ÖZGÜN ARAŞTIRMA / ORIGINAL ARTICLE

DOI: 10.4274/tjcamh.galenos.2019.2018.07.016

Turk J Child Adolesc Ment Health 2019;26(2):81-8

Kanser Tanısı Alan Ergenlerde Hastalık Algısı ve Duygu Durumunun İncelenmesi

An Investigation of Illness Perception and Emotional Status in Newly Cancer-diagnosed Adolescents

Arzu Çırpan Kantarcıoğlu[1,2], Metin Demirkaya[2], Betül Berrin Sevinir[2]

[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye
[2]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Onkoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kanser tanısı alan ergenlerin hastalık algılarını ve depresyon, anksiyete ile olası ilişkisini incelemek ve hasta görüşmelerine yeni içerik önerileri getirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya, en fazla 1 ay önce kanser tanısı almış, yaşları 14-18 arasında değişen 40 ergen (%55'i kız) katılmıştır. Ergenlerin %40'ı lenfoma, %25'i sarkoma, %15'i santral sinir sistemi (SSS) tümörü ve %20'si diğer kanser tanılarını almışlardır. Çalışmanın verileri, hastalık algısı ölçeği, Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri ile elde edilmiştir. Cinsiyet ve kanser tipi bağımsız değişkenler olarak alınmıştır.

Bulgular: Yeni tanı alan ergenlerin en sık bildirdikleri belirtilerin ağrı, yorgunluk ve güç kaybı olduğu bulunmuştur. Hastalıkları üzerinde kontrollerinin olmadığına en çok inanan grubun SSS tümörü tanısı alanlar olduğu, lenfoma ve sarkoma tanıları alan grupların depresyon puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Kanser tanısı alan ergenlerin hastalık ve tedaviyle ilgili olumsuz inançlarının olup olmadığı görüşmelerde tartışılmalı ve eğer tespit edilirse daha olumlu olan bilişsel içerikle değiştirilmelidir. Ağrı gibi sıkıntı verici belirtilerin mümkün olduğunca azaltılacağı bildirilmelidir. Son olarak, tedavi boyunca depresyon, anksiyete gibi duygu durumları kontrol edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, kanser tanısı alan ergenler, depresyon, anksiyete

ABSTRACT

Objectives: The aim of the current study was to investigate the illness perception among adolescent cancer patients and to research its possible relationship with depression and anxiety. It was also aimed to make some proposals that would contribute to the content of the interview with the newly cancer-diagnosed adolescents.

Materials and Methods: Forty adolescents (55% female) between the ages of 14 and 18 years, who were newly diagnosed with cancer [40% lymphomas, 25% sarcomas, 15% central nervous system (CNS) tumors, and 20% other cancer] were enrolled to the study. Illness perception, Beck depression and Beck anxiety scales were used to collect data. Gender and type of cancer were examined as independent variables.

Results: It was found that the most common symptoms that were reported by newly diagnosed adolescents were pain, fatigue and power loss. According to cancer type groups, CNS tumor group significantly did not believe that they had personal control upon their illness. Depression scores of lymphoma and sarcoma groups were significantly higher than those of other tumor groups.

Conclusion: The interview with the newly diagnosed adolescents should contain their illness perception characteristics. If some negative illness perceptions are detected, they should be replaced mentally with more accurate/positive ones. Adolescent should be said that everything would be done to reduce the symptoms such as pain. And emotional status of adolescents should be checked throughout the treatment.

Keywords: Illness perception, cancer-diagnosed adolescents, depression, anxiety

Giriş

Hastaların tanılarını kabul etmeleri, tedavide üzerine düşenleri yerine getirmeleri ve tedavi ekibiyle güven ilişkisi içinde olmaları tedavi uyumlarının yüksek olduğunu gösterir. Tedavi uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri de hastalık algısı olarak kavramlaştırılmıştır. Hastalık algısı, hastalık ve belirtilerini anlayıp bunlarla baş edebilmek için kullanılan zihinsel temsillerden oluşur.[1] Bu zihinsel temsiller, somut ve soyut bilgi kaynaklarına dayanarak yaratılırlar ve hastalık algısının üç temel bilgi kaynağı olduğu ileri sürülmektedir.[2]

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Arzu Çırpan Kantarcıoğlu, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye
Tel.: +90 224 295 05 63 **E-posta:** arzukant@uludag.edu.tr **ORCID:** orcid.org/0000-0002-3425-7360
Geliş Tarihi/Received: 18.09.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 04.02.2019

©Telif Hakkı 2019 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

Hastalık algısını oluşturan zihinsel temsillerin ilk kaynağı, bireylerin sosyal ortamlarda edindiği o hastalıkla ilgili kültürel bilgilerdir. Diğer bir kaynak ise ebeveynler ya da otorite figürleri gibi önemli kişilerden edinilen bilgilere dayanır. Bireyin hastalıkla ilgili kendisinin deneyimlediği yaşantılar da hastalık algısının son kaynağı olarak ileri sürülmektedir.[3]

Bu kaynaklardan gelen bilgiler hastalık algısının zihinsel içeriğini oluşturur. Bu içerik çeşitli alt boyutlarla tanımlanmıştır. Hastalık algısının ilk boyutu nedendir (cause) ve hastalığın nedeni, ne olarak görüldüğü ile ilgilidir. Biyolojik nedenler (örneğin; virüsler), duygusal nedenler (örneğin; stres), çevresel nedenler (örneğin; hava kirliliği) ve psikolojik nedenler olarak (örneğin; karakter özellikleri) dört alt boyutu bulunur.[4] Hastalık algısının diğer boyutları ise şu şekilde tanımlanabilir; sonuçlar algısı (consequences) hastalığın yaşam kalitesini ve bireyin fonksiyonlarını nasıl etkileyeceğine dair bilgilerden, hastalığı anlayabilme (coherence) boyutu ise hastalık ve belirtilerine dair bilgilerden oluşur. Süre algısı (timeline) hastalığın geçici mi kronik mi olarak görülmesiyle ilgilidir. Kişisel kontrol (personal control) ve tedavi kontrolü (treatment control) boyutları, bireyin ve tedavinin hastalık üzerinde bir etkisi ya da gücü olup olmadığına dair bilgilerden oluşur. Hastalık algısının son boyutu ise duygusal temsillerdir (emotional representation) ve hastanın hasta olmaktan duygusal olarak ne kadar etkileneceğini düşünmesiyle ilgilidir.[5,6]

Kronik ya da ciddi bir hastalığı olan yetişkinlerde hastalık algısını değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, diyabet hastaları,[7] hemodiyaliz hastaları,[8] kanser hastaları[9] ve astım hastaları[10] hastalıklarını kronik olarak görüyorlarsa, hastalıkla ilgili kişisel kontrollerinin olmadığını düşündükleri ve depresyon, anksiyete gibi duygudurum problemleri yaşıyorlarsa, hastalık algılarının olumsuz olduğu gözlenmiştir.

Kanser tedavisi gören hastalarda hastalık algısını değerlendiren bir çalışmada[5] hastaların hastalıklarının çok uzun süreli olacağına ve olumsuz sonuçlarla karşılaşacaklarına inandıkları gözlenmiştir. Hastalıklarının uzun süreli olacağına inanmanın, duygusal temsiller ve sonuçlar boyutlarının olumsuz olması ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür. Hastalık algısının olumsuz olmasıyla ileriki dönemde hastanın fonksiyonlarının daha fazla etkileneceği ve iyileşme süresinin uzayacağı da gösterilmiştir.[11,12]

Kanser tedavisi gören ergenlerle yapılan hastalık algısı konulu çalışmaya rastlanmamıştır. Ergenlik dönemi biyolojik, nöro-biyolojik, psikolojik ve fiziksel gibi birçok alanda dramatik değişimlerin görüldüğü, aynı zamanda ancak sosyal ortamda arkadaş ilişkilerine katılmak suretiyle ulaşılabilecek bazı gelişimsel hedefleri (örneğin; kimlik gelişimi ya da otonomi) içeren bir dönemdir. Kanser tedavisi boyunca ergenler, sık hastane ziyaretleri ya da uzun süreli yatışlar, agresif kanser tedavileri ve yan etkileri nedeniyle, okula devamsızlık yapmakta, sosyal etkinliklere katılamamakta ve ebeveynlerine daha bağımlı hale gelmektedirler. Bu durum otonomi kazanılmasını zorlaştırabilir.[13-16] Özellikle ebeveynlerin ya da ergenin tanı öncesi duygusal problemleri varsa ya da problem çözme becerileri sınırlıysa ergenler daha çok risk altındadır.[17]

Kanser ve tedavisine yönelik hastalık algısı, hastalıkla başa çıkma ve tedavinin zorluklarını göğüslemede etkili olmakta ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.[18]

Ergen bir hasta, kanser tanısını ve tedavisini tam olarak anlasa bile bu durumla sağlıklı bir şekilde başa çıkamayabilir ve duygu durum problemleri yaşayabilir. Kanser tedavisi gören ergenlerde depresyon ve anksiyetenin sıkça gözlendiğini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin düşük olduğunu gösteren[19] çalışmalar olmakla birlikte, duygudurumlarının normal olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.[20] Ancak depresyon ve anksiyetesi olan hastaların hastalık algılarının olumsuz olduğu gösterilmiştir.[8] Bununla birlikte bir çalışmada, diyabetik hastaların duygudurum problemleri varsa hastalığı ve prognozu anlamakta daha zorlandıkları ve hastalıklarıyla ilgili kişisel kontrollerinin olmadığını düşündükleri gözlenmiştir.[21,22]

Hastalık algısı zihinsel bir temsildir ve içeriği görüşmelerle değiştirilebilir.[21] Olumsuz hastalık algılarını hedefleyen görüşmelerin bu tür temsilleri değiştirerek, hastanın fonksiyonlarını da düzeltmesi beklenebilir. Dünyada genel olarak hasta ve hasta yakınları ile tanı görüşmeleri yapılmakla birlikte bu görüşme içeriğinden memnunsuzluk da gözlenmiştir.[23]

Sonuç olarak bu çalışmanın amacı, kanser tanısı alan ergenlerin hastalık algılarını ve depresyon, anksiyete ile olası ilişkisini incelemek ve hasta görüşmelerine yeni içerik önerileri getirmektir.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Bu çalışmanın verileri Uludağ Üniversitesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastanesi'nde toplanmıştır. Çalışmaya, yaşları 14-18 arasında olan (ortalama: 16,12±1,34; n=40, %55'i kız) ve en fazla 1 ay önce kanser tanısı almış ergenler dahil edilmiştir. Ergenlerin %40'ı lenfoma, %25'i sarkoma, %15'i santral sinir sistemi (SSS) kanserleri ve %20'si diğer kanser (nazofarenks kanseri, pons gliomu, over kanseri, karaciğer kanseri ve nöroendokrinal karsinoma) tanılarını almışlardır. Tüm katılımcılar tanı anına kadar örgün eğitime devam etmekteydiler (Tablo 1).

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Klinik Araştırmalar Komitesi tarafından Helsinki Bildirgesi'ne uygunluğuyla birlikte etik kurul onayı almıştır (Dosya no: 2017-19/50). Hem katılımcılar hem de ebeveynleri çalışmaya katılmak istediklerine dair onam formu doldurmuşlardır.

Ölçüm Araçları

Bu çalışmada, hastalık algısını değerlendirmek için hastalık algısı ölçeği, duygu durumu değerlendirmek için Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği kullanılmıştır.

Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık algısı ölçeği 3 alt ölçekten oluşmaktadır. İlk alt ölçek 7 hastalık algısı boyutunu değerlendirmektedir [süre (akut-kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller]. İkinci alt ölçek hastalığın nedenlerine dair zihinsel temsilleri

Tablo 1. Katılımcıların özellikleri

	n	Yüzde
Cinsiyet		
Kız	22	%55
Erkek	18	%45
Yaş		
14	4	%10
15	12	%30
16	8	%20
17	7	%17,5
18	9	%22,5
Tanı		
Lenfoma	16	%40
Sarkoma	10	%25
SSS tümörü	6	%15
Diğer tümörler (nazofarenks CA, pons gliomu, over CA, karaciğer CA, nöroendokrin karsinoma)	8	%20
Tanı anında ağrı varlığı		
Var	36	%90
Yok	4	%10
Tedaviden önce operasyon öyküsü		
Var	9	%22,5
Yok	21	%77,5
Tanı anında metastaz öyküsü		
Var	15	%37,5
Yok	25	%62,5

SSS: Santral sinir sistemi, CA: Kanser

değerlendirmek üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır [psikolojik atıflar (karakter özellikleri vb.), risk faktörleri (sigara kullanımı vb.), bağışıklık (virüsler vb.), kaza ya da kötü talih]. Ölçeğin son alt boyutu ise hastalıkla ilişkilendirilen belirtileri ve bu belirtilerin hastalıkla olan ilişkisini değerlendirir. İlk iki alt ölçek likert tipi ölçeklerdir ve 1-5 puan aralığında değerlendirilir. Bazı hastalık algısı boyutlarında toplam puanın düşük olması olumsuz [süre (akut-döngüsel), kişisel ve tedavi kontrolü], bazı boyutlarda ise olumlu yorumlanır (sonuçlar, hastalığın anlayabilme, duygusal temsiller, hastalığın belirtileri). Son alt ölçekte, tanı anında maddelenen hastalık belirtileri var ise ve bu belirtiler hastalıkla ilişkilendiriliyorsa 1 puan alır. Çalışmada kullanılan ölçeğin Türkçe uyarlaması Armay ve ark.[9] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,69-0,77 (Cronbach-Alfa) arasındadır.

Beck Depresyon Ölçeği

Hisli[24] tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, depresyona ilişkin bazı tutum ve belirtileri değerlendirmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her maddede bulunan 4 ifadeden biri işaretlenir. Alınabilecek en yüksek puan 84, en düşük puan 21'dir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,73 ile 0,92 arasında değişmektedir. Ülkemizde çeşitli araştırmalarda 14 yaşından büyük ergenlere uygulanan bir ölçektir.[24-26]

Beck Anksiyete Ölçeği

Ulusoy ve ark.[27] tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, anksiyeteye ilişkin bazı tutum ve belirtileri değerlendirmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her maddede bulunan 4 ifadeden biri işaretlenir. Alınabilecek en yüksek puan 84, en düşük puan 21'dir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,92 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise, 0,75'tir. Ülkemizde çeşitli araştırmalarda 14 yaşından büyük ergenlere uygulanan bir ölçektir.[28,29]

İşlem

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde en fazla 1 ay önce kanser tanısı almış ergenler, psikiyatrik tedavi görmedilerse, ışın tedavisi almamışlarsa çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Çalışmanın verileri katılımcılar eğer ayaktan tedaviye geldiler ise poliklinik odasında tek seferde toplanmıştır. Katılımcı eğer klinikte yatıyor ise odasında veriler yine tek seferde toplanmıştır (yatan hastalar; n=10, %25). Ölçekleri tek bir psikolog vermiş ve puanlamıştır. Ölçeklerin doldurulması 20-30 dk kadar sürmüştür.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlere geçilmeden önce, çalışmanın veri setinin Skewness ve Kurtosis testlerine göre normal dağılmadığı ve varyansların homojen olmadığı gözlenmiştir. Bu nedenle çalışmada parametrik olmayan analizler kullanılmıştır. Cinsiyet ve tanı grubu bağımsız değişken olarak alınmış ve hastalık algısı ile depresyon ve anksiyete ölçümleri bağımlı değişken kabul edilmiştir. Hastalık algısının cinsiyete ve tanı grubuna göre değişimlerini, hastalık algısı ve duygu durum ilişkisini gözlemek amacıyla Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Wilcoxon analizleri kullanılmıştır. Sonuçlar $p \leq 0,05$ ise anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmada, kanser tanısı alan ergenlerin, hastalık algıları ile depresyon ve anksiyeteyle olan ilişkisi incelenmiş ve bu değişkenlerin yaşa ve tanıya bağlı olarak olası değişimlerine de bakılmıştır. Bu bölümde öncelikle betimsel, daha sonra istatistiksel analiz sonuçları sunulacaktır.

Hastalık Algısı Ölçümlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Hastalık algısına dair yedi boyuttan alınan ölçümleri cinsiyet ve tanıya göre değerlendirdiğimizde, kız hastaların süre [(hastalık kronik olarak mı algılanıyor) (Erkek: ortalama=12,94, standart sapma (SS)=1,92; Kız: ortalama=13,45, SS=2,55)], kişisel (Erkek: ortalama=18,78, SS=3,62; Kız: ortalama=19,68, SS=4,42) ve tedavi kontrolü (Erkek: ortalama=24,22, SS=4,94; Kız: ortalama=26,00, SS=4,04) boyutlarında erkek hastalardan daha yüksek puan aldıkları (bu hastalık algısı boyutları için yüksek puan olumlu yorumlanır) gözlenmiştir. Erkek hastaların ise sonuç (Erkek: ortalama=16,66, SS=3,98; Kız: ortalama=17,40, SS=4,50), hastalığı anlama (Erkek: ortalama=13,22, SS=2,81; Kız: ortalama=14,33, SS=3,20), süre [(döngüsel; belirtiler geçici olarak mı algılanıyor) Erkek: ortalama=12,06, SS=1,95; Kız, ortalama=12,55, SS=3,22)] ve duygusal temsiller (Erkek: ortalama=16,33, SS=5,27; Kız: ortalama=17,81, SS=4,12) boyutlarında kız hastalardan daha düşük puan aldıkları (bu hastalık algısı boyutları için düşük puan olumlu yorumlanır) gözlenmiştir.

Hastalık algısı boyutları tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde; hastalığın uzun süreli olacağına dair süre (akut/kronik) boyutunda diğer tümörler grubu ve hastalıkları üzerinde kendilerinin ve tedavinin etkisine dair inançları içeren, kişisel ve tedavi kontrolü boyutunda SSS tümörleri grubu en düşük puanı (olumsuz yorumlanır) almıştır. Hastalıkla ilgili belirtilerin geçmesine dair inançları içeren süre (döngüsel) boyutunda lenfomalar, hastalığın anlaşılması boyutunda SSS tümörleri grubu, hastalığın sonuçları ve duygusal temsiller boyutunda sarkomalar en yüksek puanı (olumsuz yorumlanır) almışlardır (Şekil 1).

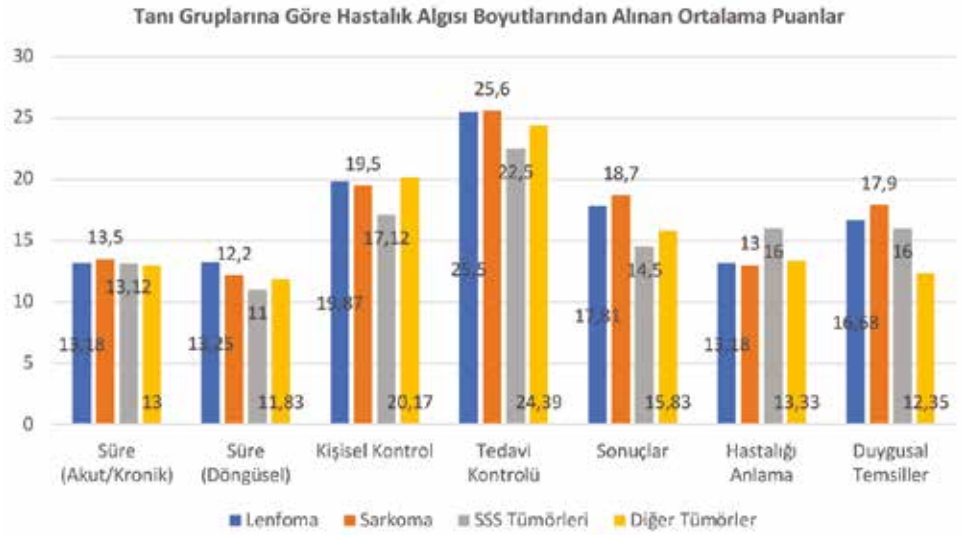
Hastalık algısı ölçümlerinden, hastalığın nedenlerine ilişkin atıfları cinsiyete göre değerlendirdiğimizde, erkek hastaların psikolojik atıflar ve risk faktörleri, kız hastaların ise bağışıklık ile kaza/kötü şans puanlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Şekil 2).

Sonuçlar tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde ise, psikolojik atıflar (ortalama=14,25; SS=5,51), risk faktörleri (ortalama=13,87; SS=6,36) ve kaza/kötü şans (ortalama=5; SS=2,58) puanları en yüksek grubun lenfomalar olduğu, bunun yanında bağışıklık (ortalama=4,37; SS=1,40) boyutundan en düşük puan alan grubun SSS tümörleri olduğu gözlenmiştir.

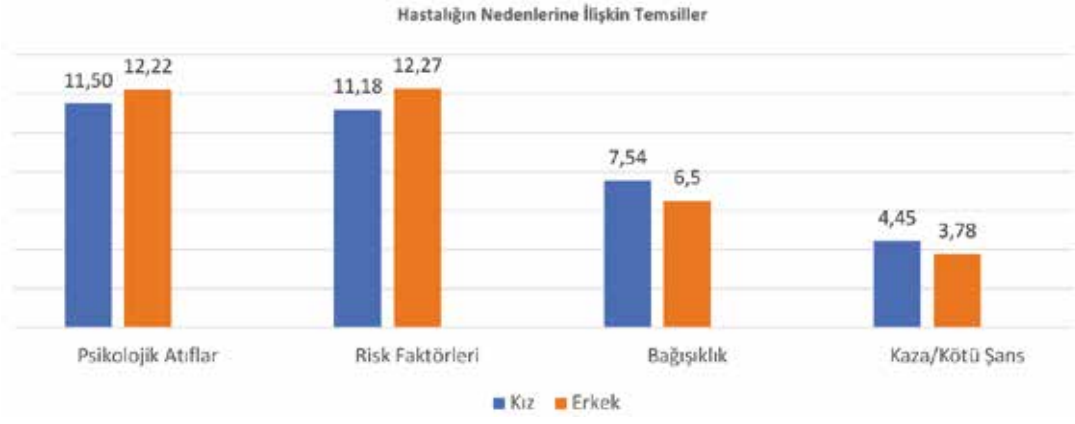
Son olarak, tanı anında hastalıkla ilişkilendirilen belirtilere ait ölçümler incelendiğinde; kız hastaların ağrı, boğazda yanma, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, hırıltılı soluma, gözlerde yanma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi ve güç kaybı belirtilerinden yüksek puan aldıkları, erkek hastaların ise bulantı ve uyku güçlüğü belirtilerinden yüksek puan aldıkları gözlenmiştir. Belirtiler kanser gruplarına göre incelendiğinde; lenfomalar bulantı, boğazda yanma ve baş ağrısı belirtilerinden, sarkomalar kilo ve güç kaybı belirtilerinden, SSS tümörleri ise baş ağrısı belirtilerinden diğerlerine göre yüksek puan almışlardır (Şekil 3).

Hastalık Algısı Depresyon ve Anksiyete Ait İstatistiksel Bulgular

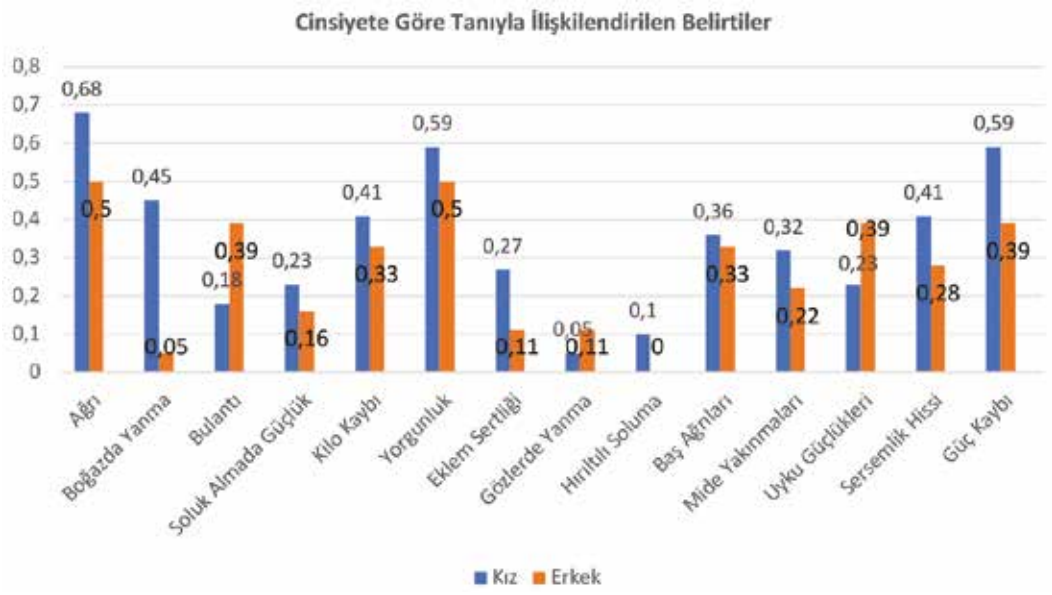
Hastalığın nedenlerine ilişkin atıflar boyutundan elde edilen puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (psikolojik atıflar, Z=-0,64, p=0,52;



Şekil 1. Tanı gruplarına göre hastalık algısı boyutlarından alınan ortalama puanlar
SSS: Santral sinir sistemi



Şekil 2. Cinsiyete göre hastalığın nedenlerine ait atıflar



Şekil 3. Cinsiyete göre tanıyla ilişkilendirilen belirtiler

risk faktörleri, Z=-1,35, p=0,17; bağışıklık, Z=-1,44, p=0,15 ve kaza/kötü şans, Z=-1,12; p=0,26). Kanser tanı gruplarına göre karşılaştırıldığında ise sadece bağışıklık atfı [χ^2 (3) =7,86; p≤0,05] ölçümlerinde bir fark gözlenmiştir. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında SSS tümörleri grubu ile lenfomalar (Z=-2,43; p≤0,05) ve sarkomalar (Z=-2,61; p≤0,05) arasında olduğu gözlenmiştir. Diğer bir deyişle, SSS tümörleri, lenfoma ve sarkoma tanı gruplarına göre bağışıklığı hastalığının nedeni olarak görmemektedirler.

Hastalık algısı boyutlarından elde edilen puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır [süre (akut/kronik) Z=-0,84; p=0,40; sonuçlar, Z=-0,26; p=0,80; kişisel kontrol, Z=-0,70; p=0,49; tedavi kontrolü, Z=-1,03; p=0,31; hastalığı anlama, Z=-1,00; p=0,32; süre (döngüsel), Z=-0,52; p=0,60 ve duygusal kontrol, Z=-1,10; p=0,28]. Kanser tanı gruplarına göre karşılaştırıldığında ise kişisel kontrol boyutunda [χ^2 (3)=8,67; p≤0,05] anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında SSS tümör grubu ile lenfomalar (Z=-2,25; p≤0,05), sarkomalar (Z=-2,42; p≤0,05) ve diğer tümörler (Z=-2,38; p≤0,05) arasında olduğu gözlenmiştir. SSS tümör grubu anlamlı olarak hastalığı üzerinde kişisel kontrolü olmadığına en çok inanan gruptur.

Tanı anında hastalıkla ilişkilendirilen belirtiler cinsiyete göre (Z=-1,07; p=0,28) ve kanser tanı gruplarına göre ([χ^2 (3)=1,61; p=0,66] karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Depresyon (Z=-0,19; p=0,85) ve anksiyete (Z=-0,72; p=0,47) ölçümleri cinsiyete göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kanser tanı gruplarına göre depresyon ölçümlerine bakıldığında ise diğer tümörler ile lenfoma (Z=-2,32; p≤0,05) ve sarkomalar (Z=-1,99; p≤0,05) arasında depresyon puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmiştir. Lenfomaların ve sarkomaların depresyon puanları anlamlı olarak diğer tümörler grubundan fazladır. Tümör grupları arasında anksiyete ölçümleri arasında ([χ^2 (3)=4,12; p=0,24] anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, kanser tanısı almış ergenlerin hastalık algılarını ve bu algıların depresyon ve anksiyeteyle olan ilişkisini incelemek ve olumsuz hastalık algılarını değiştirmeye yönelik görüşme içerikleri önermek olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, erkek hastalar *psikolojik nedenler* ve alkol, sigara gibi *risk faktörleri* alt boyutundan kızlardan daha fazla puan almışlardır. Kız hastalar ise virüsler gibi *bağışıklık* ve *kaza/kötü şans* gibi hastalık nedenleri boyutlarında daha fazla puan almışlardır. Kanser tanı gruplarına göre ise lenfoma tanısı alan hastaların diğer tanı gruplarına göre anlamlı olarak, *risk faktörleri* ve *kaza/kötü şansı* hastalıklarının nedeni olarak gördükleri bulunmuştur.

Hastalık algısı alt boyutları cinsiyet ve tanı gruplarına göre incelendiğinde ise, kız hastaların hastalıklarının kısa süreli olacağına (*süre*), hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olacaklarına (*kişisel kontrol*) ve tedavinin etkili olacağına (*tedavi kontrolü*) dair hastalık algısı boyutlarından yüksek puan aldıkları görülmüştür. Erkek hastaların ise hastalıklarının yaşamlarını etkilemeyeceğine (*sonuçlar),* hastalıklarının geçici olacağına ve olumsuz duygusal sonuçları (*duygusal temsiller*) olmayacağına dair hastalık algısı boyutlarından yüksek puan aldıkları görülmüştür. Kanser tanı grupları incelendiğinde SSS tümörleri grubunun, diğer kanser tanı gruplarından anlamlı olarak farklı biçimde hastalıklarının üzerinde kişisel kontrolleri olmayacağına inandıkları gözlenmiştir.

Bilindiği üzere hastalar tanı aldıktan sonra hastalıklarına dair nedensel inançlar geliştirirler ve bu inançlar yoluyla, özellikle de hastalığa yakalandıkları için kendilerini suçluyorlarsa, duygusal tepkiler sergilerler.[30] Eğer kanser tanısı alan bir ergen, hasta

olduğu için kendisini suçluyorsa bu durum hastalık algısını olumsuzlaştırabilir. Bu çalışmada ergenlerin hastalıklarını, kanser tanısı almanın karakterleri gibi ellerinde olmayan bir nedene bağlayabildikleri ya da kanser tedavisinin çok uzun sürebileceği ve tedaviyle ilgili yapabilecek bir şeylerinin olmadığını düşünebildikleri gözlenmiştir ki, bu tür hastalık algılarının tedavi uyumunu bozması beklenebilir.[4]

Hastalığın kontrol edilebilir olduğu ve tedavide hastanın yapabileceği şeylerin de olacağı inancı, hastaların tedavi üzerindeki kişisel güçlerini fark ettiren bilişsel şemalar geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastalık ve tedavi üzerinde kişisel kontrol hissinin tip 1 diyabetli hastaların HbA1c düzeyini olumlu etkilediği gösterilmiştir.[31] Bu nedenle kanser tanısı alan ergenlerle yapılan görüşmelerde, hastalık ve tedaviye ilişkin kendini suçlayıcı ve tedavi üzerinde etkisinin olmayacağı gibi bilişsel içeriklerin sorgulanması ve varsa olumlu/işlevsel olanlarla değiştirilmesi önerilmektedir. Hastalar, tedavide üzerine düşenler konusunda bilgilendirilmeli, bu davranışlarının önemine değinilmeli ve tedavide ortaklık kurulmalıdır. Tedavi başladığında ağrı, yorgunluk, iştahsızlık gibi bildirilen belirtilerin zamanla azalacağı ve eğer mümkünse, yaşantısına eskisi gibi devam edeceği söylenebilir.

Bu çalışma sonuçlarının gösterdiği gibi, Yılmaz Karabulutlu ve Karaman'ın[32] çalışmasında da kanser tanısı almış ergenlerin en sık bildirdiği belirtiler olarak ağrı, yorgunluk ve güç kaybı gözlenmiştir. Kanser tanısı almış ergenle yapılan görüşmelerde, belirtilerle ilgili ne gerekiyorsa yapıldığı ve zamanla belirtilerde azalma görüleceği söylenilebilir. Aynı zamanda belirtilerin azalması için hastanın yapabilecekleri de vurgulanmalıdır. İlaçları zamanında alması, önerilen besinleri tüketmesi konusunda cesaretlendirilmesi ve dikkati belirtilerden uzaklaştırmak için eğlendirici faaliyetlere yönlendirilmesi önerilmektedir.

Bazı çalışmalarda kanser tanısı alan ergenlerde anksiyete davranış özellikleri gözlenmiştir. Aynı zamanda tanıdan 1 aya kadar geçen sürede anksiyete ve depresyon saptanmışsa bu belirtilerin yaklaşık 1 yıl boyunca devam ettiği de gösterilmiştir.[33] Bu çalışmada cinsiyete bağlı anksiyete ve depresyon farkı saptanmamış, lenfoma ve sarkoma tanısının yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu çalışmanın bulguları, katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçüm sonuçlarının hiç ya da çok hafif düzeyde olduğunu da göstermiştir. Bu sonuçlar, ülkemiz ergenleriyle yapılan duygu-durum değerlendiren diğer çalışmalarla uyumludur. Örneğin; Ören ve Gençdoğan'ın[34] çalışmasında, ergenlerin %52'sinde hiç ya da hafif düzeyde depresyon olduğu, Bozkurt'un[35] çalışmasında ise 366 ergenin 244'ünde yine hiç ya da hafif düzeyde depresyon olduğu gösterilmiştir. Benzer bir durum anksiyete düzeyi için de geçerlidir.[36,37] Dyson ve ark.'nın[38] çalışmasında kanser tanısı alan ergenlerde tanıdan 4-8 hafta sonra duygusal problemlerin gözlendiği bildirilmiştir. Dolayısı ile duygusal problemlerin gözlenmesi zaman alıyor olabilir.[39] Bu çalışmaya en fazla bir ay önce kanser tanısı alan ergenlerin dahil edilmesi, duygusal problemlerin gözlenmemesine yol açmış olabilir. Bununla birlikte kanser tedavisi boyunca anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojilerin gözlenme olasılığı yüksek olduğundan, hastalarla yapılan görüşmelerde ilgili belirtilerin takibi önemli olabilir. Depresyon ve anksiyete belirtilerinin olumsuz hastalık algısıyla ilgili olduğu gösterilmiştir.[12] Benzer biçimde yapılan bir çalışmada anksiyete ve astım hastalığının olumsuz hastalık algısını artırdığı bildirilmiştir.[10] Portteus ve ark.[40] tedavi boyunca ergen kanser hastalarının %10,2'sinin anti-depresanlarla tedavi gördüğünü bildirmiştir.

Her ne kadar yeni tanı alan hasta ve ailesiyle, tanı ve tedaviye yönelik bilgilendirici görüşmeler yapılıyorsa da bu görüşme içeriklerini yetersiz bulan ve gerekli bilgiyi alamadıklarını ileri süren bir grup hasta varlığı söz konusudur.[22] Hasta ve sağlık profesyonellerinin yaptığı görüşmeler ilk tanıdan itibaren hastalık ve tedaviyle ilgili bilgi verilmesinin yanında, yanlış tutum ve inançlara da odaklanmalıdır. Hastalık algısının olumlu olmasının tedavi uyumu ve iyileşme süresi üzerindeki etkisi göz önüne alındığında konunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Hastaya uygun, açıklayıcı bilgilerin düzenli olarak verilmesi tedavi uyumunu artırabildiği gibi stresi azaltabilir ve tedaviden/bakımdan memnuniyeti artırabilir. Hastalara verilecek bilginin içeriğinin hastanın sosyo-kültürel özelliklerine göre değişebilmesi de önemlidir.[41] Tanıdan itibaren iki yıl boyunca görüşmelerde yeterli bilgiyi almadığını düşünen hastaların en olumsuz hastalık algısına sahip oldukları bildirilmiştir.[1]

Çalışmanın Kısıtlılıkları

İleriki çalışmalar birden fazla merkezle yapılarak hasta sayısı artırılabilir. Tek bir merkeze kanser tanısıyla gelen ergen sayısı daha fazla değişkenin incelenmesi için yetersiz kalabilir. Hastaların yanında, ailelerin tutumlarının ve duygu durumlarının incelenmesi de görüşme içeriği için yeni katkılar sağlayabilir. Bununla birlikte hastalık uyumunun değerlendirilmesi tedavi başında, ortasında ve sonunda yapılırsa konuyla ilgili bilgi birikimine daha fazla katkısı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Bu çalışmada yeni kanser tanısı almış ergenlerin, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili olumsuz algıları olabileceği gözlenmiş, bu durumun tedavi uyumunu bozabileceği düşünüldüğünden hasta görüşmelerine bazı öneriler sunulmuştur. Görüşmelerde, olumsuz hastalık algıları değerlendirilmeli ve eğer varsa olumlu/işlevsel olan bilişsel içerikle değiştirilmelidir. Hasta ile kooperasyonu sağlamak için özellikle tanı anındaki belirtilerin, eğer mümkünse, zamanla azalacağı vurgulanmalı ve tedavi boyunca duygusal problemlerin varlığı kontrol edilmelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Uludağ Üniversitesi Klinik Araştırmalar Komitesi tarafından Helsinki Bildirgesi'ne uygunluğuyla birlikte etik kurul onayı almıştır (Dosya no: 2017-19/50).

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.Ç.K., M.D., B.B.S., Dizayn: A.Ç.K., Veri Toplama veya İşleme: A.Ç.K., Analiz veya Yorumlama: A.Ç.K., M.D., B.B.S., Literatür Arama: A.Ç.K., M.D., B.B.S., Yazan: A.Ç.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Husson O, Thong MS, Mols F, Oerlemans S, Kaptein AA, van de Poll-Franse LV. Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? Psychooncology 2013;22:490-498.
2. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense model of illness danger. In: Rachman S. ed. Medical Psychology; 1980:7-30.
3. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness Representations and Coping with Health Threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, eds. Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health. NJ, Erlbaum, Hillsdale; 1984:219-252.
4. Hagger MS, Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. Psychology and Health. 2003;18:141-184.
5. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Psychooncology. 2015;24:11-18.
6. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perception in patients with medical conditions. Current Opin Psychiatry. 2007;20:163-167.
7. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi. 2013;2:367-387.
8. Kocaman Yıldırım N, Okanlı A, Yılmaz Karabulutlu E, Karahisar F, Özkan S, Uysal Y, Akpınar E. Illness Perception and Depression of Type 2 Diabetic Patients. Cukurova Medical Journal. 2013;38:31-40.
9. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. The Turkish Reliability and Validity Study in Cancer Patients of Illness Perception Questionnaire. J Clin Psy. 2007;10:192-200.
10. McGrady ME, Cotton S, Rosenthal SL, Roberts YH, Britto M, Yi MS. Anxiety and Asthma Symptoms in Urban Adolescents with Asthma: The Mediating Role of Illness Percptions. J Clin Psychol Med Settings. 2010;17:349-356.
11. Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM, Scharloo M, Houwing-Duistermaat JJ, Slagboom E, Rosendaal FR, Breedveld FC, Kloppenburg M. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. Osteoarthritis Cartilage. 2006;14:1104-1110.
12. Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TP, van Velzen-Verkaik E, Doorn-Op den Akker MM, Kaptein AA. Illness cognition in head and neck squamous cell carsinoma: Predicting quality of life outcome. Support Care Cancer. 2010;18:1137-1145.
13. Ander M, Grönqvist H, Cernvall M, Engvall G, Hedström M, Ljungman G, Lyhagen J, Mattsson E, von Essen L. Development of health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a 10-year follow-up study. Pschooncology. 2016;25:582-589.
14. Çırpan Kantarcıoğlu A, Evim Sezgin M, Baytan BB, Meral Güneş A. Lösemi Tedavisi Gören Çocuklarda Öfke, Dışsallaştırma Problemleri ve Anne-Çocuk İlişki Özellikleri İle Annelerin Duygu-Durum ve Stres Davranışlarının İncelenmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2016;23:29-40.
15. Epelman CL. The adolescent and young adult with cancer: state of the art psychosocial aspects. Curr Oncol Rep. 2013;15:325-331.
16. Sargın Yıldırım N, Demirkaya M, Sevinir BB, Güler S, Vural AP, Demiröz C, Çırpan Kantarcıoğlu A. A prospective follow-up of quality of life, depression and anxiety in children with lymphoma and solid tumors. Turk J Med Sci. 2017;47:1078-1088.
17. Abrams AN, Hazen EP, Penson RT. Psychosocial issues in adolescent with cancer. Cancer Treat Rev. 2007;33:622-630.
18. Weinmann J, Petrie KJ. Illness Perceptions: a new paradigm for psychosomatics? J Psychosom Res. 1997;42:113-116.
19. Smith AW, Bellizzi KM, Keegan TH, Zebrack B, Chen VW, Neale AV, Hamilton AS, Shnorhavorian M, Lynch CF. Health-related quality of life of adolescent and young adult patients with cancer in the United States: The Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experiences study. J Clin Oncol. 2013;31:2136-2145.
20. Kurtz BP, Abraham AN. Psychiatric aspects of pediatric cancer. Pediatric Clinics of North America 2011;58:1003-1023.
21. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ. Changing illness perceptions following myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. Psychosom Med. 2002;64:580-586.
22. Wisting L, Bang L, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Adolescents with Type 1 Diabetes--The Impact of Gender, Age, and Health-Related Functioning on Eating Disorder Psychopathology. Plos One. 2015;10:e141386.
23. Hoven E, Lannering B, Gustafsson G, Boman KK. Information needs of survivors and families after childhood CNS tumors treatment: a population-based study. Acta Oncol. 2018;57:649-657.
24. Hisli N. The validity and reliability of Beck Depression Anxiety scale for university students. Turkish Journal of Psychology. 1989;6:3-13.
25. Güney SA, Baykara HB, Emiroğlu NI. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Revize Formunun Türk popülasyonundaki ergenlerde psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2018;19:41-48.
26. Tekgül BN, Geroğlu B, Alanyalı FM, Mergen H. Ergen danışma merkezine başvuranların Beck Depresyon Ölçeği ve CES Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20:152-160.
27. Ulusoy M, Hisli Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy. 1998;12:163-172.
28. Anlı G, Taş İ. Ergenler için oyun bağımlılığı ölçeği kısa formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Electronic Turkish Studies. 2018;13:189-203.
29. Yaşar H, Balıbey H, Tekeli H, Alay S, Şenol MG, Türker T, Bayar N. Genç erkek esansiyel tremor hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri. Journal of Mood Disorders 2014;4:66-69.
30. Petrie KJ, Weinman J. Why Illness perceptions matter. Clin Med (Lond). 2006;6:536-539.
31. Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. Psychology and Health. 2000;15:733-750.
32. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S.Evaluations of Cancer Patients Perception of Illness. HSP. 2015;2:271-284.
33. Myers RM, Balsamo L, Lu X, Devidas M, Hunger SP, Carroll WL, Winick NJ, Maloney KW, Kadan-Lottick NS. A prospective study of anxiety, depression and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphobalstic leukemia: A report from the Children's Oncology Group. Cancer. 2014;120:1417-1425.
34. Ören N, Gençdoğan B. The analysis of depression levels of the lycee students according to some variables. Kastamonu Educational Journal. 2007;15:85-92.

35. Bozkurt N. The relationship between the levels of depression and anxiety in a group of university students and various variables. Education and Science. 2004;29: 52-59.
36. Coşar B, Özbaş Atlı A, GAÜN Tıp Fakültesi, Atlı A. Investigation of the Relationship between Examination Anxiety and Early Maladaptive Schemas of Students Who Are Preparing For University Examination. JCBPR. 2012;1:81-89.
37. Karataş Z. Investigations of Adolescent Perceived Social Support and Trait Anxiety Levels. Mustafa Kemal University Journal of Social Science Institute. 2011;9:257-271.
38. Dyson GJ, Thompson K, Palmer S, Thomas DM, Schofield P. The relationship between unmet needs and distress amongst young people with cancer. Support Care Cancer. 2012;20:75-85.
39. Hedström M, Kreuger A, Ljungman G, Nygren P, von Essen L. Accuracy of assessment of distress, anxiety and depression by physicians and nurses in adolescents recently diagnosed with cancer. Pediatr Blood Cancer. 2006;46:773-779.
40. Portteus A, Ahmad N, Tobey D, Leavy P. The prevalence and use of antidepressant medication in pediatric cancer patients. J Child Adolescent Psychopharmacol. 2006;4:467-473.
41. Mulcare H, Schofield P, Kashima Y, Milgrom J, Wirth A, Bishop M, Wheeler G. Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer. Psychooncology. 2013;20:488-496.