

# Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

## Depression and the Factors Affecting the Quality of Life in Cancer Patients

Ruhuşen Kutlu<sup>1</sup>, Selma Çivi<sup>1</sup>, Melih Cem Börüban<sup>2</sup>, Ayşe Demir<sup>1</sup>

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D.<sup>1</sup>, Tıbbi Onkoloji B.D.<sup>2</sup>, Konya

### Özet

Bu tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında 1-30 Mart 2008 tarihlerinde tedavi gören 102 kanserli hasta oluşturmuştur. Yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-Brief kullanılmıştır. Depresyon durumu Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastaların %57.8'i erkek (n=59), %42.2'si kadın (n=43), yaş ortalamaları 49.7±15.2 idi. Hastaların BDÖ ortalaması 12.4±9.9 (min=0, max=48) olarak tespit edildi. BDÖ' ne göre sırasıyla %47.1'i (n=48) normal, %21.6'sı (n=22) hafif, %18.6'sı (n=19) orta, %12.7'si (n=13) şiddetli derecede depresyonda idi. Kanserli hastaların cinsiyeti, mesleği, eğitimi ve medeni durumu depresyonu etkilememiştir (p>0.05). Yaşam kalitesi skorları ile depresyon durumu karşılaştırıldığında genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet (p=0.000), genel sağlık ve yaşam kalitesi (p=0.000), fiziksel sağlık (p=0.011), sosyal ilişkiler (p=0.000), psikolojik sağlık (p=0.000) ve çevre alanı (p=0.000) depresyon olmayanlarda depresyon olanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek idi. Kanserli hastalarının yaşam kalitelerinin ölçülmesi hem hastalığı daha iyi tanımanıza yardım edecek, hem de tedavi yanıtının daha iyi değerlendirilmesini sağlayacaktır. Kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon major sorunlar olup, bunların üstesinden gelmek için bu problemleri anlamak gerekir ve psikolojik yardım esastır.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, kanserli hasta, yaşam kalitesi.

### Abstract

This descriptive and cross sectional study was conducted to assess the depression and the quality of life (QoL) in cancer patient. The sample of the study consisted of 102 the patients with cancer, treated at Medical Oncology Department of, between 1-30 March 2008. WHOQOL –Brief was used to evaluate the patients' quality of life. Depression status was evaluated with Beck Depression Inventory (BDI). Of the interviewees, 57.8% were male (n=59), 42.2% were female (n=43), and the mean age was 49.7± 15.2. The mean value of Beck depression was found as 12.4±9.9 (min=0, max=48). According to the BDI, 47.1% (n=48) were normal, 21.6% (n=22) mild, 18.6% (n=19) moderate and 12.7% (n=13) were severely depressed respectively. The gender, occupation, education and marital status of the people with cancer had not effected the depression (p>0.05). When we compared the QoL scores and depression status, there was a significant difference in perception of overall health and the satisfaction from life (p=0.000), general health and quality of life (p=0.000), physical health (p=0.011), social relationships (p=0.000), psychological health (p=0.001) and environmental (p=0.000) between the depressive people and non-depressive ones statistically. Assessing quality of life in cancer patient will provide better understanding of the disease and will improve the evaluation of the therapy response. Anxiety and depression are the major concerns in cancer patient and it is necessary to understand these problems in order to cope with them, and psychological aid is essential.

**Key words:** Depression, people with cancer, quality of life.

### 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 2010 yılı itibarı ile ABD verilerine göre 85 yaş altında birinci sırada yer almaktadır (1). Kanser milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır (2). En sık görülen psikiyatrik problemler uyum bozukluğu ve majör depresyondur (MD). MD kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyumunu ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir (1-4).

Yazışma Adresi: Ruhuşen Kutlu, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D., Konya  
e-posta: ruhuse@yahoo.com  
Geliş Tarihi: 04.11.2010 Yayına Kabul Tarihi: 24.05.2011

Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir (3,4). Kanser içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi günlük yaşamından kopartan bir yük taşır. Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında başlangıçta şaşırır, olanlara inanmaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duyguların hakim olduğu yaş dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşa isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Nadiren de kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yaş dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya depresyona dönüşür (5). Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin

değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler (4,5).

Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini artırabilecektir (6). Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir.

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır. Tıp alanında yaşam kalitesi hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (7,8). Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı "doyum" şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olup bireyin fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar ve değerlendirmeler gerektirmektedir. Tedavinin amacı semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelmeye ve yaşam süresinin uzamasıdır (9,10).

Bu çalışma kanserli hastaların yaşam kaliteleri, depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Örneklem grubu

Bu tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında 1-30 Mart 2008 tarihlerinde yatarak tedavi gören 102 kanserli hastada yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Tıp Fakültesi etik kurul onayı alındı. Araştırmacılar arasında çalışma protokolü belirlendi. Kanser hastalarına çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakıldı. Veri toplama aracı olarak hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruların yer aldığı anket formları ile yaşam kalitesini ölçmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-Brief) kullanıldı. Depresif belirtiler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi (11).

### Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği depresyon düzeylerini değerlendirmek için kullanılan ve 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (11,12). Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir, bunların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Puanlar toplam 0-63 arasında değişir, toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir.

Beck Depresyon Ölçeğinde toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok", 10-16 ise "hafif", 17-23 ise "orta", 24 ve daha fazla ise "şiddetli depresyon" olarak değerlendirildi (12,13). Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan benzer araştırmalarda, BDÖ değeri kesim noktası olarak farklı değerler alınmakla birlikte, genel olarak kesim noktası (cut off değeri) 17 olarak alınmıştır (13). Çalışmamızda kesim noktası 17 olarak alındı.

### WHOQOL-Brief yaşam kalitesi ölçeği

Global WHOQOL çalışması 1992 yılında, o güne dek geliştirilen genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin batı kaynaklı

olması ve ancak batılı kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanımları gerekçesi ile, dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla başlatılmıştır. WHOQOL ölçeği halen 40'dan fazla dil ve kültürde geçerli olmak üzere hazırlanmıştır (14).

Dünya Sağlık Örgütü'nün WHOQOL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde WHOQOL Türkiye Grubu tarafından Türk dilinin ve kültürünün sağlıklı ilgili yaşam kalitesini uluslararası düzeyde standardize edecek olan çalışmaya 1995 yılında Eser ve arkadaşları katılmışlardır. WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-Brief (kısa form) olmak üzere iki sürümü mevcuttur. Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacı ile Türkler için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi kısa formu (WHOQOL Brief TR) kullanılmıştır. WHOQOL-Brief, orijinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 global ve birde ulusal soru olmak üzere 27 sorudan oluşmaktadır. WHOQOL-Brief, uzun ölçeğin aksine 4 alan (domain)'den oluşmuştur, ayrı ayrı bölümleri (fasetleri) yoktur. Bu form ile bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesi (G.S.Y.K) fizik, sosyal, psikolojik ve çevre ile ilgili iyilik durumları ortaya konulmaktadır. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (14).

### Beden Kitle İndeksi

Hastaların boy ve kiloları ölçülerek beden kitle indeksi (BKİ) = Ağırlık (kg)/Boy<sup>2</sup>(m) formülü ile hesaplandı. BKİ değeri 18.50'nin altında olanlar zayıf, 18.50-24.99 arasında olanlar normal kilolu, 25.0-29.99 arasında olanlar fazla kilolu, 30.0 ve üzerinde olanlar obez olarak değerlendirildi (15).

### İstatistik analiz

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS 13,0 paket programında yapıldı. Verilerin analizinde minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde değerleri ile önemlilik testi olarak Ki-kare ve Student T testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 102 kanserli hastanın %57.8'ini (n=59) erkekler, %42.2'sini (n=43) kadınlar oluşturdu. Kadın hastaların yaş ortalamaları 48.3± 14.3 (min=18, ortanca=50, max=78) yaş, %90.7'si ev hanımı, %86.0'ı evli, %7.0'ı bekar, %51.2'si 50 yaş ve daha genç idi. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri sıra ile %22.5 sıklıkta meme kanseri, %20.0 mide kanseri, %15.0 sıklıkta kolon kanseri idi. Erkek hastaların yaş ortalamaları 50.8±15.8 (min=15, ortanca=53.5, max=82) yaş, %83.1'i evli, %13.6'sı bekar, %32.8'i emekli, %41.4'ü 50 yaş ve altında idi. En sık görülen kanser türü erkeklerde 1.sırada %31.5 sıklıkla akciğer kanseri, 2. sırada %25.9 sıklıkla mide kanseri, 3. sırada %7.4 sıklıkla mesane kanseri idi. Hastaların %11.6'sı spor yaparken %78.4'ü spor yapmıyordu. Vücut kitle indeksine göre hastaların % 2.9'u zayıf, %60.8'i normal, %26.5'i fazla kilolu, %9.8'i obez idi. Hastaların depresyon durumu BDÖ ile değerlendirildiğinde %47.1'i normal olup, %21.6'sı hafif, %18.6'sı orta şiddette, %12.7'si şiddetli depresif belirti düzeyinde saptandı. (Tablo 1).

BDÖ kesim noktası 17 alındığında, 32 hasta (%31.4) depresif idi. Kanserli hastaların cinsiyeti, yaşı, mesleği, eğitimi, sigara içme durumu, beden kitle indeksi, kanser türleri, spor faaliyetleri ve medeni durumu depresyonu etkilememiştir (p>0.05).

Kanser hastalarının sigara içme durumuna bakıldığında % 49.0'ı hiç içmemiş, %44.1'i daha önce sigara içip bırakmış, %6.9'u halen içiyordu. Sigaraya başlama nedeni %74.5'inde sosyal çevre ve arkadaş etkisi ile olmuştu, %52.5'i evde çocuklarının yanında da sigara içiyordu

**Tablo1.** Kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	43	42.2
Erkek	59	57.8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	86	84.3
Bekar	11	10.8
Dul	5	4.9
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	40	39.2
Memur	6	5.9
Esnaf	20	19.6
Çiftçi	8	7.8
Emekli	21	20.6
İşçi	5	4.9
Öğrenci	2	2.0
<b>Spor yapma</b>		
Var	22	11.6
Yok	80	78.4
<b>BedenVücut kitle indeksi</b>		
18.5 altı zayıf	3	2.9
18.5-24.99 arası normal	62	60.8
25-29.99 arası fazla kilolu	27	26.5
30 ve üstü obez	10	9.8
<b>Depresyon durumu</b>		
9 ve altı normal	48	47.1
10-16 arası hafif depresyon	22	21.6
17-23 arası orta depresyon	19	18.6
24 ve üzeri şiddetli depresyon	13	12.7

(Tablo 2). Kanser hastalarının %62.3'ünün genel durumu iyi, %33.8'inin orta, %3.9'unun kötü idi. Genel sağlık ve yaşam kalitesi %4.9'unda çok kötü, %14.7'si biraz kötü, %43.1'i ne iyi ne kötü, %31.4'ü oldukça iyi, %5.9'unda çok iyi idi. Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet %13.7'si hiç hoşnut değil, %16.7'si çok az hoşnut, %25.5'i ne hoşnut ne değil, %40.2'si epeyce hoşnut, %3.9'u çok hoşnut idi (Tablo 3). Yaşam kalitesi skorları ile depresyon durumu karşılaştırıldığında fiziksel sağlık ( $p=0.011$ ), sosyal ilişkiler ( $p=0.000$ ), psikolojik sağlık ( $p=0.000$ ) ve çevre alanı ( $p=0.000$ ) puanları depresyon olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek idi (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Günümüzde kanser yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanmakta ve tedavisindeki önemli gelişmelere karşın, en fazla korkulan hastalık olmaya devam etmektedir (9,16). Kanser erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde çoğunlukla ölüme yol açan, tedavi sürecinde depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları başta olmak üzere çeşitli derecelerde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser kliniği ve kemoterapotik ajanların yan etkileri de depresif semptomlara benzer yakınmalara neden olmaktadır.

**Tablo 2.** Kanser hastalarının sigara içme durumu

	n	%
<b>Halen sigara içme durumu</b>		
Evet her gün içiyorum	6	5.9
Hayır hiç içmedim	50	49.0
Bıraktım	45	44.1
Ara sıra içiyorum	1	1.0
<b>Sigaraya başlama nedeni</b>		
Sosyal çevre ve arkadaş etkisi	38	74.5
Özenti	10	19.6
Zevk	3	5.9
<b>Evde sigara içme durumu</b>		
Var	53	52.5
Yok	48	47.5
<b>Arkadaşların sigara içme durumu</b>		
Hemen hepsi içiyor	20	19.6
Çoğu içiyor	19	18.6
Bazıları içiyor	38	37.3
Hiç içmiyorlar	25	24.5
<b>Medya etkisi</b>		
Evet	64	62.7
Hayır	38	37.3

Kanserli hastalarda depresyon sıklığı %4.5-%58.0 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlarda bildirilmiştir (5). Derogatis ve arkadaşlarının 215 kanserli hastada yaptığı çalışmada %13 sıklıkta major depresyon olduğu bildirilmiştir (17). Massie ve arkadaşları ise konsültasyon istenen 546 kanser hastasında %54.0 uyum bozukluğu, %9.0 major depresyon saptamışlardır (18). Ateşçi ve arkadaşlarının çalışmasında kanser hastalarının %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (19). Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu ve major depresyon tanıları en sık saptanan iki tanı grubu olmuştur. Bizim çalışmamızda BDÖ sonuçlarına göre kanserli olgularda %21.6 (n=22) hafif, %18.6 (n=19) orta, %12.7 (n=13) şiddetli derecede depresyon saptandı.

Mc Daniel ve arkadaşları depresyon yaygınlığının pankreas kanserinde %50.0, orofarinks kanserinde %22-40.0, meme kanserinde %13-26.0 olduğunu belirtmişlerdir (20).

Meme kanserli olgularda depresyon sıklığı Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yapılan çalışmada %19.0, Lueboonthavatchai'in Tayland'da yaptığı çalışmada % 16.7 olarak saptanmıştır (21,22). Her iki çalışmada da sosyal destek, özellikle aile desteğinin depressif semptomları azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir. Newport ve arkadaşları da çalışmalarında yüksek mortalite oranlarının yanı sıra kanserli hastalarda depresyonun, yaşam kalitesini azaltmakta olduğunu ve hastanede yatış sürelerini uzattığını belirtmişlerdir (23). Kanserli olgularda depresyon sıklığını Wilson ve arkadaşları (2007) %20.7, Valente ve ark. (1997) %20-25, Güren ve ark. (2005) %36.0 olarak saptamışlardır (24-26). Bizim bulgularımızda yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Anksiyete ve depresyonun hastalığın tedavi sürecinde yaşanması olası semptomları daha çok artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir (27). Ayrıca kanser olmak ve kanser tedavisi almak

**Tablo 3.** Kanser hastalarının genel durum ve yaşam kalitesi

	n	%
<b>Genel durum</b>		
İyi	64	62.3
Orta	34	33.8
Kötü	4	3.9
<b>Genel sağlık ve yaşam kalitesi</b>		
Çok kötü	5	4.9
Biraz kötü	15	14.7
Ne iyi ne kötü	44	43.1
Oldukça iyi	32	31.4
Çok iyi	6	5.9
<b>Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet</b>		
Hiç hoşnut değil	14	13.7
Çok az hoşnut	17	16.7
Ne hoşnut ne değil	26	25.5
Epeyce hoşnut	41	40.2
Çok hoşnut	4	3.9

hasta bireyin aile, iş ve sosyal yaşamını etkilemesinin yanı sıra, duygusal durumunu da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Literatürde de bireyin kanser ve tedavisinin olumsuzluklarından dolayı anksiyete yaşaması ve depresyona girmesi sonucunda, bireyin anlama ve kavrama düzeyi bozulmakta, duygularını paylaşma ve baş etme yöntemlerini kullanma becerileri azalmakta, sosyal etkileşimde bulunma ve sosyal destek alma zorlaşmakta, hastalıkla savaşıma gücü azalmakta, tedaviye uyumu azaltmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta, maliyeti arttırmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (25,28-30). Kanser hastalarında görülen psikolojik zorlanmalar, fiziksel durum, ağrı, yeterlilik, duygusal iyilik hali, sosyal ilişkiler, hastalık uyumu ve rollerle ilişkili bulunmuştur (31). Çalışmamızda en sık görülen kanser türü erkeklerde 1.sırada %31.5 sıklıkla akciğer kanseri, 2. sırada %25.9 sıklıkla mide kanseri, 3. sırada %7.4 sıklıkla mesane kanseri idi. Erkeklerde sigara nedenli kanserler görüldüğü üzere önemli ölçüde fazla idi. Sigara primer korunma ile önlenilebilir bir kanser etkenidir. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri ise sıra ile %22.5 sıklıkta meme kanseri, %20.0 mide kanseri, %15.0 sıklıkta kolon kanseri idi. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da meme kanseri kadınlarda görülen kanserler içinde birinci sıklıkta yer almakta olup, erken tanının önemi karşımıza

çıkılmaktadır. Jiménez-Garcia ve arkadaşlarının İspanya'da yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzerinde mamografi ve 18-69 yaşlarında Pap smear ile taramaların kanserde erken tanıda önemli olduğu vurgulanmıştır (32).

Karakoyun-Celik ve arkadaşlarının meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesi ve kanserle mücadeleyi olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (21). Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi skorları ile depresyon durumunu karşılaştırıldığında genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet ( $p=0.000$ ), genel sağlık ve yaşam kalitesi ( $p=0.000$ ) fiziksel sağlık ( $p=0.011$ ), sosyal ilişkiler ( $p=0.000$ ), psikolojik sağlık ( $p=0.000$ ) ve çevre alanı ( $p=0.000$ ) depresyon olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek bulundu.

Kanser tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi kanserin tedavisinin tüm aşamalarında önemlidir (2). Hasta için en iyi, en yararlı olan ve yaşam kalitesini bozmayıp düzelterek yaklaşımlar her zaman tercih edilecektir. Bu hastalara psikolojik, davranış terapileri ve bu konuda eğitimlerin verilmesi yaşam kalitesini arttıracaktır. Kanser hastalarında yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hem hastalarda ağrının azalmasına, hem de performanslarının artmasına yol açacaktır (33,34). Beser ve Öz'ün çalışmalarında kemoterapi öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali ve fiziksel fonksiyon puanının ise depresyonu olanlarda daha düşük olduğu ( $p<0.05$ ) tespit edilmiştir (29, 35). Bizim çalışmamızda da depresyon arttıkça yaşam kalitesinin her alanda önemli ölçüde azaldığı dikkati çekmiştir. Kanser genellikle aşırı duyarlılık, kırılganlık, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkuların görüldüğü, klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle endişe uyandıran kronik bir hastalıktır. Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi skorları ile depresyon durumu karşılaştırıldığında genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet, genel sağlık ve yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre alanında elde edilen bulgular depresyon olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksek bulundu.

Anksiyete ve depresyon tedavi süresince arttığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için, sağlık çalışanlarının hastalarda anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal belirtileri iyi tanımları ve depresyon düzeylerini değerlendirerek hastaya uygun tedavi ve bakım standardı geliştirebilmeleri gerekmektedir. Kanserli hastaların yaşam kaliteleri ile ilgilenmek, onlara emosyonel ve psikososyal destek sağlamak sağlık çalışanlarının temel görevi olmalıdır. Multidisipliner ekip çalışması anlayışı ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için onkolog (radyasyon, cerrahi, medikal), onkoloji hemşiresi, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, "bütüncül tedavi ve bakım" yaklaşımı ile tedavi ve bakım vermelidir.

**Tablo 4.** Depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi

	BDÖ <17 (depresyon yok) Ortalama±SD	BDÖ ≥17 (depresyon var) Ortalama±SD	p
Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet	3.3857±1.01143	2.2813±1.02342	0.000
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	3.4143±0.84258	2.6875±0.93109	0.000
Fiziksel Sağlık Alanı	70.8571±113.59696	34.6875±15.77143	0.011
Psikolojik Sağlık Alanı	64.4143±12.84635	45.3750±19.70222	0.000
Sosyal İlişkiler Alanı	68.3857±16.63965	45.6875±20.62012	0.000
Çevre Alanı	62.9143±12.97237	46.1250±16.58944	0.000

**KAYNAKLAR**

1. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010;60(5):277-300.
2. Berard RM. Depression and anxiety in oncology:the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62[suppl 8]:58-61.
3. Manne SL, Andrykowski MA. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? II. Using empirically supported therapy guidelines to decide. *Ann Behav Med* 2006;32(2):98-103.
4. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med* 2006;32(2):93-7.
5. Elbi H. Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5(1):5-10.
6. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989;33(2):235-9.
7. Lazovich D, Robien K, Cutler G, Virnig B, Sweeney C. Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. *Cancer* 2009;115(18 Suppl):4283-97.
8. Myrdal G, Valtysdotir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. *Thorax* 2003;58:194-7.
9. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L, et al. Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *UHOD* 2008;18 (2):99-106.
10. Yeşilbalkan OU, Akyol AD, Cetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi* 2005;21:13-31.
11. M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-71.
12. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
13. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel L, Ergin A, Ergin N, Ateşçi F, Karadağ F. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J* 2005;46(1):96-100.
14. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21(1):37-48.
15. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obes Res* 1998;6(suppl 2):51S-209S.
16. Ofiaz F. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002;4(1):65-72.
17. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1988;249(6):751-7.
18. Massie MJ, Holland JC, Straker N. Psychotherapeutic interventions. *Handbook of Psychooncology*, JC Holland, JR Rowland (Ed), NewYork, Oxford University Press 1989; 470-91.
19. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:145-52.
20. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(2):89-99.
21. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol* 2010;27(1):108-13. Epub 2009 Feb 19.
22. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007;90(10):2164-74.
23. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998;45(3):215-37.
24. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(2):118-29.
25. Valente SM, Saunders JM. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nurs* 1997;20(3):168-77.
26. Güren E, Tekgül S, Bilaçeroğlu S, Arslan S, Çimen P, Taşdöğen N, et al. Akciğer kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerindeki değişimler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2005;19(3):83-91.
27. Lee JI, Kim SH, Tan AH, Kim HK, Jang HW, Hur KY, et al. Decreased health-related quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. *Health Qual Life Outcomes* 2010;15(8):101.
28. Jorum EA. Quality of Life in Survivors of Hogkins' Disease. *Quality of Life Research* 1996;5(5): 257-267 .
29. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1):61-8.
30. Petti HG. Relationship between quality of life and depression in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 1998;108:147-52.
31. Okamura H, Akechi T, Kaguya A, et al. Depression in patients with advanced cancer. In: Eguchi K, Klastersky J, Feld R, eds. Current perspectives and future directions in palliative medicine. New York: Springer 1998; 67-76.
32. Jiménez-García R, Hernandez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil A. Prevalence and predictors of breast and cervical cancer screening among Spanish women with diabetes. *Diabetes Care* 2009;Aug;32(8):1470-2. Epub 2009 May 26.
33. Singh DP. Quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Indian J Palliat Care* 2010;16(1):36-43.
34. Thomas BC, Ramdas K, Pandey M. Chemotherapy and quality of life: a case study. *J Indian Med Assoc* 2010;108(1):49-50.
35. Beser NG, Öz N. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7: 47-58.