

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

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN CANCER PATIENTS, THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND COPING WITH STRESS

Dilek Avcı¹ Selma Doğan²

¹Balıkesir Üniversitesi, Bandırma Sağlık Yüksekokulu – Bandırma/ Balıkesir
²Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü - İstanbul

Yazışma Adresi:

Dilek Avcı
Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu Kurtuluş Cad. 10200
Bandırma / Balıkesir
10200 Balıkesir - Türkiye

E posta: daydinator@gmail.com

Kabul Tarihi: 08 Ocak 2014

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışma, kanser tanısı alan hastalarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) sıklığını, stresle başa çıkma biçimlerini, algılanan sosyal destek düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEMLER: Araştırma iki üniversite hastanesinin onkoloji bölümlerinde yapılmıştır. Çalışmada örneklem, altı aylık süre içinde kanser tanısı konulan 300 hastadan oluşmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, DSM- IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış TSSB Klinik Görüşme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

BULGULAR: Hastalarda TSSB görülme oranı %52 olarak bulunmuştur. Kadın, genç- orta yaş grubunda olan, ailesiyle yaşayan, stresle başa çıkma ve sosyal destek düzeyleri düşük olan hastaların TSSB oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Çalışma sonuçları, kanser tanısı alan hastaların TSSB yönünden risk taşıdıklarını, sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarının kanser hastalarının hastalıklarına uyum ve baş etmelerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu riskin azaltılmasında hastaların psikososyal açıdan desteklenmeleri önemli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası stres bozukluğu, kanser, sosyal destek, stresle başa çıkma, hemşirelik.

SUMMARY

OBJECTIVE: The research has been carried out among patients diagnosed with cancer in order to determine the prevalence Posttraumatic Stress Disorder and to define the styles of coping with stress, levels of perceived social support and the relationship between.

METHODS: The research has been performed at two University Hospital Oncology departments in Ankara. The sample of the study 300 cancer patients diagnosed in the period of 6 months and taking care at each hospital. The data were gathered by using four different forms. 1. Personal Information Form, 2. Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version for PTSD, 3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support, 4. Ways of Coping Inventory.

RESULTS: The Posttraumatic Stress Disorder rate of the patients are found %52. The Posttraumatic Stress Disorder rates among women, young and middle-aged patients, patients living with their families, low levels of coping with stress and social support are determined to be significantly high.

CONCLUSION: The results of this study show that patients diagnosed with cancer carry Posttraumatic Stress Disorder risk. Cancer patients' accommodation and harmony with their illness play an effective role due to the social support and their style with coping stress. In order to decrease the risk, patients must be supported emotionally and socially.

Key words: Posttraumatic stress disorder, cancer, social support, coping with stress, nursing.

GİRİŞ

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) 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. DSM- IV'e göre TSSB tanısı için gerekli ölçütlerden en önemlisi, yaşamı tehdit edici travmatik bir durumun söz konusu olmasıdır.¹ Son yıllarda AIDS, miyokard infarktüsü, kanser gibi ciddi bir hastalığa yakalanmanın bireylerde travma etkisi yarattığı ve TSSB'na neden olduğu belirtilmektedir.¹⁻⁶ Kanser hastalarında TSSB yaygınlığı %0-55 arasında değişmektedir.² TSSB yaygınlığının kanserin kaynaklandığı organ, prognozu, tedavi şekli, tanı yöntemleri ile kişinin sosyal destek, baş etme tarzları gibi faktörlerle ilişkili olduğu ifade edilmektedir.⁷⁻¹¹ Yapılan çalışmalarda sosyal destek sistemleri ve baş etme becerileri yetersiz olan kanser hastalarında psikiyatrik morbiditenin daha fazla görüldüğü ve psikososyal uyumun daha güç olduğu bildirilmektedir.^{8-10,12}

Travmatik olay yaşayan insanlara etkin ve destekleyici yaklaşım travmanın olumlu sonuçlanmasına yardımcı olarak TSSB gelişmesini engelleyebilir.^{10,13,14} Gerek hastanede gerekse toplum içinde kanserli hastalarla yakın etkileşim içinde bulunan hemşireler, hastaları fiziksel olduğu kadar psikososyal olarak da desteklemede uygun bir konumdadırlar.¹⁴ Hemşireler risk altındaki hastaları erken dönemde belirleme, hastalarla iletişim kurma, hastanın duygusal boşalmasını sağlama, stresle baş etme ve problem çözme becerilerini geliştirme, sosyal destek sistemlerini harekete geçirme gibi girişimlerde bulunarak TSSB'nun önlenmesine ya da kronikleşmesinin engellenmesine katkı verebilirler.^{12,14,15}

Ülkemizde TSSB ile ilgili çalışmaların genel olarak depresyon, tecavüz, trafik kazası gibi sorunlara yönelik olarak yapıldığı görülmektedir. Kanser hastalarında TSSB yaygınlığını araştıran sadece bir çalışma bulunmaktadır. Ancak TSSB yaygınlığı ile birlikte stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek düzeylerini belirleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma kanser tanısı alan hastalarda TSSB sıklığını, stresle başa çıkma, algılanan sosyal destek düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Örneklem Araştırmanın örneklemini iki üniversite hastanesinin onkoloji bölümlerinde tedavi gören, 6 aylık süre içinde kanser tanısı konulmuş, çalışma ile ilgili bilgi verildikten sonra görüşmeyi kabul eden, 18 yaşından büyük olan,

ajite olmayan, psikotik belirtileri bulunmayan, görüşmeyi sürdüreceği bilişsel yeterliliğe sahip olan 300 hasta oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, DSM- IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış TSSB Klinik Görüşme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği aracılığı ile elde edilmiştir.

1. Kişisel Bilgi Formu: Form, hastaların sosyodemografik özelliklerine, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri elde etmek amacıyla literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır.^{2,9,11} Formda hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi bireysel özelliklerini; tıbbi tanısı, hastalık süresi, uygulanan tedaviler gibi hastalık ve tedavi sürecini içeren 19 soru yer almıştır.

2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış TSSB Klinik Görüşme Formu: SCID- I, major DSM-IV Eksen I tanıların konması için First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmış ve Kappa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Form, altı modülden oluşmaktadır ve bozukluğu tanı kriterleri ile araştırmaktadır. Modüllerde belirtilerin süresi ve başlangıcı belirlenerek, belirti sayısı ve eşik değer çerçevesinde tanı değerlendirilmesi yapılır.¹⁶

3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemek amacıyla 1988'de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşan, yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere üç alt grubu vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir.¹⁷

4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Kişilerin stres durumları ile başa çıkmada kullandıkları yolları belirlemek amacıyla 1980'de Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde ilk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) adı ile kullanılmaya başlanmıştır. SBTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması 1992 yılında Şahin ve Durak tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış, Cronbach alpha değeri 0.94 bulunmuştur. SBTÖ 30 maddelik, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçek kendine güvenli yaklaşım, iyimser

yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama olmak üzere beş alt gruptan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan elde edilememekte, puanlar her bir alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır.¹⁸

Verilerin Toplanması

Uygulama iki üniversite hastanesinin onkoloji bölümlerinde yapılmıştır. Araştırmada etik ilkelere uyulmuştur. Uygulama öncesi her iki kurumun yöneticileri ile yüz yüze görüşülerek sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Araştırmacı kendisini tanıtmış, hastaların durumlarına yönelik duygu ve düşünceleri paylaşmıştır. Hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılma ile ilgili görüşleri alınmıştır. Araştırma grubuna girmeye gönüllü olan hastalara veri toplama formları, görüşme yoluyla tek tek uygulanmıştır. Görüşme sırasında hastaların fiziksel ve duygusal olarak rahat olmasına dikkat edilmiştir. Rahatsız görünen hastalara ise gereksinimlerine göre soruna yönelik destekleyici yaklaşım sağlanmıştır (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 Ruh Sağlığı Birimi'ne yönlendirilmiştir. Görüşme ortalama 40 dakika sürmüştür.

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, değerlendirmede yüzdelik, frekans dağılımı, ki-kare testi, fisher ki-kare testi, t testi kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların %58.3'ü kadın, %65.7'si 54 ve altı yaş grubunda, %83.3'ü evli, %93.2'si çocuk sahibi, yarısına yakını (%42.7) ilköğretim mezunu olup, %94.3'ü ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %46.7'si ev hanımı, %31.0'i emeklidir. Ayrıca hastaların %81.0'inin çalışmadığı, çalışan grubun ise sadece %5.2'sinin işine devam ettiği saptanmıştır.

Hastaların %24.7'si meme, %16.7'si baş- boyun, %14.3'ü kolon, %12.0'si uterus, %10.0'u akciğer kanseri tanı grubunda yer almaktadır. Hastaların %76'sının 3-7 aydır hasta olduğu, %71'inin 3-6 ay önce tanıyı öğrendiği, %53.0'üne ikili (radyoterapi+kemoterapi, radyoterapi+cerrahi, kemoterapi+cerrahi) tedavi uygulandığı tespit edilmiştir. Hastaların %52'sinde görüşme anında TSSB belirlenmiştir.

Hastaların bireysel özelliklerine göre TSSB sıklığı Tablo 1'de verilmiştir. TSSB kadınlarda (%58.2) ve genç yaşta kişilerde (%70.2) diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastaların mesleği, çalışma durumları ile TSSB sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 1. Hastaların bireysel özelliklerine göre TSSB sıklığı

Tanıtıcı Özellikler	TSSB		Yok		Test
	Var n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	102	58.2	73	41.8	$\chi^2 = 7.16$ p < 0.05
Erkek	54	43.2	71	56.8	
Yaş					
≤ 34	26	70.2	11	29.8	$\chi^2 = 14.92$ p < 0.05
35-44	29	65.9	15	34.1	
45-54	47	54.6	39	45.4	
55-64	28	43.7	36	56.3	
65 ≥	26	37.6	43	62.4	
Meslek					
Ev Hanımı	80	57.1	60	42.9	$\chi^2 = 6.37$ p > 0.05
Memur	20	55.5	16	44.5	
Emekli	39	41.9	54	58.1	
Diğer (Öğrenci, İşçi, S. Meslek)	17	54.8	14	45.2	
Halen Çalışma Durumu					
Çalışıyor	33	57.8	24	42.2	$\chi^2 = 0.87$ p > 0.05
Çalışmıyor	123	50.6	120	49.4	

Hastalardaki TSSB sıklığı hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde (Tablo 2), TSSB en fazla pankreas- karaciğer kanseri (%90.9) ve sarkoma (%77.7) tanısı alan hastalarda 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 kanserleri (%25.0) ile prostat kanserli (%15.3) hastalarda ise düşük oranda tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastalara uygulanan tedavinin türü ile hastalık süresi yönünden gruplar arasında fark bulunmamıştır.

Tablo 2. Hastaların tedavi özelliklerine göre TSSB sıklığı

Hastalık Özellikleri	TSSB		Yok		Test
	Var n	%	N	%	
Tıbbi Tanı					
Meme Kanseri	39	52.7	35	47.3	$\chi^2=16.85$ $p<0.05$
Baş-Boyun Kanseri	29	58.0	21	42.0	
Kolon Kanseri	19	44.2	24	55.8	
Uterus Kanseri	22	61.1	14	38.9	
Akciğer Kanseri	15	50.0	15	50.0	
Prostat, Böbrek, Mesane Kanseri	3	17.6	14	82.4	
Lenfoma	6	42.9	8	57.1	
Mide	4	40.0	6	60.0	
Diğer (Lösemi, Sarkoma, Pank., Krc. Cilt Ca)	19	73.1	7	26.9	
Halen Uygulanan Tedaviler					
Tekli Tedavi	37	44.6	46	55.4	$\chi^2=2.76$
İkili Tedavi	88	55.3	71	44.7	$p>0.05$
Üçlü Tedavi	32	55.2	26	44.8	
Hastalık Süresi					
2 Ay	41	56.9	31	43.1	$\chi^2=1.63$
3-4 Ay	49	46.7	56	53.3	$p>0.05$
5-7 Ay	66	53.7	57	46.3	

TSSB sıklığı ile hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'de verilmiştir. TSSB saptanan hastalarda kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama davranışı puanları TSSB olmayan hastalardan düşük bulunurken; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanları yüksek bulunmuştur. TSSB olan ve olmayan hastaların stresle başa çıkma puanları arasındaki farkın tüm alt gruplar için anlamlı olduğu görülmüştür.

Tablo 3. TSSB sıklığı ile hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

SBTÖ	TSSB VAR (n=156)	TSSB YOK (n=144)	TEST
Kendine Güvenli Yaklaşım	11.67 ± 0.19	14.47 ± 0.17	t=10.51, p<0.001
İyimser Yaklaşım	8.48 ± 0.15	10.70 ± 0.13	t=10.43, p<0.001
Çaresiz Yaklaşım	12.53 ± 0.23	7.52 ± 0.21	t=15.62, p<0.001
Boyun Eğici Yaklaşım	11.16 ± 0.15	10.03 ± 0.18	t=4.67, p<0.001
Sosyal Destek Arama	7.88 ± 0.12	8.81 ± 0.11	t=5.40, p<0.001

Tablo 4'de görüldüğü gibi, hastaların Sosyal Destek Ölçeği genel ortalama puanı TSSB olan hastalarda $X=70.03\pm 0.84$ bulunurken, olmayan hastalarda $X=74.26\pm 0.76$ olarak belirlenmiştir. Sosyal Destek Ölçeği alt grup madde ortalama puanları değerlendirildiğinde; algılanan aile desteği TSSB olanlarda $X=25.42\pm 0.24$ iken, olmayanlarda $X=26.30\pm 0.19$; arkadaş desteği TSSB olanlarda $X=20.60\pm 0.36$, olmayanlarda $X=22.68\pm 0.37$; özel kişi desteği ise TSSB olanlarda $X=24.00\pm 0.31$, olmayanlarda $X=25.27\pm 0.21$ olarak saptanmıştır. Farklılık tüm gruplar arasında anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. TSSB sıklığı ile hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

SDÖ	TSSB VAR (n=156)	TSSB YOK (n=144)	TEST
Genel	70.03 ± 0.84	74.26 ± 0.76	t=3.85, p<0.001
Aile Desteği	25.42 ± 0.24	26.30 ± 0.19	t=2.93, p<0.001
Arkadaş Desteği	20.60 ± 0.36	22.68 ± 0.37	t=4.00, p<0.001
Özel Kişi Desteği	24.00 ± 0.31	25.27 ± 0.21	t=3.35, p<0.001

TARTIŞMA

Kanser tanı ve tedavisi, hastaların stres yaratan deneyimleri uzun süre yaşamalarına, uyum mekanizmalarının bozulmasına ve TSSB gelişmesine neden olmaktadır.^{5,7,19-21} Araştırmada kanser hastalarında TSSB sıklığı görüşme anında %52 olarak bulunmuştur. Smith ve Redd²² kanser hastalarının %60'ında TSSB olduğunu, Gurevich ve ark.²³ kanser hastalarının %50'sinden fazlasında TSSB belirtilerinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra Motulonis ve ark.²⁴ erken evre over kanseri tanısı konulan 58 hastayla yaptıkları çalışmalarında bu oranı %26; Tokgöz ve ark.²⁵ 100 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada ise %19 olarak bulmuşlardır. Sonuçlar değerlendirildiğinde kanser hastalarında TSSB sıklığının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Literatürde de kanser hastalarında TSSB yaygınlığının %0-55 arasında değiştiği belirtilmektedir.² Yapılan çalışmalarda yaygınlık konusunda karar verilebilmesi için yeterli sayıda hasta alınamamış olması, kanserin yeri, tedavi şekli, prognozu gibi TSSB görülme sıklığını etkileyebilecek özellikler bu değişkenliğe neden olmuş olabilir.

Çalışmada hastalardaki TSSB sıklığı hastaların bireysel özellikleri yönünden incelendiğinde, kadınların TSSB oranının erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de kadınlarda TSSB gelişme riskinin erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmektedir.^{7,26} Breslau ve ark.²⁶ kadınlarda %30.2 olan TSSB yaygınlığının erkeklerde %13 olduğunu, farklılığın kadınların daha kolay incinebilmelerine ve yaşadıkları belirtileri daha rahat ifade edebilmelerine bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Breslau ve Davis²⁷ tarafından genç erişkinlerle yapılan başka bir araştırmada, kadınlarda kronik TSSB'nun erkeklerden 4 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür bilgileri ile çalışma sonuçları uyumlu görünmektedir.

Hastaların yaş ortalamaları ile TSSB oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise yaş ilerledikçe TSSB oranının düştüğü görülmüştür. Çalışmacılar travma yaşayan kişilerde yaşın travma sonrası tepkileri etkilediğini, genç yaşta kanser tanısı almanın TSSB için büyük bir risk olduğunu belirtmektedirler.^{21,27-29} Kornblith ve ark.²⁷ meme ya da endometrium kanseri tanısı alan, genç ve yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada meme kanseri olan genç hastalarda TSSB oranını %26.1, yaşlı hastalarda %20.3; endometrium kanseri tanısı alan genç hastalarda %27.8, yaşlı hastalarda ise %19.2 olarak bulmuşlardır.

Çalışmada TSSB oranı hastalık özellikleri yönünden incelendiğinde, pankreas-karaciğer kanserleri, sarkoma, uterus kanseri, baş-boyun kanserleri ve meme kanseri tanısı alan grupta TSSB oranının diğer tanı gruplarına (cilt, böbrek, mesane, prostat kanseri) göre anlamlı düzeyde

daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de prognozu kötü olan, yoğun tedavi gören, sürekli ağrı yaşayan, beden imgesi değişen, fonksiyon kaybı olan hastalarda TSSB oranının yüksek olduğu belirtilmektedir.^{2,3,13} Ayrıca kanser hastalarında TSSB yaygınlığının kanserin yeri ile de ilişkili olabileceği ifade edilmektedir.^{2,11} Amir ve Romati¹⁹ 5 yıl önce meme kanseri tanısı alıp cerrahi tedavi gören ve son 3 yıldır tedavi görmeyen 39 hastada TSSB yaygınlığını %56 olarak saptamıştır. Passik ve Grummon'un¹³ belirttiğine göre; Bobertz ve arkadaşlarının uterus kanseri tanısı alan ve tedavi gören 16 hastayla yaptıkları çalışmalarında TSSB yaygınlığı %62 olarak belirlenmiştir. Ayrıca Kangas ve ark.² belirttiğine göre Cella ve ark. Hodking Lenfoma tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmalarında TSSB yaygınlığını %43 bulurken, Greenberg ve ark. sarcoma tanısı alan 89 hastada %23 olarak bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise kolorektal kanseri tanısı konulup tedavi gören 55 hastada TSSB oranı tedaviden yaklaşık 13 ay sonra %23.2 olarak saptanmıştır.⁵ Hastalardaki TSSB sıklığının diğer çalışmalarla paralel olduğu ve literatür bilgilerini desteklediği görülmektedir.

Çalışmada TSSB olan hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarının TSSB olmayan hastalara göre daha yüksek; kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde kanser hastalarında baş etme stilinin TSSB gelişmesinde ve kronikleşmesinde önemli olduğu, çaresiz yaklaşımı kullananlarda ve sosyal destekleri yetersiz olanlarda TSSB belirtilerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir.^{10,30} Diğer taraftan TSSB tanısı alan hastaların algıladıkları sosyal destek, TSSB tanısı almayanlardan düşük bulunmuştur. Bu sonuç yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.⁹⁻¹¹ Sosyal destek yaşam stresleri ile baş etmede önemli bir unsurdur. Literatürde yeterli sosyal desteğin travmaya uyum sağlamayı kolaylaştırdığı, travma sonrası tepkileri azalttığı, TSSB gelişmesini engellediği ve hastayı ikincil travmalardan koruduğu;^{8,10,11} düşük sosyal desteğin ise TSSB gelişmesinde ve kronikleşmesinde önemli olduğu bildirilmiştir.^{29,30}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, kanser hastalarında TSSB sıklığının görüşme anında %52 olduğunu, TSSB görülen hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle başa çıkma düzeylerinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda TSSB'nu önleme açısından kanserli hastalarla çalışan personelin duyarlı hale getirilmesi, TSSB ile ilgili hizmet içi eğitimler ve kurslar düzenlenmesi, hastaların psikososyal ve psikoedükatörel açıdan desteklenmesi, sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition, American Psychiatric Association, Washington (1994).
2. Kangas M, Henry J, Bryant R. Post-traumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(4):499–524.
3. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20(3):325–334.
4. Sareen J, Cox BJ, Asmundson GJG. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*. 2005;21:193–202.
5. Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*. 2009;18(1):30–41.
6. Shelby RA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Mismatch of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms and DSM-IV symptom clusters in a cancer sample: exploratory factor analysis of the PTSD checklist- civilian version. *Journal of Traumatic Stress*. 2005;18(4): 347–357.
7. Rourke MT, Hobbie WL, Schwartz L, Kazak AE. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in young adult survivors of childhood cancer. *Pediatric Blood & Cancer*. 2007;49(2):177–182.
8. Guay S, Bilette V, Marchand A. Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*. 2006;19(3):327–338.
9. Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L. The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*. 2003;12:453–462.
10. Wong M, Looney E, Michaels J, Palesh O, Koopman C. A preliminary study of peritraumatic dissociation, social support, and coping in relation to posttraumatic stress symptoms for a parent's cancer. *Psycho-Oncology*. 2006;15(12):1093–1098.
11. Kazak AE. Post- traumatic stress, family functioning and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(1):120–129.
12. Gates RA, Nishimoto PW: Communicating, caring, coping, "Gates RA, Fink RM (eds): Oncology Nursing Secrets, 3. baskı kitabında" s. 428–436, W.B. Saunders Company, Philadelphia (2008).
13. Passik SD, Grummon KL: PTSD. "Holland JC (ed): Textbook of Psycho-Oncology kitabında" s. 595–608, Oxford University Press, New York (1998).
14. Seng JS. Acknowledging post-traumatic stress effects and health: a nursing intervention model. *Clinical Nurse Specialist*. 2003;17(1):34–41.
15. Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*. 1999;35(11):1592–1597.
16. Aydemir Ö, Köroğlu E (eds) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, İstanbul (2001).
17. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17–25.
18. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10(34):57–70.
19. Amir M, Romati A. Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long- term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord*. 2002;6(2):195–206.
20. Weninger K, Helmes A, Bengel J, Lauten M, Völkel S, Niemeyer CM. Coping in long-term survivors of childhood cancer: relations to psychological distress. *Psycho-Oncology*. 2013;22(4):854-861.
21. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-related fatigue. *Cancer*. 2012;118(8):2261-2269.
22. Smith MY, Redd WH. Posttraumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*. 1999;8(6):521–537.
23. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress responses syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*. 2002;43:259-281.
24. Matulonis UA, Kornblith A, Lee H, Bryan J, Gibson C, Wells C, Lee J, Sullivan L, Penson R. Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*. 2008;18(6):1183-93.
25. Tokgöz G, Yaluç İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *New/Yeni Symposium Journal*. 2008;46(2):51-61.
26. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Sex differences in the PTSD. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1044–1048.
27. Breslau N, Davis GC. PTSD in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry*. 1992;149:671–675.
28. Kornblith AB, Powell M, Regan MM, Bennett S, Krasner C, Moy B, Younger J, Goodman A, Berkowitz R, Winer E. Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*. 2007;16:895–903.
29. Andrykowski MA, Cardova MJ. Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the andersen model. *Journal of Traumatic Stress*. 1998;11:189–203.
30. Wong M, Looney E, Michaels J, Palesh O, Kopman C. A preliminary study of peritraumatic dissociation, social support, and coping in relation to posttraumatic stress symptoms for a parent's cancer. *Psycho-Oncology*. 2006;15(12): 1093–1098.