

Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi

Relationship between depression and anxiety levels and attitudes of coping with disease in cancer patients

Ümit Aydoğan¹, Yusuf Çetin Doğaner¹, Eyüp Borazan², Şeref Kömürçü², Necmettin Koçak³, Bekir Öztürk², Ahmet Özet², Kenan Sağlam¹

Özet

Amaç: Kanser, ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskinin çok arttığı kronik bir hastalıktır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları da bu süreçte sıklıkla gözden kaçırılabilen iki psikiyatrik bozukluktur. Çalışmamızın amacı bu hastalardaki depresyon ve anksiyete düzeylerini ve bu iki durumun hastalıkla başa çıkma derecesi ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışma grubunu Mart 2009 – Haziran 2010 tarihleri arasında GATA Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatan veya ayakta takip edilen 74 kanser hastası oluşturdu. Psikiyatrik herhangi bir hastalığı olmayan 74 sağlıklı birey de kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmaya katılanlara sosyo-demografik özellikleri ve hastalık bilgileri anket formu, anksiyete ve depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirildi. Hasta grubunun kanserle başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) uygulandı.

Bulgular: Kanser hastalarının anksiyete puan ortalaması 13.01 ± 10.47 , kontrol grubunun anksiyete puan ortalaması 8.55 ± 7.02 olarak saptandı. Kanser hastalarının depresyon puanları ortalaması 11.34 ± 7.92 , kontrol grubunun depresyon puanları ortalaması 6.96 ± 6.30 idi. İki grubun ortalama anksiyete ve depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırasıyla $p=0.003$, $p<0.001$). Kanserli hasta grubunun anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki mevcuttu ($p<0.001$, $r=0.582$). Korelasyon analizinde, COPE ölçeği disfonksiyonel başa çıkma tutumlarından soruna odaklanma-duyguları açığa vurma ve davranışsal boşverme alt grubu ile BAÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0.366$, $p=0.001$; $r=0.294$, $p=0.011$). Ayrıca COPE ölçeği sorun odaklı başa çıkma tutumlarından geri durma alt grubu ile BDÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0.287$, $p=0.013$).

Sonuç: Onkolojideki gelişmeler hızla ilerlese de hastalığın psikolojik yıkım etkisi kaçınılmazdır. Çalışmamız kanserin medikal tedavisi ile birlikte psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisinin önemi ortaya koymaktadır. Ayrıca birinci basamakta izlenen kanser hastalarının hastalıkla başa çıkma sürecinde en uygun yolu izlemelerine yardımcı olunmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kanser hastaları, Anksiyete-Depresyon, Hastalıkla başa çıkma.

Summary

Objective: Cancer is a chronic disease that can cause death as well as increasing the risk of psychiatric disorders. Depression and anxiety disorders are two psychiatric disorders that may be often overlooked in this process. Our aim of study is to evaluate levels of depression and anxiety and the relationship of these two conditions with the degree of coping with disease.

Methods: Study sample was composed of 74 patients who attended to Gulhane Military Medical Faculty Medical Oncology outpatient and inpatient clinic between March 2009 and June 2010. Seventy-four subjects who had no psychiatric disorders and any chronic illness, were chosen as the control group. Study participants were asked to fill in a questionnaire, including information about illness and sociodemographic features; Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) to detect anxiety-depression level. In addition, COPE scale was applied to the patient group to evaluate coping attitudes with cancer.

Results: The mean anxiety scores of cancer patients and control group were detected as 13.01 ± 10.47 and 8.55 ± 7.02 , respectively. Mean depression score of cancer patients was detected as 11.34 ± 7.92 and control group as 6.96 ± 6.30 . When mean anxiety and depression scores were compared between two groups, statistically significant difference was detected ($p=0.003$, $p<0.001$). There was a positive, statistically significant relationship between anxiety and depression scores in cancer group ($p<0.001$, $r=0.582$). In correlation analysis, positive correlation was detected between "the focusing on and venting of emotions" and "behavioral disengagement" subgroups of the dysfunctional coping methods of COPE scale and "BAI scores" ($r=0.366$, $p=0.001$; and $r=0.294$, $p=0.011$ respectively). Also, positive correlation was detected between "restrain" subgroup of problem-focused coping methods of COPE scale and "BDI scores" ($r=0.287$, $p=0.013$).

Conclusions: Even there is a rapid improvements in oncologic treatments, the psychological damage of disease is inevitable. Our study demonstrates the importance of diagnosis and treatment of psychiatric disorders with medical oncologic treatment in cancer patients. Another result of the study is that primary care physicians should help cancer patients choose appropriate way of coping by close monitoring.

Key words: Cancer patients, Anxiety-Depression, Coping with disease.

¹ GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Ankara

² GATA Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Dr., Ankara

³ GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dr., Ankara

Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediğinde büyük oranda ölüme yol açan ciddi bir sağlık problemidir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin %25'ini oluştururken, tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir.^[1] Kanser, dünyadaki ölümlerin yaklaşık %10'ndan sorumlu olan yaşamı tehdit eden kronik bir hastalıktır.^[2] Kanser, çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini de artırır.^[3]

Ölüm olasılığının çok yakında gerçekleşebileceğini bilmek ve belirlenen tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. Hastalığın fiziksel şiddeti, seyri ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu etkiler. Hastanın, tıbbi tedavi yanında psiko-sosyal desteğe de ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır.^[4]

Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk görülme oranı yüksektir (%30-40). En sık görülen psikopatoloji majör depresyondur (MD). MD, kanser hastalarında dikkat edilmesi gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu, hastalığın şiddetini ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkiler.^[3,4] Kanserde depresyon açısından başlıca risk faktörleri psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşüklüğü, tanı sırasında duygusal stres ve yetersiz sosyal destek, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, kötü fiziksel şartlar, eş veya yakın akraba kaybıdır.^[5] Diğer risk faktörleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden fiziksel hastalıklar ve depresyon yan etkisine sahip kemoterapötiklerin kullanılmasıdır. Kanserlin kliniği ve kemoterapinin yan etkileri başlı başına depresif semptomlara benzer yakınmalara neden olabilir. Hastalığa ve tedaviye bağlı semptomları depresyondan ayırmak gerekir.^[6]

Masie'nin kanser hastalarında MD ve depresif semptomların prevalansını belirttiği derlemesinde MD prevalansı %0-38 ve depresif semptomlar %0-58 oranında belirtilmiştir.^[7] Tümör çeşidine bağlı sağkalım şansının azalması ile hastanın depresyonu arasında sıkı ilişki saptanmıştır (meme, over kanseri vb.).^[8,9]

Anksiyete de, kanser tanı ve tedavisinde gelişebilen ve fark edilmediğinde tedavisiz kalabilen bir durumdur.^[10] Kanser hastalığında anksiyete konusu depresyona oranla daha az çalışılmışsa da gözlenme sıklığı giderek artmaktadır.^[11] Son dönemde kanser hastalarındaki anksiyete insidansı %50'nin üzerindedir; kanser hastalarının yaklaşık %30'unda kronik anksiyete vardır.^[10] Kanser hastalarında anksiyete düzeyini belirleyip azaltmanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenir.^[12]

Çalışmada amacımız kanser hastalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerini ve bu iki durumun hastalıkla başa çıkma derecesi ile ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma grubunu Mart 2009– Haziran 2010 tarihleri arasında GATA Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatan veya ayaktan takip edilen kanser hastaları oluşturdu. Ayrıntılı psikiyatrik görüşme veya test uygulamasına engel olacak düzeyde bilişsel işlev bozukluğu olan terminal dönemdeki hastalar çalışmaya alınmadı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi; onam formunu imzalayan 74 hasta çalışma grubuna alındı. Psikiyatrik herhangi bir hastalığı tespit edilmeyen, kronik hastalığı olmayan 74 kişi de kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma için gerekli onay GATA Etik Kurulu'ndan alındı.

Çalışmaya katılanlara sosyo-demografik ve hastalık bilgilerini içeren anket formu, anksiyete ve depresyon düzeylerini saptayan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı. Hasta grubuna ayrıca kanserle başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacı ile Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) uygulandı. Dağıtılan anketler ve ölçekler, katılımcılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra bire bir yüz yüze sorumlu bir hekim gözetiminde dolduruldu. Anket sonuçları bir psikiyatrist ile beraber değerlendirildi.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

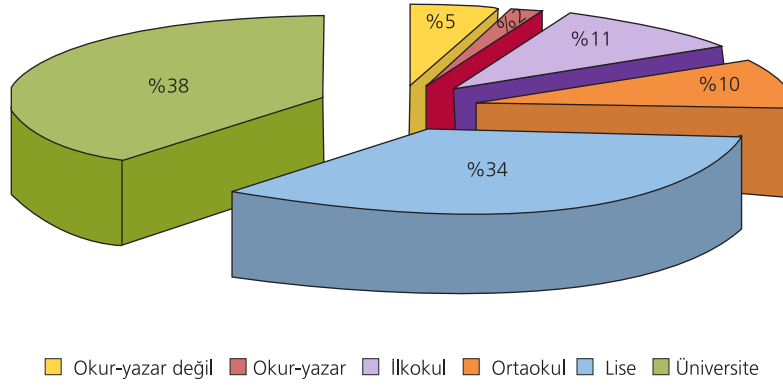
Toplam 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Hisli tarafından yapılan, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17'dir.^[13] Ölçeğin puanlamasında 0-10 puan arası depresyon yok, 11-17 puan hafif depresyon, 18-23 puan orta şiddette depresyon, 24 ve üzeri puan ağır depresyon olarak değerlendirilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşlarının (1988) geliştirdiği, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy, Şahin, Erkmn (1998) tarafından yapılmıştır.^[14] 0-7 puan minimal düzeyde anksiyete, 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan şiddetli anksiyete olarak değerlendirilmiştir.

Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşlarının, stresli durumlarla başa çıkma stratejilerini belirlemek için geliştirilen ölçektir.^[15] Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi Ağargün ve arkadaşlarınınca



Şekil 1. Hastaların eğitim düzeyi.

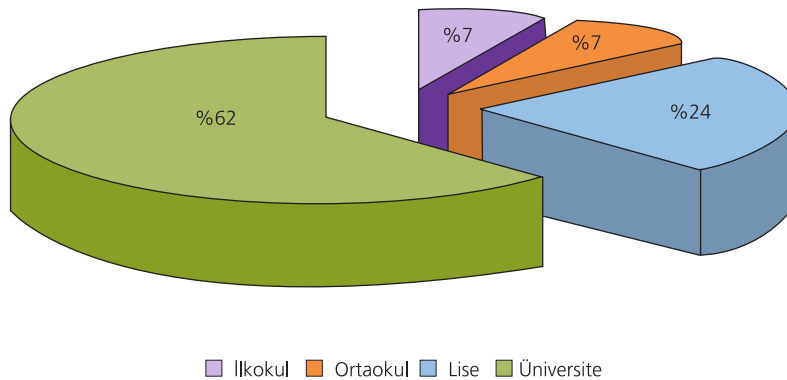
yapılmıştır.^[16] 60 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. COPE 15 alt ölçekten oluşmaktadır: 1. Aktif baş etme, 2. Geri durma, 3. Plan yapma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Diğer meşguliyetleri bastırma, 6. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 7. Dini olarak baş etme, 8. Şakaya vurma, 9. Duygusal sosyal destek kullanımı, 10. Kabullenme, 11. Davranışsal olarak boş verme, 12. Madde kullanımı, 13. İnkâr, 14. Zihinsel boş verme, 15. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi baş etme tutumunun daha çok kullanıldığını yorumlama olanağı sağlar.

Hesaplama ve analizler SPSS for Windows versiyon 15.00 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler için frekanslar, yüzdelere, ortancalar, ortalamalar ve standart sapmalar hesaplandı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Uygun olduğu tespit edildikten sonra ikili değişkenlerde Student-t testi, ikiden fazla

değişkende One Way ANOVA testi kullanıldı. Hasta grubunun hastalık süresi ile anksiyete ve depresyon toplam puanlarının arasındaki korelasyon Pearson korelasyon analizi ile incelendi. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ anlamlı farklılık göstergesi olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 74 kanser hastasının %35.1'i (s=26) kadın, %64.9'u (s=48) erkekti. 74 kişilik kontrol grubunun %48.6'sı (s=36) kadın, %51.4'ü (s=38) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 37.11 ± 15.35 (21-75); kontrol grubunun yaş ortalaması ise 35.85 ± 4.31 (28-55) idi. Hastaların ve kontrol grubunun öğrenim durumu Şekil 1 ve 2'de gösterilmiştir. Kanser hastalarının %48.6'sı (s=36) evli ve birlikte, %51.4'ü (s=38) ise tek (bekar, boşanmış, dul, ayrı yaşayan evli vd.) yaşıyordu. Kontrol grubunun %91.9'u (s=68) evli ve birlikte, %8.1'i (s=6) ise tek (bekar, boşanmış, dul, ayrı yaşayan evli vd.) yaşıyordu.



Şekil 2. Kontrol grubunun eğitim düzeyi .

Tablo 1. Çalışmada saptanan kanser türlerinin dağılımı

Kanser türü/yerleşimi	Sayı (n)	%
Hodgkin	9	12.2
Meme	9	12.2
Testis	8	10.8
Akciğer	8	10.8
Osteosarkom	6	8.1
Non-Hodgkin lenfoma	6	8.1
Melanom	5	6.8
Kalın bağırsak	3	4.1
Lenfoma	3	4.1
Over	2	2.7
Nöroendokrin	2	2.8
Akut miyeloid lösemi	1	1.4
Anaplastik lenfoma	1	1.4
Ewing sarkomu	1	1.4
Kronik myeloid lösemi	1	1.4
Medullablastom	1	1.4
Mezenkimal tümör	1	1.4
Multipl myelom	1	1.4
Pankreas	1	1.4
Prostat	1	1.4
Rektum	1	1.4
Safra kesesi	1	1.4
Serviks	1	1.4
Uterus sarkomu	1	1.4
Toplam	74	100.0

Hastalık süresi ortalama 2.81 ± 2.96 yıldır. Hastaların %2.7'sinde (n=2) kalp hastalığı, %4.1'inde (n=3) diyabet, %12.2'sinde (n=9) hipertansiyon, %1.4'ünde (n=1) hiperlipidemi, %2.7'sinde (n=2) eklem romatizması, %8.1'inde (n=6) tiroid hastalığı, %2.7'sinde (n=2) karaciğer hastalığı, %1.4'ünde (n=1) besin alerjisi, %1.4'ünde (n=1) ilaç alerjisi kansere eşlik ediyordu. Hasta grubunun %12.2'si (n=9) Hodgkin, %12.2 (n=9) meme kanseri, %10.8 (n=8) akciğer kanseri, %10.8'i (n=8) testis kanseri olmak üzere en sık rastlanan kanser türlerindedir. Çalışmada saptanan kanser türlerinin dağılımı **Tablo 1**'de, sık görülen kanser türlerindeki ortalama anksiyete ve depresyon puanları ise **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalama hasta grubunda 13.01 ± 10.47 , kontrol grubunda ise 8.55 ± 7.02 idi. Beck Depresyon Ölçeği puanı ortalama hasta grubunda 11.34 ± 7.92 , kontrol grubunda ise 6.96 ± 6.30 idi. Hasta grubunda anksiyete puanı azami 45'e ulaşmıştı, kontrol grubunda ise en fazla 29 idi. Hasta grubunda depresyon puanı azami 32'ye ulaşırken kontrol grubunda ise en fazla 26 idi. Sık rastlanan kanser türlerinde en yüksek anksi-

yete puan ortalaması meme kanserinde (17.33), en yüksek depresyon puanı ortalaması ise Hodgkin hastalığında (13.20) idi.

Kanser hastaları ile kontrol grubunun ortalama anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.003$) (**Tablo 3**). Kanser hastaları ile kontrol grubunun ortalama depresyon puanları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$). Kanserli hasta grubunun anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, güçlü bir ilişki vardı ($r=0.582$, $p<0.001$).

Hasta grubunda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi yönünden anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Kontrol grubunda da cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi yönünden anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hasta grubunun sigara içimi yönünden anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kanserli hastaların hastalık süreleri ile anksiyete ve depresyon puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı.

Depresyon puanları derecelendirilerek gruplar karşılaştırıldığında, grupların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.011$). Bu anlamlılık, depresyonu olmayanlarla hafif, orta ve ağır depresyonu

Tablo 2. Sık görülen kanser türlerinde ortalama anksiyete ve depresyon puanları

Kanser türü	Sayı (n)	%	Anksiyete Ortanca (min-max)	Depresyon Ortanca (min-max)
Hodgkin	9	12.2	11.0 (0-23)	13.0 (1-32)
Meme	9	12.2	16.0 (6-45)	13.0 (4-21)
Testis	8	10.8	8.5 (0-31)	8.0 (0-18)
Akciğer	8	10.8	11.5 (2-41)	12.0 (0-23)
Osteosarkom	6	8.1	8.5 (0-31)	6.0 (2-30)
Non-Hodgkin lenfoma	6	8.1	10.0 (7-21)	8.5 (2-18)
Melanom	5	6.8	4.0 (0-15)	1.0 (0-13)

Tablo 3. Grupların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması*

	Kanserli hasta (Ortalama \pm SS)	Kontrol (Ortalama \pm SS)	P
Beck Anksiyete Ölçeği	13.01 ± 10.47	8.55 ± 7.02	0.003
Beck Depresyon Ölçeği	11.34 ± 7.92	6.96 ± 6.30	<0.001

*Student t testi

olanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı (Tablo 4). Anksiyete puanları derecelendirilerek gruplar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.046$). Bu anlamlılık, orta düzeyde ve şiddetli anksiyetesi olanlarla diğerleri arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı (Tablo 5).

Hastaların Beck Anksiyete ve Depresyon puanları ile COPE ölçeği alt grup puanları arasında Pearson korelasyon analizi yapıldı. COPE ölçeği disfonksiyonel başa çıkma tutumlarından soruna odaklanma, duyguları açığa vurma ve davranışsal boşverme alt grubu ile BAÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0.366$, $p=0.001$; $r=0.294$, $p=0.011$). COPE ölçeğinin belirtilen iki alt grubu ile BDÖ puanları arasında da pozitif korelasyon vardı (sırasıyla $r=0.323$, $p=0.005$; $r=0.333$, $p=0.004$). COPE ölçeği sorun odaklı başa çıkma tutumlarından geri durma alt grubu ile BDÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0.287$, $p=0.013$).

Tartışma

Kanser hasta açısından ağrı veren, acı içinde ölümü hatırlatan, suçluluk ve kaygı yaratan, panik ve karışıklığa neden olan kronik bir hastalıktır.^[17] Burada amacımız onkoloji hastalarımızdaki depresyon ve anksiyete düzeyini belirlemek ve bu iki durumun hastalıkla başa çıkmadaki etkisini araştırmaktır.

Kanserli hastalardaki ruhsal bozukluk yaygınlığı %29-47 arasında saptanmıştır.^[8] Valente ve arkadaşları ile Bottomley, kanser hastalarının %25'nin hastalığın bir döneminde majör depresif bozukluk geçirebileceğini belirtmişlerdir.^[18,19] Tokgöz ve arkadaşlarının çalışmasındaki depresyon oranı %22 idi.^[3] Dođar ve arkadaşlarının çalışmasında %23.3 anksiyete, %10 depresyon, %18.3 anksiyete ve depresyon birlikteliği saptanmıştır^[20] Ferrario ve arkadaşlarının çalışmasında ise kanser hastalarındaki sürekli anksiyete düzeyi normal popülasyondan yüksek bulunmuştur.^[21] Çalışmamızda hasta grubunun %21.6'sının, kontrol grubunun ise %8.2'sinin depresif olduğunu saptadık. Hasta grubunun %33.8'inde, kontrol grubunun ise %16.2'sinde anksiyete saptadık.

Kanserli kadınlarda depresyon ve anksiyetenin sık görüldüğünü bildirilmekle birlikte, bu konudaki çalışmaların farklı sonuçları nedeniyle kesin yorum yapılamamaktadır. Pandey ve arkadaşları^[22] erkek hastalarda depresyonun daha sık görüldüğünü, Kaplan ve arkadaşları^[23] ise cinsiyetten bağımsız olarak depresyon ve anksiyetenin sık olduğunu bildirdiler. Dođar ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete ve depresyon oranları kadınlarda erkeklerle göre daha fazlaydı.^[20] Çalışmamızda cinsiyet yönünden kanser ve kontrol gruplarındaki anksiyete ve depresyon

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu sonuçta kanserli hasta grubunun %64.9'nun erkek olmasının rolü olabilir.

Kaplan ve arkadaşları ile Pillay ve arkadaşlarına göre düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birliktedir.^[24,25] McCall ve arkadaşları düşük eğitim düzeyinin majör depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğunu bildirdiler.^[26] Kanserde, düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel problemler için risk olduğu ve korelasyon gösterdiği vurgulanmıştır.^[19] Çalışmamızda ise eğitim düzeyi yönünden kanser ve kontrol grupları arasında anksiyete ve depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptayamadık. Bu sonuç bizim çalışmamızdan önceki çalışma sonuçları ile uyumsuzdur. Bu, kanser ve kontrol gruplarının yüksek oranda lise ve üniversite mezunlarından oluşmasından kaynaklanabilir.

Beşer ve Öz'e göre medeni durum hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyini etkilememektedir. Beşer ve Öz'e göre kanserde yaş, cinsiyet ve medeni durumun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememesi, kanserin bu faktörlerden bağımsız olarak doğrudan depresyon ve anksiyeteye yol açmasına bağlı olabilir.^[27] Çalışmamızda medeni durum yönünden kanser ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptayamadık. Bu sonuç, kanser ve kontrol gruplarının yeterli sosyal güvenceleri olması, tedavi ve bakım hizmetlerinin yeterli düzeyde olmasına bağlı olabilir.

Tablo 4. Grupların depresyon derecesi yönünden karşılaştırılması*

Depresyon derecesi	Kanser hastası		Kontrol		P
	%	n	%	n	
0-10= Yok	51.4	38	77.0	57	0.011
11-17= Hafif	27.0	20	14.9	11	
18-23= Orta	13.5	10	4.1	3	
24↑= Ağır	8.1	6	4.1	3	

*Ki-kare testi

Tablo 5. Grupların anksiyete derecesi yönünden karşılaştırılması*

Anksiyete derecesi	Kanser hastası		Kontrol		P
	%	n	%	n	
0-7= Minimal	35.1	26	52.7	39	0.046
8-15= Hafif	31.1	23	31.1	23	
16-25= Orta	23.0	17	13.5	10	
26-63= Şiddetli	10.8	8	2.7	2	

*Ki-kare testi

COPE ölçeği disfonksiyonel başa çıkma tutumlarından soruna odaklanma, duyguları açığa vurma ve davranışsal boşverme alt grubu ile BAÖ ve BDÖ puanları arasında pozitif korelasyon olması, hastaların anksiyete ve depresyon dereceleri arttıkça hayatlarını işlevselliğini yitirmiş bir tutumla sürdürdüklerini göstermektedir. Erdem ve arkadaşları sürekli kaygı puanları ile disfonksiyonel başa çıkma puanları arasında pozitif korelasyon saptadılar.^[28] COPE ölçeği sorun odaklı başa çıkma tutumlarından geri durma alt grubu ile BAÖ puanları arasında pozitif korelasyon olması, anksiyetesi artan hastanın toplum hayatından uzaklaştığını düşündürmektedir.

Onkolojideki gelişmeler baş döndürücü bir hızla ilerlese de hastalığın yol açtığı psikolojik yıkımdan kaçınılamaz. Psikopatolojinin değerlendirilmesindeki bir diğer temel nokta da, ölçek puanlarının ruhsal muayene bulguları ile birlikte düşünülmesidir. Diğer bir deyişle hastaların değerlendirilmesinde biyo-psiko-sosyal yaklaşım önem taşımaktadır. Çalışmamız, kanser hastalarında kontrol grubuna göre anksiyete ve depresyonun sıkı birlikteliğini ve şiddetini göstermiştir. Bu sonuç kanser hastalarında medikal tedavi ile birlikte psikiyatrik tanı ve tedavinin önemini ortaya koymaktadır. Birinci basamak hekimliğinde dikkat edilmesi gereken nokta ise, onkolojik tedavi görenlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin yakından izlenmesidir.

Kaynaklar

1. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann Behav Med* 2006;32:85-92.
2. Sloan PA, LaFountain P, Plymale M, Johnson M, Snapp J, Sloan, DA. Cancer pain education for medical students: the development of a short course on CD-ROM. *Pain Medicine* 2002;3:66-72.
3. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun A, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:59-66.
4. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 8): 58-61; discussion 62-63.
5. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, ve ark. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000;284:2907-11.
6. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004;Ek 2:63-9.
7. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:57-71.
8. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.

9. Freyer G, Geay JF, Touzet S, ve ark. Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: A GINECO study. *Ann Oncol* 2005;16: 1795-800.
10. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10:319-22.
11. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, ve ark. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33: 118-29.
12. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Dirioz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Int J Hemat Oncol* 2007;17:87-93.
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
14. Ulusoy M, Şahin N, Erkmn H. Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International quarterly*. 1998;12:163-72.
15. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56:267-83.
16. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kiran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221-6.
17. Özkan S. Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002;345-54.
18. Valente SM, Saunders F. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing* 1997;20:168-77.
19. Bottomley A. Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer* 1998;7:181-91.
20. Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, Hina I. Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *Pak J Med Sci* 2009;25:734-7.
21. Ferrario SR, Zotti AM, Massara Nuvolone G. A comparative assessment of psychological characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-oncology* 2003;12:1-7.
22. Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, et al. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World J Surg Oncol* 2006;4:1-5.
23. Kaplan CP, Miner ME. Relationships: Importance for patients with cerebral tumors. *Brain Inj* 2000;14:251-9.
24. Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression. prospective evidence from human population laboratories studies. *Am J Epidemiol* 1987;125:206-20.
25. Pillay AL, Sargent CA. Relation ship of age and education with anxiety, depression and hopelessness in a south africa community sample. *Prec Mot Skills* 1999;89:881-4.
26. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, et al. The prevalence of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-servicebeneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:557-65.
27. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemstirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7:47-58.
28. Erdem M, Çelik C, Doruk A, Özgen F. Coping Strategies In Adaptation To Distressing Situations. *Anatol J Clin Investig* 2008;2:101-5.

Geliş tarihi: 25.08.2011

Kabul tarihi: 05.11.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Gn. Dr. Tevfik Sağlam Caddesi
Etilik 06018 Ankara
e-posta: uaydogan06@gmail.com