

Kanser ve Behçet Hastalarının Ailelerinin Duygudurum ve Aile İşlevleri Açısından İncelenmesi

Ülgen H. Okyayuz*
Ankara Üniversitesi

Özet

Bu çalışmada, kanserli ve Behçet tanısı almış olan hastaların aileleri, durumluk ve sürekli kaygıları, depresyon düzeyleri, duygularını bilinçli olarak bastırma eğilimleri ve aile işlevleri bakımından incelenmiştir. Ailesinde kronik hastalığı olan bir bireyin olmadığı ve o zamana kadar psikiyatrik yardım almamış olan bireylerin oluşturduğu grup karşılaştırma grubu olarak araştırmaya katılmıştır. Çalışmada Durumluk – Sürekli Kaygı Envanterleri, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği (CDKÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır. Bulgular kanserli hastaların yakınlarının, Behçet’li hasta aileleri ve karşılaştırma gruplarına göre daha kaygılı ve depresif olduklarını ve duygularını bilinçli olarak daha çok bastırdıklarını göstermektedir. Buna karşın her üç grubun aile işlevlerinde belirgin bir bozulma saptanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Kanser, Behçet Hastalığı, aile, duygu kontrol, depresyon, kaygı

Abstract

In this study, families of patients diagnosed with cancer or Behçet’s disease were assessed in terms of state and trait anxiety, depression levels, their emotion suppression tendency and family functioning. The control group consisted of individuals who had no family history of chronic disease and who had not received psychiatric assistance previously in any way. The State – Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory (BDI), Courtauld Emotional Control Scale (CECS) and Family Assessment Device (FAD) were employed in the study. The findings indicated that the relatives of cancer patients were more anxious, depressed and suppressed their emotions more when compared with those of Behçet’s disease patients and controls. However, no significant disruptions were observed in family functioning in any of the three groups.

Key words: Cancer, Behçet Disease, family, emotional control, depression, anxiety

*Yazışma Adresi: Doç. Dr. Ülgen H. Okyayuz, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
E-posta: ulgeno@superonline.com

20. yy'da tıp alanındaki gelişmeler, hastalık örüntüsünde, sağlık ve hastalık kavramlarında değişikliklere ve bunun sonucu olarak da süreğen (kronik) hastalıkların hızla artmasına yol açmıştır. Bu gelişmeler, süreğen hastalığı olan bireylerin hastalık sürecinde ne tür duygular yaşadıklarını, bunları ifade edip edemediklerini, bu durumun hastalığın şiddetini, stres düzeyini nasıl etkilediği vb. konuların bilimsel ilgi odağı olmasına katkıda bulunmuştur. Bununla ilgili olarak yapılan çalışmalarda duyguların ifade edilmesinde aleksitimi, savunuculuk, C ve D tipi kişilikler, duygulanımda iki değerlilik (ambivalans) gibi konular üzerinde durulmaktadır. Aleksitimi, temelinde duygusal bilginin işleme sürecindeki nörofizyolojik bozukluk olan, içgörü azlığı ve duyguların sözel olarak ifade edilmesinde yetersizlik olarak tanımlanmakta, savunuculuğun ise olumsuz duyguları küçümseme ve buna karşın olumluları abartma olarak yaşandığı ifade edilmektedir. C ve D tipi kişiler ve duygulanımda iki değerlilik yaşayanların ise, diğer insanları hoşnut etmek ve kişilerarası çatışmalardan kaçınmak için bilinçli stratejiler uygulayan bireyler olduğu ileri sürülmektedir. C tipi kişiler, ilişkilerinde olumsuz duygularını bilinçli olarak bastırır (suppression) ve stresle karşılaştıklarında da edilgin davranırlar (Temoshok, 1987). Buna karşın D tipi kişiler ise olumsuz duygularını yaşamakla birlikte, bunların ifade edilmesini ketleyen bireylerdir ve bu bireylerde duyguların/davranışların bilinçli olarak bastırılması diğer insanlar tarafından reddedilmekten kaçınmak için kullanılan bir mekanizmadır. Her ne kadar C tipi kişilik için de duyguların bilinçli olarak bastırılması karakteristik bir başa çıkma mekanizması ise de, bu kişilerde olumsuz duyguları yaşama eğiliminin daha az olduğu vurgulanmaktadır (Nyklicek, Vingerhoets ve Denollet, 2002). Diğer bazı araştırmalar da düşmanlık ve öfke duygularının bilinçli olarak bastırılmasının, esansiyel hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı ile ilişkisini bildirmektedirler (Panagopoulou, Kersbergen ve Maes, 2002). Bunun yanı sıra, C tipi ketleyici kişilik özelliğinin kanser patogenezi ile ilişkisini vurgulayan amprik çalışmalar da vardır (Temoshok, 1987; Temoshok ve ark., 1985). Kaçınma davranışları ve savunucu başa çık-

ma stratejileriyle bağışıklık sistemi işlevlerinin azalması arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar da dikkati çekmektedir (Schwartz ve Kline, 1995). Bir diğer çalışmada da ketlenmiş duygusal materyalin açığa çıkarılmasının sağlığın daha iyi olmasına ve iyilik-halinin (well-being) artmasına yardım ettiği bildirilmektedir (Pennebaker, 1993).

Sözü edilen bu çalışmalar hasta odaklıdır. Ancak süreğen hastalıklar yalnız hastayı değil, ailesini ve yakın çevresini de etkileyen zorlayıcı yaşam olaylarıdır. Bunlar içinde üzerinde en çok durulan hastalıklardan birisi de kanser hastalığıdır.

Kanser

Kanser geniş bir aralıkta (spektrumda) yer alan, hastalık seyrinin kişiye, hücre tipine, ortaya çıktığı organa, hastalık evresine göre değişiklik gösterdiği bir hastalık grubudur. Kısa sürede ölümle sonuçlanan tipleri olduğu gibi şifaya ulaşan olguların sayısı da az değildir. Hastalığın sağaltımında kemoterapi, radyoterapi uygulamalarının ciddi yan etkileri, sağaltım için pahalı ilaçların kullanılıyor olması, süreçteki belirsizlikler, hasta ve ailesi için zorlayıcı nitelik taşımaktadır. Bloom (1996), her dört aileden üçünün günün birinde kanserle karşılaşacağını ve dolayısıyla da herkesin en azından yakın ilişkide olduğu bir insanın kanser hastası olması nedeniyle, bu hastalıkla yüzyüze gelme olasılığının güçlü olduğunu bildirmektedir.

Kanserli hasta ailesinin giderek bilimsel ilgi odağı olmasında iki temel etkenden söz edilebilir. Bunların ilki kanser hastalığının hastayı, ailesinin desteğine daha çok gereksinim duyacak bir konuma getirmesi, bunun sonucu olarak da hastayı ailesinin kaynaklarına daha çok güvenmek, dayanmak zorunda bırakmasıdır (Gotay, 1996). Bu ise hastayı olduğu kadar aileyi de etkileyen bir sürecin yaşanması anlamını taşır. Bir başka deyişle, aile üyeleri verdikleri tepkilerle hastanın kansere ruhsal-toplumsal uyumunu etkilerler. Bu süreçte aileyi anlamak ve ona yardımcı olmak, aynı zamanda hastayı anlamak ve yardım etmek demektir (Burglass, 1991). Bu bağlamda kanserin bir aile hastalığı olduğunu ileri sürmek

abartılı olmaz. Bazı yazarlar da, hastanın ruhsal durumu üzerinde ailenin işlevinin fiziksel yetersizliklerden daha çok etkili olduğunu ileri sürmektedirler (Ell, Nishimoto, Morvayl, Mansell ve Homovitch, 1989). Kanserli hasta ailesinin ilgi odağı olmasının diğer bir nedeni ise, ailenin bir toplumsal sistem, aile üyelerinin de birey olarak bu hastalık yaşantısı nedeniyle risk altında olmalarıdır (Cohen, 2002; Kristjanson ve Ashcroft, 1994). Kanser bazı aileleri bir araya getirirken, diğer bazılarının birbirlerinden uzaklaşmalarına yol açmaktadır. Bunların hiç birisi yaşamı tehdit eden bu hastalığın kaçınılmaz sonuçlarından ve bunların getirdiği değişimlerden kendilerini uzak tutamazlar. Araştırmalar, hastalıkla savaşmakta sahip olunan kaynakların düzene sokulmasından sonra aile bireylerinin kendilerini birbirlerine daha yakın duyumsadıklarını göstermektedir (Weihs ve Reiss, 1996).

Plumb ve Holland (1977), intihar girişimi nedeniyle hastanede yatmakta olan psikiyatrik hastalar, kanserli hastalar ve bu hastaların yakınlarına Beck Depresyon Envanteri uygulayarak yaptıkları bir araştırmada, psikiyatrik hastaların %54'ünün, kanserli hastaların %23'ünün ve kanserli hasta yakınlarının %18.5'in klinik düzeyde depresyonu olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar kanserli hasta ve yakınlarının önemli bir miktarının klinik düzeyde depresyon yaşadıkları yönünde değerlendirilmektedir. Houston ve Kendall da (1992), akciğer kanseri olan hastaların eşlerinde depresyon görülme sıklığının yüksek olduğunu bildirmektedir. Diğer bazı yazarlar da hastalık sürecinde hastanın yaşadığı duygusal aşamaları aynı şiddette olmasa bile, aile üyelerinin de yaşadığını (Kübler-Ross,1997), onların da hastalarinkine benzer yas sürecinden geçtiklerini (Houston ve Kendall, 1992), ancak hastanın sorunlarının önceliği nedeniyle, çoğunlukla ailenin yaşadığı güçlüklerin geri planda kaldığını ileri sürmektedirler (Faulkner ve Maguire, 1994). Wellish, Jamison ve Pasnau (1978) ise, mastektomi uygulanan meme kanserli kadınlar ve eşleri ile yaptıkları çalışmada, her iki grupta da kabus görme, uyku bozuklukları, iştah kaybı, iş yaşantılarının geçici olarak bozulması

gibi benzer ruhsal sorunlar saptamışlardır. Omne-Ponten, Holmberg, Bergstom, Sjoden ve Burns da (1993) yetişkin kanser hastalarının üçtebirinin eş ve çocuklarının klinik düzeyde ruhsal sorunlar yaşadıklarını bildirmektedirler.

Kayıp ve bununla ilişkili olarak duygusal, toplumsal, fiziksel her türlü ayrılmalar için bir tehdit oluşturan kansere uyumda aile ilişkilerinin niteliği, bu ilişkilerin ne denli kaynaşmış olup olmadığı ya da çatışma yaşanıp yaşanmadığı önemlidir. Weihs ve Reiss (1996), güvenli aile ilişkilerinin bu tehditlerin yarattığı bozulmaları, rahatsızlıkları denetim altına almakta yardımcı olabileceklerini belirtmektedirler.

Batı ülkelerindeki sıklıkla olmamakla birlikte son yıllarda ülkemizde de kanser ve Behçet tanısı alan hastalar ve bu hastaların aileleriyle yapılan çalışmalara rastlanmaktadır. Bu bağlamda, kanserli hasta aileleriyle yapılan grup uygulamalarını ele alan Okyayuz (1999) ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri, Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği (CDKÖ) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) kullanılarak ayaktan tedavi görmekte olan kanser (n = 117) ve Behçet tanısı alan (n = 117) hastalarla, herhangi bir psikiyatrik ve organik hastalığı olmayan bireylerden oluşmuş karşılaştırma grubunun (n = 82) incelendiği diğer bir çalışmadan söz edilebilir (Okyayuz ve Ünlüoğlu, 1996). Bu çalışmada kanserli hastaların CDKÖ toplam puan ortalamasının Behçet'li hastalar ve sağlıklı grubun puan ortalamasından yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmektedir.

Bir diğer çalışmada Devrimci-Özgüven ve Ünlüoğlu (1998), yatarak tedavi gören kanserli hastalar ve onlara refakat eden yakınları ile ayaktan izlenen Behçet'li hastalar ve yakınlarını psikiyatrik bozukluk yönünden karşılaştırmış ve kanserli hastaların %47.5'inde uyum bozukluğu, %10'unda majör depresyon ve %2.5'inde ise alkol bağımlılığı gibi DSM IV'e göre Eksen I tanısı saptamışlardır. Aynı araştırmada kanserli hasta yakınlarında da uyum bozukluğunun %37.5, majör depresyonun ise %2.5 olarak saptandığı bildirilmektedir. Bu çalışmada

kanserli hastaların depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve yeti yıkımı puanlarının, birinci derece yakınlarının puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ve çok yüksek korelasyon gösterdiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada karşılaştırma grubunu oluşturan Behçet'li hasta yakınlarının Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanları, hasta yakınının hastanın eşi olduğu, hastası için sağaltım umudunun olmadığı, hastalığı ve toplam hastanede yatma süresinin uzaması ile istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttığı bildirilmektedir.

Klinik deneyim ve araştırma bulguları (Okyayuz ve Ünlüoğlu, 1996; Watson ve Greer, 1983) kanserli hasta ve ailelerinde, duygularını bilinçli olarak kontrol etme (suppression) eğilimlerinin güçlü olduğunu göstermektedir. Bu eğilimler tanının hastaya söylenmesinde ailenin isteksizliği ve bir anlamda sağaltım ekibini engellemesi biçiminde yaşanabildiği gibi, hastanın yitirilmesi olasılığının yarattığı duyguların paylaşılmasını engelleyen tutumlar olarak da yaşanabilmektedir.

Behçet Hastalığı

Ülkemizde sıklıkla karşılaşılan bir diğer süregen hastalık da Behçet Hastalığıdır. İlk kez 1937 yılında Dr. Hulusi Behçet tarafından tanımlanmış olması nedeniyle, bu bilim adamının adıyla anılmaktadır. Ağızda yanak, dudak, dil ve farenks mukozalarında çok ağrılı aftlar, genital bölgelerde eksülserasyon (ülserleşme) ve gözde iridosiklitis (iris iltihabı) gibi semptomlarla belirdiği için Trisyptom Behçet olarak da tanımlanmaktadır. Bu üç semptomun dışında eritem (deride kızarıklık), artritler (eklem iltihapları), trombofilibit (toplar damar iltihabı), pnömoni (zatürre), hemoptizi (kan tükürme), romatizma, zekâ geriliği, hidrosel (erkek dış genital organında sıvı toplanması) ve 3, 4, 5, 6 ve 7. beyin sinirlerinde felçler görüldüğü de bildirilmektedir (Tat, Akçaboy, Erbakan, Aksungur ve Or, 1972). Oluşacak felçler nedeniyle hastanın konuşma, yutkunma, iştme işlevlerinde ve dengede ciddi bozulmalar görülebilir. Hastalık bireyi kısa sürede ölüme götürmemekle birlikte, felçler ve diğer semptomlar nedeniyle oluşan klinik tablo, hastanın yaşam kalitesini çok düşürmektedir.

Bu çalışmada, farklı iki süregen hastalık olan kanser ve Behçet tanısı almış hastaların aile bireylerinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile, duygularını bilinçli olarak kontrol etme eğilimleri ve aile işlevleri incelenmiştir. Ailesinde herhangi bir süregen hastalık bulunmayan ve psikiyatriye hiç başvurmamış bireylerden oluşan grup da karşılaştırma grubu olarak araştırmaya katılmıştır.

Yöntem

Örneklem

Kanserli Hasta Ailesi Grubu (KHA). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan, ergen ve yetişkin, farklı kanser tanıları almış olan hastaların aile bireylerinden oluşmuştur. Bu bireyler hastayla eş, ebeveyn, kardeş, amca/dayı, hala/teyze gibi akrabalık ilişkisi içindedirler ve hastanın yanında refakatçi olarak hastanede kalmaktadırlar. Hastaların tanılarının farklı olması, farklı yaş dönemlerinde olmaları ve bunun yanı sıra aile yakınlarının hastalarla olan akrabalık ilişkileri ve aile içindeki rollerinin farklı olması nedenleriyle bu grup heterojen niteliktedir. Denekler araştırmaya gönüllülük temelinde katılmışlardır. Araştırmaya katılmak için en az ilkokul mezunu olmak koşulu aranmıştır. Bu grupta 18 kadın, 16 erkek olmak üzere 34 kanserli hasta yakını vardır. Ancak ölçülen her bir özellik bakımından testlerin eksik ya da yanlış doldurulmaları nedeniyle bazıları analizlere alınmamıştır. Bunun sonucu olarak bu gruba ait yeni değerler Tablo.1'de gösterilmiştir. Bu grupta kadınların yaş ortalaması 39.5 (S = 13.0) erkeklerin yaş ortalaması ise 41'dir (S = 10.9).

Behçetli Hasta Ailesi Grubu (BHA). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Behçet Polikliniğinde ayaktan izlenen Behçet tanısı almış hastaların en az ilkokul mezunu olan aile bireylerinden oluşmuştur. Bu bireyler de hastalarla eş, ebeveyn, kardeş, amca/dayı, hala/teyze gibi akrabalık ilişkisi içindedirler ve araştırmaya gönüllülük temelinde katılmışlardır. Bu grupta 16 kadın ve 21 erkek olmak üzere 37 Behçet Hastası yakını vardır. Ancak ölçülen her bir özellik bakımından, testlerin eksik ya da yanlış doldurulma-

ları nedeniyle bazıları analize alınmamıştır. Bunun sonucu olarak, bu gruba ilişkin yeni değerler Tablo 1'de verilmiştir. Bu grubun yaş ortalaması 37.54 (S = 11.3)'dür [kadın 32.19 (S = 9.2); Erkek 41.1 (S = 11.1)]

Karşılaştırma Grubu (KG). Bu grup ise ailesinde herhangi bir süregen ya da ölümcül hastalık tanısı almış bir yakını olmayan ve en az ilkökul eğitimi almış olan bireylerden oluşmuştur. Bunun yanı sıra bu bireylerin herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmaları da aranmıştır. Gönüllülük temelinde 18 yaşın üstünde olan ve bu özelliklere sahip, ulaşılabilen herkese testler bireysel olarak verilmiştir. Bu gruba katılanların 20'si kadın ve 17'si erkektir. Diğer gruplarda olduğu gibi çeşitli nedenlerle değerlendirme dışı bırakılan ölçekler vardır. Bu grupla ilgili yeni değerler de Tablo 1'de verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçekleri. Spielberger, Gorsuch ve Lushene'in (1970) geliştirdikleri bu ölçeklerin test-tekrar test güvenilirlik kat sayıları, İngilizce formlarında Durumluk Kaygı Envanteri için .83 ile .92, Sürekli Kaygı Envanteri için ise .86 ile .92 arasında bulunmuştur. Öner ve Le Compte'un (1985) Türkçe uyarlamasını yaptıkları bu ölçeklerin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları Durumluk Kaygı Envanteri için .94 ile .96, Sürekli Kaygı Envanteri için ise .83 ile .87 arasında bulunmuştur. Durumluk Kaygı Envanteri ile "... bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiği...", bir başka deyişle, içinde bulunduğu duruma yanıt niteliğindeki geçici kaygısı ölçülmek istenmektedir. Buna karşın Sürekli Kaygı Envanteri ile de "... bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiği", bir kişilik özelliği olarak derinlerdeki kaygı ölçülmeye çalışılmaktadır. Her iki ölçek de ülkemizde gerek klinik uygulamalarda ve gerekse araştırma amaçlı olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE). Depresyonun bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu ölçek Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1961) tarafından ge-

liştirilmiştir. Ülkemizde Tegin (1980) ve Hisli (1988) tarafından uyarlama çalışmaları yapılan bu ölçeğin, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Tegin (1980) .65, Hisli (1988) ise .74 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, ülkemizde akademik ve medikal ortamlarda, yaygın biçimde kullanılmakta olması ve klinik deneyimlerde ölçeğin dilinin daha kolay anlaşılabilir olduğunun gözlenmesi nedeniyle Tegin'in (1980) uyarlaması kullanılmıştır.

Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği (CDKÖ). Ölçeğin özgün adı Courtauld Emotional Control Scale (CESC)'dir. Bireyin belli alanlardaki tepkilerini bilinçli olarak ne ölçüde kontrol ettiğini ölçmeyi amaçlayan bu ölçek, başlangıçta meme kanserli hastalarda anormal duygusal davranış örüntülerini, özellikle öfkenin aşırı biçimde bilinçli olarak bastırılmasını incelemek üzere yapılan çalışmalara dayanmaktadır (Morris, Greer, Pettingale ve Watson, 1981). Ölçek daha sonraları diğer klinik gruplar için de kullanılmıştır (Watson ve Greer, 1983).

CDKÖ'nün Öfke, Kaygı ve Mutsuzluk gibi üç alt ölçeği vardır. Test puanları bu üç alt test için ayrı ayrı ve bunların toplamı bir değer olarak hesaplanmaktadır. Bu ölçeklerin herbiri yedi madde içermektedir ve hemen hiçbir zaman / bazen / çoğu zaman / hemen her zaman gibi dört seçeneğe göre yanıtlanmaktadır. Watson ve Greer (1983), CDKÖ'nün bireyin öfke, kaygı ve mutsuzluk gibi duygularını hangi ölçüde yadsıdığını ya da bastırıldığını değil, tepkilerini hangi ölçüde denetlediğini saptayabilmek amacıyla hazırlandığını bildirmektedirler. Aynı araştırmacılar CDKÖ'nün bireyin toplumsal kabul gören yanıtlar verme eğiliminden bağımsız olduğunu belirtmektedirler. Bu ölçekle normal olarak kabul edilen 40 kişilik bir örnekleme 3-4 hafta ara ile hesaplanan test – tekrar test güvenilirlik katsayısının Öfke alt ölçeği için .86, Kaygı alt ölçeği için .84 ve Mutsuzluk alt ölçeği için .89 ve ölçeğin bütünü için de, .95 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde bu ölçeğin kullanılabilirlik koşullarını irdeleyen ve üniversite öğrencileriyle (n = 120) yapılan bir çalışmada ise Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı CDKÖ_{Toplam} için .87, (Öfke; .78, Kaygı; .83, Mutsuzluk; .77) olarak saptan-

mıştır. Aynı çalışmada CDKÖ_{Toplam} test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .51 (Öfke; .42, Kaygı; .70, Mutsuzluk; .51) olarak bulunmuştur (Okyayuz, 1993). Bu çalışmada CDKÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik katsayısı düşük olmakla birlikte, Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısının yüksek oluşu, ölçek sonuçlarının bireyin içinde bulunduğu duygulanım durumundan kolayca etkilenebileceğini, ancak ölçtüğü özellikle ilgili iç tutarlığın yüksek olduğunu göstermektedir. Bir başka çalışmada da kanser, Behçet tanısı alan hastalar ile sağlıklı bireylerden oluşmuş bir yetişkin örnekleminde de, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının CDKÖ için .90 olarak saptandığı bildirilmektedir (Okyayuz ve Ünlüoğlu, 1996).

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ). Özgün adı "Family Assessment Device" (FAD) olan bu ölçek Epstein, Baldwin ve Bishop (1983) tarafından geliştirilmiştir. Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Duygusal Katılım¹, Davranış Kontrolü, Genel İşlevler olmak üzere yedi alt ölçek ve 60 madde içermekte ve aile üyelerinin kendi aileleriyle ilgili algılarını değerlendirmektedir. ADÖ'de bu 7 alt ölçeğin yanı sıra ayrıca toplam puan üzerinden bir değerlendirme yapılmamaktadır. Oniki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine uygulanabilen bu ölçekte puanlar 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağsız) arasında değişmektedir. 2.00'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidiş olduğunu göstermektedir. İngilizce formuyla yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .78 olarak bulunmuştur. ADÖ'nün alt testler için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları; Problem Çözme .74; İletişim .75; Roller .72; Duygusal Tepki .83; Duygusal Katılım .78; Davranış Kontrolü .72; Genel İşlevler .92 olarak bildirilmektedir (Epstein, Baldwin ve Bishop, 1983).

Bu çalışmada ölçeğin Bulut (1990) tarafından yapılan Türkçe uyarlaması kullanılmıştır. Bu uyarlamada ölçeğin test-tekrar güvenilirlik katsayısının .89, alt testler için Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayıları

ise Problem Çözme .80; İletişim .71; Roller .42; Duygusal Tepki .59; Duygusal Katılım .38; Davranış Kontrolü .52; Genel İşlevler .86 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin, ailesinde ruhsal sağlığı bozuk bir üyenin olduğu ailelerle, böyle bir üyenin bulunmadığı aileleri de birbirinden ayırt edebildiği bildirilmektedir.

İşlem

KHA grubunun ölçek uygulamaları A.Ü.T.F. Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde araştırmacı tarafından yapılmıştır. BHA uygulamaları ise A.Ü.T.F. Behçet Polikliniğine başvuran hastalarla, kontrol grubuna giren deneklerin uygulamaları da bireysel olarak araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Bulgular

Bu çalışmada daha önce de belirtildiği gibi, testlerin yanlış ya da eksik doldurulması gibi nedenlerle, gruplardaki gözlem sayıları farklıdır. Elde edilen veriler, her bir bağımlı değişkene ayrı ayrı uygulanan 2 (cinsiyet) x 3 (grup) faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile çözümlenmiştir (Bkz. Tablo 1).

Yapılan irdelemeler sonucu, Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, BDE, CDKÖ ve ADÖ puanları bakımından cinsiyet temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, BDE, CDKÖ_{öfke}, CDKÖ_{Toplam} ve ADÖ'nün Duygusal Tepki ve Duygusal Katılım ölçümleri açısından hasta ailesi temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. CDKÖ Kaygı ve Mutsuzluk alt testlerinde ise hasta ailesi temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Araştırma bulguları Durumluk ve Sürekli Kaygı, BDE, CDKÖ ve ADÖ ölçümlerine göre cinsiyet ve grup ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. Anlamlı temel etkiler için ileri karşılaştırmalar, Tukey Testi ile yapılmış ve her bir test ölçümü açısından bulgular aşağıda verilmiştir.

¹Bulut (1990), *Affective Involvement* alt testi için Türkçe karşılık olarak *Gereken İlgii Gösterme* ifadesini kullanmıştır. Ancak Duygusal Katılım söyleminin, İngilizce'deki anlamı daha iyi yansıttığı düşüncesiyle bu çalışmada bu alt test için Duygusal Katılım başlığını kullanmayı yeğledik.

Tablo 1
Gruplara Göre Tanıtıcı İstatistikler

Değişken	Grup	n	\bar{X} *	S
Durumluk Kaygı	KG	36	_B 41.53	12.61
	BHA	36	_B 41.11	10.77
	KHA	34	_A 49.26	10.69
Sürekli Kaygı	KG	37	_B 39.03	8.31
	BHA	34	_{AB} 43.76	9.93
	KHA	34	_A 47.24	8.63
Beck Depresyon Envanteri	KG	35	_B 6.86	5.94
	BHA	36	_A 12.56	7.59
	KHA	35	_{AB} 17.20	9.92
Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği				
Öfke	KG	35	_B 15.48	3.73
	BHA	25	_B 15.32	3.09
	KHA	30	_A 17.66	3.76
Kaygı	KG	35	15.05	3.81
	BHA	25	15.68	3.90
	KHA	30	16.56	3.49
Mutsuzluk	KG	35	15.08	3.57
	BHA	25	15.40	3.32
	KHA	30	17.40	4.86
Toplam	KG	35	_B 45.63	9.45
	BHA	25	_{AB} 46.40	9.10
	KHA	30	_A 51.63	9.26
Aile Değerlendirme Ölçeği				
Problem Çözme	KG	37	1.83	0.50
	BHA	34	1.67	0.50
	KHA	31	1.85	0.58
İletişim	KG	37	1.70	0.47
	BHA	34	1.9	0.62
	KHA	31	1.87	0.46
Roller	KG	37	1.91	0.36
	BHA	34	1.96	0.40
	KHA	31	2.0	0.38
Duygusal Tepki	KG	37	_B 1.54	0.50
	BHA	34	_A 2.09	0.64
	KHA	31	_{AB} 1.77	0.46
Duygusal Katılım	KG	37	_B 2.17	0.35
	BHA	34	_A 2.39	0.39
	KHA	31	_A 2.40	0.46
Davranış Kontrolü	KG	37	1.74	0.37
	BHA	34	1.90	0.51
	KHA	31	1.93	0.33
Genel İşlevler	KG	37	1.53	0.41
	BHA	34	1.78	0.58
	KHA	31	1.71	0.45

*Ortalamaların bağlantılarındaki farklı harfler aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p < .05$) göstermektedir.

Durumluk Kaygı Envanteri. Durumluk Kaygı puanları açısından hasta ailesi temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir [$F(2, 100) = 5.29$,

($p < .01$)]. Tukey Testi sonuçlarına göre sadece KHA durumluk kaygı düzeyinin ($\bar{X} = 49.26$), BHA ($\bar{X} = 41.11$) ve KG ($\bar{X} = 41.53$) kaygı düzeylerinin

den anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir ($p < .01$). BHA ve KG'nın kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemektedir.

Sürekli Kaygı Envanteri. Sürekli Kaygı düzeyi açısından da hasta ailesi temel etkisi anlamlı bulunmuştur [$F(2,99) = 7.03, (p < .01)$]. Ortalamalar arası karşılaştırmalar sadece KHA ($\bar{X} = 42.24$) ile KG ($\bar{X} = 39.03$) arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir ($p < .01$).

Beck Depresyon Envanteri (BDE). Gözlenen depresyon açısından hasta ailesi temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2, 100) = 13.98, p < .01$]. Ortalamalar arası karşılaştırmalara göre KHA ($\bar{X} = 17.20$) ve BHA'de ($\bar{X} = 12.56$) gözlenen depresyonun KG'na ($\bar{X} = 6.86$) kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla olduğu açığa çıkmıştır ($p < .01$). Aynı zamanda KHA, BHA'ya göre anlamlı düzeyde daha fazla depresyon göstermektedir.

Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği (CDKÖ). Bulgular duyguları bilinçli olarak bastırma eğilimi açısından sadece $CDKÖ_{Öfke}$ ile $CDKÖ_{Toplam}$ ölçümleri üzerinde hasta ailesi temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. [$F(2,84) = 3.92$ ve $F(2,84) = 3.63, (p < .05)$]. Tukey Testi sonuçlarına göre KHA'de ($\bar{X} = 17.667$) gözlenen öfke duygusunu bilinçli olarak bastırma eğiliminin BHA ($\bar{X} = 15.320$) ve KG'na ($\bar{X} = 15.486$) göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < .05$). BHA ile KG'nun öfke duygusunu bastırma eğilimleri arasında ise anlamlı bir fark görülmemektedir.

$CDKÖ_{Toplam}$ ölçümü için Tukey Testi sonuçları KHA'nin ($\bar{X} = 51.63$) duyguları bilinçli olarak bastırma eğiliminin KG'na ($\bar{X} = 45.63$) göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu göstermektedir. BHA ile KG ve KHA ile BHA'nın duygularını bilinçli olarak bastırma eğilimleri arasında anlamlı bir fark görülmemektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ). Aile işlevleri açısından sadece *Duygusal Tepki* ve *Duygusal Kat-*

ılım işlevlerinde hasta ailesi temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [$F(2,96) = 8.68, (p < .01)$ ve $F(2,96) = 3.40, p < .05$]. Buna karşın cinsiyet temel etkisi ve ortak etkiler anlamlı düzeyde fark yaratmamaktadır. Tukey Testi sonuçlarına göre BHA'de ($\bar{X} = 2.097$) gözlenen duygusal tepkinin KG'na ($\bar{X} = 1.544$) göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < .01$). KHA ile BHA ve KG arasında ise anlamlı bir fark görülmemektedir.

Duygusal Katılım bakımından, hasta ailesi temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır [$F(2, 96) = 3.10, (p < .05)$]. Yapılan Tukey Testi, KHA ($\bar{X} = 2.40$) ve BHA ($\bar{X} = 2.39$) ile KG ($\bar{X} = 2.17$) arasındaki farkların $\alpha = .05$ düzeyinde anlamlı, KHA ile BHA arasındaki farkın ise anlamlı olmadığını göstermektedir. Ancak ADÖ'nün diğer alt testleri olan Problem Çözme, İletişim, Roller, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler bakımından hasta ailesi temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tartışma

Kanser, hücre tipi, hastalığın evresi, ortaya çıktığı organ, süreçteki belirsizlikler, tedavi sürecinin birçok yan etkiyle birlikte gidiyor olması vb. özellikleri nedeniyle birçok insan tarafından zorlayıcı ve ölüm tehdidi taşıyan bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu özellikleriyle kanser hastalığı bireyin ruhsal, toplumsal, ekonomik dengelerini alt-üst etmekte ve hastanın aile üyeleri ve diğer yakınları da bu yaşam olayından derin bir biçimde etkilenmektedirler.

Bu çalışmada kanserli hasta yakınları (KHA) ile diğer bir süreğen hastalık olan Behçet hastalığı tanısı alan bireylerin yakınları (BHA), kaygı ve depresyon düzeyleri ile duygularını bilinçli olarak kontrol etme eğilimleri ve aile işlevleri bakımından incelenmişlerdir. Ailesinde süreğen ve ölümcül hastalığı olmayan bireylerden oluşmuş bir diğer grup ise karşılaştırma grubu (KG) olarak araştırmaya katılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular klinik gözlemler ve alanyazın bilgileriyle tutarlıdır. Bulgular ince-

lendiğinde KHA'nın durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin BHA ve karşılaştırma grubundan yüksek olduğu görülmektedir. Durumluk kaygı ölçümü için KHA'nın diğer iki gruptan, sürekli kaygı ölçümü için de sadece KHA'nın Karşılaştırma Grubundan yüksek olduğu bulunmuştur. KHA grubu yatarak tedavi gören hastalara refakat etmekte olan, bir başka anlatımla gece-gündüz hastane koşullarının güçlüklerini sürekli yaşayan ve hastanın bakımını üstlenen kişilerden oluşmuştur. Durumluk kaygı düzeyinin yüksekliği hastane ortamının başlıbaşına stres yaratan bir etmen olmasının yanı sıra, bu koşullarda yaşamla ölüm arasındaki ince bir çizgide savaşım vermekte olan kanserli hastanın fiziksel, duygusal, toplumsal vb. birçok gereksinimini yerine getirme sorumluluğunu taşıyor olmakla ilişkili olabilir. Bir başka deyişle KHA grubu, fiziksel, toplumsal vb. birçok etmenin yarattığı yoğun stres ortamında, ölüm olasılığı ve bununla ilişkili olarak kayıp tehdidi taşıyan bir yaşam olayıyla yüzyüzedir. Bunun sonucu olarak durumluk kaygı düzeyinin bu grupta yükselmiş olması da beklenen bir durumdur.

Sürekli kaygı, bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı olarak tanımlandığında (Öner ve LeCompte, 1985), araştırmada bu özellik bakımından sadece KHA grubu ile KG arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması da dikkat çekicidir. Daha önce de belirtildiği gibi kanser, birçok tipinde belirsizliklerle seyreden, süreçte hem aile ve hem de hastanın kendisinin sürekli olarak beklenmeyen yeni durumlar ve belirsizliklerle baş etmek zorunda olduğu süregelen bir hastalıktır. Başlangıç aşamasında durumsal kriz yaşantısı oluşturan hastalığın, giderek süregelenleşmesinin hasta yakınında da kaygı yaşantısına yatkınlık yaratması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmadaki dikkat çeken bir bulgu BDE ile ilgili sonuçlardır. BDE ölçümü için KHA ve BHA'nın depresyon düzeyleri karşılaştırma grubunun depresyon düzeyinden daha yüksektir. KHA ile BHA'nın puan ortalamaları incelendiğinde KHA için 17.20, BHA için ise 12.56 değerleri bulunmuştur. Hisli (1988), 17 değerinin kesme noktası olarak saptadığını ve bu değerinin klinik düzeyde depresyon için

ayırddedici olduğunu bildirmiştir. Bu bağlamda bu araştırmadaki bulgular, KHA'nın depresyon düzeyinin bu hasta yakınlarının klinik olarak ele alınmalarını gerektirecek nitelikte olduğunu düşündürmektedir. Bu ise, ya gelişmekte olan bir depresyonun ya da güçlü kayıp olasılığının yarattığı ve önceden yaşamaya başlanan yasin habercisi olarak değerlendirilebilecek bir yardım çağrısıdır ve alanyazın bilgileriyle tutarlıdır (Haddad, Pitceathly ve Maguire, 1996; Omne-Ponten ve ark., 1993; Plumb ve Holland, 1977). Duygulanımda gelişen bu tablonun depresyon ya da yas tepkisi olup olmadığı (Houston ve Kendall, 1992) başka değişkenlerle birlikte ayrıca incelenmesi gereken bir konudur.

BHA grubunun depresyon düzeyi ise Hisli'nin (1988) bildirdiği kritik değer altında olmakla birlikte, Tegin'in (1980) testin özgün formuna atıfta bulunarak belirttiği klinik düzeyde anlamlılığa yakındır. Bu bulgular BHA'nın her ne kadar klinik düzeyde depresyon içinde olmasa da, gelişebilecek bir depresyon için dikkate alınması gerektiğini düşündürecek özelliktedir.

Bu araştırmada üzerinde durulan noktalardan birisi de hasta yakınlarının duygularını bilinçli olarak ne denli kontrol ettikleridir. Kanser hastalığı sürecinde hastaların (Pennebaker, 1993; Temoshok, 1987; Watson ve Greer, 1983) yaşadıkları çeşitli duyguları bilinçli olarak denetleyip denetlemedikleri alanyazında üzerinde çalışılan konulardandır. Çoğunlukla hastalık sürecine ilişkin belirsizliklerin, zor sağaltım koşullarının getirdiği güçlüklerin hastada kaygı, korku, öfke vb duyguları yaşatması olağandır. Yaşanan duyguların paylaşılabilmesinin ne denli onarıcı olduğu gözönünde tutulduğunda, organik hastalığı olan bireyler ve yakınlarının da böyle bir süreci yaşayıp yaşamadıkları, hastalığa uyum süreci bakımından önem taşımaktadır. Klinik gözlemler özellikle kanser hastalarının duygularını açığa çıkarmakta güçlükleri olduğu yönündedir.

Bu çalışmadaki CDKÖ ölçümleri de, kanserli hasta yakınlarında, hastalarının benzer bir eğilim olduğunu düşündürmektedir (Okyayuz ve Ünlüoğlu

1996; Watson ve Greer, 1983). Bu bağlamda KHA grubunun $CDKÖ_{öke}$ puan ortalamasının BHA ve karşılaştırma gruplarının puan ortalamalarından yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması, özellikle öfke gibi olumsuz bir duygunun sözelleştirilmesinde bu grubun güçlükleri olduğunu düşündürmektedir. Bunun yanı sıra $CDKÖ_{toplam}$ ölçümleri için sadece KHA ile KG arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. KHA ile BHA ve BHA ile KG arasındaki farklar ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte BHA'nin duygularını bilinçli olarak kontrol etme eğilimi KHA'dan daha düşük, KG'dan ise yüksektir. Bu ise kanserli hasta yakınlarının duygularını belirtmekte, bilinçli olarak bastırma eğilimlerinin diğer gruplara göre daha güçlü olduğu yönünde değerlendirilebilir. Bu durumun klinik uygulamalarda, kanserli hasta ailesinin duygularını açma davranışı yönünden güçlükleri olabileceği ve bu özelliğin psikoterapötik müdahalelerde iyi değerlendirilmesi gerektiği yönünde bir ipucu olarak ele alınabilir.

Araştırmada yapılan bir diğer ölçüm de aile işlevleriyle ilgilidir. Bu amaçla kullanılan ADÖ'nün alt ölçeklerinin KHA, BHA ve KG puan ortalamaları incelendiğinde genel olarak gruplar arasında fark olduğu görülmektedir. ADÖ ölçümleri Tukey ile test edildiğinde grup temel etkisinin sadece ADÖ'nün Duygusal Tepki ve Duygusal Katılım alt testi ölçümlerinde belirlediği saptanmıştır. Veriler incelendiğinde Duygusal Tepki ölçümü için farkın BHA ile KG arasında ortaya çıkması ve sadece BHA grubunun kritik değer olan 2.00'nin üstünde olması dikkati çekmektedir. Ancak aile işlevlerindeki bozulmaların 2'nin üstünde 4'e doğru artan puanlarla belirlendiği gözönüne alındığında, BHA puan ortalamasında görülen yükselmenin, ailedeki işlevlerin sorunlu olduğu yönünde değerlendirilmesine olanak verecek düzeyde olmadığı düşünülmektedir. KHA puan ortalamasının 2.00'den düşük olması ise bu grubun da aile işlevlerinde sorun oluşturacak düzeyde bozulmalar olmadığı ve kanser hastalığının yaşattığı zorlukların bu ailelerdeki desteği zayıflatmadığı ve olağan iletişim örüntülerinde karmaşalar yaratmadığı yönünde ipucu olarak ele alınabilir. Bu sonuçlar alanyazında kanse-

rin bazı aileleri biraraya getirdiği bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Weihs ve Reiss, 1996). ADÖ ölçümleri için dikkati çeken bir diğer nokta da bu testin Duygusal Katılım alt testi puan ortalamalarıdır. Bulgular KHA ve BHA ile KG puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu, ancak bu değerlerin de hasta ailelerinde duygusal katılım yönünden ciddi bozulmalar olmadığı yönünde değerlendirilebilir.

Bu araştırmanın bulguları, sağaltım sürecinde kanserli hastaya yanında eşlik ederek yardımcı olan KHA bireylerinin, süreçten etkilendikleri ve bir biçimde yardım çağrısı yaptıkları yönünde değerlendirilebilir. Klinik olarak sıklıkla izlenen bu durumun nesnel olarak saptanmasının özellikle yapılacak psikoterapötik müdahaleler için önemi vardır ve oluşacak kayıplar karşısında hasta yakınının ne denli dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırma bulguları çalışılan örnekleme sınırlı olmak üzere süregelen hastaların ailelerinin destek gereksinimlerinin gözardı edilmemesi gerektiğini vurgular niteliktedir. Bulgular, ailesinde kanserli bir hasta olan bireylerin, diğer bir süregelen hastalık olan Behçetli hasta yakınlarına göre daha kaygılı ve çökkün oldukları yönünde bilgiler vermektedir. Alanyazın bilgileriyle de tutarlı olan bu sonuçlar, hastalık sürecinde hastanın yanı sıra, aile bireylerinin duygudurumlarının da profesyonellerin ilgi alanında olması gerektiği ve onlar için de destekleyici müdahalelerin yapılmasının uygun olacağını düşündürmektedir (Cassileth ve ark., 1985).

Bu çalışmada gerek kanser, gerekse Behçet hastalığı tanısı almış hasta yakınlarının büyük örneklem oluşturulması ve her iki hastalığın evrelerinin gözetilmemiş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Ancak araştırma koşulları, böyle bir örneklemin oluşturulmasına fırsat vermemiştir. Bundan sonraki çalışmalarda, özellikle kanserli hasta ailesi örneklemelerinin oluşturulmasında hastanın tanısı, hastalığın evresi, hastanın yaşı, cinsiyeti vb. özelliklerin gözetilmesinin, bu çalışmada elde edilen sonuçların desteklenmesine katkısı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiat*, 4, 561-571.
- Bloom, J. (1996). Social support of the cancer patient and the role of the family. In L., Baider, C., L., Cooper, Kaplan De-Nour A., (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 53-70). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Bulut, I. (1990). Aile Değerlendirme Ölçeği el kitabı. Ankara. Özgüzelış Matbaası.
- Burglass, K. (1991). Care of the cancer patient's family. In M., Watson (Ed.) *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods* (159-189). London: BPC Wheatons Ltd.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Stouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., & Cros, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next of kin. *Cancer*, 55, 72-76.
- Cohen, M. (2002). First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. *Behav. Med.* 28, Spring, 15-22.
- Denollet, J., & Sys, S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C., & Brutsaert, D. L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347, 417-421.
- Devrimci-Özguven, H., & Ünlüoğlu, G. (1998). Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik morbidite. *3P Dergisi*, 6 (3), 196-206.
- Ell, K., Nishimoto, R., Morvayl, T., Mansell, J., & Homovitch, M. (1989). Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *J. Psychosom Res.* 32, 429-438.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop D. S. (1983). *The McMaster Family Assessment Device. J. Marital and Family Therapy*, 9 (2), 171-180.
- Faulkner, A., & Maguire, P. (1994). *Talking to cancer patients and their relatives*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Gotay, C., C. (1996). Cultural variation in family adjustment to cancer. In L., Baider, L., Cooper, Kaplan De-Nour A., (Eds.) *Cancer and the family* (pp. 31-52). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Haddad, P., Pitceathly, C., & Maguire, P. (1996). Psychological morbidity in the partners of cancer patients. In L., Baider, L., Cooper, Kaplan De-Nour A., (Eds;) *Cancer and the Family* (pp.257-268). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6 (22), 118-126.
- Houston, S. J., & Kendall, J. A. (1992). Psychosocial implications of lung cancer. *Nursing Clinics of North America*, 27 (3), 681-690.
- Kübler-Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek üzerine*. B. Bükkol (Çev.), İstanbul: Boyner Yayınları.
- Kristjanson, L. J., & Ashcroft, T. (1994). The family's cancer journey: A literature review. *Cancer Nursing*, 17 (1) 1-17.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J. Psychosom Res.*, 25 (2), 111-117.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A., Denollet, J. (2002). Emotional (non-) expression and Health: Data, questions, and challenges. *Psychology & Health*, 17 (5), 517 – 528.
- Okyayuz, Ü. H. (1993). Toronto Aleksitimi Ölçeği ile Courtauld Duygu Kontrol Ölçeğinin bir Türk Örnekleminde kullanılabilirlik koşullarının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4 (1), 18-23.
- Okyayuz, Ü. H. (1999). Group work with relatives of cancer patients: A Turkish experience. Conference of European Health Psychology Society. *Abstract Book*, (p.285). Florance.
- Okyayuz, Ü. H., & Ünlüoğlu, G. (1996). A Study of consciously controlled reactions, alexthymia and state and trait anxieties with cancer patients and Behçet patients (A Turkish sample) (Abstract). *Psycho-Oncology*, 5 (2), 183-184.
- Omne-Ponten, M., Holmberg, L., Bergstom, R., Sjoden, P., & Burns, T. (1993). Psychological adjustment among husbands of women treated for breast cancer; mastectomy versus breast conserving surgery. *British J. Cancer*, 29A (10), 1393-1397.
- Öner, N., & Le Compte, A. (1985). *Durumluk/Sürekli Kaygı Envanterleri el kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi yayınları, No: 333
- Panagopoulou, E., Kersbergen, B., & Maes, S. (2002). The effects of emotional (non-) expression in (chronic) disease: A meta-analytic review. *Psychology & Health*, 17 (5), 529 – 545.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research Therapy*, 31, 539-548.
- Plumb, M. M., & Holland, J. (1977). Comparative studies of psychological function inpatients with advanced cancer I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med.*, 39 (4), 264-276.

- Schwartz, G. E., & Kline, J. P. (1995). Repression, emotional disclosure and health; theoretical, emprical and clinical considerations. In: Pennebaker, J.W. (Ed.), *Emotion disclosure and health*, (pp.177-195) American Psychological Association, Washington, DC.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Tat, L., Akçaboy, A., Erbakan, N., Aksungur, L., & Or, N. (1972). *Deri ve zührevi hastalıklar el kitabı*. Ankara Üniversitesi Yay. 266.
- Tegin (Erkal), B. (1980). *Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck Modeline göre bir inceleme*. Yayınlanmamış doktora tezi. H.Ü. Psikoloji Bölümü, Ankara.
- Temoshok, L., Heller, B. W., Sagebiel, R. W., Blois, M. S., Sweet, D. M., Diclemente, R. J., & Gold, M. L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in utaneous malignant melanoma. *J Psychosom Res.* 29. 139-153.
- Temoshok, L. (1987). Personality coping style, emotion, and cancer: toward an integrative model. *Cancer surveys*, 6, 837-857.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). *A preliminary manual for the Courtauld Emotional Control Scale*. First edition.
- Weihls, K., & Reiss, D. (1996). Family reorganization in response to cancer: A developmental perspective. In L., Baider, L., Cooper, Kaplan De-Nour, A., (Eds;) *Cancer and the Family*, (pp.3-29). NewYork: John Wiley&Sons Ltd.
- Wellish, D. K., Jamison K. R., & Pasnau, R. O.(1978). Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's prespective. *Am J Psychiat*, 135 (5), 543-546.

Summary

An Assessment of Families of Cancer Patients and Behçet Patients in Terms of Emotion and Family Functioning

Ülgen H. Okyayuz*
Ankara Üniversitesi

There has been growing emphasis on patients' families as a result of the increase in chronic diseases and developments in medicine in the 20th century. In particular, families whose members include cancer patients have been receiving the much more attention from scientific community.

The increased focus on cancer patients' families may be due to two principle factors: Firstly, a cancer patient is more needy and dependent on family support and resources (Gotay, 1996). Therefore, the disease process is experienced not only by the patient but also by the family. In other words, it is the family members who determine a patient's psychological and social adjustment to cancer through their reactions. Consequently, understanding and helping a patient's family during this process mean understanding and helping the patient as well (Burglass, 1991). Secondly, both the family itself as a sociological system and family members as individuals are at risk due to the life they lead during the course of the disease (Cohen, 2002; Kristjanson & Ashcroft, 1994). While cancer draws some families together, it weakens some other families' bonds. No one is immune to the inevitable consequences and changes that this life-threatening disease brings about.

Plumb and Holland (1977) established that 54% of the psychiatric patients, 23% of the cancer patients, and 18.5% of cancer patients' relatives were clinically depressed in their study carried out by administering Beck Depression Inventory on

psychiatric inpatients who had attempted suicide, patients with cancer, and their relatives. Houston and Kendall (1992) reported high prevalence of depression among spouses of patients with lung cancer. Other authors maintained that, although not at equal severity, family members experienced similar emotional stages as those of a patient's during the course of the disease (Kubler-Ross, 1997), they progressed through a similar grieving process (Houston & Kendall, 1992), but due to the urgency of the patient's problems, the difficulties experienced by family members were generally not addressed (Faulkner & Maguire, 1994). Wellish et al. (1978) reported psychological problems such as nightmares, insomnia, loss of appetite, and temporary disruptions at work both in women with mastectomy and in their husbands in their study conducted on couples in which the woman had undergone mastectomy.

Cancer poses a serious threat of loss and subsequent emotional, social, and physical separation. Therefore, cohesiveness and quality of interfamily relationships are of critical importance just as potential conflicts are. Weihs and Reiss (1996) stated that reliable family bonds can be beneficial in restraining disruptions and deteriorations caused by such threats.

Although less frequently than it is in the West, studies have been carried out on patients with chronic diseases and their families in recent years in Turkey such as the ones conducted by Okyayuz

*Address for Correspondence: Ülgen H. Okyayuz, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Turkey.
E-mail: ulgeno@superonline.com

(1999) regarding group work with relatives of cancer patients; the study on levels of anxiety, emotional control (suppressed reactions), and alexithymia in cancer and Behçet patients in comparison with healthy controls (Okyayuz & Ünlüoğlu, 1996), were also investigated Psychiatric disturbances (morbidity) of cancer patients and their relatives (Devrimci – Özgüven & Ünlüoğlu, 1998).

Clinical experiences and research (Okyayuz & Ünlüoğlu, 1996; Watson & Greer, 1983) suggest that cancer patients and their families have strong tendencies to suppress their emotions. These tendencies can be expressed in various forms such as the reluctance of the family to inform the patient of the diagnosis, hindering healthcare providers, and exhibiting attitudes to prohibit sharing of emotions created by a potential loss.

Another chronic disorder frequently encountered in Turkey is Behçet's disease. Named after the physician who defined the disease for the first time in 1937, Behçet's disease is characterized with ulcerations of the genitalia and painful aphthous lesions in the buccal, labial, and pharyngeal mucosa, as well as iridocyclitis (iris inflammation). Although Behçet's disease does not cause death over a short term, patient's quality of life deteriorates critically due to paralysis and other manifestations of the disease.

This study investigated depression, state and trait anxiety levels, suppression tendencies, and family functioning in families of patients of two chronic diseases, namely cancer and Behçet's disease. A group of individuals who had no history of psychiatric help and no family history of chronic disease was enrolled to form the control group in the study.

Method

Sample

Three groups were enrolled into the study. These were a) Cancer Patients' Families (CPF), that is, the families of inpatients with cancer, b) Behçet

Patients' Families (BPF), that is, the families of outpatients with Behçet's disease and c) Control Group (CG) consisting of individuals with no history of psychiatric help and no family history of chronic disease.

CPF and BPF groups consisted of close relatives of the patients such as their spouses, parents, siblings, uncles, aunts etc. . The groups were heterogeneous in this respect. All subjects had at least primary school education and participated in the study voluntarily.

Number of forms taken into assessment varied in the tests as some had missing or incorrect data.

Measures

Turkish versions (Bulut, 1990; Okyayuz, 1993 & 1996; Öner & LeCompte, 1985; Tegin, 1980) of the following instruments were employed to collect data on the subjects in the study: STAI 1 and STAI 2 (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) for establishing state and trait anxiety levels, Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) for establishing depression levels, Courtauld Emotional Control Scale (CECS) (Watson & Greer, 1983) for establishing how consciously they suppressed their emotions, and Family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) for establishing their family functioning.

Results

Number of tests assessed in each group varied in the study as some tests had incorrect information or were incomplete.

Data were analysed by employing 2 (gender) x 3 (group) analysis of variance (ANOVA) for each dependent variable separately.

The difference in terms of gender main effect was not observed to be statistically significant in State Anxiety, Trait Anxiety, BDI, CECS_{anger}, and FAD scores. However, patient's family main effect had a statistically significant impact on State Anxiety, Trait Anxiety, BDI, CECS_{anger}, CECS_{Total}, and FAD

affective responsiveness and affective involvement subscores. On the other hand, patient's family main effect did not have a statistically significant bearing on CECS anxiety and unhappiness subscores.

Tukey test was utilised to assess the mean differences between the groups. Results indicated that gender and universal group effect were not statistically significant in terms of State and Trait Anxiety, BDI, CECS, and FAD scores.

State Anxiety Inventory. Patient's family main effect was statistically significant in terms of State Anxiety scores $F(2; 100) = 5.29$, ($p < .01$). Tukey test results demonstrated that only CPF state anxiety score ($\bar{X} = 49.26$) was significantly higher than BPF ($\bar{X} = 41.11$) and CG ($\bar{X} = 41.53$) state anxiety scores ($p < .01$). The difference between the state anxiety scores of BPF and CG was significant.

Trait Anxiety Inventory. Patient's family main effect was also significant in terms of Trait Anxiety scores [$F(2,99) = 7.03$, ($p < .01$)]. However, the difference was significant only between CPF ($\bar{X} = 42.24$) and CG ($\bar{X} = 39.03$) ($p < .01$).

Beck Depression Inventory (BDI). Patient's family main effect was statistically significant in terms of the depression observed [$F(2, 100) = 13.98$, $p < .01$]. The mean scores of CPF ($\bar{X} = 17.20$) and BPF ($\bar{X} = 12.56$) were found to be significantly higher when compared with the mean score of CG ($\bar{X} = 6.86$) ($p < .01$). Furthermore, significantly higher level of depression was observed in CPF when compared with BPF.

Courtauld Emotional Control Scale (CECS). The results demonstrated that in terms of suppressing emotions, the patient's family main effect had a statistically significant impact only on the scores of CECS_{Anger} and CECS_{Total} [$F(2,84) = 3.92$ and $F(2,84) = 3.63$, ($p < .05$)]. Tukey test administration indicated that the tendency to suppress anger was significantly higher in CPF ($\bar{X} = 17.667$) when compared with BPF ($\bar{X} = 15.320$) and CG

($\bar{X} = 15.486$) ($p < .05$). No significant difference was noted between BPF and CG in terms of tendency to suppress anger.

Tukey test results with respect to CECS_{Total} demonstrated that the tendency to suppress emotions in CPF ($\bar{X} = 51.63$) was significantly higher when compared with CG ($\bar{X} = 45.63$). The differences between BPF and CG, as well as CPF and BPF were not significant in terms of suppressing emotions.

Family Assessment Device (FAD). Regarding family functioning, the patient's family main effect was statistically significant only in terms of Affective Responsiveness and Affective Involvement [$F(2,96) = 8.68$, ($p < .01$) and $F(2,96) = 3.40$, $p < .05$]. On the other hand, gender main effect and universal effects did not have a significant bearing on the difference. Tukey test results revealed significantly higher affective responsiveness in BPF ($\bar{X} = 2.097$) when compared with CG ($\bar{X} = 1.544$) ($p < .01$). The differences between CPF and BPF, as well as between BPF and CG were not observed to be significant.

Patient's family main effect was statistically significant regarding Affective Involvement [$F(2, 96) = 3.10$, ($p < .05$)]. Tukey test results showed that while CPF ($\bar{X} = 2.40$) and BPF ($\bar{X} = 2.39$) differed significantly ($\alpha = 0.05$) from CG ($\bar{X} = 2.17$), the difference between CPF and BPF was not significant. However, patient's family main effect was not statistically significant in terms of the other subscales of FAD such as problem solving, communication, roles, behaviour control, and general functioning.

Discussion

Results demonstrated that the mean scores of State and Trait Anxiety levels for CPF were higher than those of the other two groups. State Anxiety scores differed significantly between CPF and other groups, while Trait Anxiety scores differed significantly only between CPF and CG. CPF consisted of subjects accompanying admitted

patients and were therefore subjected to the difficulties of taking care of an inpatient over a period of time. Higher levels of State Anxiety observed in CPF could be the result of stressful conditions of hospital environment itself as well as being obliged to provide for the physical, emotional and social needs of a cancer patient struggling on the fine line between life and death. In other words, CPF group was faced with an intensely stressful experience carrying a risk of death and loss. Therefore, encountering elevated levels of State Anxiety in that group was not unexpected.

Since trait anxiety is defined as the tendency of an individual to a life of anxiety (Öner & LeCompte, 1985), it was noteworthy that only the difference between CPF and CG was statistically significant in terms of trait anxiety. Cancer is a chronic disease with unpredictable prognosis for many of its varieties, and therefore, a cancer patient and family have to deal with new and unexpected burdens on a regular basis. State anxiety is experienced in a crisis during its initial stages. However, as the disease becomes chronic, *tendency* to a life of anxiety develops in patients' families. Another important finding of the study was that of the BDI scores. CPF and BPF mean scores were higher than that of CG regarding BDI, and this difference was statistically significant. CPF and BPF mean scores were observed to be 17.20 and 12.56 respectively. In the study which dealt with the adaptation of this test to Turkish population, Tegin (1980) pointed out that scores of 14 and above indicated varying levels of depression. Hisli (1988) maintained that the score of 17 was established to be a point of intersection and was of differentiating value clinically. Therefore, results concerning depression levels of cancer patients' families were of clinical significance. Consistent with the literature, this may be interpreted as *a call for help* as a result of grief already being experienced due to a potential loss (Devrimci-Özgüven & Ünlüoğlu, 1998; Haddad, Pitceathly & Maguire, 1996; Omne-Ponten et al., 1993; Plumb & Holland, 1977). Whether this is a reaction of depression or mourning is an issue which

merits further investigation along with other variables in a separate study (Houston & Kendall, 1992).

The mean scores of CPF and BPF were significantly different in terms of BDI. The mean BDI score of BPF was below that of the critical depression value (14 and 17) reported for Turkish population. However, the difference was statistically significant for BDI mean score of BPF and that of CG ($\bar{X} = 6.86$). These results indicated that although families of patients with Behçet's disease were not depressed clinically, they carried the risk of experiencing depression at clinical levels.

Another point of interest in this study was to establish how much patient relatives suppressed their emotions. Suppression of emotions by the patients (Pennebaker, 1993, Temoshok, 1987, Watson & Greer, 1983) and their families (Okayayuz & Ünlüoğlu, 1997) during cancer has been investigated in various studies. It is only natural for the patient to feel anxiety, fear, anger etc. due to difficult therapy conditions and existing ambiguities. It is of critical value whether patients and their relatives can experience their emotions freely or suppress them since sharing emotions can have a positive impact on their outlook.

CECS scores in this study indicated that the tendency of the relatives of patients with cancer was similar to that of the patients (Okayayuz & Ünlüoğlu, 1996; Watson & Greer, 1983). The mean CECS_{anger} score of the CPF group was significantly higher than those of BPF and CG, which could be due to the difficulties experienced by the group in verbalizing a negative emotion such as anger. Furthermore, only the difference between CPF and CG was observed to be statistically significant when the differences in CECS_{Total} scores were assessed using Tukey test. BPF mean score was found to be lower than that of CPF and higher than that of CG in this particular measurement. Therefore, it can be deduced that relatives of patients with cancer have a higher prevalence of suppressing their emotions when

compared with the other groups. As a result, since relatives of cancer patients will be more likely to experience difficulties in sharing their emotions, measures should be taken to carry out appropriate interventions in clinical practice.

FAD scores used in measuring family functioning demonstrated that the difference was statistically significant between BPF and CG in terms of Affective Responsiveness; and between CPF and CG, as well as between BPF and CG in terms of Affective Involvement. However, none of the groups had a mean score suggesting family dysfunctioning. This is consistent with the information reporting that

once resources for fighting against the disease are established, family bonds are strengthened (Weih & Reiss, 1996).

Results indicated that individuals who have a family member suffering from cancer are more depressed and have higher levels of anxiety than those who have a family member suffering from Behçet's disease. Consistent with the literature, the results revealed that family members also deserved professional care during the course of the disease and should, therefore, be provided with supportive intervention (Cassileth et al., 1985).

