

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**SİNDİRİM SİSTEMİ KANSERLERİNDE YADSIMA İLE DEPRESYON
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AHMET TOPUZOĞLU

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2015

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**SİNDİRİM SİSTEMİ KANSERLERİNDE YADSIMA İLE DEPRESYON
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

AHMET TOPUZOĞLU

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. HASAN CAN CİMİLLİ

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER.....	i
II. TABLO LİSTESİ.....	iii
III. ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
IV. KISALTMALAR.....	v
V. TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Hipotezler.....	6
2.. GENEL BİLGİLER.....	7
2. 1. Gastrointestinal Sistem Kanseri ve Psikopatoloji.....	7
2.1.1. Mide ve Özofagus Kanseri.....	7
2.1.2. Kolon ve Rektum Kanseri.....	10
2.1.3. Pankreas Kanseri.....	12
2.1.4. Hepatobiliyer Kanserler.....	14
2.2. Kansere Tanılı Olgularda Psikolojik Adaptasyon.....	14
2.2.1. Sorumluluk Almaya Karşı Pes Etme.....	15
2.3. Yadsıma ve Kansere İlişkisi.....	16
2.3.1. Psikoanalitik Bakış.....	16
2.3.2. Yadsıma ve Cinsiyet.....	17
2.3.3. Yadsıma ve Yaş.....	18
2.3.4. Medeni Durum, Eğitim ve Dinin Yadsıma İle İlişkisi.....	18
2.3.5. Etnik ve Kültürel Altyapı ile Yadsıma İlişkisi.....	18
2.3.6. Yadsımanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri	19
2.4. Başa çıkma Stratejileri ve kanser.....	21
2.5. Savunma Düzenekleri ve Kansere.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Örneklem.....	26
3.3. Veri Toplama Araçları.....	27

3.3.1. Kanser Yadsınması Görüşme Ölçeği.....	27
3.3.2. Başaçıkma Ölçeği (COPE).....	28
3.3.3. Savunma Biçimleri Testi.....	29
3.3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	30
3.3.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	30
3.4. Hastalara Yapılacak İşlemler.....	31
3.5. İstatistiksel Analizler.....	31
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	32
3.7. Etik Kurul Onayı.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1.Çok Değişkenli Analiz Sonuçları.....	53
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	83

II. TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Gastrointestinal ve hepatobiliyer kanserlerde yaygın semptomlar	9
Tablo 2. Sindirim sistemi kanserli olguların tanımlayıcı verilerine göre dağılımı.....	34
Tablo 3. Sindirim sistemi kanserli olguların hastalık özelliklerine göre dağılımı.....	35
Tablo 4. Sosyodemografik ve sosyoekonomik değişkenler ile depresyon varlığı açısından sindirim sistemi kanseri tanılı olguların dağılımı.....	36
Tablo 5. Çalışmaya katılan olguların sindirim sistemi kanseri tipine, ağrı ve kolostomi varlığına, uzak metastaz varlığına ve depresyon varlığına göre dağılımları.....	38
Tablo 6. Yadsıma ölçeği toplam skoru ve başa çıkma biçimleri ölçeği (COPE) ile HAD ölçeği depresyon skorları arasındaki Spearman Rho katsayıları ve anlamlılık düzeyleri.....	41
Tablo 7. Savunma düzenekleri ölçeği ile HAD ölçeği depresyon skorları arasındaki Spearman Rho katsayıları ve anlamlılık düzeyleri.....	42
Tablo 8. Depresyon varlığına göre başa çıkma ölçeği alt başlıkları puan ortalamaları ve p değerleri.....	43
Tablo 9. Depresyon varlığına göre savunma düzeneği ölçeği alt başlıklarının puan ortalamaları ve p değerleri.....	44
Tablo 10. Yaşam kalitesi ile yadsıma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri.....	48
Tablo 11. Yaşam kalitesi ile HAD depresyon toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri.....	49
Tablo 12. Depresyon varlığına göre yaşam kalitesi ölçeği alt başlıklarının puan ortalamaları farkları ve p değerleri.....	50
Tablo 13. Kanser yadsıma görüşmesinden elde edilen toplam skorlar ile başa çıkma ölçeği yadsıma ile başa çıkma alt başlığı, savunma düzenekleri ölçeği yadsıma alt başlığı ve ayrı ayrı alt bileşenleri, yadsıma klinisyen görüşü ve yadsıma şiddeti klinisyen görüşü ile ilgili skorların korelasyonları.....	51
Tablo 14. Yadsıma ölçeği toplam skoru bileşenlerine göre HAD depresyon skoru ortalama ve standart sapmaları ve p değerleri.....	52

Tablo 15. HAD depresyon toplam skoru ile ilişkili ağrı, yadsıma toplam skoru, başa çıkma ölçeği alt faktörlerinin (Mizah ile başaçıkma, davranışsal ilişki kesme ile başaçıkma) olasılıklar oranları, p değerleri ve güven aralıkları.....	53
Tablo 16. HAD depresyon toplam skoru ile ilişkili ağrı, yadsıma toplam skoru ve savunma düzenekleri alt başlıklarının (mizah, yansıtma, somatizasyon) olasılıklar oranları, p değerleri ve güven aralıkları.....	54
Tablo 17. HAD depresyon toplam skoru ile ilişkili ağrı, yadsıma toplam skoru ve savunma düzenekleri gruplandırılmış alt başlıklarının (olgun, nörotik, ilkel) olasılıklar oranları, p değerleri ve güven aralıkları.....	55
Tablo 18. Depresyon varlığı üzerine etkili faktörlerin olasılık oranları, p değerleri ve güven aralığı değerleri.....	56
Tablo 19. Depresyon varlığı üzerine etkili faktörlerin olasılık oranları, p değerleri ve güven aralığı değerleri.....	57
Tablo 20. Depresyon varlığı üzerine etkili faktörlerin olasılık oranları, p değerleri ve güven aralığı değerleri.....	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Depresyon varlığına göre yadsıma skorlarının dağılımı.....	39
Şekil 2. HAD depresyon skoruna göre yadsıma skorlarının değişimi.....	40
Şekil 3. Depresyon varlığına göre olgun savunma düzenekleri toplam skorlarının dağılımı.....	45
Şekil 4. Depresyon varlığına göre nörotik savunma düzenekleri toplam skorlarının dağılımı.....	46
Şekil 5. Depresyon varlığına göre ilkel savunma düzenekleri toplam skorlarının dağılımı.....	47

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AAR	:Aşağı anterior rezeksiyon
APA	: American Psychiatric Association
APR	:Abdominoperineal rezeksiyon
COPE	: Başa çıkma ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual, Mental Bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı.
EORTC QLQ-C30	: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire
HAD	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale,
KYÖ	: Kanserin Yadsınması Ölçeği
OO	: Olasılıklar oranı
SBT	: Savunma Biçimleri Testi
SCID-1	: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SS	: Standart sapma
MD	: Majör depresyon
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım Prof. Dr. Hasan Can CİMİLLİ'ye, eğitim danışmanım Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye destekleri ve anlayışları için , Doç. Dr. Tuğba YAVUZŞEN'e desteği ve önerileri için, Dr. Onur Ulaş AĞDANLI'ya katkı ve desteği için, Onkoloji Bilim Dalı Ayaktan Bakım Birimi hemşirelerine destekleri için teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Yadsımanın kanser hastalarında iyilik haline olumlu etkisi ya da zararı olup olmadığı bilinmemektedir. Bu tez çalışmasının amacı yadsıma, savunma düzenekleri, başa çıkma stilleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi sindirim sistemi kanseri tanılı olgularda araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma bir olgu kontrol araştırmasıdır. Yadsıma ve depresyon 105 sindirim sistemi kanseri olgusunda ölçülmüştür (n=36 %34,3 depresyon olgusuydu). Yadsımanın düzeyi Kanser Yadsınması Görüşme Ölçeği, depresyon SCID görüşmesi ve HAD ölçeği, savunma düzenekleri Savunma Biçimleri Testi, başa çıkma biçimleri ise Başa Çıkma Biçimleri Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hastaların yaşam kaliteleri EORTC-QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği ile belirlenmiştir.

Bulgular: Depresif hastalarda yadsıma daha az gözlenmektedir. Davranışsal ilişki kesme, nörotik ve ilkel savunma düzenekleri depresif sindirim sistemi kanserli olgularda daha fazla gözlenmektedir. Bununla birlikte ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan olgular, ağrı varlığı ve rektal kanser varlığında depresyon daha fazla gözlenmektedir. Sindirim sistemi kanserli olgularda, olgun savunma düzenekleri, mizah, yadsıma ve dissosiyasyon bağımsız olarak depresyondan koruyucu işleve sahiptir.

Sonuç: Sindirim sistemi kanserli olgularda yadsımanın depresyon ve yaşam kalitesinin kötüleşmesi üzerine, diğer değişkenlerden bağımsız olarak koruyucu etkisi vardır. Klinisyenler hastalık ve prognozu hakkında bilgi verirken hastanın yadsıma işlevini göz önünde bulundurmalarıdır.

Anahtar Kelimeler: Yadsıma, inkâr, başa çıkma, savunma düzenekleri, depresyon, sindirim sistemi kanseri, kolorektal kanser

ABSTRACT

Objective: The impact of denial on cancer patients well-being is beneficial or harmful remains unknown. The purpose of current study is to investigate the relationship between denial, defence mechanisms and coping styles and depression in a sample of digestive system cancer patients.

Method: This project was a case-control study. Denial and depression were measured 105 digestive system cancer patients (n=36 34.3% were depression cases). The level of denial was measured using the Denial of Cancer Interview. Depression was measured with SCID-1 interview and HADS. Defence mechanisms were measured with Defence Mechanisms Scale. Coping styles were measured with COPE. Patient-reported quality of life was measured using the EORTC-QLQ- 30.

Results: Depressive patients were less likely to deny. Behavioural disengagement, neurotic and immature defence mechanisms were used more frequently in depressive digestive system cancer patients. Also family history of psychiatric disorders, pain and rectal cancer were related to depression. Mature defence mechanisms, humour, denial and dissociation have protective functions against depression in digestive system cancer patients.

Conclusion: Denial in digestive system cancer patients can have a protective effect on depression and quality of life outcomes. Clinicians should take this into account when providing information about the illness and its prognosis.

Keywords: Denial, coping, defence mechanisms, depression, digestive system cancers, colorectal cancer

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, erken tanı konmadığı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açan ciddi bir sağlık sorunudur. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta yer almaktadır (1).

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser kronik bir hastalık olup hem hasta, hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenir. Newport ve Nemeroff kanser popülasyonunda yapılan çalışmalarda, depresyon tanımlamaları, kanser türleri ve evreleri, araştırmayla tanı arasındaki zaman farkları, araştırmanın kanserin değişik tedavi türlerine denk gelmesi, hastaların depresyon öykü ve tedavilerinin farklı olmasından dolayı araştırmaların karşılaştırılmasının zor olduğunu vurgulamış ama yine de genel popülasyona göre kanser hastalarında depresyonla daha sık karşılaşıldığını belirtmişlerdir (2). Ohaeri ve arkadaşları çalışmalarında, kanser hastalarında depresyon oranının % 9'dan az ve %45'den fazla gibi geniş bir aralıkta bulunduğunu ancak, bu çalışmalardan bazılarının depresyon bozukluğundan çok depresif belirtileri sorguladığını ve bu kadar geniş aralığın bundan kaynaklanabileceğini tartışmışlardır (3). Kanser hastalarında psikolojik durum ve tedavi sürecindeki aşamalar da incelenen bir konu olmuştur. Duygudurum bozukluklarının en fazla teşhis konduktan hemen sonra görüldüğünü, ameliyattan sonra belirtilerin anlamlı bir şekilde azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (4). Başka çalışmalarda da kemoterapi, metastaz, meme kanseri terminal evre süreci, düşük psikososyal adaptasyon seviyesiyle ilişkili bulunmuştur (5). Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlarla yansıtılmaktadır. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar. Hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir (6). Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır. Kanser tanısı konan birey, kanserle ilgisi olmayan diğer yaşam olayları ile başa çıkmakta da zorlanır (7). Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri başlıca stres

kaynaklarıdır. Hastanın fiziksel hastalığının şiddeti, gidişi ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu zamanla doğrudan etkileyecektir. Bu nedenle tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal desteğe de gereksinmesinin olduğu unutulmamalıdır. Hekimlerin kanser hastalarında majör depresyon (MD) gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gereklidir (1,8).

Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının yüksek (%30-40) olduğu belirtilmektedir. En sık belirtilen psikopatoloji MD'dur. MD, kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyumunu ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir (8,9).

Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres yaşama ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir (7). Diğer risk etkenleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden başka bedensel hastalıklar ve depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır (10). Kanserde depresyona yol açabilen ilaçlar arasında prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, l-asparaginaz, tamoksifen, interferon, antihipertansifler, narkotikler, beta blokerler, benzodiyazepinler, antiparkinson ajanlar sayılabilir. Ayrıca hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, MSS tümörleri, üremi, ensefalit ve elektrolit dengesizliği depresyona yol açabilme potansiyeli taşıyan diğer nedenlerin başında gelir (11). Kanser türleri ve depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu bilinmektedir. Farenks, pankreas, akciğer, meme kanseri türleriyle karşılaştırıldığında kolon, lenfoma kanserlerinde ve jinekolojik kanserlerde depresyon oranları daha az bulunmuştur (12). Pankreas kanseri ve diğer kanser türlerinin depresyon açısından değerlendirildiği bir çalışmada pankreas kanseri hastalarının diğer kanser türlerine göre daha depresif oldukları gözlenmiştir (13).

Kanser hastalarında yadsıma uzun süredir tartışılan bir konudur. Yadsıma, bir açıdan bakıldığında, kanser hastasını kaygının ve umutsuzluğun doğurduğu kahredici duygulardan

korur. Uyum gösterme amacıyla oluşan bir başa çıkma stratejisidir. Yadsımanın dezavantajı, hasta, aile üyeleri ve tedavi ekibi arasında hastalık ve sonuçları üzerine konuşmak istendiğinde iletişim problemleri gelişmesidir. Örneğin tedavi planlama konusunda hekim yadsıma gözlenen kanser hastası ile konuşmakta zorluklar yaşayabilir. Yadsıma hekim ve hasta arasında hastalığın şiddeti ve prognoz konusunda yanlış anlamalara yol açabilir. Bazı yazarlar "fiziksel hastalığın maladaptif yadsınması" şeklinde yeni bir tanının DSM'de yer almasını önermektedir (14,15). Bununla birlikte yadsıma fenomeninin arkasındaki mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına gereksinim vardır. Yadsıma kavramının bir çok yorumu söz konusudur (16,17). Yıllar içinde yadsıma kavramı farklı teorik, klinik ve pratik önermelerle açıklanmaya çalışılmıştır (18). Moyer ve Levine, yadsımanın teorik ve işlevsel tanımı ile ilgili derlemelerinde konsensusa varılamayan yönlerini tartışır, buna göre yadsıma; bilinçsiz mi bilinçli bir eylem mi, özellik mi, durum mu, psikolojik bir rahatsızlığın göstergesi mi, ciddi bir hastalığa verilen normal bir yanıt mı, ya da geniş ya da dar bir kavram mı tartışmalıdır (19). DSM-IV'te savunma işlevleri içinde tanımlanan yadsıma, istenmeyen stresörlerin, farkındalığın dışında tutulması olarak açıklanır: 'Kişi emosyonel çatışma ya da içsel ya da dışsal stresörlerin varlığını reddederek acı verici etkilere korunmaya çalışır (20). Weissman ve Hackett yadsıma kavramını pragmatik ve kapsamlı şekilde ele almışlardır (21,22,). Onlara göre yadsıma ile gerçekleşen, bilinçli ya da bilinçaltı reddetmelerin amacı, olayın korku veren, endişe uyandıran ya da başka rahatsız edici etkilerini yatıştırmaktır. Bu yazarların tanımlarını da kapsayan, yadsımayı da sorgulayan ölçekler hastanın bakış açısını içermektedir. Vos ve arkadaşlarının geliştirdiği "kanser yadsınması ölçeği" hem hastanın kendisinin yadsıma düzeyini değerlendirmesini sağlamak hem de klinisyenin yadsımayı değerlendirdiği bir derecelendirmeyi barındırmaktadır (14).

Yadsıma kanser tanılı hastalarda yaygın gözlenen psikolojik fenomendir. Bununla birlikte sindirim sistemi kanseri tanılı hastalarda yadsıma olgusu incelenmemiştir. Depresyon ve yadsıma ilişkisi yine aynı grup kanser tanılı olgularda daha önce hiç değerlendirilmemiştir. Yadsıma ve yaşam kalitesi ilişkisi akciğer kanserli hastalarda değerlendirilmiştir. Sindirim sistemi kanserli olgularda yadsıma depresyon ilişkisi ve yadsımanın yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmemiştir. Yadsıma ile ilgili görüşme örnekleri literatürde kısıtlıdır, bununla

birlikte Türkçe'de yadsımaya özgü kanser olgularında kullanılan yapılandırılmış bir görüşme ölçeği yoktur.

Bu çalışmanın temel amacı, sindirim sistemi kanseri tanılı hastalarda depresyon oluşumunu etkileyen sosyodemografik ve psikolojik faktörlerin belirlenmesi, yadsımanın, başa çıkma ve savunma düzeneklerinin depresyon gelişimi ve sindirim sistemi kanseri hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesidir.

1.1. Hipotezler

Sindirim sistemi kanserli depresif hastalarda, depresyon olmayanlara göre yadsıma daha az gözlenir.

Sindirim sistemi kanserli olgularda yadsıma ölçek skorları arttıkça depresif belirti skorları azalır.

Sosyodemografik özelliklerin ve sindirim sistemi kanserinin oluşturduğu hastalık özelliklerinin depresyonla ilişkisi vardır.

Hastaların kullandığı savunma düzeneklerinin sindirim sistemi kanserli olgularda depresyon gözlenmesi ile ilişkisi vardır.

Hastaların kullandığı başa çıkma biçimlerinin sindirim sistemi kanserli olgularda depresyon gözlenmesi ile ilişkisi vardır.

Sindirim sistemi kanserli olgularda yadsıma ölçek skorları arttıkça yaşam kalitesi artar.

Sindirim sistemi kanserli olgularda depresyon belirti skorları arttıkça yaşam kalitesi azalır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gastrointestinal Sistem Kanseri ve Psikopatoloji

Amerika Birleşik Devletleri'nde, gastrointestinal ve hepatobiliyer kanserler arasında en sık gözlenen yeni olgular kolorektal kanserlerdir (136,830). Bunu gastroözofagiyal kanserler (40,390) ve pankreas kanseri (46,420) izler. Kolorektal kanserler, tipik olarak erken ortaya çıkar ve sağkalımı yüksektir, buna göre diğer sindirim sistemi ve hepatobiliyer tümörler daha sinsi ve seyri daha kötüdür. Yaşam kalitesi sindirim sistemi işlevlerinin iyileştirilmesi ile ilişkilidir ve hastayla birlikte onun aile dinamiklerini de belirgin olarak etkiler. Yemek zamanlarındaki değişiklikler aile içindeki dinamikleri etkiler, izolasyon, depresyon ve anksiyeteye yol açabilir. Sosyal ve kültürel bağlamda hasta ve ailesi gastrointestinal ve hepatobiliyer kanserlerle psikososyal iyilik amacıyla başa çıkmak zorunda kalır. Hasta ve ailesini zorlayan bir diğer konu psikolojik stres oluşturan, çok sayıda semptomun multidisipliner usullerle yönetilme zorunluluğudur. Tablo 1'de gastrointestinal ve hepatobiliyer kanserlerde en sık gözlenen ve yüksek derecede psikolojik strese yol açan semptomlar listelenmiştir (23).

2.1.1. Mide ve Özofagus Kanseri

Özofagus ve mide tümörleri, yaşam kalitesi ve psikososyal etkileri açısından bir arada değerlendirilebilir, buna göre; kötü prognoz, anatomik yerleşim, yeme becerisi ile ilişkisi ve bunun yaşam kalitesine yansması benzerdir. Özofagus (18,170) ve mide (22,220) kanseri Amerika Birleşik Devletleri'nde diğer ülkelere göre insidansı daha düşük kanserlerdir, bununla birlikte beyaz erkekler arasında özofagus adenokarsinomu ve proksimal mide adenokarsinomu hızla artmaktadır. Gastroözofagiyal tümörler genellikle geç tanınır, uzun erimli sağkalımı sıklıkla kötüdür. Tekrar etme oranları yüksektir (%66 özofagus kanseri, %80 mide kanseri), beş yıl sağkalımları düşüktür (%18,1 özofagus kanseri, %28,8 mide kanseri).

Gastroözofagiyal tümörlerin yaygın işaretleri ve semptomları sıklıkla nonspesifiktir ve tanı öncesi uzun prodrom gösterir (Tablo 1) (23). Tedavi seçenekleri tümörün yeri ve

derecesine bağlıdır. Yerel yapılara metastaz cerrahiyi seçenek dışı bırakır. Cerrahisi majör abdominal girişimi gerektirir, özofagus kanserinde göğüs kafesinin de açılması gerekir. Kemoterapi ve radyoterapinin tedaviye eklenmesi yerel olarak hastalığın tekrarını engeller ve sağkalımı arttırabilir. Kemoterapi sıklıkla tolere edilebilirdir, uzun sürelidir ve radyoterapi çok sık önerilmez.

Gastroözofagiyal kanserlerde ana amaç hastanın yiyebilmesini sağlamaktır. Gastroözofagiyal kanserde cerrahi palyatif rezeksiyonda bile uzun süreli olarak yeme becerisini geri getirir ve yaşam kalitesini arttırır. Dumping sendromu distal gastrektomide yaygındır, reflü ise gastroözofagiyal bileşke tümörlerinin rezeksiyonu sonucunda yaygın görülür ve depresyon ile yaşam kalitesi sorunlarına yol açabilir. Özofagus rezeksiyonunda kaçak daha sık olur (%14-16), gastrik rezeksiyonda bu çok daha azdır (%0-12,7) (23).

Özofagus rezeksiyonu sonrası en sık gözlenen sorun eğer kaçak varsa özofagusta striktür oluşmasıdır. Yerel hastalık tekrarında yutma güçlüğü tekrar gözlenmeye başlayabilir, bu açıklığa kavuşturulana kadar hasta anksiyeteye kapılabilir. Kalıcı operasyon sonrası ağrı sendromu hastalık tekrarının ayırıcı tanısında dikkatli olmayı gerektirir. Benign striktürlerin yaygın tedavisi dilatasyondur. Çoğunlukla rahatsız edici bir işlemdir ve anksiyete doğurur. Sorun uzarsa depresyon oluşabilir.

Şiddetli emosyonel stres durumunda psikiyatri konsültasyonu tanıyı, psikoterapötik ve farmakolojik girişimleri mümkün kılacaktır. Sağkalım sınırlıdır ve palyatif bakım gereksinimi planlanmalıdır. Mide kanserinde palyatif bakım daha çok kanama ve obstrüksiyon ile ilgilidir (23).

Tablo 1. Gastrointestinal ve hepatobiliyer kanserlerde yaygın semptomlar

Özofagus ve Mide Kanseri

- Kilo kaybı
- Disfaji
- Gastroözofagiyal reflü
- Göğüs ve üst abdomende ağrı
- Yorgunluk
- Erken tokluk hissi

Kolon ve Rektum Kanseri

- Barsak alışkanlıklarında değişiklikler (diyare, kabızlık)
- Rektal kanama
- Anoreksi
- Kilo kaybı
- Abdominal ağrı

Pankreas kanseri

- Sarılık
- Ağrı
- Kilo kaybı
- Uzamış mide boşalması
- Yiyecekleri sindirme güçlüğü

Hepatosellüler Karsinoma

- Asit
- Varis kanamaları
- Periferik ödem
- Hepatik ansefalopati
- Sarılık

2.1.2. Kolon ve Rektum Kanseri

Kolorektal kanserler en yaygın gastrointestinal tümörlerdir (ABD'de 96,830 kolon, 40,000 rektal kanser). Kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta oluşur. Erken yakalama ölçütleri uygulandığı ölçüde bu kanserler erken ve tedavi edilebilir evrelerde yakalanabilir. Kolorektal kanserlerde 5 yıllık sağkalım %65,5'tir (kolon kanseri %64,8, rektum %67,1). İleri evre hastalıkta hala kötü prognoz geçerliliğini korumaktadır. Tedavi yaklaşımı öncelikle tümörün yerine bağlıdır. Rektosigmoid bileşke ve proksimalinde yerleşimli ise, cerrahi yaklaşım başlangıç ve olasılıkla tek tedavidir. Postoperatif kemoterapi tümörün evresine bağlıdır. Rektal kanser sıklıkla rezeksiyon kadar, neoadjuvan kemoradyasyon tedavisi ile birlikte yürütülür, bu yaklaşım T3 ya da N1 tümörlerde anal sfinkterin korunmasına yardımcı olur, ve yerel hastalık tekrarı olasılığını düşürür. Eğer hastanın anal sfinkter işlevi operasyon öncesi bozulmuşsa sfinkterler operasyonda korunmaz. Operasyon sonrası radyoterapi hastalık tekrarını en aza indirir.

Rektal kanser için, en yaygın iki operasyon tipi abdominoperineal rezeksiyon (APR; rektum ve anüsün rezeksiyonu ve kalıcı ostomi), ve aşağı anterior rezeksiyonu (AAR; barsaklar kalıcı olmayan ya da kalıcı olan "koruyucu" ostomi ile anastomoz yapılır). Komşu organlara yayılmışsa organlar kısmi ya da tamamen rezeke edilir. Eğer tümörler çok erken aşamadaysa (T1), yerel eksizyon yeterli olabilir. Tekrarlama oranları %17'ye kadar çıkar ancak bunlar kabul edilebilir oranlardır, morbidite çok az ve uzun erimli yaşam kalitesi daha iyidir. Tüm rektal kanserli olguların %10-35'i kalıcı ostomi ile yaşarlar. Kalıcı stomaların da %8-33'ü anastomoza gider. anastomozu başarısız olan bir grup hasta kalıcı anastomoza gider, burada sorunlar; kötü anal fonksiyon, anastomoz kaçağı, striktür, fistül ya da yeniden hastalanma şeklinde oluşmaktadır. Sfinkter koruyucu tekniklerin gelişmesi bir çok hastanın kalıcı ostomilerden kaçınmasını olanaklı kılmaktadır. Cerrahi tedavi yaklaşımı bir çok faktörün etkisiyle şekillenir; tümörün yeri, invazyon derinliği, tümörün çapı, cerrahın eğitimi ve tecrübesi, anal tonus ve hastanın sağlık durumu; ana konu anal bölgeden tümörün uzaklığıdır. Sigmoid kolon cerrahisi AAR için risk taşır (barsak disseksiyonu, rezeksiyon, ve anastomoz açısından), sıklıkla rektuma girilir (23).

Kolorektal kanserlerde yaşam kalitesi konuları tümörün evresine ve tümörün yerine bağlıdır. Bu konuda kolon kanseri ve rektal kanseri ayrı ayrı değerlendirmek gerekir. Kolon kanseri için tümörün yeri, eksize edilen kolon parçasının büyüklüğü, girişimin aciliyeti ve evre yaşam kalitesi üzerine etkili rol oynar. Sağ taraftaki tümörler ilio-çekal valvin eksize edilmesini zorunlu kılar, bu durum kolonun etkin işlevini azaltır. Total kolektomi ya da proktokolektomi zorunlu olursa su tutma özelliği ve barsak hareketlerinde azalma meydana gelir. Zamanla bu durum düzelebilir ancak çoğunlukla uzun sürer ya da kalıcıdır. Acil operasyon durumunda (örneğin; obstrüksiyon, perforasyon, ya da kanama) kalıcı ya da geçici ostomi olasılığı artar, hastane süreci daha zor geçer ve daha fazla rehabilitasyon, yaşam kalitesini arttırıcı çaba gerekir. Genellikle, tedavi ile kolon kanserinden kurtulan kişilerde yaşam kalitesi genel popülasyonla benzerdir. (23). Rektal kanserde anatomik lokasyon uzun süreli işlevsellik ve yaşam kalitesi ile daha yakından ilgilidir. Anastomoz yapılması, kalıcı ostomiye göre yaşam kalitesini daha iyileştirmektedir. İster AAR ister APR yapılmış olsun barsak hareketlerinde düzensiz değişimler ve ishalin oluşması evden dışarıda sosyal aktivitelere katılmayı engelleyebilmektedir. Cochrane Review tarafından değerlendirilen, yaşam kalitesi ölçümü açısından uygun ölçeklerin kullanıldığı, geçerli çalışmalardan elde edilen bilgilere göre, altı çalışmada ostomi hastalarında yaşam kalitesinin düşmediği gösterilmiştir, bir çalışma yaşam kalitesinin bir miktar düştüğünü, dört çalışma ise anlamlı düzeyde yaşam kalitesinin düştüğünü göstermiştir. Bu çalışmaları değerlendiren yazarlar anterior rezeksiyonun (rektal-koruyucu cerrahi) abdominoperineal eksizyona (ostomi) yaşam kalitesi açısından üstünlüğü olduğunun kesin olarak kanıtlanamadığını bildirmektedirler. Buna göre kolostomi yapılan APR tek başına yaşam kalitesi üzerinde belirleyici değildir. Rektal kanser popülasyonunda yapılan uzun erimli çalışma ile (>5 yıl) tartışmalı hale gelmiştir, bu çalışmada yaşam kalitesinin farklı boyutlarında ostomili hastalarda daha kötüleşme olduğu saptanmıştır. Önemli bir nokta birçok farkın yüksek düzeyde anlamlı olmaması ve genel yaşam kalitesinin rapor edilmemiş olmasıydı. Anastomoz yapılan olgularda fonksiyonel konular sıklıkla önemli problemler olarak ortaya çıkar, yaygın olarak çok sayıda barsak hareketi gün içinde hastayı rahatsız eder. Barsak kontrolünde kötüleşme erişkin bezlerinden kullanmayı gerektirebilir, bu da bir stres kaynağıdır, yemeyi kısıtlama, dışarıya ve yolculuklara çıkmamaya neden olur. Striktürler de kabızlık ve ostomi açılmasına yol açabilir (23).

Sutherland klasik çalışmasında 5 yılı aşkın süredir rektal kanserden kurtulmuş ostomili olgularda sosyal ve seksüel geri gidiş bildirmiştir. Depresyon, kronik anksiyete ve sosyal izolasyon hissi ostomili hastalarda sıklıkla gözlenmektedir. Hastalar kolostominin pratik olarak yönetilmesinde de zorluklar yaşamaktadırlar. Ostomiler çok sayıda yaşam kalitesi başlığında tipleri ve açılma nedenlerinden bağımsız olarak zorluklara yol açmaktadır. Görüntü, temin etme zorlukları, deri ya da kaçak komplikasyonları, işte, gezilerde, spor aktivitelerinde kullanım zorlukları, sızıntı, koku ya da gürültü olduğunda utanma gibi sorunlar oluşur. Kalıcı ostomilere spesifik endişeler yaygındır. Bunlar depresyon ve anksiyeteye yol açabilir, içe kapanma ve sosyal izolasyon gözlenebilir. Stoma açılacak hastaların postoperatif dönemde psikolojik sorunları olacağı akılda bulundurulmalıdır. Bununla birlikte komorbiditeler yaşam kalitesi üzerine ostomilerden daha etkili olabilir.

Ostomiler kolorektal kanserli hastalarının cinsel yaşamını da etkilediğinden, azalmış cinsel aktivite ve doyum, yaşam kalitesi ölçeklerinin sosyal ve psikolojik boyutlarını etkileyecektir. Tahminen %20 stoma hastası (karışık tanılı) ilk yıl içinde ciddi düzeyde psikiyatrik rahatsızlık yaşar. Ostomi gerektirmeyen olgularla aynı prosedürler uygulanır, ancak ostomi açılan hastalarda depresif hissetme daha fazladır (%52'ye %36), süisidalite daha fazladır (%12'ye %5) (24). İlk üç ay stoma ile başa çıkmak hastalığın ilk yılı sonrasında da psikiyatrik bozuklukların ve hastalıkla başa çıkmanın öngörücüsüdür. Artmış psikiyatrik bozukluk riski ile ilişkili faktörler geçmiş psikiyatrik öykü, operasyon sonrası fiziksel semptomlar ve komplikasyonlar, cerrahi sonrası stoma ve işlevleri ile ilgili uygunsuz algılamalardır. Bunlar var olan nörotisizm, anksiyete ve obsesif özellikler kadar belirleyicidir. Preoperatif psikolojik hazırlık anksiyete ve stresi azaltarak iyileşmeye yardımcı olabilir. Postoperatif dönemde kişisel olarak etkinliğin artırılması ostomi yükü ile başa çıkmada stresi azaltarak, bağımsızlaşmayı destekleyebilir. (23).

2.1.3. Pankreas Kanseri

Pankreas ikinci en yaygın gastrointestinal sistem tümörüdür. ABD'de 4. sıradaki kanserden ölüm nedenidir. Kadınlarda ve erkeklerde görülme oranı eşittir. Sarılık, ağrı ve kilo kaybı ile sık görülür. En sık tipi duktal adenokarsinomdur. Gelişmiş cerrahi tekniklere rağmen

ortalama sağkalım süresi 4-6 aydır, beş yıllık sağkalım %5'in altındadır. Çok az hasta tedavi edici rezeksiyon şansı elde eder. Tedavi edici niyetle yapılan girişim cerrahidir. Prosedür yerleşime göre değişir, pankreatikoduodenektomi (Whipple prosedürü) duodenumun rezeksiyonunu, pankreas başı rezeksiyonunu, safra kanalı, safra kesesi, sık olarak distal midenin çıkarılmasını kapsar. Tümör pankreasın distalinde ya da gövdesinde ise yaygın prosedür distal pankreatektomidir, sıklıkla buna dalağın da rezeksiyonu eklenir. Pankreatik prosedürler nedeniyle gelişen morbidite sıklıktır. Erken komplikasyonlar yara problemi, pankreatik anastomozdan gerçekleşen kaçaklardır. Daha geç komplikasyonlar gecikmiş mide boşalmasıdır, hastayı bir miktar strese sokar, ilaçlara pek yanıt vermez. Stentler hem safra akışı hem mide çıkışı obstrüksiyonlarında palyatif tedavi olarak oldukça etkindir. Pankreatikoduodenektomili hastaların beş yıllık sağkalımı %0-11'dir. Çoklu adjuvan kemoradyasyon sağkalımı %10'dan %19'a geliştirir. Bir seride bu %45 olarak bulunmuştur. Bu olgular tedaviye bağlı morbidite açısından büyük bir yük taşır.

Depresyon ve diğer psikolojik sorunlar pankreas kanserli olgularda diğer gastrointestinal sistem kanserlerinde gözlenenden daha sık gözlenir. Pankreatik kanserli olgularda depresyon %25-75 arasında değişir, bu kullanılan ölçütler ve hastalığın hangi aşamada olduğu ile ilgilidir. Süisidal düşünce %17'den fazladır. Israrcı disforik duygudurum, umutsuzluk, anhedoni, ve süisidal düşünce depresyonun net belirleyicileridir. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, madde kullanımı öyküsü, aile öyküsü, depresyon riskini artırır. Bununla birlikte sağkalımın depresyon varlığı ile arttığı gözlenmemiştir (23).

Psikolojik stres ağrı ile üst üste biner ve bu ikisi de yaşam kalitesini etkileyen bileşenlerdir. Bir çok çalışma tanı anında ağrı varlığını %80 sıklıkla rapor etmiştir. Hastalık sürecinde ağrı prevalansı %97'ye kadar çıkar. Kemoterapi pankreatik kanserde sağkalımı arttırmada sınırlı role sahiptir, ağrıyı azaltmada ve performansı arttırmada daha çok yardımcı olabilir. Tanı anında olguların %80'inde metastaz vardır. Palyatif bakım bu olgular için önceliklidir. Pankreatikoduodenektomi yapılan olgularla diğer olgular arasında yaşam kalitesi benzerdir.

Gastrointestinal kanserler heterojen özellikler gösterirler, beslenme durumu, yeme, ve barsak işlevleri hep beraber etkilenir. Sosyal ve psikolojik etkilenmelerin de eklenmesiyle

bu duruma ruh sağlığı açısından eğilmek bir öncelik taşır hale gelmektedir. Ek olarak uygulanan tedaviler de hastaları korkutur ve strese sokar ve ek psikolojik yükler oluşturur. Sonuç olarak bu hastalıklar sıklıkla ileri evrelerde saptanır, palyatif bakım bu yüzden genellikle önem kazanır. (23).

2.1.4. Hepatobiliyer Kanserler

Hepatobiliyer kanserlerin iki ana tipi vardır; hepatosit kanserleri, hepatosellüler karsinom, ve intrahepatik safra kanalı epitelinden kaynak alan kolanjiyokarsinomlar. Bu ikisinin kombinasyonu nadiren görülür. Bununla birlikte sindirim sistemi kanserleri sıklıkla karaciğerde ikincil metastatik tümörlere yol açar. Hepatobiliyer kanserlerin epidemiyolojisi cinsiyet, etnik grup ve coğrafi bölgeye göre değişiklik gösterir. Hepatobiliyer kanser insidansı artmaktadır. şu anda insidansı Güneydoğu Asya ve Sahra altı Afrika'da en yüksektir. Yaşlı erkekler fibrotik sirozdan daha fazla etkilendiği için erkeklerde daha fazla hepatobiliyer kanser gözlenmektedir. Kolanjiyokarsinom da Güneydoğu Asya'da daha fazla gözlenir. Fiziksel durum, karaciğer işlevleri, asit, bilirübin ve portal ven tromboembolizmi bağımsız olarak hepatosellüler kanserin sonuçlarının ngrcsdr. Tümör evresi ve karaciğer işlevleri en önemli prognoz belirleyici faktörlerdir. Tedavi yaklaşımı tümörün rezeksiyonu ya da transplantasyondur. Cerrahi rezeksiyon geçici bir süre yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal ve emosyonel iyilik çerçevesinde iyileştirir. İki üç sene içindeki tekrarlama sonucunda yaşam kalitesinin yeniden kötüleştiği gözlenir. Genellikle tedavi sonrası hastalar işlevsel açıdan daha çok bağımlı hale gelirler (23).

2.2. Kanser Tanılı Olgularda Psikolojik Adaptasyon

Birçok tedavi geliştirilmesine ve iyileşme olanaklarının giderek artmasına rağmen, kanser tanısı ve tedavisi hastalanan kişide büyük bir sıkıntı kaynağıdır (25). Kanser hastaları belirsizlik hissi, sıkıntı veren yan etkiler, stigmatizasyon, izolasyon hissi, ve suçluluk ile başa çıkmak durumunda kalır (26,27). Tanıları ile ilgili sağkalım istatistiklerini de içeren bilgi bombardımanına tutulurlar ve çözüm için alternatif yollar ararlar. Bu arayış bilgiyi ve yapılacaklar ile ilgili stresi de beraberinde getirebilir (28). Sıkıntı hissi tanı ile başlar ve operasyon öncesinde duygusal yıkımı oluşturur (29,30,31). Cerrahi prognozu belirleyen

önemli bir aşamadır, daha kesin şekilde süreçle ilgili bir bilgi verecektir. Bununla birlikte cerrahi hatta adjuvan tedavinin tamamlanması bile sıkıntılı dönemlere uyum sürecinin tamamlanması anlamına gelmez, uyum süreci sonrasında da uzun süre devam eder hatta bu hastaların yakınları için de geçerli bir süreçtir (32,33). Psikolojik sıkıntı, negatif tutumlar, somatik sıkıntılar, ve ayrılma, ölüm ile ilgili anksiyete tanı konulduktan sonraki bir yıl içinde sürer (34,35). Tedavi tamamlandıktan uzun yıllar sonra bile kanser olmakla ilgili duygular varlığını sürdürür, beş yıl ve daha sonrasında bile bazı hastalar fiziksel, emosyonel, sosyal yakınmalar, ilişki sorunları, izolasyon ve tekrar etme korkuları yaşayabilirler (35). Kanser tanısı alan ve tedavi gören hastaların stres ile hangi başa çıkma yollarını kullandığı, hangi başa çıkma biçimlerinin etkili ya da etkisiz olduğu, hangi sosyal ve kişisel özelliklerin uyum sürecini belirlediği gibi sorular da akla gelmektedir. Psikolojik durum dış gerçeklikten kesinlikle etkilenir, fakat kişinin bu dış gerçekliğe yönelik nasıl yaklaştığı da belirleyicidir. Bir kişinin kendisini büyük bir tehlike altında hissetmesi ile bir diğerinin aynı durumda daha az etkilenmesi söz konusu olabilir. İnsanlar dağarcıklarındaki başa çıkma biçimleri ile birbirlerinden farklılaşırlar. Hangi yanıtın daha yararlı olduğu konusundaki inançları da farklılık gösterir, sonuçta aynı tehlike düzeyi karşısında bile kişiler farklı başa çıkma yolları kullanabilirler (36).

2.2.1. Sorumluluk Almaya Karşı Pes Etme

Baş a çıkma sıkıntısını azaltarak stres yaratan olayın etkilerini azaltmaya hizmet eder. Böylelikle kişi yaşamındaki hedeflerine eskiden olduğu gibi yönelebilir. Bazen stres o kadar yoğundur ki normal yaşama dönmek mümkün görünmeyebilir. Kişi amaçlarına ulaşma konusunda şüphey e kapılırsa pes edebilir (36). Kanser gibi şiddetli hastalıklar kişinin yaşam amaçlarından bazılarını bırakmasına yol açabilir. Bazı kişilerde yoğun sıkıntı ve çabalamak için kendini güdülemede yetersizlik gözlenebilir. Literatürde bu duruma çaresizlik/umutsuzluk denir. Kanser hastalarında baş a çıkma mekanizması olarak pes etmenin (çözölme ya da ilişki kesme) altta yattığının saptanması yararlı ve işlevsel yanıtların saptanması kadar önemli olacaktır (36).

Kaçınan taktiklerin uygulanması da stresli durum ile karşılaşıldığında kullanılan taktiklerdir. Problemle yüzleşmeyi arzulamayan kişi bu tür taktikleri kullanabilir. Bu tür

eğilimler de yadsıma olarak nitelendirilirler. Bazen kaçınma durumun oluşturduğu stres ve baskı karşısında nefes alma olanağı tanıdığı için yararlı olarak da değerlendirilmektedir (36). Yadsıma sorunun bütünüyle bir kerede yüzleşme zorunluluğunu da hafifletebilmektedir (36). Hasta duygusal destek kaynaklarını kullanabiliyor, sorunu doğrudan karşılayabiliyor, bilgi arıyor, olumlu tutum takınıyor, savaşçı bir ruha bürünüyor ya da inanç sistemi içinde huzur buluyorsa etkili başa çıkma mekanizmalarından söz edilmektedir (36). Kaçamak ya da duygusal ya da olurluna bırakan bir kadercilik ya da çaresizlik tutumu içinde bulunduğunda daha az etkin stratejilerden bahsedilebilir. Kaçınan başa çıkma yöntemleri, kendini suçlama, yeme, içme ve uyuma gibi kaçınan aktiviteler, stres düzeyini daha arttırmaktadır (36).

İyimser kişilik özellikleri olanlar, olayların pozitif yönlerini görebilenler ve sorunla savaşma yolunu seçen savaşçı ruha sahip kişilerin stres yaratan duruma daha iyi uyum yapabildikleri gözlenmiştir (36,37). Nörotisizm ise gelecek konusunda karamsar olma, sıkıntılı olma ve kaygılı olmayı içinde barındıran geniş kapsamlı bir kavramdır. yüksek düzeyde nörotisizmin daha kötü duygusal uyumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (36). Meme kanserli hastalarda iyimserlik, yüksek düzeyde kabulllenme, mizahı başa çıkma taktiği olarak kullanma, deneyimleri olumlu yönde yeniden ele alabilme ile ilgili bulunmuştur. İyimserlik, yadsıma ve pes etme yanıtı ile ters ilişkili bulunmuştur (4).

2.3. Yadsıma ve Kanser İlişkisi

2.3.1. Psikoanalitik Bakış

Yadsıma psikoanalitik teoriden köken almaktadır. Anna Freud, içgüdüsel taleplere karşı egoyu korumayı amaçlayan diğer savunma düzeneklerinden farklı olarak, yadsımayı acı veren ve kabul edilmesi güç olan dış gerçekliğin bilinç dışı savunması olarak ortaya koymuştur. Yadsımayı küçük çocuklar ve psikotik hastaların kullandığı bir mekanizma olarak sınırlandırmıştır. Anna Freud'un kavramsallaştırma biçimi nedeniyle uzun yıllar patolojik bir savunma mekanizması olarak görülmüştür. New York Psikoanalitik Enstitüsü Kris çalışma grubu yadsımayı birincil olarak etkisiz savunma mekanizması olarak tarif

etmiştir. Yadsıma, tehlike karşısında içsel ya da dışsal gerçekleşen bir duygudurum, içgüdüsel bir uyarım, bir süperego komutu ya da algısıdır (18).

Moyer ve Levine kanser olgularında yadsıma mekanizmasını geniş ölçüde tartışmışlardır. Derlelemelerinde özellikle yadsımanın ölçülmesi ile ilgili zorlukları değerlendirmişlerdir. Görüşme, klinik derecelendirme, davranışsal ölçütlerle ilgili gereksinimleri belirlemişlerdir. Konsensusa varılmayan noktalar, yadsımanın bilinçli mi, bilinç dışı bir durum mu olduğu, özellik mi, durum mu olduğu, ciddi hastalığa patolojik bir yanıt mı yoksa normal bir yanıt mı olduğu ya da geniş bir kavram mı olduğu yoksa dar bir açıdan mı değerlendirilmesi gerektiği gibi sorulardır. Yadsımayı, kaçınma, uzaklaşma, küçümseme, baskılama, baskılayarak başa çıkma ve savunmacı tutum gibi yapılarla karşılaştırmayı önermişlerdir. Böylelikle olumsuz değer yargıları ve yadsıma arasındaki ilişkinin yeniden çerçevesinin çizilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Salander ve Windahl klinik onkolojide yadsımanın psikoanalitik açıklamasını özetlemiş, yadsımayı kanser olgularının gerçekliği bilinçsiz şekilde boşlamaları olarak tarif etmişlerdir. Kaçınma, ret ve yadsıma olarak üçlü şekilde konunun yeniden yapılandırılması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Her iki derleme de yadsımanın tanımı ve etkileri ile ilgili olarak bir konsensusa varamamıştır (38).

2.3.2. Yadsıma ve Cinsiyet

Leigh ve arkadaşları doktorlarla erkek hastaların iletişiminin kötüleştiğini bildirmişlerdir (18). Thomas ve arkadaşları (18) cerrahi personelinin erkeklerin kötü haberle başa çıkmada daha iyi olduğunu düşündüklerini ve kötü haberin birden verilmesinin yadsıma yol açabileceğini bildirmişlerdir.

Dunkel-Schetter ve arkadaşları, araştırmalarda cinsiyet farklılıklarının bulunamamasını seçim yan tutmasına bağlamışlardır (26), hasta popülasyonunun kişisel yardım gruplarından seçilmesinin de kaçınan erkeklerin örnekleme daha az temsil edilmesine yol açabileceğini düşünmektedirler, bununla birlikte Friedman ve arkadaşları sağlıklı örnekleme yaptıkları çalışmada erkek hastaların daha kaçınan başa çıkma yollarını kullandığına dair önermede bulunmaktadır (18).

2.3.3. Yadsıma ve Yaş

Yaş ve yadsıma ilişkisi yedi çalışmada incelenmiştir. Beş çalışmada genç hastalar yaşlılara göre yadsımayı daha az kullanmışlardır. Bu durum tanının yadsınması (18), etkinin yadsınması, duygudurumun yadsınması ve bunların bileşiminden oluşan yadsımayı da kapsamaktadır. Daha genç hastalar davranışsal kaçıışı daha fazla kullanmaktadırlar (18).

2.3.4. Medeni Durum, Eğitim ve Dinin Yadsıma ile İlişkisi

Dört çalışmada medeni durum ile yadsıma arasında bir ilişki bulunmamıştır (18). Chochinov ve arkadaşları, terminal dönemdeki hastalar ve eşleri arasında prognozun yadsınması konusunda gizlice bir anlaşma oluştuğunu öne sürmektedir (39).

Eğitim düzeyi düşük olan olgularda etkinin yadsınması ve duygudurumun yadsınmasının daha fazla olduğu öne sürülmektedir. İki çalışma ise anlamlı bir fark bulamamıştır. Wool dinsel inançla yadsıma arasında bir ilişki bulamamıştır (18). Dunkel-Shetter ve arkadaşları Hristiyan dinsel tercihinin etkinin yadsınması ile ilişkili olduğunu rapor etmiştir (26).

2.3.5. Etnik ve Kültürel Altyapı ile Yadsıma İlişkisi

Bütün çalışmalarda yadsıma ile etnik ve/veya kültürel altyapı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Erbil ve arkadaşları, Belçika'lı ve Türk hastaları karşılaştırdıklarında: Belçika'lılar hastalıkları ile ilgili daha doğru bir algıya sahipti (%53'e %34), ve etkinin yadsınması daha az gözleniyordu (%13-19) ama duygudurumun yadsınması daha fazlaydı (%21'e %14). Yazarlar, Belçikalı hastaların Türk hastalara göre daha fazla açık şekilde hastalık ve tedavi ile ilgili bilgiyi alabilmesinin altında kültürel farklılıkların bilginin aktarılmasına olan etkisinin yattığını bildirmişlerdir (40).

Butow ve arkadaşları Avustralyalı kadınların kanserin etkisini Avustralyalı olmayanlara göre daha az azımsayabildiklerini bulmuştur. Benimsemenin bazı kültürler için onaylanan bir başa çıkma olduğunu önermektedirler (41). Reynolds ve arkadaşları beyaz ve siyahiler

arasında etkinin yadsınması açısından bir fark olmadığını bildirmektedirler. Siyahi hastalar etkinin yadsınmasını gösterirken, beyazlar davranışsal kaçışta bulunmaktadır (42). Culver ve arkadaşları beyaz ve siyahi Amerikalı'lara göre Latin Amerika kökenlilerin daha fazla etkinin yadsınmasını gösterdiklerini bildirmektedir (43). Roy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Asya kökenli İngilizler tanrıyı daha çok yadsırken, Avrupa kökenli İngilizler etkinin yadsınması ile başa çıkma çabası içindedirler (44).

2.3.6. Yadsımanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Lazarus uygun koşullarda yadsımanın olumlu etkilerinin olduğunu ama bazı koşullarda ise yaşam kalitesini kötüleştirdiğini bildirmektedir (45). Yadsıma daha çok fiziksel yakınmaya yol açabilir, yadsıma gözlenmeyen olgular rahatsız edici belirtileri emosyonel açıdan abartılı şekilde yaşayabilirler. Üç çalışmada yadsımanın fiziksel işlevsellik üstüne etkisi pozitif olarak saptanmıştır (18). Ward ve arkadaşları kemoterapi uygulanan hastalarda daha az şiddette yan etki bildirimi yapıldığını rapor etmişlerdir (46). Manne ve arkadaşları etkinin yadsınması ve fiziksel semptomlar arasında bir ilişki saptamamışlardır, meme kanseri nedeniyle kemoterapi uygulanan hastalarda duygudurumun reddi ve davranışsal kaçışın kombinasyonu daha fazla fiziksel belirti ile ilişkili bulunmuştur (47).

Psikolojik işlevsellik stres açısından değerlendirilmektedir ve yadsıma ile ilişkilendirilmektedir. Tanının yadsınması ve etkinin yadsınmasının kombinasyonu ve tanının yadsınmasının incelendiği çalışmalarda stres artışı ile ilişki saptanmıştır (18). Aynı çalışmada stres ile tanının yadsınması arasında ilişki bulunmamıştır (18). Etkinin reddinin daha az stresle ilişkilendirildiği yedi çalışma vardır (18) ve stresin arttığını gösteren üç çalışma rapor edilmiştir (18), iki çalışmada ilişki bulunmamıştır (18), iki çalışmada duygudurumun yadsınması daha kötü psikolojik işlevsellikle ilişkili bulunmuştur (25,65). Orr'un araştırmasında duygudurumun yadsınmasının stres gelişimi üzerine pozitif etkisi saptanmıştır ve Heim ve arkadaşlarının çalışmasında etkinin yadsınması ve duygudurumun yadsınması bir arada artmış iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur (48,49). Dört çalışmada davranışsal kaçış yalnız başına ya da duygudurumun yadsınması ile birlikte ele alındığında psikolojik işlevsellik üzerine negatif etkisinin olduğu gözlenmiştir (18). Manne ve arkadaşları hastalığın yadsınmasının erken dönem kanser tanılı olgularda psikolojik

işlevsellik üzerine etkisinin olmadığını göstermişlerdir. Bununla birlikte geç evre kanserlerde negatif etki saptanmıştır (50). Stanton ve arkadaşları cerrahi öncesi kaçınmayı sonraki üç ay içinde stres artışıyla ilişkili bulmuşlardır, fakat bir yıl sonrasında aynı ilişki saptanmamaktadır (51). Etkinin yadsınmasının iyileşmiş psikolojik işlevsellikle birliktelik gösterdiği çalışmalarda yadsıma kavramı kanserde gerçeğin kavranması için aktif stratejilerin kullanılması ve hastalığın hayatı kontrol etmesine izin vermemek olarak tanımlanmaktadır. Tanının yadsınması, duygudurumun yadsınması ve davranışsal kaçışın gözlemlendiği çalışmalarda daha kötü psikolojik işlevsellikle ilişki bulunmuştur; bu durumun gelişimi, inanmayı reddetme, bir mucizenin olacağına inanma, alkol alımıyla kendini iyi hissetmeye çalışma, yeme ve sigara içme, ve vazgeçmeyi kapsamaktadır. Bu stratejiler pasiftir ve olumsuz çağrışımlar içermektedir. Hastalar uyarıcılar kullanarak kaçış arayışında, kontrolü kayb ettikleri duygusuyla, ölümcül ve çaresiz hissederek. Bu stratejiler depresyonla ilişkili özelliklerdir ve maladaptif olarak nitelendirilirler (18).

İki çalışmada yadsımanın sosyal işlevler üzerine etkisi incelenmiştir. Bilgiden kaçmanın düşük sosyal işlevsellikle ilgili olduğu bulunmuştur, diğeri ise etkinin reddi ve duygudurumun reddinin sosyal işlevsellikle bir ilgisi olmadığını bulmuştur ve bu durumun izlemde de değişmeden sürdüğü saptanmıştır (50,51).

Yadsıma klinik açıdan kanser hastaları için geçerli olan bir kavramdır. Geniş ölçüde tartışılmıştır. Kanser hastalarında %4'ten %47'ye varan sıklıklarda tanımlanmıştır. Daha yaşlı kanser olguları yadsıma daha fazla başvururlar. Kültürel altyapı yadsımanın altyapısında rol oynayabilir. Kanser tipi ya da cinsiyet yadsımanın oluşumunda etkili bulunmamıştır. Yadsımanın fiziksel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi çok açık değildir, psikolojik işlev üzerine etkisi yadsımanın kullanım biçimine bağlıdır, eğlenceli stratejiler stresi azaltırken, pasif kaçış mekanizmaları psikolojik iyilik halini ortadan kaldırır (18).

DSM-IV'te savunma işlevleri içinde tanımlanan yadsıma, istenmeyen stresörlerin, farkındalığın dışında tutulması olarak açıklanır: 'Kişi emosyonel çatışma ya da içsel ya da dışsal stresörlerin varlığını reddederek acı verici etkilerden korunmaya çalışır. Yadsıma ile gerçekleşen, bilinçli ya da bilinçaltı reddetmelerin amacı, olayın korku veren, endişe uyandıran ya da başka rahatsız edici etkilerini yatıştırmaktır. (20).

Yadsıma kanser türüne göre farklılaşabilmektedir, bir çalışmada meme kanseri ve diğer kanserler arasında yadsıma ile ilişkili bir fark bulunmamışken, bir diğer çalışmada lenfomada %30, meme kanserinde %15 olarak bildirilmiştir (52).

Türkiye’de kanser tanılı hastalarda yadsıma kavramı incelenmemiştir, var olan bir yayın hastaların tanıyı bilmemesi üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Aslında kanser tanısının hastaya söylenmemesi ya da örtük söylenmesi, klinikte ya da formlarda “kanser” kelimesinin kullanılmaması bir yadsıma biçimi olarak baştan karşımıza çıkmaktadır. Tanıyı bilmemenin yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı bildirilmektedir (53). Çeşitli kanser türlerini içeren bir grup hastada yapılan incelemede tanıyı bilmeme %54,7 olarak saptanmıştır. Tanının farkında olanlarda (%39,6) psikiyatrik bozukluk sıklığı, tanının farkında olmayanlara (%21,9) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha fazla bulunmuştur (54).

2.4. Başa Çıkma Stratejileri ve Kanser

Bilişsel ve stres ile başa çıkma teorilerinden etkilenen psikoanalitik yadsıma tanımı, maladaptif savunma mekanizmasından, acı veren olaylar ya da duygulardan bilinçli ya da bilinçsiz farklı yollarla günlük hayatta başvurulmuş kaçış kavramına dönüşmüştür. Yadsıma yarar ve maliyeti göz önünde bulundurularak maladaptif olarak değerlendirilir (18).

Dorpat ve Horowitz, psikoanalitik teori ve bilişsel psikolojiyi entegre ederek yadsımayı kendini koruma işlevi olarak tarif etmişler ve normal bir reaksiyon olarak değerlendirilebileceğini bildirmişlerdir. Ağır stres durumlarında geçici bir yanıt olarak ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir (55,56). Bilişsel teori yadsımayı adaptif bir kaçınma stratejisi olarak değerlendirmiştir. Başa çıkma kavramının işlevsel ve kuramsal pek çok tanımının yapılmasına karşın, genel eğilim başa çıkmanın psikolojik sıkıntı ya da strese yol açan öncüllerin/kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç olduğu şeklindedir. Bunun yanında tanımlamadaki çeşitlilik, başa çıkma tepkilerinin farklı şekillerde sınıflandırılmasına neden olmuştur. Bu sınıflamalardan öne çıkan, problem odaklı başa çıkmaya karşı duygusal odaklı başa çıkma ve yaklaşıma karşı kaçınmadır (57,58). Başa çıkma konusunda yapılan çalışmalarda gündelik stresörlerden, insan yaşamını önemli düzeyde değiştirecek kronik hastalıklar (59,60) ölüm (61), boşanma

(62), doğal felaketler (64) ve savaş gibi etkisi daha uzun süren stresörlere kadar bireylerin gösterdiği başa çıkma tepkileri incelenmiştir. Başa çıkmayla ilgili yapılan araştırmalarda, bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini büyük yaşam olaylarının gündelik olaylardan daha fazla etkilediği fikri uzun süre tartışılmıştır. Sonraları ise, yapılan araştırmalar gündelik zorlukların daha fazla stres kaynağı olduğunu göstermiştir (59).

Başa çıkma kavramının dayandığı kuramsal yapılara bağlı olarak ölçme araçlarının geliştirildiği görülmektedir. Bunlardan biri de, COPE Envanteridir (64) .

Hastalık riski altında olan kişilerin başa çıkma için farklı yollar kullandığı gözlenmiştir. En yaygın başa çıkma stratejileri durumun kabullenilmesi, bilgi arayışı, durumu kötü olan ile kendisinin durumunu karşılaştırma, iyimserlik, olumlu düşünmedir. Bazı çalışmalarda spiritüalite ve dinsel yaklaşımların da kanser karşısında başa çıkmayı kolaylaştıran yollar olduğu bildirilmiştir. Sosyal desteğin sağkalım için belirleyici olduğu, yüksek yaşam kalitesinin depresyonu ve psikolojik morbiditeyi azalttığı da bilinmektedir (65).

Folkman ve Lazarus, stres ve başa çıkma arasındaki ilişkinin sürekli olduğunu ve stresin başa çıkmaya neden olduğunu belirtmektedirler. Folkman tarafından başa çıkma; stresli etkileşim yoluyla yaratılan içsel dışsal istekleri kontrol etmek ya da azaltmak için yapılan bilişsel ya da davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır. Stresle başa çıkma çabaları, bireyin davranışları ile çevresel talepler arasında bir aracıdır ve strese karşı onun etkilerini en aza indirmede bir tampon görevi görür. Başa çıkma stratejileri ya durum üzerinde doğrudan etki gösterir (problem odaklı başa çıkma) ya da duygusal tepkileri yönetir (duygusal odaklı başa çıkma). Ancak problem odaklı başa çıkma stratejilerinin daha uyumlu, kişiyi daha çok geliştirici; duygulara yönelik stratejilerinin ise uyumsuz, savunucu ve gelişimi engelleyici olduğuna ilişkin yaygın bir görüş bulunmaktadır (66,67). Genel olarak başa çıkma tutumlarını sorun çözmeye yönelik olanlar ve emosyon odaklı olanlar şeklinde ikiye ayırmak olasıdır. Bunlardan ilki sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını (aktif başa çıkma, planlama, rekabet aktivitesinin baskılanması, kendini sınırlayarak başa çıkma, yardımcı sosyal destek arama), ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını (emosyonel, sosyal destek arama, olumlu yorumlama, kabullenme, inkar, dine yönelim, mizah) içerir. Genel olarak araştırmacılar problem-odaklı başa çıkma dışındaki faktörleri, emosyon-odaklı başa çıkmanın

varyasyonları (duygulara odaklanma ve onları dışavurma, davranışsal olarak ilgisini kesme, zihinsel olarak ilgisini kesme) olarak değerlendirirler. Bir başka şekilde, başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Aktif olanlar stresörün kendisinin değiştirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını hedefleyen davranışsal ya da psikolojik yanıtları, pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir. Bu açıdan başa çıkma tutumlarını uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar şeklinde tanımlamak da mümkündür. Uyuma yönelik olmayan (maladaptif) başa çıkma tutumları, stres oluşturan etkenler ya da yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Uyuma yönelik ya da aktif başa çıkma tutumlarından çok, emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılması ile psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması ve sürmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (68,69,70).

Duygular, motivasyon durumu ve bilişsel değerlendirmelerle karşılıklı olarak etkileşimli bir süreç içinde şekillenebilmektedirler. Başa çıkma biçimi, yaşam olayları karşısında kişilerin yaptıkları değerlendirmelerde aracı rol oynayarak, duygusal tepkilerin ortaya çıkmasında önemli bir etken olmaktadır. Pek çok araştırmacı başa çıkma stratejileri konusunda sorunla yüzleşmeyi içeren aktif başa çıkma veya problemle karşı karşıya gelmekten kaçınmayı içeren kaçınmacı başa çıkma stratejileri arasında ayrım yapmaktadır. Duygusal veya aktif problem odaklı başa çıkmastratejileri, negatif duygusal içerikle ilişkili stresi düzenleyerek veya alternatif çözümlerin üretilmesine katkıda bulunarak stresin olumsuz etkilerini engelleyebilmektedir. Bununla beraber, kaçınan başa çıkma biçimleri stresin olumsuz etkilerini artırarak durumu daha da katlanılmaz bir hale dönüştürebilmektedirler (67).

Bu anlamda, başa çıkma stratejileri arasında işlevsel olan ve olmayan ayrımı yapılabilir. İşlevsel başa çıkmastratejileri problemle aktif olarak baş edebilmek için destek aramak, somut çözüme yönelik davranışlarda bulunmak veya olası çözümleri araştırmak biçiminde olabilir. Yine stresli durumun görmezden gelinmesi ve konuya ilişkin olası çözümlerin araştırılmaması ise işlevsel olmayan stratejiler arasındadır (70). Araştırmalar stresli

durumlarda aktif başa çıkma stratejilerinin olumlu sonuçlar vermesine karşın, kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin uyumu bozucu bir şekilde işlev gördüğüne ve olumsuz psikolojik sonuçları olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmalar stresli yaşam olayları karşısında kişiler tarafından benimsenen pasif başa çıkma stratejilerinin, istenen üretkenliği olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Yine pasif başa çıkma stratejilerinin benlik saygısında düşme, sigara ve alkol kullanımı ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte başa çıkma gayretinden kaçınmanın depresyon oluşumunda bir zemin oluşturduğu, hatta ruminasyon gibi işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerine yol açtığı bilinmektedir. (71,72).

2.5. Savunma Düzenekleri ve Kanser

Psikanalitik kurama göre, egonun temel işlevlerinden birisi kişinin psikolojik denge durumunu korumak için savunmalar kullanmasıdır. Savunma mekanizmaları kişiliğin gelişiminde ve kişinin çevreye uyumunda önemli rol oynarlar ve kişiyi içsel çatışma ve duygusal sıkıntıdan korurlar. Bu bakımdan savunma mekanizmaları, ego gelişimi ve psikopatoloji ile yakın ilişki içerisinde. Bu ilişki doğrultusunda savunma mekanizmaları ilk kez, ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve tanımlanmasında kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM) üçüncü revize edilmiş formunda (DSM III-R) yer almıştır. DSM IV'e göre (APA, 1994) savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan, ancak kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır. Savunma mekanizmaları kavramını ve savunma mekanizmalarının psikopatoloji ile olan ilişkisini anlamak üzere klinik araştırmalarda klinik görüşmeler, öyküler, projektif testler, otobiyografiler ve anketler gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır (örn., Battista 1982, Haan 1965, Ihilevic ve Gleser 1995, Semrad ve ark. 1963, Vaillant 1976). Bu yöntemlerden bazıları; Vaillant'ın (1976) kısa hikayeler kullandığı görüşmeye dayalı değerlendirme yöntemi, Perry ve Cooper'ın (1989) kullandığı gözlemci değerlendirmesine dayanan Savunma Mekanizmaları Değerlendirme Ölçeği ve Bond ve arkadaşlarının (1983)

Savunma Biçimleri Testi'dir (SBT). Bond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen Savunma Biçimleri Testi, 88 maddeden oluşan, 26 savunma biçiminin değerlendirildiği kendini değerlendirmeye dayalı bir kâğıt kalem testidir. Yapı geçerliği çalışması, SBT'deki savunmaların gelişmemiş savunmalar, imge çarpıtan savunmalar, kendiliği gizleyen savunmalar ve olgun savunmalar olarak dört faktörde toplandığını göstermiştir.

SBT'nin yukarıda sözü edilen 1983 formu DSM III' den önce geliştirilmiştir. Ancak DSM III-R'de (APA, 1987), savunma mekanizmalarının ele alınmasının ardından Andrews ve arkadaşları (1989) 88 maddeden oluşan SBT'yi DSM III-R'a göre yeniden revize ederek SBT'nin 72 maddelik formunu oluşturmuşlardır (SBT-72). SBT-72'de 20 savunma biçimi ele alınmış ve bunlar üç faktörde toplanmıştır. Bu faktörler; immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri olarak adlandırılmıştır.

Andrews ve arkadaşları SBT-72'deki savunmaların sayı dağılımının eşit olmadığını, bazı savunmaların 10 madde ile ölçülürken bazı savunmaların ise sadece bir madde ile ölçüldüğünü ve testin istatistiksel eksikliklerine ek olarak, madde sayısının fazla oluşunun, klinik ortamda yorgunluk ve sıkılma ile ilişkili uygulama güçlüklerinin olabileceğini belirtmişlerdir. Bu eksiklikler doğrultusunda, SBT'nin 40 maddelik formunu (SBT-40) geliştirmişlerdir. Yapı geçerliği analizi, SBT-72'ye benzer biçimde, SBT-40'daki savunmaların immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri şeklinde üç boyutta toplandığını göstermiştir. SBT-88 ve SBT-40'ın İtalyanca (Martini ve ark. 2004) ve Japonca (Hayashi ve ark. 2004, Nishimura 1998) gibi çeşitli dillere çevirisi ve uyarlaması yapılarak güvenilirlik-geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca Bond savunma biçimleri testi ile ilgili yeniden gözden geçirme çalışmasında SBT'nin İtalya, Portekiz, Fransa, Almanya gibi diğer ülkelerde geçerlik-güvenilirlik çalışmalarının yapıldığını ve araştırmalarda kullanıldığını bildirmiştir. SBT'nin geliştirilmesi ve çeşitli ülkelerde güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının yapılması, çeşitli klinik gruplar için kullanılan savunma mekanizmalarının bilimsel çalışmalarını beraberinde getirmiştir. Borderline kişilik bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, yeme bozukluğu olan kişiler ile yapılan kontrollü çalışmalar, psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin sağlıklı kişilere göre olgun savunma biçimlerini daha az kullanırken immatür savunma biçimlerini daha fazla kullandıklarını ortaya koymuştur. Bu bulgular çeşitli klinik gruplar için kullanılan savunma

biçimleri ile psikopatoloji arasında ilişki olduğunu desteklemektedir (73).

Bond, savunma biçimlerinin psikopatolojiye neden olan bir faktör olarak görülmesinden çok psikopatolojinin savunmalardaki yansıması olarak görülmesi gerektiğini belirtmektedir. Savunma biçimleri testi, işlevsel olan ve olmayan savunma biçimlerini değerlendirmesi kapsamında psikopatolojiyi aydınlatması bakımından önem taşımaktadır (73,74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma bir olgu kontrol araştırmasıdır.

3.2. Örneklem

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Ayaktan Bakım biriminde izlenmekte olan sindirim sistemi kanseri tanılı olgular alındı. Bunlardan Majör Depresif Bozukluk tanısını DSM IV'e göre alanlar olgu grubunu, depresyon tanısını karşılamayanlar kontrol grubunu oluşturdu. Buna göre tanı konduktan sonra iki ay geçmiş olan sindirim sistemi kanseri tanılı olgular depresyon açısından değerlendirildiler. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için yadsıma olan grupta depresyon sıklığı %13,0, yadsıma olmayan grupta depresyon sıklığı %43 olarak alınmış buna göre; tip 1 hata 0,05, güç %80 olduğunda olgu sayısının 40, kontrol sayısının 80 kişi olarak alınabileceği hesaplandı (75).

3.3. Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik veri ve hastalık bilgi formu (Ek-1)
2. Yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (SCID I);
3. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (Ek-2);
4. Başa Çıkma Ölçeği (COPE)(Ek-3)
5. Kanser Yadsınması Görüşme Ölçeği (Ek-4)

6. Savunma Düzenekleri Ölçeği (Ek-5)

7. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Quality of Life (QOL)” Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-6).

8. Hastaların rutin kontrolleri sırasında kaydedilmiş olan evre bilgisi sonuçlarını içeren tıbbi kayıtlar.

3.3.1. Kanser Yadsınması Görüşme Ölçeği

Yadsımayı da sorgulayan ölçekler hastanın bakış açısını içermektedir. Vos ve arkadaşlarının geliştirdiği "Kanser Yadsınması Görüşmesi" hem hastanın kendisinin yadsıma düzeyini değerlendirmesini sağlamakta, hem de klinisyenin yadsımayı değerlendirdiği bir derecelendirmeyi barındırmaktadır (14). Vos ve arkadaşlarının oluşturduğu orijinal Kanser Yadsınması Görüşmesi Ölçeği Türkçe'ye çevrildi. Türkçe'den tekrar İngilizce'ye çevrilip çevirinin uygunluğu hem Türkçe hem İngilizce bilen hekimler tarafından gözden geçirildi. Yarı yapılandırılmış ölçek üç bölümden oluşmaktadır (Ek-4). Dokuz özgün soru ile hastanın tanı ve prognozu ile ilgili bilgisi, diğerleri ile hastalık hakkında neler konuştuğu, tedavinin etkisi konusunda beklentiler, hastalığın etkileri ile ilgili gerçekler ve duygular sorgulanmaktadır. Bu soruların yer aldığı form "Hasta Değerlendirme Ölçeği" dir. Görüşmeciyenitları 3'lü ölçüt ile skorlar. Yadsıma düzeyinin belirlenmesi amacıyla, toplam yadsıma skoru olarak bu yanıtlardan gelen puanların toplamı kullanılmıştır. Klinisyenin hastanın yadsıma tipini belirlediği bir değerlendirme (1.Yadsıma yok, 2.Hastalığın bilinçli yadsınması, 3.Duygudurumun yadsınması, 4.Etkinin yadsınması, 5.Etkinin ve duygudurumun yadsınması, 6.Bilinçsiz yadsıma), klinisyenin yadsımanın düzeyi ile ilgili değerlendirmesi 1-7 arasında ölçek skorunun verildiği (1=Yadsıma yok, 7=maksimum yadsıma) şeklinde kodlandığı klinisyen değerlendirmeleri de kullanıldı. Klinisyen değerlendirmeleri ile hasta ile görüşmeden elde edilen skorların birbirleriyle olan korelasyonları hesaplandı. Hasta ile yapılan yadsıma görüşmesinin yanıtlanan soruları arasındaki tutarlılığı saptamak için Cronbach'ın Alfa katsayısı hesaplandı.

3.3.2. Başa Çıkma Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin ilk hali 53 madde ve 14 faktörden oluşmaktadır. Ölçek geliştirilirken Lazarus (1966) ve Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres modeli ile Carver ve Scheier'in (1981, 1990) davranışsal kendini düzenleme modeli temel alınmıştır. Carver ve arkadaşları, ilk olarak 13 faktörlü bir yapı öngörmelerine karşın, faktör analizinde alkol ve uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili maddenin zihinsel olarak geri çekilme boyutunda olması gerekirken ayrı bir faktöre yüklendiklerini gözlemlemişlerdir. Bunun üzerine araştırmacılar aracın 14 faktörlü olduğuna karar vermişlerdir. Aracın güvenilirliğini test etmek için Cronbach'ın Alfa katsayısı ve test tekrarı yöntemi kullanılmıştır. Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin alt ölçeklerinin alfa katsayıları en düşük 0.45 (zihinsel olarak geri çekilme) ve en yüksek (dine yönelme) 0.92'dir. Test tekrarı sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları ise 0.42 (davranışsal olarak geri çekilme) ve 0.89 (dine yönelme) aralığında bulunmuştur (67).

Daha sonra yapılan çalışmalarda (4) Başa Çıkma Stilleri Ölçeğine mizah boyutu da eklenerek 15 faktörlü 60 maddelik bir form oluşturulmuştur. Bir (asla böyle yapmam) ile dört (çoğunlukla böyle yaparım) arasında derecelendirilen aracın alt ölçeklerinden alınan puanların düşüklüğü o boyutların az kullanıldığını, alınan puanların yüksekliği ise o boyutların daha fazla kullanıldığı hakkında bilgi vermektedir. Buna karşın alınan puanların değerlendirilmesinde kullanılan bir normu yoktur.

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Ek-3). 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin herbiri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek ve alt ölçeği oluşturan soru numaraları şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve

gelişme (1, 29, 38, 59), 2. Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45), 5. Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), 6. İnkar (6, 27, 40, 57), 7. Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60), 8. Şakaya vurma-Mizah (8, 20, 36, 50), 9. Davranışsal olarak ilişki kesme (9, 24, 37, 51), 10. Geri durma (10, 22, 41, 49), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52), 12. Madde kullanımı (12, 26, 35, 53), 13. Kabullenme (13, 21, 44, 54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55), 15. Plan yapma (19, 32, 39, 56) (67).

3.3.3. Savunma Biçimleri Testi

Savunma Biçimleri Testi (40 maddelik Form) (SBT-40), bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından geliştirilen testte her bir madde 1 (bana hiç uygun değil) ile 9 (bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Andrews ve arkadaşları (1993), SBT-40'ın güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını sağlıklı grup, anksiyete bozukluğu hasta grubu ve çocuklarına çeşitli tacizlerde bulunan ebeveynlerden oluşan bir örneklem üzerinde gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada ölçekteki 20 savunmanın immatür, nevrotik ve olgun savunmalar olarak 3 boyutta toplandığı gösterilmiştir. İmmatür savunmalar, yansıtma (6.-29.soru), pasif saldırganlık (23.-36. soru), dışa vurma (11.-20.soru), yalıtma (34.-37.soru), değersizleştirme (10.-13.soru), otistik fantezi (14.-17.soru), yadsıma (8.-18.soru), yer değiştirme (31.-33.soru), disosiyasyon (9.-15.soru), bölme (19.-22.soru), mantıksallaştırma (4.-16.soru), bedenselleştirme (12.-27.soru); Nevrotik savunmalar, yapma-bozma (32.-40.soru), yapay özgecilik (1.-39.soru), idealleştirme (21-24.soru), karşıt tepki geliştirme (7.28.soru); Olgun savunmalar ise yüceltme (3.-38.soru), mizah (5.-26.soru), beklenti (30.-35.soru), baskılamadır (2.-25.soru). (Ek-5). Aynı çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı İmmatür Savunmalar, Nevrotik Savunmalar ve Olgun Savunmalar için sırasıyla 0.68, 0.58, ve 0.80 olarak bildirilmiştir. Test tekrar test tutarlılığı ise, değerlendirme aralığı dört hafta olarak verildiğinde Olgun Savunmalar için 0.75, Nevrotik Savunmalar için 0.78 ve İmmatür Savunmalar için 0.85 olarak bulunmuştur (71).

3.3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek hastayı kaygı ve depresyon yönünden değerlendirmek amacıyla kullanılır (Ek-6). Psikiyatrik belirti ve bozuklukların taranmasında kullanılan ölçeklerin çoğunu bedensel hastalığı olan gruplarda kullanmak ve değerlendirmek güçtür. Çünkü bu ölçekler bedensel hastalıkların birincil belirtisi olabilecek vejetatif belirtilere azımsanmayacak ölçüde yer vermektedir. HAD ölçeği özel olarak bedensel hastalığı olan bireyler için geliştirilmiştir. Vejetatif belirtilere yer vermemekte, depresyon ve anksiyetenin bilişsel, duygusal belirtilerini ağırlıkla ele almaktadır. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Tanı koyma amacı taşımamaktadır. HAD kısa, uygulaması kolay 14 maddelik bir öz değerlendirme ölçeğidir, 7 si depresyon 7 si anksiyeteyi değerlendiren iki tane alt ölçeği vardır. Depresyon alt ölçeğine ait maddeler 2.4.6.8.10.12 ve 14. maddeler, anksiyete alt ölçeğine ait maddeler ise 1,3.5.7.9,11 ve 13. maddelerdir. Ölçekten alınan puanın artması hastanın depresyon ve /veya anksiyetesinin şiddetlendiği anlamına gelir (76,77).

3.3.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği

European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 versiyon 3.0 (Ek-6); bir global sağlık durumu ve yaşam kalitesi skalası, beşli fonksiyonel skala ve üç semptom skalasını 30 soru ile değerlendiren çok boyutlu bir ankettir. Fonksiyonel skalalar; fiziksel, rol, kognitif, emosyonel ve sosyal fonksiyonları içermektedir. Semptom skalalarında ise halsizlik, ağrı ve bulantı kusma değerlendirilmektedir. Ayrıca dispne, insomni, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve maddi zorluk durumu birer soru ile ölçülmektedir. Her bir parametrenin 0 ile 100 arası bir skoru vardır. Fonksiyonel skaladaki yüksek skor iyi sağlık durumunu gösterirken semptom skalasındaki yüksek skor semptomun fazlalığını göstermektedir (78).

3.4. Hastalara Yapılacak İşlemler

Pazartesi, salı ve çarşamba günleri tedavi için onkoloji ayaktan bakım kliniğine başvuran hastalar çalışmaya davet edildiler. Tanı konduktan sonra iki ay geçmiş olan olgular çalışmaya alındı. Tüm katılımcılardan görüşme öncesi bilgilendirilmiş onam alındı. DSM-IV'e göre yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (SCID-I) uygulandı. Depresyon tanısı alan olgular saptandı. Eksen I tanıları saptandı. Tüm katılımcılara Kansere Yadsınması Görüşmesi Ölçeği uygulandı. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği, Savunma Biçimleri ve Başa Çıkma Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-QLQ-30) verildi. Katılımcılar öz değerlendirme ölçeklerini kendileri doldurdular ve 10 gün sonraki randevularında getirdiler. Böylelikle, depresyon skorları, yaşam kaliteleri, hastalıkla başa çıkma mekanizmaları ve savunma biçimleri betimlendi.

3.5. İstatistiksel Analizler

Niteliksel verilerin tanımlayıcı özellikleri sayı ve yüzde ile ifade edilirken, ölçülmüş verilerin tanımlanmasında ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyreklikler arası mesafe kullanıldı. Depresyon varlığı saptanan sindirim sistemi kanserli olgularla, depresyon tanısı olmayan sindirim sistemi kanseri tanısı olan olguların farklı değişkenler açısından incelenmesinde veri türüne göre, kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan verilerde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney-U testi kullanıldı. İki'den fazla sürekli değişkenin karşılaştırılmasında veriler normal dağılıyorsa ve varyanslar homojen olduğunda tek yönlü ANOVA, normal dağılım gözlenmiyorsa Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Ölçek skorlarının korelasyonları hesaplanırken Spearman sıra korelasyonu kullanıldı ve korelasyon katsayısı Rho olarak ifade edildi. Çok değişkenli analizde depresyonla ilişkili faktörlerin incelenmesinde cinsiyet, hastalık süresi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ağrı, tek değişkenli analizde anlamlı olan savunma düzenekleri ve başa çıkma ölçeği alt grup skorları ayrı ayrı modellerde kullanıldı. Lojistik regresyonda bağımlı değişken depresyon varlığı iken çoklu doğrusal regresyonda HAD ölçeği toplam skorları bağımlı değişkendi. Değişkenlerin depresyon varlığı ile ilişkisi lojistik regresyon, çoklu doğrusal regresyon

analizi ile değerlendirilerek, lojistik regresyonda olasılıklar oranı (OO) ve çoklu doğrusal regresyonda B katsayıları hesaplandı. Sonuçlar %95 güven aralığı ile ifade edildi. Değişkenler her bir çok değişkenli analizde geriye doğru eleme yöntemi ile incelendi. Savunma düzenekleri ölçeği alt başlıkları ayrıca olgun, nörotik ve ilkel başa çıkma düzenekleri olarak gruplandı ve bu şekilde de modele katılıp incelendi. Kanser Yadsınması Görüşme Ölçeği'nin geçerliliği, depresyonla ve yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenerek araştırıldı. Ayrıca güvenilirlik için tüm ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirme amacıyla Cronbach alfa katsayısı hesaplandı.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Onkoloji Kliniği, Ayaktan Bakım Merkezi.

3. 7. Etik Kurul Onayı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 1777-GOA protokol ve 2014/37-30 karar numarası ile etik açıdan çalışmanın uygulanabilir olduğu bildirilmiştir.

4. BULGULAR

Sindirim sistemi kanseri olgularından 36 (%34,3) depresyon olgusu 69 (%65,7) depresyon saptanmayan olgu sosyodemografik özellikler, hastalık özellikleri, yadsıma, başa çıkma ve savunma düzenekleri ve yaşam kalitesi açısından incelendi.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $58,2 \pm 10,2$ 'ydi. Tanı anından başlayarak geçen süre $17,2 \pm 20,8$ aydı. Çalışmaya katılanların %66,7'si (n=70) erkekti, %85,7'si (n=90) evliydi, %93,3'ünün (n=98) çocuğu vardı. Eğitim durumuna bakıldığında %37,1'i (n=39) ilkokul mezunuydu, % 58,1'i SSK'lıydı (n=61) ve %43,8'i emekliydi. Alkol kullanmayanlar çoğunlukta idi (%82,9, n=87). Sigara kullanımını olguların %51,4'ü (n=54) bırakmıştı. Olguların %89,5'inin (n=94) geçmiş psikiyatrik tanısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu.

Sindirim sistemi kanserli olguların %48,6'sına doğru tanıdan bahsedilmişti (n=51), %41,0'ine (n=43) örtülü olarak doğru tanıdan bahsedilmişti, %10,5'i ise (n=11) tanısı ile ilgili bilgi sahibi değildi. Hastalıkla ilgili diğer kişilere doğru tanı ve tedaviden bahsedenler olguların %51,4'üydü (54). Durumu azımsayarak söyleme %30,5'ti (n=32). Hiçbirşey söylemeyenler ise %18,1'iydi (n=19). Hastalığını sürekli düşünenler katılımcıların %11,4'üydü (n=12). Günün büyük bölümünde düşünmeyenler %27,6 (n=29) hiç düşünmeyen %61,0'dı (n=64). Katılımcıların %80'i (n=84) diğer şeylere iyi odaklanabildiğini bildirmektedir.

Katılımcıların %71,4'ü (n=75) kendisi ile ilgili yolunda gitmeyen şeylerin tüm ayrıntılarını bilmek istemektedir. Gelecek beklentilerinde hastalığın yerinin olmadığı söyleyenlerin sıklığı katılımcıları %39'udur. Katılımcıların %58,1'i (n=61) tamamen iyileşmeyi ummaktadır. Katılımcıların %36,2'si (n=38) yaşamının hastalıktan hiç etkilenmediğini düşünmektedir. Katılımcıların %77,1'i (n=81) hastalığı ile ilgili mümkün olduğunca az düşünmenin daha iyi olduğunu bildirmektedir.

Tablo 2. Sindirim sistemi kanserli olguların tanımlayıcı verilerine göre dağılımı.

		n(105)	%
Cinsiyet	Kadın	35	33,3
	Erkek	70	66,7
Medeni durum	Evli	90	85,7
	Bekar	2	1,9
	Dul	5	4,8
	Boşanmış	8	7,6
Çocuk	Yok	7	6,7
	Var	98	93,3
Eğitim	İlkokul	39	37,1
	Ortaokul	17	16,2
	Lise	26	24,8
	Üniversite	23	21,9
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	36	34,3
	SSK	61	58,1
	Bağ-Kur	8	7,6
Meslek	Emekli	46	43,8
	Esnaf	2	1,9
	İşçi	34	32,4
	Memur	5	4,8
	Ev hanımı	18	17,1
Alkol kullanımı	İçiyor	2	1,9
	Bıraktı	16	15,2
	Yok	87	82,9
Sigara kullanımı	İçiyor	8	7,6
	Bıraktı	54	51,4
	Yok	43	41,0
Geçmiş psikiyatrik tanısı	Yok	94	89,5
	Var	11	10,5
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	94	89,5
	Var	11	10,5

Tablo 3. Sindirim sistemi kanserli olguların hastalık özelliklerine göre dağılımı.

		n(69)	%
Sindirim sistemi kanseri tipi	Rektum kanseri	23	21,9
	Kolon kanseri	50	47,6
	Mide kanseri	14	13,3
	Özofagus kanseri	3	2,9
	KC/safra kesesi kanseri	5	4,8
	Pankreas kanseri	10	9,5
Kolostomi	Yok	83	79,0
	Var	22	21,0
Ağrı	Yok	81	77,1
	Var	24	22,9
Uzak metastaz	Yok	48	45,7
	Var	57	54,3
RT	Yok	72	68,6
	Var	33	31,4
Cerrahi	Yok	34	32,4
	Var	71	67,6

Sindirim sistemi kanserlerine göre dağılıma bakıldığında çalışma grubundaki en sık tanı grubunun %47,6 ile (n=50) kolon kanseri olduğu görülmüyordu. Olguların %21'inde (n=22) kolostomi vardı. Ağrı %22,9'unda (n=24) mevcuttu. uzak metastaz %54,3'ünde (n=57) vardı. Olguların %31,4'ü (n=33) radyoterapi almıştı, %67,6'sı (n=71) da cerrahi tedavi görmüştü (Tablo 3).

Tablo 4. Sosyodemografik ve sosyoekonomik değişkenler ile depresyon varlığı açısından sindirim sistemi kanseri tanılı olguların dağılımı.

		Depresyon yok		Depresyon var		
		n(69)	%	N(36)	%	
Cinsiyet	Kadın	24	68,6	11	31,4	$X^2=0,2$ p=0,663
	Erkek	45	64,3	25	35,7	
Medeni durum	Evli	60	66,7	30	33,3	p _{Fisher} =1,0
	Bekar	1	50,0	1	50,0	
	Dul	3	60,0	2	40,0	
	Bosanmış	5	62,5	3	37,5	
Çocuk	Yok	6	85,7	1	14,3	p _{Fisher} =0,418
	Var	63	64,3	35	35,7	
Eğitim	İlkokul	25	64,1	14	35,9	$X^2=4,6$ p=0,204
	Ortaokul	11	64,7	6	35,3	
	Lise	14	53,8	12	46,2	
	Üniversite	19	82,6	4	17,4	
Sosyal güvence	Emekli sandığı	28	77,8	8	22,2	$X^2=4,5$ p=0,105
	SSK	35	57,4	26	42,6	
	Bağ-Kur	6	75,0	2	25,0	
Meslek	Emekli	41	71,9	16	28,1	p _{Fisher} =0,586
	Esnaf	1	50,0	1	50,0	
	İşçi	14	60,9	9	39,1	
	Memur	3	60,0	2	40,0	
	Ev hanımı	10	55,6	8	44,4	
Alkol kullanımı	İçiyor	1	50,0	1	50,0	p _{Fisher} =1,0
	Bıraktı	11	68,8	5	31,3	
	Yok	57	65,5	30	34,5	
Sigara kullanımı	İçiyor	4	50,0	4	50,0	$X^2=5,3$ p=0,073
	Bıraktı	41	75,9	13	24,1	
	Yok	24	55,8	19	44,2	
Geçmiş psikiyatrik tanı	Yok	63	67,0	31	33,0	p _{Fisher} =0,505
	Var	6	54,5	5	45,5	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	65	69,1	29	30,9	p _{Fisher} =0,044
	Var	4	36,4	7	63,6	

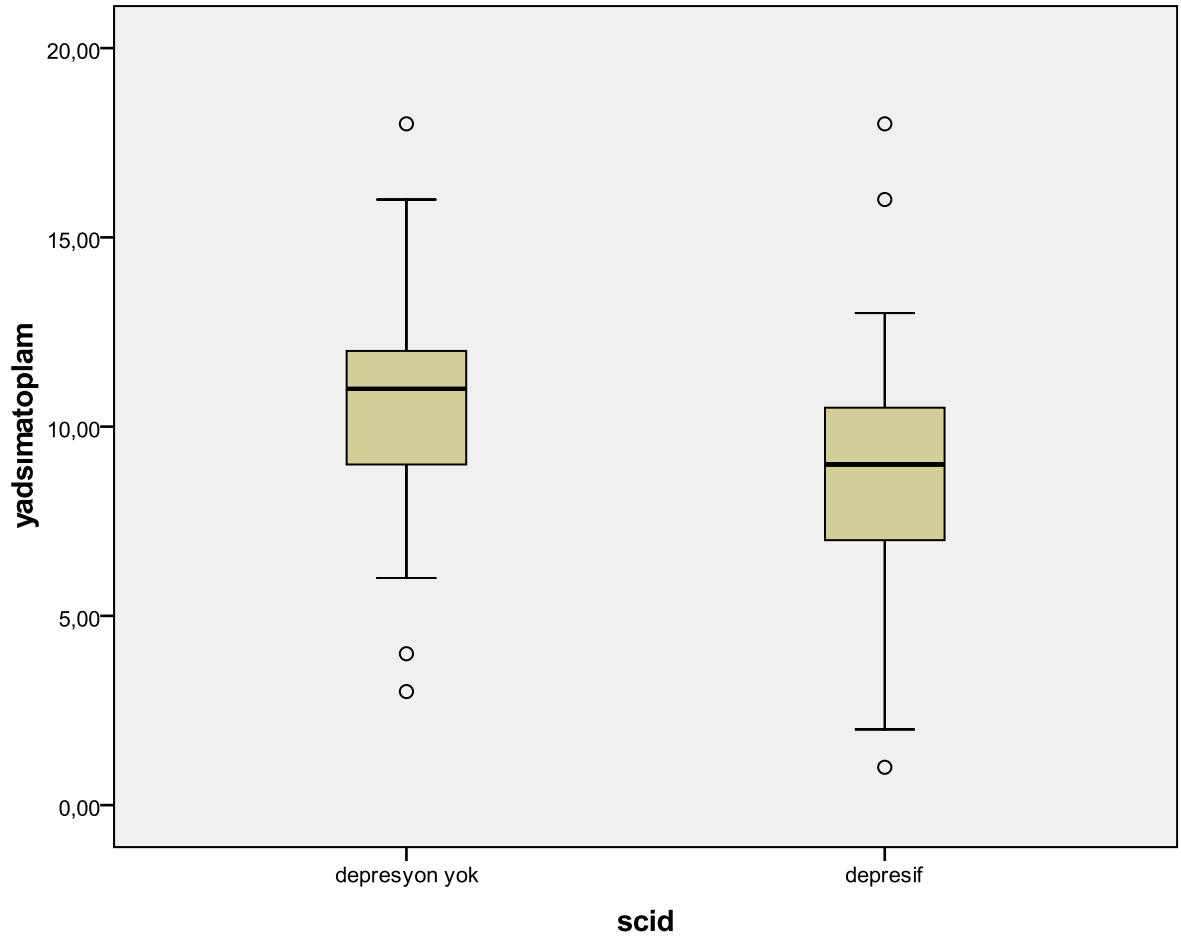
Çalışmaya katılan olgulardan depresyon gözlenenlerin yaş ortalaması $57,1 \pm 8,4$ yıl, depresyon gözlenmeyenlerin yaş ortalaması ise $58,7 \pm 11,0$ yıldır, iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($t=0,8$, $p=0,424$). Depresyon olgularında sindirim sistemi kanseri tanısı konduktan itibaren geçen süre ortalaması $20,3 \pm 23,1$ (Ortanca;11,5, Çeyreklikler arası mesafe; 24,8 ay) depresyon gözlenmeyen olgularda ise $15,9 \pm 19,4$ aydır (Ortanca;7,0, Çeyreklikler arası mesafe; 14,0 ay), iki grup arasında tanı anından itibaren geçen süre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Mann-Whitney-U=1062,5, $p=0,224$). Çalışmaya katılan kadınların % 31,4'ünde ($n=11$) depresyon gözlenirken, erkeklerin %35,7'sinde depresyon gözleniyordu ($n=25$). Cinsiyete göre depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($X^2=0,2$ $p=0,663$). Medeni duruma göre depresyon varlığı incelendiğinde evli olanların %33,3'ünde ($n=30$) depresyon gözleniyordu, olguların çoğu evliydi ve medeni durum özellikleri arasında depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p_{\text{Fisher}}=1,0$). Çocuğu olan olgularda depresyon %35,7 ($n=35$) gözlenirken, olmayan olgularda %14,3 ($n=1$) gözleniyordu, iki grup arasında depresyon görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p_{\text{Fisher}}=0,418$). Eğitim ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($X^2=4,6$ $p=0,204$). Sosyal güvencesi SSK olup depresyon gözlenen olguların sıklığı %42,6'ydı ($n=26$), sosyal güvence özellikleri arasında depresyon görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($X^2=4,5$ $p=0,105$). Mesleki açıdan değerlendirildiğinde olguların çoğu emekliydi, mesleki özelliklere göre depresyon değerlendirildiğinde en az depresyon emekli grubundaydı (%28,1 $n=16$) ve gruplar arasında depresyon görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p_{\text{Fisher}}=0,586$). Alkol ve sigara kullanımına göre depresyon görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Sırasıyla; $p_{\text{Fisher}}=1,0$, $X^2=5,3$ $p=0,073$). Geçmiş psikiyatrik tanısı olan olgularda depresyon görülme sıklığı %45,5 ($n=5$), psikiyatrik tanısı olmayanlarda %33,0'dı ($n=31$), iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p_{\text{Fisher}}=0,505$). Ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan olgularda depresyon görülme sıklığı %63,6 ($n=7$) iken, diğer grupta depresyon %30,9 ($n=29$) gözlenmekteydi, iki grup arasında depresyon gözlenmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p_{\text{Fisher}}=0,044$).

Tablo 5. Çalışmaya katılan olguların sindirim sistemi kanseri tipine, ağrı ve kolostomi varlığına, uzak metastaz varlığına ve depresyon varlığına göre dağılımları.

		Depresyon yok		Depresyon var		
		n(69)	%	n(36)	%	
Sindirim sistemi	Rektum ca	10	43,5	13	56,5	$X^2=6,7$ p=0,035
kanseri tipi	Kolon ca	37	74,0	13	26,0	
	Diğer*	22	68,8	10	31,3	
Kolostomi	Yok	55	66,3	28	33,7%	$X^2=0,05$ p=0,817
	Var	14	63,6	8	36,4%	
Ağrı	Yok	59	72,8	22	27,2	$X^2=8,0$ p=0,005
	Var	10	41,7	14	58,3	
Uzak metastaz	Yok	35	72,9	13	27,1	$X^2=2,0$ p=0,154
	Var	34	59,6	23	40,4	
RT	Yok	50	69,4	22	30,6	$X^2=1,4$ p=0,234
	Var	19	57,6	14	42,4	
Cerrahi	Yok	19	55,9	15	44,1	$X^2=2,2$ p=0,142
	Var	50	70,4	21	29,6	

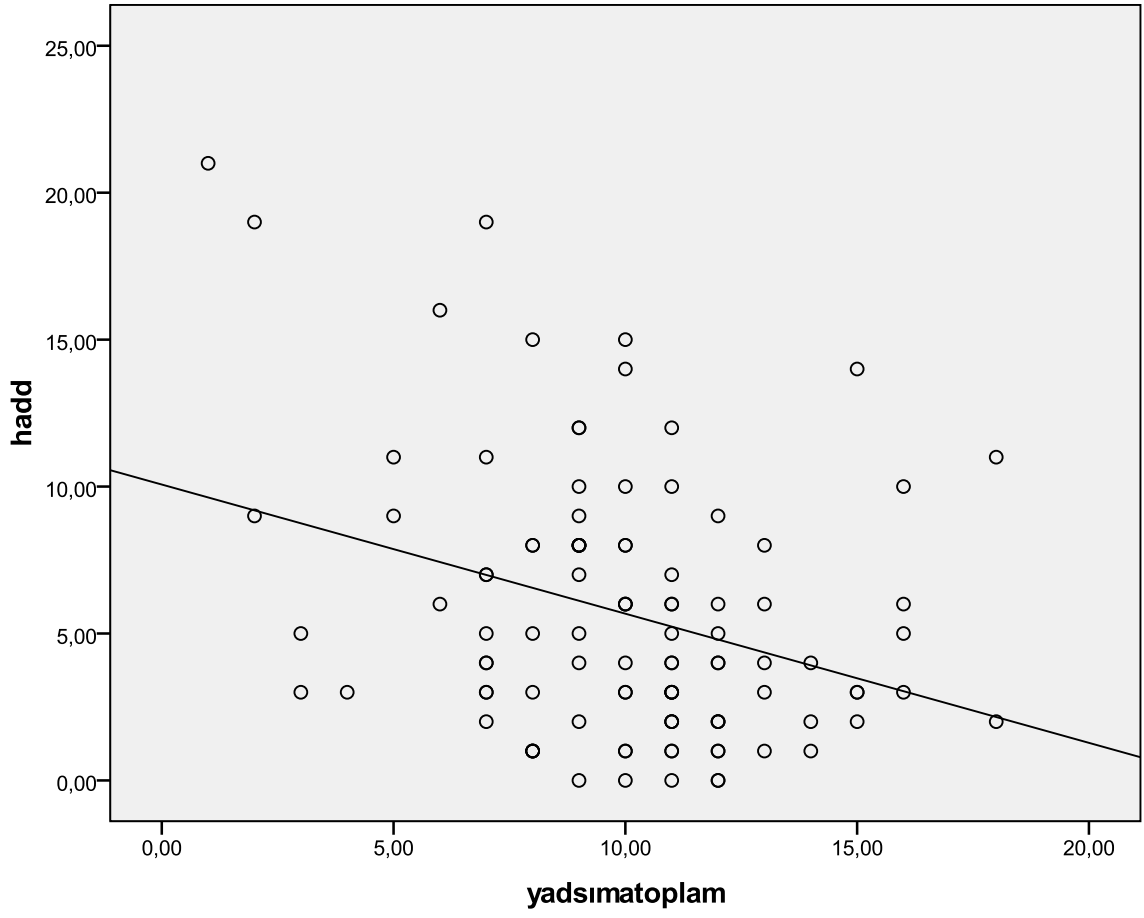
Diğer*;;Mide, Özofagus, KC/Safra kesesi, Pankreas kanserleri.

Rektum kanserli olgularda depresyon daha fazla gözleniyordu (%56,5, n=13), rektum kanseri, kolon kanseri ve diğer sindirim sistemi kanserleri (mide, özofagus, Kc/safra kesesi ve pankreas) arasında depresyon görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($X^2=6,7$ p=0,035). Kolostomi yokluğunda depresyon %33,7 (n=28) gözlenirken, kolostomi varlığında %36,4 (n=8) depresyon gözlenmekteydi, iki grup arasında depresyon gözlenmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($X^2=0,05$ p=0,817). Ağrı varlığında depresyon %58,3 (n=14) gözlenirken, ağrı yokluğunda %27,5 (n=22) gözleniyordu, iki grup arasında depresyon gözlenmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2=7,8$ p=0,005). Uzak metastaz gözlenmeyen olgularda depresyon %27,1 (n=13) gözlenirken, uzak metastaz olan olgularda %40,4 (n=23) gözlenmekteydi, iki grup arasında depresyon gözlenmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($X^2=2,0$ p=0,154). Radyoterapi uygulanan olgularla, uygulanmayan olgular arasında depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($X^2=1,4$ p=0,234). Cerrahi uygulanan olgularla, uygulanmayan olgular arasında depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($X^2=2,2$ p=0,142).



Şekil 1. Depresyon varlığına göre yadsıma skorlarının dağılımı.

Depresyon gözlenmeyen olgularda yadsıma toplam skor ortalaması $10,7 \pm 2,9$ (Ortanca=11,0 Çeyreklikler arası mesafe=3,0), depresyon gözlenen olgularda ise yadsıma toplam skor ortalaması $8,8 \pm 3,6$ 'ydı (Ortanca=9,0 Çeyreklikler arası mesafe=3,8), depresyon gözlenmeyen olgularda yadsıma skorları istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek gözleniyordu (Mann-Whitney-U=833,0 $p=0,005$).



Şekil 2. HAD depresyon skoruna göre yadsıma skorlarının değişimi.

Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında, istatistiksel olarak anlamlı şekilde HAD depresyon skoru -0,4 azalmaktadır. ($p=0,001$, %95 GA; -0,7--0,2).

Tablo 6. Yadsıma ölçeği toplam skoru ve başa çıkma biçimleri ölçeği (COPE) ile HAD ölçeği depresyon skorları arasındaki Spearman Rho katsayıları ve anlamlılık düzeyleri.

	Spearman Rho	p
Yadsıma ölçeği toplam skoru	-0,280**	0,004
Yeniden yorumlama ve gelişim	-0,141	0,152
Zihinsel ilgiyi kesme	-0,062	0,533
Duygusal odaklanma	0,141	0,152
Araçsal sosyal destek arama	-0,123	0,211
Aktif başa çıkma	-0,272**	0,005
Yadsımayla başa çıkma	-0,149	0,129
Din ile başa çıkma	-0,140	0,155
Mizah kullanarak başa çıkma	-0,276**	0,004
Davranışsal ilişki kesme	0,392**	<0,001
Kendini sınırlandırma	0,091	0,354
Duygusal sosyal destek kullanımı	-0,079	0,423
Madde kullanarak başa çıkma	-0,019	0,847
Kabullenme	-0,082	0,408
Baskılama ve diğer etkinlikleri bırakma	0,133	0,175
Planlama	0,115	0,242
Kabullenme	-0,103	0,296

*. Korelasyon $p<0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

**. Korelasyon $p<0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

Aktif başa çıkma skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru azalmaktadır, aktif başa çıkma skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında negatif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı, ($-\%27,2$ $p=0,005$). Mizah kullanarak başa çıkma skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru azalmaktadır, mizah kullanarak başa çıkma skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında negatif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı, ($-\%27,6$ $p=0,004$). Davranışsal ilişki kesme yoluyla başa çıkma skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru da artmaktadır, davranışsal ilişki kesme yoluyla başa çıkma skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardı ($\%39,2$ $p<0,001$).

Tablo 7. Savunma düzenekleri ölçeği ile HAD ölçeği depresyon skorları arasındaki Spearman Rho katsayıları ve anlamlılık düzeyleri.

	Spearman Rho	P
Yüceltme	-0,167	0,088
Mizah	-0,220*	0,024
Beklenti	-0,025	0,799
Baskılama	-0,173	0,078
Olgun savunma düzenekleri	-0,209*	0,032
Yapma bozma	0,102	0,300
Pseudoaltruizm	0,011	0,910
İdealizasyon	-0,010	0,919
Karşıt tepki geliştirme	-0,009	0,925
Nörotik savunma düzenekleri	0,037	0,710
Yansıtma	0,268**	0,006
Pasif saldırgan	0,033	0,740
Dışa vurma	0,129	0,190
Yalıtım	0,107	0,277
Değersizleştirme	-0,035	0,723
Otistik fantazi	0,017	0,860
Yadsıma	-0,173	0,077
Yer değiştirme	0,108	0,275
Disosiyasyon	-0,235*	0,016
Bölme	0,024	0,810
Rasyonalizasyon	0,052	0,600
Somatizasyon	0,325**	0,001
İlkel savunma düzenekleri	0,111	0,259

*. Korelasyon $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

**. Korelasyon $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

Savunma düzeneği olarak mizah kullanımı toplam skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru azalmaktadır, mizah toplam skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında negatif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı (-%22,0 $p=0,024$). Olgun savunma düzeneklerinden gelen toplam skorlar ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında negatif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı (-%20,9 $p=0,032$). Nörotik savunma düzenekleri ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p > 0,05$).

Yansıtma savunma düzeneği toplam skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru da artmaktadır, yansıtma toplam skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında pozitif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı (%26,8 $p=0,006$). Disosiyasyon savunma düzeneği toplam skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru azalmaktadır, disosiyasyon savunma düzeneği toplam skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında negatif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı (-%23,5 $p=0,016$). Somatizasyon toplam skoru arttıkça, HAD ölçeği depresyon skoru da artmaktadır, somatizasyon toplam skoru ile HAD ölçeği depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardı (%32,5 $p=0,001$).

Tablo 8. Depresyon varlığına göre Başa Çıkma Ölçeği alt başlıkları puan ortalamaları ve p değerleri.

	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Mann Whitney-U /t değerleri	p
Yeniden yorumlama ve gelişim	13,4	3,2	13,8	2,1	1225,0	0,907
Zihinsel ilgiyi kesme	10,8	2,7	10,6	2,5	1192,5	0,736
Duygusal odaklanma	10,1	3,1	11,7	2,8	907,5	0,023
Araçsal sosyal destek arama	11,8	3,3	11,9	3,3	1209,5	0,825
Aktif başa çıkma	13,2	3,1	12,8	2,7	1050,5	0,190
Yadsımayla başa çıkma	8,7	3,6	8,5	3,4	1193,0	0,739
Din ile başa çıkma	12,9	3,7	13,5	3,2	1085,5	0,273
Mizah ile başa çıkma	9,1	3,5	8,0	2,6	t=1,7	0,083
Davranışsal ilişki kesme	6,1	2,4	7,2	3,2	1027,5	0,136
Kendini sınırlandırma	10,1	2,5	11,1	2,6	968,0	0,062
Duygusal sosyal destek kullanımı	11,3	3,5	12,3	3,3	1006,0	0,109
Madde kullanarak başa çıkma	4,8	2,2	4,7	1,7	1224,0	0,867
Kabullenme	12,4	2,9	12,4	2,6	1194,5	0,746
Baskılama ve diğer etkinlikleri bırakma	10,7	2,8	11,4	2,6	t=1,3	0,170
Planlama	11,9	3,2	12,7	2,6	1086,5	0,289
Kabullenme	12,5	2,8	12,4	2,6	1179,5	0,669

SS;Standart sapma

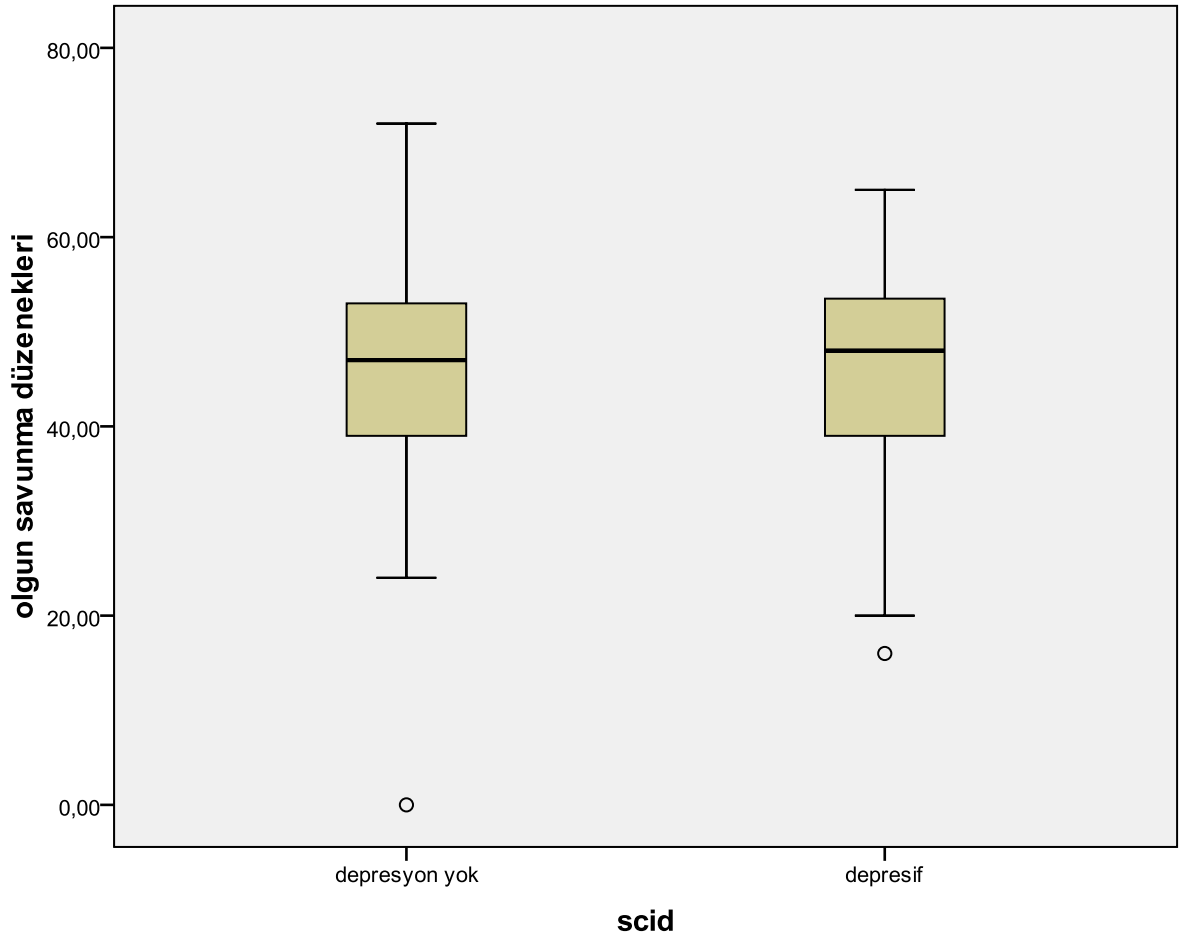
Duygusal odaklanma ile başa çıkma skorları depresyon gözlenen olgularda ($10,1\pm3,1$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p=0,023$). Diğer başa çıkma biçimleri ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 9. Depresyon varlığına göre Savunma Düzeneği Ölçeği alt başlıklarının puan ortalamaları ve p değerleri.

	Depresyon yok		Depresyon var			
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	Mann-Whitney U/t	p
Yüceltme	12,1	4,2	11,9	4,7	1240,500	0,992
Mizah	9,4	4,7	8,9	4,5	1149,500	0,531
Beklenti	12,3	4,5	13,8	4,0	990,000	0,087
Baskılama	11,7	4,1	11,4	4,0	T=0,4	0,693
Yapma bozma	10,1	4,8	12,9	3,6	t=-3,1	0,002
Pseudoalturizm	12,3	4,3	13,9	3,9	970,0	0,064
İdealizasyon	10,0	4,6	12,5	4,5	t=-2,6	0,010
Karşıt tepki geliştirme	9,6	4,6	10,9	4,2	1102,500	0,344
Yansıtma	7,3	3,9	9,2	3,6	861,000	0,009
Pasif saldırgan	6,5	3,3	7,4	3,7	1024,000	0,137
Dışa vurma	7,7	4,6	10,1	5,2	931,500	0,035
Yalıtım	9,0	4,4	9,7	4,8	1109,000	0,367
Değersizleştirme	6,6	3,7	7,1	4,0	1129,000	0,443
Otistik fantazi	7,0	4,2	8,6	4,7	987,500	0,085
Yadsıma	9,9	4,5	9,0	4,7	T=1,0	0,329
Yer değiştirme	6,7	4,3	7,4	4,0	3497,5	0,279
Disosiyasyon	8,0	4,2	7,6	4,4	1152,5	0,543
Bölme	7,6	3,8	9,6	4,2	889,5	0,017
Rasyonalizasyon	7,7	4,0	7,9	3,8	1230,500	0,938
Somatizasyon	8,7	4,3	11,1	4,9	t=-2,6	0,010

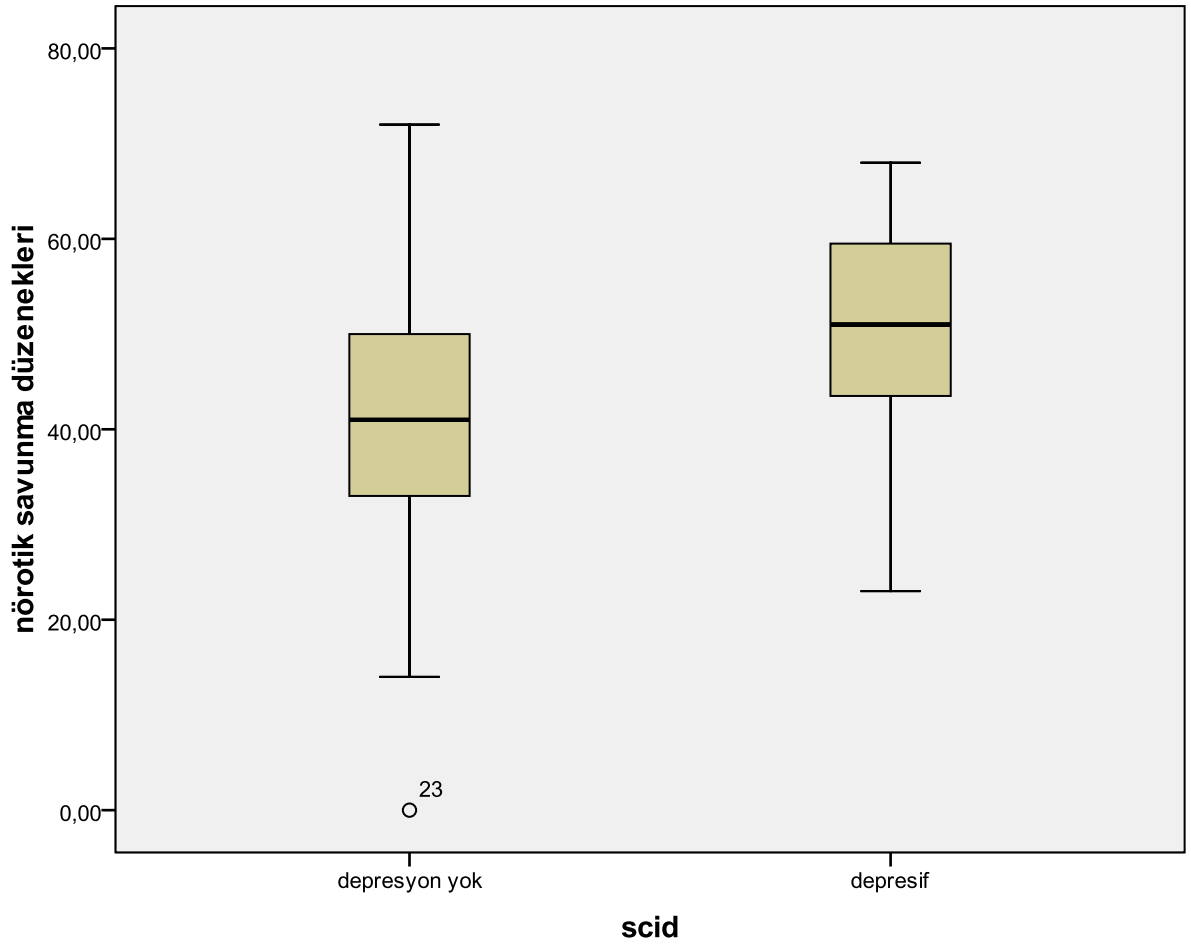
Yapma bozma savunma düzeneği toplam skoru depresyon gözlenen olgularda ($12,9\pm3,6$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($10,1\pm3,1$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p=0,002$). İdealizasyon savunma düzeneği skoru depresyon gözlenen olgularda ($12,5\pm4,5$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($10,0\pm4,6$) istatistiksel olarak anlamlı bir

farkla daha yüksekti ($p=0,002$). Yansıtma savunma düzeneği skoru depresyon gözlenen olgularda ($9,2\pm3,6$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($7,3\pm3,9$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p=0,009$). Dışa vurma savunma düzeneği skoru depresyon gözlenen olgularda ($10,1\pm5,2$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($7,7\pm4,6$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p=0,035$). Bölme savunma düzeneği skoru depresyon gözlenen olgularda ($9,6\pm4,2$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($7,6\pm3,8$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p=0,017$). Somatizasyon savunma düzeneği skoru depresyon gözlenen olgularda ($11,1\pm4,9$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($8,7\pm4,3$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p=0,010$).



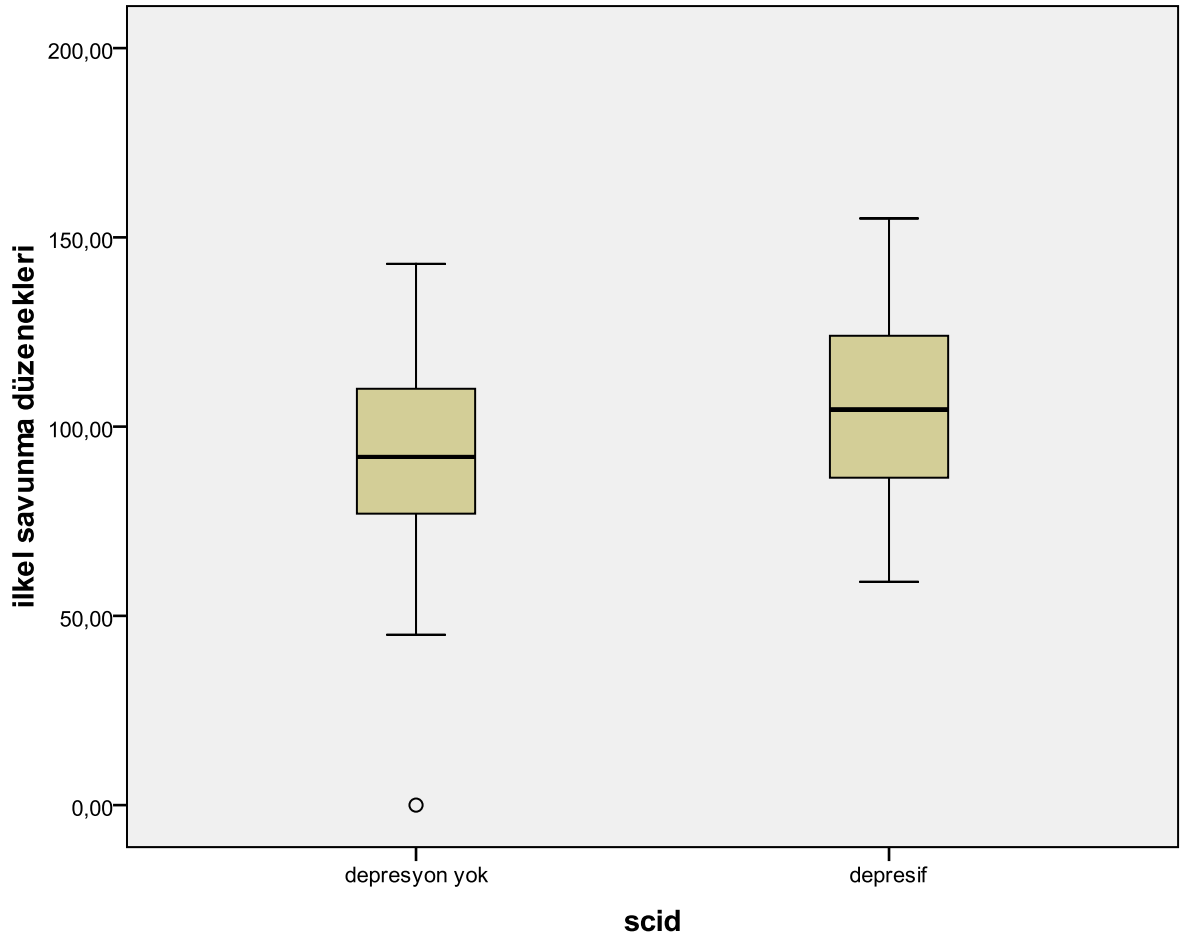
Şekil 3. Depresyon varlığına göre olgun savunma düzeneği toplam skorlarının dağılımı.

Depresyon gözlenmeyen olgularda olgun savunma düzenekleri toplam skor ortalaması $45,5 \pm 11,5$ (Ortanca=47,0 Çeyreklikler arası mesafe=14,0), depresyon gözlenen olgularda ise olgun savunma düzenekleri toplam skor ortalaması $45,9 \pm 11,6$ 'ydı (Ortanca=48,0 Çeyreklikler arası mesafe=15,8), iki grup arasında olgun savunma düzenekleri skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Mann-Whitney-U=1181,0 p=0,680).



Şekil 4. Depresyon varlığına göre nörotik savunma düzenekleri toplam skorlarının dağılımı.

Depresyon gözlenmeyen olgularda nörotik savunma düzenekleri toplam skor ortalaması $42,2 \pm 13,3$ (Ortanca=41,0 Çeyreklikler arası mesafe=18,0), depresyon gözlenen olgularda ise nörotik savunma düzenekleri toplam skor ortalaması $50,3 \pm 11,5$ 'di (Ortanca=51,0 Çeyreklikler arası mesafe=16,50), depresyon gözlenen olgularda nörotik savunma düzeneği skorları istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek gözleniyordu ($t=-3,1$ p=0,002).



Şekil 5. Depresyon varlığına göre ilkel savunma düzenekleri toplam skorlarının dağılımı.

Depresyon gözlenmeyen olgularda ilkel savunma düzenekleri toplam skor ortalaması $92,7 \pm 26,3$ (Ortanca=92,0 Çeyreklikler arası mesafe=33,0), depresyon gözlenen olgularda ise ilkel savunma düzenekleri toplam skor ortalaması $104,7 \pm 24,6$ 'ydı (Ortanca=104,5 Çeyreklikler arası mesafe=38,25), depresyon gözlenen olgularda ilkel savunma düzeneği skorları istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($t=-2,3$ $p=0,025$).

Tablo 10. Yaşam kalitesi ile yadsıma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri.

Yaşam kalitesi	Spearman Rho	p
Fiziksel	-0,249*	0,010
Rol	-0,244*	0,012
Bilişsel	-0,166	0,091
Duygusal	-0,155	0,114
Sosyal	-0,212*	0,030
Global	0,152	0,122
Yorgunluk	-0,320**	0,001
Bulantı-kusma	0,000	0,997
Ağrı	-0,278**	0,004
Dispne	-0,006	0,952
Uyku bozukluğu	-0,134	0,172
İştah	-0,222*	0,023
Kabızlık	-0,057	0,562
Diyare	0,063	0,525
Finansal etki	-0,143	0,145
Geçen haftaki sağlık durumu	0,091	0,355
Geçen haftaki yaşam kalitesi durumu	0,194	0,047

*. Korelasyon $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

**. Korelasyon $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

Yadsıma toplam skoru ile fiziksel yaşam kalitesi skoru (-%24,9 $p=0,010$), rol skoru (-%24,4 $p=0,012$), sosyal skor (-%21,2 $p=0,030$), yorgunluk skoru (-%32,0 $p=0,001$), ağrı skoru (-%27,8 $p=0,004$), iştah skoru (-%22,2 $p=0,023$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Yadsıma skorları arttıkça yaşam kalitesi bileşenleri ile ilgili skorlar da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşmektedir. Bu durum hastaların geçen haftaki yaşam kalitesini puanlayarak belirledikleri skorların yadsıma ölçeği toplam skorları ile pozitif korelasyonu açısından da geçerlidir (%19,4 $p=0,047$).

Tablo 11. Yaşam kalitesi ile HAD depresyon toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri.

Yaşam kalitesi	Spearman Rho	P
Fiziksel	0,359**	<0,001
Rol	0,200*	0,041
Bilişsel	0,320**	0,001
Duygusal	0,448**	<0,001
Sosyal	0,273**	0,005
Global	-0,265**	0,006
Yorgunluk	0,426**	<0,001
Bulantı-kusma	0,218*	0,026
Ağrı	0,235*	0,016
Dispne	0,145	0,140
Uyku bozukluğu	0,312**	0,001
İştah	0,374**	<0,001
Kabızlık	0,173	0,078
Diyare	0,077	0,438
Finansal etki	0,117	0,236

*. Korelasyon $p<0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

**. Korelasyon $p<0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

HAD depresyon toplam skoru ile fiziksel yaşam kalitesi skoru (%35,9 $p<0,001$), rol skoru (%20,0 $p=0,041$), bilişsel skor (%32,0 $p=0,001$), duygusal açıdan yaşam kalitesi skoru (%44,8 $p<0,001$), sosyal yaşam kalitesi skoru (%27,3 $p=0,005$), yorgunluk skoru (%42,6 $p<0,001$), bulantı kusma skoru (%21,8 $p=0,026$), ağrı skoru (%23,5 $p=0,016$), uyku bozukluğu skoru (%31,2 $p=0,001$), iştah skoru (%37,4 $p<0,001$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Depresyon skorları arttıkça yaşam kalitesi bileşenleri ile ilgili skorlar da kötüleşmektedir. Global yaşam kalitesi skoru ise HAD depresyon toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir (%26,5 $p=0,006$). Depresyon skorları arttıkça yaşam kalitesi skoru azalmaktadır.

Tablo 12. Depresyon varlığına göre yaşam kalitesi ölçeği alt başlıklarının puan ortalamaları farkları ve p değerleri.

	Depresyon yok		Depresyon var			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Mann-Whitney-U	P
Fiziksel	9,1	3,3	11,7	3,6	746,5	0,001
Rol	3,4	2,0	4,5	2,3	937,5	0,034
Bilişsel	2,8	1,3	3,4	1,1	873,0	0,009
Duygusal	5,9	2,6	8,7	2,9	530,0	<0,001
Sosyal	3,7	1,7	4,4	1,8	959,5	0,052
Global	9,3	3,2	8,2	3,8	1003,0	0,105
Yorgunluk	6,4	2,5	8,9	2,5	602,0	<0,001
Bulantı-kusma	3,4	1,7	4,2	2,0	966,5	0,056
Ağrı	3,6	1,9	4,6	2,2	933,5	0,033
Dispne	1,2	0,7	1,7	1,0	958,0	0,015

Depresyon gözlenenlerde fiziksel yaşam kalitesi skoru ($9,1\pm3,3$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($11,7\pm3,6$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p=0,001$). Depresyon gözlenenlerde günlük yaşamda rol üstlenme ile ilgili yaşam kalitesi skoru ($4,5\pm2,3$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($3,4\pm2,0$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p=0,034$). Depresyon gözlenenlerde bilişsel yaşam kalitesi skoru ($3,4\pm1,1$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($2,8\pm1,3$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p=0,009$). Depresyon gözlenenlerde duygusal yaşam kalitesi skoru ($8,7\pm2,9$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($5,9\pm2,6$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p<0,001$). Depresyon gözlenenlerde yorgunluk açısından yaşam kalitesi skoru ($8,9\pm2,5$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($6,4\pm2,5$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p<0,001$). Depresyon gözlenenlerde ağrı ile ilgili yaşam kalitesi skoru ($4,6\pm2,2$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($3,6\pm1,9$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p=0,015$). Depresyon gözlenenlerde dispne ile ilgili yaşam kalitesi skoru ($1,7\pm1,0$) depresyon gözlenmeyenlere göre ($1,2\pm0,7$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha kötüdür ($p=0,015$).

Tablo 13. Kanser yadsıma görüşmesinden elde edilen toplam skorlar ile başa çıkma ölçeği yadsıma ile başa çıkma alt başlığı, savunma düzenekleri ölçeği yadsıma alt başlığı ve ayrı ayrı alt bileşenleri, yadsıma klinisyen görüşü ve yadsıma şiddeti klinisyen görüşü ile ilgili skorların korelasyonları.

			Yadsıma toplam skoru
Spearman Rho	Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.	Korelasyon katsayısı	0,212*
		p	0,030
	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	Korelasyon katsayısı	0,144
		p	0,142
	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	Korelasyon katsayısı	0,226*
		p	0,020
	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	Korelasyon katsayısı	0,189
		p	0,053
	Yadsımayla başa çıkma	Korelasyon katsayısı	0,250*
		p	0,010
	Yadsıma savunma düzeneği	Korelasyon katsayısı	0,175
		p	0,074
	Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.	Korelasyon katsayısı	0,084
		p	0,396
	Hiçbir şeyden korkmam	Korelasyon katsayısı	0,202*
		p	0,039
	Yadsıma ile ilgili klinik görüş	Korelasyon katsayısı	0,472**
		p	<0,001
	Yadsımanın düzeyi ile ilgili klinik izlenim	Korelasyon katsayısı	0,630**
		p	<0,001

*. Korelasyon $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

**. Korelasyon $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

Baş Çıkma Ölçeği yadsıma ile ilgili sorulardan "kendi kendime böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını söylerim"e verilen skorlarla yadsıma ölçeği skorları arasında %21,2 ($p=0,030$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf korelasyon vardır, aynı şekilde "sorun gerçekte olmamış gibi davranırım" ile %22,6 ($p=0,020$) ile pozitif istatistiksel olarak anlamlı koreledir. Aynı şekilde bu sorulardan elde edilen toplam başa çıkma skoru

da yadsıma ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf korelasyon vardır (%25,0 $p=0,010$). Savunma düzenekleri açısından incelendiğinde yadsıma düzeneğinin bir alt sorusu olan "hiç bir şeyden korkmam" cümlesinden gelen skor ile yadsıma toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönde korelasyon vardır (%20,2 $p=0,039$).

Klinisyenin yadsıma görüşü ile hastaların yadsıma ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak orta düzeyde pozitif korelasyon vardır (%40,7 $p<0,001$). Yadsımanın düzeyi ile ilgili klinisyenin görüşü ile yadsıma ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak iyi düzeyde pozitif korelasyon vardır (%63,0 $p<0,001$).

Yadsıma ölçeği iç tutarlılığı Cronbach alfa=0,60'tır. HAD depresyon ölçeği iç tutarlılığı Cronbach alfa=%81,2. Savunma düzeneği ölçeği iç tutarlılığı Cronbach alfa=0,84'tü. Başa çıkma ölçeği (COPE) ölçeği iç tutarlılığı Cronbach alfa=%88,2'ydi.. Yaşam kalitesi ölçeği için Cronbach alfa=%89,7'ydi..

Tablo 14. Yadsıma ölçeği alt bileşenlerine göre HAD depresyon skoru ortalama ve standart sapmaları ve p değerleri.

Yadsıma ölçeği skoru	0		1		2		p
	Ortalama	Std. sapma	Ortalama	Std. sapma	Ortalama	Std. sapma	
Soru 1.	5,2	4,2	6,2	4,9	5,7	4,0	0,541
Soru 2.	5,1	4,5	6,1	4,6	6,5	4,2	0,260
Soru 3.	10,2	6,0	5,8	3,7	4,7	4,0	0,002
Soru 4.	10,6	8,0	7,0	4,0	5,0	3,8	0,051
Soru 5.	5,8	4,6	4,8	4,3	5,7	4,3	0,671
Soru 6.	7,1	4,9	4,5	3,7	4,4	3,8	0,009
Soru 7.	7,1	6,1	5,8	4,8	5,1	3,7	0,692
Soru 8.	7,9	5,7	4,8	3,3	5,1	4,3	0,047
Soru 9.	8,1	6,6	6,7	4,0	5,1	4,0	0,141

Hastalığı hiç aklına getirmeme, gelecek beklentilerinde hastalığı hiç göz önünde bulundurmama, hastalığın günlük hayata hiç etkisinin olmadığını düşünme ile ilgili sorularda yadsıma puanlarına daha çok katkıda bulunan seçeneklerde (2 puan), istatistiksel olarak anlamlı bir farkla depresyon skorları daha düşüktür (Sırasıyla, $p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,047$).

Birinci soru tanıyı hastanın bilmesi ile ilgilidir, buna göre tanıyı bilme, üstü örtülü şekilde bilme ve hiç bilmeme arasında depresyon skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,541$). Diğer bileşenler için de depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,005$).

4.1. Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Tablo 15. HAD depresyon toplam skoru ile ilişkili ağrı, yadsıma toplam skoru, Başa Çıkma Ölçeği alt faktörlerinin (Mizah ile başa çıkma, davranışsal ilişki kesme ile başa çıkma) olasılıklar oranları, p değerleri ve güven aralıkları.

Model*		Katsayı		P	B katsayısı için %95 Güven aralığı	
		B	Std. Hata		En az	En çok
	Cinsiyet	1,4	0,775	0,085	-0,2	2,9
	Ağrı	2,4	0,916	0,012	0,5	4,2
	Yadsıma toplam skoru	-0,3	0,118	0,029	-0,5	-0,03
	Mizah ile başa çıkma	-0,4	0,113	0,002	-0,6	-0,1
	Davranışsal ilişki kesme	0,5	0,135	0,001	0,2	0,8

Modelde; cinsiyet, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, tanıdan sonra geçen süre, tanı, ağrı, mizah ile başa çıkma, aktif başa çıkma, davranışsal ilişki kesme, yadsıma toplam skoru test edilmiştir.

Cinsiyet açısından HAD depresyon toplam skorlarına istatistiksel olarak anlamlı bir katkı yoktu ($p=0,085$). Ağrı varlığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla 2,4 birim artmaktadır ($p=0,012$ %95 Güven aralığı=0,5-4,2). Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla -0,3 birim azalmaktadır ($p=0,029$ %95 Güven aralığı=-0,5--0,03). Mizah ile başa çıkma skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak

anlamli bir katkıyla -0,4 birim azalmaktadır ($p=0,004$ %95 Güven aralığı=-0,6--0,1). Davranışsal ilişki kesme skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamli bir katkıyla 0,5 birim artmaktadır ($p<0,001$ %95 Güven aralığı=0,2-0,8).

Tablo 16. HAD depresyon toplam skoru ile ilişkili ağrı, yadsıma toplam skoru ve savunma düzenekleri alt başlıklarının (mizah, yansıtma, somatizasyon) olasılıklar oranları, p değerleri ve güven aralıkları.

Model*		Katsayı		p	B katsayısı için %95 Güven aralığı	
		B	Std. Hata		En az	En çok
	Ağrı	2,7	0,9	0,005	0,8	4,5
	Yadsıma toplam skoru	-0,3	0,1	0,008	-0,5	-0,1
	Mizah	-0,2	0,1	0,024	-0,3	-0,03
	Yansıtma	0,3	0,1	0,005	0,1	0,5
	Somatizasyon	0,3	0,1	0,002	0,1	0,4

*Modelde; Cinsiyet, aile öyküsü, tanı konduktan sonra geçen süre, tanı, ağrı, yadsıma toplam skoru, yansıtma, somatizasyon, disosiyasyon, mizah savunma düzenekleri test edilmiştir.

Ağrı varlığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamli bir katkıyla 2,7 birim artmaktadır ($p=0,005$ %95 Güven aralığı=0,8-4,5). Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamli bir katkıyla -0,3 birim azalmaktadır ($p=0,008$ %95 Güven aralığı=-0,5--0,1). Mizah savunma düzeneği skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamli bir katkıyla -0,2 birim azalmaktadır ($p=0,024$ %95 Güven aralığı=-0,3--0,03). Yansıtma skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamli bir katkıyla 0,3 birim artmaktadır ($p=0,005$ %95 Güven aralığı=0,1-0,5). Somatizasyon savunma düzeneği skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamli bir katkıyla 0,3 birim artmaktadır ($p=0,002$ %95 Güven aralığı=0,1-0,4).

Tablo 17. HAD depresyon toplam skoru ile ilişkili ağrı, yadsıma toplam skoru ve savunma düzenekleri gruplandırılmış alt başlıklarının (olgun, nörotik, ilkel) olasılıklar oranları, p değerleri ve güven aralıkları.

Model*		Katsayı		p	B katsayısı için %95 Güven aralığı	
		B	Std. Hata		En az	En çok
	İlk semptom sonrası süre ay olarak	0,04	0,02	0,023	0,006	0,080
	Ağrı	2,7	1,0	0,006	0,8	4,6
	Yadsıma toplam skoru	-0,4	0,1	0,005	-0,6	-0,1
	Tanı	1,2	0,5	0,010	0,3	2,1
	Olgun savunma düzenekleri	-0,2	0,05	0,001	-0,3	-0,07
	Nörotik savunma düzenekleri	0,1	0,04	0,007	0,03	0,2

*Modelde; Cinsiyet, aile öyküsü, tanı konulduktan sonra geçen süre, tanı, ağrı, yadsıma toplam skoru, olgun, nörotik ve ilkel savunma düzenekleri test edilmiştir.

Tanı konulduktan sonra geçen süre ile model düzeltildiğinde her bir ay geçtiğinde varlığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla 0,04 artmaktadır (p=0,023 %95 Güven aralığı=0,006-0,080), ağrı varlığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla 2,7 birim artmaktadır (p=0,006 %95 Güven aralığı=0,8-4,6). Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla -0,4 birim azalmaktadır (p=0,005 %95 Güven aralığı=-0,6--0,1). Kolon kanserinden rektum kanserine geçişte HAD skoru 1,2 birim artmaktadır (p=0,010 %95 Güven aralığı=0,3-2,1). Olgun savunma düzenekleri her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla -0,2 birim azalmaktadır (p=0,004 %95 Güven aralığı=-0,3--0,07). Nörotik savunma düzenekleri skoru her bir birim arttığında HAD depresyon toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı bir katkıyla 0,1 birim artmaktadır (p=0,007 %95 Güven aralığı=0,03-0,2).

Tablo 18. Depresyon varlığı üzerine etkili faktörlerin olasılık oranları (OO), p değerleri ve güven aralığı değerleri.

		p	OO	OO için %95 Güven aralığı	
				En az	En çok
Model*	Aile öyküsü Yok (r)				
	Aile öyküsü Var	0,012	7,3	1,6	34,6
	Tanı Kolon kanseri (r)				
	Rektum kanseri	0,004	5,8	1,8	18,8
	Diğer**	0,302	1,8	0,6	5,5
	Davranışsal ilişki kesme	0,035	1,2	1,03	1,4
	Yadsıma toplam skoru	0,005	0,8	0,7	0,9

*Modelde; cinsiyet, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, tanıdan sonra geçen süre, tanı, ağrı, mizah ile başa çıkma, aktif başa çıkma, davranışsal ilişki kesme, duygusal odaklanma, yadsıma toplam skoru test edilmiştir.

** Mide-Özofagus, Karaciğer-Safra kesesi, Pankreas kanserleri

Aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk olanlarda sindirim sistemi kanseri sırasında depresyon varlığı 7,3 kat daha fazla gözlenmektedir (%95 Güven aralığı=1,6-34,6). Kolon kanseri varlığına göre, rektum kanserinde depresyon varlığı 5,8 kat daha artmaktadır (%95 Güven aralığı=1,8-18,8). Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 0,8 kat azalmaktadır (%95 Güven aralığı=0,7-0,9). Davranışsal ilişki kesme başa çıkma yöntemi skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 1,2 kat artmaktadır (%95 Güven aralığı=1,03-1,4).

Tablo 19. Depresyon varlığı üzerine etkili faktörlerin olasılık oranları, p değerleri ve güven aralığı değerleri.

		p	OO	OO için %95 Güven aralığı	
				En az	En çok
Model*	Aile öyküsü Yok (r)				
	Aile öyküsü Var	0,012	21,35	1,95	233,35
	Kolon kanseri (r)				
	Rektum kanseri	0,001	17,31	3,15	94,98
	Tanı Diğer*	0,392	1,85	0,45	7,51
	Yadsıma toplam skoru	0,002	0,64	0,49	0,85
	Yapma bozma savunma düzeneği	0,001	1,29	1,10	1,51
	Dışa-vurma savunma düzeneği	0,004	1,24	1,07	1,44
	Bölme savunma düzeneği	0,004	1,29	1,08	1,53
	Disosiyasyon savunma düzeneği	0,009	0,78	0,64	0,94
	Mizah savunma düzeneği	0,067	0,87	0,75	1,01

*Modelde; Cinsiyet, aile öyküsü, tanı konulduktan sonra geçen süre, tanı, ağrı, yadsıma toplam skoru, yapma-bozma, idealizasyon, yansıtma, dışavurma, bölme, somatizasyon, disosiyasyon, mizah savunma düzenekleri test edilmiştir.

** Mide-Özofagus, Karaciğer-Safra kesesi, Pankreas kanserleri

Aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk olanlarda sindirim sistemi kanseri sırasında depresyon varlığı 21,35 kat daha fazla gözlenmektedir (%95 Güven aralığı=1,95-233,35). Kolon kanseri varlığına göre, rektum kanserinde depresyon varlığı 17,34 kat daha artmaktadır (%95 Güven aralığı=3,15-94,98). Ağrı olanlarda sindirim sistemi kanseri sırasında depresyon varlığı 4,1 kat daha fazla gözlenmektedir (%95 Güven aralığı=1,1-14,9). Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 0,64 kat azalmaktadır (%95 Güven aralığı=0,49-0,85). Yapma bozma savunma düzeneği skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 1,29 kat artmaktadır (%95 Güven aralığı=1,10-1,51). Dışa vurma savunma düzeneği skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 1,24 kat artmaktadır (%95 Güven aralığı=1,07-1,44). Bölme savunma düzeneği skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 1,29 kat artmaktadır (%95 Güven aralığı=1,08-1,53).

Disosiyasyon savunma düzeneği skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 0,78 kat azalmaktadır (%95 Güven aralığı=0,64-0,94). Mizah savunma düzeneği depresyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma etkisi göstermemektedir (p=0,067).

Tablo 20. Depresyon varlığı üzerine etkili faktörlerin olasılık oranları, p değerleri ve güven aralığı değerleri.

		p	OO	OO için %95 Güven aralığı	
				En az	En çok
Model*	Aile öyküsü Yok (r)				
	Aile öyküsü Var	0,011	10,7	1,7	65,7
	Kolon kanseri (r)				
	Rektum kanseri	0,002	10,3	2,4	44,5
	Tanı Diğer**	0,066	3,3	0,9	11,7
	Yadsıma toplam skoru	0,007	0,8	0,7	0,9
	Olgun savunma düzenekleri	0,002	0,9	0,8	0,99
	Nörotik savunma düzenekleri	<0,001	1,1	1,05	1,2

*Modelde; Cinsiyet, aileoykusu, tanı koyulduktan sonra geçen süre, tanı, ağrı, yadsıma toplam skoru, olgun, nörotik ve ilkel savunma düzenekleri test edilmiştir.

** Mide-Özofagus, Karaciğer-Safra kesesi, Pankreas kanserleri

Aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk olanlarda sindirim sistemi kanseri sırasında depresyon varlığı 10,7 kat daha fazla gözlenmektedir (%95 Güven aralığı=1,7-65,7). Kolon kanseri varlığına göre, rektum kanserinde depresyon varlığı 10,3 kat daha fazla gözlenmektedir (%95 Güven aralığı=2,4-44,5). Yadsıma toplam skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 0,8 kat azalmaktadır (%95 Güven aralığı=0,7-0,9). Olgun savunma düzenekleri skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 0,9 kat azalmaktadır (%95 Güven aralığı=0,8-0,99). Nörotik savunma düzenekleri skoru her bir birim arttığında depresyon varlığı 1,1 kat artmaktadır (%95 Güven aralığı=1,05-1,2).

5. TARTIŞMA

Sonuçlar özetlenirse; sindirim sistemi kanserli olgularda, rektum kanseri varlığı, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı, ağrı varlığı, davranışsal ilişki kesme başa çıkma biçimi ile yanısıra ilkel savunma düzeneklerinden yansıtma ve somatizasyon, yapma-bozma, dışa vurma, bölme savunma düzenekleri ve bir ana alt grup olarak nörotik savunma düzenekleri kullanımı varlığı ile depresyon daha fazla birliktelik göstermektedir.

Yadsıma ölçek skorları yükseldikçe ve mizah ile başa çıkma, mizah savunma düzeneğinin kullanımı, disosiyasyon, olgun savunma düzeneklerinin kullanımında depresyon daha az gözlenmektedir. Disosiyasyon da gerçeğin abartılı şekilde yadsınarak algılanmasına yönelik özellikler içeren bir savunma düzeneğidir (Savunma düzenekleri ölçeği; 9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırman ve 15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var). Yadsıma hem tek değişkenli analizlerde hem de çok değişkenli analizlerde hem SCID görüşmesi ile tanı konulmuş olan depresif olgular için hem de HAD depresyon skorlarının azalmasında rol oynayan bir faktör olarak bulunmuştur.

Hastalığın süresi birçok kesitsel çalışmada başa çıkma biçimleri ile ilişkili çıkmamışken longitudinal çalışmalarda zamanla başa çıkma biçimlerinin değişkenlik gösterebildiği gözlenmiştir (79). Kesitsel çalışmamızda hastalık süresi depresyon ve başa çıkma biçimleri arasında bir ilişki gözlenmemiştir. Bununla birlikte hastalık süresi model oluşturulurken göz önünde bulundurulmuştur.

Psikolojik iyilik hali yaşam kalitesi değerlendirmesinin bir parçasıdır. Kolorektal kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda, stres, anksiyete ve depresyonun tanı ve tedavi sürecinde arttığı gösterilmiştir, depresyonun yaşam kalitesini azalttığı bilinmektedir (8,9,80,81).

Savunma düzenekleri ve depresyon ilişkisi incelendiğinde, sonuçlar depresif yakınma düzeyi ile olgun savunma biçimi arasında negatif bir ilişki ve immatür savunma biçimleri ile pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Depresif yakınmaların şiddeti arttıkça adaptif davranışlara yönelik olan olgun savunma biçimlerinin kullanımı azalmakta ve yıkıcı davranışlara yönelik olan immatür savunma biçimlerinin kullanım sıklığı artmaktadır.

Sonuçlar literatür ile uyumlu gözükmektedir. Corruble ve arkadaşları, intihar girişimi olan ve olmayan depresif bozukluk tanısı almış kişilerin kullandıkları savunma biçimlerini araştırdıkları çalışmalarında depresyon şiddeti ve olgun savunma biçimi kullanımı arasında anlamlı negatif bir ilişki bulmuşlardır (82). Akkerman ve arkadaşları, (83), Bond ve arkadaşları (84), Bond ve Perry (85) ve Mullen ve arkadaşlarının çalışmalarında Depresif Bozukluk tanısı alan hastaların immatür savunmaları daha fazla kullanırken, olgun savunmaları daha az kullandıkları bildirilmiştir (86). Akkerman ve arkadaşları depresif semptomlardaki iyileşmeye paralel olarak olgun savunma kullanım sıklıklarının arttığı ve immatür savunma biçimlerini kullanma sıklığının azaldığını bildirmiştir (83).

Buna göre klinik grubu oluşturan kişiler olgun savunmaları, nevrotik ve immatür savunma biçimlerine göre daha az sıklıkta kullanmaktadırlar. Ayrıca, olgun savunmalar sağlıklı grupta daha fazla kullanılırken nevrotik ve immatür savunmalar hasta grubunda daha fazla kullanılmaktadır (73).

İmmatür defans mekanizmaları siklotimik, değişken, depresif, disforik, öforik ve baskılanmış mizaç yapılarında daha fazla gözlenmektedir. Yüksek immatür ve düşük matür savunma stili skoru depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (87).

Savunma düzenekleri uzun zamandır klinisyenlerin ilgisini çeken bir konudur, ölçülmesi güçtür, bunun için kişinin kendini değerlendirdiği ölçekler geliştirilmiştir. Savunma düzenekleri ölçeği güvenilir ve geçerli şekilde savunma mekanizmalarının değerlendirilmesini basitleştirerek olanaklı kılmıştır (88). Anna Freud (1959) özgün savunmalarla bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu sezmiştir, ancak çok az çalışma bunu göstermiştir. Bond ve arkadaşları (1986) savunma biçimleri ile yalnızca bir bozukluğun ilişkisi olduğunu göstermişlerdir, o da majör duygudurum bozukluğudur. Vaillant depresyon gözlenen erkek kolej öğrencilerinden (n=23) bir kohort oluşturmuş, en az şekilde psikolojik sıkıntı yaşayan erkekleri de izlemiştir (n=70). İki grup savunma düzeneklerinin olgunluğu açısından anlamlı fark göstermiştir, depresyonda olan grup anlamlı düzeyde daha fazla ilkel savunma düzeneklerini gösterirken, olgun savunma düzeneklerini de daha az göstermişlerdir (89). Flannery ve Perry (1990) kesitsel bir

çalışmada konsültasyon-liyezon psikiyatrisi için savunma düzeneklerinin önemini incelemişlerdir. Stres, anksiyete, depresif belirtiler ve ilkel savunma düzenekleri ile anlamlı ilişki bulmuşlardır (90). Jacobs ve arkadaşları (1994) 67 olguda ki bu kişilerin ölüm ve ağır hastalık olan yakınları vardır, stresli olaydan sonraki 13 aylık izlem sonunda düşük ego-savunma çalışması ve yüksek nörotik savunma düzeyleri, yüksek depresyon skorlarıyla ilişkili bulunmuştur (91). Savunma biçimleri ile ilişkili bulunan diğer bozukluklar; distimi, anksiyete bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, ve yeme bozukluğudur. Depresyon olgularında tedavi sürecinde olgun savunma düzeneklerinin daha fazla kullanıldığı, ilkel savunma düzeneklerine başvurunun azaldığı, nörotik savunma düzeneklerinde değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Tedavi girişimlerinin savunma düzeneklerinin kullanımının değişmesi üzerine bir etkisi vardır. (83). Güncel çalışmamızda yansıtma, somatizasyon, yapma bozma, dışavurma, bölme ve disosiyasyon gibi ilkel savunmalar depresyonla ilişkili bulunmuştur, disosiyasyon bunların arasında depresyondan koruyucu işlev gösteren ilkel bir savunmadır. Nörotik savunma toplam skorları da depresyon skorlarının artışı ile ilişkilidir. Olgun savunma düzeneklerinden mizah depresyondan koruyucu bulunmuştur. Buna göre literatüre paralel şekilde savunma düzeneklerinin sindirim sistemi kanseri tanısı olan olgularda depresyon varlığı ile bir ilişkisi olduğu gözlenmektedir.

Kanser tanılı olgularda somatik yakınmalar da sık görülür, aynı zamanda hastalar somatik yakınmaların varlığında bile somatizasyon bozukluğu gösterebilirler. Bizim çalışmamızda somatizasyon savunma mekanizması da istatistiksel olarak anlamlı şekilde depresyon artışı ile ilişkilidir. Literatürde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Meme kanseri tanılı olgularda somatik yakınmalar, depresyonla ilişkili bulunmuştur. Depresif olgularda somatik yakınmalar hastalığı olan olgular için çok üzerinde durulan yakınmalar olmamıştır. Bununla birlikte depresyonu olan olgularda somatik yakınmalar, fiziksel hastalıktan, tanı ve tedavinin etkisinden bağımsız olarak da gözlenebilmektedir (92).

Kolorektal kanserden kurtulan olgularda somatizasyon ve anksiyete varlığında fiziksel inaktivite riskinin arttığı bulunmuştur. Fiziksel aktivite artışı kanser rekürrensini azalttığı için yaşam tarzı değişikliği önünde somatizasyonun varlığı bir engel oluşturmakta ve artan rekürrens riskine katkıda bulunmaktadır (93).

Somatizasyon yakınması depresyon ve anksiyete ile birlikte primeri bilinmeyen kanser olgularında tanı konmuş, ya da metastatik kanser tanısı konmuş olgulara göre daha fazla gözlenmektedir. Bu olguların psikiyatrik bozukluk, somatik yakınmaların yönetimi açısından daha dikkatli izlenmesi gerekmektedir (94).

Herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle aile öyküsü olan olgularda depresyon daha fazla gözlenmektedir. Benzer biçimde koroner kalp hastalığı nedeniyle akut koroner sendromu yaşayan olgularda aile öyküsünde depresyon varlığı, akut koroner sendromu sonrası depresyon riskini artırmaktadır (95).

Çalışmamızda rektal kanserli olgularda depresyon riski daha büyük bulunmuştur. Rektal kanserde anatomik lokasyon uzun süreli işlevsellik ve yaşam kalitesi ile daha yakından ilgilidir. Anastomoz yapılması, kalıcı ostomiye göre yaşam kalitesini daha iyileştirmektedir. İster AAR ister APR yapılmış olsun barsak hareketlerinde düzensiz değişimler ve ishalin oluşması evden dışarıda sosyal aktivitelere katılmayı engelleyebilmektedir bu durum depresyonun oluşumunda bir zemin oluşturuyor olabilir (23).

Çalışmada, ağrı tüm çok değişkenli analiz modellerinde depresyonla ilişkili bir faktör olarak saptandı. Ağrı kanserde en yaygın semptomdur, etyolojisi ve yönetimi iyi anlaşılmıştır. Psikolojik faktörlerin kanser ağrısı deneyiminde anlamlı rolü olduğu bilinmektedir. Kanser için tedavi gören hastaların üçte birinden fazlası ve bunların ileri evre malignansi gözlenen %60-90'ı anlamlı düzeyde ağrı bildirmektedir. Bir çok kanser hastasının birden fazla ağrısı vardır. Ağrının nedenleri kanserin kendisinden, hareketsiz yatmak, farklı kanser tedavi yöntemleri, ve eşlik eden hastalıklardır. Ağrı somatopsişik bir deneyim olarak nitelenir, ağrının yoğunluğu, doku hasarına ve hastanın psikolojik durumuna bağlıdır. Kanser hastalarında ağrı birçok psikolojik öncülle ilişkilidir, ilerleyici hastalık ya da tedavinin dışında psikojenik ağrı da kanser hastalarında gözlenir kanser ağrısının saf psikolojik faktörlerden oluşması nadir görülen bir durum olabilir, somatoform ağrı bozukluğu ya da atipik somatoform bozukluk kendisini kanser ağrısı olarak gösterebilir ya da anormal hastalık davranışı ağrıyı agreve edebilir. Psikolojik faktörler

kronik kanserle ilişkili ağrı ve somatizasyonda önemli rol oynar. Umutsuzluk ve ölüm korkusu ağrıyı arttırıcı olabilir. Kanser ağrısında kronikleşme bir dizi psikolojik belirti ile ilişkilidir, uyku düzensizliği, iştahta azalma, azalmış konsantrasyon, ve irritabilite ile depresif bozukluğun işaretleri bunlara eşlik eder. Bizim çalışmamızda da ağrı sindirim sistemi kanserli olgularda depresyonla ilişkili güçlü bir faktör olarak ön plana çıkmıştır. Kanser hastalarında yüksek düzeyde ağrı yoğunluğu, depresyon gibi duygudurum düzensizlikleri, fröstrasyon, öfke, maladaptif başa çıkma yanıtları, kanserin ilerlediği inancı, büyük yaşam stresi, tükenmişlik, hüsrân, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile ilişkili bulunmuştur. Hastaların rapor ettikleri somatik semptomlarla negatif duygudurum arasında güçlü ilişki bulunmuştur, hastaların çoğu için sonuçlar saf somatoform bozukluktan ziyade, hastalıkla kombine duygudurum ilişkili patoloji olarak değerlendirilmiştir (96).

Hastanın somatik yakınmaları ve negatif duygudurumu belirtmesi, ve doktorunun somatik semptomları açıklayamaması tanının konması için yararlı olacaktır. Kanser hastalarında, kronik ağrı değerlendirmesi, psikolojik sıkıntı için rutin taramaya dahil edilmelidir görüşü oluşmuştur (97).

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların kültürel farklılıklardan da etkilendiği bilinmektedir. Suçluluk duygusu ve intihar düşüncesinin Avrupalı olmayan kültürlerde daha az, somatik yakınmaların ise daha fazla olduğu bildirilmektedir (98).

Somatizasyon kültürel farklılıklarla da daha fazla rapor ediliyor olabilir, siyahi Amerikalı'larla beyaz Amerikalı'lar arasında somatizasyon bildirimi açısından fark bildirilmiştir. Bununla birlikte depresyonu sağlık sistemine güvenmediklerinde daha az bildirmektedirler (99).

Mizah hem başa çıkma mekanizmaları hem de olgun savunma düzeneklerinden biri olarak önemli bir depresyondan koruyucu faktör olarak çalışmamızda ortaya çıkmıştır. Sarkoma tanılı hastalarda tanı koyma sürecinde olan hastanın, mizah ile başa çıkma yöntemini kullanımı depresyondan koruyucu olarak belirlenmiştir. Kanserlerde başa çıkma ile ilgili Portekiz'de yapılan bir izlem çalışmasında tanı aşamasında mizahın başa çıkma biçimi

olarak kullanılması depresyondan koruyucu bulunmuştur, aynı çalışmada tanı ve tedavi aşamasında kısa başa çıkma ölçeği yadsıma alt başlığı depresyonu arttıran bir ilişki göstermiştir (100). Bizim çalışmamızda başa çıkma biçimleri ölçeği yadsıma alt başlığı depresyonla ilişkili bulunmadı, yadsıma görüşmesi ölçek toplam puanları ise depresyonla ters ilişkili bulundu. Farklı ölçeklerin kullanımının oluşturduğu farklılıkları aşmak için Kanseri Yadsınması Görüşme Ölçeği (KYÖ) toplam skorlarının kullanarak araştırma yapan çalışmaların tartışılmasında yarar vardır. Buna göre, KYÖ'den gelen puanlardan elde edilen toplam puanla başa çıkma ölçeğindeki yadsıma sorularından gelen puanlar arasında zayıf korelasyon vardı, Vos ve arkadaşlarının akciğer kanserli olgularda KYÖ ile yaptığı çalışmada yadsıma toplam puanları ile başa çıkma ölçeği yadsıma alt başlığı arasında ilişki bulunmamıştı (101). Bu durum, iki ölçeğin farklı nitelikleri değerlendirdiğini düşündürmektedir, bu da bizim bulduğumuz zayıf korelasyonu açıklayabilir. Başa çıkma ölçeği kendini değerlendirme ölçeği iken KYÖ yarı yapılandırılmış, derinlemesine bir görüşmedir, katılımcı yanıtlarını düzeltebilir, geliştirebilir, sorular arasında farklı dalgalanmalar yaşayabilir, bazı sorularda kabul, bazı sorularda yadsıma gösterebilir. Bununla birlikte bizim çalışmamızda yadsıma görüşmesi toplam skorları ile yadsıma ile başa çıkma arasında istatistiksel olarak zayıf korelasyon bulunması yadsıma görüşmesi ölçeği Türkçe geçerliliğini desteklemektedir. Yanısıra depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili anlamlı ilişkiler yadsıma ölçek skorlarının yadsımayı açıklayabildiğini göstermektedir. Yanısıra cronbach alfa skorları da yeterlidir. Çalışmamızda hastalığı hiç aklına getirmeme, gelecek beklentilerinde hastalığı hiç göz önünde bulundurmama, hastalığın günlük hayata hiç etkisinin olmadığını düşünme ile ilgili sorularda depresyonun daha azaldığı gözlenmektedir, bunlar hastalığa özgü bir yadsımayı temsil etmektedir. Başa çıkma ve savunma düzenekleri ile yadsıma ölçeği toplam skorlarının zayıf korelasyonunu, niteliksel ölçüm farklılığı ve bir altın standart olmaması açıklayabilir. Kanseri tanısının yadsınması ile tüm yaşam olaylarının bir savunma ya da başa çıkma biçimi olarak "yadsınması" farklı iki fenomen olarak gözlenmektedir. Kanseri tanısının yadsınması hastalıkla başa çıkma olanağı sunarken, depresyona teslim olmayı da engeller görünmektedir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı yadsıma ölçeği için iyi düzeydeydi (0,60), yanısıra Savunma Biçimleri Testi, Başa Çıkma Ölçeği (COPE) ve HAD ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği iç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa katsayıları çok iyiydi. Bu açıdan kendini değerlendirme ölçeklerinin katılımcılar tarafından tutarlı şekilde doldurulduğu söylenebilir.

Yadsıma ölçeği toplam skorları hastaların yanıtlarına göre puanlanmaktadır ve analizlerde bu yanıtların kullanılması önerilir. Klinisyenin yadsıma ile ilgili görüşü, yadsımanın şiddeti ile ilgili görüşü ve yadsıma ölçeği toplam skorunun toplanması ile elde edilen toplam yadsıma skoru klinisyenin oluşturabileceği yan tutmalardan etkilenebilmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda hastaların yanıtladığı toplam yadsıma skorları ile klinisyenin değerlendirmeleri iyi düzeyde koreledir. Kanser Yadsıma Görüşmesi Ölçeği geçerli ve güvenilir bir yadsıma değerlendirme ölçeğidir. Klinisyenler arasındaki tutarlılığının ve test yeniden test güvenilirliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu ölçeğin kullanımı görüşme öncesi yadsıma kavramı ve ölçek soruları ile ilgili bilgilenme ve görüşme ile ilgili bir deneyim gerektirmektedir.

Bizim çalışmamızda, sindirim sistemi kanserli olgularda, fiziksel, rol, sosyal, yaşam kalitesi bileşenlerindeki ve bir hafta önceki yaşam kalitesi skorunda iyileşme, yadsıma skorlarının artışı ile ilişkilidir. Benzer şekilde, Vos ve arkadaşlarının, akciğer kanseri olguları ile ilgili çalışmasında, yadsıma ile sosyal ve emosyonel işlevsellik incelenmiştir, bu çalışmadaki en ilginç bulgu orta düzey yadsıması olan ve tanı sonrasında yadsıma düzeyi artan olguların daha iyi durumda olduklarıdır. Daha az yadsıma gösteren hastalar daha kötü sosyal ve emosyonel ve toplamda daha kötü yaşam kalitesi sonuçları göstermektedir. Sosyal çıktılar açısından bakıldığında, bu hastalar hastalıkları ile ilgili daha az düşünmektedirler ve üstelik iş ve boş zaman aktivitelerini daha az sınırlandırmaktadırlar. Böylelikle, hastalıkları, aile yaşamları ve sosyal ilişkilerini daha az etkilemektedir. Diğer taraftan eğer aile üyeleri hastalıkla ilgili duygularını ve endişelerini paylaşmak istediklerinde hasta yadsımayı kullanıyorsa iletişim çok güçleşir. Yadsımanın yararı, hastanın yakınları için bir yan etkiye dönüşebilir. Badr ve Taylor'un çalışmasında akciğer kanseri olan hastaların eşleri ile görüşülmüştür. Bazıları sigara içme, kanser ilişkili semptomlar, prognoz, hastalığın emosyonel etkisi, hayatta kalan akrabaların geleceği konusunda konuşmanın güç olduğunu bildirmiştir. Aile üyeleri kendi korku ve endişelerini yatıştırmak için hastanın yadsımasına kendilerini ekleyebilirler. Aynı çalışmada, yoğun derin düşüncelerden hasta kendisini alamadığında odaklanmasının bozulması beklenirken, bilişsel işlevlerin hastanın yadsıma düzeyinden etkilenmiyor olması yaşam kalitesi ölçeğinin zayıf kognitif beceri ölçme işlevine bağlanmıştır (101).

Bizim çalışmamızda tüm çok değişkenli analizlerde KYÖ ölçeğinden elde edilen toplam skorlar yükseldikçe yani yadsıma arttıkça, depresyonun daha az gözleendiği bulundu. Benzer şekilde Vos ve arkadaşlarının çalışmasında akciğer kanserli olgularda emosyonel çıktılar, yadsımanın düzeyinden güçlü şekilde etkilenmektedir, orta düzey yadsıma kullanan akciğer kanserli olgular daha iyi emosyonel işlevsellik, daha az anksiyete ve depresyon bildirmektedirler. Toplamda yaşam kalitesinde, orta ve artan şekilde yadsıma gösteren akciğer kanserli olgular için bir iyileşme söz konusudur (101).

Yadsıma özgü bir ölçek kullanılmayan ancak kavramsal olarak yadsıma ile ilişkilendirilmiş sorulardan elde edilen toplam puanlarla Beck depresyon ölçeği puanları arasında bir çalışmada pozitif orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Buna göre yadsıma arttıkça depresyon puanları da artmaktadır, bu araştırmada toplam puanlara katılan iki soru depersonalizasyon ve derealizasyon ile ilgilidir, bunlar da disosiyasyon ile ilişkilendirilebilir, bu çalışmada yadsımanın depresyonla ilişkisi olduğu ancak depresyonu engellemek ile ilgili bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada yadsımanın ölçümüne özgü bir görüşme formu ile görüşme yapılması önerilmiştir (102). Yadsıma ölçeği kullanılarak yapılan çalışmamızda hem yadsıma toplam ölçek hem de disosiyasyon savunma düzeneği toplam HAD depresyon skoru ile negatif ilişkili bulunmuştur. Bu iki kaçınan başa çıkma biçimi ve savunma düzeneği depresyondan koruyucudur. Yadsıma özgü bir ölçek ile toplam puanların elde edilmesi negatif ilişkinin saptanmasını olanaklı kılmış olabilir.

Güncel çalışmalar, seçici dikkat ve yan tutmalı dikkatin etkisi ile meme ve prostat kanserli olgularda hastalık ile ilgili gündelik işaretlerden ve negatif duygulanımlardan bilinçli ya da bilinçsiz kaçınmaların stresi azalttığını göstermiştir (103, 104). Toplamda daha iyi yaşam kalitesi gösteren olgular daha fazla yadsıma göstermektedirler. Fiziksel çıktılarla yadsıma arasında var olduğu belirtilen olumlu ilişki yadırgatıcı olmayan şekilde yadsıma ile sosyal ve emosyonel çıktılar için de bulunmuştur (101). Bu sonuçlara göre akla şöyle bir soru gelebilir; Klinisyenler hastalarına tüm gerçekleri söylemeliler mi? Bunun aksini gösteren bir kanıt söz konusu değildir. Yadsımanın oluşması için kanser varlığının ve hastalığın etkilerinin bilinmesi gerekir. Aslında batı ülkelerinde doktorlar hastalara tanı ve prognozları konusunda bilgi vermek konusunda zorunludurlar, bir çok hasta da gerçekçi ve

dürüst şekilde bilgilenmeyi arzu etmektedir (105,106). Tanıyı bilme ile depresyon arasında daha önce Türkiye'de yapılan bir çalışmada tanıyı bilenlerde depresyon daha sık bulunmuşken, güncel çalışmamızda böyle bir ilişki bulunmadı (54). Bir diğer soru hasta belli düzeyde yadsıma gösteriyorsa bu doktoru tarafından desteklenecek mi yoksa buna karşı mı durulacağıdır. Elde edilen veriler ışığında yapılması gereken, hastanın yadsımasına karşı saygı gösterilmeli ve sürekli olarak strese yol açacak şeylerle hasta yüzleştirilmemelidir. Hastanın karar verme becerileri yadsıma nedeniyle sekteye uğradığında, doktor hastanın ikilemini sonlandırmak için daha gayretli ve yüzleştirici olabilir (107). Klinisyenin hastanın yadsımasını yönetmesi çeşitli klinik durumlara bağlı olabilir. Örneğin cerrahi öncesi yadsıma uyuma hizmet edebilir. Rehabilitasyon aşamasında ise günlük yaşam zorlukları ile yüzleşmede yadsıma uyumu bozan bir nitelik oluşturabilir. Terminal dönem öncesi güçlü yadsıma semptom yönetimini oldukça güçleştirebilir. Ciddi yadsımanın yönetilmesi için rehberler oluşturulmuştur (108,109,110). Yadsımanın klinisyen tarafından tanınıp yönetilmesi, bağlamının, etki ve işlevinin anlaşılması ile mümkündür, böylelikle klinisyen bilgi sağlama işlevi için bir araç sağlamış olur. Bununla birlikte kanserle ilgili her şeyin açık şekilde bilgi bombardımanı ile hastanın üzerine geldiği bu çağda hastanın kendisine güvenli bir alan oluşturması, yoğun ve kişisel duygularını kendine saklaması gereklidir. Yadsıma bu gereksinimlere de hizmet edebilir, bu yüzden saygı duyulmalıdır.

Psikolojik hastalık ya da somatik rahatsızlıkların doğurduğu stresle başa çıkma adaptasyon için en önemli belirleyicidir. Başa çıkmanın iki önemli işlevi, strese yol açan sorunla başa çıkma ve stres yaratan duyguları düzenleyebilmektir.

Bizim çalışmamızda başa çıkma ölçeği alt gruplarından "davranışsal ilişki kesme" depresyonun artışı ile ilişkili bulunmuştur. Davranışsal ilişki kesme aktif başa çıkmanın zıttıdır. Davranışsal ilişki kesme bir tür pes etme ve hastalıkla mücadeleyi bırakma anlamına gelir, aynı zamanda kültürel farklılıklarla da daha ön plana çıkabilecek olumsuz bir başa çıkma biçimi olarak da nitelenmektedir, örneğin daha kırsal bölgelerde daha fazla kullanılabileceği düşünülmektedir. Davranışsal ilişki kesme, depresyon ve kırsalda yaşama ile etkileşim halinde ilişkili bir başa çıkma mekanizması olarak bulunmuştur. Kırsal bölgede yaşayan meme kanseri tanılı kadınlarda, davranışsal olarak sorunla ilişkiyi keserek

başa çıkmaya çalışma depresif semptom artışıyla ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte kentte yaşayan meme kanserli olgularda bu daha az gözlenir ve istatistiksel olarak depresyonla anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (111). Davranışsal ilişki kesme ile başa çıkmaya çalışan meme kanserli kadın olguların, duygularını düzenleme, sağlık personeli ile iletişimde başarılı olma, yardım arama, sosyal destek bulma, duygusal açıdan kendisini rahatlatma gibi konularda kişisel etkinliklerinin daha az olduğu bulunmuştur (112). Türkiye'de over kanserli olgularda başa çıkma mekanizmaları ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen bir çalışmada, davranışsal ilişki kesme, kötü yaşam kalitesi ile ilişkili bir başa çıkma mekanizması olarak saptanmıştır. Davranışsal ilişki kesme stresle başa çıkma çabalarının azalmasına ve hastanın kendisini geri çekerek bir kaçınma tepkisi oluşturmaya yol açmaktadır. Kaçınma, izlem çalışmalarında kadınlar ve erkekler için olumsuz medikal çıktılarının oluşması ile ilişkili bulunmuştur (113). Kanser tanısına uyum gösterme konusunda da davranışsal ilişki kesme olumsuz bir etki gösterirken, durumla mizah yoluyla başa çıkma uyumu kolaylaştırıcı bir etmen olarak bulunmuştur (114). Bizim çalışmamızda davranışsal ilişki kesme ve mizah dışında başa çıkma biçimleri depresyon ile ilişkili bulunmamıştır.

Davranışsal ilişki kesme başa çıkma yöntemini kullanan hastaların depresyon oluşumu için risk oluşturan negatif bilişleri içeren pes etmeyi açıklayan cümlelerle ölçek içinde nasıl ifade edildiğini hatırlamak uygun olur; "Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum", "Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim", "İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım", "Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım". Bu durumların, klinisyen tarafından sorgulanması, hastanın riskli başa çıkma stratejisinin ortaya konması açısından önemli olacaktır.

Destekleyici kanser tedavisinde hastalara bilgi sağlamak en önemli faktörlerden biridir. Uygun bilgi sağlama, onam alınmış kararların oluşmasında, ve hastada kontrol duygusunun gelişmesinde önemlidir (115), bununla birlikte uygun bilgi sağlanması kanser hastaları için sıkça karşılanamayan bir gereksinim olarak kalır (116), kanser hastalarının gerçek bilgi gereksinimleriyle, sağlık hizmeti verenlerin yeterli bilgiyi sunma algısı arasında bir fark vardır (117). Çoğu kanser hastası mümkün olduğunca fazla bilgi almak ister, bununla

birlikte bilgi gereksinimi kültürel, eğitim, cinsiyet, başa çıkma stilleri ve hastalığın evresiyle değişkenlik gösterir. Kolorektal kanserli olguların beşte birinde metastatik kanser bulunur, hastaların %20-%30 kadarı birincil tümörün başarılı tedavisinden sonra metastatik hastalık geliştirebilir (118). Kolorektal kanserli hastalar, erken tanı ve etkili tedavi ile daha uzun yaşarlar. Bu aşamada hastanın bunu bilmesi, iyilik halinin oluşturulması ve yaşamı tehdit eden bir hastalıkla mücadele edilirken iyileşme olasılığının farkında olması çok önemlidir. Kolorektal kanseri olan hastada sağlık durumunda kötüleşme gözlenir, yüksek oranlarda anksiyete ve depresyon rapor edilir, daha da ötesi spesifik sorular ve belirsizlik, yaşamın sonlanışı ile ilgili endişeler, semptomların rahatlaması ve azalması ile ilgili yüzyüze kalınan bir dizi sorun olur (119, 120). İlerlemiş hastalığı olan hastalar için hastalık süreci, prognoz, mümkün olan tedavi (palyatif) seçenekleri, hastalık semptomlarının yönetimi ve kanserin günlük yaşamı nasıl etkilediği, en önemli bilgi gereksinimi olan konulardır (121). Hastalar yaşamlarını planlamak, bilgilendirilmiş tıbbi kararlar almak için hastalıklarının gidişi ve doğası hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isterler. Bununla birlikte güncel çalışmalar onkologların ilerlemiş hastalıkta, sıklıkla bu bilgileri paylaşmakta isteksiz olduğunu, bunları yapamadığını ya da dürüst şekilde bildirimde bulunmaktan ve tanı tedavi sürecini açıkça tartışmaktan kaçındığını göstermektedir (122). Sağlık personeli konuyu tartışmaktan ya da bilgi vermekten geri durmaktadır (123). Daha da ötesi, sağlık personeli hastaların bilgi gereksinimlerini azımsamakta ve prognozları konusundaki bilgilerinin daha fazla olduğunu düşünmektedir. Palyatif bakımda metastatik kolorektal kanseri olan olgularla iletişimin geliştirilmesi yararlı olabilir. Hastalar genellikle destekleyici bakım için daha fazla bilgi gereksinimi duymaktadır. (124).

Uygun şekilde hastanın değerlendirilmesi, bireysel bilgi gereksinimlerine uygun yanıtlar verilmesi yüksek düzeyde hasta memnuniyeti oluşmasına yol açabilir. Sağlık personeli genel bilgi vererek görüşmeye başlayabilir ve sonra hastanın özellikle öğrenmek istediği konular sorulur ve bu başlıklarda derinleşilebilir (125). Özellikle geniş anlamda verilen tedavi hizmetleriyle ilgili bilginin metastaz olan ya da olmayan olgular için verilmesi daha iyi olabilir. Sağlık personelinin, destek tedavisi gereksinimleri hakkında daha dikkatli olması, hastaya emosyonel ve yaşam kalitesi bilgilerine gereksinimi olduğunda yardımcı olmaları açısından olanaklar sağlar. Bununla birlikte sağlık personeli ilerlemiş hastalık için kendisini yeterli hissetmeyebilir. Metastatik kolon kanseri hastaları sadece bilgi edinmekle

yeterli doyumunu elde etmeyebilirler, bilginin veriliş biçimi de önemlidir ve sağlık personelinin bu konuda yeterli eğitimi almış olması gerekir. (126).

Kanser olgularında depresyon tanısı konulurken, kanser tedavisinin etkisi ile oluşan belirtiler ve depresyon semptomlarının üst üste binmesiyle başa çıkma için kimi yöntemler önerilmiştir; dahil eden yaklaşımda; nedeninden bağımsız olarak depresyonun tanısı için her semptom hesaba katılır, etiyolojik yaklaşımda; psikolojik rahatsızlığa katkıda bulunan semptomlar sayılır, ekleyici yaklaşımda; ek psikolojik semptomlar somatik semptomlar yerine eklenir, çıkartan yaklaşımda; somatik semptomlar gözardı edilir, majör depresyon tanısı için çoğu klinik görüşme etyolojik ya da dahil edici yaklaşımı kullanır. Ekleyici ya da çıkartıcı yaklaşım DSM IV kriterlerine göre daha düşük depresyon prevalansı hesaplanmasına yol açmaktadır. Depresyonda gözlenen somatik semptomlar kanser ve kanser tedavisinde gözlenen semptomlarla üst üste biner. Bu üst üste binen semptomlar; yorgunluk, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ve algılanan bilişsel rahatsızlık biçimindedir. Yorgunluk ve uyku bozukluğu aktif tedavide depresyon için en iyi indikatör olmayabilirler. Sonuçlar kanser hastalarında somatik semptomların tanı değerlendirmesinden çıkarılmasının depresyon tanısının sıklığını azalttığını göstermektedir. Bu diğer çalışmalarla uyumludur. Aktif tedavi döneminde yorgunluk ve uyku bozukluğunun depresyonun değerlendirilmesinde dikkatle kullanılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte somatik semptomlar depresyonun izleminde de faydalıdır. Somatik semptomları çıkarma yaklaşımı kanser olgularında depresyon tanısı konulurken kullanılmamalıdır. Bu bulgular ışığında kanser olgularında DSM IV kriterlerinin tanıda kullanımı uygun bir yaklaşım olmaktadır. HADS ölçeği ise somatik belirtileri puanlamayan bir belirti tarama ölçeğidir. Bu açıdan somatik belirtilerden etkilenmez (127).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sindirim sistemi kanseri tanılı olgularda, olgun savunma düzenekleri bir grup halinde, mizah savunma düzeneği olgun savunma düzeneklerinden biri olarak depresyondan koruyucudur. Yanısıra kanserin yadsınması ve disosiyasyon da depresyondan koruyucudur.

Depresyon gözlenen sindirim sistemi kanseri olguları, nevrotik ve immatür savunma biçimlerini (yansıtma, somatizasyon, yapma bozma, dışavurma, bölme) daha çok kullanmaktadırlar.

Kanser yadsınması görüşme ölçeği, kanser olgularında yadsınmanın değerlendirilmesi için kullanışlı bir yarı yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. Yeni çalışmalarla, güvenilirlik analizine test yeniden tes ve değerlendirmeciler arası tutarlılık analizleri de eklenebilir.

Kanser tanısının yadsınması ile tüm yaşam olaylarının bir savunma ya da başa çıkma biçimi olarak "yadsınması" farklı iki fenomen olarak gözlenmektedir. Kanser tanısının yadsınması hastalıkla başa çıkma olanağı sunarken, depresyona teslim olmayı da engeller görünmektedir.

Sindirim sistemi kanserli olgularda somatik yakınmaların yoğunluğu yanında akılda bulundurulması gereken somatizasyonun da aynı zamanda somatik yakınmaları oluşturabileceğidir. Yakınmalar özenle gözden geçirilmeli ve konsültasyon-liyezon kliniği uygulamalarında somatizasyon bozukluğunu ayırt edebilmek için çaba harcanmalıdır.

Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü sindirim sistemi kanserli olgularda depresyon gelişimi açısından bir risk faktörü olarak gözlenmektedir.

Rektum kanseri olgularında, tümörün yerleşimi, kolostomi, ağrı ve sızıntılar nedeniyle, diğer sindirim sistemi kanseri olgularına göre daha fazla depresyon gözleniyor olabilir.

Ağrı kanserde en yaygın semptomdur, sindirim sistemi kanseri olgularında da depresyon riski ile ilişkilidir. Kanser olgularında ağrı yönetimi depresyonun gelişmesinin

engellenmesinde önemli bir müdahale aracı olabilir. Kanseri hastalarında, kronik ağrı değerlendirilmesi, psikolojik sıkıntı için rutin taramaya dahil edilmelidir.

Sindirim sistemi kanserli olgularda "davranışsal ilişki kesme" başa çıkma biçimi depresyonu arttıran bir etmen olarak gözlenmektedir. Davranışsal ilişki kesme aktif başa çıkmanın zıttıdır. Davranışsal ilişki kesme bir tür pes etme ve hastalıkla mücadeleyi bırakma anlamına gelir. Aynı zamanda kültürel farklılıklarla da daha ön plana çıkabilecek olumsuz bir başa çıkma biçimi olarak da bizim kültürümüzdeki kanser tanılı olgularda belirgin bir olumsuz başa çıkma biçimi olarak ön plana çıkıyor olabilir. Kanseri tanısına uyum gösterme konusunda da davranışsal ilişki kesme olumsuz bir etki gösterirken, durumla mizah yoluyla başa çıkma uyumu kolaylaştırıcı ve depresyondan koruyucu bir etmendir.

Destekleyici kanser tedavisinde hastalara bilgi sağlamak en önemli faktörlerden biridir. Uygun bilgi sağlama, onam alınmış kararların oluşmasında ve hastada kontrol duygusunun gelişmesinde önemlidir. Tanıyı bilmenin, depresyonu arttıran bir etkisi gözlenmemektedir.

Yadsımanın yaşam kalitesi üzerine koruyucu etkisi görünmektedir. Depresyon varlığı yaşam kalitesini azaltmaktadır. Klinisyenin hastanın yadsımasını yönetmesi çeşitli klinik durumlara bağlı olabilir ve tedavi süreci içinde farklı tutumlar alınması gerekebilir. Klinik uygulamada, yadsımanın saptanması ve yönetilmesi ile yadsımanın psikiyatrik bozukluklardan koruyucu işlevinden yararlanmak, ve yaşam kalitesini arttırmak mümkün olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann Behav Med* 2006; 32:85-92.
2. Newport, D.J. ve Nemeroff, C.B. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 45:1998: 215-37.
3. Ohaeri, J.U., Campbell, O.B., Ilesanmi, A.O., ve ark. Psychosocial concerns of Nigerian women with breast and cervical cancer. *Psychooncology*, 78:1998: 494-501.
4. Carver, C.S., Pozo, C., Haris, S.D., ve ark. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65:1993:375-390.
5. Heim, E., Augustiny, F.K., Schaffner, L. ve Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 5:1993: 523-542.
6. Ulutin HC. Kanserli hastada psikolojik sorunlar. *FTR Bil Der* 2006; 9:39-41.
7. Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* 2001; 4:184-191.
8. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl.8):58-61; discussion 62-63.
- 9.. Turan AH. Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevalansı ve Bunların Psikososyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, 1992.
10. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004:63-69.
11. Arıkan K. Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik Gelişim* 2004; 17:77-86.
12. Massie, M.J. Prevalence of Depression in patient with cancer. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, 32:2004: 57-71.
13. Clark K.L, Loscalzo M., ve ark. Psychological distress in patients with pancreatic cancer - an understudied group. *Psycho-oncology*. 2010:1313-1320.
14. Vos M. S. et al. The denial of cancer interview: Development and first assessment of psychometric properties in lung cancer patients. *Patient Education and Counseling* 2007; 67: 224-234.

15. Muskin PR, Feldhammer T, Gelfand JL, Strauss DH. Maladaptive denial of physical illness: a useful new “diagnosis”. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:463–77.
16. Salander P, Windahl G. Does ‘denial’ really cover our everyday experiences in clinical oncology? A critical view from a psychoanalytic perspective on the use of ‘denial’ *Br J Med Psychol* 1999;72:267–79.
17. Goldbeck R. Denial in physical illness. *J Psychosom Res* 1997;43:575–93.
18. Vos MS, de Haes JCJM. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-oncology* 2007;16:12–25.
19. Moyer A, Levine EG. Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Ann Behav Med* 1998;20:149–60.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, 4th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
21. Hackett TP, Cassem NH, Wishnie HA. The coronary-care unit. An appraisal of its psychological hazards. *N Engl J Med* 1968;279:1365–70.
22. Weisman AD, Hackett TP. Predilection to death. Death and dying as a psychiatric problem. *Psychosom Med* 1961;23:232–56.
23. Holland J.C, Breitbart W.S, Jacobsen P.B, Lederberg M. S., Loscalzo M. J, McCorkle R, Chapter 18; 141-145, *Psychooncology*, Oxford University Press, Feb 20, 2010.
24. Tytherleigh MG, Mortensen NJ. Options for sphincter preservation in surgery for low rectal cancer. *Br J Surg.* 2003;90:922-933.
25. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br Med J.* 1990; 301:575-580.
26. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychology* 1992;11:79-87.
27. Maguire P. Improving the detection of psychiatric problems in cancer patients. *Soc. Sci. Med.* 1985; 20:819-823.
28. Sinsheimer LM, Holland JC. Psychological issues in breast cancer. *Semin Oncol.* 1987;14:75-82.
29. Jamison KR, Wellisch DK, Pasnau RO. psychological aspect of mastectomy I: The woman's perspective *Am J Psychiatry*, 1978; 135:432-436.

30. Northouse LL. The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nurs.* 1989; 12:276-284.
31. Stanton AL, Snider PR. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychol.* 1993; 12:16-23.
32. Cassileth BR, et al. A psychological analysis of cancer patients and their next of kin. *Cancer* 1985; 55:72-76.
33. Ell K, Nishimoto R, Mantel J, Hamovitch M. longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patient with cancer. *Journal of Psychosomatic Res.* 1988; 32:429-438.
34. Bloom JR, Cook m, Fotopoulos S, et al. Psychological response to mastectomy: a prospective comparison study. *Cancer* 1987; 59:189-196.
35. Morris T, Greer S, White P, Psychological and social adjustment to mastectomy: a two year follow up. *Cancer.* 1977;40:2381-2387.
36. Holland J.C, Breitbart W.S, Jacobsen P.B, Lederberg M. S., Loscalzo M. J, McCorkle R, Chapter 19; 211-221, *Psychooncology*, Oxford University Press, Feb 20, 1998.
37. Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well being: theoretical overview and empirical update. *Cogn Ther Res.* 1992; 16:201-228.
38. Moyer A, Levine EG. Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Ann Behav Med* 1998;20(3):149–160.
39. Chochinov HM, Tataryn DJ, Wilson KG, Ennis M, Lander S. Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics* 2000;41(6):500–504.
40. Erbil P, Razavi D, Farvacques C, Bilge N, Paesmans M, Van Houtte P. Cancer patients psychological adjustment and perception of illness: cultural differences between Belgium and Turkey. *Support Care Cancer.* 1996 Nov;4(6):455-61.
41. Butow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2000;11(4):469–474.
42. Reynolds P, Hurley S, Torres M, Jackson J, Boyd P, Chen VW. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *Am J Epidemiol* 2000;152(10):940–994.

43. Culver JL, Arena PL, Antoni MH, Carver CS. Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing African Americans, Hispanics and non-Hispanic Whites. *Psycho-Oncology* 2002;11(6):495–504.
44. Roy R, Symonds RP, Kumar DM, Ibrahim K, Mitchell A, Fallowfield L. The use of denial in an ethnically diverse British cancer population: a cross-sectional study. *Br J Cancer* 2005;92(8):1393–1397.
45. Lazarus RS. Denial, its costs and benefits. In *Living and Dying with Cancer*, Ahmed P (ed.). Elsevier: New York, 1981.
46. Ward SE, Leventhal H, Love R. Repression revisited: tactics used in coping with a severe health threat. *Personality Soc Psychol Bull* 1988;14:735–746.
47. Manne SL, Sabbioni M, Bovbjerg DH, Jacobsen PB, Taylor KL, Redd WH. Coping with chemotherapy for breast cancer. *J Behav Med* 1994;17(1):41–55.
48. Orr E. Open communication as an effective stress management method for breast cancer patients. *J Human Stress* 1986;12(4):175–185.
49. Heim E, Augustiny KF, Schaffner L, Valach L. Coping with breast cancer over time and situation. *J Psychosom Res* 1993;37(5):523–542.
50. Manne S, Glassman M, Du Hamel K. Intrusion, avoidance, and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosom Med* 2000;63:658–667.
51. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 2002; 11(2):93–102.
52. Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology* 1992;1:105–114.
53. Bozcuk H. et al. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. *Support Care Cancer*. 2002 Jan;10(1):51-7.
54. Atesci F. C. et al. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer* (2004) 12:161–167.

55. Dorpat TL. Denial and Defence in the Therapeutic Situation. Jason Aronson Inc.: New Jersey, 1985.
56. Horowitz MJ. Psychological response to serious life events. In *The Denial of Stress*, vol. 5, Breznitz S (ed.). International University Press: New York; 1983; 129–159.
57. Boekearts, M., & Röder, I. Stres, coping and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21:1999: (7), 311-337.
58. Roecker, E. C., Dubow, E., & Donaldson, D. Cross-situational patterns in children's coping with observed interpersonal conflict. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25:1996: (3), 288-299.
59. Sean, C. A. B., Frances, P. M., & Deviney, P. A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22:1998: (2), 239-261.
60. Felton, B. J., & Revenson, T. A. Coping with chronic Illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52:1984 (3), 343-353.
61. Stroebe, M. Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *OMEGA*, 26: 1993: 19-42.
62. Sandler, I. N., Tein Y. J., & West, S. G. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65 (6), 1744-1763.
63. Gilbar, O., & Hevroni, A. (2007). Counterfactuals, coping strategies and psychological distress among breast cancer patients. *Anxiety, Stress & Coping*, Volume, 20 (4), 383-392.
64. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
65. Farsi Z., Nayeri D. N., Negarandeh R. Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing and Health Sciences*. 2010: 12: 485–492.
66. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998: 54(3), 466–475.

67. Ağargün, M.Y., Beşiroğlu L. ve ark. COPE (Başa çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:221-226.
68. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. J Pers Soc Psychol 1990; 58:499- 511.
69. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. J Pers Soc Psychol 1987; 53:5-13.
70. Carver, C. S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol 1989, 56, 267–283.
71. Holahan C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan P. L., & Schutte, K. K. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2005, 73(4), 658–666.
72. Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., & Wadsworth, M.E. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. Psychol Bull., 2001: 127(1), 87-127.
73. Yılmaz N., Gençöz T, Ak Mehmet, Savunma Biçimleri Testi 'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(3):244-253.
74. Bond M, Perry JC (2004) Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders, American Journal of Psychiatry, 161:1665-1671.
75. Lenth, R. V. (2006-9). Java Applets for Power and Sample Size [Computer software]. Retrieved 10/05/2014, from <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power>.
76. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formuna Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi; 8: 280-287 .
77. Snaith R P. The Hospital Anxiety And Depression Scale, Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1: 1-29.
78. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993;85(5):365-76.

79. Carver CS et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer . *J Pers Soc Psychol.* 1993; 65:375-390.
80. Ramsey SD, Berry K, Moinpour C, et al. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*, **97**,2002: 1228-34.
81. Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, et al. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15, 2006: 306-20.
82. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, et al. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004; 58(3):285-8.
83. Akkerman et al. Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *The Journal of Nervous & Mental Disease* Issue: Volume 187(2), 1999:80-87.
84. Bond M, Perry JC, Gautier M, Goldenberg M ve ark. (1989) Validating the self-report of defense styles, *Journal of Personality Disorders*, 1989: 3:101-102.
85. Bond M, Perry JC (2004) Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 161:1665-1671.
86. Mullen LS, Blanco C, Vaughn SC et al. Defense mechanisms and personality in depression. *Depression and Anxiety*, 1999;10:168-174.
87. Carvalho et al. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of Affective Disorders* 146, 2013: 58–65.
88. Mehlman E, Slane E, Validity of self - report measures of defense mechanisms. *Assessment* 1:1999:189 - 197.
89. Vaillant GE, *Wisdom of the ego: Sources of resilience in adult life.* Harvard University Press. 1995.
90. Flannery RB, Perry JC Self - rated defense style, life stress, and health status: An empirical assessment. *Psychosomatics* 31:1990:313 - 320.
91. Jacobs S, Kasl S, Schaefer C, Ostfeld A. Conscious and unconscious coping with loss. *Psychosom Med* 56:1994:557–563.
92. Fafouti M. Depression, Anxiety and General Psychopathology in Breast Cancer Patients: A Cross-sectional Control Study, *In Vivo*, 24, 2010: 803-810.

93. Chambers S. K. et al. Relationship over time between psychological distress and physical activity in colorectal cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 27;2009:1600-1606.
94. Hyphantis T. et al. Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-Oncology* 22:2013: 2009–2015.
95. Kang H.J. et al. Predictors of depressive disorder following acute coronary syndrome: Results from K-DEPACS and EsDEPACS. *J. Affect Disord* 2015 Apr 11;181:1-8. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.004. [Epub ahead of print].
96. Chaturvedi S. K. et al. Somatization in cancer, *International Review of Psychiatry*, 2006; 18(1): 49–54.
97. Novy, D., et al. Somatic symptoms in patients with chronic non-cancer-related and cancer-related pain. *Journal of Pain & Symptom Management*, 29:2005: 603–612.
98. Ramirez AJ et al. Psychosocial adjustment to cancer: cultural considerations. *Eur. J. Psychiatry*. 1991; 5 (1):9-18.
99. Zhang A. Y. Discord of biological and psychological measures in a group of depressed African American and white cancer patients, *The Open Nursing Journal*, 2011, 5, 60-64.
100. Paredes T et al. A longitudinal study on emotional adjustment of sarcoma patients: the determinant role of demographic, clinical and coping variable. *European Journal of Cancer Care*, 21: 2012:,41-51.
101. Vos M. S. Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients: The protective effect of denial. *Lung cancer* 72:2011:119-124.
102. Ersoy M. A., *Kanser hastalarında depresyon tanısının incelenmesi*, Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 1999.
103. Ullrich PM, Rothrock NE, Lutgensdorf SK, Jochimsen PR, Williams RD. Adjustment and discussion of cancer: a comparison of breast and prostate cancer survivors. *Psychol Health* 2008;23:391–406.
104. Glinder JG, Beckjord E, Kaiser CR, Compas BE. Psychological adjustment to breast cancer: automatic and controlled responses to stress. *Psychol Health* 2007;22:337–59.
105. Hagerty Rg, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005;23:1278–88.

106. Davison BJ, Parker PA, Goldenberg SL. Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. *Br J Urol* 2004;93:47–51.
107. Muskin PR, Feldhammer T, Gelfand JL, Strauss DH. Maladaptive denial of physical illness: a useful new “diagnosis”. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:463–77.
108. Rabinowitz T, Peirson R. “Nothing is wrong doctor”: understanding and managing denial in patients with cancer. *Cancer Invest* 2006;24:68–76.
109. Greer S. The management of denial in cancer patients. *Oncology* 1992;6:33–6.
110. Chaitchik S, Kreidler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. *J Cancer Educ* 1992;7:41–54.
111. Schlegel R.J. Rural breast cancer patients, coping and depressive symptoms: A prospective comparison study, *Psychology & Health*, 24:8:2009:933-948.
112. Collie K. et al. Self efficacy, coping, and difficulties interacting with healthcare professionals among women living with breast cancer in rural communities, *Psycho-Oncology* 14:2005: 901–912.
113. Tuncay T. Coping and quality of life in Turkish women living with ovarian cancer, *Asian Pac J Cancer Prev*, 15,9:2014: 4005-4012.
114. Shapiro P. J. et al. Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28:1:2010: 1-22.
115. Mills ME, Sullivan K: The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 1999;8(6):631–642.1-5.
116. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ: What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009;17: 1117–1128.
117. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al.: Discrepant perceptions about end-of-life communication: A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:190–200.
118. Eadens MJ, Grothey A: Curable metastatic colorectal cancer. *Curr Oncol Rep* 2011;13:168–176.
119. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al.: Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(2):118–129.
120. Strohbuecker B, Gaertner J, Stock S: Informing severely ill patients: Needs, shortcomings and strategies for improvement. *Breast Care (Basel)* 2011;6:8–13.

121. Wong RK, Franssen E, Szumacher E, et al.: What do patients living with advanced cancer and their carers want to know? A needs assessment. *Support Care Cancer* 2002;10:408–415.
122. Cherny NI: Factors influencing the attitudes and behaviors of oncologists regarding the truthful disclosure of information to patients with advanced and incurable cancer. *Psychooncology* 2011; 20:1269–1281.
123. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al.: Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliat Med* 2007;21:507–517.
124. Husson O., Thong M.S.Y., Mols F., Information provision and patient reported outcomes in patients with metastasized colorectal cancer: Results from the PROFILES Registry. *Journal of Palliative Medicine* Volume 16, Number 3, 2013.
125. Van Vliet L, Francke A, Tomson S, Plum N, van der Wall E, Bensing J: When cure is no option: How explicit and hopeful can information be given? A qualitative study in breast cancer. *Patient Educ Couns* 2013 Mar;90(3):315-22.
126. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anselme P: The needs of patients with advanced, incurable cancer. *Br J Cancer* 2009;101:759–764.
127. Jones SMW et al. A differential item function analysis of somatic symptoms of depression in people with cancer. *Journal of Affective Disorders*, 2015: 131-137.

8. EKLER

EK-1

OLGU VERİ KAYIT FORMU

SİNDİRİM SİSTEMİ KANSERLERİNDE YADSIMA İLE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI OLGU VERİ KAYIT FORMU

Olgunun Adı - Soyadı: _____ Olgunun Yaşı: _____ Cinsiyeti: K ☐
E ☐

Olgunun Adresi (Şehir): _____ Ev/İş Tel: _____ Cep Tel: _____
Görüşmenin Yapıldığı

Tarih: ____/____/____ Görüşmecinin Adı - Soyadı: _____

Medeni durum: Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐ Çocuk Var ☐ Yok ☐

Eğitim durumu: İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

Çalışma durumu: Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐

Sosyal güvence: Emekli-Sandığı ☐ SSK ☐ Bağ-kur ☐ Özel sigorta ☐

Meslek: _____ SCID 1 Tanısal Görüşme Sonucu: _____

Geçmiş Psikiyatrik Tanı:

Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü:

Sigara: İçiyor.....(p/yıl) ☐ Bıraktı.....(p/yıl) ☐ Yok ☐

Alkol: İçiyor.....(b/hafta) ☐ Bıraktı.....(b/hafta) ☐ Yok ☐

Hastalığın Başlangıcından İtibaren Hasta Olunan Toplam Süre (ay): ____ Tanı tarihi:

Tanı anında evre: ____

Kolostomi: Var ☐ Yok ☐ Ağrı: Var ☐ Yok ☐

Ağrı Şiddeti: 1'den 10'a kadar derecelendirin ()

EK-2

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, bazen
- ☐Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐Aynı eskisi kadar
- ☐Pek eskisi kadar değil
- ☐Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

- ☐Her zaman olduğu kadar
- ☐Şimdi pek o kadar değil
- ☐Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐Hiçbir zaman
- ☐Sık değil
- ☐Bazen
- ☐Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK-3

BAŞA ÇIKMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı-Soyadı:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım

4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

- 17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 18.Allahın yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 19.Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 28.Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 36.Sorunla ilgili şaka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-4

KANSER YADSINMASI ÖLÇEĞİ GÖRÜŞME FORMU

Ölçekteki sorular yarı yapılandırılmıştır ve yadsımanın klinik değerlendirilmesine hizmet etmektedir. Görüşme sırasında 1-9 arasındaki sorular hasta değerlendirme ölçeğini oluşturmaktadır. a-f soruları görüşmeyi kolaylaştırma amaçlıdır ve görüşmecinin klinik izleminin oluşmasına hizmet eder.

1. Onkolog ya da ilgili gastroenterolog uygulanan testler ile ilgili ne gibi sonuçlardan bahsetti? Ya da size ne söyledi?

Skorlayın: a.doğru tanıdan bahsedildi :0
b.örtülü :1
c.bilgi verilmedi :2

a. Bu sonuçların sizin için anlamı neydi? Yanıtı kaydediniz?

2. Hastalığınız ile ilgili diğer kişilere ne söylüyorsunuz?

Skorlayın: a.doğru tanı ve tedavi :0
b.durumu azımsayarak söyleme :1
c.hiçbirşey :2

Hastanın tanısıyla ilgili ifadelerini not ediniz.

b.Hastalığınız ile ilgili kimlerle konuştunuz? Verilen yanıtları not ediniz.

3. Hastalığınız ile ilgili düşünmediğiniz zamanlar oluyor mu?

Ya da : Bazı insanlar hastalıkları ile ilgili bütün gün düşünürler bazılarıysa düşünmez, siz nasılsınız?

a. Sürekli ya da günün/gecenin büyük bölümü düşünürüm :0
b.Günün büyük bölümünde düşünmem :1
c. Nadiren, zar zor aklıma gelir :2

c. Hastalığınızın nedeni hakkında düşünür müsünüz? Yanıtı yazınız.

4. Hastalığınızla ilgili düşünmeden diğer şeylere odaklanabilir misiniz?

a. Hayır :0
b.Olabildiğince iyi :1
c. İyi :2

5. Kendinizle ilgili yolunda gitmeyen şeylerin tüm ayrıntılarını bilmek ister misiniz?

a.Evet :0
b. Tam olarak değil, sadece kabaca :1
c. Hayır ya da çok az :2

'Tüm ayrıntılar' ya da 'tam olarak değil' in ne anlama geldiğini sorarak açıklığa kavuşturun.

6. Önümüzdeki bir kaç ay için planlarınız nelerdir?

- a. gelecek beklentilerim hastalığı anlamama bağlı :0
b.gelecek beklentilerim hastalığı mümkün olduğunca azımsayabilmeme bağlı :1
c.gelecek beklentilerimde hastalığın yeri yok :2

d.Şu anda tedavi alıyor musunuz?

- a.tedavi almıyorum
b.radyoterapi
c.kemoterapi
d.ameliyat
e.diğer.....

7.Bu tedaviden ne bekliyorsunuz?

- a. Gerçekçi beklentiler :0
b. Daha çok olumlu gerçeklere dayanan olumlu beklentiler, fakat tam iyileşme değil :1
c.Tamamen iyileşme :2

e.Etrafınızdakiler hastalığınızı nasıl karşılıyor? Yanıtı açıklayınız.

f. Hastalığı siz nasıl karşılıyorsunuz? Yanıtı açıklayınız.

8.Hastalığınız günlük hayatınızı etkiliyor mu?

- a.çok :0
b.orta/biraz :1
c.neredeyse hiç/hiç :2

9.Bazı insanlar hastalığınız hakkında mümkün olduğunca az düşünmenin daha iyi olduğunu söylerler, aynı fikirde misiniz?

- a.Hayır :0
b.biraz/az çok :1
c.Evet :2

Yadsımanın tipi ile ilgili klinik görüş:

- 1 Yadsıma yok
2. Bilinçli olarak hastalığın reddi
3. Duygudurumun reddi
4. Etkinin reddi
5. Duygudurum ve etkinin reddi
6.Bilinçsiz olarak hastalığın reddi

Yadsımanın düzeyi ile ilgili klinik izlenim: (1) yadsıma yok-(7) şiddetli yadsıma : ()

EK-5

Savunma Düzenekleri Ölçeği

Hastanın Adı-Soyadı:

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 ~~7~~ 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
18. Hiçbir şeyden korkmam
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissedirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lştfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lştfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gşnşnşz (Gşn, Ay, Yıl):

Bugşnkş tarih (Gşn, Ay, Yıl):

31									

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Gşnşn bşyşk bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya gşnlşk aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sşrdşrmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsşz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lştfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel