

## AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNDEKİ DEĞİŞİMLER

### CHANGES IN ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS AT THE PATIENTS WITH LUNG CANCER

Eda GÜREN      Serpil TEKGÜL      Semra BİLAÇEROĞLU      Selay ARSLAN  
Pınar ÇİMEN      Naim TAŞDÖĞEN      Emel PALA ÖZDEN

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Anahtar sözcükler:** Akciğer kanseri, anksiyete, depresyon

**Key words:** Lung cancer, anxiety, depression

#### ÖZET

Bu çalışmanın amacı; akciğer kanserinin tanı ve tedavi sürecinde, hasta uyumu ve performansını bozması beklenen anksiyete ve depresyon düzeylerindeki değişimlerin incelenmesidir. Anksiyete ve depresyon düzeyleri, akciğer kanseri ön tanı hastalarda yatışta ve tanısal girişim öncesinde, akciğer kanseri kanıtlananlarda ise tedavi başlangıcından 1 ay sonra, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) skalası kullanılarak değerlendirildi. Yaş, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans durumu, histolojik tip ve hastalığın evresine göre, HAD skorlarındaki değişiklikler karşılaştırıldı. 103 akciğer kanseri hastasında (yaş:  $61.4 \pm 0.98$ ) anksiyete ve depresyon sırasıyla, hastaneye yatışta %25 ve %36, tanısal girişim öncesinde %21 ve %38 ve tedaviden sonra %21 ve %42 oranında saptandı. Anksiyete ve depresyon skorları sırasıyla, yatışta  $6.01 \pm 0.62$  ve  $6.55 \pm 0.60$ , tanısal girişim öncesinde  $5.98 \pm 0.58$  ve  $6.32 \pm 0.53$  ve tedaviden sonra  $6.23 \pm 0.57$  ve  $6.79 \pm 0.50$  idi. Anksiyete ve depresyon skorlarında, histolojik, hastalık evresi ve tedaviye göre önemli fark saptanmadı. 65 yaş üstü hastalarda, 65 yaş altındaki hastalara göre 2. görüşmede anksiyete, 2. ve 3. görüşmelerde depresyon varlığı istatis-

#### SUMMARY

The aim of this study is to study changes in anxiety and depression levels expected to disturb patient compliance and performance during the diagnosis and the treatment of lung cancer. Levels of anxiety and depression were assessed by using Hospital Anxiety Depression (HAD) scale at admission and before diagnostic intervention in patients with presumptive lung cancer diagnosis, and also at the first month after the start of treatment in those with confirmed lung cancer. Differences in HAD scores were compared regarding age, Eastern Oncology Group (ECOG) performance status and disease stage. In 103 lung cancer patients (age:  $61.4 \pm 0.98$ ), anxiety and depression were determined, respectively, at rates of 25% and 36% at admission, 21% and 38% before diagnostic intervention, 21% and 42% after treatment. Anxiety and depression scores were, respectively,  $6.01 \pm 0.62$  and  $6.55 \pm 0.60$  at admission,  $5.98 \pm 0.58$  and  $6.32 \pm 0.53$  before diagnostic intervention and  $6.23 \pm 0.57$  and  $6.79 \pm 0.50$  after treatment. No significant difference was found in anxiety and depression scores regarding disease stage and therapy. On the second interview anxiety was seen higher at the patients with more than 65 years comparing with below 65

tiksel olarak daha yüksekti. ECOG 2 olan hastalarda ECOG 1 olan hastalara kıyasla genel olarak görüşmelerde anksiyete ve depresyon varlığı daha yüksekti. Akciğer kanserinde anksiyete ve depresyon önemli oran ve düzeylerde izlenmekte olup, hastalık evresi ve önemli ölçüde de tanı ve tedavi sürecinden bağımsızdır. Depresyon ve anksiyete düzeyi performans durumu kötüleşmesi ve yaşın artışı ile birlikte artmaktadır.

## GİRİŞ

Akciğer kanseri (ac ca) dünyada en sık ölüme yol açan kanser türüdür (1). Kanserde; kayıplara ilişkin yas tutma, geleceğe yönelik endişeler, hastalık ve tedaviden kaynaklanan sıkıntı ve yaşam kalitesi sorunları, hastalık ve tedavinin beyni etkilemesi sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar destek gerektiren psikolojik durumlardır (2). Ac ca'da; sigara kullanımının etyolojideki yeri nedeniyle hastanın kendini sorumlu hissetmesi, sağkalım oranının düşük olması, solunum sıkıntısının anksiyete ile karıştırılma ve anksiyeteyi artırma olasılığı, beyin metastazlarının ve paraneoplastik sendromların sık görülmesi, kemoterapiye bağlı nörotoksite oluşması belirli psikolojik özelliklerdir. Kanser hastalarında görülen psikolojik değişiklikler Elisabeth-Kübner-Ross tarafından birkaç alt başlık halinde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre öncelikle hastalarda inkar, ardından da kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabul etme süreçleri oluşmaktadır (3). Ac ca'lı hastalarda gelişen psikolojik yanıtlar; yaş, cinsiyet, histolojik tip, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) tarafından belirlenmiş performans durumu, hastalık evresi ve alınan tedaviye göre değişiklik göstermektedir. Biz çalışmamızda, ac ca. tanılı hastalarda; tanı öncesi anksiyete ve depresyon durumlarını belirleyerek, bu durumların, sayılan değişkenlere göre ve de ek

years, and on the second and third interviews the depression was seen higher istatistically. Generally, the presence of anxiety and depression was relatively higher at the patients with ECOG 2 than the patients with ECOG 1 on the interviews. Anxiety and depression, observed at significant rates and levels in lung cancer, are independent of disease stage and, greatly, of management course. The level of depression and anxiety arises with the deterioration of performance and the advance of aging.

olarak tanı ve tedavi sürecinde oluşan değişimlerini inceledik.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Aralık 2003 - Aralık 2004 tarihleri arasında kliniğimize ac ca ön tanısı ile yatırılan toplam 113 hasta çalışmaya alındı. Hastalar için çalışmaya alınma kriterleri; patolojik olarak kesin ac ca tanısı almış olması, kanser tanısından önce herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunmaması, psikiyatrik ilaç kullanmıyor olması ve HAD skalasını kendi başına okuyup doldurulabilecek zeka, kooperasyon, ve eğitim düzeyinde olması şeklinde belirlendi. Bu kriterlere uymayan hastalar değerlendirmeden çıkarıldı. Çalışma 103 hasta ile tamamlandı.

Hastaların anksiyete ve depresyon durumları, HAD skalası kullanılarak belirlendi. HAD skalası hastaların kendisinin doldurduğu, anksiyete ve depresyon açısından 2 grupta toplam 14 soru içeren ve verilen cevapların 0 ile 3 arasında puanlandırıldığı bir anketti. Anksiyete varlığı için alt ölçek sınır değeri 11, depresyon için ise 8 olarak kabul edildi. Bu değerlerin üzerindeki puanlar pozitif, altındaki değerler ise negatif olarak kabul edildi.

Çalışmaya alınan hastalar; yaş (65 yaş altı ve 65 yaş üstü), ECOG performans durumu (0-1-2-3), ac ca histolojik tipi (KHAK ve KHDAK) ve evre (sınırlı - yaygın) değişken-

lerine göre gruplandırıldı. Tüm olgulara invaziv girişim öncesi, ön tanı tam olarak belirtilmeksizin, tanı için yapılması gereken uygun invaziv işlem (bronkoskopi, trans-torastik ince iğne taspirasyon biyopsisi, açık akciğer biyopsisi vb.) hakkında bilgi verildi.

Hastaların anksiyete ve depresyon durumları, yatış sırasında, tanı için yapılacak invaziv girişim öncesi ve tanıdan 1 ay sonra HAD skalası uygulanarak skorlandı. HAD skalasına göre hastaneye yatış anında var olan anksiyete skoru A1, depresyon skoru D1, invaziv girişim öncesi anksiyete skoru A2, depresyon skoru D2, tanıdan 1 ay sonraki anksiyete skoru A3, depresyon skoru ise D3 olarak isimlendirildi.

Hastaların anksiyete ve depresyon durumları, skor değişimi ve anksiyete - depresyon varlığı bakımından yaş, ECOG performans durumu, evre ve aldıkları tedaviye göre Wilcoxon Signed Rank Test kullanılarak, daha sonra da her bir değişken için kendi grupları içinde Mann-Whitney U Test ile analiz edildi.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 103 hastanın 99'u erkek (%96.4), 4'ü kadın (%3.6), yaşları 35 ile 77 arasında olup, ortalama yaş  $61.41 \pm 0.98$  idi. 24 hastada histolojik tip küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK), 79 hastada ise küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK) idi. Hastalar ECOG performans statüsüne göre değerlendirildiğinde; %4'ünün ECOG 0, %71.8'inin ECOG 1, %22.3'ünün ECOG 2 ve %1.9'unun ECOG 3 olduğu görüldü. ECOG 4 olan hastalar, çalışma kriterlerine uymadığından çalışmaya alınmadı.

Histolojik tip, evre ve performans durumu na göre tedavi rejimleri belirlendi. 1 hasta cerrahi için uygun bu lunurken, performansı kötü olan 2 hastaya sadece destek tedavi

verildi. 72 hastaya kemoterapi, 5 hastaya radyoterapi ve 23 hastaya kemoradyoterapi uygulandı.

Öncelikle hastaların tümü herhangi bir değişkene göre sınıflandırılmadan, anksiyete ve depresyon skorlarındaki fark açısından değerlendirildiğinde; anksiyete ve depresyon skorları arasında, görüşmelere göre anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hastaların ortalama anksiyete ve depresyon skorları.

|    | Skor $\pm$ SS   |    | Skor $\pm$ SS   |
|----|-----------------|----|-----------------|
| A1 | 6.01 $\pm$ 0.62 | D1 | 6.55 $\pm$ 0.60 |
| A2 | 5.98 $\pm$ 0.58 | D2 | 6.32 $\pm$ 0.53 |
| A3 | 6.23 $\pm$ 0.57 | D3 | 6.79 $\pm$ 0.50 |

Yine hastalar, herhangi bir değişkene göre sınıflamadan anksiyete ile depresyon varlığındaki değişim açısından değerlendirildiğinde bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Anksiyete ve depresyon varlığına göre hasta dağılımı.

|    | Sayı | %  |      | Sayı | % |    |      |
|----|------|----|------|------|---|----|------|
| A1 | 0    | 78 | 75.7 | D1   | 0 | 67 | 65.0 |
|    | 1    | 25 | 24.3 |      | 1 | 36 | 35.0 |
| A2 | 0    | 82 | 79.6 | D2   | 0 | 65 | 63.1 |
|    | 1    | 21 | 20.4 |      | 1 | 38 | 36.9 |
| A3 | 0    | 82 | 79.6 | D3   | 0 | 61 | 59.2 |
|    | 1    | 21 | 20.4 |      | 1 | 42 | 40.8 |

0: yok 1: var

Hastalar yaşın etkisinin belirlenmesi için 65 yaş altı ve 65 yaş üstü olarak 2 gruba ayrıldı. 57 hasta 65 yaş altında, 46 hasta 65 yaş üzerinde idi. Hastaların, yaşa göre anksiyete ve depresyon skorları arasındaki değişim, görüşmelere göre, grupların kendi içinde incelendiğinde herhangi bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Hastaların 65 yaş altı ve 65 yaş üstü olarak karşılaştırılmalarında; ise 2. ve 3. görüşmedeki anksiyete ve depresyon skor-

larının 65 yaş üstü hastalarda daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 3).

65 yaş üstündeki hastaların anksiyete ve depresyon varlığı 65 yaş altındaki hastalardaki anksiyete ve depresyon varlığı ile karşılaştırıldığında, 2. görüşmedeki anksiyete ile 2. ve 3. görüşmedeki depresyon varlığının 65 yaş üstündeki hastalarda yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).

Çalışmaya alınan hastaların 99'u erkek, 4'ü kadındı. Erkek ve kadın sayıları arasındaki fark çok büyük olduğundan cinsiyetin anksiyete ve depresyon varlığındaki değişime etkisi değerlendirilemedi.

Histolojik tipe göre, KHAK ve KHDAK olgular birbiri ile karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon skorları ve varlığı açısından bir fark izlenmedi ( $p > 0.05$ ).

ECOG performans durumu ile hastaların anksiyete ve depresyon skorları arasındaki fark karşılaştırıldığında; ECOG 1 olan hastalarda 3. görüşmedeki depresyon skorlarında, 2. görüşmeye oranla artma tespit edildi ( $p = 0.007$ ). ECOG 0, 2 ve 3 olan hastaların analizinde ise anlamlı bir farklılık izlenmedi ( $p > 0.05$ ). Hastaların ECOG performans durumlarına göre, görüşmelerdeki anksiyete ve depresyon skorları Tablo 5'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Yaş değişkenine göre anksiyete ve depresyon skorları ve karşılaştırmaları.

| < 65 yaş | Ort. skor $\pm$ SS | > 65 yaş | Ort. skor $\pm$ SS | p      |
|----------|--------------------|----------|--------------------|--------|
| A1       | 5.45 $\pm$ 0.808   | A1       | 6.93 $\pm$ 0.953   | > 0.05 |
| A2       | 4.81 $\pm$ 0.735   | A2       | 7.62 $\pm$ 0.875   | 0.007  |
| A3       | 5.07 $\pm$ 0.733   | A3       | 8.07 $\pm$ 0.858   | 0.004  |
| D1       | 6.00 $\pm$ 0.775   | D1       | 7.47 $\pm$ 0.926   | > 0.05 |
| D2       | 5.40 $\pm$ 0.712   | D2       | 7.69 $\pm$ 0.776   | 0.010  |
| D3       | 6.10 $\pm$ 0.681   | D3       | 8.04 $\pm$ 0.732   | 0.024  |

**Tablo 4.** Yaş değişkenine göre anksiyete ve depresyon varlığı ve karşılaştırmaları.

| < 65 yaş | Sayı (%) | > 65 yaş  | Sayı (%) | p |           |        |
|----------|----------|-----------|----------|---|-----------|--------|
| A1       | 0        | 45 (77.6) | A1       | 0 | 33 (73.3) | > 0.05 |
|          | 1        | 13 (22.4) |          | 1 | 12 (26.7) |        |
| A2       | 0        | 51 (87.9) | A2       | 0 | 31 (68.9) | 0.018  |
|          | 1        | 7 (12.1)  |          | 1 | 14 (31.1) |        |
| A3       | 0        | 50 (86.2) | A3       | 0 | 32 (71.1) | > 0.05 |
|          | 1        | 8 (13.8)  |          | 1 | 13 (28.9) |        |
| D1       | 0        | 40 (69.0) | D1       | 0 | 27 (60.0) | > 0.05 |
|          | 1        | 18 (31.0) |          | 1 | 18 (40.0) |        |
| D2       | 0        | 42 (72.4) | D2       | 0 | 23 (51.1) | 0.027  |
|          | 1        | 16 (27.6) |          | 1 | 22 (48.9) |        |
| D3       | 0        | 40 (69.0) | D3       | 0 | 21 (46.7) | 0.023  |
|          | 1        | 18 (31.0) |          | 1 | 24 (53.3) |        |

0: yok 1: var

**Tablo 5.** ECOG performans durumuna göre anksiyete ve depresyon skorları.

|    | ECOG 0<br>(ort. ± SD) | ECOG 1<br>(ort. ± SD) | ECOG 2<br>(ort. ± SD) | ECOG 3<br>(ort. ± SD) |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A1 | 11.75 ± 7.13          | 4.54 ± 5.31           | 9.43 ± 6.78           | 14.00 ± 9.89          |
| A2 | 10.25 ± 6.50          | 4.45 ± 4.99           | 9.74 ± 5.85           | 14.00 ± 9.89          |
| A3 | 3.00 ± 1.63           | 5.20 ± 5.23           | 9.78 ± 5.90           | 17.50 ± 4.95          |
| D1 | 10.75 ± 8.92          | 5.20 ± 5.28           | 9.96 ± 5.94           | 13.50 ± 10.60         |
| D2 | 10.00 ± 8.32          | 4.97 ± 4.70           | 9.74 ± 4.78           | 13.50 ± 10.60         |
| D3 | 4.50 ± 3.10           | 6.07 ± 4.83           | 9.35 ± 4.79           | 17.00 ± 5.65          |

**Tablo 6.** ECOG performans durumuna göre anksiyete ve depresyon varlığı.

|      | ECOG 0<br>Sayı (%) | ECOG 1<br>Sayı (%) | ECOG 2<br>Sayı (%) | ECOG 3<br>Sayı (%) |
|------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| A1 0 | 1 (25)             | 64 (86.5)          | 12 (52.2)          | 1 (50)             |
| 1    | 3 (75)             | 10 (13.5)          | 11 (47.8)          | 1 (50)             |
| A2 0 | 1 (25)             | 67 (90.5)          | 13 (56.5)          | 1 (50)             |
| 1    | 3 (75)             | 7 (9.5)            | 10 (43.5)          | 1 (50)             |
| A3 0 | 0 (0)              | 65 (87.8)          | 13 (56.5)          | 0 (0)              |
| 1    | 4 (100)            | 9 (12.2)           | 10 (43.5)          | 2 (100)            |
| D1 0 | 1 (25)             | 55 (74.3)          | 10 (43.5)          | 1 (50)             |
| 1    | 3 (75)             | 19 (25.7)          | 13 (56.5)          | 1 (50)             |
| D2 0 | 1 (25)             | 54 (73.0)          | 9 (39.1)           | 1 (50)             |
| 1    | 3 (75)             | 20 (27.0)          | 14 (60.9)          | 1 (50)             |
| D3 0 | 0 (0)              | 46 (62.2)          | 11 (47.8)          | 0 (0)              |
| 1    | 4 (100)            | 28 (37.8)          | 12 (52.2)          | 2 (100)            |

0: yok 1:var

Hastaların ECOG performans durumları ile anksiyete ve depresyon varlığındaki değişim karşılaştırıldığında ise, yine ECOG 1 olan hastalarda 3. görüşmedeki depresyon varlığının hem 1. hem de 2. görüşmeye göre arttığı tespit edildi (p değerleri sırası ile 0.029 - 0.046). ECOG 0, 2 ve 3 olan hastalarda ise bir fark izlenmedi (p> 0.05). Hastaların ECOG performans durumlarına göre anksiyete ve depresyon varlıkları Tablo 6'da gösterilmiştir.

ECOG 0 ve 3 olan hasta sayıları az olduğu için sadece ECOG 1 ve 2 arasında istatistiksel çalışma yapılabilir.

Tablo 7'de de görüldüğü gibi, ECOG 2 olan hastaların, ECOG 1 hastalara göre, 3. görüşmedeki depresyon varlığı dışında tüm görüşmelerde anksiyete ve depresyon skor ve varlıklarının yüksek olduğu izlendi.

Hastalar aldıkları tedaviye göre gruplandırıldığında; anksiyete ve depresyon skorlarının

**Tablo 7.** ECOG 1 ve 2 olan hastaların anksiyete - depresyon varlığı karşılaştırmaları.

| ECOG 1 | Sayı (%)       | ECOG 2 | Sayı (%)       | p      |
|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| A1     | 0<br>64 (86.5) | A1     | 0<br>12 (52.2) | 0.001  |
|        | 1<br>10 (13.5) |        | 1<br>11 (47.8) |        |
| A2     | 0<br>67 (90.5) | A2     | 0<br>13 (56.5) | 0.000  |
|        | 1<br>7 (9.5)   |        | 1<br>10 (43.5) |        |
| A3     | 0<br>65 (87.8) | A3     | 0<br>13 (56.5) | 0.001  |
|        | 1<br>9 (12.2)  |        | 1<br>10 (43.5) |        |
| D1     | 0<br>55 (74.3) | D1     | 0<br>10 (43.5) | 0.006  |
|        | 1<br>19 (25.7) |        | 1<br>13 (56.5) |        |
| D2     | 0<br>54 (73.0) | D2     | 0<br>9 (39.1)  | 0.003  |
|        | 1<br>20 (27.0) |        | 1<br>14 (60.9) |        |
| D3     | 0<br>46 (62.2) | D3     | 0<br>11 (47.8) | > 0.05 |
|        | 1<br>28 (37.8) |        | 1<br>12 (52.2) |        |

0: yok 1: var

da, ve de anksiyete ve depresyon varlığı açısından görüşmelere göre değişimde herhangi bir fark izlenmedi ( $p>0.05$ ). Hastaların tedavileri birbirleri ile karşılaştırıldığında ise KT, RT ve KRT uygulaması arasında anksiyete ve depresyon, skor ve varlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi ( $p>0.05$ ).

Hastalar hastalıklarının evresine göre sınırlı ve yaygın olarak ayrıldığında da; hem görüşmelerdeki anksiyete ve depresyon skor ve varlıkları açısından, hem de birbirleri ile karşılaştırmalarında herhangi bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Ac ca'da, tanı konduğunda hastalığın genelde metastatik olması nedeniyle sağkalım süresinin kısa olması, hastalığın hızlı ilerlemesi ve performans düşüklüğü sonucu hastaların bilişsel çabasını ve dikkatini gerektiren çalışmaların yapılamaması gibi faktörlerin etkisiyle psikososyal çalışmalar diğer kanserlere göre az sayıdadır. Günümüzde, psikososyal etmenlerin hastalığın seyri üze-

rinde önemli rol oynadığının gösterilmesi ve gelişen yeni tedavi yöntemleri ile yaşam süresinin artması sonucunda yaşam kalitesinin önem kazanması, psikososyal onkolojinin önemini arttırmıştır.

Çeşitli organlara ait karsinom tanısı almış hastalarda yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, stresin en yüksek düzeylerinin ac ca teşhis edilen grupta bulunduğu saptanmış ve bu sonuçların ac ca'da izlenen kötü prognoza ve kişisel etkilere (zararlarını bilerek sigara kullanımı gibi hayat stili ile ilgili davranışlar vb.) bağlı olabileceği belirtilmiştir (4). Biz de çalışmamızda ac ca tanısı alan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerini belirleyerek, bu düzeylerin hem tanı ve tedavi sürecindeki, hem de etki edebileceğini düşündüğümüz hasta ve hastalık özelliklerine göre değişimlerini inceledik.

Kanserli hastalarda, psikiyatrik bozukluklar %29-47 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Özellikle depresyon varlığı tedavi uyumunu bozarak hastane yatış süresini ve buna bağlı olarak tedavi maliyetini arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde

etkileyebilmektedir (5-6). 79 ileri evre ac ca tanılı hastada yapılan bir çalışmada, tanıdan önce %50.6 olan depresyon oranlarının, tanıdan 2-3 ay sonra yapılan değerlendirmelerde %21.5'a düştüğü izlenmiş ve bu sonuçların hastaların ağrı semptomunun azalmasına bağlı olduğu düşünülmüştür (7). Japonya'da ac ca tanılı hastalarda yapılan bir araştırmada, ilk başvuru sırasında anksiyete oranı %37, depresyon oranı ise %27 olarak bulunmuştur (8). Biz de çalışmamızda, hastaların başlangıçta %25'inde anksiyete saptadık, ve bu oranda, tanı için uygulanan invaziv girişim öncesi ve tedavinin 1. ayında yapılan tekrar değerlendirmelerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim izlemedik. Hastaların başlangıç depresyon oranlarını ise %36 olarak bulduk ve bu oranda da tekrarlayan değerlendirmelerde artma olmasına rağmen istatistiğe yansıyan bir değişim saptamadık.

Yapılan çalışmalarda, kanser hastalarının yaşının psikolojik sıkıntı açısından önemli bir değişken olduğu vurgulanmıştır (9). Tüm kanser hastalarını kapsayan bir çalışmada 30 yaş altında stres düzeylerinin yüksek, 30-60 yaş arasında düşme eğiliminde ve 80 yaş üzerinde de ani bir artışta olduğu saptanmıştır (4). Hyodo ve ark.'larının yaptığı araştırmada, HAD skalasına göre anksiyete skorlarında, 65 yaş altı ya da üzerinde, hastaların ilk başvuru anında, tanı bilgilendirmesi sırasında ve tedavinin 2. haftasında yapılan değerlendirmelerinde herhangi bir değişim saptanmamış, bütün değerler sınır değerinin altında bulunmuştur. Depresyon skorları incelendiğinde ise, 65 yaş üzerinde, başlangıçtaki depresyon skorunun, tanı açıklaması ve tedavinin 2. haftasında arttığı saptanmıştır (8). Çalışmamızda 65 yaş üstündeki hastalarda ise 2. görüşmedeki anksiyete ve depresyon ve 3. görüşmedeki depresyon varlığının 65 yaş altındaki hastalara göre anlamlı derecede arttığı saptandı. Diğer

çalışmalar ile karşılaştırıldığında elde ettiğimiz benzer sonuçların, 65 yaş üzerindeki hastaların ölüm duygusuna daha yakın olmalarına, genç hastaların hastaneye yatarak yapılan tanı ve tedavi girişimleri ile hastalıklarından kurtulabilme ümitlerinin ve yaşama bağlılıklarının daha yüksek olmasına ve ayrıca tanının kesin olarak belirtilmemesine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

2003 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada kadın cinsiyetinin, erkek cinsiyete göre psikiyatrik bozukluk gelişim riski açısından daha riskli olduğu belirlenmiştir (10). Benzer şekilde, İngiltere'de yapılan bir çalışmada da ac ca tanılı kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek depresyon oranları saptanmıştır (11). Biz ise çalışmamızda, kadın-erkek hasta sayısı arasındaki büyük farktan ötürü cinsiyet açısından istatistiksel değerlendirme yapamadık.

Yapılan bazı çalışmalarda, KHAK'da psikiyatrik bozukluk oranının KHDAK'na göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (7). Hopwood ve ark. (11)'nin yaptığı çalışmada KHAK'de depresyon oranı yüksek bulunmuş, ancak bu sonucun hücre tipinden çok performans durumu bozukluğu ile ilgili olabileceği vurgulanmıştır. Biz çalışmamızda, KHAK ve KHDAK hastalar arasında anksiyete-depresyon açısından istatistiksel anlamlı fark saptamadık.

Çeşitli araştırmalarda, psikolojik distress için, performans durumu ve hastalığın yaygınlığının 2 önemli faktör olduğu vurgulanmıştır (12-13). İngiltere'de yapılan bir çalışmada da, ECOG performans durumu kötüleşmesi ile psikolojik distress durumunun arttığı gösterilmiştir (14). Biz çalışmamızda, ECOG performans durumu 0 ve 3 olan hasta sayısının az olması ve ECOG performans durumu 4 olan hastaların çalışma kriterlerine uymadığından çalışma dışı bırakılması nedeni ile ECOG ile ilgili istatistiksel analizi

sadece ECOG 1 ve 2 arasında yapabildik. Analiz sonucunda da ECOG performans durumu 2 olan hastaların 1 olan hastalara göre, 3. görüşmedeki depresyon varlığı dışında tüm değerlendirmelerde anksiyete ve depresyon varlıklarının yüksek olduğunu saptadık. Bu sonuç, yukarıda bahsettiğimiz çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, hastalar aldıkları tedaviler ile anksiyete ve depresyon skor ve varlıkları yönünden de karşılaştırıldı. Ancak cerrahi uygulanan, radyoterapi gören ve destek tedavisi verilen hasta sayılarının az olması nedeniyle tedavi rejimleri birbirleri ile tam olarak karşılaştırılmadı. Sadece kemoterapi, radyoterapi ve kemoradyoterapi alan hastalarda tanı ve tedavi sürecinde anksiyete ve depresyon skor ve varlıkları karşılaştırıldı ve aralarında herhangi bir fark saptanmadı. Ancak bu sonuç, seçilen tedavinin anksiyete

ve depresyon açısından önemli olmadığını söyleyebilmek için yeterli değildir. Bu durum çalışmamızın kısıtlayıcı bir yönüdür, bu açıdan yapılacak daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak; kanser biyopsikososyal unsurlar içeren bir hastalıktır. Yaptığımız çalışma sonuçları göz önüne alındığında; ac ca'lı hastalarda ortaya çıkan anksiyete ve depresyon ile, hastaların yaşı ve ECOG performans durumları arasında bir ilişki olduğunu, anksiyete ve depresyon gelişiminin büyük ölçüde hastalık evresi, verilen tedavi şekli ve tanı ve tedavi sürecinden bağımsız olduğunu düşünmekteyiz. Günümüzde gelişen yeni tedavi yöntemleri ile ac ca'da sağkalm sürelerinin artması sayesinde, daha uzun süre ve daha çok katılımcıyla, psikolojik destek de sağlanarak yapılacak daha geniş çalışmaların daha aydınlatıcı olabileceğini düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G, Çakan A, Gayaf M, Kömürcüoğlu B. Epidemiyoloji, Akkoçoğlu A, Öztürk C (ed). Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım. Ankara: Toraks Derneği Yayınları, 1999: 17-21.
2. Holland JC, Rowland JH. Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York: Oxford University Press, 1989.
3. Akif Ersoy M. Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi; İzmir, 1999.
4. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site. Psychooncology 2001; 10: 19-28.
5. Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K, Psychiatric Morbidity in Terminally III Cancer Patients, A Prospective Study. American Cancer Society 1996; 78: 1131-7.
6. Moorey S, Greer S. The Personal Meaning of Cancer: A Cognitive Theory of Adjustment, Psychological Therapy for Patients with Cancer, McElwain T (eds), Oxford, 1989: 3-24.
7. Songür N, Erenci G, Özdilekcan Ç, Karşıgil H, Akkoç Z, Depression Rates Before Diagnosis and After Treatment in Patients with Advanced Lung Cancer, Turkish Respiratory Journal, 2004; 5: (2): 73-81.
8. Hyodo I, Eguchi K, Takigawa N, Segawa Y, Hosokawa Y, Kamejima K, Inoue R, Psychological Impact of Informed Consent in Hospitalized cancer Patients, Support Care Cancer; 1999; 7: 396-9.
9. Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H, Depression After Successful Treatment for Non-small Cell Lung Carcinoma, American Cancer Society, 2000: 1172-9.
10. Ateşçi FC, Oğuzhanoglu KN, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N, Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14 (2): 145-152.
11. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in Patients with Lung Cancer; Prevalence and Risk Factors Derived From Quality of Life



Data, Journal of Clinical Oncology, 2000; 18: 893.

12. Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silberfarb PM, Tross S, Feldstein M, Perry M, Maurer H, Comis R, Orav J. The Relationship of Psychological Distress, Extent of Disease and Performance Status in Patients with Lung Cancer. Cancer 1987; 60: 1661-7.

13. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y, Psychiatric Disorders and Associated and Predictive Factors in Patients with Unresectable Nonsmall Cell Lung Carcinoma. Cancer 2001; 92 (10); 2609-22.

14. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR, Anxiety and Depression in Patients

with Lung Cancer Before and After Diagnosis: Findings from a Population in Glasgow, Scotland. Epidemiol Community Health 1998; 52: 203-4.

---

**Yazışma Adresi:**

Dr. Eda GÜREN

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yenişehir/İZMİR

Tel: 0232 433 33 33

---