

# Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler

Dr. Figen Ç. ATEŞÇİ<sup>1</sup>, Dr. Nalan K. OĞUZHANOĞLU<sup>2</sup>, Dr. Bahar BALTALARLI<sup>3</sup>,  
Dr. Filiz KARADAĞ<sup>1</sup>, Dr. Osman ÖZDEL<sup>4</sup>, Nursel KARAGÖZ<sup>5</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Kanserli hastalarda özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar yüksek oranlardadır. Bu bozukluklar tedavi edilmediği zaman tedavi uyumunda bozulma, hastanede kalış sürelerinde artış ve yaşam kalitesinde bozulma olabilir. Bu prospektif çalışmada kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve bu sıklığa etkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Onkoloji, dahiliye, kadın doğum ve genel cerrahi bölümlerinde tedavi gören 150 kanser hastası çalışmaya alındı. Psikiyatrik tanılar DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID- I) ile kondu. Ayrıca tüm hastalar Genel Sağlık Anketi (GSA) ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (HAD) ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Kanser hastalarının %28.7'si bir DSM-IV Eksen I tanısı almıştır. Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu (%14) ve majör depresif bozukluk (%11.3) en sık karşılaşılan tanılar olarak belirlendi. Psikiyatrik bozukluklar, kadınlarda, hastalığını bilenlerde, geçirilmiş psikiyatrik bozuklukluğu ve stres etmeni olanlarda fazlaydı.

**Sonuç:** Bu çalışmada kanser hastalarında en fazla depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu ve majör depresif bozukluğun bulunduğu, özkıyım düşüncelerine de sık rastlandığı saptanmıştır. Hastanede yatma, kadın cinsiyeti, hastalığın bilinmesi, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk ve stres etmenleri psikiyatrik bozukluklar için önemli risk etmenleridir. Bu sonuçlar, kanser hastalarında tıbbi tedavinin yanı sıra, psikiyatrik sorunların tanınması ve uygun yaklaşımların sağlanması önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmamızda kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukları tarayabilecek GSA ve HAD'nin etkinliği de belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Psikiyatrik bozukluk, kanser, depresif bozukluk, özkıyım

## SUMMARY: Psychiatric Disorders in Cancer Patients and Associated Factors

**Objective:** There is a high prevalence of psychiatric disorders, especially depression and anxiety, among cancer patients. If they are left untreated, especially depressive disorders, they may result in poor treatment compliance, increased hospital stays and reduced quality of life. The aim of this prospective study is to investigate the prevalence of psychiatric morbidity among cancer patients and the factors that predict psychiatric morbidity.

**Method:** One hundred and fifty patients with the diagnosis of cancer who were treated in different departments of the Pamukkale University Hospital were included in this study. Psychiatric diagnoses were made according to the criteria of DSM-IV with the SCID-I interview. In addition, all patients were evaluated using the General Health Questionnaire (GHQ) and the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS).

**Results:** 28.7% of cancer patients were found to have a DSM-IV Axis I diagnosis. The most common diagnoses were adjustment disorder with depressed mood (14%) and major depressive disorder (11.3%). Female gender, awareness of the diagnosis of cancer, history of previous premorbid psychiatric disorders and stress factors were correlated with psychiatric morbidity.

**Conclusion:** In this study, the most common diagnoses were adjustment disorder with depressed mood and major depressive disorder, suicidal ideations were also frequently found. Awareness of the nature of the illness, female gender and the duration of the illness were the parameters which predicted psychiatric morbidity. Careful attention should be paid to cancer patients in order to diagnose and treat their psychiatric disorders. Furthermore, two screening instruments (GHQ and HADS) performed satisfactorily for screening of psychiatric disorders in cancer patients.

**Key Words:** Mental disorders, neoplasm, depressive disorder, suicide

<sup>1</sup> Yrd. Doç., <sup>2</sup>Doç., <sup>4</sup>Öğr. Gör., <sup>5</sup>Hem., Pamukkale Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD, Denizli. <sup>3</sup>Yrd. Doç., Pamukkale Ü. Tıp Fak., Radyasyon Onkolojisi AD., Denizli.

## GİRİŞ

Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir olaydır. İlk aşamada verilen en yaygın tepki, şok ve inanmamadır. Bu dönemde görülen; tanının yadsınması, katlanılması güç olan gerçeğin yarattığı kaygı ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Bunun ardından kızgınlık ve depresyon gelişebilir. Zamanla hastanın gerçeği kabul edip, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yöneltmesiyle uyum süreci başlar. Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının sunulması kabullenışı kolaylaştırabilir (Özkan 1999). Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenler de bu yanıt sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kanser evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır. (Massie ve ark. 1993, Fawzy ve Greenberg 1996).

Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluklar %29-47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir. Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Hardman ve ark. 1989, Derogatis ve ark. 1983). Depresyon aynı zamanda özkıyım gibi ciddi sorunları da gündeme getirmektedir (Valente ve Saunders 1997).

Yapılan çalışmalarda özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, son dönemde yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır (Maguire ve Harrison 1994, Pettingale ve ark.1990, Derogatis ve ark. 1983). Klinisyenler için bu etmenlerin varlığı psikiyatrik bozuklukların araştırılması yönünde sinyal olabilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracaktır (Hardman ve ark.1989).

Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur. Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemli

dir. Çalışmamızda, kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların oranı ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma grubu, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi onkoloji, dahiliye, kadın doğum, genel cerrahi servislerinde Eylül 2000-Mayıs 2002 tarihleri arasında ardışık olarak yatarak veya ayaktan tedavi edilen kanser hastaları arasından seçilmiştir. Okur-yazar olmayan ve ayrıntılı psikiyatrik görüşme veya test uygulamasına engel olacak düzeyde bilişsel işlev bozukluğu gösteren terminal dönemdeki on iki hasta çalışma dışında bırakılmıştır. Üç hasta çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Diğer hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onay veren 150 hasta çalışma grubunu oluşturmuştur.

### Kullanılan Ölçekler

#### 1. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama

**Formu:** Bu formda hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek), hastalığına yönelik bilgileri, uygulanan tedaviyle (türü, süresi, yan etkileri gibi) ilgili bilgileri, psikososyal stres etmenleri ve özkıyım düşünceleri sorgulanmaktadır. Psikososyal stresler DSM-IV çok eksenli değerlendirme sistemine göre ilgili oldukları son bir yıl içindeki yaşam olaylarına (birincil destek grubuyla olan sorunlar, toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar, eğitimle ilgili sorunlar, mesleki sorunlar, barınma sorunları, ekonomik sorunlar, sağlık kuruluşlarına ulaşma, yasal sistemle ilgili ve diğer sorunlar) göre sınıflandırıldı (American Psychiatric Association 1994).

**2. Genel Sağlık Anketi (GSA):** Hasta tarafından doldurulan, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan ve psikiyatrik hastalıkları tarayan bir ölçektir. Ülkemizde anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları iki farklı araştırma ile yapılmıştır (Akbıyık ve ark. 1996, Kılıç 1996). Aslı 60 soruluk olan anketin, 30, 28, 20 ve 12 soruluk kısa formları kullanıldığında aslı kadar iyi sonuç alınan çalışmalar vardır. Zaman açısından kolaylık sağlaması nedeniyle en sık kullanılan formu 12 sorulu olanıdır. Çalışmamızda 12 soruluk GSA kullanılmış ve sonuçlar her bir yanıt seçeneğinin 0-1-2-3 şeklinde puanlandırıldığı likert tipi puanlamayla değerlendirilmiştir.

**TABLO 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

Yaş ortalaması ( $\pm$ ss)	55.1 $\pm$ 14.3 sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	72	48
Erkek	78	52
Medeni durum		
Evli	121	80.7
Bekar	5	3.3
Dul	23	16
Meslek		
Ev kadını	63	42
Serbest-çiftçi	44	29.3
Emekli	32	21.3
İşçi	7	4.7
Memur	2	1.3
İşsiz	2	1.3
Eğitim		
İlkokul	123	82
Orta	10	6.7
Lise	8	5.3
Yüksek okul	9	6

GSA-12 için kesme puanı 10/11'dir.

**3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):** Hasta tarafından doldurulan ve 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. HAD ölçeği Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilip geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ülkemizde ise geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir (1997) tarafından yapılmış olup kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.

**4. SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV/DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme):** DSM-IV sınıflandırmasına uygun olarak geliştirilmiş, birinci ekseninde yer alan psikiyatrik bozuklukların tanılarını koyma olanağı sağlayan yapılandırılmış bir görüşme yöntemidir (First ve ark. 1997). Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlaması yapılmıştır.

### İşlem

Hastalara bir psikiyatri hemşiresi tarafından ruhsal sağlık sorunlarını değerlendirmek amacıyla Genel Sağlık Anketi (GSA) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) verildi. Ardından ölçek sonuçlarıyla ilgili bilgisi olmayan bir psiki-

yatri uzmanı, hastalara psikiyatrik değerlendirme amacıyla DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uyguladı. Yine bu görüşme sırasında hastaların sosyodemografik özellikleri tarafımızdan hazırlanan "bilgi toplama formu" ile değerlendirildi.

### İstatistiksel Değerlendirme

Bulguların istatistiksel değerlendirmesi SPSS for Windows 10.0 paket programıyla yapılmıştır. Devamlı değişkenler için iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Students' t-testi, Mann Whitney U testi ve kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. Çapraz tablolarda beklenen değerlerin 5'den küçük olduğu durumlarda Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır. Hastalık süresi ile GSA ve HAD puanları ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle araştırılmıştır.

### BULGULAR

Hasta grubu 72 kadın (% 48) ve 78 erkek (% 52) toplam 150 hastadan oluşmakta, hastaların 115'i (%23.3) ayaktan, 35'i (%76.7) ise yatarak tedavi görmekteydi. Kadın hastalar (51.6  $\pm$  14.4), erkekler hastalara (58.38 $\pm$ 13.62) göre daha gençti ( $t=-2.91$ ,  $p=.04$ ). Hastaların tüm sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi hasta grubumuzda en sık karşılaşılan kanser türü hematolojik kanserlerdi. Hastalık süreleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%80.7) birinci yıl içinde olduğu görüldü.

Hastaların yaklaşık yarısının (%54, s:81) kanser tanısı hakkında bilgisi yoktu, %26.7'si (s:40) tanısını bilmekte, %19.3'ü (s:29) ise tahmin etmekteydi. Tanıların genellikle doktorlardan öğrenilmediği, hastalığın araştırma süreci ve uygulanan tedaviden dolayı tahmin edildiği dikkat çekiciydi. Hastaların %73.3'ü uygulanacak tedavinin türü, süresi, yan etkileri ve etkinliği gibi konularda bilgi sahibi değildi.

Görüşmeler sonrası 43 hastada (%28.7) psikiyatrik bozukluk saptandı (Tablo 3). Tüm psikiyatrik bozuklukların sırasıyla, %48.8'ini depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, %39.5'ini majör depresif bozukluk, %7'sini anksiyete ile giden uyum bozukluğu, %2.3'ünü yaygın anksiyete bozukluğu ve yine %2.3'ünü somatizasyon bozukluğu oluşturdu. Psikiyatrik bozuk-

**TABLO 2.** Kanser Tanılarının Dağılımı.

Tanı	Sayı	%
Hematolojik	36	24
Kadın genital	23	15.3
GIS (mide, kolon, rektum)	23	15.3
Akciğer	18	12
Üroloji (mesane, böbrek)	15	10
Meme	13	8.7
Baş-boyun	10	6.7
Cilt	6	4
Beyin	5	3.3
Primeri bilinmeyen metastatik kanser	1	0.7

luklar, yatan hasta grubunda (%42.9) ayaktan tedavi gören hastalardan (%24.3) yüksek bulundu ( $\chi^2= 4.49, p=.03$ ). Cinsiyetler açısından incelendiğinde kadınlarda (%36.1) erkeklerden (%21.4) fazlaydı ( $\chi^2= 3.7, p=.05$ ).

Ölçekler ile psikiyatrik tanı ilişkisine bakıldığında; psikiyatrik tanı grubun GSA ve HAD puanları ( $17.83\pm 6.47, 19.25\pm 9.47$ ) tanısı olmayanlardan ( $10.71\pm 4.65, 6.86\pm 5.81$ ) anlamlı derecede yüksekti (Mann Whitney U test,  $z=-6.07, -7.07, p=.001$ ) ve pozitif korelasyon göstermekteydi ( $r=802, p=.001$ ). GSA ve HAD'ın depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin duyarlılıkları sırasıyla; %86, %68.4, %75, özgülükleri ise; %56, %85.7, %91.1 olarak saptandı.

Özkıyım düşünceleri 18 hasta (%12) tarafından belirtildi. Kendilerini öldürme düşüncelerinden söz eden hastalar çocuklarının varlığı ve/veya dini inançları nedeniyle böylesi bir eylemi gerçekleştirme cesaretlerinin olmadığını belirttiler. Özkıyım düşünceleri olan hastalarda psikiyatrik bozukluk oranı (%55.6, s:10), olmayanlardan (%25, s:33) yüksekti ( $\chi^2= 7.2, p=.07$ ). Bu hastalardaki psikiyatrik tanıları incelendiğinde %33.4'ünde majör depresif bozukluk, %11.2'sinde depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, %5.5'inde anksiyete ile giden uyum bozukluğu ve yine %5.5'inde yaygın anksiyete bozukluğu saptandı. Kanser tanısının bilinmesi özkıyım düşüncelerini önemli derecede etkilememekte, bilenlerde %15, bilmeyenlerde ise %12.3 olarak birbirine oldukça yakın bulunmaktaydı. Tahmin edenlerde ise %6.9 olarak saptandı. Çalışma grubundaki hastaların %32'si aile bireylerinin yeterince destek olmadıklarını ve kendilerini yalnız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu grup hastalarda (%25, s:12) ailesel sorun tanımlamayanlara

(%5.9, s:6) oranla anlamlı derecede yüksek düzeyde özkıyım düşüncesi saptandı ( $\chi^2=11.1, p=.002$ ).

Hastaların %8.7'sinde önceden geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk vardı. Tanılar sırasıyla anksiyete bozuklukları (%4), depresif bozukluklar (%3.3), alkol bağımlılığı (%0.7) ve somatoform bozukluk (%0.7) olarak saptandı. Geçirilmiş psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, görüşme sırasında saptanan psikiyatrik bozukluklar (%69.2) anlamlı derecede yüksekti (Fisher's exact test,  $p=.02$ ).

Kanser tanısını bilen hastalarda psikiyatrik bozukluk oranı %35, tahmin edenlerde %41.4, bilmeyenlerde ise %21 olarak saptandı ( $p>.05$ ). Kanser olduğunu tahmin eden hastalar tanısını bilen hastalarla aynı grupta ele alınıp incelendiğinde; psikiyatrik bozukluk %37.7 oranla, tanıyı bilmeyenlerden (%21) anlamlı derecede yüksek bulundu ( $\chi^2= 5.07, p=.02$ ). Tanının bilinmesi ile eğitim düzeyleri ve kanser hastalığının süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Stres etmenleri incelendiğinde hastaların %46.6'sının psikososyal sorun tanımladığı, %34 oranla birincil destek grubu ile ilgili sorunların çoğunlukta olduğu, bunu %10 ile ekonomik, %1.3 ile mesleki ve yine %1.3 ile diğer sorunların izlediği saptandı. Birincil destek grubuyla ilgili sorun tanımlayan hastaların %94.1'i aile yakınlarının (eş ve çocuklar) kendilerine yeterince yardımcı olmadıklarını, anlamadıklarını ve yalnız bıraktıklarını ifade ettiler. Hastaların %24.7'sinin kanser tanısına ek olarak başka bir fiziksel hastalığı bulunuyordu. Bu hastalıklar içinde diyabet en sık karşılaşılan tanı oldu (%10). Psikiyatrik tanısı olan hastalarda, diğerlerine göre yüksek oranda stres etmeni (%62.8, s:27) saptandı ( $\chi^2= 6.2, p=.01$ ). Ancak ek fiziksel hastalıkların varlığıyla psikiyatrik tanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>.05$ ).

Tablo 4'te görüldüğü gibi kadın hastaların tüm ölçek puanları erkek hastalardan, stres etmeni tanımlayan hastaların, tanımlamayanlardan ve hastalık süresi bir yıldan uzun olan hastaların, birinci yılın içinde olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Hastalık süresi ile GSA (Pearson korelasyon testi,  $r=0.190, p=.02$ ) ve HAD-anksiyete ( $r=0.161, p=.04$ ) puanları arasında pozitif korelasyon saptandı.

**TABLO 3.** Kanser Hastalarının Psikiyatrik Tanı Dağılımı.

Psikiyatrik Tanı	Kadın		Erkek		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu	10	6.7	11	7.3	21	16
Anksiyete ile giden uyum bozukluğu	3	2	-	-	3	16
Majör depresif bozukluk	12	8	5	3.3	17	11.3
Yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu	-	-	1	0.7	1	0.7
Somatizasyon bozukluğu	1	0.7	-	-	1	0.7
Toplam	26	17.4	17	11.3	43	28.7
Tanı yok	46	30.7	61	40.7	107	71.3

## TARTIŞMA

Çalışmamızda kanser hastalarında, %28.7 olarak saptanan psikiyatrik bozukluk oranı Hardman ve arkadaşlarının (1989) bildirdiklerine (%29) yakın olmakla birlikte, diğer çalışmalarda bulunan (%38-77) oranlardan görece düşüktü (Derogatis ve ark. 1983, Devrimci ve Ünlüoğlu 1998, Şenol ve ark. 1994). Bu düşük oran, diğer çalışmalardaki hasta grubu sayısı ve kanser evrelerinin bizim hasta grubumuzdan farklı olduğundan kaynaklanmış olabilir. Özellikle terminal dönem kanser hastalarında, organik mental bozuklukların sıklığı psikiyatrik tanı oranlarını arttıran bir etmendir. Minagawa ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında ileri evre kanser hastalarında %53 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmış ve bunların %42'sinde deliryum, demans gibi tanılar bildirilmiştir. Oysa biz çalışma grubumuzu oluştururken ileri düzeyde bilişsel işlev bozukluğu olan hastaları dışladığımız için terminal dönemde görülen deliryum, demans gibi organik beyin bozukluklarına rastlanmadı. Psikiyatrik bozukluklar yatan kanser hastalarında, ayaktan izlenenlere oranla daha yüksek bulunmuştur (Aass ve ark.1997, Anuk ve ark. 1999). Aynı sonuç bizim hasta grubumuzda da saptandı. Olasılıkla, hastanede tedaviyi gerektirecek düzeyde bir sağlık sorununun varlığı ve hastane ortamında bulunma, bireylerin stresini artırarak baş etme becerilerini azaltmaktadır.

Önceki çalışmalara benzer olarak (Hardman ve ark. 1989, Alexander ve ark. 1993, Baştürk ve ark 1994, Soysal ve ark.1991) hastalarımızda depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu (%14) ve majör depresif bozukluk (%11.3) en sık karşılaşılan tanılar olarak belirlendi. Derogatis ve arkadaşları (1983) DSM-III-R kullanarak psikiyatrik tanılarını araştırdıkları bir çalışmada; hastaların %53'ünün strese normal bir yanıtla uyum

gösterdiklerini, %47'sinin ise bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu bildirmişlerdir. Psikiyatrik bozukluk tanılarının %68'i depresif duygudurum ile ya da anksiyete ile giden uyum bozukluğu olarak ilk sırada yer almaktadır. Çalışmamızda da uyum bozuklukları %55.8 oranla ilk sırada yer aldı.

Kanser tanısına genel olarak uyum dönemleri ile yanıt verildiği, zamanla bedensel sağlığın yitimine duyulan üzüntü ve ölüme ilişkin kaygı gibi nedenlerle klinik düzeyde depresyon gelişebileceği bildirilmiştir. (Elbi 1994, Angelino ve Treisman 2001). Kanser hastalarının %25'nin hastalıklarının bir döneminde majör depresif bozukluk geçirebilecekleri öngörülmektedir (Valente ve Saunders 1997, Bottomley 1998). Bizim hasta grubumuzda majör depresyon, uyum bozukluklarından sonra ikinci sırada bulundu. Benzer olarak Derogatis ve arkadaşları (1983) uyum bozukluğundan sonra, %13 oranla majör depresif bozukluğunun geldiğini saptamışlardır.

Önceden var olan psikiyatrik sorunlar kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklara yatkınlık sağlayan önemli etmenlerden biri olarak bildirilmektedir (Fawzy ve Greenberg 1996, Massie ve Holland 1990, Pirl ve Roth 1999). Bizim çalışmamızda da psikiyatrik bozukluğu olan hastalarımızda, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü yüksek oranda bulundu. Kanser gibi insan yaşamını tehdit eden bir stresle karşılaşan ve geçirilmiş ruhsal sorunları olan bireyler, yeni durumla baş etmede yetersiz kalabilmekte dolayısıyla uyum sürecini başlatmada güçlükler yaşayabilmektedirler.

Bazı izlem çalışmalarında hastalardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin hastalık süresi uzadıkça arttığı bildirilmektedir (Nordin ve ark. 2001, Ell ve ark. 1989). Çalışmamızda da hasta-

**TABLO 4.** Grupların Ölçek Puanları.

	HAD	HAD-D	HAD-A	GSA
Cinsiyet				
Kadın	12.06 ± 9.68	6.16 ± 5.20	5.58 ± 4.95	14.33 ± 6.55
Erkek	8.89 ± 8.06	4.61 ± 4.70	4.30 ± 3.72	11.29 ± 5.36
t değeri	-2.18*	1.91*	2.21*	3.11**
Stres				
Var (s:70)	12.48 ± 9.35	6.51 ± 5.10	5.94 ± 4.73	15.10 ± 6.44
Yok (s:80)	8.61 ± 8.30	4.35 ± 4.70	4.30 ± 3.99	10.70 ± 5.06
t değeri	-2.68**	-2.70**	-2.30*	-4.67***
Süre				
≥1yıl (s:122)	9.53 ± 8.60	4.95 ± 4.78	4.58 ± 4.22	12.05 ± 5.57
<1yıl (s:28)	14.28 ± 9.77	7.10 ± 5.58	7.17 ± 4.69	15.78 ± 7.52
z değeri	-2.61**	-1.88*	-3.10**	-2.42**

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\* : p<.001

GSA: Genel Sağlık Anketi, HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HAD-D: HAD depresyon alt ölçeği, HAD-A: HAD anksiyete alt ölçeği.

lık süresi uzadıkça GSA ve HAD-anksiyete puanları artmaktaydı.

Yapılan çalışmalarda, kontrol edilemeyen ağrı, tedavi edilmemiş depresyon, yetersiz sosyal destek, madde kullanımı, ailede özkıyım varlığı, kayıp gibi etmenlerin özkıyım riskini arttırdığı saptanmıştır (Emanuel ve ark. 1996, Valente 1993, Roth ve Holland 1994). Hastaların umutsuzluk, değersizlik ve yaşamdan vazgeçmişlik duyguları, özkıyım riskinin tanınmasını sağlayan ifadelerdir. Kanseri hastalarda %8 oranında bulunan özkıyım düşünceleri özellikle terminal dönemdeki hastalarda artmakta ve %2-6 oranlarında özkıyım girişimi görülmektedir (Valente 1993, Fawzy ve Greenberg 1996, Valente ve Saunders 1997). Çalışmamızda hastaların özkıyım düşünceleri %12 oranında saptanmıştır. Kendilerini öldürme düşüncelerinden söz eden bu hastalar herhangi bir girişimde bulunmamışlar, özellikle çocukların varlığı ve dini inançlarının eylemi gerçekleştirmelerine engel olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda özellikle depresyonun eşlik ettiği durumlarda özkıyım riskinin arttığı ayrıca madde kötüye kullanımı, umutsuzluk, sosyal desteklerin yetersizliği, hastalığın ilerlemiş olması gibi etmenlerin de riski arttırdığı bildirilmiştir (Pirl ve Roth 1999, Valente ve Saunders 1997). Bizim çalışmamızda özkıyım düşüncesi olan hastalarda, ailesel sorunlar ve psikiyatrik bozukluklar anlamlı derecede yüksekti ve özellikle depresif bozukluklar %80 oranla ilk sıradaydı. Görüldüğü gibi; psikiyatrik sorunun varlığı ve sosyal desteğin yetersizliği özkıyım düşünceleri-

ni arttırmaktadır. Bu nedenle psikiyatrik soruna yönelik sağaltım ve destekleyici yaklaşımların planlanması önemlidir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kanser tanısını bilmeme oranları %20 ile %37 arasında değişmektedir (Elbi ve ark. 1992, Şenol ve ark. 1994, Devrimci ve Ünlüoğlu 1998, Ersoy 2000). Bizde ise bu oran % 54 olarak saptandı. Çalışmamızda hastalarımızın çoğunluğunun erken dönemde oluşu, olasılıkla yadsıma eğilimini arttırmakta ve doktorların tanıyı söylemekten kaçınma tutumlarıyla da bu eğilim desteklenmektedir. Hastalarımızın çoğu hastanenin çeşitli birimlerinde tedavi görmekte, ancak bir kısmı onkoloji birimi tarafından izlenmekteydi. Bu durum hastalarda kanser değil de, başka bir hastalığı olabileceği düşüncesini kolaylaştırarak yine yadsıma eğilimini arttırmış olabilir. Çünkü kanser gibi ölümcül bir hastalığa sahip olmak ciddi bir kayıp duygusu yaratmakta, sakat kalarak başkalarına bağımlı olacağı, yakınlarının kendisinden uzaklaşabileceği korkularına yol açabilmektedir. Alexander ve arkadaşlarının (1993) yaptıkları bir çalışmada, tanısını bilmeyen hastalarda psikiyatrik bozuklukların düşük olduğu ve tedavi sonuçlarından daha fazla ümitli oldukları gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da psikiyatrik bozukluklar, kanser tanısını bilmeyen hastalarda bilenlere oranla daha az gözlemlendi. Tersine, Montgomery ve arkadaşları (1999) iyi bir bilgilendirmeye hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığını ve daha iyi uyum yapabildiklerini saptamışlardır. Benzer olarak Ersoy'un çalışmasında da (2000) kanser tanı-

sını bilen hastalarda Beck depresyon puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bizim kanser tanısını bilen hastalarımızda bilgilendirme, sağlık çalışanlarının desteğiyle açıklanmaktan çok sezgisel ve dolaylı yollarla olmuştur. Bu durum olasılıkla kansere atfedilen tüm olumsuz düşüncelerle birlikte psikiyatrik bozuklukların kanser tanısını bilmeyen hastalardan daha yüksek oranda saptanmasına neden olmuştur. Bu sonuçlar tanı ile ilgili bilgilendirmede, hastanın kişisel, kültürel özelliklerinin göz önüne alınmasının ve bu süreçte onkoloji ile psikiyatri klinikleri arasında kurulacak işbirliğinin önemini göstermektedir.

Duygusal iletişim ve gelecekle ilgili birçok alanda paylaşımın ifadesi olan sosyal desteklerin olmaması, kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk etmeni kabul edilmektedir (Breitbart 1995). Nordin ve arkadaşları (2001) kanser hastalarında özellikle duygusal ve maddi destek yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir. Bizim hastalarımızın da yaklaşık yarısında bildirilen ve genellikle birincil destek grubu ile ilgili olan psikososyal stres etmenleri, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda daha fazlaydı. Bu hastalar duygusal destek kaynağı olan eş veya çocuklarının kendilerini yeterince anlamadıklarını, tedavi aşamasında yardımcı olmadıklarını ve yalnız bırakıldıklarını ifade ettiler. Hasta yakınları ile hastalığı ve hastayı anlamaya yönelik yapılacak çalışmalar, stres etmeni olarak algılanan bu durumun değişmesine ve ilişkili psikiyatrik sorunların

azalmasına yol açabilecektir.

Kanser hastalarında psikiyatrik hastalıkların bireyi olumsuz yönde etkilediği, hastalığın seyri ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğu göz önüne alınırsa, erken tanı ve tedavi amacıyla onkoloji kliniklerinde kullanılabilecek bazı tarama testlerinin önemi artmaktadır. Bu testlerin belirlenmesi için yapılan çalışmalarda, özellikle kullanım kolaylığı açısından GSA ile bedensel belirti içermeyen HAD seçilmiş ve duyarlılıkları %65-75, özgüllükleri ise %60-90 gibi oranda bulunarak kullanılabilecek testler olarak bildirilmiştir (Hopwood ve ark. 1991, Costantini ve ark. 1999, Le Ferve ve Devereux 1999). Çalışmamızda ölçüklerin geçerlik ve güvenilirliklerini araştırmayı amaçlamadık, ancak GSA ve HAD'ın kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları, depresyon ve anksiyeteyi tanımda etkili olduğunu gördük.

Sonuç olarak; çalışmamızda çoğu erken dönemde olan kanser hastalarının %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu ve major depresyon tanıları en sık saptanan iki tanı grubu olmuştur. Psikiyatrik bozukluklar, en çok kadınlarda, hastanede yatanlarda, tanısını bilenlerde, geçirilmiş psikiyatrik bozukluğu olanlarda ve stres etmeni tanımlayanlarda saptanmıştır. Ayrıca GSA ve HAD'ın kanser hasta grubundaki psikiyatrik bozuklukları tanımdaki etkinliği de ortaya konulmuştur.

#### KAYNAKLAR

Aass N, Fossa SD, Dahl AA ve ark. (1997) Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Hospital. *Eur J Cancer*, 33:1597-1604.

Akbıyık Dİ, Önder ME, Gökkurt E ve ark. (1996) Genel sağlık anketi: üç ayrı puanlama yöntemine göre geçerlik ve test-tekrar test güvenilirliği. *3P Dergisi*, 4: 91-99.

Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasaagar MS (1993) Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*, 32: 623-626.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV. Baskı. Washington DC, AP Press (American Psychiatric Press).

Angelino AF, Treisman GJ (2001) Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer*, 9: 344-349.

Anuk D, Özkan M, Alçalar N (1999) İ.Ü.İTF konsültasyon liyezon psikiyatrisi bilim dalı psiko-onkoloji çalışmalarının 2 yıllık dökümü. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul, s.140-152.

Aydemir Ö (1997) Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 280-287.

Baştürk M, Ünal A, Turan T ve ark. (1994) Kanserli hastalarda mental bozukluklar. *Erciyes Tıp Dergisi* 16: 15-20.

Bottomley A (1998) Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer*, 7: 181-191.

Breitbart W (1995) Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer*, 3: 34-60.

Costantini M, Musso M, Viterboli P ve ark. (1999) Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7: 121-127.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J (1983) The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. *JAMA*, 297: 751-755.

Devrimci H, Ünlüoğlu G (1998) Kanser hastaları ve yakınlarının da psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*, 6: 196-206.

Elbi H, Özyaydemir G, Tamar M ve ark. (1992) Bir grup kanserli hastada psikososyal sorunlar ve yaklaşım. XVIIth Congress of the European Society for Medical Oncology. 7-10, Kasım, Lyon, France.

- Elbi H (1994) Kanserli hastada depresyon. Depresyon. Bekaroğlu M (Ed), Trabzon, s. 217-223.
- Ell K, Nishimoto R, Morvay T ve ark. (1989) A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer*, 63: 406-413.
- Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER ve ark. (1996) Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet* 347: 1805-1810.
- Ersoy MA (2000) Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *3P Dergisi*, 8: 17-26.
- Fawzy FI, Greenberg DB (1996) *Oncology. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Rundel JR, Wise MG (Eds) Washington DC, American Psychiatric Press, s. 673-694.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Hardman A, Maguire P, Crowther D (1989) The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Researc*, 33: 235-239.
- Hopwood P, Howell A, Maguire P (1991) Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br J Cancer*, 64: 353-356.
- Kılıç C (1996) Genel sağlık anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 3-9.
- Le Ferve P, Devereux J (1999) Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting : a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Pall Med*, 13: 399-409.
- Maguire P, Harrison J (1994) Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry*, 165: 593-598.
- Massie M, Holland J (1990) Depression and the cancer patients. *J Clin Psychiatry*, 51: 12-17.
- Massie M, Holland J, Passik S (1993) Kanserin psikiyatrik yönleri (çev.H Elbi). *Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu*, Özkan S (Ed), İstanbul, s. 221-238.
- Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S ve ark. (1996) Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer*, 78: 1131-1137.
- Montgomery C, Lydon A, Lloyd K (1999) Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res*, 46: 241-245.
- Nordin K, Berglung G, Glimelius B ve ark. (2001) Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer*, 37: 376-384.
- Özkan S (1999) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Kon-sültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul, s.140-152.
- Özkürkçügül A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 233-236.
- Pettingale KW, Morris T, Greer S (1990) Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*, 1: 49-50.
- Pirl FW, Roth JA (1999) Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology*, 13: 1293-1306.
- Roth AJ, Holland JC (1994) Treatment of depression in cancer patients. *Prim Care Cancer*, 14: 23-29.
- Soysal H, Arkonaç O, Erkoç S ve ark. (1991) Meme kanserli hastalarda mizaç ve anksiyete bozuklukları. *Düşünen Adam*, 4: 47-79.
- Şenol S, Bitlis V, Ünal E ve ark. (1994) Kanser teşhis ve tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5: 103-108.
- Valente SM, Saunders F (1997) Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing*, 20: 168-177.
- Valente SM (1993) Evaluating suicide risk in the medically ill patient. *Nurse Pract*, 18: 41-49.
- Zigmond AS, Snaith PR (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67: 361-370.