

Ameliyat Olan Kanser Hastalarının Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Emine Gül Kapcı*

ÖZET

Kanser tanısı almış kişilerin a) ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeylerini karşılaştırma b) hastalıklarına ilişkin bilgi verilme durumunun c) hastalıklarını kontrol edebilme inançlarının ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinde nasıl bir farklılaşmaya yol açtığı d) ameliyat bekleme odasında bekleme düzeylerinde nasıl bir farklılaşmaya yol açtığı ve e) ameliyat olmayı beklemelerinin ameliyat sonrası kaygılarını yordama durumu bu araştırmanın temel amaçlarıdır. Katılımcılara (n:44) Beck Depresyon Envanteri, Durumluk Kaygı Envanteri ve Kaygı Çizelgesi ameliyat öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Bilgi verme ve ameliyat odasında bekleme gibi değişkenlerin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olabileceği tartışılmış ve hastanelerde ilgili düzenlemelerin yapılmasına ilişkin çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Ameliyat, kanser, depresyon, kaygı, bekleme.

SUMMARY: *An evaluation of cancer patients' anxiety and depression levels with some variables*

This study examines a) anxiety and depression levels of cancer patients after surgery, b) how information given to patients and patients' beliefs of control over their illnesses differed before-after surgery in relation to anxiety and depression levels and c) whether waiting for surgery resulted in a difference in anxiety levels and whether this predicted anxiety levels. A total of 44 patients were asked to fill in Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventory and An Anxiety "Scale before and after surgery. The findings demonstrate that information given to patients and waiting for surgery may be inter-related with affective disorders and necessary arrangements should be followed in hospitals.

KEY WORDS: *Surgery, cancer, depression, anxiety, waiting*

GİRİŞ

Kanser hastalığına yakalanan kişiler, yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlamak durumunda kalabilirler. Kanser veya tedavisi bedensel işlev bozukluklarına yol açabilir ve kanser kişinin yaşamını tehdit eden bir hastalık olduğundan hem kişide, hem de yakınlarında duygudurum bozukluklarına (affective disorders) neden olabilir (Hopwood ve Stephens, 2000). Belirti ya da sendrom olarak depresyonun görülme sıklığı konusunda elde edilen araştırma bulguları kanserli hastaların normal popülasyondan daha yüksek düzeyde depresyon yaşadıklarını göstermektedir (Kai-Hoi Sze, 2000). Ülkemizde yapılan araştırmalarda da depresyon ve kaygının kanserli hastalarda görülme sıklığının normal popülasyondan oldukça yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Turan, 1992). Kanserli hastalarla ilgili bazı değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeylerinde değişiklik yarattığına ilişkin araştırma bulguları alan yazında yer almaktadır. Spiegel ve Bloom'un (1989) araştırmaları, hastalara bilgi verilmesi ve psikolojik yardım hizmetlerinin sağlanması durumunda, hastaların kaygı ve depresyon düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir. Ameliyatın da bazı kanser türlerinde ve diğer bazı hastalıklarda kaygı ve depresyonu azalttığı gösterilmiştir (Pringle, Taylor ve Whittle, 1999; Alexander ve Naji, 1996). Bu araştırmanın ilk amacı da, kanserli hastaların ameliyat sonrası kaygı ve depresyon düzeylerindeki değişimi incelemektir.

Kanser, hem kişiyi, hem de yakınlarını etkileyen bir hastalık olduğundan hastanın kanser konusunda bilgilendirilmesi oldukça önemli bir konudur. Hastaların

(* Yard. Doç. Dr. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, İlköğretim Bölümü, Okul Öncesi Eğitimi ABD 06590 Cebeci \ Ankara.
E-posta: kapci@education.ankara.edu.tr

bilgilendirilmesi temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir ve ülkemiz de dahil olmak üzere (HHY, 1998) hasta hakları bazı ülkelerde yasalarla düzenlenmektedir. Bilgilendirmenin iki boyutundan söz etmek mümkündür; ilki hastanın tedavi sürecine ilişkin onayını almak için bilgilendirmenin yapılması, diğer boyutu ise bilgilendirmenin terapötik bir araç olmasıdır. Bilgi verilmemesi hem hastada ve hem de yakınlarında tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek davranışlara ve ayrıca gereksiz stres ve kaygıya neden olabilmektedir (Sanz, 1995; Osuna, Perez-Carceles, Esteban ve ark, 1998). Bu araştırmanın bir diğer amacı ise hastalıklarına ilişkin bilgi verilen ve verilmeyen hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını incelemektir.

Bireyin kontrolünün olmadığı durumların strese ve çaresizliğe neden olabildiği, çaresizliğin de yaşanan olumsuz olaylarla eşleştiğinde depresyonu etkileyebildiği gösterilmiştir (Abramson, Metalsky ve Alloy, 1989). Kanserli hastalarda da depresyonun yüksek olduğu bilindiğinden, hastalığını kontrol edebilme inancının kaygı ve depresyon ile bağlantısının önemli olabileceği düşünülmüş ve bu çalışmanın bir diğer amacı olarak da hastalığı kontrol inancının kaygı ve depresyon düzeylerinde farklılığa yol açıp açmadığı araştırılmıştır.

Kanserli hastalarda kaygı ve depresyon düzeylerini etkileyebileceği düşünülen faktörlerden bir diğeri ise -ki bu faktör yalnızca ülkemizdeki bazı sağlık kuruluşlarında gözlenmektedir- ameliyat bekleme odasına birden fazla hastanın alınması ve hastaların uzun ve belirsiz sürelerle ameliyatlarını beklemek zorunda kalmalarıdır. Bu araştırmanın son amacı ise, ameliyat bekleme odasında bekleme durumunun hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeylerini yordayıp yordamadığı ve hastaların bekleme sırasında kaygı düzeylerinde bir artış olup olmadığını araştırmaktır.

YÖNTEM

Katılımcılar. Bu araştırmaya 1999-2000 yıllarında, Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesinin

ortopedi (n=22) ve kadın hastalıkları (n=22) servislerinden toplam 44 kanser hastası gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcıların 31'i kadın, 13'ü erkektir; kadınların yaş ortalaması 39.45 (ss=15.13), erkeklerin ise 40.92'dir (ss=20.59). Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde kadınların %22.7'si (n=10) okur yazar değildir. %4.5'u (n=2) okur-yazar, %22.7'si (n=10) ilkököl, %11.4'ü (n=5) ortaokul ve %9.1'i (n=4) lise mezunudur. Erkeklerde okur-yazar olmayan katılımcı bulunmaz iken, okur-yazar oranı %2.3 (n=1), ilkököl %15.9 (n=7), ortaokul %9.1 (n=4) ve lise mezunu %2.3'dür (n=1).

Veri Toplama Araçları

Bilgi Formu Araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formunda katılımcıların doğum tarihi, cinsiyeti, eğitim durumu gibi kişisel bilgilerin yanı sıra, hastalıklarına ilişkin bilgi verilip verilmediği, verildiyse kim tarafından verildiği sorulmuştur. Ayrıca bilgi formunda katılımcıların hastalıklarını kontrol edebilmeye ilişkin inançları 4'lü derecelendirme ('1=evet, kesinlikle her zaman kontrol edebiliyorum', '2=bazen', '3= hayır, kesinlikle kontrol edemiyorum' ve '4=bu konuda bir fikrim yok') biçiminde yanıtlamaları istenmiştir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE). (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; Uyarlayan: Hisli, 1988): BDE depresyon tanısı koymak amacı ile değil, depresif belirtilerin varlığını ve düzeyini değerlendiren 21 maddelik bir ölçektir. Ölçek bilişsel belirtilerin yanısıra duygusal, somatik, güdüsel ve kişiler arası ilişkiler gibi depresyonun diğer belirtilerini de içermektedir.

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ). (Spielberger, Gorsuch ve Lushene, 1970; Uyarlayan: Öner ve Le Compte, 1985) Durumluk kaygı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 20 maddeden oluşan kısa ifadeleri içerir. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyinde yükselme, stres ortadan kalktığında ise düşme olur. Normal yetişkinlerde kaygıyı araştırmak amacıyla geliştirilen bu ölçek psikiyatrik bozukluk ve fiziksel hastalığı olan gruplarla,

kanserli hastalarla ve onkoloji alanında çalışan tıp doktorlarıyla yapılan araştırmalarda da sıkça kullanılan bir ölçek olmuştur (Önk, 1991; İyidoğan-Babayiğit, 1996)

Kaygı Çizelgesi (KÇ)⁽¹⁾.. Araştırmacı tarafından katılımcıların o an içinde buldukları kaygı düzeyini belirleyebileceği düşünülen tek soruluk bir kaygı çizelgesi geliştirilmiştir. Katılımcılardan, bu çizelgede 10'luk birimler halinde bulunan 0-100 arasında değişen bir doğru üzerinde içinde buldukları kaygı düzeyini belirtmeleri istenmiştir; çizelge üzerindeki 0 noktasında 'hiç kaygı duymuyorum', 50 noktasında 'orta düzeyde kaygı duyuyorum' ve 100 noktasında ise 'aşırı kaygı duyuyorum' ifadeleri yer almıştır. Geliştirilen KÇ'nin geçerliğini belirlemenin bir yolu olarak KÇ ile DKÖ arasındaki korelasyona aynı grup üzerinde bakılmıştır. Bulunan Pearson korelasyon katsayısı $r=.50$ 'dir ($p<.001$). Bu değere bakılarak KÇ'nin katılımcıların kaygı düzeylerini ölçmede kullanılabileceğine karar verilmiştir.

İşlem

Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nin yalnızca ortopedi ve kadın hastalıkları servislerinden gönüllü olan kanser hastaları bu araştırmaya katılmıştır. Diğer servislerde yatan hastalar çeşitli nedenlerle araştırmaya alınamamıştır.

Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra sırası ile şu işlemler gerçekleştirilmiştir: Katılımcılar hastaneye yattıkları bir-iki gün içinde, Bilgi Formu, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Kaygı Çizelgesini (KÇ) doldurmuşlardır. Ancak katılımcıların bazı ölçek maddelerini anlamakta güçlük çektikleri durumlarda ölçek maddeleri katılımcılara okunmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasında, hemen ameliyata alınan ve ameliyatlarını beklemek zorunda kalan tüm katılımcılara KÇ verilmiştir. Ameliyatlarını bekleyen katılımcılar ise ameliyata alınmadan önce KÇ'yi bir kez daha doldur-

muşlardır. Araştırmanın üçüncü ve son aşamasında ise taburcu olmadan bir gün önce katılımcılardan DKÖ'ni, BDE'ni ve KÇ'ni tekrar doldurmaları istenmiştir. Katılımcılara teşekkür edilmiş ve araştırma hakkındaki soruları yanıtlanmıştır.

BULGULAR

Bu araştırmanın ilk sorusu, hastaların ameliyat sonrası durumluk kaygı ve depresyon düzeylerinde -ameliyat öncesine göre- azalma olup olmadığıdır. Bu soruyu yanıtlamak üzere tekrarlı ölçümler için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Ameliyat öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınan puanlara uygulanan tekrarlı ölçümler için tek yönlü varyans analizi sonuçları.

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Durumluk Kaygı	1661.5	1	1661.5	26.7	.0001*
Hata	2363.5	38	62.2		

* $p<.05$

Analiz sonuçları, katılımcıların durumluk kaygılarında ameliyat sonrasında anlamlı bir azalma olduğunu göstermektedir ($n=39$; Öntest $X=43.1$ (ss: 12.5), Sontest $X=33.9$ (ss: 7.9). Aynı analiz depresyon düzeyi için de yapılmıştır. Analiz sonuçları, katılımcıların depresyon düzeylerinde ameliyat sonrasında anlamlı bir azalma olmadığını göstermiştir, ($F(1,43)=1.05$, $p>.05$; $n=44$; Öntest $X=12.7$ (ss: 8.3), Sontest $X=11.6$ (ss: 9.5).

Araştırmanın ikinci sorusu, hastalara, hastalıkları hakkında bilgi verilip verilmemesinin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinde farklılaşmaya yol açıp açmadığıdır. Bu soruyu yanıtlamak için bağımsız gruplar için t-testi analizi uygulanmıştır. Hastalığı hakkında bilgi verilen ve verilmeyen grupların ameliyat sonrası depresyon puanlarında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu, bilgi verilmeyen gruptaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası diğer tüm ölçümlerde anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (bkz, Tablo 2)

(1) Ameliyat odasında bekleyen hastaların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla araştırmaya başlarda katılan hastalara DKÖ verilmiştir. Ancak ilk bir kaç hasta ameliyata alınma heyecanı içinde oldukları ve ölçeği doldurmada güçlük çektiklerini ifade ettiklerinden DKÖ'ni vermek yerine, bu hastaların durumluk kaygılarını kolayca saptayabileceği düşünülen tek soruluk KÇ geliştirilmiştir. İlk bir kaç hastaya ilişkin bulgular ise analize dahil edilmemiştir.

Tablo 2: Bilgi verilip verilmeme durumuna göre, ameliyat öncesi ve sonrası durumluk kaygı ve depresyon puanlarına uygulanan t-testi sonuçları.

Hastalığa ilişkin bilgi verildi mi?	Ameliyat Durumu	Ölçek	n	X	ss	sd	t	p
Evet	önce	DKÖ	26	42.96	13.13	39	.17	.86
Hayır	önce	DKÖ	15	43.67	11.15			
Evet	sonra	DKÖ	27	32.74	7.82	39	.95	.34
Hayır	sonra	DKÖ	14	35.21	7.98			
Evet	önce	BDE	29	12.17	8.07	42	.56	.57
Hayır	önce	BDE	15	13.67	8.93			
Evet	sonra	BDE	29	9.62	7.42	42	1.96	.05*
Hayır	sonra	BDE	15	15.33	11.91			

*p<.05

Araştırmanın bir diğer sorusu da hastaların hastalıklarını kontrol etme konusundaki inançlarının , ameliyat öncesi ve sonrası, kaygı ve depresyon düzeylerinde farklılaşmaya yol açıp açmadığıdır. Bu soruyu yanıtlayabilmek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Hastalığı kontrol etme inancına göre ameliyat öncesi DKÖ puanlarına uygulanan tekyönlü varyans analizi, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir; $F(3,37)=3.36$, $p<.02$ (Tablo 3).

Tablo 3: Hastalığı kontrol etme inancına göre, ameliyat öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puanlarına uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları.

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Grup arası	1297.13	3	432.38	3.36	.02*
Grup içi	4763.89	37	128.75		

*p<.05

Hangi gruplarda farklılaşma olduğunu ortaya çıkarmak için Tukey'in HSD çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Hastalıklarını hiç bir zaman kontrol edemediğine inananların ameliyat öncesi DKÖ puanlarının, hastalığını her zaman kontrol edebildiklerine inananlar ile ($p<.02$) bu konuda fikri olmayanlardan anlamlı düzeyde ($p<.02$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ameliyat sonrası DKÖ puanlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, ($F(2, 23)=.89$; $p=.42$) hastalığı kontrol edebilme derecesine göre grupların ameliyat sonrası DKÖ puanlarında bir artış

eğilimi görülmektedir (evet, her zaman kontrol edebiliyorum ($n=11$, $X=33.18$, $ss=7.74$), bazen kontrol edebiliyorum ($n=9$, $X=34.44$, $ss=10.46$) ve hayır, kontrol edemiyorum ($n=4$, $X=40.25$, $ss=9.32$). Bu konuda fikrim yok diyenlerin ise, DKÖ puanlarının, her zaman kontrol edebiliyorum diyenlere benzer olduğu görülmektedir ($n=24$, $X=34.83$, $ss=9.05$).

Hastalığı kontrol inancı açısından farklılık gösteren grupların ameliyat öncesi ve sonrası BDE puanlarına uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır: Ameliyat öncesi, $F(3,40)=1.52$, $p>.05$; Ameliyat sonrası, $F(3,40)=.14$, $p>.05$.

Araştırmanın bir diğer sorusu ise, ameliyat bekleme odasında ilk ameliyata alınma durumu ile ne zaman ameliyata alınacağını bilememenin (beklemenin) hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeylerini yordayıp yordamadığıdır. Uygulanan basit doğrusal regresyon analizi, ameliyat odasında bekleme ya da beklememenin ameliyat sonrası kaygıyı yordamadığı yönündedir $F(1,42)=.63$, $p>.05$.

Araştırmanın son sorusu, ameliyat bekleme odasında beklemenin kaygı düzeyinde bir farklılaşmaya yol açıp açmadığıdır. Daha önce belirtildiği gibi KÇ katılımcılara bir kaç aşamada uygulanmıştır; hastaneye yattıklarında, ameliyat bekleme odasına alındıklarında, (ameliyata ilk alınan ve bekleyen hastalara birlikte) ayrıca bekleyen hastalara ameliyatlarına girmeden önce ve tüm hastalara ameliyattan bir kaç gün sonra uygulanmıştır.

Katılımcıların hastaneye ilk yattıklarında uygulanan KÇ sonuçlarına bakıldığında, ameliyat bekleme odasında bekleyenler ile beklemeyen hemen ameliyata alınanlar arasında bağımsız gruplar için yapılan t-testinde anlamlı bir fark görülmemiştir; $t(42)=.015$ $p>.98$. Ameliyat bekleme odasına gelir gelmez uygulanan t-testinde de benzer bir sonuç elde edilmiştir; $t(42)=.15$, $p>.88$. Dolayısıyla, tüm hastaların hastaneye ilk yattıklarında ve ameliyat bekleme odasına hep birlikte alındıklarında KÇ'den aldıkları puanlara göre aralarında bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Ameliyat bekleme odasında bekleyen hastaların ameliyat bekleme odasına alındıklarında ve ameliyata alınmadan önce doldurdıkları KÇ puanlarına, bağımlı gruplar için uygulanan t-testi sonuçları, bekleyen hastaların bekleme süreci boyunca kaygılarının anlamlı düzeyde arttığını göstermiştir; $t(18)=2.57$, $p<.01$. Bekleyen katılımcıların kaygı ortalamaları bu sürede 43.9 (SS=22.88)'dan, 52.21 (SS=25.93)'e yükselmiştir.

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada kanser hastalarının ameliyat sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinde bir farklılaşma olup olmadığı, hastalıkları hakkında bilgi verilip verilmeme ile hastalığı kontrol inancının hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinde bir farklılığa yol açıp açmadığına bakılmıştır. Bunun yanı sıra, ameliyat bekleme odasında beklemenin ameliyat sonrası kaygıyı yordayıp yordamadığı ve ameliyat bekleme odasında bekleme süresince kaygı düzeylerinde artma olup olmadığı araştırılmıştır. Ameliyat olma - ameliyatın nasıl geçeceğine ilişkin bir bilinmezlik durumu içerdiğinden- hastaların kaygılanmalarına neden olabilmektedir (Pringle, Taylor ve Whittle, 1999). Bu araştırmada da, ameliyat sonrasında ameliyat öncesine göre, hastaların kaygı düzeylerinde bir azalma olduğu ortaya çıkmıştır. Buna karşın hastaların ameliyat sonrası depresif belirtilerinde anlamlı bir azalma olmadığı görülmüştür. Bu durum depresyonun belirti ya da sendrom olarak durumluk kaygıdan daha uzun süreli bir ruh sağlığı sorunu olması (Öner ve Le Compte, 1985) ve sadece ameliyat olma ile ortadan kalkmayabileceği ile açıklanabilir.

Hastalığı konusunda bilgi almayan hastaların ameliyat sonrası kaygı düzeylerinde bir farklılaşma bulunmazken, depresyon düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Bu sonuç, hastalık hakkında bilgi almanın terapötik bir araç olarak da işlev gördüğünün oldukça somut bir göstergesi olabilir.

Bu araştırmada bilgi verilen hastalara doktorların (ya da yakınlarının) ne kadar bilgi verdiği, (örneğin, hastalığın özellikleri, belirtileri, varsa tedavi seçenekleri ve bunların avantaj ve dezavantajları, ameliyat durumu,

ameliyatın olası etkileri, beklendi belirtiler, seyrek görülen belirtiler, böyle durumlarda nelerin yapılması ya da yapılmaması gerektiği gibi) ve bu bilgiyi nasıl verdiği bilinmemekle birlikte, bilgi alan gruptaki hastaların depresif belirtilerinde ameliyat sonrası bir azalma olduğu görülmüştür.

Peterson, Schwartz, Sherman-Slate, Frost, Straub ve Damjanov (2003) kanser hastalarıyla yaptıkları bir araştırmada, hastaların tıbbi kararları alma sürecine sırasıyla a) hastalıkları hakkında bilgi kollama (information seeking), b) bilgi işleme, c) önerilere uyma ve d) sürekli o konuyu düşünme yollarıyla katıldıklarını ve bu yolların da depresyon ve kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Başka bir araştırmadaysa (Lorenson, Davis, Konishi ve Bunch, 2003) ölümcül hastalığa yakalanan kişilere -tanının söylenmesinin ardından- prognoz hakkında nasıl bilgi verileceği ve bu konuda sağlık personellerinin yaşadıkları güçlükler tartışılmaktadır.

Bu araştırmada ise hastaların %34 gibi önemli bir oranına ne herhangi bir sağlık elemanının ne de herhangi bir yakınının hastalığı hakkında hiç bir bilgi vermemesi de önemli bir ayrıntı olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların anlamayacağı inancı ile hastalığın özellikleri, tedavi olasılıkları ve potansiyel riskler konusunda genellikle yeterli bilgi verilmediği ve bunun da hastalarda gereksiz kaygı ve güvensizliğe yol açtığı belirtilmektedir (Pillay ve Wassenaar, 1996) Verilmesi gereken bilgiyi, ancak o bilgiye sahip olan kişinin vermesi gerektiği görüşünden hareketle (Stuart ve Byron, 1989) hastalara hastalığı konusunda bilgilendirmede temel sorumluluk tıp doktorlarındır. Ülkemizde de hasta haklarına dikkat çekilmekle birlikte (Tokmak-Yüksel ve Duyan, 1994; Gemalmaz, 1996; TTB, 1997) hasta haklarının bilgi verme boyutuna ilişkin herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu konuda yapılacak çalışmalarda göz ardı edilmemesi gereken noktalardan biri de, hastalara hiç bilgi vermemenin, bilgiyi kötü biçimde vermekten daha az zararlı olduğudur (Osuna, Perez-Carceles, Esteban ve Luna, 1998).

Araştırmanın bir diğer bulgusu hastalığını kontrol edemediğine inananların ameliyat öncesi kaygı puan-

larının diğer gruplardan daha yüksek olmasıdır. Buna karşın, hastalığını kontrol edebilme inancı ameliyat sonrası kaygı ve depresyon düzeylerinde bir farklılaşmaya yol açmamıştır. Bu bulgunun olası nedenlerinden biri kullanılan araç ile bağlantılı olabilir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda, kanser hastalığına ilişkin kontrol inancı çeşitli boyutları ile daha ayrıntılı çalışılarak, bu konuda daha fazla bilgi sağlanabilir. Bir diğer neden ise hastalığını kesinlikle kontrol edemediğine inanan katılımcı sayısının oldukça düşük olmasıdır (n=4). Bulgular bu sınırlılıklar kapsamında değerlendirilmelidir.

Hastalığı kontrol edebilme inancı ile hastalığa ilişkin bilgi verilme arasındaki ilişkiye yeterli katılımcı olmasından ötürü bakılamamıştır. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda bu iki değişken farklı düzeylerde (az, orta, çok kontrol ve az-uygun biçimde bilgi verilme, yeterli-uygun biçimde bilgi verilme ve kötü bilgi verilme ile bilgi verilmeme durumları) karşılaştırılabilir.

Ameliyat odasında bekleme ise, ameliyat sonrası kaygı ve depresyonu yordamasına rağmen, ameliyat odasında uzun süre beklemek hastaların ameliyat odasında ölçülen kaygılarında artış yönünde bir farklılaşmaya yol açmıştır. İlgili yazında, hasta için ameliyat kararı alındıktan sonra, hastalık türleri ve risk faktörlerine göre –ameliyat gününe kadar- en fazla kaç gün beklemeleri gerektiğine ilişkin çalışmalar yer almaktadır (Turnbull, Taylor, Hsiang, Salvian, Nanji, O'Hanley, Doyle ve Fry, 2000).

Ülkemizde de, öncelikle hastaların ameliyat odasında beklemelerini engelleyecek düzenlemeler yapılmalı, bunun yanı sıra, ameliyat kararı alındıktan sonra Turnbull ve ark.'nın (2000) çalışmasına benzer biçimde ülkemize özgü koşullar da dikkate alınarak hastalık türleri ve risk faktörlerine göre optimum bekleme süreleri konusunda araştırmalar yapılmalıdır. Pillay (2001) tıp doktorlarının hastaların gösterdiği depresyon, kaygı ve umutsuzluk gibi duygusal tepkilerinin normal olduğu gibi bir inanca sahip olduklarını ve bu yaklaşımın ancak biyo-psiko-sosyal yaklaşımla eğitildiklerinde değişeceğini önermektedir. Böylece,

kişinin hastalığı ile başetme sürecinde yalnızca biyolojik yönünün değil, duygularının ve sosyal yaşamının da önemli olduğu kabul edilecektir.

Son olarak, sağlık elemanlarına mesleki eğitim sürecinde hastalara ne kadar ve nasıl bilgi vermeleri konularında eğitim verilebilir. Hastalara sağlık elemanlarından, - bekledikleri bilgilerin neler olduğunun sorulduğu formlar ya da ölçekler kullanılabilir. Böyle bir araç hastaların gereksinimleri konusunda sağlık kuruluşuna bilgi sağlayabileceği gibi, değerlendirme ile elde edilen bulgular ise sağlık elemanına mesleğini daha iyi yapabilme yönünde önemli bir geribildirim kaynağı olabilir.

KAYNAKÇA

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., ve Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory based subtype of depression. **Psychological Review**, 96, 358-372.
- Alexander, D.A., ve Naji, A.A.(1996). Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine. **British Medical Journal**, 312, 2804.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., ve ark. (1979). **Cognitive therapy of depression** I.Edition. New York: Guilfort.
- Gemalmaz, M.S. (1996). Turşu fıçısı ya da hasta hakları. **Toplum ve Hekim**, 11: 75-76.
- HHY (1998). 1.8. 1998 tarih, 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği, 3359 sayılı sağlık hizmetleri temel kanunu ile 181 sayılı sağlık bakanlığı teşkilat ve görevleri hakkındaki kanuna dayandırılarak çıkarılmıştır.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. **Psikoloji Dergisi**, 6, 118-122.
- Hopwood, P., ve Stephens, R.J. (2000). Depression in patients with lung cancer: Prevalence and risk factors derived from quality of life data. **Journal of Clinical Oncology**, 18, 893-903.

- İyidoğan-Babayiğit, Z. (1996). Onkoloji alanında çalışmanın hekimlerin anksiyete ve depresyon düzeyi üzerindeki etkileri. (Basılmamış uzmanlık tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kai-Hoi Sze, F. (2000). Do pain and disability differ in depressed cancer patients?. **Palliative Medicine**, 14, 11-17.
- Lorensen, M., Davis, A.J., Konishi, E., ve ark. (2003). Ethical issues after the disclosure of a terminal illness: Danish and Norwegian hospice nurses' reflections. **Nursing Ethics**, 10, 175-185.
- Osuna, E., Perez-Carceles, M.D., Esteban, M. A., ve ark. (1998). The right to information for the terminally ill patient. **Journal of Medical Ethics**, 24, 106-9.
- Öner, N., ve Le Compte, A. (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No:333.
- Önk, A. (1991). Akciğer kanserli erkek hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve tıbbi sosyal çalışmaya duyulan ihtiyaç. (Basılmamış uzmanlık tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü.
- Petersen, S., Schwartz, R.C., Sherman-Slate, E., ve ark. (2003). Relationship of depression and anxiety to cancer patients' medical decision making. **Psychological Reports**, 93, 323-35.
- Pillay, A.L. (2001). Psychological symptoms in recently diagnosed cancer patients. **South African Journal of Psychology**, 31, 14-9.
- Pillay, A.L., ve Wassenaar, D.R. (1996). Hopelessness and psychiatric symptomatology in hospitalised physically ill adolescents. **South African Journal of Psychology**, 26, 47-51.
- Pringle, A.M., Taylor, R., ve Whittle, I.R. (1999). Anxiety and depression in patients with an intracranial neoplasm before and after tumour surgery. **British Journal of Neurosurgery**, 13, 46-51.
- Sanz, J. (1995). Comunicacion e informacion. **Medicina Clinica**, 104, 50-61.
- Spiegel, D., ve Bloom, J.R. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. **Lancet**, 888-890.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., ve Lushene, R.E. (1970). Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California: California Consulting Psychologists Press.
- Stuart, E., ve Byron, J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. **Journal of Clinical Oncology**, 7, 583-9.
- Tokmak-Yüksel, F., ve Duyan, V. (1994). Hasta hakları, tıbbi etik ve sosyal hizmet. IV. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı, Bildiriler. Sosyal Hizmetler Uzmanları Derneği. Yayın No: 3. Ankara.
- Turan, A.H. (1992). Kanser hastalarında anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü prevalansı ve bunların psiko-sosyal durumla ilişkisinin incelenmesi. (Basılmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul.
- TTB (Türk Tabipler Birliği) (1997). Hasta hakları toplantısı sonuç bildirgesi. Toplum ve Hekim, 12, 74.
- Turnbull, R.G., Taylor, D.C., Hsiang, Y.N., ve ark. (2000). Assessment of patient waiting times for vascular surgery. **Canadian Journal of Surgery**, 43, 105-111.

Yazar notu

Bu araştırmanın verileri, Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nde Psikolog olarak çalışan Hüseyin Karşigil ve Hülya Ertürk-Doğan tarafından toplanmıştır. Araştırmanın genişletilmiş bir örneği, bu kişilerin adları ile Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi'ne bir rapor olarak sunulmuştur.