alpha katsayısı 0,78-0,92 olarak belirlenmiştir (Eker ve Arkar 1995).

Ölçek toplam 12 maddeden oluşan "Kesinlikle hayır" dan "Kesinlikle evet" e kadar 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; bireylerin destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmaktadır ve her alt grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile; 6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini belirtirken 1.2.5.10. maddeler ise özel kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin bütününden alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 1995, Arkar ve Yıldız 2001).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ways of Coping Inventory (SBTÖ) (Ek-IV)

Stresle Başa Çıkma Ölçeği, kişilerin genel ya da belirgin stres durumları ile başa çıkmada kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980'de Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş 66 maddelik bir ölçektir..Yurt dışında çeşitli çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konulmuş olan ölçeğin, ülkemizdeki ilk standardizasyon çalışması Siva (1991) tarafından gerçekleştirilmiş, kültüre özgü 8 madde eklenmiş ve ölçek " Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği " adı ile kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra Şahin ve arkadaşları tarafından (1995) psikometrik

değerlendirmeleri tekrar yapılmış, ölçek toplam 30 maddelik ve 5 ayrı alt gruptan oluşturulmuştur. Ayrıca SBTÖ' nin üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerinin Cronback Alpha güvenilirlik katsayıları;

	<u>1.çalışma</u>	<u>2.çalışma</u>	<u>3.çalışma</u>
İyimser Yaklaşım	66	49	68
Kendine Güvenli Yaklaşım	80	77	62
Çaresiz Yaklaşım	64	68	73
Boyun Eğici Yaklaşım	72	47	70
Sosyal Destek Arama	47	45	–

olarak bulunmuştur.

Ölçeğin güvenilirlik katsayılarının uygunluğu, faktör yapısının özelliği, alt ölçeklerin çeşitli değişkenlerle beklenen yöndeki ilişkileri nedeniyle başa çıkma yöntemlerini ölçmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Durak 1995). Ülkemizde bir çok çalışmada kullanılmış olan ölçek “hiç uygun değil” den “çok uygun”a doğru derecelendirilmiş 4'lü likert tipi ve kendini değerlendirme niteliğindeki bir formdur. Toplam 30 maddeden oluşan ölçeğin alt grupları ve bu gruplardaki maddeler şunlardır:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26)
2. İyimser Yaklaşım (2,4,6,12,18)
3. Kendine Güvensiz Yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28)
4. Boyun Eğici Yaklaşım (5,13,15,17,21,24)
5. Sosyal Destek Arama (1,9,29,30) dır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, toplam puan elde edilememekte, puanlar her bir alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her maddeye verilen yanıtlar 0,1,2,3 şeklinde puanlanıp, her bireyin her alt gruptaki puanları tek tek toplanarak o gruptaki madde sayısına bölünmektedir. Böylece her alt grubun ortalama puanı elde edilmektedir. Ancak Sosyal Destek Arama grubundaki 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır (Şahin ve Durak 1995).

6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmada formların uygulanması Haziran-Temmuz 2003 tarihleri arasında adı geçen hastanelerin onkoloji birimlerinde yapılmıştır. Uygulama öncesi her iki kurum yöneticileri ile yüz yüze görüşülerek sözel ve yazılı izin alınmıştır (Ek). Hastalar ile iletişimi geliştirmek, kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak için araştırmacı kendisini tanıtmış, durumlarına yönelik duygu ve düşünceleri paylaşılmıştır. Rahat olduklarını ifade etmeleri sağlandıktan sonra hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılma ile ilgili görüşleri alınmıştır. Araştırma grubuna girmeye gönüllü olan hastalara veri toplama formları, hastanenin bekleme salonunda veya kemoterapi tedavileri sırasında görüşme yoluyla tek tek uygulanmıştır. Soruların bazı hastalar için yeterince açık bulunmaması durumunda açıklama yapılmıştır. Görüşme sırasında hastaların fiziksel ve duygusal olarak rahat olmasına dikkat edilmiş, fiziksel sorun (bulantı, kusma, ağrı) veya duygu yoğunluğu (öfkelenme, ağlama) tespit edildiğinde görüşmelere ara verilmiş, hastanın gereksinimlerine göre soruna yönelik destekleyici yaklaşım sağlanmış (ağlamasına izin verme, yanında bulunma, kendisini ifade etmesini sağlama vb.) ve hasta rahatladıktan sonra görüşmeye devam edilmiştir. Görüşme süresi içinde psikososyal sorunları olduğu tespit edilen hastalar daha sonra Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde bulunan Ruh Sağlığı Birimi'ne yönlendirilmiştir. Görüşme ortalama 40 dakika sürmüştür.

7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi elde ve bilgisayar aracılığı ile yapılmıştır. Uzman yardımı alınarak hastaların bireysel, hastalık ve tedavi özellikleri gruplandırılmıştır. Ölçekler ise elde puanlanarak ayrı ayrı toplanmış ve bireylerin her ölçeğe ve alt ölçeklerine ait puanları belirlenmiştir. Veriler kodlandıktan sonra araştırmacı tarafından bilgisayara yüklenmiştir.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; bağımsız değişkenlerle PTSD yaşama durumlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi (χ^2), PTSD yaşama durumlarının sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkisinin karşılaştırılmasında ise, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Değerlendirme bilgisayarla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 10.0 İstatistik Yazılım Programında yapılmıştır.

V. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 300 hastaya ilişkin kişisel ve hastalık özellikleri, Posttravmatik Stres Bozukluğu yaygınlığı ve PTSS ile Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının ilişkisini gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 1’de Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=300)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	175	58.3
	Erkek	125	41.7
Yaş Ortalaması		52.61	
Yaş	≤ 34	37	12.3
	35-44	44	14.7
	45-54	86	28.7
	55-64	64	21.3
	65 ≥	69	23.0
Eğitim Durumu	Eğitimi Olmayan	45	15.0
	İlkokul	128	42.7
	Ortaokul-Lise	70	23.3
	Üniversite	57	19.0
Medeni Durumu	Evli	250	83.3
	Bekar-Dul-Boşanmış	50	16.7
Çocuk Olup Olmaması	Var	262	93.2
	Yok	38	6.8
Mesleği	Ev Hanımı	140	46.7
	Memur	36	12.0
	Emekli	93	31.0
	Diğer	31	10.3
Halen Çalışma Durumu	Çalışıyor	57	19.0
	Çalışmıyor	243	81.0
İşten Uzaklaşma Durumu (n=57)	1-3 Ay	32	56.1
	4 Ay ve Üzeri	22	43.9
Aylık Gelir Düzeyi	≤ 350 Milyon	56	18.7
	350-500 Milyon	101	33.7
	500 Milyon-1 Milyar	117	39.0
	1 Milyar ≥	26	8.7
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	17	5.7
	Ailesi ile birlikte	283	94.3

*Diğer adı altında öğrenci, işçi, serbest meslek yer almıştır.

Tablo 1’de görüldüğü gibi, hastaların %58.3’ünün kadın, %41.7’sinin erkek olduğu; %83.3’ünün evli ve %93.2’sinin çocuk sahibi oldukları; yaş ortalamalarının 52.61 ve %28.7’sinin orta yaş (45-54), %23.0’ının ileri yaş (65≥) grubunda olduğu, buna karşılık %27’sinin 44 yaşın altında kanser tanısı aldığı belirlenmiştir.

Hastaların %94.3’ünün ailesiyle birlikte yaşadığı, %5.7’sinin ise yalnız yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; %42.7'sinin ilkokul mezunu, buna karşılık %19.0'ının üniversite mezunu olduğu, %15.0'ının ise eğitiminin olmadığı belirlenmiştir.

Çalışma durumları incelendiğinde; hasta grubunun büyük çoğunluğunu ev hanımlarının (%46.7) oluşturduğu, %12.0'sinin memur, %31.0'inin emekli, %10.3'ünün öğrenci/ işçi/ serbest meslekle uğraştığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %19.0'unun halen bir işte çalıştığı, %81.0'ının ise çalışmadığı bulunmuştur. Çalışmayan hastaların %46.7'sinin ev hanımı, %2.3'ünün ise öğrencilerden olduğu; çalışanların %56.1'inin 1-3 ay, %43.9'unun 4 ay veya daha uzun süredir işinden uzak olduğu, sadece %5.2'sinin işine devam ettiği belirlenmiştir.

Gelir düzeylerine bakıldığında; hastaların %39.0'u 500 milyon-1 milyar TL. arasında geliri olduğunu belirtirken, %33.7'si 350-500 milyon TL. arasında, %18.7'si ise 350 milyon ve altında geliri olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 2'de hastaların hastalık ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özellikleri (N=300)

Hastalık Özellikleri		Sayı	Yüzde
Tıbbi Tanı	Meme Kanseri	74	24.7
	Baş-Boyun Kanserleri	50	16.7
	Kolon Kanseri	43	14.3
	Uterus Kanseri	36	12.0
	Akciğer Kanseri	30	10.0
	Lenfoma	14	4.7
	Prostat Kanseri	13	4.3
	Karaciğer-Pankreas Kanserleri	11	3.7
	Mide Kanseri	10	3.3
	Osteosarkom	9	3.0
	Böbrek-Mesane Kanserleri	4	1.3
	Cilt Kanseri	4	1.3
	Lösemi	2	0.6
	Tanıyı Ne Zaman Öğrendiği	1-2 Ay Önce	87
3-4 Ay Önce		117	39.0
5-6 Ay Önce		96	32.0
Ortalama Hastalık Süresi		X=3.99 Ay	
Hastalık Süresi	1-2 Ay	72	24.0
	3-4 Ay	105	35.0
	5-6-7 Ay	123	41.0

Tablo 2’de görüldüğü gibi; hastaların %24.7’si meme kanseri, %16.7’si baş-boyun kanserleri, %14.3’ü kolon kanseri, %12.0’si uterus kanseri, %10.0’u akciğer kanseri, %4.7’si lenfoma, %4.3’ü prostat kanseri, %3.7’si pankreas-karaciğer kanserleri, %3.3’ü mide kanseri, %3.0’ü osteosarkom, %1.3’ü cilt ve böbrek-mesane kanserleri, %0.6’sı lösemi tanı grubunda yer almaktadır.

Hastaların %29.0’ının tanısını 1-2 ay önce, %39.0’ının 3-4 ay önce, %32.0’ının ise 5-6 ay önce öğrendikleri belirlenmiştir. Hastaların hastalık sürelerine bakıldığında; %24.0’ının 1-2 aydır, %35.0’ının 3-4 aydır, %41.0’ının 5-7 aydır hasta oldukları; hastalık süresi ortalamasının ise 3.99 ay olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3’de hastaların kanser tedavisi ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Kanser Tedavisi İle İlgili Özellikleri (N=300)

Tedavi Özellikleri		Sayı	Yüzde
Halen Uygulanan Tedaviler	Tekli Tedavi (KT, RT, C)	83	27.7
	İkili Tedavi (RT+KT, RT+C, KT+C)	159	53.0
	Üçlü Tedavi (RT+KT+C)	58	19.3
Cerrahi ise Türü (n=198)	Meme	64	32.3
	GİS	51	25.8
	GÜS	42	21.2
	Baş – Boyun	30	15.1
	Diğer (Lenf. Akciğer. Osteosarkom)	11	5.6
Tedavi Süresi	1 Ay	89	29.7
	2 Ay	59	19.7
	3 Ay	55	18.3
	4 Ay	39	13.0
	5-6 Ay	58	19.3
Ortalama Tedavi Süresi		X=2.78 Ay	
Tedavinin Yan Etkisinin Olup Olmadığı	Var	251	83.7
	Yok	49	16.3
Tedavinin Yan Etkileri (n=251)	Bulantı-Kusma	182	72.5
	Saç Dökülmesi	162	64.5
	Kilo Kaybı	73	29.0
	Ağrı	39	15.5
	Halsizlik-Ağızda Kuruluk-İştahsızlık	14	5.57
Halen Başka Bir Fiziksel Hastalığı Olup Olmadığı	Var	77	25.7
	Yok	223	74.3
Şu Andaki Duygusal Durumunu Algılayışı	Çökkün	77	25.7
	Endişeli	31	10.3
	Normal	192	64.0

(*İfadeler birden fazla olup yüzdeler toplam n 'e göre alınmıştır.)

Tablo 3' de görüldüğü gibi; hastaların %53.0'üne ikili tedavi uygulanırken, %19.3'üne ise üçlü tedavi uygulanmaktadır. Ayrıca hastaların %66.0'ına cerrahi tedavi uygulanmakta olup, bunlardan %32.3'üne meme cerrahisi, %25.8'ine GİS cerrahisi, %21.2'sine GÜS cerrahisi uygulanmıştır.

Hastaların tedavi sürelerine bakıldığında; %29.7'sinin 1 aydır, %19.7'sinin 2 aydır, %18.3'ünün 3 aydır, %13.0'mının 4 aydır, %19.3'ünün 5-6 aydır tedavi gördüğü; tedavi süresi ortalamasının ise 2.78 ay olduğu belirlenmiştir.

Uygulanan tedavilere bağlı olarak hastaların %83.7'sinin yan etki yaşadığı ve bu hastaların en fazla bulantı- kusma (%72.7) ve saç dökülmesi (%64.5) sorunu yaşadıkları, daha az olarak da kilo kaybı (%29.0) ve ağrı (%15.5) yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastaların %25.7'si halen bir başka fiziksel hastalıklarının olduğunu ifade etmişler ve bunlardan %66.2'si Hipertansiyon, %31.1'i Diabetes Mellitus, %16.8'i kalp rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

Hastaların şu andaki duygusal durumlarını algılayışına bakıldığında; %25.7'si kendisini çökkün, %10.3'ü endişeli olarak ifade ederken %64.0'ı normal olarak ifade etmiştir.

Tablo 4'de hastalardaki Posttravmatik Stres Bozukluğu yaygınlığı verilmiştir.

Tablo 4. Hastalarda SCID- I Ölçeğine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaygınlığı

PTSB	Sayı	Yüzde
Var	156	52.0
Yok	144	48.0
Toplam	300	100.0

Tablo 4’de görüldüğü gibi: hastaların %52.0’ ında PTSD saptanmıştır.

Tablo 5’de hastalarda tanıtıcı özelliklerine göre PTSD görülme durumu verilmiştir.

Tablo 5. Hastalarda Tanıtıcı Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu (N=300)

Tanıtıcı Özellikler	n	PTSB				TEST
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Cinsiyet						$x^2=7.16$ sd=1 p< 0.05
Kadın	175	102	58.2	73	41.8	
Erkek	125	54	43.2	71	56.8	
Yaş						$x^2=14.92$ sd=4 p< 0.05
≤ 34	37	26	70.2	11	29.8	
35-44	44	29	65.9	15	34.1	
45-54	86	47	54.6	39	45.4	
55-64	64	28	43.7	36	56.3	
65 ≥	69	26	37.6	43	62.4	
Eğitim Durumu						$x^2=1.68$ sd=3 p>0.05
Eğitimi Olmayan	45	25	55.5	20	44.5	
İlkokul	128	61	47.6	60	52.4	
Ortaokul – Lise	70	37	52.8	33	47.2	
Üniversite	57	33	57.8	24	42.2	
Medeni Durumu						$x^2=0.06$ sd=1 p> 0.05
Evli	250	130	52.0	120	48.0	
Bekar-Dul-Boşanmış	50	26	52.0	24	48.0	
Çocuk Olup Olmaması						$x^2=2.04$ sd=1 p> 0.05
Var	262	132	50.3	130	49.7	
Yok	38	24	63.1	14	36.9	
Birlikte Yaşadığı Kişiler						$x^2=3.79$ sd=1 p<0.05
Yalnız	17	4	23.5	13	76.5	
Ailesi ile birlikte	283	152	53.7	131	46.3	
Mesleği						$x^2=6.37$ sd=3 p> 0.05
Ev Hanımı	140	80	57.1	60	42.9	
Memur	36	20	55.5	16	44.5	
Emekli	93	39	41.9	54	58.1	
Diğer (Öğr. İşçi. S. Meslek.)	31	17	54.8	14	45.2	
Halen Çalışma Durumu						$x^2=0.87$ sd=1 p>0.05
Çalışıyor	57	33	57.8	24	42.2	
Çalışmıyor	243	123	50.6	120	49.4	
İşten Uzaklaşma Durumu (n=57)						$x^2=2.05$ sd=2 p>0.05
1-3 Ay	32	18	56.2	14	43.8	
4 Ay ve Üzeri	22	14	63.6	8	36.4	
Aylık Gelir Düzeyi						$x^2=0.69$ sd=3 p>0.05
≤ 350 Milyon	56	30	53.5	26	46.5	
350-500 Milyon	101	51	50.4	50	49.6	
500-1.000 Milyon	117	60	51.2	57	48.8	
1 Milyar ≥	26	15	57.6	11	42.4	

Tablo 5’de görüldüğü gibi, PTSS yaygınlığı tanıtıcı özelliklere göre değerlendirildiğinde; kadınların %58.2’sinde, erkeklerin %43.2’sinde PTSS olduğu görülmüş, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastalarda PTSS görülme durumu yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; 34 yaş ve daha küçük hastaların %70.2’sinde, 35-44 yaş grubundaki hastaların %65.9’unda, 45-54 yaş grubundaki hastaların %54.6’sında, 55-64 yaş grubundaki hastaların %43.7’sinde, $65 \geq$ yaşındaki hastaların %37.6’sında PTSS olduğu görülmüş, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca farklılığın 55 ve üzeri yaş grubundaki hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde ise; eğitimi olmayanların %55.5’inde, ilkokul mezunu olanların %47.6’sında, ortaokul/ lise mezunların %52.8’inde ve üniversite mezunların %57.8’inde PTSS belirlenmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalardaki PTSS yaygınlığı medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde; evli olanlar (%52.0) ile evli olmayanlar (%52.0) arasında fark olmadığı görülmüştür. Hastalardan çocuğu olanların %50.3’ünde PTSS belirlenirken, çocuğu olmayanların %63.1’inde PTSS olduğu saptanmış, ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Birlikte yaşadığı kişilere göre değerlendirildiğinde; PTSS ailesi ile birlikte yaşayan hastaların %53.7’sinde saptanırken, yalnız yaşayanların %23.5’i PTSS tanısı almıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların PTSS yaşama durumları mesleki özelliklerine göre değerlendirildiğinde; ev hanımı olan hastaların %57.1’inde, memur olanların %55.5’inde, öğrenci, işçi, serbest meslek olan hastaların ise %54.8’inde ve emekli olanların %41.9’unda PTSS bulunmuş, ancak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Halen çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde, halen çalışanların %57.8’inde, çalışmayanların ise %50.6’sında PTSS olduğu bulunmuştur. Ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Çalışanların işten uzaklaşma durumlarına bakıldığında; 1-3 aydır işten uzak olan hastaların %56.2’sinde PTSS saptanırken, $4 \geq$ aydır işten uzak olan hastaların %63.6’sında

PTSB görülmüştür. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Aylık gelir düzeylerine göre hastalardaki PTSD yaygınlığı değerlendirildiğinde ise; ≤ 350 milyon geliri olan hastaların %53.5'inde, 350-500 milyon geliri olan hastaların %50.4'ünde, 500 milyon- 1 milyar geliri olan hastaların %51.2'sinde, 1 milyar ve üzeri geliri olan hastaların %57.6'sında PTSD olduğu görülmüş, ancak farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6'da hastalarda hastalıkla ilgili özelliklerine göre PTSD görülme durumu verilmiştir.



Tablo 6. Hastalarda Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu (N=300)

Hastalık Özellikleri		PTSB				TEST
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Tıbbi Tanı	n					
Pankreas – Karaciğer Kanseri	11	10	90.9	1	9.1	x ² =22.35 sd=11 p<0.05
Osteosarkom	9	7	77.7	2	22.8	
Uterus Kanseri	36	22	61.1	14	38.9	
Baş-Boyun Kanseri	50	29	58.0	21	42.0	
Meme Kanseri	74	39	52.7	35	47.3	
Akciğer Kanseri	30	15	50.0	15	50.0	
Lösemi	2	1	50.0	1	50.0	
Kolon Kanseri	43	19	44.2	24	55.8	
Lenfoma	14	6	42.9	8	57.1	
Prostat Kanseri	13	2	15.3	11	82.4	
Mide	10	4	40.0	6	60.0	
Cilt Kanseri	4	1	25.0	3	75.0	
Böbrek - Mesane Kanseri	4	1	25.0	3	75.0	
Tanıyı Ne Zaman Öğrendiği						
1-2 Ay	87	49	56.3	38	43.7	x ² =1.62 sd=2 p>0.05
3-4 Ay	117	55	47.0	62	53.0	
5-6 Ay	96	52	54.1	44	45.9	
Hastalık Süresi						
1-2 Ay	72	41	56.9	31	43.1	x ² =1.63 sd=2 p>0.05
3-4 Ay	105	49	46.7	56	53.3	
5-6-7 Ay	123	66	53.7	57	46.3	

Hastalardaki PTSD yaygınlığı hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde (Tablo 6); PTSD en fazla pankreas- karaciğer kanserli hastalar (%90.9), osteosarkom'lu hastalarda (%77.7) görülürken, uterus (%61.1), baş- boyun (%58.0), meme (%52.7), akciğer kanseri ve lösemili (%50.0) hastaların yaklaşık yarısında saptanmıştır. Cilt ve böbrek- mesane kanseri (%25.0) ile prostat kanserli (%15.3) hastalarda ise düşük oranda tespit edilmiş, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Hastalarda PTSD görülme durumu tanıyı ne zaman öğrendiklerine göre değerlendirildiğinde; 1-2 ay önce öğrenen hastaların %56.3'ünde, 3-4 ay önce öğrenen hastaların %47.0'ında, 5-6 ay önce öğrenen hastaların %54.1'inde PTSD

olduğu bulunmuştur. Hastaların hastalık süresine göre değerlendirildiğinde; 1-2 aydır hasta olanların %56.9'unda, 3-4 aydır hasta olanların %46.7'sinde, 5-7 aydır hasta olanların %53.7'sinde PTSD olduğu görölmüş, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7'de hastalarda tedavi özelliklerine göre PTSD görülme durumu verilmiştir.



Tablo 7. Hastalarda Tedavi Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu (N:300)

Tedavi Özellikleri	PTSB				TEST	
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Halen Uygulanan Tedaviler	n					
Tekli Tedavi	83	37	44.6	46	55.4	x ² =2,76 sd=2 p>0.05
İkili Tedavi	159	88	55.3	71	44.7	
Üçlü Tedavi	58	32	55.2	26	44.8	
Cerrahi İse Türü (n=198)						x ² =7.38 sd=5 p>0.05
Meme	64	36	56.2	28	43.7	
GİS	51	23	45.0	28	55.0	
GÜS	42	21	50.0	21	50.0	
Baş – Boyun	30	21	70.0	9	30	
Diğer (Lenf. Akciğer. Osteosarkom)	11	7	63.6	4	36.4	
Tedavi Süresi						x ² =0.68 sd=1 p>0.05
1 Ay	89	47	52.8	42	47.2	
2 Ay	59	30	50.8	29	49.2	
3 Ay	55	28	50.9	27	49.1	
4 Ay	39	21	53.8	18	46.2	
5-6 Ay	58	30	51.7	28	48.3	
Tedavinin Yan Etkisi						x ² =14.57 sd=12 p>0.05
Var	251	133	52.9	118	47.1	
Yok	49	23	46.9	26	53.1	
Halen Başka Bir Fiziksel Hastalığı						x ² =0.76 sd=1 p>0.05
Var	77	37	48.0	40	52.0	
Yok	223	119	53.3	104	46.7	
Şu Andaki Duygusal Durumunu Algılayışı						x ² =131.36 sd=2 p<0.05
Çökkün	77	76	98.7	1	1.3	
Endişeli	31	28	90.3	3	9.7	
Normal	192	52	27.0	140	73.0	

Hastalardaki PTSD görülme durumu tedavi özelliklerine göre değerlendirildiğinde (Tablo 7); uygulanan tedavi çeşitlerine göre, tekli tedavi uygulanan hastaların %44.6'sında PTSD belirlenirken, ikili tedavi uygulanan hastaların %55.3'ünde, üçlü tedavi uygulanan hastaların %55.2'sinde PTSD olduğu bulunmuştur. Cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre; en fazla baş- boyun cerrahisi uygulanan (%70.0) hastalar ile lenf, akciğer, osteosarkom cerrahisi (%63.6)

ve meme cerrahisi (%56.2) uygulanan hastalarda PTSS olduğu saptanmıştır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların tedavi sürelerine göre PTSS görülme oranlarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Tedaviye bağlı yan etki yaşayan hastaların %52.9'unda PTSS görülürken, yaşamayanların %46.9'unda PTSS olduğu bulunmuş, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastaların halen herhangi bir fiziksel hastalığı olup olmadığı değerlendirildiğinde; başka bir fiziksel hastalığı olanların %48.0'ında, olmayanların %53.3'ünde PTSS olduğu görölmüş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların şu andaki duygusal durumlarına yönelik görüşleri değerlendirildiğinde; kendini "çökkün" (%98.7) ve "endişeli" (%90.3) olarak tanımlayan hastaların tamamına yakınında PTSS belirlenirken, kendini "normal" olarak niteleyen hastaların yalnızca %27.0'ında PTSS olduğu görölmüştür ve her grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 8'de hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup madde ortalama puanları verilmiştir.

Tablo 8. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Grup Madde Ortalama Puanları (N=300)

SBTÖ Alt Grupları	Alnabilecek Min. Puan	Alnabilecek Max. Puan	Alınan Min. Puan	Alınan Max. Puan	X ± S
Kendine Güvenli Yaklaşım	0	24	5	20	13.0 0.15
İyimser Yaklaşım	0	15	1	15	9.54 0.12
Çaresiz Yaklaşım	0	21	2	20	10.13 0.21
Boyun Eğici Yaklaşım	0	18	1	16	10.62 0.12
Sosyal Destek Arama	0	12	3	12	8.33 0.14

Tablo 8’de görüldüğü gibi, hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup maddeleri ortalama puanları; Kendine Güvenli Yaklaşım için 24 puan üzerinden X= 13.0, İyimser Yaklaşım için 15 puan üzerinden X= 9.54, Çaresiz Yaklaşım için 21 puan üzerinden X= 10.13, Boyun Eğici Yaklaşım için 18 puan üzerinden X= 10.62, Sosyal Destek Arama için 12 puan üzerinden X= 8.33 olarak bulunmuştur.

Tablo 9’da hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt grup madde ortalama puanları verilmiştir.

Tablo 9. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanları (N=300)

SDÖ Genel ve Alt Grupları	Alınabilecek Min. Puan	Alınabilecek Max. Puan	Alınan Min. Puan	Alınan Max. Puan	$\bar{X} \pm S$
Genel	28	84	34	84	72.06 0.58
Aile Desteği	4	28	13	28	25.85 0.15
Arkadaş Desteği	4	28	9	28	21.60 0.26
Özel Kişi Desteği	4	28	7	28	24.61 0.21

Tablo 9’da görüldüğü gibi; hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel madde ortalama puanı 84 puan üzerinden $X= 72.06'$ dir. Sosyal Destek Ölçeği alt grup madde ortalama puanı; 28 puan üzerinden aile desteği için $X= 25.85$, arkadaş desteği için $X= 21.60$, özel kişi desteği için $X= 24.61$ olarak bulunmuştur.

Tablo 10’da Posttravmatik Stres Bozukluğu yaygınlığı ile hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 10. Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaygınlığı ile Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBTÖ	PTSB VAR (n=156)	PTSB YOK (n=144)	TEST
Kendine Güvenli Yaklaşım	11.67 ± 0.19	14.47 ± 0.17	t = 10.51 p < 0.05
İyimser Yaklaşım	8.48 ± 0.15	10.70 ± 0.13	t = 10.43 p < 0.05
Çaresiz Yaklaşım	12.53 ± 0.23	7.52 ± 0.21	t = 15.62 p < 0.05
Boyun Eğici Yaklaşım	11.16 ± 0.15	10.03 ± 0.18	t = 4.67 p < 0.05
Sosyal Destek Arama	7.88 ± 0.12	8.81 ± 0.11	t = 5.40 p < 0.05

Tablo 10'da görüldüğü gibi, PTSD saptanan hastalarda kendine güvenli yaklaşım (11.67), iyimser yaklaşım (8.48) ve sosyal destek arama davranışı (7.88) puanları diğer hastalardan düşük bulunurken; çaresiz yaklaşım(12.53) ve boyun eğici yaklaşım (11.16) puanları yüksek bulunmuştur. PTSD olan ve olmayan hastalar arasındaki farkın tüm alt gruplar için anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05).

Tablo 11'de Posttravmatik Stres Bozukluğu yaygınlığı ile hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 11. Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaygınlığı ile Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SDÖ	PTSB VAR (n=156)	PTSB YOK (n=144)	TEST
Genel	70.03 ± 0.84	74.26 ± 0.76	t = 3.85 p < 0.05
Aile Desteği	25.42 ± 0.24	26.30 ± 0.19	t = 2.93 p < 0.05
Arkadaş Desteği	20.60 ± 0.36	22.68 ± 0.37	t = 4.00 p < 0.05
Özel Kişi Desteği	24.00 ± 0.31	25.27 ± 0.21	t = 3.35 p < 0.05

Tablo 11’de görüldüğü gibi, hastaların Sosyal Destek Ölçeği genel ortalama puanı PTSD olan hastalarda X= 70.03 bulunurken, olmayan hastalarda X= 74.26 olarak belirlenmiştir. Sosyal Destek Ölçeği alt grup madde ortalama puanları değerlendirildiğinde; algılanan aile desteği PTSD olanlarda X= 25.42 iken, olmayanlarda X= 26.30; arkadaş desteği PTSD olanlarda X= 20.60, olmayanlarda X= 22.68; özel kişi desteği ise PTSD olanlarda X= 24.00, olmayanlarda X= 25.27 olarak saptanmıştır. Farklılık tüm gruplar arasında anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

VI. TARTIŞMA

Bu bölümde, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Birimi'nde tedavi gören 300 kanser hastasında bireysel ve hastalık özellikleri ile PTSD yaygınlığı ve PTSD ile bireysel - hastalık özellikleri, sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzları ilişkisine yönelik bulgular tartışılmaktadır.

1-Hastalardaki PTSD Yaygınlığının Tartışılması (Tablo 4)

DSM- IV' e göre PTSD tanısı için gerekli kriterlerden birisi, yaşamı tehdit edici travmatik bir durumun olmasıdır (Josephine 2003, Kangas 2002, Zohar 2000). Kanser yaşamı tehdit eden, bir dizi olumsuz olayların eşlik ettiği, kişiyi zayıf düşüren, kronik seyirli, tekrarlayan travmalarla karakterize uzun süreli bir hastalık ve PTSD'na neden olan bir stresör olarak tanımlanmaktadır (Isaksen 2003, Seng 2003).

Çalışmamıza alınan kanser hastalarının %52'sinde PTSD saptanmıştır. Yurt dışında, tanı özelliğine bakılmaksızın yapılan benzer nitelikteki çalışmalara bakıldığında ise; Smith ve arkadaşları (1999) tarafından organ transplantasyonu olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %60'ında PTSD bulunmuş, buna karşılık McGarvey ve arkadaşlarının (1998) %54'ü meme kanseri olan ve yeni tanı konulan hasta grubunda yaptıkları çalışmalarında ise bu oran %33 bulunmuştur. Belirli tanı grupları üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında; Amir (2002) 5 yıl önce meme kanseri tanısı alıp cerrahi tedavi gören ve son 3 yıldır tedavi görmeyen 39 hastada PTSD yaygınlığını %56 olarak bulurken, Mundy ve arkadaşları (2000) meme kanseri tanısı alarak meme transplantasyonu yapılan 37 hastada %35 olarak saptamıştır. Passik ve Grummon'un (1998) belirttiğine göre; Bobertz ve arkadaşlarının uterus kanseri tanısı alan ve tedavi gören 16 hastayla yaptıkları çalışmalarında PTSD yaygınlığı %62 olarak belirlenmiştir. Ayrıca Kangas'ın (2002) belirttiğine göre; Cella ve arkadaşları, Hodking Lenfoma tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmalarında PTSD yaygınlığını %43 bulurken, Greenberg ve arkadaşları sarcoma tanısı alan 89 hastada %23 olarak bildirmişlerdir.

Çalışmamızda hastalardaki PTSD yaygınlığının diğer çalışmalarla paralel olduğu görülmektedir. Literatürde de kanserin bireyin yaşamını tümüyle altüst

etmesi, kanser tanısı, uygulanan tedaviler ve sonuçlarının travmatik olması, tedavideki ilerlemeler sonucu hastaların stres yaratan deneyimleri daha uzun süre yaşamaları nedeniyle hastaların olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsıldığı, geleceğe yönelik planlarının bozulduğu ve önemli oranda PTSD geliştiği belirtilmektedir (Alter 1996, Amir 2002, Mundy 2000).

2- PTSD Yaygınlığı ile Hastaların Tanıtıcı, Hastalık ve Tedavi Özelliklerini İçeren Bulguların Tartışılması (Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7)

Çalışmamızda, hastalardaki PTSD oranı hastaların bireysel özellikleri yönünden incelendiğinde; kadınların PTSD oranının (%58.2) erkeklere (%41.8) göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların tamamına yakını aynı zamanda ev hanımı konumundadır. Literatürde de kadınlarda PTSD gelişme riskinin erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmektedir (Hompton 2000, Kaasa 1993, Kaya 1997, Kaya 1998, Nordin1997). Breslau ve arkadaşları (1997), kadınlarda % 30.2 olan PTSD yaygınlığının erkeklerde %13 olduğunu göstermişler, kadın ve erkekler arasındaki farklılığın, kadınların yaşadıkları sıkıntıları ve belirtileri daha kolay ifade edebilmelerine, kadınların kolay incinebilmelerine bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Breslau ve Davis (1992) tarafından genç erişkinlerde PTSD yaygınlığını ortaya koymak için yapılan bir araştırmada, kadınlarda kronik PTSD erkeklerden 4 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kadınlarda %21.8, erkeklerde %5.9). Bu araştırmada akut PTSD olan kişilerin % 65'inin, kronik PTSD olanların ise %83'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Hompton ve Fromback (2000) yaptığı çalışmada ise kanser tanısından 12 ay sonra kadınlarda %20 olan PTSD oranının erkeklerde %10 olduğunu bildirmiştir. Yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Breaslau ve ark. 1997, Kaasa 1993, Nordin 1997).

Hastaların yaş ortalamaları ile PTSD oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında; 34 ve altı yaş grubunda olan hastalarda PTSD oranı %70.2 bulunurken, 35-44 yaş grubunda bu oran %65.9, 45-54 yaş grubunda ise %54.6 olarak saptanmıştır ve yaş ilerledikçe PTSD oranının (55-64 yaş grubunda %43.7, 65 ve üzeri yaş grubunda ise %37.6) düştüğü görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmacılar (Kaya 1998, McFarlane 2000, Silva 2001, Turan 1996) travma yaşayan kişilerde yaşın, travma sonrası tepkileri etkilediğini belirtmektedirler. Literatürde, PTSD her

yaşta görülebilse de, daha çok genç erişkinlik döneminde geliştiği belirtilmektedir (Brewin 1999, Kaya 1998, McFarlane 2000, Summerfield 2001). Ayrıca genç yaşta kanser tanısı almanın da PTSD için büyük bir risk olduğu belirtilmektedir (Andrykowski 1998, Cordova 2000, Green 1994). Genç yaşta kanser tanısı almak, hastaların ölümlerine yüz yüze gelmesine ve yaşamdan beklentileri yüksek olduğu için kriz yaşamalarına neden olabilir. Çünkü bu yaşlarda kişiler hayatlarını yeni şekillendirmeye başladıkları için kanser tanısını kabullenmeleri güç olabilir. Travmatik stres yaşayan kişilerde yaşın etkilerini araştıran bir başka çalışmada, orta yaş grubundaki kişilerin psikolojik problemler açısından en fazla risk taşıyan grup oldukları gösterilmiş, bu yaş grubunda sıklıkla görülen stresörlerin kronik PTSD için risk olabileceğini belirtilmiştir (Green 1994). Ancak Karen ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ise yaşın PTSD gelişmesini etkilemediği belirtilmiştir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler değerlendirildiğinde; PTSD oranı yalnız yaşayanlarda %23.5 bulunurken, ailesi ile birlikte yaşayanlarda bu oran %53.7 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Yazarlar yalnız yaşayan hastalarda sosyal destek yetersizliği nedeniyle daha fazla PTSD olacağı belirtilmektedir (Andrykowski 1998, Green 1994, Lepore 1998). Ancak çalışmamızda ailesiyle birlikte yaşayan hastalarda PTSD oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum anne ve ev hanımı konumundaki hastaların çocuk bakımı ve aile sorumluluklarının fazla olması nedeniyle hastalıktan daha fazla etkilenmiş olabileceklerini gösterebilir. Diğer yandan baba konumundaki hastaların çalışıyor olmasına, evi geçindirme sorumluluğunun olmasına ve aileleri için endişelenmelerine bağlı olabilir. Ayrıca çalışmamızda hastaların tamamına yakınının (%94.3) ailesi ile birlikte yaşamalarına bağlı olarak yüksek bir sonuç çıkmış olabilir.

Çalışmamızda PTSD oranı hastalık özellikleri yönünden incelendiğinde; PTSD en fazla pankreas- karaciğer kanserli (%90.9), osteosarkomlu hastalarda (%77.7) görülürken; uterus (%61.1), baş-boyun (%58.0), meme (%52.7), akciğer kanserli (%50.0) ve lösemili hastaların (%50.0) yaklaşık yarısında PTSD saptanmıştır. Cilt kanserli (%25.0), böbrek- mesane kanserli (%25.0), prostat kanserli (%15.3) hastalarda ise düşük oranda PTSD tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu bulgular özellikle pankreas-karaciğer kanserleri, osteosarkom, baş-boyun kanserleri, uterus ve meme kanseri tanısı alan grupta PTSD oranının diğer tanı gruplarına göre daha

yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda kanser hastalarında PTSD yaygınlığının kanserin yeri ile ilişkili olabileceğini ifade etmektedir (Kangas 2002, Karen 2000, Kazak 1997). Amir (2002) meme kanseri olan 39 hasta ile yaptığı çalışmada PTSD oranını %56 olarak saptamıştır. Bobertz ve arkadaşları (1992) 16 uterus kanserli hastayla yaptığı çalışmada PTSD oranını %62 bulurken, Greenberg ve arkadaşları (1994) sarkoma tanısı alan 89 yetişkinle yaptığı çalışmada ise %23 olarak bildirmişlerdir (Passik ve Grummon 1998). Bu bulgular bizim çalışmamıza paraleldir. Pankreas- karaciğer kanserlerinde PTSD oranının yüksek olması, bu hastaların sürekli ağrı yaşamasına ve hastalığın çok hızlı ilerlemesi nedeniyle yaşam sürelerinin kısa olmasına, osteosarkom'lu hastalarda ise hareket kısıtlılığı, fonksiyon kaybı olmasına bağlı olabilir. Baş-boyun kanseri tanısı alan hastayı da yoğun bir tedavi beklemektedir. Tedavi, hastanın yeme ya da iletişim becerisini etkilemekle beraber beden imgesini de tehdit edebilir. Ameliyat sonrası gelişen bilişsel, motor ve duygusal kayıplar nedeniyle hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşarlar (Elbi 1997, Platin 1998). Yaşanan kayıpların hastanın bağımsızlığını tehdit etmesi nedeniyle bu grupta PTSD oranı yüksek çıkmış olabilir.

Uterus ve meme kanseri olan hastalarda PTSD oranının yüksek çıkmasının nedeni, kadının değer verdiği organını kaybetmesi, ameliyat sonrası cinsel uyum sağlayamayacağını düşünmesi, kadınlığının değişeceğini, eşinin artık kendisini sevmeyeceğini düşünmesi ile açıklanabilir. Kültürümüzde çoğu kadın için uterus bir kadınlık delili ve doğurganlık simgesidir. Kadın, aile ve toplumdaki rolünü doğurganlığı ve çocuk bakımıyla birlikte alır ve böylece bir statüye sahip olur. Fakat uterusun alınmasıyla kadın toplumdaki, özellikle de ailedeki yerinin sarsılmış olduğunu düşünmektedir (Platin 1998). Prostat kanseri olan hastalarda PTSD oranı diğer tanı gruplarına göre oldukça düşük (%15.3) bulunmuştur. Bu tanı grubundaki hastaların çoğunun yaşlı olmasına ve yaşam sürelerinin diğer kanser türlerine göre daha uzun olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda PTSD oranı ile hastaların şu andaki duygusal durumlarına yönelik görüşleri değerlendirildiğinde; kendini "çökkün" (%98.7) ve "endişeli" (90.3) olarak tanımlayan hastaların tamamına yakınında PTSD belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu durum hastaların PTSD belirtilerinin yanı sıra depresyon ve anksiyete

belirtilerini de yaşadıklarını göstermektedir. PTSTB bir anksiyete bozukluğu olup, bu dönemde kaygı beklenen bir duygudur. Literatürde de kanser hastalarında en sık görülen duygu durum sorununun depresyon olduğu belirtilmektedir (Massie 1998, Özkan 1993, Tavit 1996, Turan 1992). Kangas'ın belirttiğine (2002) göre; Mundy ve arkadaşları PTSTB tanısı alan kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında major depresyon oranını %27.9 bulurken, Green ve arkadaşları ise %11 olarak bildirmişlerdir.

Çalışmamızdaki hastaların eğitim durumları ile PTSTB oranları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan araştırmalarda kanser hastalarında düşük eğitim düzeyinin PTSTB için risk olduğu bildirilmiştir (Cordova 2000, Jacobsen 1998). Oflaz'ın (2001) deprem yaşamış ve PTSTB görülen hastalarda yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça PTSTB belirtilerinde azalma görüldüğü ancak bunun anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Buna karşılık Koren ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmada, trafik kazası geçiren hastalarda eğitimin PTSTB gelişmesini engellemediği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek ve halen çalışma durumlarına göre PTSTB oranları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde dul ve boşanmış kanser hastalarında PTSTB'nun kronikleşme riski, evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Green 1994, Kazak 1997, McFarlane 2000). Ancak bizim çalışmamızda, toplumumuzda bekar ve boşanmış insanların genellikle aileleriyle birlikte yaşamalarının bu kişilerde sosyal destek yetersizliğini engellediğini düşündürmektedir.

Aylık gelir düzeyleri ile PTSTB oranları incelendiğinde: 350 milyon'dan az gelir düzeyi olanlarda PTSTB %53.5, 1milyar ve üzerinde olanlarda %57.6 olarak bulunmuştur ve gelir düzeyi ile PTSTB oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Düşük gelirli hastaların yaşam stresini hafifletici maddi olanaklardan yoksun olmaları, strese daha fazla maruz kalmalarına yol açarak PTSTB gelişimini etkilemektedir (Cordova 1995, Green 1994, McFarlane 1989).

Çalışmamızda PTSD oranı ile hastaların tanıyı ne zaman öğrendikleri ve hastalık süreleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; 1-2 ay içinde tanıyı öğrenen hastalarda PTSD oranı %56.3 olarak bulunmuştur. Tanıyı yeni öğrenen hastaların PTSD belirtilerini daha yoğun yaşayacakları düşünülmüş, ancak istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatürde de PTSD belirtilerinin travmadan sonra herhangi bir zamanda ortaya çıkabildiği, ancak vakaların büyük çoğunluğunda ilk üç ayda ortaya çıktığı belirtilmektedir (Kaplan 1994, Kwekkeboom 2002, Oflaz 2001, Zohar 2000). Bu durum, tanı konulduktan sonra hastaların çok yoğun stres yaratan tedavilerden geçmesine ve stresi tekrar tekrar yaşamalarına bağlı olabilir.

Çalışmamızda hastaların tedavi özellikleri ile PTSD oranı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ikili (%55.3) ve üçlü (%55.2) tedavi uygulanan hastalarda PTSD oranının tek tedavi (%44.6) uygulanan hastalara göre yüksek bulunmuştur, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde kanserin tedavi şeklinin PTSD gelişimini etkilediği belirtilmektedir (Kangas 2002, Karen 2000, Kazak 1997). Fakat PTSD oranı ile tedavi özelliklerini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Kanser uzun süreli ve belirli aşamaları olan bir hastalıktır. Tanıyı öğrenme aşamasından sonra, tedaviye başlama ve diğer aşamaların her birinin bireyler için yeniden travma etkisi yaratacağı belirtilmektedir (Leigh 1998). Kanser tedavisi, bazen hastanın kapsamlı bir biçimde hazırlanmasına olanak vermeyecek kadar çabuk başlar. Hasta tümör büyümesi, hastalığın tekrarlaması gibi nedenlerle çoğunlukla tedaviye kötü bir durumda başlar. Ayrıca hastanın rutinleri bozulmuş durumdadır (Platin 1998, Özkan 1993). Her tedavinin ayrı sonuçlarının olması, yan etkilerinin olması, uzun sürmesi, çok yönlü olması nedeniyle birkaç tedavi yönteminin aynı anda uygulanması tek tedaviye göre hastaları daha çok hırpalayabileceği düşünülebilir. Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ise PTSD oranı baş- boyun cerrahisinde (%70.0) diğerlerine göre yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu grupta yüksek olmasının nedeni ameliyat sonrası bilişsel, motor ve duygusal kayıplar gelişmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda PTSD oranı tedavi süresi ve tedavinin yan etkisinin olup olmadığına göre incelendiğinde, istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların kanser tanısının yanı sıra, stres yaratan tedavi yan etkileriyle baş etmek zorunda olmalarının PTSD oranını arttıracakı düşünölmüştür. Çünkü tedavinin yan etkileri olan bulantı, kusma, alopesia, ağrı, yorgunluk gibi sıkıntı yaratan bulgular, bedensel değışiklikler için yeni giysiler alma ve fiziksel enerjiyi korumak için sorumlulukları yeniden gözden geçirme gibi hastanın yaşam biçiminde değışiklikler yapmasına neden olur (Atlı 1997, Elbi 1997). Ancak çalışmamızda böyle bir ilişki saptanmamıştır ve PTSD oranı ile tedavinin yan etkilerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda PTSD oranı ile hastaların başka bir fiziksel hastalıklarının olup olmadığı değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kneiner ve Temoshok tarafından yapılan bir çalışmada, aynı zamanda melanoma hastalarının kardiyovasküler hastalara ve hastalığı olmayan kontrol grubundaki bireylere göre, kendilerini daha fazla baskılayıcı olarak tanımladıkları belirtilmektedir (Forsen 1991).

3- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Grup Madde Ortalama Puanları ile PTSD Yaygınlığının Tartışılması (Tablo 10)

Çalışmamızda, hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup madde ortalama puanları, Kendine Güvenli Yaklaşım için 24 puan üzerinden $X=13,0$, İyimser Yaklaşım için 15 puan üzerinden $X=9,54$, Çaresiz Yaklaşım için 21 puan üzerinden $X=10,13$, Boyun Eğici Yaklaşım için 18 puan üzerinden $X=10,62$, Sosyal Destek Arama için 12 puan üzerinden $X=8,33$ olarak bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların Sosyal Destek Arama ve İyimser Yaklaşımı en yüksek düzeyde kullandıklarını, bunu Boyun Eğici Yaklaşım ve Kendine Güvenli yaklaşımın izlediğini ve başa çıkma tarzı olarak en düşük düzeyde Çaresiz Yaklaşımı kullandıklarını belirtmektedir. Literatürde hastalığa uyumun hastanın ortaya çıkan problemlerle başetmesine bağlı olduğu belirtilmektedir (Gates 1997). Yapılan çalışmalarda başetme yolu olarak inkarı kullanan hastaların çaresizlik yaşayanlara göre daha uzun süre yaşadıkları, kansere ruhsal uyumlarının daha iyi olduğu, psikolojik rahatsızlık düzeylerinin daha düşük olduğu ve ölüm oranının azaldığı saptanmıştır (Greer 1991, Watson 1991).

Stresle başa çıkma tarzları ile PTSD arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup madde ortalama puanları, Kendine Güvenli Yaklaşım için PTSD olanlarda $X= 11.67$, olmayanlarda $X= 14.47$; İyimser Yaklaşım için PTSD olanlarda $X= 8.48$, olmayanlarda $X= 10.70$; Çaresiz Yaklaşım için PTSD olanlarda $X= 12.53$, olmayanlarda $X= 7.52$; Boyun Eğici Yaklaşım için PTSD olanlarda $X= 11.16$, olmayanlarda $X= 10.03$; Sosyal Destek Arama için PTSD olanlarda $X= 7.88$, olmayanlarda $X= 8.81$ olarak bulunmuştur ($p<0,005$). Bu durum, PTSD olan hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarının PTSD olmayan hastalara göre daha yüksek, kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının ise daha düşük olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında baş etme stiline PTSD gelişmesinde ve kronikleşmesinde önemli olduğu, çaresiz yaklaşımı kullananlarda ve sosyal destekleri yetersiz olanlarda PTSD belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Krause 1991, Manuel 1987, Nordin 1997). Yapılan bazı çalışmalarda ise duygusal odaklı baş etmeyi kullananlarda daha fazla PTSD belirtileri olduğu, problem odaklı baş etmeyi kullananlarda birkaç PTSD belirtisi olduğu bildirilmiştir (Manuel 1987, Solomon ve ark. 1988). Beyin kanaması geçiren hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise, inkar başetme biçimini kullanan erkek hastalarda PTSD oranının diğerlerine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Josephine 2003).

Travma yaşayan kanser hastalarının hastalığa uyum sağlaması, etkin baş etme yöntemlerinin kullanılması ile gerçekleşebilir. Böylece hastalar hastalıklarıyla yüzleşirler, yardım ararlar ve mevcut kaynaklarını kullanırlar (Gates 1997, Manuel 1987). Hastalarda görülen duygusal sorunlar başedememenin önemli göstergeleri olarak değerlendirilebilir. Çünkü stresörler yoğun olarak yaşandığında bütün sorunların üstesinden gelmede, çoğu zaman bireylerin o güne kadar kullandıkları başetme becerileri yetmemekte ve yeni başetme becerilerini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin hastalara daha aktif, problem odaklı başetme biçimlerini kullanmalarını teşvik etmeleri ve yaşanan duygusal sorunları erken tespit etmeleri bir dizi problemin çözümüne katkı sağlayabilir.

4- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanları ile PTSD Yaygınlığının Tartışılması (Tablo 11)

Çalışmamızda, hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel madde ortalama puanı 84 puan üzerinden $X=72.06$ 'dır. Literatürde, kanser sürecinde kişiye ölümü hatırlatan tanı, uygulanan tedaviler, fonksiyon kaybı gibi nedenlerle kişinin -daha fazla destekleyici ilişkiye ihtiyacı olduğu, yeterli sosyal desteğin hastalığa uyum ve başetmede etkili olduğu belirtilmektedir (Kangas 2002, Kazak 1997, Kazak ve ark.1998). Sosyal Destek Ölçeği alt grup madde ortalama puanları ise 28 puan üzerinden aile desteği için $X=25.85$, arkadaş desteği için $X=21.60$, özel kişi desteği için $X=24.61$ olarak bulunmuştur. Bu bulgular, toplumumuzda aile bağlarının güçlü olması nedeniyle sosyal desteklerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Papadimitriau (1998) kanser tanısı alan hastalarla tanıdan birkaç gün sonra yaptığı çalışmasında, aile ve arkadaş desteğinin tanı anında yaşanan şokun azalmasında etkili olduğunu belirtmiştir.

Sosyal destek ile PTSD arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; Sosyal Destek Ölçeği genel madde ortalama puanı PTSD olan hastalarda $X= 70.03$ bulunurken, olmayan hastalarda $X= 74.26$ olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu durum, PTSD olan hastaların duygusal durumlarına bağlı olarak desteklerini daha yetersiz algılamalarına bağlı olabilir. Çünkü PTSD olan hastaların %98.7'si kendini çökkün olarak ifade ederken, %90.3'ü endişeli olarak tanımlamışlardır. Sosyal destek bir başetme şeklidir ve sosyal desteğin stresli yaşam olaylarının ruhsal etkilerini azalttığı araştırmalarda ortaya konmuştur (Heather 2002, Kazak 1997, Widows ve ark. 2000). Hastaların Sosyal Destek Ölçeği alt grup madde ortalama puanlarına bakıldığında; aile desteği için PTSD olanlarda $X= 25.42$, olmayanlarda $X= 26.30$; arkadaş desteği için PTSD olanlarda $X= 20.60$, olmayanlarda $X= 22.68$; özel kişi desteği için PTSD olanlarda $X= 24.00$, olmayanlarda 25.27 olarak bulunmuştur. Bu bulgular sosyal desteği yeterli olan kişilerde PTSD oranının azaldığını göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda yeterli sosyal desteğin travmaya uyum sağlamayı kolaylaştırdığı, travma sonrası tepkileri azalttığı, kanser hastalarının hastalıklarına uyumlarında etkili olduğu, PTSD gelişmesini engellediği ve hastayı ikincil travmalardan koruduğu (Kazak 1997, Widows ve ark.2000); düşük sosyal desteğin

ise PTSD gelişmesinde ve kronikleşmesinde önemli olduğu bildirilmiştir (Andrykowski 1998, Green 1994, Lepore 1998,). Ayrıca bekar, dul ve boşanmış kişilerde travma sonrası stres tepkilerinin sosyal destek yetersizliği nedeniyle daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Andrykowski 1998, McFarlane 2000, Silva 2001, Turan 1996). Ancak bizim çalışmamızda medeni durum ile PTSD arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum toplumumuzda bekar, dul ve boşanmış kişilerin genellikle aileleriyle birlikte yaşamalarına bağlı olabilir. Özkan ise (1993) eş desteğinin kanserde önemli olduğunu belirtmişlerdir. KOAH'lı bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada evli olan bireylerde sırdaş, arkadaş, aile desteğinin bekar ve dul bireylere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Aras 2001). Diğer çalışmalara bakıldığında; Sayıl ve arkadaşlarının (1998) yapmış olduğu çalışmada yakınlarından yeterli destek almayan hastalarda PTSD puanının anlamlı olarak yüksek görüldüğü saptanmıştır. Sır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1998) iç göç yaşamış bireylerde babası ölmüş olan ve kardeş sayısı az olan grupta PTSD'nun daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Tüm bu bulgular sosyal desteğin, kanser hastalarının hastalıklarına uyum ve başetmelerinde etkili olduğunu ve PTSD gelişimini engellediğini göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların destek sistemlerini belirlemeleri ve güçlendirmeleri önem taşımaktadır.

VII. SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

1- Araştırma kapsamına alınan hastaların %58.3 'ünün kadın, %65.7 'sinin 54 ve altı yaş grubunda olduğu, %83.3'ünün evli ve %93.2'sinin çocuk sahibi oldukları, yarısına yakınının (%42.7) ilkokul mezunu olduğu, ayrıca %94.3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

2- Hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımlarının (%46.7) oluşturduğu, %31.0'ının emekli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %81.0'inin çalışmadığı, çalışan grubun %56.1'inin 1-3 aydır, %43.9'unun 4 ve üzeri aydır işinden uzak olduğu, sadece %5.2'sinin işine devam ettiği saptanmıştır. Hastaların %39.0'u 500 milyon -1milyar TL. arasında geliri olduğunu belirtirken, %33.7'si 350 –500 milyon TL. arasında, %18.7'si ise 350 milyon ve altında geliri olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1).

3- Hastaların %24.7'si meme kanseri, %16.7'si baş- boyun kanserleri, %14.3'ü kolon kanseri, %12.0'si uterus kanseri, %10.0'u akciğer kanseri tanı grubunda yer almaktadır. Hastaların %29.0'unun tanısını 1-2 ay önce, %39.0'ının 3-4 ay önce, %32.0'sinin 5-6 ay önce öğrendikleri belirlenmiştir. Hastaların %24.0'ünün 1-2 aydır, %35.0'inin 3-4 aydır, %41.0'inin 5-7 aydır hasta oldukları saptanmıştır. (Tablo 2).

4- Hastaların %53.0'üne ikili tedavi uygulanırken, %19.3'üne ise üçlü tedavi uygulanmaktadır. Ayrıca hastaların %66.0'sına cerrahi tedavi uygulanmakta olup, bunlardan %32.3'üne meme cerrahisi, %25.8'ine GİS cerrahisi, %21.2'sine GÜS cerrahisi uygulanmıştır (Tablo 3).

5- Hastaların %29.7'sinin 1 aydır, %19.7'sinin 2 aydır, %18.3'ünün 3 aydır, %13.0'ının 4 aydır, %19.3'ünün 5-6 aydır tedavi gördüğü belirlenmiştir. Uygulanan tedavilere bağlı olarak hastaların %83.7'sinin yan etki yaşadığı ve bu hastaların en fazla bulantı- kusma (%72.7) ve saç dökülmesi (%64.5) sorunu yaşadıkları, daha az olarak da kilo kaybı (%29.0) ve ağrı (%15.5) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

6- Hastaların %25.7'si halen bir başka fiziksel hastalıklarının olduğunu ifade etmişler ve bunlardan %66.2'si Hipertansiyon, %31.1'i Diabetes Mellitus, %16.8'i kalp rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Hastaların %25.7'si kendisini çökkün, %10.3'ü endişeli olarak ifade ederken %64.0'ı normal olarak ifade etmişlerdir (Tablo 3).

7- Hastalardaki Posttravmatik Stres Bozukluğu oranı %52.0 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

8- Hastaların bireysel özelliklerine göre PTSS oranları değerlendirildiğinde; kadın, 44 ve altı yaş grubunda olan ve ailesi ile birlikte yaşayan hastaların PTSS oranlarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek, halen çalışma durumu ve aylık gelir düzeyi yönünden PTSS oranında fark saptanmamıştır (Tablo 5).

9- Hastaların hastalık özelliklerine göre PTSS oranları değerlendirildiğinde; pankreas- karaciğer kanserleri, osteosarkom, baş- boyun kanserleri, uterus ve meme kanseri tanısı konulan hastalardaki PTSS oranının diğer tanı gruplarına göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6).

10- Hastaların tedavi özelliklerine göre PTSS oranları değerlendirildiğinde; kendini "çökkün ve endişeli" olarak tanımlayan hastaların PTSS oranları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak halen uygulanan tedaviler, tedavi süresi, tedavinin yan etkisi olup olmadığı ve halen başka bir fiziksel hastalığı olup olmadığı yönünden PTSS oranlarında fark saptanmamıştır (Tablo 7).

11- Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup madde ortalama puanları Kendine Güvenli Yaklaşım için $X= 13.0$, İyimser Yaklaşım için $X= 9.54$, Çaresiz Yaklaşım için $X= 10.13$, Boyun Eğici Yaklaşım için $X= 10.62$, Sosyal Destek Arama için $X= 8.33$ olarak belirlenmiş, hastaların en fazla Sosyal Destek Arama ve İyimser Yaklaşımı kullandıkları, bunu Kendine Güvenli Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşımın izlediği, başatma tarzı olarak en düşük düzeyde Çaresiz Yaklaşımı kullandıkları görülmüştür (Tablo 8).

12- Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel madde ortalama puanı $X= 72.06$ 'dır. Hastaların alt grup madde ortalama puanları ise aile

desteği için $X= 25.85$, arkadaş desteği için $X= 21.60$, zel kişi desteği için $X= 24.61$ olarak belirlenmiş, hastaların sosyal desteklerinin genel olarak yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 9).

13- - Hastaların Stresle Başa ıkma Tarzları leği alt grup madde ortalama puanları ile PTSD oranları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yani PTSD olan hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarının PTSD olmayan hastalara göre daha yüksek; kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 10).

14- Hastaların ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği genel ve alt grup madde ortalama puanları ile PTSD oranları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yani aile, arkadaş ve özel kişi desteği yeterli olan hastalarda PTSD oranı olmayanlara göre düşük bulunmuştur (Tablo 11).

VIII. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1- Kanser tanısı alan hastalarda Posttravmatik Stres Bozukluğu'nun yüksek oranda görüldüğü, özellikle de kadınlarda, genç yaş grubunda, ailesi ile birlikte yaşayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle PTSB'nu önleme açısından kanserli hastalarla çalışan personelin duyarlı hale getirilmesi, travma sonrası stres tepkileri ve PTSB ile ilgili hizmet içi eğitimler ve kurslar düzenlenmesi,

2- Çalışmada belirli bir tanı gruplamasına gidilmeden genel olarak kanser tanısı olan bireylerle çalışılmış ve hastalığın evreleri değerlendirilmemiştir. Bu nedenle hastalık evrelerini dikkate alan daha geniş örneklem grubuyla çalışmalar yapılması,

3- Hastaların tamamına yakını kendisini çökkün ve endişeli olarak ifade etmişlerdir. Bu nedenle PTSB ile depresyon ilişkisinin araştırılması,

4- Çaresiz ve Boyun Eğici yaklaşımı kullanan ve sosyal destekleri yeterli olmayan hastalarda PTSB'nun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bütün bunlar hastaların ruhsal açıdan güç durumda olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hastaların psikososyal ve psikoeğitimsel açıdan desteklenmesi, sosyal desteklerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesi önerilebilir.

IX. ÖZET

Araştırma, kanser tanısı alan hastalarda Post Travmatik Stres Bozukluğu yaygınlığının belirlenmesi, Post Travmatik Stres Bozukluğu ile stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek unsurları arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, 1 Haziran- 30 Temmuz 2003 tarihleri arasında Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde ayakta ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının bulunduğu Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Bölümlerinde yapılmıştır. Araştırma örneklemini Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde ayakta, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde ise ayakta ve yatarak tedavi gören, 6 aylık süre içinde kanser tanısı konulmuş 300 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada "Kişisel Bilgi Formu", PTSTB'nu değerlendirmek için "DSM- IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve ki- kare testi kullanılmıştır.

Hastalardaki PTSTB oranı %52 olarak bulunmuştur. Bu bulgunun, yapılan diğer çalışmalara paralel olduğu görülmüştür. Kadın, genç ve orta yaş grubunda olan ve ailesi ile birlikte yaşayan hastaların PTSTB oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek, halen çalışma durumu ve aylık gelir düzeyi yönünden PTSTB oranında bir fark saptanmamıştır.

Hastaların tanılarına göre PTSTB oranı değerlendirildiğinde, pankreas-karaciğer kanserleri, osteosarkom, baş- boyun kanserleri ile uterus ve meme kanseri tanısı konulan hastalardaki PTSTB oranının diğer tanı gruplarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların şu andaki duygusal durumunu algılayışına göre PTSTB oranı kendini "çökkün ve endişeli" olarak tanımlayanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak hastalık süresi, tanıyı ne zaman öğrendiği, halen uygulanan tedaviler, tedavi süresi, tedavinin yan etkisi olup olmadığı ve halen başka

bir fiziksel hastalığı olup olmadığı yönünden PTSD oranlarında bir fark saptanmamıştır.

Hastaların Sosyal Destek Ölçeği madde ortalama puanları PTSD olan hastalarda $X=70.03$, olmayan hastalarda $X=74.26$ olarak bulunmuştur. Aile, arkadaş ve özel kişi desteği yeterli olan hastalarda PTSD oranının olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup madde ortalama puanları değerlendirildiğinde, PTSD olan hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarının PTSD olmayan hastalara göre daha yüksek, kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun öneriler getirilmiştir.



IX. SUMMARY

The research has been carried out among patients diagnosed with cancer in order to determine the prevalence of Post Traumatic Stress Disorder and to define the relation between coping with stress and perceived social support components with Post Traumatic Stress Disorder.

The research has been performed among cancer patients staying at hospital and receiving daily care at Hacettepe University Oncology hospital and at Ankara University İbn-i Sina Hospital Oncology department in Ankara between 1 June- 30 July 2003. The specimens are given among 300 diagnosed cancer patients in the period of 6 months taking daily care at Hacettepe University Oncology hospital and staying and taking daily care at Ankara University İbn-i Sina hospital.

In the research "Personal Information Form", "Structured Clinical Interview for DSM- IV, Clinical Version" to evaluate PTSD, "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" and "Ways of Coping Inventory" are used. The Chi-Square test and the average difference importance T test are used in the evaluation of data.

The PTSD rate of the patients are found %52. This result has been parallel with the other research. The PTSD rates among women, young and middle-aged patients and patients living with their families are determined to be meaningfully high. There is no difference determined in PTSD rates according to education level, marital status, having children, profession, current working state and monthly income level.

When PTSD rates are evaluated among diagnosed patients, pancreas- liver cancer, osteosarcoma, head- neck cancer and uterus, breast cancer are found to be high to among the other diagnosed patients. Also according to the patients present emotional state perception the PTSD rates are meaningfully high among the patients defining themselves as "collapsed and anxious". But there is no difference in the PTSD rates according to the illness period, when the diagnose has been aware of, present used therapies, care period, whether there is a side effect or physical illness or not.

The social support scale average point among PTSD patients is $X=70.03$ and among patients without PTSD is $X=74.26$. The PTSD rate among patients with adequate family, friend and special person support are found to be meaningfully low to patients without adequate support.

Optimism and self-confidence approach and social support points are lower and humiliate oneself and desperate approach among PTSD patients are higher to patients without PTSD are determined when the subgroup matter average points of the patients coping with stress scale are evaluated.

Appropriate suggestions has been given according to the results.



KAYNAKLAR

- 1) Anderson BL, Golden- Kreutz M 1996 Sexual Self- concept for the Woman with Cancer, Cancer and the Family (Ed: L. Baider, CL. Cooper, D. Kaplan), England, John Wiley & Sons.
- 2) Andrykowski MA, Cardova MJ 1998 Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Andersen Model, Journal of Travmatic Stress, 11:189-203.
- 3) Alter CL 1996 Identification of PTSD in Cancer Survivors, Psychosomatics, 37(2):137-43.
- 4) Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 1994, (Çev. Ed. E. Köroğlu), 4. Baskı (DSM- IV), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- 5) Amir M, Romati A 2002 Post- Travmatic Symptoms, Emotional Distress and Quality of Life in Long- Term Survivors of Breast Cancer: A Preliminary Research, J. Anxiety Disord, 16(2):195-206.
- 6) Anuk D 1997 Kanser Hasta ve Eşlerinin Anksiyete- Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Niteliğinin Sosyal Çalışma Açısından Araştırılması, Yayınlanmamış Yüksel Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 7) Aras A 2001 KOAH Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- 8) Atlı H 1997 Sosyal Çalışma Açısından Kanserin Aile İçinde Yarattığı Sorun Alanlarının Belirlenmesi ve Sosyal Destegin Gerçekleştirilmesinde Etkili Unsurlar, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul.
- 9) Aydemir Ö, Köroğlu E 2001 Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, İstanbul.

- 10) Badger JM 2001 Understanding Secondary Travmatic Stress, Am. Journal of Nursing, 101(7):26.
- 11) Başoğlu M 1992 Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı, Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular, Türk Psikiyatri Dergisi, 3(1):9-19.
- 12) Başoğlu M 1994 İşkence Sorunu ve Ruhbilim: İşkencenin Ruhsal Etkileri ve Tedavisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 5(4):243-249.
- 13) Bille DA 1994 Road to Recovery, Post Travmatic Stress Disorder: The Hidden Victim Today, O.R. Nurse, 16(2):36-37.
- 14) Birol L 1997 Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık.
- 15) Brabander DB, Gerits P 1999 Chronic and Acute Stress as Predictors of Relapse in Primary Breast Cancer Patients, Patient Education and Counseling, 37(3):265-272.
- 16) Breslau N, Davis GC 1992 PTSD in an Urban Population of Young Adults: Risk Factors for Chronicity, Am. J. Psychiatry, 149:671-675.
- 17) Breslau N, Davis GC, Andreski P 1997 Sex Differences in the PTSD, Arch Gen Psychiatry, 54:1044-1048.
- 18) Breslau N 1998 Travma and PTSD in the Community, Arch. Gen. Psychiatry, 55:626-631.
- 19) Brewin C, Watson M 1998 Intrusive Memories and Depression in Cancer. Behavior Research and Therapy, 36(12):1131-1142.
- 20) Brewin CR, Anderws B, Rose S, Kirk M 1999 Acute Stress Disorder and Post Travmatic Stress Disorder in Victims of Violent Crime, The Am. Journal of Psychiatry, 156(3):360-366.
- 21) Broadhurst C 1989 Adjusting to Amputation, Nursing Times, 85(43):55-57.

- 22) Bryant RA, Sackville T, Dang ST 1999 Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques, *The Am. Journal of Psychiatry*, 156(11):1780-1786.
- 23) Carpotino LJ 1999 Hemşirelik Tanıları El Kitabı, (Çev. F. Erdemir), 7. Baskı, Bolu, Nobel Tıp Kitabevi.
- 24) Cherkoff T 1998 Psychodynamic Assesment and Treatment of Travmatized Patients, *J. Psychotherapy Praticce and Research*, 7:35-46.
- 25) Choy T 1992 Post-Travmatic Stress Disorder: on Overview, *Can J. Psychiatry*, 37(8):578-583.
- 26) Clark CC 1997 Post-Travmatic Stress Disorder-How to Support Healing, *Am. Journal of Nursing*, 97(9):27-33.
- 27) Cordova MJ, Andrykowski MA, Redd WH 1995 Frequency and Correlates of PTSD Like Symptoms After Treatment for Breast Cancer, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63:981-986.
- 28) Cordova MJ, Studs JL, Hann DM 2000 Symptom Structure of PTSD Following Breast Cancer, *Journal of Travmatic Stress* 13:301-319.
- 29) Çalığışu C, Yüksel S 1997 Savaş ve Oluşturduğu Ruhsal Sorunlarla Başa Çıkma, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(2):72-79.
- 30) Deahl MP 1999 Posttravmatic Stress Disorder: Acute and Longterm Responses to Travma and Diaster/ Stress Response Syndromes:PTSD, Grief and Adjustment Disorders, *British Journal of Medical Psycholojy*, 72(2):282-283.
- 31) Devrimci H 1996 İbn-i Sina Hastanesi Onkoloji Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Morbidite, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- 32) Diler RS, Tatam L, Levent BA 1996 Bir Posttravmatik Stres Bozukluğu Olgusu ve Etik Sorunlar, *Kriz Dergisi*, 4(1):57-61.

- 33) Doruk A 1998 Posttravmatik Stres Bozukluğunun Endokrinolojik Etyolojisinin Araştırılması, Yayımlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Ankara.
- 34) Edelman LC, Madle LC 1990 Health Throughtout the Life Span, The C.V. Mosby Company, S.T. Lousis.
- 35) Eker D, Arkar H 1995 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikoloji Dergisi, 10(34):45-55.
- 36) Eker D, Arkar H, Yıldız H 2001 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı Geçerlik Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1):17-25.
- 37) Elbi H 1997 Kanser ve Psikiyatrik Sorunlar, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2(2):173-187.
- 38) Ekşi A 2000 Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Depremi Yeniden Yaşama, Yineleyen Davranışlar, Aşırı Uyarılma ve kaçınma Örnekleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(4):309-317.
- 39) Fadiloğlu Ç, Soğukpınar N 1996 Kanserli Hastada Hemşirelik Bakımı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, İzmir, ss:17-22.
- 40) Figley CR, Leeds AM, Wilson TSA, Kolk BA 2000 Further Discussion of EMRD for Treatment of PTSD/ Dr. Foa and Colleagues Reply, The Journal of Clinical Psychiatry, 61(10):785-786.
- 41) Finnegan AP 1998 Clinical Assesment for PTSD, Br. J. Nursing, 7(4):212-218.
- 42) Flanagan J, Holmes S 2000 Social Perceptions of Cancer and Their Impacts: Implications for Nursing Practise Arising from Literature, Journal of Advanced Nursing, 32(3).
- 43) Fleming I, Brady L, Cooper R 1995 Basis for Major Current Therapies for Cancer, American Cancer Society Texbook of Clinical Oncology, (Ed:G. Murphy, W. Lawrence, R. Lenhard), 2. Edition, Atlanta.

- 44) Forsen A 1991 Psychosocial Stress as a Risk for Breast Cancer, *Psychosomatics*, 55:176-185.
- 45) Gates RA, Nishimoto PW 1997 Communicating, Caring, Coping, *Oncology Nursing Secrets*, (Ed: RA. Gates, RM. Fink), Hanley and Belfus, Philadelphia.
- 46) Green BL 1994 Psychosocial Research in Traumatic Stress: An Update, *Journal of Traumatic Stress*, 7:41-62.
- 47) Greer S 1991 Psychological Response to Cancer and Survival, *Psychological Medicine*, 21:43-49.
- 48) Gersons BRP 1997 Travma ve Geçiş: TSSB ve Kriz Teorisine Yansıması, (Çev: H. D. Özgüven), *Kriz Dergisi*, 5(1):1-5.
- 49) Geyran PÇ 1998 Travma, Dissosiyasyon ve Post Travmatik Stres Bozukluğu, *3P Dergisi*, 6(1):10-14.
- 50) Hayes G, Goodwin T, Miars B 1990 After Disasters: A Crisis Support Team at Work, *Am. Journal of Nursing*, 90(2):61-64.
- 51) Heather B, Haluska MS 2002 Sources of Social Support: Adolescents with Cancer, *Psychooncology*, 29(9).
- 52) Helzer JE, Robinson LN, McEvoy L 1987 PTSD in the General Population, *NEJM*, 317(26):1630-1634.
- 53) Herman JL 1995 Karmaşık TSSB: Uzun Süreli ve Yineleyen Travma Öyküsü Olanlarda Görülen Bir Sendrom, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 32(4):176-186.
- 54) Hisli ř (Ed.) 1994 Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*: 2, Ankara.
- 55) Homptom MR, Fromback I 2000 Women's Experience of Traumatic Stress in Cancer Treatment, *Health Care for Women International*, 21:67-76.
- 56) Ijemsland L 1998 Post-Traumatic Distress Symptoms in Operable Breast Cancer III: Status One Year After Surgery, *Breast Cancer Res. Treatment*, 47(2):141-151.

- 57) Isaksen AS, Thuen F 2003 Patients with Cancer and Their Close Relatives, *Cancer Nursing*, 26(1):68-74.
- 58) Jacobsen PB, Widows MR, Hann DM 1998 PTSD Symptoms After Bone Marrow Transplantation for Breast Cancer, *Psychosomatic Medicine*, 60:366-371.
- 59) Jenkins V 1999 Effective Communication Skills Are The Key to Good Cancer Care, *European Journal of Cancer*, 35(11):1592-1597.
- 60) Josephine ET, Tarrier N 2003 PTSD Following Medical Illness and Treatment, *Clinical Psychology Review*, 23(3):409-448.
- 61) Kaasa S, Malt U, Hagen S 1993 Psychological Distress in Cancer Patients with Advanced Disease, *Radiotherapy and Oncology*, 27:193-197.
- 62) Kangas M, Henry J 2002 Post- Traumatic Stress Disorder Following Cancer: A Conceptual and Empirical Review, *Clinical Psychology Review*, 22(4):499-524.
- 63) Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA 1994 Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 7. Edition, Williams and Wilkins, Baltimore, ss.606-611.
- 64) Karen HD 2000 Quality of Life, Survivorship and Psychosocial Adjustment of Young Women with Breast Cancer After Breast- Conserving Surgery and Radiation Therapy, 27(10).
- 65) Kaya B, Sungur MZ 1997 Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *Psikiyatri Dünyası*, 1:40-43.
- 66) Kaya B, Sungur MZ 1998 Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2):118-127.
- 67) Kazak AE 1997 Post- Traumatic Stress, Family Functioning and Social Support in Survivors of Childhood Leukemia and Their Mothers and Fathers, *J. Consult Clin Psychol*, 65(1):120-129.

- 68) Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP 1998 Predicting Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers and fathers of Survivors of Childhood Cancers, *J. Am. Acad Child Adoles Psychiatry*, 37(8):823-831.
- 69) Kent E 1995 Information As and When Required, *Nursing Times*, 91(13):29-30.
- 70) Khouzam HR 2001 A Simple Mnemonic for the Diagnostic Criteria for Post-Traumatic Stress Disorder, *Western Journal of Medicine*, 174(6):424-425.
- 71) Kızılcı S 1996 Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 72) Koren D, Arnon I, Klein E 1999 Acute Stress Response and Posttraumatic Stress Disorder in Traffic Accident Victims: A One Year Prospective, Follow-up Study, *Am. Journal of Psychiatry*, 156(3):367-373.
- 73) Krause K 1991 Contracting Cancer and Coping With It, *Cancer Nursing*, 14(5):240-245.
- 74) Kubler- Ross E 1975 Questions and Answers on Death and Dying, 3. Edition, Macmillan Publishing, New York.
- 75) Kum N (Ed.)1996 Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
- 76) Kwekkeboom KL, Seng JS 2002 Recognizing and Responding to PTSD in People with Cancer, *Oncol Nurs Forum*, 29(4):643-650.
- 77) Langford CP ve ark. 1997 Social Support: A Conceptual Analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 25:95-100.
- 78) Leavy RL 1983 Social support and Psychological Disorder: A Review, *Journal of Community Psychology*, 11:3-20.
- 79) Leigh SA, Clark EJ 1998 Psychosocial Aspects of Cancer Survivorship, (Ed: A. Bengler, KR. Portenay, DE. Werssmon), Principles and Practise of Supportive Oncology, Philedelphia.

80) Lepore SJ, Helgeson VS 1998 Social Constraints, Intrusive Thoughts and Mental Health After Prostate Cancer, Journal of Social and Clinical Psychology, 17:89-106.

81) Liang LP, Dunn SM, Gorman A 1990 Identifying Priorities of Psychosocial Need in Cancer Patients, British Journal of Cancer, 62:1000-1003.

82) Love R 1992 İnsanlarda Kanserin Doğal Gidişi, Klinik Onkoloji, (Ed: D. Hossfeld, CD. Sherman), 5. Baskı. Ankara, Uluslar arası Kanserle Savaş Birliği.

83) Manuel GM, Roth S, Keefe FJ 1987 Coping with Cancer, Journal of Human Stress, 13:149-158.

84) Marshall RD, Spitzer R, Liebowitz MR 1999 Review and Critique of the New DSM- IV Diagnosis of Dstress Disorder, The Am. Journal of Psychiatry, 156(11):1677-1685.

85) Maguire P 1985 The Psychological Impact of Cancer, Br. Journal of Hospital Medicine, 8(8).

86) Massie MJ, Popkin MK 1998 Depressive Disorders, Psychooncology, (Ed: JC. Holland), Oxford University Press, Newyork.

87) McCarron EG 1995 Supporting the Families of Cancer Patients, Nursing 95, ss:48-51.

88) Mc Farland GK, Thomas MD 1991 Psychiatric Mental Health Nursing, Philedelphia, J.B. Lippincott Company.

89) McFarlane AC 2000 Post Travmatic Stress Disorder: A Model of The Longitudinal Course and the Role of Risk Factors/ Discussion, The Journal of Clinical Psychiatry, 61:15-25.

90) McGarvey EL, Canterbury RJ, Koopman C 1998 Acute Stress Disorder Following Diagnosis of Cancer, International Journal of Rehabilitation and Health 4, pp:1-15.

91) McKenna R, Wellish D, Fawzy I 1995 Rehabilitation and Suportive Care of The Cancer Patient, American Cancer Society Texbook of Clinical Oncology, (Ed: G. Murphy, W. Lawrence, R. Lenhard), 2. Edition, Atlanta.

92) Messke KA, Ruccione K, Globe DR 2001 Posttravmatic Stress, Quality of Life and Psychological Distress in Young Adults Survivors of Childhood Cancer, J. Am. Acad Child Adolese Psychiatry, 28(3).

93) Mohta M, Sethi A 2003 Psychological Care in Travma Patients, Injury, 34(1):17-25.

94) Mundy E, Blanchard E 2000 Post-Travmatic Stress Disorder in Breast Cancer Patients Following Autologous Bone Marrow Transplantation or Conventional Cancer Treatments, Behavior Research and Therapy, 38(10):1015-1027.

95) Nordin K, Glimelius B 1997 Psychological Reactions in Newly Diagnosed Gastrointestinal Cancer Patients, Acta Oncologica, 36:803-810.

96) Oflaz F 2001 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gösteren Hastalarda Bir Hemşirelik Modelinin Kullanımının Semptom Düzeyine Etkisi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara.

97) Olsen SJ, Stromburg MF 1996 Cancer Screening and Early Detection, Cancer Nursing and Comprehisive Texbook, (Ed: M. Grant, F. Stromsburg, SB. Bond), 2. Edition, Philedelphia, WB Saunders.

98) Özcankaya R, Acar A 1996 Isparta Senirkent Sel Felaketinden Etkilenen Kişilerde Ruhsal Belirtiler Dağılımı. Kriz Dergisi. 4(1):49-56.

99) Özgür G 1993 Sosyal Destek ve Sağlık. THD. 43(2):25-26.

100) Özkan S 1993 Tıbbi- Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kansere, Kanserde Palyatif Bakım, (Ed: S. Erdine), İstanbul, Sandoz Ürünleri A.Ş.

101) Özkan M 1997 Psiko-onkoloji, Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, Novartis İlaçları.

102) Papadimitriou M, Argyrou E, Paleogianni V 1998 Emotional Support of Cancer Patients: The Nursing Approach, *Cancer Nursing*, 21(4):246-251.

103) Passik SD, Grummon KL 1998, PTSD, *Psycho-Oncology*, Oxford University, pp:595-608.

104) Pitman RK, Lanes DM 2001' Psycholojic Assesment of Post- Travmatic Stress Disorder in Breast Cancer Patients, *Psychosomatics*, 42(2):133-140.

105) Plakun E, Shapiro ER, Fao EB 2000 Psychodynamic Psychoterapy for PTSD/ Dr. Fao and Colleagues Reply, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(10):787-790.

106) Platin N 1998 (Ed.) Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, 2. Baskı, Ankara, Akşam Sanat Okulu Matbaası.

107) Ralph K, Alexander F 1994 Borne Under Stress, *Nursing Times*, 90(12):29-30.

108) Ravenscroft T 1994 After the Crisis, *Nursing Times*, 90(12):22-28.

109) Rebbun SJ, Schnurr PP, Friedman MJ 2000 Posttravmatic Stress Disorder and Sleep Difficulty, *The American Journal of Psychiatry*, 157(9):1525-1526.

110) Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R 2000 Kriz ve Krize Müdahale. Ankara, Damla Matbaacılık.

111) Schnurr PP, Jonkowski MK 1999 Physicol Health and PosTravmatic Stress Disorder: A Review and Synthesis, *Semin Clin Neuropsychiatry*, 44(4):295-304.

112) Seng JS 2003 Acknowledging Post-Travmatic Stress Effects and Health: A Nursing Intervention Model, *Clinical Nurse Specialist*, 17(1):34-41.

113) Sevil Ü, Ünsal Ş 2002 Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı, *Hemşirelik Forumu*, 5(6):521-537.

114) Sherman CD 1992 Psikososyal Yön, Klinik Onkoloji, (Ed: D. Hossfeld, CD. Sherman), *Uluslararası Kanserle Savaş Birliği*. 5. Baskı, Ankara.

- 115) Sır A, Bayram Y, Özkan M 1998 Zorunlu İç Göç Yaşamış Bir Grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi, 9(3):173-180.
- 116) Silva JAS, Derecho DV, Leong BA 2001 A Classification of Psychological Factors Leading to Violent Behavior in Posttraumatic Stress Disorder, Journal-of Forencis Scienses, Philedelphia, ss.309-316.
- 117) Smith MY, Redd WH 1999 Post- Traumatic Stress Disorder in Cancer: A Review, Psychooncology, 8(6):521-537.
- 118) Solomon Z, Mikulincer M, Flum H 1988 Negative Life Events, Coping Responses and Combat-related Psychopathology: A Prospective Study, Journal of Abnormal Psychology, 154:1114-1119.
- 119) Sorias O 1988 Sosyal Destek Kavramı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1):353-357.
- 120) Stuber ML, Christakis DA, Houskamp B 1996 Posttravma Symptoms in Childhood Leukemia Survivors and Their Parents, Psychosomatics, 37(3):254-261.
- 121) Summerfield D 2001 The Invention of Posttraumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of A Psychiatric Category, British Medical Journal, 322(7278):95-98.
- 122) Sungur MZ 1999 İkincil Travma ve Sosyal Destek, Klinik Psikiyatri Dergisi, 2:105-108.
- 123) Symes L 1995 Post- Traumatic Stress Disorder: An Evolving Concept, Arch. Psychiatr Nursing, 9(4):195-202.
- 124) Şahin NH, Durak A 1995 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması, Türk Psikoloji Dergisi, 10(34):57-70.
- 125) Tavil A 1996 Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Morbidite, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, İstanbul.

126) T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı 1999 Kansere Savaş Politikası ve Kanser Verileri, Ankara.

127) Thome B, Dykes AK 2003 The Experiences of Older People Living with Cancer, *Cancer Nursing*, 26(2):85-96.

128) Tucker P, Pfefferbaum B, Nixon SJ 2000 Predictors of Post Traumatic Stress Syndrome in Oklahoma City: Exposure, Social Support, Peri Traumatic Responses, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(4):406-416.

129) Tuncer I, Başdemir N 1994 Türkiye’de Kanser Sıklığı, Tübitak ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

130) Turan A 1992 Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevalansı ve Bunların Psikososyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul.

131) Türkbıkmaz A 1994 Kanser Hastasının Sosyal Kişisel Çalışmanın Önemi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

132) Varcarolis EM 1998 Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Capter 13, Newyork.

133) Volf C, Buddeberg C, Sieber M 1991 Coping Strategies and Course of Disease of Breast Cancer Patients, *Psychotherapeutic Psychosomatic*, 55:151-157.

134) Watson M, Greer S, Rowden L 1991 Relationships Between Emotional Control, Adjustment to Cancer and Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients, *Psychological Medicine*, 21:51-57.

135) Widows MR, Jacobsen PB, Fields KK 2000 Relation of Psychological Vulnerability Factors to PTSD Symptomatology in Bone Marrow Transplant Recipients, *Psychosom Med*, 62(6):873-882.

136) Yehuda R, McFarlane AC 1995 Conflict, Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptual Basic, *The Am. Journal of Psychiatry*, 152(12):1705-715.

137) Yılmaz UR 1995 Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Ankara.

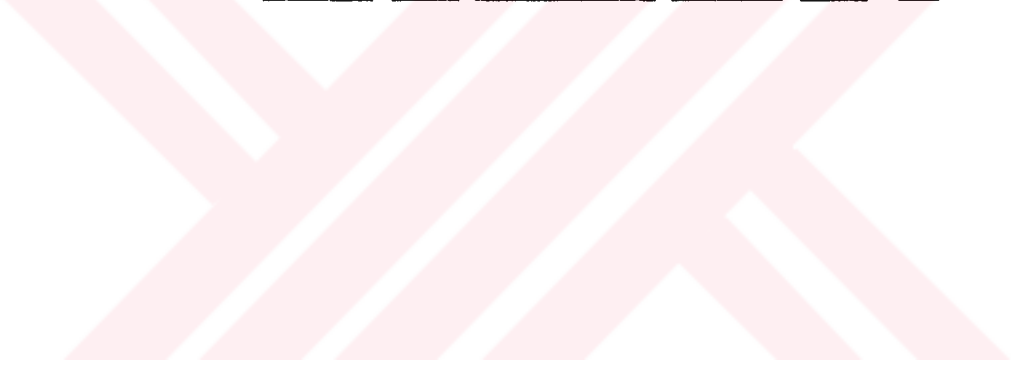
138) Williams AM 1993 Caregivers of Persons with Stroke: Their Physical and Emotional Wellbeing, Quality of Life, 2:213-220.

139) Zabora FI, Fawzy NW, Wheeler JG 1996 A Post-hoc Comparison of the Efficiency of A Psycho Educational Intervention for Melanoma Patients Delivered in Group Versus Individual Formats: An Analysis of Data from Two Studies, Psycho-Oncology, 5:81-89.

140) Zachariace R, Pedersen CG 2003 Association of Perceived Physician Communication Style with Patient Satisfaction, Distress, Cancer- Related Self-Efficacy and Perceived Control Over The Disease, British Journal of Cancer, 88(5):658-665.

141) Zohar J, Nutt D, Davidson J 2000 Post- Traumatic Stress Disorder Diagnosis, Management and Treatment, Nortin Dunitz Ltd.

EKLER



EK- I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaşı:

2) Cinsiyeti:

Kadın () Erkek ()

3) Mesleği:

Öğrenci () Ev Hanımı () İşçi ()

Memur () Emekli () Serbest ()

4) Eğitim durumu:

Okur-yazar değil () Okur yazar () İlkokul ()

Ortaokul () Lise () Üniversite-Yüksekokul ()

5) Medeni durumu:

Bekar () Evli () Dul – Boşanmış ()

Çocuk () Var () Yok

6) Çalışma durumu:

() Çalışıyor Ne kadar süredir?.....

() Çalışmıyor

7) Aylık gelir düzeyi:

8) Gelir düzeyi yeterli mi ?

() Evet () Hayır () Kısmen

9) Birlikte yaşadığı kişiler:

10) Tanısı:

11) Tanıyı ne zaman öğrendiği:

12) Tanıyı nasıl öğrendiği:

13) Hastalık Süresi:

14) Halen Uygulanan Tedaviler:

- Radyoterapi Kemoterapi Cerrahi RK+KT
 RT+KT+C RT+C KT+C Diğer

15) Cerrahi ise türü:

16) Tedavinin önemli yan etkileri :

- Bulantı-kusma Alopesia Ağrı Kilo kaybı
 Diğer

17) Tedavi süresi:

18) Halen başka bir fiziksel hastalığı olup olmadığı:

- Evet Evet ise açıklayınız:
 Hayır

19) Şu anda duygusal durumu:

- Çökkün Normal Endişeli

EK – II

PTSD KRİTERLERİ (SCID TÜRKÇE)

Yaşamınızın tehdit edilmesi, birisini ölmüş olarak veya ciddi biçimde yaralanmış olarak görme veya evinizin yanması gibi gerçekten travmatik veya dehşet veren bir yaşantınız oldu mu?	A) Olağan insan yaşantısının dışında, psikolojik olarak travmatik olan bir olay söz konusudur.Örneğin;kişinin yaşamını veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden ciddi bir durum, evinin veya topluluğunun yıkımı veya yaralanmış, ölmekte olan veya ölmüş veya fiziksel bir şiddetin kurbanı olmuş başka bir kişiyi görme.	? 1,2,3
(A modülündeki yaşantı) Bazı biçimlerde tekrarladı mı?	B)Hastalığın bazı safhalarında travmatik olay aşağıdakilerden en az birisi yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.	
Örneğin; Onu size hatırlatacak hiçbir şey yokken bile, istemediğiniz zamanlarda hakkında düşündünüz mü?	(1) Tepkiyi başlatan herhangi bir çevresel uyaran olmaksızın olayın sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar hatırlanması.	? 1 2 3
Onunla ilgili rüyalarınız oldu mu?	(2) olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.	? 1 2 3
...Böyle anlarda kendinizi sanki geçmişteymişcesine davranıyor veya hissediyorken buldunuz mu?	(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi birden tepki gösterme ya da hissetme (uyanırken veya sarhoşken ortaya çıksalar bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, varsanıları ve dissosiyatif flash back epizodlarını kapsar). TANIMLAYIN.	? 1 2 3
...Size olayı yeniden hatırlatan bir durumda iken çok daha kötü hissettiniz mi?	(4) Travmatik olayın bir yüzünü sembolize eden veya ona benzeyen olaylarla karşılaştığında yoğun psikolojik sıkıntı duyma veya fizyolojik tepkisellik (örneğin, asansörde tecavüze uğramış bir kadının herhangi bir asansöre her girişinde ter basması). TANIMLAYIN.	? 1 2 3
	B belirtilerinden en az birisi 3 olarak kodlanmıştır.	? 1 2 3
? Bilgi yetersiz 1) Yok yada yanlış 2) Eşik altı 3) Eşik yada doğru		

SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ

	C) Hastalığın bazı safhalarında aşağıdakilerden en az üçünün varlığıyla belirli travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ya da genel tepki verme düzeyinde azalma (bu travmadan önce olmayan bir şeydir).	
O zamandan (travmadan) beri...		
...Olanlar hakkında düşünmekten veya üzülmekten kaçınmak için özel bir çaba harcadınız mı?	(1) Travmaya eşlik etmiş olan düşünce ya da duygulardan kaçınma çabaları.	? 1 2 3
...Size onu hatırlatan şeylerden uzak kaldınız mı?	(2) Travmayla ilgili anıları canlandıran etkinlikler ya da durumlardan kaçınma çabaları.	? 1 2 3
...Olayın önemli bazı yönlerini hatırlamakta zorlandığınız oldu mu?	(3) Travmanın önemli bir yönünü hatırlayamama (Psikojenik amnezi).	? 1 2 3
...Spor, hobiler, sosyal etkinlikler gibi sizin için önemli olan şeylere ilginiz azaldı mı?	(4) Önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma.	? 1 2 3
...İnsanlardan uzaklaşma veya kopma duygusu yaşadınız mı?	(5) İnsanlardan uzaklaşma veya insanlara yabancılaşma duygusu.	? 1 2 3
...Güçlü biçimde duygulanamama, duygusuzluk veya size yakın olan insanları sevememe şeklinde bir değişiklik oldu mu?	(6) Duygularında kısıtlılık; örneğin hissizleşme, sevmeye duygularını yaşayamama.	? 1 2 3
...Gelecekle ilgili beklentilerinizde bir kısıtlılık, azalma oldu mu?	(7) Kısıtlanmış gelecek duygusu (örneğin; kariyer, evlilik, çocuk, uzun hayat gibi beklentilerin olmaması).	? 1 2 3
	C belirtilerinden en az üçü 3 olarak kodlanmıştır.	? 1 2 3

SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ

	D) Hastalığın bazı safhalarında aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile belirli, artmış uyanıklık (travmadan önce olmayan) durumu belirtilerinin sürekli olması.	
O zamandan (travma) beri...		
...Uyku sorununuz ne oldu? (ne türdendi?)	(1) Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük.	? 1 2 3
...Alışılmadık biçimde sinirli miydiniz? Öfke patlamaları oluyor muydu?	(2) İrritabilite ya da öfke patlamaları.	? 1 2 3
...Yoğunlaşmada (konsantre olmada) güçlük çektiğiniz oluyor muydu?	(3) Yoğunlaşmada güçlük.	? 1 2 3
...Ortada hiçbir neden yokken bile tetikte veya savunmada oluyor muydunuz?	(4) Hipervijilans.	? 1 2 3
...Ani gürültü ve benzeri şeylerle kolaylıkla irkilir ve sızır mıydınız?	(5) Artmış irkilme tepkileri.	? 1 2 3
...Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da hatırlatan bir olayla ya da durumla karşılaştığınızda terleme, çarpıntı, sıkıntı, göz kararması v.b. şeylerle karşılaşıyor musunuz?	(6) Travmayı hatırlatan ya da sembolize eden durumlarda fizyolojik tepki gösterme.	? 1 2 3
	D) Belirtilerinin en az ikisi 3 olarak kodlanmıştır.	? 1 2 3
SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ.		
B, C, D belirtilerinin hepsi aynı zamanda mı ortaya çıktılar?	E) B, C, D belirtilerinin hepsi aynı altı aylık dönemde ortaya çıkar.	? 1 2 3

EĞER HAYIRSA, BELİRTİLERİN AYNI ALTI AYLIK SÜRE İÇİNDE ÇIKIP ÇIKMADIKLARINI BELİRLEYİN:			
Bu farklı şeyler ne zaman oluyordu?		? 1 2 3	
? Bilgi yetersiz	1) Yok Yada Yanlış	2) Eşik altı	3) Eşik yada doğru



EK - III

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğundan yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarına güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarım ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylayabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK - IV

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama yada size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir Sıkıntım Olduğunda;

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.Kimsenin bilmesini istemem.				
2.İyimser olmaya çalışırım.				
3.Bir mucize olmasını beklerim.				
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsem bilmesini istemem.				
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11.Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13.İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15.Problemin çözümü için adak adarım.				
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23.Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24.Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25."Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27."Benim suçum ne?" diye düşünürüm.				
28."Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ**

Sayı : B.30.2.HAC.0.70.10.14/H- 441

• Erişkin Hastanesi
• İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
• Onkoloji Hastanesi

07 Temmuz 2003

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE
SİVAS**

İlgi : 07 Temmuz 2003 tarih ve 230 sayılı fax yazınız.

Yüksek okulunuz araştırma görevlisi Dilek AYDIN'ın hastanemizde "Yeni tanı konulan kanser hastalarında post travmatik stres ve sosyal destek arasındaki ilişki" konulu çalışmayı Temmuz – 2003 ayında yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. M. Tezer KUTLUK
Onkoloji Hastanesi Başhekimisi

Y

Prof. Dr. Mustafa YALÇIN
Onkoloji Hastanesi
Klinik Yargımcısı

EC/da.



ıyı : B.30.2.ANK.0.70.71
onu :

01/02

12685

Ankara


İVEDİ-SÜRELİ

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ : 12.5.2003 tarih ve 1356 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Yüksekokulu araştırma görevlilerinden Dilek Aydın'ın "Yeni Tanı Konulan Kanser Hastalarında Post Travmatik Stres ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez çalışmasını yapmak üzere Haziran-Ağustos 2003 tarihleri arasında Üniversitemiz Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında görevlendirilmesinin uygun görüldüğü ilgili Fakülte Dekanlığının 26.5.2003 tarih ve 13808 sayılı yazısı ile bildirilmiştir.

Bilgilerinize saygı ile arz ederim.


Prof. Dr. Ramazan ARSLAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı