

Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim

Gül Tokgöz*, İrem Yaluğ**, Samuray Özdemir***, Ayten Yazıcı*,
Kazım Uygun****, Tamer Aker*****

* Uzm. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 41300 İzmit

** Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 41300 İzmit

*** Arş. Gör. Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 34098 İstanbul

**** Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 41300 İzmit

***** Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 41300 İzmit

Tel: +905326566361

Fax: +902623037503

E-mail: dryalug@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Kanser tanısı ve tedavisi son derece stresli ve travmatize edici bir deneyim olabilir. DSM-IV'te kanser, travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yol açabilme potansiyeli taşıyan travmatik bir olay olarak kabul edilmiştir. Ne var ki yakın dönemde yapılan araştırmalar kanserin tanısı ve tedavisinin psikososyal açıdan birçok olumlu ve olumsuz sonucunun olabileceğini göstermiştir. Bilimsel kanıtlar, kanserin aynı bireyde zaman içerisinde hem TSSB'yi hem de ruhsal gelişmeyi ortaya çıkarabileceğine işaret etmektedir. Bu çalışmada kanser hastalarından oluşan bir örnekleme TSSB ve ruhsal gelişmenin yaygınlığını araştırdık.

Yöntem: Onkoloji ayaktan takip birimlerine başvuran kanser hastalarından rastlantısal olarak yüz hasta (53 kadın, 47 erkek) çalışmaya alındı. TSSB, "Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)'nin TSSB modülü kullanılarak, ruhsal gelişme ise "Stresle İlişkili Gelişme Ölçeği" kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Örneklemin %19'u TSSB'nin tanısı ölçütlerini karşılamakla beraber, TSSB tanısı alma ile cinsiyet, yaş, medenî durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yaşanan yer ve çocuk sahibi olma gibi sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuyordu. Kemoterapi tedavisi ve TSSB anlamlı şekilde ilişkiliydi. Hiçbir hastada intihar girişimi öyküsü bulunmamakla birlikte, hastaların %11'inde intihar düşüncelerinin olduğu belirlendi. Ortalama ruhsal büyüme puanı 124.1±22.8 idi ve ruhsal büyüme puanı ile hastaların yaş ve cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuyordu. Hastaların %80'inde dinî inançlar ya artmış ya da aynı kalmıştı. Çoğu, kanser yaşantısı boyunca inanç ve maneviyatlarının kendilerine yardımcı olduğunu ifade ettiler.

Tartışma: Kanserli hastalarda TSSB'nin varlığı klinik sonuçları etkileyebilir. Kanser tanısı alan hastalarda TSSB'nin erken tanısı, zamanında ve uygun klinik yaklaşımların sağlanması açısından önemlidir. Diğer yandan, kanser hastalarının birçoğu hastalıklarının getirdiği değişikliklere uyum sağlama sürecinde ruhsal gelişme gösterirler. Özellikle de dinî inançlar ve maneviyat, kanser tanısı alan hastalar için hastalıkla başetme sürecinde önemli bir araçtır.

Sonuç: Kanserli bireylerde hem TSSB hem de ruhsal gelişmenin sevk ve idaresinde daha iyi yaklaşımlar geliştirmek için ileride yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: travma sonrası stres bozukluğu, kanser, psiko-onkoloji, ruhsal gelişme

ABSTRACT

The Prevalance Of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth In Patients With Cancer.

Objective: The diagnosis and treatment of cancer can be an extremely stressful and traumatic experience. Cancer has been recognized as a traumatic event capable of precipitating posttraumatic stress disorder (PTSD) in DSM-IV. However, recent researches have showed that many positive and negative psychosocial outcomes might follow cancer diagnosis and treatment. Evidences suggest that cancer might precipitate both PTSD and posttraumatic growth, at times within the same individual. In this study we investigated the prevalence of PTSD and posttraumatic growth in a sample of cancer patients.

Method: Hundred patients diagnosed with cancer (53 women and 47 men) who attended to oncology outpatient units were randomly recruited to the study. PTSD is assessed with "Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) - PTSD Module" and posttraumatic growth is assessed with "Stress Related Growth Scale".

Findings: Although 19% of the sample met diagnostic criteria for PTSD, there was not any statistical significance between diagnosis of PTSD and sociodemographic variables such as gender, age, and marital status, level of education, occupation, social support, residential area and having a child. Treatment with chemotherapy and PTSD was significantly correlated. Suicidal thoughts were detected in 11% of the patients, although there was no patient with the history of suicide attempt. Mean posttraumatic growth score was 124.1 ± 22.8 and there was not any significant association between posttraumatic growth score and the ages and gender of the patients. Religious belief either increased or stayed the same in 80% of patients. Most of the survivors indicated that their spirituality and faith assisted them throughout the cancer experience.

Discussion: The presence of PTSD in cancer survivors may influence the clinical outcome. Early recognition of PTSD in the patients diagnosed with cancer is important for ensuring timely and appropriate clinical interventions. Nevertheless, many cancer survivors experience positive growth as they adjust to changes brought about by their illness. In particular, religious beliefs and spirituality provide patients diagnosed with cancer with important tools for coping with their illness.

Conclusion: Future research is required to develop better clinical interventions in the management of either PTSD or posttraumatic growth in cancer survivors.

Keywords: posttraumatic stress disorder, cancer, psycho-oncology, posttraumatic growth

GİRİŞ

Kanser erken tanı 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 kalb hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Lepore ve Coyne 2006).

Psiko-onkoloji veya kanserin psikolojik yönlerini inceleyen çalışmalar son dönemlerde önem kazanmıştır. Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren kanser araştırmaları için dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan ve ekonomik yönden büyük finansman gerektiren pek çok araştırmaya rağmen kanserden ölümlerde ve kanser hastalarının yaşam sürelerinin uzatılmasında çok büyük bir başarı sağlanabilmiş değildir. Bu nedenle kanser psikolojik açıdan olumsuz etkiler yapabilen bir hastalıktır ve bugün hâlâ milyonlarca insan için kaygı, çökkünlük, acı ve ölüm sebebidir. Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin çeşitli etkileri başlıca stres kaynaklarıdır. Hastanın fiziksel hastalığının şiddeti, seyri ve tedaviye cevabını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu etkileyecektir (Lepore ve Coyne 2006).

Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının göz ardı edilemeyecek kadar yüksek olduğu belirtilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) en sıklıkla kaydedilen psikopatolojilerden biridir ve hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyum ve zamanla fiziksel hastalığın şiddet, seyir ve tedaviye cevabı-

nı etkileyebilmektedir (Smith ve ark. 1999, Berard 2001, Tedstone ve Tarrier 2003).

TSSB, travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan ve yeniden yaşantılama, kaçınma - küntleşme, aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren bir sendromdur. Travmatik olaylar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylardır. Kişilerin bu tür olayları doğrudan yaşaması kadar, böyle olayların bir başkasının başına gelmesine tanık olmaları veya sevdiklerinin başına gelmiş olduğunu öğrenmeleri de olayların duygusal açıdan travmatik olmasını sağlar. Travmatik olaya verilen cevap, korku, dehşet ve çaresizliği içerir (Smith ve ark. 1999, Tedstone ve Tarrier 2003).

Doğal afetler, savaşlar, fiziksel ve cinsel saldırılar gibi travmatik yaşantılardan sonra ortaya çıkan stres yanıt sendromları şimdiye dek oldukça geniş bir biçimde araştırılmış olmakla birlikte, bu sendromlarla kanser ve diğer tıbbi bozukluklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar henüz oldukça yenidir. Bu araştırmalarda kanserin stres yanıt sendromlarının ortaya çıkışını tetikleyebileceği gösterilmiştir (Smith ve ark. 1999, Gurevich ve ark. 2002). 1994'te DSM-IV'ün ruhsal travma yanıt ölçütleri yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve kanser tanısı almak TSSB'ye yol açabilme kapasitesi taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır (APA 1994). Ayrıca kanser, diğer bilinen TSSB stresörleri gibi ayrı ve kısa süreli yaşantılanan bir olay değil, sürekliliği olan bir travmadır. Bu travmatize edici süreç kanser tanısının koyulmasıyla başlar, tıbbi tedavilerle ve tedavinin tamamlanmasını takiben yapılan dü-

zenli onkolojik taramalarla devam eder (Smith ve ark. 1999).

Travma literatüründe, travmatik olayların olumsuz etkileri üzerinde daha fazla durulmakla beraber, bazı insanlarda belli travmalardan sonra bir takım olumlu değişikliklerin de görülebileceği bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar, çeşitli travmatik olaylar yaşayan insanların yaklaşık üçte ikisinin olaydan sonra olumlu yönde değişim gösterdiklerine işaret etmektedir. Stresli bir yaşam olayını takiben ortaya çıkan bu tür olumlu değişikliklerin ortak noktası, stres kaynağıyla başa çıkmak üzere uyumsal bir yanıt olarak ortaya çıkmalarıdır. Bu süreç bireyi, olaydan önce var olanın daha üzerinde bir işlevsellik düzeyine çeker. Bu olumlu yöndeki değişikliklere “Ruhsal Gelişme (Posttraumatic Growth)” adı verilmiştir (Linley ve Joseph 2004). Birçok nedenden dolayı ruhsal gelişme önemli bir araştırma alanıdır. Stresli yaşam olayı ve travmanın sadece olumsuz yönlerine odaklanmak, travma sonrası ortaya çıkan tepkilere taraflı bir anlayış getirebilir. Bu reaksiyonlar konusundaki yaklaşımların kapsamlı olması isteniyorsa, olumsuz değişiklikler kadar olumlu değişikliklerin de üzerinde önemle durmak gerekir. Son yapılan araştırmalarla birlikte, günümüzde ruhsal gelişme ile ilişkili değişkenlerin daha net bir şekilde ortaya koyulması ihtiyacı doğmuştur (Linley ve Joseph 2004).

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran 100 kanser hastasının katılımıyla yapılan kesitsel çalışmada TSSB'nin sıklığı, bu bozukluğun hastaya ilişkin psikososyal değişkenlerle ilişkisi ve ruhsal gelişme araştırılmıştır.

YÖNTEM

01 Ekim 2006-31 Aralık 2006 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Polikliniği'ne sırayla başvuran çeşitli kanser tanılarını almış hastalar arasından araştırmaya katılma ölçütlerini dolduran ve katılmayı kabul eden 100 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastanın 18 yaşından büyük olması, görüşmeyi yapabilecek fiziksel ve zihinsel yeterliliğinin olması, kanserin terminal dönemde olmaması seçim ölçütleriydi. Bu ölçütler bir psikiyatri uzmanı ve bir onkoloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Poliklinikte rutin fiziksel muayeneleri ve onkolojik kontrolleri ya-

pıldıktan sonra görüşme odasına alınan hastalar öncelikle çalışma hakkında bilgilendirildiler. Çalışmaya katılmayı kabul eden bütün hastalar aydınlatılmış onam formunu imzaladılar. Sosyodemografik özellikler ile ilgili bilgi toplandıktan sonra psikiyatrik görüşmeye geçildi. TSSB'nin değerlendirilmesi için “SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu)” in TSSB modülü” (Özkürkçügil ve ark. 1999) kullanıldı. Ruhsal gelişmenin değerlendirilmesinde ise Park ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Güneş (2001) tarafından yapılan “Stresle İlişkili Gelişme Ölçeği (Stress Related Growth Scale)” kullanıldı. Ruhsal gelişmeyi değerlendirmeye yönelik bir takım başka ölçekler de bulunmasına karşın, en sık kullanılanlardan birisi olduğu ve psikometrik açıdan

Tablo 1: TSSB'si Olan ve Olmayan Hastaların Cinsiyet, Yaş, Medenî Durum, Eğitim Düzeyi, Meslek, Sosyal Destek, Yaşanılan Yer ve Çocuk Sâhibi Olma Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	TSSB		Toplam Sayı (%)	p
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)		
Cinsiyet				
E	6 (12.8)	41 (87.2)	47	0.2
K	13 (24.5)	40 (75.5)	53	
Yaş Grubu				
20-39	2 (13.3)	13 (86.7)	15	0.2
41-59	11 (21.6)	40 (78.4)	51	
60 Yaş Üzeri	6 (17.6)	28 (82.4)	34	
Medenî Durum				
Evli	17 (18.7)	74 (81.3)	91	0.7
Bekâr veya Dul	2 (22.2)	7 (77.8)	9	
Eğitim Düzeyi				
Yok	4 (23.5)	13 (76.5)	17	0.7
İlk	8 (17.8)	37 (82.2)	45	
Ortaokul ve Üzeri	7 (18.4)	31 (81.6)	38	
Meslek				
Ev Hanımı	9 (22)	32 (78)	41	0.8
Memur	4 (33.3)	8 (66.7)	12	
Serbest	3 (11.5)	23 (88.5)	26	
Emekli	1 (10)	9 (90)	10	
İşçi	2 (18.2)	9 (81.8)	11	
Sosyal Destek				
Var	18 (23.4)	77 (76.6)	95	1.0
Yok	1 (20)	4 (80)	5	
Yerleşim Yeri				
Köy	3 (21.4)	11 (78.6)	14	0.2
Kasaba	1 (9.1)	10 (90.9)	11	
Kent	15 (20)	60 (80)	75	
Çocuk Sâhibi Olma				
Var	17 (19.1)	72 (80.9)	89	1.0
Yok	2 (18.2)	9 (81.8)	11	

Tablo 2: TSSB'si Olan ve Olmayan Hastaların Tedavi Şekli, Tanı Süresi, Metastaz Varlığı ve Ek Sistemik Hastalık Varlığı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Değişkenler	TSSB		Toplam Sayı (%)	p
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)		
Tedavi Şekli				
Kemoterapi	18 (25.7)	52 (74.3)	70	0,02 0,3
Alan	9 (16.1)	47 (83.9)	56	
Almayan	1 (3.3)	29 (96.7)	30	
Operasyon	10 (22.7)	34 (77.3)	44	
Olan				
Olmayan				
Tanı Süresi (Yıl)				
1 Yıl	7 (15.6)	38 (84.4)	45	0,6
2 Yıl ve Üzeri	12 (21.8)	43 (78.2)	55	
Metastaz				
Var	3 (27.3)	8 (77.7)	11	0,4
Yok	16 (18)	73 (82)	89	
Ek Sistemik Hastalık				
Var	0 (0.0)	6 (100)	6	0,6
Yok	19 (25.7)	75 (74.3)	74	

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş olduğundan biz bu çalışmada Stresle İlişkili Gelişme Ölçeği'ni kullanmayı tercih ettik. Bu ölçek 50 itemden oluşan 3'lü likert tipi bir ölçek olup, her iteme verilen yanıt 1-3 arasında puanlanır (1 = "Bana hiç uymuyor"; 2 = "Biraz uyuyor"; 3 = "Bana çok uyuyor"). Yanıtlayanın son bir yıl içinde veya başka spesifik bir zaman diliminde yaşadığı en olumsuz olayı temel alan ölçeğin itemleri, bireyin sosyal ilişkilerindeki, hayat felsefesini de kapsayan kişisel kaynaklarındaki ve bağış verme becerilerindeki olumlu değişiklikleri yansıtır.

Veriler "SPSS (Statistical Package for Social Science) 11.5 for Windows Version" programında analiz edildi. Verilerin istatistiksel analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher kesin ki-kare testi kullanıldı. Ruhsal gelişme puanı ortalamaların karşılaştırılmasında verilerin "normâl dağılıma uygunluk" testleri yapıldıktan sonra Kruskal-Wallis varyans analizi ve Student-t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

SONUÇLAR

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çalışmaya toplam 100 kanser hastası alındı. Bunların 47'sini erkekler, 53'ünü kadınlar oluşturuyordu. Çalışmaya alınan tüm hastaların %19'unda TSSB saptandı. TSSB görülme sıklığı kanseri olan kadın hastalarda %24.5, erkek hastalarda %12.8 olarak belirlendi. Ancak, bu fark

anlamli değildi. Buna ek olarak, araştırmaya katılan hasta grubunda TSSB görülme sıklığı ile yaş, medenî durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yerleşim yeri ve çocuk sahibi olma gibi bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$) Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TSSB görülme sıklığı arasındaki ilişki Tablo 1'de gösterilmiştir. Diğer taraftan, TSSB görülme sıklığı kemoterapi gören hastalarda, almayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptandı ($p < 0.05$). TSSB görülme sıklığı ile tedavi şekli, tanı süresi, metastaz mevcudiyeti ve ek sistemik hastalık mevcudiyeti arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 2). Ayrıca, TSSB'nin yeniden yaşantılanma belirtilerinden zorlayıcı düşünceler, tanının ilk konduğu ânı yeniden yaşıyormuş gibi hissetme, tanı ve tanıyla ilişkili durumlarla karşılaşıldığında fiziksel olarak rahatsızlık hissetme belirtilerinin sıklığı kadınlarda erkeklere kıyasla belirgin olarak yüksek bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 3). Kaçınma ve küntleşme belirtilerinden, tanı ve hemen sonrasındaki dönemin önemli bir bölümünü anımsayamama (psikojenik amnezi) kadınlarda daha sık saptanan bir belirtiydi ($p = 0,045$) (Tablo 4). TSSB'nin aşırı uyarılmışlık belirtilerinden uyku bozukluğunun görülme sıklığı kadın hastalarda erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p = 0,021$) (Tablo 5). Çalışmaya alınan hastalarda ölüm düşüncesi sorgulandığında hastaların %11'inde intihar düşüncesinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu belirlendi ($p = 0.000$). İstatistiksel açıdan anlamlı olmakla beraber, metastatik tümörü olan hastalarda ölüm düşüncesinin daha yüksek oranda olduğu belirlendi (%27; $p > 0.05$). Nitekim ölüm düşüncelerinin varlığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Ruhsal Gelişme

Çalışmaya alınan hastaların ortalama ruhsal gelişme puanı 124.1 ± 22.8 olarak belirlendi. Hastaların cinsiyetleri ve yaşları ile ruhsal gelişme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 6). Çalışmaya alınan hastalara ruhsal gelişme belirtileri ile ilgili sorular yöneltildiğinde, "Allah'a inancım arttı ($p = 0.004$)" ve "dünyada bir etki bırakmak istiyorum ($p = 0.021$)" yanıtlarının kadın hastalarda erkeklere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazla olduğu

Tablo 3: TSSB'nin Yeniden Yaşantılanma Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

TSSB'nin Yeniden Yaşantılanma Belirtileri	Kadın	Erkek	Toplam	p
Tekrar Anımsama				
Var	31	10	41	0,000
Yok	17	33	50	
Şüpheli	5	4	9	
Rüya Görme				
Var	8	3	11	>0,05
Yok	44	44	88	
Şüpheli	1	0	1	
Yeniden Oluyormuş Gibi Hissetme				
Var	15	5	20	0,047
Yok	35	41	76	
Şüpheli	3	1	4	
Anımsadığında Sıkıntı Duyma				
Var	19	8	27	0,06
Yok	33	39	72	
Şüpheli	1	0	1	
Anımsadığında Fizyolojik Tepki Gösterme				
Var	21	6	27	0,003
Yok	32	41	73	
Şüpheli	0	0	100	
Yeniden Yaşantılanma				
Var	35	17	52	0,009
Yok	18	29	47	
Şüpheli	0	1	100	

belirlendi. Diğer ruhsal gelişme itemleri ile cinsiyetler arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 7).

TARTIŞMA

DSM-IV'ün travma ölçütlerinin kanser gibi hayatı ve beden bütünlüğünü tehdit eden hastalıkları da kapsayacak biçimde genişletilmesini takiben, kanser hastalarında TSSB sıklığını araştıran bir takım çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, 1994 yılında DSM-IV-TR tanı ölçütlerini kullanarak yaptıkları bir çalışmada Pelcovitz ve arkadaşları (1998), kanser hastası olan ergenlerde TSSB'nin çalışmanın yapıldığı dönemdeki yaygınlığını %17, yaşam boyu yaygınlığını ise %35 olarak saptamışlardır. Alter ve arkadaşları (1996), SCID-I ile yaptıkları çalışmalarında, tüm kanser hastalarında TSSB yaygınlığını çalışmanın yapıldığı dönemde %4 ve yaşam boyu %22 olarak bildirmişlerdir. Kanserli olan topluluklarda TSSB'nin yaygınlığı bir

Tablo 4: TSSB'nin Kaçınma-Küntleşme Belirtilerinin Sıklığı ve Cinsiyete Göre Dağılımı

TSSB'nin Kaçınma-Küntleşme Belirtileri	Kadın	Erkek	Toplam	p
Düşünce ve Duygulardan Kaçınma				
Var	13	13	26	>0,05
Yok	38	33	71	
Şüpheli	1	1	2	
Yer ve Kişilerden Kaçınma				
Var	12	14	26	>0,05
Yok	40	33	73	
Şüpheli	1	0	1	
Travmayı Anımsayamama				
Var	18	9	27	0,045
Yok	31	27	58	
Şüpheli	4	11	15	
İlginin Azalması				
Var	22	14	36	>0,05
Yok	30	32	62	
Şüpheli	1	1	2	
İnsanlardan Uzaklaşma				
Var	12	4	16	>0,05
Yok	38	39	77	
Şüpheli	3	4	7	
Duygulanımda Kısıtlılık				
Var	11	8	19	>0,05
Yok	38	39	78	
Şüpheli	3	0	3	
Bir Geleceğim Kalmadı				
Var	14	16	30	>0,05
Yok	35	30	65	
Şüpheli	4	1	5	

çalışmada %1.9 (Green ve ark. 1998), bir diğerinde ise %12 (Tjemsland ve ark. 1998) olarak bildirilmiştir. Gurevich ve arkadaşları (2002) kanser hastalarının %50'sinden fazlasında TSSB belirtilerinin ortaya çıktığını iddia etmişlerdir. Bir başka çalışmada ise tedavi altındaki meme kanseri olan hastalarda SCID-I ile saptanan TSSB sıklığı %2.4 olarak bildirilmiştir (Mehnert ve Koch 2006). Yakın dönemde yapılan bir diğer çalışmada yeni tanı konmuş meme kanseri olan hastalarda TSSB oranı %10 olarak saptanmıştır (Hegel ve ark. 2006). Yapılan çalışmada değerlendirilen hastaların %19'u SCID-I'in DSM-IV TSSB tanı ölçütlerini karşılamaktaydı.

Kessler ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada, TSSB sıklığının evli olanlara kıyasla dul ve bekâr

Tablo 5: TSSB'nin Aşırı Uyarılmışlık Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

TSSB'nin Aşırı Uyarılmışlık Belirtileri	Kadın	Erkek	Toplam	p
Aşırı Uyarılmışlık				
Var	28	19	47	>0,05
Yok	25	27	52	
Şüpheli	0	1	1	
Uyku Bozukluğu				
Var	29	13	42	0,021
Yok	20	30	50	
Şüpheli	4	4	8	
İrritabilite				
Var	22	21	43	>0,05
Yok	28	23	51	
Şüpheli	3	3	6	
Dikkat Yoğunlaştırmada Zorluk				
Var	20	16	36	>0,05
Yok	32	29	61	
Şüpheli	1	2	3	
Tetikte Olma				
Var	14	5	19	>0,05
Yok	36	40	76	
Şüpheli	3	2	5	
İrkilme Tepkisi				
Var	14	4	18	>0,05
Yok	38	42	80	
Şüpheli	1	1	2	

Tablo 6: Hastaların Cinsiyet ve Yaşları İle Ruhsal Gelişme Puanı Arasındaki İlişki

Özellik	Sayı	ort ± sd	p
Cinsiyet			
Erkek	47	119.3±3.8	0,052
Kadın	53	129.0±2.6	
Yaş Grubu			
20-39	15	117.4±23.5	0,1
40-59	51	128.0±20.1	
60 ve Üstü	34	121.1±22.8	

olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da evli olanlarda TSSB sıklığı %17 iken bekâr veya dul olanlarda %22.2 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamsız olmasına karşın literatürle uyumluydu.

Tedavi sürecinde ortaya çıkan umutsuzluk ve kontrol kaybı gibi olumsuz duygular tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan hoş olmayan fiziksel yan etkiler nedeniyle (kemoterapiyle ilgili bulantı, kusma, saç dökülmesi, nöropatik ağrı gibi) daha da artabilir (Watson ve ark. 1998). Ke-

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Yeni İlişkiler Geliştirdim			
1- Bana Hiç Uymuyor	15	11	>0,05
2- Biraz Uyuyor	8	9	
3- Bana Çok Uyuyor	30	27	
Yeni Bilgiler Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	7	10	>0,05
2- Biraz Uyuyor	17	10	
3- Bana Çok Uyuyor	29	27	
Daha Güçlü Olduğumu Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	6	7	>0,05
2- Biraz Uyuyor	9	11	
3- Bana Çok Uyuyor	38	29	
Daha Kabul Edici Oldum			
1- Bana Hiç Uymuyor	10	12	>0,05
2- Biraz uyuyor	13	17	
3- Bana Çok Uyuyor	30	18	
Verebileceğim Çok Şeyim Var			
1- Bana Hiç Uymuyor	7	11	>0,05
2- Biraz Uyuyor	16	11	
3- Bana Çok Uyuyor	30	25	
Düşüncelere Saygıyı Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	9	8	>0,05
2- Biraz uyuyor	7	11	
3- Bana Çok Uyuyor	37	28	
Daha İyi Olmayı Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	9	10	>0,05
2- Biraz Uyuyor	6	9	
3- Bana Çok Uyuyor	38	28	
Nasıl Yaşamak İstedığimi Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	9	14	>0,05
2- Biraz uyuyor	7	11	
3- Bana Çok Uyuyor	37	22	

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı-Devamı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Çok Şey Başarmak İstiyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	5 6 42	12 15 20	>0,05
Hayatım Daha Anlamlı Hâle Geldi 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	10 14 29	14 12 21	>0,05
Olaylara Daha Olumlu Bakıyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 8 41	5 16 26	>0,05
Duygularımı Daha İyi İfade Ediyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	12 12 29	10 14 23	>0,05
Her Şeyin Bir Nedeni Olduğu Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	2 8 43	4 10 33	>0,05
Allah'a İncancım Arttı 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	3 1 49	11 5 31	0,004
Günlük Sıkıntıları Önemsemiyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	5 8 40	9 11 27	>0,05
Sorumluluk Almayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	8 14 31	10 9 28	>0,05

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı-Devamı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Bugün İçin Yaşamayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 8 41	6 9 32	>0,05
Hiçbirşeyi Garanti Görmüyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	8 12 33	10 11 26	>0,05
Allah'a Güvenim Gelişti 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	1 6 46	7 7 33	>0,05
Karar Vermede Özgürüm 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	9 10 34	7 17 23	>0,05
Başkalarına Hayatı Öğretebilirim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 10 39	6 11 30	>0,05
Allah'ın İzin Vermesinin Nedenini Anladım 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 6 43	8 7 32	>0,05
Zor Yaşamı Olanlara Saygı Duyuyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	2 5 46	6 4 37	>0,05
Hemen Pes Etmemeyi Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	5 15 33	9 6 32	>0,05

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı-Devamı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Daha Fazla Düşünüyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	7 14 32	5 14 28	>0,05
Daha Az Kızmayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	9 14 30	10 15 22	>0,05
Daha İyimser Olmayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	3 10 40	8 11 28	>0,05
Hayata Daha Sâkin Bakıyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 12 37	7 13 27	>0,05
Kendim Gibi Olmayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 6 43	6 12 29	>0,05
Mükemmel Olmadan da Kendimi Kabûl Etmeyi Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	6 9 38	11 13 23	>0,05
Hayatı Daha Ciddi Alıyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	5 10 38	9 12 26	>0,05
Problemleri Çözmeye Çalışıyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz uyuyor 3- Bana çok Uyuyor	6 12 35	8 11 28	>0,05

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı-Devamı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Hayattan Daha Fazla Anlam Çıkarmayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	4 11 38	9 9 29	>0,05
Hedeflerimi Daha İyileriyle Değiştirdim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	8 18 27	17 11 19	>0,05
Başkalarına Nasıl Ulaşıp Yardım Edebileceğimi Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	6 8 39	10 14 23	>0,05
Kendime Güvenim Arttı 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	7 9 37	7 12 28	>0,05
Sağlığımın Garantisi Yok 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	9 10 34	8 8 31	>0,05
Dikkatli Dinlemeyi Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	8 12 33	11 11 25	>0,05
Yeni Bilgilere Açık Olmayı Öğrendim 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	7 11 35	7 14 26	>0,05
Anne Babamı Daha İyi Anlıyorum 1- Bana Hiç Uymuyor 2- Biraz Uyuyor 3- Bana Çok Uyuyor	7 5 41	7 6 34	>0,05

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı-Devamı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Daha Dürüst İletişim Kuruyorum			
1- Bana Hiç Uymuyor	7	8	>0,05
2- Biraz Uyuyor	9	14	
3- Bana Çok Uyuyor	37	25	
Belirsizlikle Başa Çıkma Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	5	10	>0,05
2- Biraz Uyuyor	19	15	
3- Bana Çok Uyuyor	29	22	
Dünyada Etki Bırakmak İstiyorum			
1- Bana Hiç Uymuyor	9	19	0,021
2- Biraz Uyuyor	16	7	
3- Bana Çok Uyuyor	28	21	
Başkalarından Yardım İsteyebiliyorum			
1- Bana Hiç Uymuyor	5	9	>0,05
2- Biraz Uyuyor	8	10	
3- Bana Çok Uyuyor	40	28	
Üzüldüğüm Şeylerin Üzülmeye Değmediğini Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	1	9	>0,05
2- Biraz Uyuyor	5	8	
3- Bana Çok Uyuyor	47	30	
Haklarımı Savunmayı Öğrendim			
1- Bana Hiç Uymuyor	7	8	>0,05
2- Biraz Uyuyor	10	10	
3- Bana Çok Uyuyor	36	29	
İlişkilerim Daha Anlamlı Hâle Geldi			
1- Bana Hiç Uymuyor	10	10	>0,05
2- Biraz Uyuyor	12	14	
3- Bana Çok Uyuyor	31	23	
Anne Babamı İnsan Olarak Görüyorum			
1- Bana Hiç Uymuyor	9	10	>0,05
2- Biraz Uyuyor	5	8	
3- Bana Çok Uyuyor	39	29	

Tablo 7: Ruhsal Gelişme Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı-Devamı

Ruhsal Gelişme	Kadın	Erkek	p
Bana Değer Verildiğini Anladım			
1- Bana Hiç Uymuyor	8	5	>0,05
2- Biraz Uyuyor	3	7	
3- Bana Çok Uyuyor	42	35	
Bir Gruba Âidim			
1- Bana Hiç Uymuyor	8	7	>0,05
2- Biraz Uyuyor	11	8	
3- Bana Çok Uyuyor	34	32	

moterapi aynı zamanda yaşanan travmayı tekrar hatırlatıcı bir durumdur. Bu da travmatik strese ilişkin sorunların sürmesini sağlayabilir. Çalışmada da kemoterapi gören hastalarda TSSB sıklığı %25.7 iken, görmeyenlerde %3.3 olarak saptanmıştır (p=0.02). Bu veriler kemoterapi ile yaşananların TSSB'nin sürmesinde ve tetiklenmesinde etkin olabileceği görüşünü destekler niteliktedir (Fox 1995, Watson ve ark. 1998, Gurevich ve ark. 2002). Bu nedenle, kemoterapi gören hastalara daha yoğun ve etkili psikolojik yaklaşımların uygulanması gerekmektedir.

Uykuya dalma, sürdürme ve erken uyanma gibi sorunların, kanser hastalarında en sık görülen uyku bozukluklarıdır. Ancak, kanseri olan hastalarda gözlenen uyku sorunları ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır (Graci 2005). Savard ve Morin (2001) kanseri olan hastalarda uykusuzluk ve uykusuzluğun kanserin psikolojik ve fiziksel sonuçları üzerindeki etkilerinin önemine dikkat çekmişlerdir. Bu çalışmaya katılan hastalarda uyku bozukluğunun yaygınlığı %50 ve kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda tesbit edilmiştir (p<0.05). Uykusuzluk özellikle meme kanseri olan hastalarda diğer kanser türlerine göre daha sık görülmektedir (Fiorentino ve Ancoli-Israel 2006). Bu çalışmada da uyku bozukluğu meme kanseri olanlarda %20, akciğer kanseri olanlarda %15 oranında görülmüş olup, diğer kanser türlerine göre daha yüksek oranda saptanmıştır.

Literatürde kanser gibi fiziksel bir hastalığı olan ve komorbid TSSB tanısı alan hastalarda intihar oranlarının toplumdan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Sareen ve ark. 2007). Örneğin bir çalışmada kanser hastalarının %17.2'sinin intihar girişiminde bulunduğu, %46'sının ise intiharı plânladığı tespit edilmiştir (Greer 1983). Çalışmaya katılan hastaların %11'inde intihar düşüncesinde anlamlı artış saptanmıştır (p=0,000). Literatürde hastaların

yaşı ile ölüm düşünceleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Genç hastalarda ölüm korkusunun yaşlı hastalara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kastenbaum 1992). Bu durum genç hastaların hayat beklentilerinin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada, literatüre benzer şekilde ölüm düşüncesi 20-40 yaş grubu arasında %5, 40 yaş üstünde %15.5 olarak bulunmuştur ($p>0.05$). Ölüm düşünceleri açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Literatürde kemoradyoterapi alırken metastaz saptanan hastalarda ölüm düşüncelerinin artmadığı bildirilmektedir (Sareen ve ark 2007). Çalışmamızda literatürden farklı olarak, istatistiksel açıdan anlamlı olmamasına karşın metastatik tümörü olan hastalarda ölüm düşüncesini daha yüksek oranda saptadık (tümünde %11, metastatiklerde %27; $p>0.05$). İntihar düşüncesinde artış olmasına karşın intihar girişimi hiç yoktu. Bu durum, Türk toplumunda halkın büyük çoğunluğunun dindar bir kimliğinin olması, intiharın dinin şiddetle yasakladığı bir kural olarak bilinmesi ve inançlı olmanın hastaların isteseler bile bu düşünceleri gerçekleştirmelerine engel olması ile ilişkilendirildi.

Çalışmaya alınan hastaların ruhsal gelişme belirtilerinin içerisinde yer alan "Allah'a inancım arttı" maddesine hastaların %80'i "bana çok uyuyor" şeklinde yanıt vermişlerdir. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde değişik kanser türlerindeki hastaların %65-90'ı dinin kendileri için önemli olduğunu, kanser tanısı konulduktan sonra dinî inançlarının arttığını ve daha çok dua ettiklerini bildirmişlerdir (Feher ve Maly 1999, Roberts ve ark. 1997, Karancı ve ark. 1999). Literatürde maneviyatın son dönem kanser hastalarında ümitsizliğe düşmeyi engellediği belirtilmiştir (McClain ve ark. 2003). Brady ve arkadaşları (1999), kanser hastalarında maneviyatın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır.

Kadınların, erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde ruhsal gelişme göstermeye eğilimli oldukları iddia edilmektedir, nitekim bu konudaki bilimsel kanıtlar hâlâ net değildir (Park ve ark. 1996, Tedeschi ve Calhoun 1996, Weiss 2002). Yapılan bir araştırmada meme kanseri olan kadınlar kocalarıyla karşılaştırılmış, kadınların daha fazla ruhsal gelişme gösterdikleri belirlenmiştir (Weiss 2002). Ne var ki, evlât kaybı yaşayan ebeveynlerin ruhsal gelişme düzeyleri arasında farklılık bulunamamıştır (Polatinsky ve Esprey 2000). Bizim çalışmamızda ise cinsiyetle ruhsal gelişme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, bu durum çalışmaya alınan hasta sayısının yeterli olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Belirli bir gelişimsel olgunluk düzeyine ulaşıldığında, gençlerin daha fazla ruhsal gelişme gösterdiği bildiril-

miştir (Linley ve Joseph 2004). Yaşlı insanlar, kendi ölümlerinin yakınlığı konusunda daha fazla kaygılı olmaları nedeniyle daha az ruhsal gelişme gösteriyor olabilirler. Kronik hastalıkla yaşama süresinin daha uzun olduğunun algılanması, genç insanları hastalıklarına adapte olmaya çalışırken daha fazla kazanç bulmaya teşvik edebilir. Bizim çalışmamızda ruhsal gelişme ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Nitekim bu konudaki literatür gözden geçirildiğinde yaşı ruhsal gelişme üzerindeki etkilerinin net olmadığı görülmüştür (Davis ve ark. 1998, Polatinsky ve Esprey 2000, Evers ve ark. 2001).

Örneklem büyüklüğünün kısıtlı olması, kontrol grubunun olmaması ve yalnızca kesitsel sonuçların bildirilmesi gibi kısıtlılıklarına rağmen çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular kanser hastalarında TSSB gelişimi ve ruhsal gelişme konusundaki literatüre katkıda bulunabilir. Kanser hastalarının tıbbi tedavinin yanında psikososyal desteğe de ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır. Hekimlerin kanser hastalarında ortaya çıkabilecek TSSB gibi psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve bunun hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gereklidir.

KAYNAKLAR

- Alter CL, Pelcovitz D, Axelrod A, Goldenberg B, Harris H, Meyers B, et al. (1996) Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*; 37: 137-143.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Berard RM (2001) Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry*; 8: 58-61.
- Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D (1999) A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*; 8: 417-428.
- Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J (1998) Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol*; 75: 561-574.
- Evers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW (2001) Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol*; 69: 1026-1036.
- Feher S, Maly RC (1999) Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*; 8: 408-416.
- Fiorentino L, Ancoli-Israel S (2006) Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Med Rev*; 10: 419-429.
- Fox BH (1995) The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology (Williston Park)*; 9: 245-253.
- Graci G (2005) Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *J Support Oncol*; 3: 349-359.
- Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, Epstein SA, Stockton P, Stern NM et al. (1998) Prevalence of posttraumatic stress di-

- sorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*; 39: 102-111.
- Greer S (1983) Cancer and the mind. *Br J Psychiatry*; 143: 535-543.
- Gurevich M, Devins GM, Rodin GM (2002) Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*; 43: 259-281.
- Güneş H (2001) Gender differences in distress, coping strategies, stress related growth and factors associated with psychological distress and perceived growth following the 1999 Marmara Earthquake. Doktora Tezi, Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, et al (2006) Distress, psychiatric syndromes and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*; 107: 2924-2931.
- Karanci NA, Alkan N, Aksit B, Sucuoglu H, Balta E (1999) Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) Earthquake. *N Am J Psychol*; 1: 189-204.
- Kastenbaum RJ (1992) *The Psychology of Death*. 2nd Edition, New York: Springer.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 52: 1048-1060.
- Lepore SJ, Coyne JC (2006) Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann Behav Med*; 32: 85-92.
- Linley PA, Joseph S (2004) Positive change following trauma and adversity: a review. *J Trauma Stres*; 17: 11-21.
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W (2003) Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet*; 361: 1603-1607.
- Mehnert A, Koch U (2007) Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*; 16: 181-188.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, ve ark. (1999) DSM-IV ek-sen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç Tedavi Dergisi*; 12: 233-236.
- Park CL, Cohen LW, Murch RL (1996) Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers*; 64: 71-105.
- Pelcovitz D, Libov BG, Mandel F, Kaplan S, Weinblatt M, Septimus A (1998) Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *J Trauma Stres*; 11: 205-221.
- Polatinsky S, Esprey Y (2000) An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *J Trauma Stres*; 13: 709-718.
- Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB (1997) Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol*; 176: 166-172.
- Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ (2007) Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med*; 69: 242-248.
- Savard J, Morin CM (2001) Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol*; 19: 895-908.
- Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D (1999) Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*; 8: 521-537.
- Tedeschi RG, Calhoun LG (1996) The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 455-471.
- Tedstone JE, Tarrier N (2003) Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23: 409-448.
- Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF (1998) Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Res Treat*, 47: 141-151.
- Watson M, Meyer L, Thomson A ve ark. (1998) Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy. *Eur J Cancer*, 34: 831-837.
- Weiss T (2002) Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: an intersubjective validation study. *J Psychosocial Oncology*, 20: 65-80..