

Meme Kanseri Tanısı Olan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Hastalıkla Başa Çıkma Tutumları ve Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi

Rabia Geyikçi¹,
Soner Çakmak²,
Mehmet Emin Demirkol²,
Şükrü Uğuz³

¹Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin - Türkiye
²Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana - Türkiye
³Çağ Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Mersin - Türkiye

Öz

Meme kanseri tanısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalıkla başa çıkma tutumları ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı tanı aldıktan sonra birinci yılını tamamlamış meme kanseri hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin, hastalıkla başa çıkma tutumları ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin incelemesidir.

Yöntem: Bu çalışma, 5 Haziran-31 Temmuz 2017 tarihlerinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Onkoloji Polikliniğinde tedavi gören, 35-65 yaş aralığındaki 94 meme kanseri kadın hastayla yapılmıştır. Araştırmada veri toplama amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) kullanılmıştır.

Bulgular: Tedavide bir yılını tamamlamış ve psikiyatrik başvurusu olmamış veya yönlendirilmemiş meme kanseri hastalarının %27,7'sinde klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde anksiyete, %16,0'ında depresyon belirtileri saptanmıştır. Meme kanseri hastalarında depresyon ve anksiyete arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$, $r = 0.68$). Hastalığı konusunda yeterince bilgilendirilmeyen ve eşinin daha mesafeli davrandığını düşünenlerde anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur ($p = 0.014$, $p = 0.019$). Otuzbeş - kırkdört yaş aralığında, 55-65 yaş aralığına göre yüksek depresyon ve anksiyete düzeyi belirlenmiştir ($p = 0.006$, $p = 0.010$). Eğitimi ilköğretim düzeyinde olanların "dini olarak başa çıkmayı" ($p = 0.02$), üniversite düzeyinde olanların "mizah" daha çok kullandığı ($p = 0.04$), hastalığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olanlarda "pozitif yeniden yorumlama" ve "plan yapma" başa çıkma tutumlarının daha çok kullanıldığı saptanmıştır ($p = 0.045$, $p = 0.01$). Depresyon ile başa çıkma tutumlarından zihinsel boş verme ($p = 0.011$) ve aktif başa çıkma ($p = 0.008$) arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, anksiyete ile duygusal sosyal destek kullanımı ($p = 0.038$) arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada meme kanseri hastalarında hastalıkla ilgili yeterli bilgilendirmenin, eş davranışının anksiyete ile ilişkili olabileceği, başa çıkma tutumlarının depresyon ve anksiyete gelişimi üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Meme kanserinin psikolojik etkilerinin göz önünde bulundurulmasının ve tedavide psikososyal müdahalelere ve başa çıkma tutumları ile ilgili terapötik yaklaşımlara önem verilmesinin depresyon ve anksiyete gelişiminde önleyici bir faktör olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, baş etme tutumları, depresyon, meme kanseri

ABSTRACT

Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship of anxiety and depression levels of breast cancer patients that had completed a year since receiving the diagnosis with their sociodemographic characteristics and attitudes towards coping with their disease.

Method: This study was conducted with 94 female patients between the ages of 35 and 65 years who had been diagnosed with breast cancer and who were treated at the Oncology Department of Cukurova University's Faculty of Medicine between June 5 and July 31, 2017. Data were collected via a personal information form prepared by the investigator, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and COPE inventory.

Results: It was found that 27.7% and 16.0% of patients with breast cancer who had completed one year of treatment and had not presented or been referred to psychiatry experienced clinically relevant anxiety symptoms and depressive symptoms, respectively. A positive relationship was found between depression and anxiety in breast cancer patients ($p < 0.05$, $r = 0.68$). The level of anxiety was higher in patients who were not sufficiently informed about the disease ($p = 0.014$) and who thought that the partner was behaving more distant ($p = 0.019$). Patients between the ages of 35 and 44 years were found to be more depressive and anxious than those at age 55-65 ($p = 0.006$ and $p = 0.010$, respectively). It was found that primary school graduates were more likely to use "religious coping" ($p = 0.02$) and university graduates were more likely to use "humor" ($p = 0.04$). In addition, "positive reinterpretation" and "planning" attitudes were found to be more common in those with sufficient knowledge of the disease ($p = 0.045$ and $p = 0.01$, respectively). There was a negative correlation between depression and "mental disengagement" ($p = 0.011$) and "active coping" ($p = 0.008$). There was a positive relationship between anxiety and "use of emotional social support" ($p = 0.038$).

Conclusion: In our study, sufficient information about the disease and the partner's behavior were found to be associated with anxiety in breast cancer patients, and coping attitudes were found to be effective regarding depression and development of anxiety. Addressing the psychological effects of breast cancer and giving importance to psychosocial interventions and coping attitudes have been considered preventive factors in the development of depression and anxiety.

Keywords: Anxiety, coping attitudes, depression, breast cancer



Bu makaleye atf yapmak için: Geyikçi R, Çakmak S, Demirkol ME, Uğuz S. Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31:246-257.
<https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310302>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Soner Çakmak,
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Telefon / Phone: +90-322-338-6060/3204

Elektronik posta adresi / E-mail address:
drsoncak@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
2 Şubat 2018 / February 2, 2018

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
14 Mart 2018 / March 14, 2018

Kabul tarihi / Date of acceptance:
27 Mart 2018 / March 27, 2018

GİRİŞ

Kanser in çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini arttırdığı belirtilmiştir (1). Yaşamın akışını bozan, kişinin varoluşunu ciddi bir tehlikeye sokan kanser, kuşkusuz herkesi sarsmaktadır. Hasta bu krizle başa çıkmaya çalışırken aynı zamanda önemli sağlıklı yaşam kararları vermek, hastalığın ve sağaltımların sonuçları yüzünden yaşantısını yeniden düzenlemek zorunda kalmaktadır (2).

Kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer alan meme kanserinde, sıklık ve sağ kalım oranındaki artışla beraber, psikolojik tepkilerin de incelenmesinin ve hastalara psikolojik desteğin sağlanmasının önemi anlaşılmıştır. Hastalığın fiziksel şiddeti, seyri ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu etkiler. Hastanın tıbbi tedavi yanında psikososyal desteğe de ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır (3).

Kanser için uygulanan tedavi yöntemleri önemli yan etkileri oluşturarak kişinin fiziksel iyilik halini de etkileyip yaşam kalitesini azaltmaktadır (4). Bu yan etkiler, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, enerji kaybı, ağrı ve yorgunluk olup kişilerin gündelik yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (5). Meme kanseri hastalarında bunun dışında tedavide uygulanan mastektomi operasyonları beden bütünlüğünün bozulmasına ikinci psikososyal sorunlara yol açmaktadır.

Literatürde tanımlanmış kanserli hastaların genel olarak öncelikli bilgi ihtiyaçları; mevcut tedavi seçenekleri, tedavi yan etkileri, hastalığın yaygınlığı, tedavi olasılığı ve prognozu konusundadır (6).

Hastalık kavramı hem objektif, hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler. Bazı kişilerin hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleştiği görülürken, bazıları öfke, korku veya umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşamakta ve zorlanmaktadır. Hastalarda ortaya çıkan en yaygın emosyonel tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluk, rahatlama-dır (7).

Anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, çaresizlik, umutsuzluk, nüks korkusu, benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini kaybetme ve ölüm korkusu meme kanserinde psikolojik problemlere neden olmaktadır. Kansere yönelik evrensel sorunların yanı sıra kadın bedeninde önemli sembolere sahip bir dokunun kaybına yönelik tepkilerin de önemine dikkat edilmelidir (8).

Meme kanseri ve depresyonun bir arada görülmesi %1.5-50.0 oranları arasında değişen geniş bir yelpazede saptanmış ve bu farklılık majör depresif bozukluk tanısını koymada kullanılan ölçme yöntemleri ve değerlendirme ölçütlerinin çeşitliliği ile araştırma örneklemelerini oluşturan hastaların meme kanseri hastalığının ve tedavisinin değişik aşamalarında oluşlarına bağlanmıştır (9). Literatürdeki bulgular ışığında yapılan bir meta-analizde, depresyon ile kanser riski arasındaki ilişki araştırılmış ve 1990 ile 2005 yılları arasında yayınlanan literatürde yer almıştır (10). Depresyon her yaşta görülebilir bir hastalık olma özelliği göstermektedir fakat yapılan çalışmalar depresyonun en çok 44 ve civarı yaş grubunda sıklaştığını ortaya koymuştur (11).

Anksiyetenin genel olarak kanser sonucu ölümlerde önemli bir psikososyal etken olabileceğine dair kanıtlar göz önüne alındığında, bu popülasyondaki anksiyete oranları da önemlidir (12). Anksiyete kanser tedavisi için bir risk faktörü oluşturması ihtimali ile incelenmiştir. Kanserli hastalar arasındaki depresyona eşlik eden bir durum değil, aynı zamanda kanser oluşumunun bir nedeni olabilme olasılığı mevcuttur.

Knotkova ve arkadaşları (13) ile Teunissen ve arkadaşları (14) meme kanserli hastalar üzerinde yaptıkları araştırmalarda anksiyete düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptamışlardır.

Berard (3), Amicheti ve arkadaşları (15) ve Rakovicth ve arkadaşları (16) yaptıkları çalışmalarda meme kanserinde hastalığın bulunduğu tümör evresinin bireyin yaşam süresini ve yaşam kalitesini etkilediğini, ileri evrelerde bakım ve hastanede geçirdiği sürenin artmasının meme kanseri hastalarının anksiyete ve depresyon seviyelerinde yükselmelere neden olduğunu saptamışlardır.

Kanser sadece hastayı değil onun yakın çevresini, ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz şekilde

etkilemektedir. Cossileth ve Steinfeld (17) meme kanserinden dolayı memesi alınan kadınların eşine karşı kendini seksüel açıdan yetersiz ve eksik hissedip ondan uzaklaştığını, eşin ise çoğu kez eşinin üzerine gereğinden fazla düştüğünü, zaman zaman ise eşinin dışılık özelliğini yitirdiği endişesiyle cinsel yakınlıktan kaçtığını saptamışlardır.

Bu araştırmada; birinci yılını doldurmuş, mastektomi operasyonu geçirmiş, psikiyatrik tedavi almamış meme kanseri hastalarında tanı aldıktan bir yıl sonra anksiyete ve depresyon düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının sosyodemografik değişkenlerle birlikte incelenmesi amaçlanmıştır. Katılımcıların tanı aşamasından bir yıl geçmiş olanlar olarak belirlenmesi ile bu hastalarda ilk aşamalarda gözlenen travmatik etkilerin, hastalığı kabullenme ve fiziksel tedavi aşamalarında yaşanan sorunların etkisinin minimum düzeye indirilmesi amaçlanmıştır. Hastalarda sosyodemografik değişken olarak yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve hastalığın evresi gibi verilerle birlikte hastaların hastalıkları ile ilgili değerlendirmeleri de incelenmiştir.

Toplumda yaygınlığı olan meme kanserinin psikolojik etkilerinin araştırılması, bu konuda gereken çalışmaların yapılmasına kaynak oluşturması ve toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarının meme kanseri hastalarının tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında psikiyatrik müdahalelere ışık tutabileceği ve bu yöndeki araştırmalara katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

YÖNTEM

Bu çalışmada, uluslararası alanda kabul edilen ve 2013 yılında revize edilen 1964 Helsinki Deklerasyonu hükümlerine uyulmuş ve çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

Bu çalışmanın katılımcıları Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde takip edilen psikiyatrik tedavi almamış, mastektomi operasyonu geçirmiş ve tanı sonrası bir yılını doldurmuş meme kanseri hastalarıyla sınırlıdır. Araştırma, meme kanseri hastalarının görüş ve düşünceleri ile veri toplama araçları olan Beck Depresyon Envanteri

(BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) ölçeklerine verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde 05 Haziran-31 Temmuz 2017 tarihleri arasında polikliniğe başvuran meme kanseri tanısı almış ve tanı sonrası bir yılını doldurmuş, gönüllü 104 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Antidepresan ilaç kullanan sekiz katılımcı baş etme tutumlarını etkileyeceği için çalışma dışı bırakılmıştır. İki katılımcı da çalışmayı yarıda bırakmıştır. Çalışmanın analizinde 94 katılımcının verileri kullanılmıştır.

Araştırmanın örneklem grubunun evreni yansıttığı varsayılmaktadır. Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, BDE, BAE, COPE ölçekleri katılımcılara bilgi verildikten ve yazılı onamları alındıktan sonra birebir görüşülerek uygulanmıştır. Bir katılımcı ile görüşme ve formların doldurulması yaklaşık 45 dakika-1 saat zaman almıştır. Katılımcıların soruları içtenlikle, gerçek durumlarını yansıttıkları biçimde cevapladıkları varsayılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): 1961 yılında Beck (18) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (19) ve Teğin (20) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarının ardından Türkiye'de çeşitli araştırmalarda ve klinik uygulamalarda kullanılmıştır. Yirmi bir maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. BDE'nin kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda ölçekten 17 ve üstü puan alanların klinik değerlendirmeyi gerektirecek depresyon düzeyinde oldukları kabul edilmiştir.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Beck ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (22) tarafından yapılmıştır. İnsanların kaygılı oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Kişilerin her maddedeki belirtinin son bir haftadır kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini ölçekten yararlanarak belirtmeleri

istenmiştir. BAE kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda ölçekten 17 ve üstü puan alanların klinik değerlendirmeyi gerektirecek anksiyete düzeyinde oldukları kabul edilmiştir. Anksiyete toplam puanının artması anksiyete düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Scheier ve Weintraub (23) tarafından 1989'da geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (24) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek insanların günlük yaşamlarında bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıklarında ne şekilde reaksiyon verdiklerini araştırmayı hedeflemektedir. Seçenek puanlandırmaları; "1. Asla böyle bir şey yapmam, 2. Çok az böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 4. Çoğunlukla böyle yaparım" şeklindedir. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı başa çıkma tutumu (Pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma-mizah, davranışsal olarak ilişki kesme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma) hakkında bilgi verir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmacı tarafından toplanan veriler IBM The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Statistics v22 (IBM Corporation, New York, United States) İngilizce paket programı yardımıyla yapılmıştır. Sosyodemografik değişkenlerin dağılımına ilişkin tanımlayıcı istatistikler tablolaştırılmıştır. Meme kanserli hastalarının depresyon ve anksiyete puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşma durumunu araştırmak için hipotez testleri kullanılmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiğinde parametrik testlerden faydalanılmıştır. İki bağımsız değişken

olduğunda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla değişken olduğunda ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit etmek için post hoc çoklu karşılaştırma testlerinden varyansların homojenlik durumuna göre Tukey HSD ve Tamhane testlerinden faydalanılmıştır. Meme kanseri hastalarında, BDE, BAE ve COPE alt boyutları arasındaki ilişkiyi araştırmak için pearson korelasyon ve korelasyon sonuçlarının anlamlılığı için doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların yaş, medeni durum, çocuk durumu ve eğitim düzeyi ile ilgili sosyodemografik verileri ve hastalık süreci ile ilişkili özellikleri değerlendirildiğinde; 94 katılımcının %27.7'si 35-44 yaş aralığında, %37.2'si 45-54 yaş aralığında, %35.1'i ise 55-65 yaş aralığındadır. %20.2'sinin medeni durumu bekar, %79.8'inin evlidir. %85.1'inin çocuğu vardır, %14.9'u çocuk sahibi değildir.

Katılımcıların %53.2'si ilköğretim, %36.2'si lise, %10.6'sı üniversite seviyesinde eğitim düzeyine sahiptir.

Araştırmaya katılanların %30.9'u evre 1, %37.2'si Evre 2, %19.1'i evre 3, %12.8'i evre 4 meme kanseridir.

Meme kanseri tanısı konulduktan bir yıl sonra katılımcıların çoğunluğu (%52.1) "hastalığınız neye bağlıyorsunuz?" sorusuna "Allahtan/kader" olarak yanıt vermişlerdir. %9.6'sı kalıtsal etkenlere, %27.7'si çevresel nedenlere dayandırmış, %10.6'sı ise kendisini suçlamıştır.

Araştırmaya katılanların %56.4'ü "Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?" sorusuna "Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar" cevabını vermiştir. %20.2'si bu soruya "Evet doktorumun söylediği yeterli", %23.4'ü "Hayır, daha çok bilgi istiyorum" cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılanlar "Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı" sorusuna %49.0'ı "Değişmedi", %13.8'i "Daha mesafeli", %37.2'si daha yakın cevabını vermiştir.

Meme kanseri hastalarının ameliyat sonrası cinsel ilişki sıklığının azalıp azalmadığı sorusuna %67.0'ı

azaldığı şeklinde yorumda bulunmuştur. Yüzde 20.2'si artış olduğunu, %12.8'i ise değişmediğini ifade etmiştir.

Katılımcılara uygulanan BDE ve BAE'inden aldıkları puanlar 17 olan kesme puanı ile değerlendirildiğinde, meme kanseri tanısı konulmuş 94 katılımcınının 15 (%16.0)'inde depresyon puanı, 26 (%27.7)'sında anksiyete puanı 17 ve üstü olarak saptanmıştır.

Meme kanseri hastalarının sosyodemografik özellikleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 1'de belirtilmiştir.

Depresyon ve anksiyete puanları ile yaş grupları arasındaki farklılaşma durumunu araştırmak için yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğuna araştırmak amacıyla post hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Yapılan Tamhane testi sonucunda 35-44 yaş aralığında olan meme kanseri tanılı hastalarla 55-65 yaş aralığında olanlar arasında depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.006$, $p=0.010$). 55-65 yaş aralığındaki hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri 35-44 yaş aralığında olanlara göre anlamlı olarak düşüktür.

Depresyon ve anksiyete puanı ile eğitim düzeyi değişkeni arasında yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p=0.243$, $p=0.67$).

Depresyon ve anksiyete puanı ile medeni durum değişkeni arasında yapılan bağımsız örneklem T testi sonucunda istatistiksel anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p=0.774$, $p=0.203$).

Depresyon ve anksiyete puanı ile çocuk durumu değişkeni arasında yapılan bağımsız örneklem T testinde istatistiksel anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p=0.642$, $p=0.17$).

Tablo 2'de Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile hastalık süreci özellikleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Depresyon puanı ile "Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?" değişkeni arasında yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.042$). Anlamlı farklılığın hangi değişkenler arasında olduğuna araştırmak amacıyla post hoc çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Yapılan Tukey testi sonucunda "Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?" sorusuna "kendini suçlayanların" depresyon puanları "kalıtsal" neden bağlayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Anksiyete puanı ile "hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?" değişkeni arasında yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.292$).

Hastalığı hakkında bilgi düzeyi ile depresyon puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamış olmasına rağmen hastalığı hakkında daha fazla bilgi isteyen katılımcı grubun anksiyete puanları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur ($p=0.014$).

Tablo 1: Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki

	n	BDE Puanı					BAE Puanı				
		Ortalama	SS	f	p	Fark	Ortalama	SS	f	p	Fark
Yaş											
35-44 yaş	26	13.6	6.7				16.8	8.0			
45-54 yaş	35	9.8	5.1	5.44	0.006	1>3	13.8	6.7	4.87	0.010	1>3
55-65 yaş	33	9.3	4.3				11.2				
Eğitim düzeyi				f	p				f	p	
İlköğretim	50	11.2	6.1				15.1	8.0			
Lise	34	10.7	5.0	1.44	0.243		12.6	5.6	2.78	0.067	
Üniversite	10	7.9	4.5				10.1	5.7			
Medeni durum				t	p				t	p	
Bekar	19	10.3	4.4				11.8	4.6			
Evli	75	10.7	5.9	-0.29	0.774		14.2	7.6	-1.28	0.203	
Çocuk durumu				t	p				t	p	
Var	80	10.8	5.7				14.1	7.0			
Yok	14	10.0	5.4	0.467	0.642		11.3	7.8	1.38	0.170	

SS: Standart sapma, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 2: Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile hastalık süreci özellikleri arasındaki ilişki

	n	BDE Puanı					BAE Puanı				
		Ortalama	SS	f	p	Fark	Ortalama	SS	f	p	Fark
Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?											
Kalıtım	9	7.9	3.5				12.4	4.3			
Allahtan/kader	49	10.8	5.2				13.9	6.6			
Çevre	26	9.8	6.6	2.8	0.042	4>1	12.3	8.5	1.25	0.294	
Kendini suçlama	10	14.7	4.6				17.2	7.8			
Total	94	10.6	5.6				13.7	7.1			
Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?											
Evet doktorumun söylediği yeterli	19	9.4	5.7				11.3	5.3			
Hayır, daha çok bilgi istiyorum	22	12.0	6.7				17.4	8.6			2>1
Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	53	10.5	5.0	1.2	0.308		13.1	6.6	4.5	0.014	2>3
Total	94	10.6	5.6				13.7	7.1			
Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı											
Değişmedi	46	10.3	5.4				13.4	6.2			
Daha mesafeli	13	14.1	7.2	2.9	0.055		18.7	9.2			2>1
Daha yakın	35	9.9	4.9				12.3	6.9	4.2	0.019	2>3
Total	94	10.6	5.6				13.7	7.2			
Hastalık evresi dağılımları											
1,00	29	9.8	5.4				12.1	6.2			
2,00	35	11.4	5.4				14.3	6.8			
3,00	18	9.2	6.5	1.4	0.258		13.3	7.6	1.1	0.344	
4,00	12	12.7	5.1				16.3	9.3			
Total	94	10.6	5.6				13.7	7.1			
Ameliyattan sonra cinsel ilişki											
Arttı	19	10.3	4.4				11.8	4.6			
Azaldı	63	11.2	5.9	1.3	0.287		14.0	7.7	0.9	0.415	
Değişmedi	12	8.4	5.5				14.9	7.2			
Total	94	10.6	5.6				13.7	7.1			

SS: Standart sapma, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Depresyon ve anksiyete ortalama puanı ile “Hastalık evresi” değişkeni arasında yapılan ANOVA testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.258, p=0.344).

Depresyon ve anksiyete ortalama puanı ile “ameliyat sonrası cinsel ilişki” değişkeni arasında yapılan ANOVA testinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.287, p=0.415).

Anksiyete puanı ile “Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı” değişkeni arasında yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunun belirlenmesi için post hoc çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan Tukey Testi sonucunda “Hastalıktan sonra eşinizin size karşı davranışı” sorusuna “daha mesafeli” cevabını verenlerle “değişmedi” ve “daha yakın” cevabını verenler arasında farklılık tespit edilmiştir (p=0.019). “Daha mesafeli” diyenlerin

anksiyete puanları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur.

Başta çıkma tutumları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki Tablo 3’te gösterilmiştir.

COPE alt boyutları ile medeni durum değişkeni arasında karşılaştırma testi sonucunda istatistiksel anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

COPE alt boyutları ile çocuk durumu değişkeni arasında yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda “geri durma” boyutu için istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.028). Çocuğu olanlar geri durma başta çıkma tutumunu daha az kullanmaktadır.

COPE alt boyutlarından “dini olarak başta çıkma” boyutu için eğitim durumu ilköğretim ile üniversite olanların arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.02). İlköğretim mezunlarının bu boyuttaki başta çıkma tutum puan ortalamaları üniversite

Tablo 3: Başa çıkma tutumları ile sosyodemografik ve hastalık süreci değişkenleri arasında ilişki

Başa çıkma tutumları		n (94)	COPE Puanı			t	p	Fark
			Ortalama	SS	f			
Çocuk durumu								
Geri Durma	Var	80	10.3	1.6	-2.23	0.028		
	Yok	14	11.4	1.5				
Eğitim düzeyi								
Dini olarak başa çıkma	İlköğretim	50	15.4	1.8	3.97	0.020	1>3	
	Lise	34	15.2	1.0				
	Üniversite	10	13.7	2.7				
Şakaya vurma mizah	İlköğretim	50	7.4	3.7	3.34	0.040	3>2	
	Lise	34	6.8	3.1				
	Üniversite	10	10.0	3.0				
Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?								
Pozitif yeniden yorumlama	Evet doktorumun söylediği yeterli	19	15.3	1.1	3.21	0.045	1>3	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	22	14.1	1.9				
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	53	14.4	1.4				
Plan yapma	Evet doktorumun söylediği yeterli	19	14.3	1.4	4.9	0.010	1>3	
	Hayır, daha çok bilgi istiyorum	22	13.1	2.2				
	Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar	53	12.7	2.1				

SS: Standart sapma, COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

mezunlarından daha yüksektir. COPE alt boyutlarından “Şakaya vurma-Mizah” boyutunda eğitim durumu lise ile üniversite olanların arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Üniversite mezunlarının “Şakaya vurma-Mizah” COPE puan ortalamaları lise mezunlarından daha yüksektir (p=0.04).

“Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?” değişkeni ile COPE alt boyutları arasında yapılan ANOVA testi sonucunda pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutları için istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.045, p=0.01). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda “Evet doktorumun söylediği yeterli” cevabını verenlerle “Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutu puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.045, p=0.01). “Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar” cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma puanları “Evet doktorumun söylediği yeterli” cevabını verenlerden daha yüksektir (Tablo 3).

Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda depresyonla anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05; r=0.68)

Depresyonla, COPE alt boyutlarından Pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, aktif başa çıkma, inkâr, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma, şakaya vurma-mizah alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiş (Tablo 4), ilişkiyi doğrulamak için BDE puanı bağımlı değişken olarak alınarak, COPE alt boyutları ve BAE puanları ile ilişkisinin belirlenmesinde doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda BAE puanının (p<0.001), Zihinsel boş verme (p=0.011) ve aktif başa çıkma (p=0.008) alt boyut skorlarının BDE puanlarını belirlemede etkili bağımsız değişkenler olduğu belirlenmiştir (R²=0.544) (Tablo 5).

Anksiyete ile COPE alt boyutlarından duygusal sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmış (p<0.05; r=0.23) (Tablo 4), ilişkiyi doğrulamak için BAE puanı bağımlı değişken olarak alınarak, COPE alt boyutları ve BDE puanları ile ilişkisinin belirlenmesinde doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Duygusal sosyal destek kullanımı (p=0.038) ve BDE puanının (p<0.001) BAE puanlarını belirlemede etkili bağımsız değişkenler olduğu belirlenmiştir (R²=0.472) (Tablo 5).

Tablo 4: Meme kanseri hastalarında depresyon, anksiyete ve başa çıkma tutumu alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi

	Dep	Anksy	PYY	ZB	SODAV	YSDK	ABÇ	İNK	DOBÇ	DOİK	GD	DSDK	MK	KABUL	DMB	PY	ŞVM	
Dep	r	1																
Anksy	r	0.68**	1															
PYY	r	-0.29**	-0.16	1														
ZB	r	-0.37**	-0.17	0.25*	1													
SODAV	r	0.11	0.15	0.008	0.07	1												
YSDK	r	-0.03	0.01	0.13	0.19	0.2	1											
ABÇ	r	-0.36**	-0.15	0.55**	0.32**	0.04	0.02	1										
İNK	r	-0.31**	-0.14	0.23*	0.47**	-0.02	0.17	0.29**	1									
DOBÇ	r	0.16	0.18	0.24*	0.11	0.11	0.21*	-0.03	0.19	1								
DOİK	r	0.2	0.2	-0.28**	-0.16	0.05	0.15	-0.32**	-0.004	-0.02	1							
GD	r	-0.13	0.05	0.03	0.24*	0.04	0.19	0.33**	0.02	0.33**	1							
DSDK	r	0.11	0.23*	-0.08	0.23*	0.39**	0.46**	-0.16	0.05	0.28**	0.14	0.13	1					
MK	r	-0.1	-0.07	-0.01	-0.05	0.05	-0.03	-0.02	0.06	-0.01	-0.06	0.02	0.02	1				
KABUL	r	-0.03	0.09	0.03	0.19	0.15	0.24*	0.15	0.15	0.09	0.12	-0.02	0.28*	-0.13	1			
DMB	r	-0.23*	-0.04	0.13	0.17	0.17	0.29**	0.33**	0.17	-0.11	0.30**	0.40**	0.17	-0.01	0.2	1		
PY	r	-0.29**	-0.16	0.53**	0.29**	-0.03	0.14	0.62**	0.16	-0.05	-0.19	0.08	-0.17	-0.02	0.01	0.16	1	
ŞVM	r	-0.24*	-0.05	0.1	0.21*	0.02	0.18	0.30**	0.37**	0.21*	0.11	0.23*	0.19	0.1	0.23*	0.27**	0.1	1

PYY: Pozitif yeniden yorumlama, ZB: Zihinsel boş verme, SODAV: Sosyal odaklanma ve duygulara açığa vurma, YSDK: Yararlı sosyal destek kullanımı, ABÇ: Aktif başa çıkma, İNK: İnkâr, DOBÇ: Dini olarak başa çıkma, DOİK: Davranışsal olarak ilişki kesme, GD: Geri durma, DSDK: Duygusal sosyal destek kullanımı, MK: Madde kullanımı, KABUL: Kabullenme, DMB: Diğer meşguliyetleri bastırma, PY: Plan yapma, ŞVM: Şakaya vurma mizah, *p<0.05 (Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı), **p<0.01 (Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı), tüm diğer değerler için p<0.001

Tablo 5: BDE ve BAE toplam puanlarını doğrusal regresyon analizlerinde belirleyen değişkenler

	p	Beta	Beta için %95 güvenlik aralığı	
BDE için Doğrusal Regresyon Analizi				
Sabit	<0.001	17.862	11.213	24.510
BAE	<0.001	0.481	0.370	0.593
ZB	0.011	-0.598	-1.055	-0.141
ABÇ	0.008	-0.576	-0.995	-0.156
BAE için Doğrusal Regresyon Analizi				
Sabit	0.951	0.145	-4.584	4.875
BDE	<0.001	0.840	0.648	1.032
DSDK	0.038	0.388	0.022	0.754

BDE için R²=0.544, BAE için R²=0.472. BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri, ZB: Zihinsel boş verme, ABÇ: Aktif başa çıkma, DSDK: Duygusal sosyal destek kullanımı

TARTIŞMA

Bu çalışmada birinci yılını doldurmuş ve mastektomi operasyonu geçirmiş meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hastalıkla başa çıkma tutumları incelenmiştir.

Araştırmaya katılanların %16.0'ında klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirir düzeyde depresyon belirtisi bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %27.7'sinde klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirir düzeyde anksiyete belirtisi bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda

katılımcı grupta depresyonla anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzey anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Karabulutlu ve arkadaşları (25) çalışmasında kanserli hastaların %61.5'inde anksiyete saptanmış olup %81.3'ünde depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. Jadoon ve arkadaşları (26) araştırmasında kanserli kişilerin %66.0'ında anksiyete ve depresyonun birlikte görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca, kanserli kişilerin %20.0-50.0'ında hafif ya da şiddetli depresyonun olduğu belirtilmiş, %15.0'ında majör depresif bozukluk saptanmıştır. Çalışmalarda kanser hastalarında

depresyon ve anksiyete görülme olasılığını yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu bulgular çalışmamızda bulunan oranlardan yüksektir. Ancak bu çalışmada psikiyatrik tedavi ihtiyacı duymamış veya bir yılını tamamlamış meme kanserli hastaların çalışma grubunu oluşturması bizim depresyon ve anksiyete oranlarımızın düşük çıkmasında etken olacağı düşünülmüştür. Ancak psikiyatrik tedavi başvurusu olmamış ve tedavi almamış meme kanseri hastalarında bir yıl sonrasında bu oranlarda depresyon ve anksiyete belirtileri görülmesi de dikkat çekicidir. Yıldırım'ın (27) 2009'da meme kanserli hastalarla gerçekleştirdiği araştırmasında hastaların anksiyete, depresyon olasılığının tanı aşamasından beri yüksek olduğu ve riskin birinci senede de devam ettiği belirlenmiştir.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların depresyon puanı ile hastalığı ilişkilendirdikleri sebep değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kendini suçlayanların depresyon puanları hastalığını kalıtsal nedene bağlayanlardan daha yüksektir. Bu beklenen bir sonuç olmuştur.

Literatür incelendiğinde kanserlerde hastalığa ve izlenen tedaviye göre, cinsel sağlığın önemli dört ögesi olan; beden imajı, cinsiyet rol fonksiyonu, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği hasar alabilmektedir. Beden imajı önemli bir boyuttur ve bu algı yaşla, kişinin sağlık durumu ile yaşanan hastalık ile devamlı farklılaşabilmektedir. Öncelikle kadınlık/dışılık kimliği ile alakalı vücut bölümlerinin kaybının, kadının beden imajını büyük oranda farklılaştırabileceği düşünülmektedir (28). Bizim çalışmamızda meme kanseri nedeniyle mastektomi olmuş hastalarda, cinsel yaşamdaki değişikliğin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak bu sonuca katılımcıların cinsellik konusunda açık ve samimi konuşmakta zorlanmış olabilecekleri olasılığının da katkıda bulunmuş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Cassileth ve arkadaşları (29) bilgi sahibi olma ve tıbbi kararlara katılma derecelerini incelemişlerdir. Hastaların davranış ve inançlarıyla bilgi alma ve aktif katılımın birleştiği tespit edilmiştir. Bilgi arayışı genç, yeni tanı almış ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda daha fazla olarak bulunmuştur. Tedavi kararına katılmak isteyen hastalarda diğerlerine göre çok daha umutlu,

hastalıkları ile ilgili iletişime açık ve maksimum bilgilendirilme isteği tespit edilmiştir. Bu bulgular araştırma sonuçları ile örtüşen niteliktedir. Tedaviyi olumlu değerlendiren hastaların depresyon puanları daha düşüktür. Anksiyete puanı ile "Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?" değişkeni arasında yapılan testler sonucunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. "Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?" sorusuna "Hayır, daha çok bilgi istiyorum" cevabını verenler ile "Evet, doktorumun söylediği yeterli" ve "Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar" diyenlerin anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ve bilgi azlığından yakınan katılımcıların anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla uyumlu olarak, Montgommery ve arkadaşlarının (30) yaptığı bir çalışmada iyi bir bilgilendirmeyle hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığı ve tedaviye daha iyi uyum sağlayabildikleri saptanmıştır.

"Hastalığınız hakkında bilginiz yeterli mi?" değişkeni ile COPE alt boyutları arasında yapılan testler sonucunda da pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma boyutları için anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. "Pek fazla bilgi istemem, doktorum gerekeni yapar" cevabını verenlerin pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma puanları "Evet doktorumun söylediği yeterli" cevabını verenlerden daha düşüktür. Bu hastaların yeterince bilgilendirildiklerinde hastalıkları ile ilgili daha pozitif değerlendirmeler yaptıklarını göstermektedir.

Literatür incelendiğinde kanserde, alt düzey eğitim seviyesinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlar için risk oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda meme kanseri olan hastalarda anksiyete ve depresyon puanları arasında medeni durum, eğitim durumu ve çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak genç yaşta olan katılımcıların ileri yaşta olanlara göre anlamlı olarak daha fazla anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçta genç yaşta meme kanserinin kadınlarda cinsellik, annelik ve beden imajı üzerine daha yıkıcı etkilere yol açmasının, kayıpların ileri yaşlara göre daha fazla olmasının etken olabileceği düşünülmüştür, Kaplan ve arkadaşlarına (31) göre; düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birlikte

görülmektedir. McCall ve arkadaşları (32) alt düzey eğitim seviyesinin major depresif bozukluk için bir risk oluşturduğunu ifade etmiştir. Arslan (33) yaptığı incelemede eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam standartlarının da yükseldiğini saptamıştır. Bu araştırmalardan farklı olarak çalışmamızda eğitim düzeyinin Meme kanseri hastalarında anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olmadığı sonucu çıkmıştır. Bottomly ve arkadaşları (34) kanserde düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel problemler için risk olduğu ve korelasyon gösterdiğini vurgulamışlardır. Pillay ve arkadaşları (35) tarafından da düşük eğitim düzeyinin kanserlerde yüksek anksiyete ve depresyon ile birlikte olduğu ifade edilmiştir. Aydoğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile kanser hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak bu çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip olan katılımcı sayısı çok azdır (36). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre meme kanseri hastalarında eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde bir farklılık oluşturmadığını göstermiştir. Çalışmamızda sadece meme kanseri hastalarının alınmasının ve meme kanserinin günümüzde toplumda farkındalık oluşturma ve bilinçlendirme çalışmaları ile her eğitim düzeyine sahip kişilerce tanı, tedavi ve riskleri açısından diğer kanser türlerine göre daha fazla tanınıyor olmasının bu sonuçta etken olabileceği düşünülmüştür.

COPE alt boyutlarından “dini olarak başa çıkma” boyutunda eğitim durumu ilköğretim ile üniversite olanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlköğretim mezunlarının bu boyuttaki COPE puan ortalamaları üniversite mezunlarından daha yüksektir. Bunun yanında “şakaya vurma mizah” şeklindeki başa çıkma tutumunun lise düzeyi eğitime sahip olanlara göre üniversite düzeyinde eğitim seviyesine sahip katılımcılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Depresyon ile başa çıkma tutumlarından “zihinsel boş verme”, “aktif başa çıkma” arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu, anksiyete ile “duygusal sosyal destek kullanımı” ile pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. BDE puanı yüksek meme kanseri hastalarında “zihinsel boş verme” başa çıkma tutumu ile negatif ilişki, bu hastaların depresif düşünce içeriğine ilişkili

olarak hastalıkları ile ilgili olumsuz düşüncelerle başa çıkamadıklarını, yapıcı ve “aktif başa çıkmayı” kullanmadıklarını göstermektedir. BAE puanı yüksek hastaların ise duygularını sosyal çevre ile paylaşarak ve duygusal destek arayarak hastalıkla başa çıkmaya çalıştıkları görülmektedir. Aydoğan ve arkadaşlarının (36) tüm kanser hastaları ile yaptığı bir çalışmada BAE ve BDE puanları ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile davranışsal boş verme alt grupları arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların sadece Meme kanseri hastaları ve kadın cinsiyet olması bu farklılığın nedeni olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak bu araştırma da mastektomi geçirmiş, bir yılını tamamlamış meme kanseri hastalarında depresyon ve anksiyete arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastalığı ile ilgili yeterince bilgilendirilmeyen ve eşinin daha mesafeli davrandığını düşünenlerin anksiyete puanları yüksektir. Hastalık evresi ve ameliyat sonrası cinsel ilişki değişikliği, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi anksiyete ve depresyon puanları üzerinde etken olarak belirlenmemiştir. 35-44 yaş aralığı, 55-65 yaş aralığına göre daha çok depresyon puanına sahiptir. Çocuk sahibi olmanın geri durma başa çıkma yöntemini daha çok kullandığı, eğitimi ilköğretim düzeyinde olanların dini olarak başa çıkmayı, üniversite düzeyinde olanların şaka ve mizah başa çıkma tutumunu, hastalığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olanların pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma başa çıkma tutumlarını daha çok kullandığı anlaşılmaktadır. Depresyon ile başa çıkma tutumlarından “zihinsel boş verme”, “aktif başa çıkma” arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu, anksiyete ile “duygusal sosyal destek kullanımı” ile pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular ışığında bir yıllık tedavi almış ve bu süreçte psikiyatrik yardıma yönlendirilmemiş veya ihtiyaç duymamış meme kanseri hastalarının %27.7'sinde klinik olarak değerlendirmeyi gerektirecek düzeyde anksiyete ve %16.0'ında ise depresyon belirtilerinin olduğu, bu nedenle hastalığın psikolojik etkilerinin göz önünde bulundurulmasının ve kanser tedavisi ile birlikte tedavide psikososyal müdahalelere ve başa çıkma tutumları ile ilgili terapotik yaklaşımlara önem verilmesinin bu

Katkı kategorileri	Yazarın adı	
Kategori 1	Çalışma konsepti/Tasarımı	Ş.U., R.G.
	Veri toplama	S.Ç., R.G., M.E.D.
	Veri analizi/Yorumlama	M.E.D., S.Ç., R.G.
Kategori 2	Yazı taslağı	S.Ç., M.E.D., R.G.
	İçeriğin eleştirel incelemesi	Ş.U., M.E.D., S.Ç.
Kategori 3	Son onay ve sorumluluk	M.E.D., Ş.U., R.G., S.Ç.
Diğerleri	Teknik veya malzeme desteği	Ş.U., S.Ç., R.G.
	Süpervizyon	Ş.U., S.Ç.
	Fon sağlama (mevcut ise)	Yok

hastalarda depresyon ve anksiyete gelişiminde önleyici bir faktör olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanseri hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59-66.
2. Elbi-Mete H, Önen Ö. Kanseri hastalarda depresyon. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi* 2001; 4:184-191.
3. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl.8):58-61.
4. Kelsey JL, Fischer DB, Holford TR, LiVoisi VA, Mostow ED, Goldenberg IS, White C. Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. *J Natl Cancer Ins* 1981; 67:327-333.
5. Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer: Part I. Physical and social well-being. *Cancer Nurs* 1997; 20:398-408. **[CrossRef]**
6. Mills ME, Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *J Clin Nurs* 1999; 8:631-642. **[CrossRef]**
7. Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 71:52-58.
8. Tünel M. Meme Kanseri hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi. *Uzmanlık Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2011.*
9. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2001; 17:12-21.
10. Jia Y, Li F, Liu YF, Zhao JP, Leng MM, Chen L. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2017; 149:138-148. **[CrossRef]**
11. Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi* 2000; 2:77-98.
12. McDonnell GA, Salley CG, Barnett M, DeRosa AP, Werk RS, Hourani A, Hoekstra AB, Ford JS. Anxiety among adolescent survivors of pediatric cancer. *J Adolesc Health* 2017; 61:409-423. **[CrossRef]**
13. Knotkova H, Crawford Clark W, Mokrejs P, Padour F, Kuhl J. What do ratings on unidimensional pain and emotion scales really mean? A Multidimensional Affect and Pain Survey (MAPS) analysis of cancer patient responses. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28:19-27. **[CrossRef]**
14. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med* 2007; 21:341-346. **[CrossRef]**
15. Amichetti M, Caffo O, Richetti A, Zini G, Rigon A, Antonello M, Roncadin M, Coghetto F, Valdagni R, Fasan S, Maluta S, Di Marco A, Neri S, Vidali C, Panizzoni G, Aristei C. Subclinical ductal carcinoma in situ of the breast: treatment with conservative surgery and radiotherapy. *Tumori* 1999; 85:488-493. **[CrossRef]**
16. Rakovitch E, Franssen E, Kim J, Ackerman I, Pignol JP, Paszat L, Pritchard KI, Ho C, Redelmeier DA. A comparison of risk perception and psychological morbidity in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2003; 77:285-293. **[CrossRef]**
17. Cassileth BR, Steinfeld AD. Psychological preparation of the patient and family. *Cancer* 1987; 60(Suppl.3):547-552. **[CrossRef]**
18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571. **[CrossRef]**
19. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-122.
20. Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* 1987; 6:116-121.

21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897. **[CrossRef]**
22. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmn H. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12:28-35.
23. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283. **[CrossRef]**
24. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:221-226.
25. Karabulutlu EY, Akyl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013; 28:1-9.
26. Jadoon, NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer* 2010; 10:594. **[CrossRef]**
27. Yıldırım Y, Özgür Özyılkan. Kanserlin tromboembolik komplikasyonları ve tedaviye yönelik yaklaşımlar. *Acta Oncologica Turcica* 2009; 42:86-91.
28. Key T, Appleby P, Barnes I, Reeves G. Endogenous sex hormones and breast cancer in postmenopausal women: reanalysis of nine prospective studies. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94:606-616. **[CrossRef]**
29. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92:832-836. **[CrossRef]**
30. Montgomery C, Lydon A, Llyoyd K. Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res* 1999; 46:241-245. **[CrossRef]**
31. Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression. Prospective evidence from human population laboratories studies. *Am J Epidemiol* 1987; 125:206-220. **[CrossRef]**
32. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, Griggs M. The prevalence of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-service beneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:557-565. **[CrossRef]**
33. Arslan S. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2000.
34. Bottomley A. Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer Care* 1998; 7:181-191. **[CrossRef]**
35. Pillay AL, Sargent CA. Relationship of age and education with anxiety, depression and hopelessness in a South African community sample. *Percept Mot Skills* 1999; 89:881-884. **[CrossRef]**
36. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürçü Ş, Koçak N, Öztürk B, Özet A, Sağlam K. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012; 16:55-60. **[CrossRef]**