

**MEME VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLİ HASTALARIN  
DEPRESYON, AKSİYETE VE YETİYİTİMİ DURUMLARININ  
BELİRLENMESİ**

*DETERMINING OF THE PRESENCE OF DEPRESSION, ANXIETY AND  
DISABILITY OF BREAST AND GASTRO INTESTINAL SYSTEM (GIS)  
CANCER PATIENTS*

**Sevgi ÖZKAN\***

**Filiz ÖĞCE\*\***

**Adalet KUTLU KOCA \*\*\***

\*Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Denizli

\*\*Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Bornova/İzmir

\*\*\*Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksek Okulu, Manisa

**Anahtar Sözcükler:** Kanser Hastası, Depresyon, Anksiyete, Yetiyitimi, Hemşirelik

**Key Words:** Cancer Patients, Depression, Anxiety, Disability, Nursing

**ÖZET**

Meme ve gastrointestinal sistem (GİS) kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve yetiyitimi durumlarının belirlenmesi ve bu durumlara etki eden faktörlerin araştırılmasıdır.

Çalışmanın örneklemini kemoterapi gören, radikal mastektomili 82 meme ve 41 GİS kanseri olan 123 hasta oluşturmuştur. Katılımcılar sosyo-demografik veri formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Kısa Yetiyitimi (KYY) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile değerlendirilmiştir.

Hastaların %75,6'sında depresyon, %59,3'ünde anksiyete riski saptanmış ve %88,6'sının değişik seviyelerde yetiyitimi yaşadıkları belirlenmiştir. GİS kanserli hastaların hastalık süresi, ilerlemiş tümör evresi, depresyon ve anksiyete riski daha fazla görülürken, meme kanserli hastalarda yetiyitimi yaşanan gün sayısı daha fazla bulunmuştur. Meme ve GİS kanser tanısı konulmasından sonra geçen süre arttıkça hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Hastanın yaşı ve hastalığın prognozu kötüleştikçe, anksiyete ve depresyon seviyelerinin artmakta olduğu ve anksiyete yükseldikçe yetiyitimi puanının da arttığı bulunmuştur. Ağır yetiyitimi yaşayan hastaların sosyal desteğinin daha az olduğu belirlenmiştir.

Farklı kanser türleri ve beraberinde getirdiği tedavi uygulamaları hastaların işlevsel ve psikolojik durumlarında değişikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle kanserli hastaların bakımında kilit noktada bulunan hemşirelerin biyo-psikososyal bütüncül yaklaşım uygulaması önemlidir.

## SUMMARY

*To determine the presence of depression, anxiety and disability of breast and Gastro Intestinal System (GIS) cancer patients, and to examine the factors that affect these symptoms.*

*A total of 123 patients (82 breast cancer patients underwent radical mastectomy and 41 patients with GIS cancer) were recruited. All subjects were evaluated with the socio-demographic patient form, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Brief Disability Questionnaire (BDQ), and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).*

*It was confirmed that 75,6% of patients have a risk of depression and 59,3% of them have a risk of anxiety, and it was determined that 88,6% of the patients live with some level of disability. Statically significant increase in the risk of depression and anxiety was observed with an increased of the illness period and advanced disease of GIS cancer patients was obtained. And disability time was found high in breast cancer patients. In addition, anxiety and depression levels were decreased in both groups as the time of diagnosis increase. It was also found that anxiety and depression levels were increased by increasing age and advanced disease. The disability score was found high when anxiety has increased. Having a low level of social support was present in patients who had heavy disability.*

*Different cancer diagnoses with their treatment may impact the functional and psychological aspects of the patients. Therefore it is important to give biopsychosocial holistic approach to cancer patients by the nurses who play a key role.*

## GİRİŞ

Kanser tanısıyla başlayan psikolojik sarsıntı, uzun süren ve defalarca hastaneye yatmayı gerektiren kemoterapi sürecinde de artarak devam etmektedir. Hastalığın farkına varma, hastaneye yatma dönemlerinde günlük yaşantının kesintiye uğraması ve kemoterapinin yan etkileri gibi pek çok faktör hastanın psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında %29–47 oranında tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk varlığı ve depresyon ve anksiyetenin sıklıkla yaşanan psikiyatrik problemler olduğu belirtilmiştir (Ateşçi ve ark. 2003, Friedman ve ark. 2005, Wong-Kim ve Bloom 2005). Yeni tanı konmuş meme kanserli kadınlarda depresyon prevalansı %10–32 arasında olup (Wong-Kim ve Bloom 2005), mastektomi sonrası tanılanan depresyon ve anksiyete oranı ise %22 olarak rapor edilmiştir (Simpson ve ark. 2002). Hastanın tedaviye uyumunu ve hastanede kalış süresini etkilemesi bakımından depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik bozuklukların sinyallerinin erken tanınması önemlidir.

Kadın hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, tedavi edilmeyen depresyonun yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu ve buna bağlı olarak kadınların hastalanmadan önceki aktivitelerini yapmada

zorlandıkları belirtilmiştir (Wong-Kim ve Bloom 2005). Bir başka çalışmada, depresyondaki hastaların dayanılabilecek düzeydeki ağrıya daha fazla tepki verdikleri belirtilmiştir (Snaith 2003).

Kanser hastalarında anksiyete ve depresyonu önlemede sosyal destek oldukça önemlidir, zira değişik tipteki kanserli hastalarla yapılan bir araştırmada; tanı konduktan bir yıl sonra psikolojik bozukluk görülme oranı % 31,8 bulunurken, aynı grupta depresyon tanısı konan hastaların sosyal destek puanlarının düşük olduğu görülmüştür (Simpson ve ark. 2002).

Kanser hastalarının psikolojilerini olumsuz etkileyen diğer bir boyut, işlevsel durumdaki bozulma ya da yetiyitimidir. Yetiyitimi “bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilmeye, bir kısıtlama ya da kayıp” olarak tanımlanmaktadır. Bedensel olarak, hareket ve motor aktivitelerin gerçekleştirilmesiyle ilgili; sosyal olarak da tanımlanmış bir sosyal rol bağlamında beklenen etkinliklerin ve gözlenebilir davranışların yerine getirilmesinde bir yetersizlik söz konusu olmaktadır (Kaplan 1995). Genel tıbbi durumlarda yetiyitiminin fiziksel sınırlılık nedeniyle yaşandığı, ancak olaya ruhsal bozuklukların birlikte olduğu durumlar da eklenirse birçok alanda yetiyitimi yaşandığı belirtilmektedir (Şentürk ve Sağduyu 2004). Bu bağlamda düşünüldüğünde kanser hastaları hem bedensel hem de sosyal anlamda yetiyitimi yaşamaktadırlar.

Modern kanser tedavisinde hastanın tedaviye uyumu ve tedavinin başarısını arttırmak için psikososyal ihtiyaçlarını ve yetiyitimi durumlarını göz ardı etmemek gerekir. Bu nedenle, öncelikle hastanın psikolojik durumunun iyi değerlendirilerek, depresyon ve anksiyete varlığının ve şiddetinin belirlenmesi kanser tedavisinin göz ardı edilmemesi gereken bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık ekibi ve ailenin birlikte hareket etmesi gereken bir tedavi yaklaşımını zorunlu kılan kanserde, hastalara sosyal destek bağlamında; hastalık süreciyle ilgili bilgilendirme aşamasında sağlık ekibinin, duygusal destek anlamında da aile-arkadaş desteğinin özümsemeyecek bir yeri vardır. Sağlık ekibinde hasta bakımından birebir sorumlu olan hemşirelerin hastanın ruhsal değişimleri açısından dikkatli olmaları ve aile ile işbirliği yapmaları normalden sapmaların erken fark edilmesini sağlayacaktır.

Kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa tehdit oluşturmasından dolayı meme kanseriyle ilgili fizyolojik ve psikososyal açıdan pek çok çalışma yapılmış ve hastalığın psikolojik etkilerinin tedavi sürecine etkisi açıkça belirtilmiş (Friedman ve ark.2005, Makabe ve Nomizu 2006, Montazeri ve ark. 2000) olmasına rağmen yetiyitimi yönünden konu pek incelenmemiştir. Gastrointestinal sistem kanserlerinin psikolojik yönüyle ilgili az sayıda yapılmış çalışma vardır (Matsushita ve ark.

2005). Bu nedenle çalışmamızda ülkemiz kadınlarında en sık görülen iki kanser türü olan meme ve mide kanseri ele alınmış ve mide sistem bazında düşünülerek GİS olarak genellenmiştir (TC Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı Yayını 2002). Meme ve GİS kanseri tanısı almış kemoterapi alan bayan hastalardaki depresyon, anksiyete ve yetiyitimi durumlarının belirlenmesi ve depresyon, anksiyete ve yetiyitimi ile ilişkili olabilecek etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Araştırma kesitsel tipte planlanmıştır. Örneklemini, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Onkoloji bölümlerinde Ocak 2005- Haziran 2006 tarihleri arasında kemoterapi gören, yatarak veya ayaktan tedavi edilen meme (radikal mastektomili) ve gastrointestinal sistem (GİS) kanseri olan hastaların tamamı oluşturmuştur. Okur-yazar olmayan, görüşme veya test uygulamasına engel olacak düzeyde bilişsel işlev bozukluğu gösteren terminal dönemdeki hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 82 meme kanseri, 41 GİS kanseri nedeniyle kemoterapi gören 123 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Veri formları araştırmacılar tarafından İzmir, Manisa ve Denizli illeri Tıp Fakültesi Hastanelerinde yukarıda belirtilen tarihlerde eş zamanlı toplanmıştır. Çalışma için üniversitelerin Etik Kurul'larından izin alınmıştır.

### **Kullanılan Ölçekler;**

**Sosyodemografik Veri ve Bilgi Toplama Formu:** Bu formda hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek) ve hastalığına yönelik bilgileri sorgulanmaktadır.

**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale):** Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Zigmond ve Snaith 1983). Soruların içeriği hastanın hayattan zevk alması, endişe ve gerginlik duygusu, dış görünüşüne ve çevresinde olup bitenlere ilgisini, şimdiki ve geçmişteki haliyle karşılaştırarak sonuca ulaşmaya yönelik olarak düzenlenmiştir. Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir ve ark. 1997). Ölçekte, anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçeklerini içeren toplam 14 soru vardır. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Türkiye'de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur. Buna göre bu

puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HAD bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilmiştir (Aydemir ve ark. 1997).

#### **Kısa Yetiyitimi Anketi (KYY)**

Bedensel ve sosyal yetiyitimi değerlendirmek üzere, Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki (Stewart ve ark. 1988) yetiyitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevrilmiş ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kaplan 1995). Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYY 11 sorudan oluşur. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sayısının soruşturulduğu iki madde içermektedir. Bedensel ve sosyal alandaki yetiyitimi 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır ve bunların toplanması ile yetiyitimi toplam puanları elde edilir. 0-4: yetiyitimi yok, 5-7: hafif yetiyitimi, 8-12: orta düzeyde yetiyitimi, 13 ve üstü: ağır düzeyde yetiyitimi olarak değerlendirilir.

#### **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:**

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında aile, arkadaş ve önemli bir kişi ya da özel bir kişi gibi üç kaynaktan oluşan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçeğin her bir dört maddeyi içeren üç alt boyutu vardır. Likert tipi olan ölçekte her madde 1'den (kesinlikle hayır) 7'e (kesinlikle evet) kadar puanlanmaktadır. Alt boyut toplam puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Zimet ve ark. 1988)

Ülkemizde daha önce farklı hasta grupları, üniversite öğrencileri ve normal popülasyonda yapılan çalışmalarda bu ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Eker ve Arkar 1995).

#### **İstatistiksel değerlendirmeler**

Verilerin analizinde frekans ve ortalama dağılımlar alınmış, karşılaştırmalı tablolarda ki-kare, t-testi ve tek yönlü Anova testleri kullanılmıştır. Çalışma verilerinin analizinde SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Çalışmaya katılan 82 (%66,7) meme kanseri, 41 (%33,3) GİS kanseri nedeniyle kemoterapi alan kadınların yaş ortalaması 52,69 (SS:11,71) dur. Hastaların %75,6'sında (n=93) depresyon riski, +%59,3'ünde (n=73) ise anksiyete riski olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yetiyitimi puanları incelendiğinde; %11,4'ünün (n=14) yetiyitimi yaşamadığı, %14,6'sının (n=14) hafif, %39,8'inin (n=49) orta, %34,1'inin (n=42) ise ağır yetiyitimi yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 1:** Meme ve GİS Kanseri Olan Kadınların Demografik ve Diğer Özellikleri

<b>Değişkenler</b>	<b>Meme(n=82)</b>	<b>GIS(n=41)</b>	<b>p değeri</b>
	<b>Ort.(ss)</b>	<b>Ort.(ss)</b>	
<u>Yaş ortalaması</u> <sup>a</sup>	52,40(12,11)	53,26(11,00)	0,692
<u>Hastalık süresi (ay)</u> <sup>a</sup>	5,14 (2,39)	45,82(41,80)	<b>0,000</b>
<u>Anksiyete (ort)</u> <sup>a</sup>	9,61 (5,08)	13,24 (4,67)	<b>0,000</b>
<u>Depresyon (ort)</u> <sup>a</sup>	9,13 (5,02)	12,37 (4,69)	<b>0,001</b>
<u>Kısa yetiyitimi(top.)</u> <sup>a</sup>	10,68 (5,03)	11,13 (5,83)	0,674
<u>Yetiyitimi olan gün</u> <sup>a</sup>	13,28(12,90)	8,02(10,92)	<b>0,027</b>
<u>Yatakta geçen gün</u> <sup>a</sup>	6,09(9,42)	6,65(12,99)	0,806
<u>Sosyal destek (top)</u> <sup>a</sup>	64,85(15,81)	64,53(14,82)	0,913
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b><u>Hastalık Evresi</u><sup>b</sup></b>			
Lokalize	25(73,5)	9(26,5)	
İlerlemiş	10(40,0)	15(60,0)	<b>0,004</b>
Bölgesel	24(85,7)	4(14,3)	
Metastaz	23(63,9)	13(36,1)	
<b><u>Eğitim düzeyi</u><sup>b</sup></b>			
İlkokul ve altı	58(69,0)	26(31,0)	0,267
Ortaokul ve üstü	24(61,5)	15(38,5)	
<b><u>Medeni durum</u><sup>b</sup></b>			
Evli	63(65,6)	33(34,4)	0,414
Bekar/ boşanmış/ dul	19(70,4)	8(29,6)	
<b><u>Çalışma durumu</u><sup>b</sup></b>			
Çalışmıyor	45(61,6)	28(38,4)	0,108
Çalışıyor	37(70,4)	13(26,0)	

a: İstatistiksel analizde independent t-test uygulanmıştır.

b: İstatistiksel analizde X<sup>2</sup> testi kullanılmıştır.

Tablo 1'de meme ve GIS kanseri olan kadınların demografik ve diğer özellikleri verilmiştir. Her iki kanser grubunda hastaların yaşları arasındaki fark anlamlı değildir (p>0,05). Kanser tipi ile hastalık süresi, hastalık evresi, depresyon, anksiyete ve yetiyitimi olan gün sayısı arasında anlamlı farklar bulunmuştur (p<0,05). Her iki kanser grubunda hastaların hastalık evreleri karşılaştırıldığında, anlam yaratan grubu bulmak için ileri analiz yapılmış ve ilerlemiş evrede GİS kanserli hasta oranının diğer evrelere göre daha fazla olduğu, meme kanserli ilerlemiş evrede olan kadın oranının ise daha az olduğu belirlenmiştir. Kanser tipi ile yetiyitimi, yatakta geçen gün, sosyal destek, eğitim durumu, medeni durum ve çalışma durumu karşılaştırıldığında ise istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir (p>0,05).

**Tablo 2:** Meme ve GİS Kanserli Hastalarda Hastalık Verileri ve Diğer Sosyo-Demografik Değişkenlerin Yetiyitimi, Anksiyete ve Depresyona Etkisi

Değişkenler	Kısa yetiyitimi	Anksiyete	Depresyon	p değeri	KYY	A	D
<b>Tanı yılı<sup>a</sup></b>							
1 yıl altı	(n=82)	10,68(5,03)	11,58(5,49)	10,94(5,45)	0,674	0,023	0,030
1 yıl ve üstü	(n=41)	11,13(5,83)	9,33(4,24)	8,82(4,04)			
<b>Tümör sınıflaması<sup>b</sup></b>							
Lokalize	n=34	9,70(4,89)	9,68 (5,23)	8,85(5,06)			
İlerlemiş	(n=25)	10,09(6,28)	14,87(3,97)	14,64(3,85)	0,253	0,000	0,000
Bölgesel	(n=28)	12,09(4,38)	9,32 (5,23)	8,29(4,30)			
Metastatik(n=36)		11,44(5,46)	10,29(4,64)	9,99(4,87)			
<b>Yaş grupları<sup>b</sup></b>							
40 yaş üstü	(n=21)	10,00(5,03)	10,23(5,19)	10,27(4,78)			
41-55 yaş	(n=54)	10,19(5,35)	9,56(4,54)	8,78(4,64)	0,192	0,013	0,009
56 yaş ve üstü	(n=48)	11,91(5,25)	12,52(5,53)	11,86(5,34)			
<b>Eğitim düzeyi<sup>a</sup></b>							
İlkokul ve altı	(n=84)	10,97(5,08)	10,94(5,22)	10,41(5,27)	0,677	0,724	0,555
Ortaokul ve üstü	(n=39)	10,52(5,77)	10,58(5,22)	9,84(4,78)			
<b>Medeni durum<sup>a</sup></b>							
Evli	(n=96)	10,31(5,30)	10,98(5,37)	10,33(5,43)	0,034	0,514	0,645
Bekar/dul/boşanmış	(n=27)	12,69(4,89)	10,30(4,59)	9,90(3,83)			
<b>Çalışma durumu<sup>a</sup></b>							
Çalışmayan	(n=73)	10,32(5,15)	11,28(4,85)	10,37(5,02)	0,204	0,262	0,715
Çalışan	(n=50)	11,57(5,44)	10,17(5,67)	10,03(5,28)			

<sup>a</sup>İstatistiksel analizde independent t-test uygulanmıştır.

<sup>b</sup>İstatistiksel analizde oneway Anova testi uygulanmıştır.

Hastalık verileri ve sosyodemografik değişkenlerin KYY, anksiyete ve depresyon üzerine etkileri Tablo 2 de verilmiştir. Hastalık süresi 1 yılın altında olan kadınların, depresyon (p= 0,030) ve anksiyete (p=0,023) puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastalık süresi ile yetiyitimi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tümör sınıflamasının KYY, depresyon ve anksiyeteye etkisi incelendiğinde; depresyon (p=0,000) ve anksiyete (p=0,000) riski ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde; ilerlemiş evrede tümörü olan hastaların, lokalize (p=0,000), bölgesel (p=0,000) ve metastatik (p=0,002) evrede tümörü olan hastalara göre anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde tümörü ilerlemiş evrede olan hastaların depresyon puan ortalamaları, tümörü lokalize (p=0,000), bölgesel (p=0,000) ve metastatik (p=0,001) evrede olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşın KYY, depresyon ve anksiyete riskine etkisi incelendiğinde; yaşın yetiyitimi ile ilişkili olmadığı, depresyon (p=0,009) ve anksiyete (p=0,013) riskinin ise ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde, 41-55 yaş arasında olan kadınlarda, 56 yaş ve üstünde olan kadınlara göre depresyon (p=0,006) ve anksiyete (p=0,011) puan ortalamaları daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

Eğitim, medeni ve çalışma durumunun KYY, depresyon ve anksiyete riskine etkisi araştırıldığında ise anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3:** Anksiyete ve Depresyon Riski Olan ve Olmayan Hastaların, KYY Toplam Puanı, Yetiyitimi Olan Gün ve Yatakta Geçen Gün Ortalamaları

	Anksiyete Riski		Depresyon Riski		p değeri	
	Var (n:73)	Yok (n:50)	Var (n:93)	Yok (n:30)	A	D
KYY toplam puanı	11,98(5,45)	10,04(5,06)	10,96(5,31)	10,43 (5,29)	<b>0,049</b>	0,640
Yetiyitimi olan gün	12,98(13,16)	9,40(11,20)	11,84(12,77)	10,53 (11,68)	0,118	0,602
Yatakta geçen gün	6,10 (10,07)	6,54(11,60)	6,66(11,19)	5,10 (9,04)	0,828	0,441

KYY: Kısa yetiyitimi A: Anksiyete D: Depresyon  
İstatistiksel analizde independent t testi kullanılmıştır.

Günlük işlerin aksatıldığı gün sayısı ve yatakta geçen gün sayısı ile anksiyete ve depresyon riski olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). KYY toplam puanı anksiyete riski olan grupta olmayana göre anlamlı şekilde fazla iken ( $p=0,049$ ), depresyon riskinde anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 4:** Sosyal Desteğin Anksiyete, Depresyon ve KYY'ne Etkisi

	Sosyal destek toplam puanı	p değeri
<b>Anksiyete riski <sup>a</sup></b>		
Yok (n=50)	63,76(16,25)	0,559
Var (n=73)	65,42(14,91)	
<b>Depresyon riski <sup>a</sup></b>		
Yok (n=30)	66,17(13,34)	0,562
Var (n=93)	64,28(14,08)	
<b>Kısa yetiyitimi <sup>b</sup></b>		
Yok (n=14)	75,01( 3,87)	0,024
Hafif(n=18)	64,06(13,79)	
Orta (n=49)	65,52 (14,26)	
Ağır (n=42)	60,71 (18,24)	

<sup>a</sup> İstatistiksel analizde independent t testi kullanılmıştır.

<sup>b</sup> İstatistiksel analizde oneway Anova testi kullanılmıştır.

Sosyal desteğin anksiyete, depresyon ve KYY'ne etkisi incelendiğinde; sosyal desteğin anksiyete ve depresyon gruplarında fark yaratmadığı ( $p>0,05$ ), ağır yetiyitimi olan hastaların hiç yetiyitimi olmayan hastalara göre düşük sosyal destek puanına sahip oldukları ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0.024$ ) (Tablo 4).

## TARTIşMA

Çalışmaya katılan meme kanserli ve GİS kanserli hastaların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Ancak GİS kanserlerinde hastalık sürecinin meme kanserli hastalara göre oldukça



uzun olduğu, tümör sınıflamasına göre ilerlemiş evrede bulunan hasta sayısının ise anlamlı şekilde fazla olduğu belirlenmiştir. Bu süreç GİS kanserli hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerine de yansımış ve anlamlı olarak daha yüksek belirlenmiştir. GİS kanserli hastaların yetiyitimi toplam puanları anlamlı olmamakla birlikte, meme kanserli hastalara göre daha yüksektir. Bunun yanında meme kanserli hastaların yetiyitimi gün sayıları daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında yatakta geçirdikleri gün sayısı ve sosyal destek puanları açısından belirgin bir fark yoktur. Meme ve GİS kanserli hastaların tanı yılı “bir yıl ve üstü” olanların yetiyitimi puanlarında artış, anksiyete ve depresyon puanlarında anlamlı bir azalma göze çarpmaktadır.

GİS kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada; orta yaş ve kemoterapi alanlarda, yaşlı ve kemoterapi almayanlara göre anksiyete puanları, kemoterapi alanlarda da almayanlara göre depresyon seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Kanserli hastalarda psikolojik sorunlar daha fazladır; majör depresyonun %7, yetiyitimi ve ağrı düzeylerinin %20-25 oranında arttığı ifade edilmektedir (Matsushita ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda depresyon riski (%75,6) ve yetiyitimi (%88.5) oranları yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar kemoterapi alan hastaların depresyon ve yetiyitimi düzeylerinin izlenmesi ve sürekli destek sağlanması gerektiğini göstermektedir.

Montazeri ve arkadaşları (2000), meme kanseri tanısı öncesi ve sonrasında hastaların %48’inin şiddetli anksiyete yaşadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da benzer şekilde anksiyete riski %48,1 oranında bulunmuştur.

Kızılcı (1999), kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi’ne ilişkin çalışmasında; GİS kanserli hastaların yaşam kalitelerini meme, akciğer kanseri, lenfoma ve jinekolojik kanserlere göre daha düşük bulmuştur. Bizim çalışmamızda da GİS kanserli hastalarda depresyon, anksiyete düzeyleri ile yetiyitimi puanları meme kanserli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. GİS kanserli hastaların tanı, tedavi süreçlerinin uzun sürmesi ve yapılan uygulamalar ve ortaya çıkan komplikasyonlar (beslenme yetersizliği gibi) nedeniyle meme kanserli hastalara göre daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamaları nedeniyle, bu hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde psikolojik yönlerinin de önemsenmesi ve destek olunması gerekmektedir.

Çalışmamızda, hastalığı lokal olan hastaların yetiyitimi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, ilerlemiş ve metastatik olanlara göre oldukça düşük bulunmuş ve hastalığı ilerlemiş hastaların anksiyete ve depresyon puanlarında lokalize olanlara göre anlamlı fark elde edilmiştir. Kanser evresi ilerledikçe yetiyitimi puanlarında anlamlı olmamakla birlikte yükselme görülmüştür.

10.056 meme kanserli kadından alınan örnekleme (n=349) ve kontrollü bir çalışmada; mental, sosyal ve psikolojik iyilik hali ve fiziksel fonksiyon durumları değerlendirilmiş ve kontrol grubuyla bu açılardan fark olmadığı ancak kanser grubuna yapılan bazı tıbbi uygulamaların aktiviteleri kısıtladığı saptanmıştır. Kanserli grupta durumu ilerlemiş hastalarda mental sağlık ve fiziksel fonksiyonlarda kısıtlılık görülmüştür. İleri yaş hastalarında her iki grup için de ilaç uygulamalarının çok olması, yapılan tanılama yöntemlerine bağlı olarak aktivitelerde sınırlılıkların yaşandığını, bunun yanı sıra mental ve iyilik hallerinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Hastalığı ilerlemiş genç hastalarda psikolojik destek verirken, yaşlılarda ise ciddi tıbbi ve fiziksel zorluklar yaşandığı belirlenmiştir (Vinokur ve arkadaşları 1989). Çalışmamızda da hastaların yaşının ilerlemesinin anksiyete ve depresyon puanlarında artışa neden olduğu görülmüştür.

Kanserli hastalarda hem tedavi ve bakım hem de hastalığın algılanmasında, hastalığın bulunduğu evre belirleyici olmaktadır. Çünkü tümörün evresi kişinin yaşam süresine doğrudan etki etmekle birlikte, ileri dönemde tedavi ve bakım amaçlı yapılan girişimler ve hastanede kalma sürelerinde meydana gelen uzamayı da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle ileri evrede bulunan hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerinde yükselme görülmektedir. Matsushita ve arkadaşlarının (2005); GİS kanserli hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin hem kontrol hem de deney gruplarında ileri evrede olanlarda daha yüksek olduğunu ve 6 ay sonrasına kadar bile ameliyat öncesi dönemdeki düzeyine dönmediğini bildirmişlerdir. Depresyon seviyelerinde ameliyat öncesinden taburculuk öncesine kadar olan dönemde artış meydana geldiği, anksiyete düzeylerinde ise değişiklik olmadığını bulmuşlardır.

Çalışmamızda, istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da, çalışan hastaların yetiyitimi puanlarının, çalışmayanların ise anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak yetiyitimi, anksiyete ve depresyon seviyelerinde çalışan ve çalışmayan hastalar açısından bir fark bulunmamıştır. Bir çalışmada, GİS kanserli hastalardan çalışan kesimi oluşturan memur/işçi grubunun yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (Kızılcı 1999). Bu durum, aktif çalışma yaşamlarına sahip olan hastaların hastalık durumlarına sürekli odaklanmalarını önlediğini göstermektedir.

Simpson ve arkadaşları (2002), 89 meme kanserli kadına psikolojik destek eğitimi vermişler; eğitim öncesi, bir yıl sonrası ve iki yıl sonrasını değerlendirerek psikiyatrik ölçümlerle sosyal destek arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu hastalarda görülen psikiyatrik sorunların başlangıcındaki sosyal desteğin sonraki dönemlerden daha iyi olduğunu belirlemişlerdir. Wonghongkul ve arkadaşları (2006), tanı süreleri 3 yıldan az olan meme kanserli hastaların durumları ile başa çıkmak için en çok "sosyal destek"i kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu

çalışmaların aksine bizim çalışmamızda Makabe ve Nomizu'nun (2006) çalışmasına benzer olarak meme kanserli hastalarda sosyal destek ile hastaların psikolojik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ağır yetiyitimi olan hastaların olmayanlara göre sosyal destek puanları ise düşük bulunmuştur. Tüm bu bulgular hastalardaki sosyal destek açığını ortaya çıkarmaktadır ve bu konuda onkoloji hemşirelerinin hasta yakınlarının farkındalığını arttırmak için eğitim vermeleri önemlidir.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine göre, yetiyitimi, anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim düzeyinin kanserli hastanın yaşadığı psikolojik sürece etkisi olmadığı bulunmuştur. Solak ve Başer (2003) çalışmasıyla bulgularımız uyumludur.

Çalışmamızda medeni duruma göre değerlendirme yapıldığında; evli olan hastaların bekar/dul/boşanmış olanlara göre daha az yetiyitimi yaşadıkları bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon puanlarında ise medeni duruma göre anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Bu durum, evli olan hastaların sorumluluklarının fazla olduğu dikkate alındığında; hastalık durumunda dahi sorumluluklarını yerine getirmek zorunda oldukları düşüncesiyle açıklanabilir. Ancak sosyal destek puanı yüksek olan hastaların yetiyitimi yaşamadıkları, sosyal destek puanı düşük olanların ise daha fazla ağır yetiyitimi yaşadıkları dikkate alındığında bu sonuç; evli olanların kalabalık bir aile ortamı içinde daha fazla sosyal desteğe sahip olmaları ve böylelikle daha az yetiyitimi yaşamaları ile açıklanabilir.

Anksiyete riski olan hastaların yetiyitimi puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgu anksiyete durumunun artmasının yetiyitimine neden olabileceğini düşündürmektedir. Hastalık durumuna bağlı ve özellikle kanserli hastalarda anksiyetenin artması fiziksel yetersizliği de arttırabilmektedir.

## **SONUÇ**

Kanser tanısı, tedavi ve bakım süreci bireylerin yaşamında zor atlatılabilecek bir kriz yaratmaktadır. Hastaların krizle baş edebilmelerini sağlamak amacıyla; tedavideki ilerlemeler ışığında kanserin baş edilebilir bir hastalık olduğunun algılanması sağlanarak, kanserli hastalara biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın uygulanması önerilmelidir. Bu bağlamda hastalığın seyrini zorlaştıracak depresyon, anksiyete ve yetiyitimi belirti ve bulgularının erken tanılanması, hastalara verilebilecek destek sistemleri, kültürel tutum, kişilik yapısı ve baş edebilme gücü gibi faktörlerin dikkatle ele alınması oldukça önemlidir. Modern kanser tedavisinde multidisipliner çalışma kapsamında onkoloji hemşirelerinin, hasta ve yakınlarına yönelik depresyon, anksiyete ve yetiyitimi belirtileri ile yeterli sosyal destek sağlama konularında yönlendirici olmaları önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B ve ark (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14: 2, 145-152.
2. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8, 280-287.
3. Eker D, Arkar H (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10: 34, 45-55.
4. Friedman LC, Kalidas M, Elledge R ve ark (2005). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, [http:// www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com).
5. Kaplan İ (1995). Yarıkırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 3, 169-179.
6. Kızılıcı S (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3: 2, 18-26.
7. Makabe R, Nomizu T (2006). Social support and psychological and physical states among Japanese patients with breast cancer and their spouses prior to surgery. *Oncol Nurs Forum*. 3; 33(3), 651-655.
8. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 576-583.
9. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M ve ark (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157.
10. Simpson JS, Carlson LE, Beck CA, ve ark (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 282-294.
11. Snaith RP (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 29. <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>.
12. Solak M, Başer G (2003). Meme ve Meme Dışı kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6: 6, 38-47.
13. Stewart AL, Hays RD, Ware JEJ ve ark (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 26, 724-735.
14. Şentürk V, Sağduyu A (2004). Leprası olan hastalarda ruhsal bozukluklar ve yetiyitimi: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15: 3, 236-243.
15. Türkiye'de kanserle savaş politikası ve kanser verileri (2002), TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı Yayını, No: 618, Ankara, 145-46.
16. Vinokur A. D, Threatt B.A, Caplan R.D ve ark. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. *Cancer*, 63, 394-405.
17. Wonghongkul T, Dechaprom N, Phumivichuvate L ve ark (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors, *Cancer Nursing*, 29: 3, 250-257.
18. Wong-Kim EC, Bloom JR (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 14, 564-573.
19. Zigmond AS, Snaith PR (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.
20. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, (1988). Multidimensional scale of perceived social support; <http://www.atkinson.yorku.ca/~psycstest/socsupp.pdf>.