

Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler

Gül TOKGÖZ,¹ İrem YALUĞ,² Samuray ÖZDEMİR,³
Ayten YAZICI,¹ Kazım UYGUN,⁴ Tamer AKER⁵

ÖZET

Amaç: Dünyada iskemik kalp hastalığından sonra ikinci en sık ölüm nedeni kanserdir. Kanserli hastalarda psikiyatrik komorbiditenin yaşam boyu yaygınlığı %30-40'tır. Majör depresyon kanserli hastalarda en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Majör depresyon kanserli hastanın yaşam kalitesini, öz bakımını, tedaviye uyumunu, hastalığın gidişini ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada, kanserli hastalarda majör depresyonun yaygınlığını ve bu komorbiditeyi etkileyebilecek ilişkili etkenleri araştırdık. **Yöntem:** Onkoloji polikliniğine başvuran kanser tanısı konmuş olan 100 hasta (53 erkek, 47 kadın) çalışmaya alınmıştır. Katılımcılar DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) majör depresyon modülü ile Kanser Hastalarını Değerlendirme Formu kullanılarak değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Kanserli hastalarda majör depresyon yaygınlığı %22 idi. Majör depresyonun yaygınlığı kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksekti. Hastaların %50'sinde uyku bozukluğu saptandı. Uyku bozukluğu oranı meme kanserli hastalarda %20, akciğer kanserli hastalarda %15 olarak saptandı. Kanserli hastaların %11'inde intihar düşüncesinin olduğu belirlendi. Ölüm düşüncelerinin yaygınlığı yaşla birlikte artarken, kanser tanısının konmasından sonra geçen süre uzadıkça azalıyordu. **Tartışma:** Kanser tanısı konan hastalarda majör depresyon sık karşılaşılan bir psikiyatrik bozukluktur. Bu yaygınlık nedeniyle majör depresyon ve ilişkili etkenlerin erken tanınması uygun tedavi yaklaşımlarına yön verecektir. Kanserli hastalarda intihar düşüncesinin sıklığı da önemlidir. Onkoloji servis ve polikliniklerinde psikososyal destek ve psikiyatrik tedavi yaklaşımları üzerinde önemle durulmalıdır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59-66)

Anahtar sözcükler: Kanser, depresyon, psiko-onkoloji

Prevalence of major depression in patients with cancer and related factors

ABSTRACT

Objective: Worldwide, cancer is the second most frequent cause of death after the ischemic heart disease. Lifetime prevalence of psychiatric co-morbidities in cancer patients is 30-40%. Major depression is the most prevalent psychiatric disorder in patients with cancer. Major depression has a negative effect on quality of life, self-care, treatment compliance, prognosis, and treatment response of the cancer patient. In this study, we evaluated the prevalence of major depression in patients with cancer and the related factors which might affect this co-morbidity. **Methods:** Hundred patients with cancer (53 men and 47 women) who attended to oncology outpatient units were recruited to the study. Participants were assessed with 'Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) - Mood Disorders Module' and 'The Questionnaire for the Assessment of Patients with Cancer'. **Results:** The prevalence of major depression in patients with cancer was 22%. The prevalence of major depression was higher in women than in men. Insomnia was found in 50% of patients. Insomnia was recognized

¹ Uzm.Dr., ⁴ Prof.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İZMİT

² Yrd.Doç.Dr., ⁴ Prof.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİT

³ Arş.Gör.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr. İrem YALUĞ, Gardenya 5-5B D.40

E-posta: dryalug@yahoo.com

in 20% of patients with breast cancer and 15% of patients with lung cancer. Suicidal ideation was found in 11% of the patients with cancer. The prevalence of suicidal ideation increased with age and it decreased as the disease progressed. **Conclusion:** Major depression is a frequent psychiatric problem in the patients diagnosed with cancer. By reason of frequency, early recognition of major depression and the related factors will provide appropriate treatment. The frequency of suicidal ideation is even important in this population. Psychosocial support and psychiatric treatment approaches should be the focus of further attention in oncology clinics. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:59-66)

Key words: cancer, major depression, psycho-oncology

GİRİŞ

Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açan ciddi bir sağlık sorunudur. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıklıkta yer almaktadır.¹

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser kronik bir hastalık olup hem hasta, hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenir. Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlarına yansıtılmaktadır. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar. Hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir.² Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır. Kanser tanısı konan birey, kanserle ilgisi olmayan diğer yaşam olayları ile başa çıkmakta da zorlanır.³ Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. Hastanın fiziksel hastalığının şiddeti, gidişi ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu zamanla doğrudan etkileyecektir. Bu nedenle tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal desteğe de gereksinmesinin olduğu unutulmamalıdır. Hekimlerin kanser hastalarında majör depresyon (MD) gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gereklidir.^{1,4}

Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının yüksek (%30-40) olduğu belirtilmektedir. En sık belirtilen psikopatoloji MD'dur. MD, kanser hastalarında dikkate alın-

ması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyum ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir.^{4,5} Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir.³ Diğer risk etkenleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden başka bedensel hastalıklar ve depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır.⁶ Kanserde depresyona yol açabilen ilaçlar arasında prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, l-asparaginaz, tamoksifen, interferon, antihipertansifler, narkotikler, beta blokerler, benzodiyazepinler, antiparkinson ajanlar sayılabilir. Ayrıca hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, MSS tümörleri, üremi, ensefalit ve elektrolit dengesizliği depresyona yol açabilme potansiyeli taşıyan diğer nedenlerin başında gelir.⁷

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran 100 kanser hastasında MD'un yaygınlığı ve MD ile ilişkili olabilecek etkenler araştırılmıştır.

YÖNTEM

01 Ekim 2006-31 Aralık 2006 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran çeşitli kanser türlerine yakalanmış hastalar arasından araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 100 hasta sırayla çalışmaya alındı. Hasta seçiminde hastanın 18 yaşından büyük olmasına, görüşmeyi yapabilecek fiziksel ve zihinsel yeterlilikte olmasına, kanserin terminal dönemde olmamasına dikkat edildi. Hastalığın terminal dönemde olup olmadığı hakkındaki bilgi, hastayı bizzat izleyen onkoloji uzmanından alındı. Poliklinikte muayeneleri yapılan hastalar çalışmada hakkında bilgilendirildiler. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar, psikiyatrik görüş-

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellik	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	53	53.0
Kadın	47	47.0
Yaş grupları		
20 - 29	5	5.0
30 - 39	10	10.0
40 - 49	27	27.0
50 - 59	24	24.0
60 - 69	27	27.0
70 - 80	7	7.0
Medeni durum		
Evli	91	91.0
Bekar	3	3.0
Dul + boşanmış	6	6.0
Eğitim düzeyi		
Yok	17	17.0
İlkokul	45	45.0
Ortaokul	14	14.0
Lise	12	12.0
Yüksekokul	12	12.0
Meslek		
Ev kadını	41	41.0
Memur	12	12.0
Serbest	26	26.0
Emekli	10	10.0
İşçi	8	8.0
Yüksek nitelikli işçi	3	3.0
Sosyal desteği		
Var	95	95.0
Yok	5	5.0
Oturduğu yer		
Köy	14	14.0
Kasaba	11	11.0
Kent	75	75.0
Çocuğu		
Var	89	89.0
Yok	11	11.0
Kaçıncı çocuk olduğu		
1	27	27.0
2	33	33.0
3	14	14.0
4	10	10.0
5	16	16.0

me ve ölçeklerin uygulanmasından önce bilgilendirilmiş onam formunu imzaladılar. Ölçekle-

rin uygulanmasından önce her hasta ile bir psikiyatrist tarafından psikiyatrik görüşme yapılarak psikotik belirtiler ve diğer psikiyatrik tanılar dışlandı. Görüşme sonunda hastalara 'Kanserli Hastaları Değerlendirme Formu (KHDF)' ve 'SCID-I'in (Structured Clinical Interview for DSM-IV; DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu) MD Modülü' uygulandı. Uygulama sonunda psikiyatrik tedavi gereksinmesi olduğu belirlenen hastalar tedavilerinin planlanması için psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Hastalardan elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, iki bağımsız grubun kategorik ve diktom verilerini karşılaştırmak için ki-kare testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

SONUÇLAR

Çalışmaya alınan 100 kanserli hastanın %47'sini ($n=47$) erkekler, %53'ünü ($n=53$) kadınlar oluşturdu. Hastaların %27'si 40-49 yaş grubunda, %24'ü 50-59 yaş grubunda, %27'si 60-69 yaş grubunda ve %7'si 70-80 yaş grubunda; %91'i evli, %3'ü bekar, %6'sı boşanmış ya da duldu. Eğitim düzeyine göre sınıflandırıldıklarında, 17 hasta eğitimsiz olup, 45 hasta ilkokul, 14 hasta ortaokul, 12 hasta lise, 12 hasta

Tablo 2. Kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımı

Kanser türü	Kadın	Erkek
Akciğer	5	22
Over	3	0
Mesane	0	1
Mide	3	5
Lenfoma	3	0
Cilt	0	1
Malign fibröz histiyositom	1	0
Karaciğer	1	0
Larinks	0	2
Meme	26	2
Kolon	6	8
Özofagus	0	1
Beyin	0	2
Pankreas	3	0
Sarkom	0	2
Nazofarinks	0	1
Safra kesesi	1	0
Kemik	1	0

Tablo 3. Depresyon yaygınlığının bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Özellikler	Var		D e p r e s y o n Yok		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Erkek	6	12.8	41	87.2	47	100.0	0.04
Kadın	16	43.2	37	69.8	53	100.0	
Yaş grubu							
20 - 39	4	26.7	11	73.3	15	100.0	0.7
40 - 59	9	17.6	42	82.4	51	100.0	
60 ve üzeri	9	26.5	25	73.5	34	100.0	
Medeni durum							
Evli	18	19.8	73	80.2	91	100.0	0.1
Bekar veya dul	4	44.5	5	55.6	9	100.0	
Eğitim düzeyi							
Yok	7	41.2	10	58.8	17	100.0	0.2
İlkokul	8	17.8	37	82.2	45	100.0	
Ortaokul ve üzeri	7	18.4	31	81.6	38	100.0	
Meslek							
Ev kadını	13	31.7	28	68.3	41	100.0	0.2
Memur	3	25.0	9	75.0	12	100.0	
Serbest	2	7.7	24	92.3	26	100.0	
Emekli	1	10.0	9	90.0	10	100.0	
İşçi	3	27.3	8	72.7	11	100.0	
Sosyal desteği							
Var	20	21.1	75	78.9	95	100.0	0.3
Yok	2	40.0	3	60.0	5	100.0	
Kardeş sayısı							
1 - 2	2	22.2	7	77.8	9	100.0	0.8
3 - 4	8	25.0	24	75.0	32	100.0	
5 - 6	6	17.2	29	82.9	35	100.0	
7 ve üzeri	6	25.0	18	75.0	24	100.0	
Oturduğu yer							
Köy	5	35.7	9	64.3	14	100.0	0.4
Kasaba	2	18.2	9	81.8	11	100.0	
Kent	15	20.0	60	80.0	75	100.0	
Çocuğu							
Var	19	21.3	70	78.7	89	100.0	0.5
Yok	3	27.3	8	72.7	11	100.0	

yüksekokul ya da üniversite mezunuydu. Kadın hastaların 41'i ev kadını idi. Diğer hastaların 12'si devlet memuru, 8'i işçi ve 3'ü yüksek eğitilmiş işçi, 26'sı serbest meslek sahibi ve 10'u emekli idi. Hastaların %95'i sosyal desteğinin olduğunu belirtti. Hastaların %75'i kentte yaşarken, %14'ü köyde, %11'i kasabada yaşıyordu (Tablo 1).

Çalışmaya alınan hastalardan kadınlarda meme kanseri, erkeklerde akciğer kanseri en büyük oranı oluştuyordu (Tablo 2).

Hastaların %22'sinde MD saptandı. MD kadın hastalarda erkeklere göre daha sıklıkla (sırasıyla %43.2 ve %12.8, $p=0.04$). MD'ü olan ve olmayan hastalarda yaş, cinsiyet, meslek, medeni

Tablo 4. Tüm örneklemede depresif belirtilerin cinsiyete göre dağılımı

Depresif belirtiler	Kadın	Erkek	Toplam	p
Depresif duygudurum				>0.05
Var	19	17	36	
Yok	28	29	57	
Eşik altı	6	1	7	
Sinirli ruhsal durum				>0.05
Var	18	17	35	
Yok	30	29	59	
Şüpheli	5	1	6	
İgide azalma, zevk alamama				>0.05
Var	24	14	38	
Yok	29	32	61	
Şüpheli	0	1	1	
Kilo değişikliği				>0.05
Var	41	43	84	
Yok	9	2	11	
Şüpheli	3	2	5	
Uyku bozukluğu				0.003
Var	34	16	50	
Yok	16	30	46	
Şüpheli	3	1	4	
Ajitasyon/retardasyon				0.017
Var	15	6	21	
Yok	34	41	75	
Şüpheli	4	0	4	
Enerji kaybı				>0.05
Var	22	19	41	
Yok	25	21	46	
Şüpheli	6	7	13	
Değersizlik				>0.05
Var	14	9	23	
Yok	37	36	73	
Şüpheli	2	2	4	
Dikkatte azalma				>0.05
Var	13	9	22	
Yok	35	33	68	
Şüpheli	5	5	10	
Ölüm düşünceleri				>0.05
Var	6	5	11	
Yok	41	40	81	
Şüpheli	6	2	8	

durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek varlığı, kardeş sayısı, hastanın oturduğu yer ve çocuk sahibi olma gibi değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (Tablo

3).

Depresyon belirtilerinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, uyku bozukluğu (K=34, E=16)

Tablo 5. Depresyon yaygınlığının önceki psikiyatrik bozukluk, tanıyı bilme ve tedavi biçimiyle ilişkisi

Özellikler	Var		D e p r e s y o n Yok		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Önceki psikiyatrik bozukluk							0.2
Tedavi gerektiren (depr., panik)	4	40	6	60	10	100.0	
Tedavi gerektirmeyen	8	25.8	23	74.2	31	100.0	
Yok	10	16.9	49	83.1	59	100.0	
Tedavi şekli							
Kemoterapi alan	19	27.1	51	72.9	70	100.0	0.1
almayan	3	10.0	27	90.0	30	100.0	
Operasyon olan	10	17.9	46	82.1	56	100.0	0.3
olmayan	12	27.3	32	72.7	44	100.0	
Tanı süresi							0.7
1 yıl	11	24.5	34	75.6	45	100.0	
2 yıl ve üzeri	11	20.0	44	80.0	55	100.0	
Metastaz							0.7
Var	3	27.3	8	72.7	11	100.0	
Yok	19	21.4	70	78.7	89	100.0	
Ek sistemik hastalık							0.2
Var	13	28.9	32	71.1	45	100.0	
Yok	9	16.4	46	83.6	55	100.0	

ve ajitasyon/retardasyon belirtileri (K=15, E=6) kadınlarda erkeklere göre daha fazlaydı ($p<0.05$). Diğer depresyon belirtileri açısından iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Kanser tedavisi görenlerde enerji kaybı %41 oranında bulundu. Hastaların %11'inin ölüm ve intihar düşünceleri olduğu belirlendi, ancak hastaların hiçbirisinde intihar girişimi öyküsü yoktu. Metastatik tümörü olan 11 hastanın üçünde ölüm düşüncesi vardı (Tablo 4).

Çalışmaya alınan tüm hastaların %50'sinde uyku bozukluğu saptandı. Depresyon tanısı konan hastalarda uyku bozukluğu oranı anlamlı düzeyde yüksekti; depresyon tanısı konan 22 hastanın 21'inde uyku bozukluğu saptanırken (%95.5), belirtileri depresyon tanı ölçütlerini karşılamayan 78 hastanın sadece 33'ü (%42.3) uyku bozukluğundan yakınıyordu. Uyku bozukluğunun en sık görüldüğü kanser türleri meme ve akciğer kanserleriydi. Meme kanseri hastalarında %20, akciğer kanseri olanlarda %15 oranında uyku bozukluğu saptandı. Hastaların geçmiş psikiyatrik öyküleri sorgulandığında, %10'u daha önce psikiyatrik bir tanı konduğunu belirtti; bunların altısına depresyon, onuna panik bozukluğu tanısı konmuştu. Elli dokuz

hastaya daha önce hiç psikiyatrik tanı konmamıştı, 31 hastaya ise daha önce psikiyatrik bir tanı konup konmadığı kesin olarak bilinmiyordu. Önceden psikiyatrik bozukluk tanısı konanlarda depresyon görülme sıklığında artış görülmedi. MD'ü olan hastalarda olmayan hastalara göre önceki psikiyatrik bozukluk, deprem deneyimi ve tedavi biçimi, tanı süresi, metastaz, ek sistemik hastalık varlığı gibi değişkenler açısından bir fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Depresyon, ciddi yeti yitimine yol açan hastalıkların %4.4'ünden sorumludur.⁸ Kanser ve depresyon birlikteliği literatürde sık bildirilmiştir. Kanser hastalarında depresyonun tanısının ve izlenmesinin gerektiği gibi yapılamaması hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, yatış süresini uzatmakta ve tedavi planına uyumunu azaltmaktadır.¹⁻⁵

Sekiz yıl süren ve on bin hastanın alındığı bir çalışmada MD ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini artırdığı bulunmuştur.⁸ Literatürde tedavi edilmeyen depresyonun ilerleyici gidişi hızlandırdığı belirtilmiştir.^{7,9} Bu nedenle depresyon

kanser hastalarında mutlaka araştırılması gereken bir komorbiditedir. Bu çalışmada kanser hastalarında depresyon oranı %22 olarak saptanmıştır. Bu veri oldukça yaygın bir ruh sağlığı sorununa işaret etmektedir. Organ tümörlerinde depresif bozukluk yaygınlığının %20-50 arasında olduğu bildirilmektedir.¹⁰ Grassi ve ark. 277 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, depresyon tanı ölçütlerinin hastaların %24.9'unda karşılandığını bildirmiştir.¹¹ Düşük gelirli kadın kanser hastalarında yapılan bir taramada depresyon yaygınlığı %24 olarak bulunmuştur.⁵ Ülkemizde yapılan ileriye dönük bir çalışmada 150 kanser hastasında psikiyatrik bozuklukların sıklığı araştırılmış, majör depresif bozukluğun sıklığı %11.3 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda, hastalığını bilenlerde ve geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda psikiyatrik bozukluk oranı daha yüksek olarak bulunmuştur.¹² Bu oranların eşik altı depresyonu içermediği ve kanser hastalığı ilerledikçe değişebileceği unutulmamalıdır.

Çalışmaya alınan MD'ü olan ve olmayan hastalarda kanserin etkilediği organ sistemleri açısından bir fark saptanmamıştır. Meme kanserli hastalarda %32, solunum sistemi tümörü olan hastalarda %22.2 ve sindirim sistemi tümörü olan hastalarda %20.4 oranında MD vardı. Bu oranlar daha önce belirtilen oranlara benzerdir. Örneğin, vaka kontrollü bir çalışmada Okamura ve ark. meme kanserli hastaların ilk nükslerinde depresyon yaygınlığını %22 olarak bulmuştur.¹³ Coyne ve ark.¹⁴ meme kanserli hastalarda, Prieto ve ark.¹⁵ ise hematolojik kanseri olan yatan hastalarda depresyon yaygınlığını %9 olarak bildirmiştir. Burgess ve ark. 222 erken dönem meme kanserli kadında depresyon ve anksiyete bozukluklarını tanı sırasında %33, bir yıl sonra %15 ve nüks tanısı konulduğunda %45 olarak saptamıştır.¹⁶

MD'un yaygınlığı araştırılırken her hastanın aynı kanser türüne, yaşa, evreye, tanı zamanına ve tedavi biçimine sahip olmadığı unutulmamalıdır. Literatürde bildirilen yaygınlık oranları birbiriyle çelişmekle birlikte, bu tutarsızlık tıbbi, bireysel ya da çalışmaların yöntemi ve kullanılan araçlar arasındaki farklılıklar ile açıklanabilir.^{1,10} Kanser hastalarında önceden duygudurum bozukluğu ya da alkol bağımlılığı öyküsü, hastalığın ileri evrede olması, kontrol edilemeyen şiddetli ağrıların olması ya da uygulanan tedavi rejimleri depresyon görülme sıklığını artıran nedenlerdir.^{1,4} Çalışmamızda MD'ü olan hastalarda olmayanlara göre geçirilmiş psikiyatrik bozukluk tanıları açısından fark saptan-

mamıştır.

Literatürde kanser tedavisi gören hastalarda enerji kaybı ve yorgunluk %25-99 arasında bulunmuştur.¹⁷ Çalışmamızda da literatüre benzer oranlar elde edilmiştir (%41). Önceden yapılmış çalışmalarda yorgunluğun ilerlemiş kanser evresi ve kemoterapi ya da radyoterapi almakla yakın ilişkisinin olduğu gözlemlenmiştir.

Literatürde hastaların yaşı ile ölüm düşünceleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Genç hastalarda ölüm korkusunun yaşlı hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.¹⁸ Bu durum genç hastaların yaşamlarına ilişkin beklentilerinin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bulgular, ölüm düşüncesinin 20-40 yaş grubu arasında %5, 40 yaş üstünden %15.5 olduğunu göstermektedir ($p>0.05$). Çalışmamızda cinsiyetler arasında intihar düşüncelerinin yoğunluğu açısından anlamlı fark görülmemiştir. Kastenbaum, kemoradyoterapi alırken metastaz saptanan hastalarda ölüm düşüncelerinin artmadığını belirtmiştir.¹⁸ Çalışmamızın bulguları ise, metastatik tümörü olan hastalarda ölüm düşüncesinin daha fazla olduğu yönündedir (tümünde %11, metastatik tümörü olanlarda %27; $p>0.05$). Ölüm düşüncesinde artış olmasına karşın hastaların hiçbirinde intihar planı ya da intihar girişimi öyküsü yoktu. İntihar girişimi öyküsünün bulunmaması, Türkiye'nin çeşitli sosyal ve kültürel özellikleri ile açıklanabilir. Nitekim Türk toplumunda halkın büyük çoğunluğunun dindar bir kimliği vardır ve intihar dinin şiddetle yasakladığı bir durum olarak kabul edildiğinden, dini inançlar hastaların isteseler bile bu düşünceleri gerçekleştirmesine engel olmaktadır.

Fiziksel bir hastalığın şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkileyebilecek ruhsal durumların tanı ve tedavisi hastanın yaşam kalitesini, bakımını ve tedaviye uyumunu doğrudan etkileyecektir. Psikiyatrik konsültasyon çalışmalarına ait veriler, kanser hastalarındaki bilinen sıklığına karşın, depresyonun yeterince tanınmadığını ve tedavi edilmediğini göstermektedir. Kanser tanısı konan bireylerde MD sık ve yaygın bir sorundur.

Bu hasta grubunda sık karşılaşılan uyku bozukluklarının çoğu MD ile ilişkilidir. MD, kanser hastalarında ölüm düşünceleri ve intihar eğilimine de neden olabileceği için, erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Kanserli hastaların tıbbi tedavinin yanında psikososyal desteğe de gereksinimlerinin olduğu unutulmamalıdır.

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. Ulutin HC. Kanserli hastada psikolojik sorunlar. *FTR Bil Der* 2006; 9:39-41.
3. Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* 2001; 4:184-191.
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. Turan AH. Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevalansı ve Bunların Psikososyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, 1992.
6. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 2:63-69.
7. Arkan K. Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik Gelişim* 2004; 17:77-86.
8. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:396-402.
9. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:269-282.
10. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3:2.
11. Grassi L, Travado L, Moncayo FL, Sabato S, Rossi E, SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 2004; 83:243-248.
12. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:145-152.
13. Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 2005; 35:302-309.
14. Coyne JC, Palmer SC, Shapiro PJ, Thompson R, DeMichele A. Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:121-128.
15. Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2005; 23:6063-6071.
16. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; 330:702.
17. Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg G. Fatigue in cancer patients and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *Eur J Cancer* 2002; 38:27-43.
18. Kastenbaum RJ. *The Psychology of Death*. Second ed., New York, Springer, 1992.