

Kanser Hastalarında Depresyon

Depression in Cancer Patients

Beyhan Bağ

Özet

Onkoloji hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olan depresyonun hastalığın seyrine ve hastanın yaşam kalitesine olumsuz etkilerinin olduğu araştırmalarla belirlenmiştir. Bu saptamalara karşın tedavi ve bakımda bu etken yeterince göz önünde bulundurulmamaktadır. Psiko-onkoloji son yıllarda göstermiş olduğu gelişimiyle birlikte hastaların tıbbi tedavinin yanı sıra ve hastanın psikososyal yönden desteklenmesi ve gerektiğinde psikiyatrik tedavi ve bakım alması arasında önemli bir bağ kurulmuştur. Kurulan bu bağla birlikte tedavi ve bakımın önemli koşulu olan biyo-psiko-sosyal modelin kanser hastalarında uygulanması amaçlanmıştır. Bu hedefe ulaşılması için tüm sağlık personelinin kanser hastalarında bulunması olası olan psikiyatrik hastalıklara karşı duyarlı olması gerekmektedir. Bu duyarlılığı artırmada sağlık personeline yönelik onkolojik hastalarda en çok görülen depresyonla ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi başlangıcı oluşturabilir.

Anahtar sözcükler: Kanser, depresyon, psiko-onkoloji.

Abstract

Researches in the field revealed that depression is one of the most common psychiatric disorder in cancer patients which negatively affects cancer treatment and the patient's quality of life. However treatment and care of this factor has not been sufficiently considered yet. With the development of psycho-oncology, an important link between the cancer patient's treatment and psycho-social support for the patient and psychiatric treatment and care for the if it is needed has been established. With this connection, use of bio-psycho-social-model in cancer patient to improve their care has been proposed. To achieve this goal, medical staff is expected to realize patients' psychosocial need and the presence of any psychiatric disorders. For the medical staff working in oncology services, in-service training should be organized to increase the awareness about depression in the cancer patients.

Key words: Cancer, depression, psycho-oncology.

DEPRESYON toplumda en yaygın görülen hastalıklardan birisidir.[1] Son on yıl içinde Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da yapılan büyük ölçekli çalışmalarda depresyonun yaygınlık oranı %6.7 ile %87 arasında bulunmuştur.[2-4] Amerika'da tüm depresyon tanısı alan vakaların %30'unda ağır depresyon saptanmıştır.[3] Ülkemizde ise depresyon prevalansı ile ilgili çalışmalara rastlamak mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) eşgüdümünde, 1989-1993 yıllarında 14 ülkede yapılmış olan "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" çalışmasının Türkiye ilişkin verileri de ICD-10 (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması) tanı dizgesini temel alan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI Composite International Diagnostic Interview) kullanılan bu araştırmada

%11.6 oranında depresyon tanısı konmuştur. Türkiye'de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan diğer bir araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasıdır. Bu çalışmada depresif nöbet yaygınlığı %4.0 olarak bulunmuştur. Yaygınlık oranları kadınlarda %5.4, erkeklerde ise %2.3'tür.[5]

Yalnız yaşama, düşük eğitim seviyesi, daha düşük sosyal statüye sahip olma ve yaşlılık, stresli yaşam olayları, fiziksel hastalıklar, aile düzeninde bozulma ve çatışmalar depresyonda önemli risk faktörü olarak değerlendirilir.[2,6] Ülkemizde dahil birçok ülkede en sık ölüm nedeni olarak ikinci sıradaki kanser, hasta, hasta yakınları ve toplum için ciddi psikolojik-sosyal sorunları ve iş gücü kayıplarını beraberinde getirir. Hastalığın tedavi ve bakımına psikolojik ve psiko-sosyal sıkıntılar da eklendiğinde, maliyet daha da artar.[7,8] Kanser hastalığının teşhisinden sonra herhangi bir depresif bozukluğun hasta bireyde görülme olasılığı %40 gibi oldukça kesin rakamlarla ifade edilmektedir. Bu oranın yarısı yani %20'si ağır depresif bozukluklar, diğer yarısı ise hafif depresif bozukluklardır.[7,8] Çeşitli terapilerle ilgili yapılan araştırmalar kanser hastalarındaki kaygı ve depresyonun tedavi edilebilir olduğunu gösterir. Bu tedavilerin hastalardaki yaşam kalitesinin ve hastalıkla başa çıkma mekanizmalarını olumlu yönde aktive ettiği de anlamına gelir.

Depresyonun hastanın yaşamını yalnızca olumsuz etkilemez ve aynı zamanda alınan sağlık hizmetlerinde maliyeti artışına neden olur. Ülkemizde henüz emekleme aşamasında olan psiko-onkolojik hizmetlerin bir an önce onkolojik tedavinin içine eklenip ücretlendirilmesiyle bu maliyet daha da somutlaşacaktır.[8] Ayrıca onkolojide çalışan sağlık personelinin, hastalarda ortaya çıkabilmesi olası depresif belirtilere duyarlılığın artırılması ve erken tanılama için düzenli aralıklarla hizmet içi programlarının bu alandaki sağlık maliyetlerine getireceği olumlu katkı yadsınamaz olacaktır. Tedavide bir başarıdan söz edebilmek için hastadan sorumlu tüm ekibin birlikte çalışması beklenir. Bu amaçtan yola çıkarak hazırlanmış bu yazıda onkolojik hastalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan birisi olan depresyonun tüm yönleriyle sunumu amaçlanmıştır.

Fiziksel Hastalıklarda Depresif Bozukluklar

Son yıllardaki epidemiyolojik çalışmalarda fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların birlikte incelenmesine yönelik ilgi artmaktadır. Kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet ve solunum hastalıkları gibi ciddi hastalıklarda psikiyatrik bir komorbidite (eş tanı) olarak özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygın olarak bulunduğu saptanmıştır.[12] Kronik hastalarda bulunan psikiyatrik eş tanıları, yalnızca tıbbi hizmetlerin kullanımı ve bununla bağlantılı olarak da maliyetleri artırmaz, aynı zamanda uyum sorunlarına, yaşam kalitesinde azalmaya, hastanın hastalıkla mücadelesini olumsuz etkileyerek mortalitenin yükselmesine de neden olur. Ayrıca depresyon gibi psikiyatrik bozukluğun bir fiziksel hastalığa eşlik etmesi sağlık sistemi için maliyet artışı anlamına gelir. Depresif bozukluğun birlikte görüldüğü kalp hastalarında depresyonun eşlik etmediği diğer kalp hastalarıyla karşılaştırıldığında hastaneden taburcu olduktan sonraki bir yıl içindeki maliyetin ilk grup hastalarda göre ortalama %41 düzeyinde artmış olduğu gözlenmiştir.[13]

Fiziksel hastalıklarla psikiyatrik bozukluklar arasındaki karmaşık etkileşimleri açıklamak için büyük ölçekli çalışmalara gereksinim vardır. Bu araştırmalarda iyi sonuca

ulaşmak için büyük ölçekli çalışmalar gereksiniminin yanı sıra fiziksel ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki bu ilişkinin iyi bir şekilde tanımlanması için alt grup özelliklerin (cinsiyet, yaş, etnik grup gibi) incelenmesi gerekir. Bu çalışmalarda, standart geçerliliği olan bir ölçümle yapılan taramayla ile ruhsal bozukluklardan çoğunlukla depresyon ve anksiyete bozuklukları saptanır. Psikiyatrik bozukluklara tanı koyarken en geçerli ölçüt psikiyatri uzmanı tarafından yapılandırılmış bir klinik görüşme sonucunda DSM-IV (Uluslararası Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik El Kitabı) (SCID- DSM Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi) kriterlerini dikkate alarak bozukluğun tanınmasıdır.[14] Büyük ölçekli popülasyon çalışmaları zaman ve maliyet açısından sorunludur. Burada DSÖ'nün psikiyatrik bozukluk için CIDI kullanılır.[15] CIDI'nin elektronik sürümü (CAPI) mevcuttur. Söz konusu bilgisayar sürümü 1989'da Almanya'da ve Amerika'da bir ulusal araştırmada kullanılmıştır.[2] Fiziksel ve psikiyatrik eşanılar üzerinde yapılan epidemiyolojik araştırmalar genellikle fiziksel bir hastalığı olan hasta bireyler üzerinde kesitsel incelemelerdir. Dünya Sağlık Araştırması, fiziksel hastalıklarda psikiyatrik eşanı olarak depresyonun eşlik etmesinin fiziksel hastalığa olumsuz bir etkisinin olduğunu ortaya koymuştur.[16]

Kronik hastalıklarda anksiyete bozukluklarının ve depresyonun görülmesinin nedeni çok çeşitlidir;

- Kronik hastalıklarda hastalık prognozu genelde geri dönüşümsüz bir biçimde ilerler. Genelde hastalığın gidişatı önceden kestirilemez ve hastalığın tedavi umutları sınırlıdır.
- Kronik bir hastalığın olması; fiziksel aktivitelerde azalma, ağrı, uygulanan tedavinin yan etkileri, hastane yatışları, yakınlarından bir süreliğine ayrı kalma, beden imajının bozulması tehdidi ve sürekli sağlık personeline bağımlı olma gibi bireysel ve sosyal alanda kayıplar
- Yaşamı tehdit eden akut olaylarda (akut koroner sendrom veya kanser tanısının alınması gibi) veya tedavi esnasında (kemoterapi gibi) yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırlar.[17,18]
- Bir kronik hastalığı olan bireyin sağlığını ve gelecekle ilgili perspektiflerini kaybetmesiyle birlikte geçici depresyon ve anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması uyumun normal bir parçası olarak sayılır. Buradaki ölçü, bireydeki kaygı bozukluğu veya depresyonun hastalıkla başa çıkmasında başarı veya başarısızlığına neden olmasıdır. [19]

Depresif bozuklukların bir kronik fiziksel hastalığı olan bireyde görülmesi olasıdır. Kelleci ve arkadaşları, [20] 247 kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde gerçekleştirdikleri çalışmada tüm gruplarda anksiyete bozukluklarının yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada depresyonun özellikle kanser ve kalp hastalarında yüksek olduğu da saptanmıştır. Somatik belirtileri olmayan depresyon, bir psikiyatri hastasındaki depresyonla karşılaştırıldığında bireysel kategoriler bazında ve belirtilerin görünümü ve ortaya çıkış açısından farklılık gösterir. Uyum bozuklukları başlığı altında psikoreaktif bozukluklar diğer bozukluklarla daha sıktır. Fiziksel bir hastalıkta özellikle ciddi bir hastalıkta depresyon, sağlık personeli tarafından hastalığın tanı ve tedavisinin zamanında yapılabilmesi ve özellikle yaşamı tehdit eden hastalık durumlarında normal bir reaksiyon olarak göz önünde bulundurulması gerekir. Bazen bu noktada yas ve depresyonun belirtileri bulanıklaşabildiğinden sağlık personeli durumun geçici olduğunu düşünüp teda-

viyle ilgili herhangi bir girişimde bulunmayarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz oranda etkileyebilecek durumların ortaya çıkmasına yol açar. Kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde ilk karşılaşılan olası yas ve patolojik yasin depresyondan ayırt edilmesi depresyon tanılanmasında önemlidir.[11, 21]

Yas

Birçok araştırmacı yas ile baş etme sürecinde kişilerin değişik evrelerden geçtiklerini dile getirir. Bu evreler şok, inanmama ve inkar sonrasında akut somatik, duygusal rahatsızlık ve sosyal çekilme, sonunda da yeniden toparlanma dönemi ve iyileşmedir. Bu evrelerde yaşanan duyguların niteliği, sırası ve yoğunluğunun bireyler arasında büyük farklılıklar gösterir. Yas sınırları belirsiz, evrelerin iç içe geçtiği bir süreçtir.[22]

Yas bireylerde normal ve sağlığı onarıcı bir süreç olarak ortaya çıkarken, patolojik yas ile psikopatolojik belirtilerle görülen depresif bozukluklar hastanın yaşamını açık bir şekilde sınırlar ve kronikleşme eğilimi gösterir. Yas, çeşitli evreleri olan bir kayıp karşısında kayıp olan nesneye yönelik gösterilen (örneğin sağlığın kaybedilmesi veya hastanın yaşam sonu dönemde olması) reaksiyonlar olarak tanımlanır.[23] Bu süreç, sıklıkla kişinin iç dünyasında meşgul olduğu kayıpla (burada kayıpla sadece bir kişi değil aksine hasta birey kendi yaşam biçimini gelecekle ilgili arzu ve dilekleriyle vedalaşmak zorunda kalması anlatılmak istenir) ve ona olan yoğun özlemle ilgilidir. Bu süreç kaybın duygusal ve bilişsel kabulü ve kaybedilmiş nesneye içsel bir çözüm arayışına taşınır.

Patolojik Yas Tepkisi

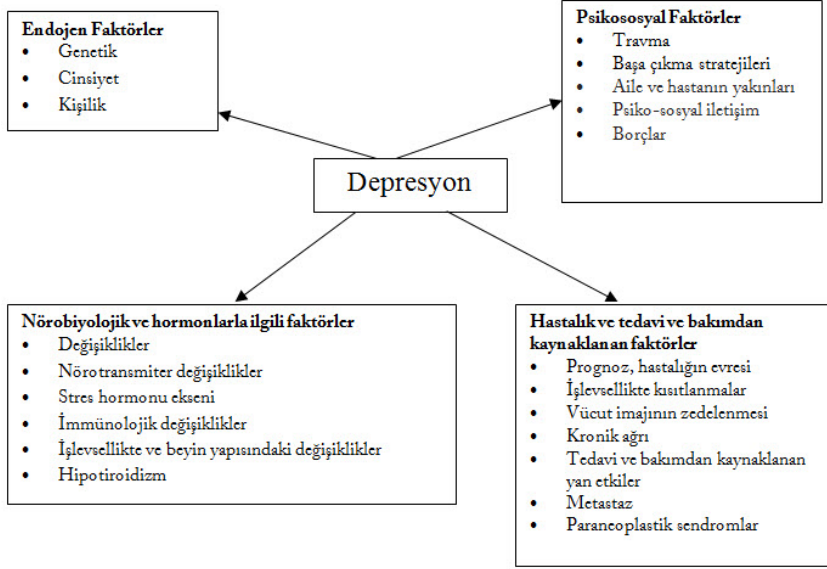
Patolojik yas tepkisi normal yas sürecinde beklenen tepki ve süreçlerin çoktan aşıldığı kayıp nesnesine yönelik bir çözümün ortaya konmadığı durumlarda oldukça uzun süreli ve yoğun belirtilerin eşlik ettiği bir durumdur. Bireyin yaşamını şekillendirip devam ettirebilmesini anlamlı derecede sınırlar. Patolojik yas reaksiyonu ICD-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) ve DSM-5'te depresif reaksiyon (uyum bozukluğu) şeklinde ifade edilmiştir. İki alt grubu mevcuttur;

1. **Baskılanmış yas**, patolojik yasin alt gruplandırılmasında tipik bir biçim olarak görülür. Yasın bu biçimi yası ortaya çıkaran durum artık algılanamaz veya ifade edilemezdir. Bu evrede bireyde duygusal tepkilerden yoksunluk, ilgi kaybı, yaşam olaylarına tepkisizlik, yaygın fiziksel yakınmalar ve sosyal ortamlardan bireyin kendini soyutlaması sıklıkla ortaya çıkan belirtiler olarak sayılabilir.
2. **Travmatik yas**, patolojik yasin istisnai bir durumudur. Patolojik yasin en iyi ayırt edilebilen biçimi olan bu travmatik yas kaybın kabulünün ret edilmesinden dolayı bireyde müdahaleci düşünceler, kayıpla birlikte yaşama dair anlam duygusunun yitirilmesi, iç boşluk, duygusal uyuma şeklinde belirtiler görünür.[11,21,24]

Tedavinin Psikolojik Yan Etkisi ve Depresyonun Gelişimi

Kanserli bireyin diğerleriyle sürdürdüğü ailevi ve kişisel ilişkileri, deneyimleri, kendi yeterliğine duyduğu güven ve mücadele yeteneği gibi durumlar hastalığın ve psikolojik sıkıntılarının üstesinden gelmesinde önemli rol oynar. Karabulutlu ve arkadaşları, 96 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada kanser türünün ve tedavisi ve tedavi süresinin hastaların hastalıkla başa çıkma stratejilerini olumsuz etkileyerek kaygı ve depresyon bozukluklarına neden olduğunu saptamışlardır.[25] Hastalıkla ilgili uygulanan tedavi ve bakıma yönelik bireyin biyopsikososyal geçmişiyle beraberinde getirdiği

özelliklerin hastalıkla başa çıkma stratejilerinde göstereceği reaksiyonları etkileyecek olası durumlar Şekil.1'de özetlenmiştir.[26]



Şekil.1. Kanser Hastalarında Depresyonun Gelişimine Etki Eden Faktörler [26]

Benzer hastalık ve tedavi ve bakım planına sahip hastaların hastalığa karşı gösterecekleri akut stres reaksiyonları ve hastalığın beraberinde getireceği psikolojik sıkıntılar farklıdır.[27] Örneğin yaşamında mükemmeliyetçiliği arayan bir hastada kemoterapiden sonra işlevselliğinde sınırlılıklar yaşadığında beklentilerinin diğerleri tarafından karşılanamayacağını düşündüğünden sosyal geri çekilme beklenen bir durumdur. Diğer yandan hastanın diğerleriyle önceki ilişkileri kanser hastalığıyla birlikte değişen ilişkiler daha da önemli hale gelir (ailedeki çatışma veya meslek yaşamındaki zorluklar gibi). Farklı biyografik geçmişi olan bir hasta hastalığının tanılanmasından sonra derhal sosyal destek mekanizmalarının arayışına girerek hastalığın yaratmış olduğu değişime karşı kendi öz değerini koruyarak yaşam kalitesini güçlendirir. Bununla birlikte kanser hastaları farklı tedavi yöntemlerinde farklı psikolojik sıkıntıya maruz kalır.

Depresyonun ortaya çıkmasında birçok faktör etkilidir. Hastalığı tetikleyici faktörler ikincil metabolizmaya hatta morfolojik değişimlere yol açabilir. Depresyona neden olarak akut veya kronik stres hormon eksenindeki aşırı aktivitenin meydana gelmesidir (Örneğin travmatik yaşantı, genetik yatkınlık, hormonal ve nörotransmitterlerde meydana gelen değişiklikler gibi). İkincil neden olarak ise tümörden kaynaklı hasta bireyde kaşeksi, anemi, metastaz ve paraneoplastik sendromlar gibi değişiklikler ve ayrıca uygulanan tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkabilir.[28] Tablo.1 'de istenmeyen yan etki olarak depresyona neden olan bazı ilaçların listesi verilmiştir.

Tablo. 1 Depresyon belirtilerini ortaya çıkarması olası ilaçlar [29]

Olası nedensel ilişkisi olan	Nedenselliği belirgin olmayan
Kortikosteroidler (Prednison)	Tamoksifen
Sitokinler (IL-2, interferon- α)	Interferon- β
β -Bloklerler (Propranolol)	Meflokin
Reserpin	GnRH agonistleri
Metildopa	H2 blokerleri
Klonidin	
Doğum kontrol hapları	
Barbitüratlar, benzodiazepinler	

Kanser hastalarında hafif depresyon belirtileri tanının alınmasından sonraki ilk üç ay içinde görülme oranı %30-60 arasında değişirken, ağır depresyonun görülme yüzdesi %10-20'dir. Depresyonla ilişkili ilaçlarda nörobiyolojik değişimler normal depresyon hastasıyla karşılaştırılabilir. Bu durum farmakolojik depresyon olarak adlandırılır. Son araştırmalar tümörden kaynaklanan depresyonun tedavi edilebilir olduğunu göstermiştir.[30] Ateşçi ve arkadaşları 150 kanser hastasında hastanedeki tedavileri esnasında psikiyatrik tanılamada DSM-IV için yapılandırılmış SCID-I ve Hastane Anksiyete Ölçeğini kullandıkları çalışmalarında hastaların %28.7 sinde bir DSM-IV eksen I tanısı bulunduğunu saptamışlardır.[31] Ayrıca depresif duygudurum ile uyum bozukluğunun % 14, majör depresif bozukluğunun ise %11.3 oranında olduğu belirlenmiştir.

Depresyon Tanı Ölçütleri ve Kullanılan Ölçüm Araçları

Bireyin kanser tanısı sonrasında geçici bir süre üzüntü ve sosyal geri çekilme gibi kısa reaksiyonları depresif belirti veya bozukluk olarak tanımlanmaz. Son yıllarda yapılan çalışmalarda onkoloji hastalarında klinik geçerliliği olan depresif belirti ve sendromunun yeterli oranda tanımlanamadığı ya da bu hastaların yeterli tedavi ve bakım alamadığını saptanmıştır.[32] Bu nedenle kanser hastasında depresyonun değerlendirilmesinde aşırı stres durumlarına gösterilen tepkiler ve hastanın kanser tanısı sonrasında depresif duygulanım klinik depresif bozukluklarla karıştırılmamalıdır. Ayrıca hastalarda psikomotorik yavaşlama, ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik ve suçluluk hissi, intihar düşüncesi ve planları, uyku bozukluğu, iştahsızlık ve iştahsızlıkla birlikte kilo kaybı ve cinsel isteksizlik gibi belirtilerin varlığı da saptanabilir. Tanı koyarken psikiyatrist, hasta bireyin mesleki, sosyal ve diğer alanlarda içinde bulunduğu psikolojik sıkıntının beraberinde getirdiği sınırlıklarında depresyon tanısı için değerlendirerek, depresyon tablosu ortaya çıkartabilen fizyolojik nedenleri de araştırır. Örneğin hipotroidi bireyde genel bir isteksizlikle ve depresif ruh haliyle birlikte huzursuzluk, sinirlilik ve uyku bozukluğu gibi belirtilerle klinik depresyonla karıştırılabilir (organik serebral değişikliklerde (vasküler bozukluklar, kanamalar ve metastazlar gibi) nörolojik hastalıklar gibi (multipl skleroz ve Parkinson hastalıkları). Diğer yandan malign tümörlerde anemi ve kaşeksi hastadaki depresyonun tanılanmasında, yorgunluk, psikomotor yavaşlama, genel bir isteksizlik, odaklanma sorunu ve duygulanımda bozulma gibi belirtiler değerlendirilmelidir. Somatik depresyon da ise hasta birey fiziksel sorunlardan yakınmasına karşın hiçbir şekilde fiziksel bir bulgunun rastlanmadığı yapılacak olan testlerle ortaya konulmuş olmalıdır. Yaklaşık iki yıldan fazla süren hafif veya kronik depresif durumlar distimi olarak tanımlanır. Söz konusu depresif belirtiler bireylerin herhangi bir ciddi afet durumunda (ölüm

olayları veya ciddi kaza durumları) bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Uyum bozukluğunda yaşamın tamamen değişmesi veya stresli yaşam olayları nedeniyle (bu duruma ciddi fiziksel hastalığın ortaya çıkması veya varlığı) bireyin sosyal ve duygusal işlevselliğinde üç ay içinde meydana gelen sürekli bozulmayla karakterizedir. Depresyon hipotriodi gibi somatik bir nedenle ortaya çıkıyorsa burada organik depresyondan söz edilir.[32]

Bireydeki ayırıcı tanıda sınırlandırılması gereken hastalıklar; anksiyete bozuklukları, yorgunluk sendromu, post travmatik stres sendromu, organik kişilik değişiklikleri, uyku, ve sanrsal bozukluklardır. Yapılan araştırmalar, onkolojik hastalarında depresyonun tekrarlama riskinin olduğu yönünde bulgular. Prognozla ilişkili faktörler ise ailesel yatkınlık, depresif hastalık öyküsü, tümörde ileri evre, cinsiyet (kadın/erkek oranı 2/1), alkol bağımlılığı, hormon bozuklukları, ailesel veya sosyal alanda sorunlar gibi akut veya kronik streslerdir.[33] İşlevselliklerinde sınırlıklar yaşayan ve sürekli şiddetli ağrısı olan kanser hastalarında depresyon görülmesi oldukça yüksek bir olasılıktır.[26] Diğer yandan açık bir yarası olan (kolostomi vs.) veya tedavi altında olma-kemoterapi, radyasyon tedavisi veya cerrahi müdahaleler vs- karşısında bireylerin gösterdiği tepkiler kronik stres reaksiyonu olarak değerlendirilir.

Kullanılan Ölçüm Araçları

Kanser hastalarında depresyon görülme sıklığını belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda kanser hastalarında depresyon sıklığının ICD-10 ve DSM-IV'da yer alan 10 tanı ölçütüne göre değil de depresyon için geliştirilmiş ölçüm araçlarıyla yapıldığında %15 oranında olduğu belirlenmiştir.[34,35] Üçyüz seksen bir palyatif hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %24.4'ünde ya depresyona ya da DSM-IV'e göre anksiyete bozukluğuna rastlanılmıştır.[36] Goldstein ve arkadaşları 212 adjuvan tedavi alan (yalnızca ışın terapisi ya da ışın terapisiyle birlikte kemoterapi alan) meme kanseri hastasında yorgunluk sendromu ve duygulanım bozukluklarını incelemişlerdir.[37] Araştırma sonucunda hastaların %33'ünde klinik yorgunluk sendromu, %33'ünde bir depresif sendrom ve %30'unda her iki sendromun eş zamanlı bulunduğunu saptamışlardır. 2005 ve 2006 yılına ait bazı çalışmalar ise palyatif hastaların %46 için psikiyatrik konsültasyon istendiğini ve depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır. Akut stres veya bir depresif uyum bozukluğu kriterlerini karşılayanların oranları ise %26 olarak belirlenmiştir.[26]

Kanser hastalarında depresyonun ortaya çıkma oranını yükselten nedenler arasında bireyin ve ailesinde bir depresyon öyküsünün olup olmaması, alkol bağımlılığı, hastalığın ileri derecede olması, yetersiz ağrı yönetimi uygulamaları ve yan etki olarak depresyona neden olan ilaç tedavisi sayılabilir.[38] Depresyonun kanser hastalarında ortaya çıkış mekanizması halen biyolojik olarak tam açıklanabilir olmadığından patogenezin açıklanmasında psikolojideki başa çıkma ve uyum mekanizmalarından yararlanılır. Araştırmalar hastalığın seyri ve başa çıkma mekanizmalarının kanserli bireyin depresyona yatkınlığı arasında güçlü bir ilişkinin var olduğunu ortaya koyar. Hastalıkla başa çıkma durumlarının ölçümünde, heterojenite kavramı ve alınan örneklem seçiminde oldukça dikkate alınırken, hastalıkla aktif mücadele ve hastalığın yeniden ortaya çıkma korkusunun olmadığı ve yaşam şansının yüksek olduğu durumlar arasındaki farklılıklar iyi bir şekilde ifade edilmelidir.[39]

Depresyon belirtileri yönünden kanser tanısı sonrasında hasta düzenli olarak kontrol edilir. Zamanın iyi kullanılması açısından bazen depresyon taramaları "*son iki ay içinde umutsuzluk veya depresif ruh hali sorunuz oldu mu?*" ve "*son günlerde sıklıkla daha*

öncesinde sizin yapmaktan hoşlandığınız olaylarda ilgi kaybı yaşadınız mı?" gibi iki soruyla sınırlandırılabilir. Bu iki soruya hasta "hayır" cevabı vermişse klinik depresyonun olma olasılığı oldukça düşüktür. Verilen "evet" cevabında ise iyi bir depresyon ölçeğiyle hastanın depresyon açısından değerlendirilmesi gerekir. Özellikle 17 ila 21 sorulu bir depresyon ölçeğiyle hastanın değerlendirmesi depresyonun derecesinin tahmin edilmesi ve hastalık sürecinin değerlendirilmesi açısından oldukça yararlıdır.[40] Kendini değerlendirme ölçekleri depresyonun taraması ve gelişiminin izlenmesi açısından oldukça uygundur. Major depresyonun tanısında ise ICD-10 ve DSM-IV depresyon için belirlenmiş ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Ölçümlerde en çok kullanılan ölçekler ise; ülkemizde de geçerlilik güvenilirlikleri yapılmış olan Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) ve Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği'dir (MADRS).[41,42]. Tablo.2'de depresyonun değerlendirmesinde kullanılan ölçekler kesme değerleriyle birlikte verilmiştir.

Tablo 2. Depresyon Ölçekleri ve Depresyonu Değerlendirmedeki Kesme Noktaları

Ölçek	Hafif depresyon	Orta derecede depresyon	Ağır depresyon
HAM-D	≥8	≥14	≥23
MADRS	≥10	≥28	≥35
BDE[43]	≥10	≥17	≥30
ZDÖ [44]	≥50	≥60	≥70
HAD [45]	≥8	≥11	≥15

HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği; MADRS: Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği; BDE: Beck depresyon envanteri; ZDÖ: Zung depresyon ölçeği; HAD: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği.

Kanserde Görülen Depresyonda Bakım ve Tedavi

Farmakolojik tedavi depresyon tedavisinin önemli bir ayağını oluşturur. Bu nedenle uygulanan tedavinin içeriğinin tedavinin etkinliği açısından tüm tedavi ekibi tarafından bilinmesi önemlidir. Dikkat edilmesi gereken diğer önemli nokta ise depresyonu ortaya çıkaran nörobiyolojik değişiklikler gibi diğer önemli etkenler ayırt edilmesi ve kanser hastalarına uygun antidepresanlarla hastalığın tedavi edilmesidir. Kanser hastalarında görülen depresif bozuklukların tedavisiyle ilgili heterojen olarak sunulabilen kontrol çalışmaları oldukça azdır. Sistematik bir incelemede yedi ileriye dönük ve farmakolojik kontrollü çalışma ve dört farmakolojik tedavi olmayan müdahale çalışması incelenmiştir.[46] Üçünde farmakolojik ajanla tedavi edilen hastalarda depresyonun düzeldiği belirlenirken diğer hiç antidepresan kullanmayan hastalarda hastalıkta herhangi bir iyileşme olmadığı belirlenmiştir. İncelenen çalışmalarda aktif olarak antidepresif ilaçlarla tedavi edilen grupla edilmeyen grup arasındaki fark anlamlı çıkmasa da depresyon oranlarında tedaviye başladıktan sonra iyileşmenin olduğu saptanmıştır. Ayrıca hiçbir farmakolojik tedavinin uygulanmadığı iki çalışmada, çalışma sonucu olarak ilaç tedavisinin bu hastaların tedavisinde önemli bir unsur olduğu önerisi getirilmiştir. Onkoloji hastalarının palyatif tıpta ve onkoloji servislerinde depresyon tedavileriyle ilgili kontrol ve ileriye dönük çalışmaların azlığı antidepresif ilaçlarla tedavideki etkinliğiyle ilgili psikiyatrik yönergelerin olmasına neden olmuştur. Bu nedenle bu tür tedavi uygulamalarında tavsiye edilen somatik belirtilere dikkat edilerek ve çoklu ilaç tedavisi önerilmektedir.[47]

Tablo 3. Antidepresanlar ve Sık Görülen Yan Etkileri [26]

Madde sınıfı	Ürün	Yan etkileri
SSRI	Sitalopram (Cipram)	Bulantı, huzursuzluk, ishal, terleme
	Fluoksetin (Prozac)	Huzursuzluk, nefes darlığı, baş ağrısı,
	Fluvoksamin (Faverin)	iştahsızlık
	Paroksetin (Paxil)	Mide bulantısı, uyku hali, kabızlık,
	Sertralin (Lustral)	iştahsızlık
Tetrasiklik antidepresanlar	Mirtazapin (Remeron ®, ve diğerleri)	Mide bulantısı, baş ağrısı, uykusuzluk,
		cinsel işlev bozukluğu
		İshal, titreme, ağız kuruluğu
		Bulantı, huzursuzluk, ishal, terleme
		Yorgunluk, iştah artışı,
SNRI	Venlafaksin (Efexor ®) Duloksetin (Cymbalta ®)	beyaz kan sayımı nadiren değişikliklere neden olur.
		Mide bulantısı, baş ağrısı, taşikardi, RR artış
Trisiklik antidepresanlar	Amitriptilin (Laroxyl) Klomipramin (Anafranil) Doksepin (Aponal ® ve diğerleri) Imipramin (Tofranil)	Mide bulantısı, baş ağrısı, huzursuzluk, ağız kuruluğu, kabızlık,
		Baş dönmesi, yorgunluk, terleme
		Antikolinerjik: ağız kuruluğu, kabızlık, görme sorunları ve miksiyon disfonksiyonu, terleme
		Nörolojik: sedasyon, tremor, dizartri
		Psikiyatrik: huzursuzluk, intihar dürtüleri, konfüzyon
Tetrasiklik antidepresanlar	Maprotilin (Ludiomil)	Kardiyovasküler: ortostatik düzensizlik, taşikardi, baş dönmesi, çöküş, repolarizasyon bozuklukları, kalp yetmezliği, Amplifikasyon
		Dermatolojik: Alerjik döküntü Genel: cinsel sorunlar, kilo alımı, kayı
		Sedasyon, görme sorunları ve miksiyon disfonksiyonu, Deri reaksiyonları, nöbetler

Wilson ve arkadaşları palyatif hastalarda görülen depresyon ve anksiyete bozukluklarının %39.8'inin yeterli oranda antidepresan ilaç tedavisi aldıkları bu hastaların %66.7'si benzodiazepin türevi psikofarmakolojik ajanla tedavi edildiğini belirlemiştir.[36] Kanser hastalarının yaşam kalitelerine ve yaşam sürelerine olumlu katkısı olabilecek olası psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisinde sorumlu tüm sağlık ekibinin önemli etkisi vardır.[48] Erken tanı için tüm kanser hastalarında depresyon taraması önerilir. Bu nedenle hastadan sorumlu tüm sağlık ekibinin psikiyatrik bozukluklara yönelik duyarlılığının artırılması gerekir.[8] Ayrıca onkoloji ekibi depresyon tedavi ve bakımında hastada olası problemlere yönelik iyi gözlem yapabilmeli ve gerektiğinde psikiyatri servisiyle ya da konsültasyon liyezon ekibiyle iletişime geçmelidir.

İlacın ve dozun belirlenmesinde hastanın yaşı genel durumu ve hastanın kanser hastalığı dolayısıyla almış olduğu diğer ilaçlarla etkileşimi dikkate alınır.[35] İlacın uygulama formu da hastada yutma sorunu varsa değiştirilmelidir. Onkoloji hastalarının tedavisinde psikiyatrist tarafından belirlenmiş olan ilacın hasta tarafından tolere edilebilmesi ve diğer ilaçlarla olan etkileşim potansiyeli önemlidir. Klasik antidepresan ilaç-

ların ağız kuruluğu, kardiyak yan etkiler, idrar yapmada güçlük ve kabızlık gibi antikolinergik yan etkileri vardır. Yeni nesil antidepresan ilaçlar (SSRI-seçici serotonin gerilim inhibitörü) palyatif tıptaki çok fazla belirti gösteren hastalarda daha az antikolinergik ve kardiyak yan etki yapması nedeniyle kullanıma daha uygundur. Tablo 3'de yaygın olarak kullanılan antidepresan ilaçların sık görülen yan etkileri verilmiştir.[26]

SSRI grubunda yer alan birçok antidepresan karaciğerde bulunan sitokrom P450 enzim sistemiyle oldukça az etkileşime geçtiğinden karaciğerde oldukça iyi tolere edilir. Bu özellikleri nedeniyle kanser hastalarında polifarmakolojiiyi olası kılar.[47] Klasik ve modern antidepresan ilaçların etkisi yaklaşık 14 gün bekleme süresinden sonra başlar. Hastada bu süreçte intihar riski ve akut ajite sendromu söz konusu olduğunda mevcutsa psikiyatrist tarafından bu süre içinde anksiyolitik ilaç verilebilir (0,5-1 mg lorazepam gibi). Psikotik özellik gösteren depresif belirtilerde hastayla konuşma ve psikoterapi gibi sözel müdahaleler neredeyse imkansız olduğundan bir an önce ilaç tedavisine başlanması gerekir. Bu nedenle hastadan sorumlu sağlık personeli konsültasyon psikiyatri ekibine haber vermelidir. Bu gibi durumlarda atipik antipsikotik ilaçlar tercih edilmelidir (örneğin olanzapin 5-10 mg/gün, risperidon 1-4 mg/gün).[47,49]

Yoğun, koruyucu psikososyal ve psikoterapik girişimler kanser hastalarında yaşam kalitesine ve uygulanan tedaviye oldukça olumlu katkısı vardır.[46] Yalnızca psikoterapi uygulamaları hafif depresif bozukluklarda kullanılabilir. Buradaki psikososyal çalışmayla hedeflenen, hasta bireyin hastalık üzerindeki kontrolünü destekleyerek başa çıkma mekanizmalarını güçlendirerek yaşam kalitesini artırmaktır.

Psikoterapi ve psikososyal desteklemeyle ilgili olarak hem hasta bireylere hem de hasta yakınına davranış terapisi, kısa bilişsel terapi uygulamaları, destekleyici konuşma terapileri, psikodinamik uygulamalar, psikoeğitim, gevşeme egzersizleri, genel danışmanlık, kendi kendine yardım grupları, online destek sistemleri, ve yaşam sonu bakım uygulamaları gibi sağlık hizmetleri sunulur.[30] Bununla hedeflenen kanser hastasındaki tedaviye bağlı korkuları, umutsuzluk ve keder gibi olumsuz duygulanımların azaltılıp, yalnızlık ve yardımsızlık duyguları üzerinde çalışılarak hastanın kendi sorumluluğunu alması desteklenerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenir. Kısa sürede hastaların düşünce süreçleri veya bakış açılarını değiştirmek olası olmadığından öncesinde var olan pozitif problem çözme yeteneklerinin artırılması ve psikososyal destek sistemleriyle tanıştırılması ve kullanmasının sağlanmasına yönelik girişimlere odaklanmalıdır. Kanser hastalarında görülen depresyon ve anksiyete bozukluklarına yönelik davranış terapisinin bireye veya gruba yönelik uygulanması tedavide oldukça etkilidir. Ayrıca gevşeme teknikleri de hastalıkla başa çıkmada oldukça yararlı olduğu saptanmıştır. Hem spor hem de müzik, sanat, çift terapisi gibi terapi yöntemleri depresyonlu kanser hastalarında başarıyla uygulanır.[39]

Sonuç

Kanser tanısı psikososyal sorunları ve iş gücü kaybı anlamına da gelir.[8] Onkoloji hastalarında en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan olan depresyonun hastalığın seyri ve hastanın yaşam kalitesine olumsuz etkilerinin olduğu araştırmalarla belirlenmesine karşın tedavi ve bakımda bu etken yeterince dikkate alınmaz. Dünya Sağlık Örgütü 2008'de yayınladığı raporda bu konuya vurgu yapmasına karşın gelişmiş ülkelerde dahil onkoloji de psiko-onkolojik tedavi ve bakım beklenen yerde değildir.[50] Bunun önemli nedeni ise tüm çabaların kanser ile ilgili yapılan araştırmaların ve planlanan

tedavi ve bakımın geleneksel bir yapıyla tümörü küçülmeye (ya da yok etmeye) ve hastanın yaşamını uzatmaya odaklı olmasıdır.

Hastalığın, hastanın psikososyal yaşantısına ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi yaşam süresini uzatma çabalarına karşın ikinci derecede önemli olmuştur. Psiko-onkoloji son yıllarda göstermiş olduğu gelişimiyle birlikte hastaların tıbbi tedavinin yanı sıra ve hastanın psiko-sosyal desteklenmesi ve gerektiğinde psikiyatrik tedavi ve bakım alması arasında önemli bir bağ kurulmuştur. Kurulan bu bağla birlikte tedavi ve bakımın önemli koşulu olan biyo-psiko-sosyal modelin kanser hastalarında uygulanması amaçlanmaya başlanmıştır.[30] Bu amaca ulaşılabilmesi için hastanın tedavi ve bakımından sorumlu tüm sağlık personelinin kanser hastalarında olası olan psikiyatrik hastalıklara karşı duyarlı olması gerekir. Bu duyarlılığı kazandırıcı hizmet içi eğitimlerin tüm ekip için düzenli olarak uygulamaya konulması kaçınılmazdır. Böylece hastalarda depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar uluslararası geçerliliği olan tanılama araçları yardımıyla erken tanılanarak, uygulanan tedavi ve bakımın sürekliliği ve etkinliği ekip tarafından izlenebilir olacaktır.

Kaynaklar

1. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357–376.
2. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller NC et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34:594–611.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617–627.
4. Nutt DJ, Kessler RC, Alonso J, Benbow A, Lecrubier Y, Lépine JP et al. Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) survey data on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 2007; 68:42–48.
5. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, Eksen Tanıtım, 1998.
6. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:897–903.
7. T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010.
8. Bağ, B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçümyöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4:449-464.
9. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry*, 1990; 51 [I]:12–17.
10. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:89–99.
11. Arolt V, Rothermundt M. Depressive störungen bei körperlich kranken. *Nervenarzt* 2003; 74:1033–1054.
12. Beutel ME, Schulz H. Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54:15–21.
13. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2000; 48:471–478.
14. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-Patient Edition (SCID-I/NP). New York, Biometrics Research New York State Psychiatric Institute, 2002.
15. Kessler R, Ustun T. The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13:93–121.
16. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:851–858.
17. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürçü Ş, Koçak N, Öztürk B et al. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012; 16:55-60.

18. Singer S, Das-Munshi J, Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Ann Oncol* 2010; 21:925–930.
19. Beutel M. Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen aus psychodynamischer Sicht. In *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen* (Ed H Faller):122-140. Stuttgart, Thieme, 2005.
20. Kelleci M, Aydın D, Sabanciogullari S, Dogan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2009; 12:90-98.
21. Kersting A, Reutemann M, Ohmann P, Schütt K, Wesselmann U, Rothermundt M et al. Traumatische trauer -ein eigenständiges krankheitsbild? *Psychotherapeut* 2001; 46:301–308.
22. Yazgan C. Yaşlılıkta yas. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:179-184.
23. Horowitz MJ. *Stress Response Syndromes*. New Jersey, Jason Aronson, 1997.
24. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF 3rd, Maciejewski PK, Davidson JR et al. Consensus criteria for traumatic grief. a preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174:67–73.
25. Karabulutlu Y E, Bilici M, Çayır K, Tekin B S, Kantarcı R. Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *Eur J Gen Med* 2010; 7:296-302.
26. Schaefer M. Depressionen bei Tumorpatienten; richtig diagnostizieren, pharmakologisch behandeln. *Onkologie* 2007; 6:50-57.
27. Schneider C. Psychoonkologische aspekte bei gynäkologischen malignomen. *Gynäkologe* 2007; 40:865–871.
28. Ronson A. Psychiatric disorders in oncology: recent therapeutic advances and new conceptual frameworks. *Curr Opin Oncol* 2004; 16:318–323.
29. Butow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival in metastatic melanoma. *J Clin Oncol* 1999; 17:2256–2263.
30. Mehnert A, Lehmann C, Koch U. Prävalenz und diagnostik psychischer störungen in der onkologie. *Onkologie* 2006;12:18–26
31. Ateşçi FÇ, Oguzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:145-152.
32. Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology* 1999; 8:315–333.
33. Kissane DW, McKenzie M, McKenzie DP et al. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliat Med* 2003; 17:527–537.
34. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review part 1 prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002; 16:81–97.
35. Ly KL, Chidgey J, Addington-Hall J, Hotopf M. Depression in palliative care: a systematic review. part 2. treatment. *Palliat Med* 2002; 16:279–284.
36. 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; 33:118–129.
37. Goldstein D, Bennett B, Friedlander M, Davenport T, Hickie I, Lloyd A. Fatigue states after cancer treatment occur both in association with, and independent of, mood disorder: a longitudinal study. *BMC Cancer* 2006; 6:240.
38. Holland JC. American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *J Clin Oncol* 2003; 21:253–265.
39. Tschuschke V. *Psychoonkologie*. Stuttgart, Schattauer, 2002.
40. Davidson KW, Kupfer DJ, Bigger JT, Califf RM, Carney RM, Coyne JC et al. Assessment and treatment of depression in patients with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report. *Psychosom Med* 2006; 68:645–650.
41. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259.
42. Torun F, Önder E, Torun SD, Tural Ü, Şişmanlar ŞG. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2002; 10:319-330.
43. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 6(23):3-13.
44. Gençdoğan B. Zung depresyon ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerlik güvenilirliği ile faktör yapısı (Yüksek lisans tezi). *Erzurum, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 2001.
45. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1997; 8:280-287.

46. Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RK et al. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2007; 15:123–136.
47. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller HJ; World Federation of Societies Biological Psychiatry Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, part 1: acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3:5–43.
48. 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.
49. Baghai TC, Volz HP, Moller HJ. Drug treatment of depression in the 2000 s: an overview of achievements in the last 10 years and future possibilities. *World J Biol Psychiatry* 2006; 7:198–222.
50. Tuncer AM. *Cancer Report*. Ankara, Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, 2010.

Beyhan Bag, Psikiyatri Hemşireliği, Giessen, Almanya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Beyhan Bag, Karl-Follen Strasse 5, 35394, Giessen, Germany.

E-mail: beyhanbag@yahoo.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no2/

Çevrimiçi yayım / Published online 09 Ekim/October 09, 2013; doi: 10.5455/cap.20131009062433
