



T.C  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**MEME, TİROİD, KOLOREKTAL VE OVER KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ  
UYGULANMIŞ KADIN HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE VE BENLİK  
SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

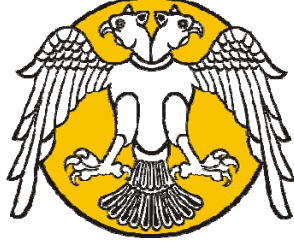
DR. BELGİN KARAKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. ÖZLEM ATA

KONYA-2014



T.C  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**MEME, TİROİD, KOLOREKTAL VE OVER KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ  
UYGULANMIŞ KADIN HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE VE BENLİK  
SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. BELGİN KARAKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. ÖZLEM ATA

KONYA-2014

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve tecrübelerinden yararlandığım desteği ve hoşgörüsü ile her zaman yanımda olan değerli hocam tez danışmanım Doç.Dr. Özlem ATA'ya,

Bu süreçte bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma, Tezimin her aşamasında yanımda olan ve desteğini esirgemeyen dostum Yrd.Doç.Dr Nazlım AKTUĞ DEMİR'e,

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen asistan arkadaşım Dr.Özlem ÇELİKDELEN'e ve Tıbbi Onkoloji sekreterimiz Dılşa KART'a,

Asistanlığım süresince iyi ve kötü günleri paylaştığımız uyum içinde çalıştığım ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum çok değerli asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire, sekreter ve tüm personelimize,

Desteklerini ve sevgilerini benden hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama ve zor günlerimde varlıklarıyla beni ayakta tutan canım oğlum Hasan ve kızım Zeynep'e

Sonsuz Teşekkürler

## İÇİNDEKİLER

Sayfa no

İÇİNDEKİLER.....	III
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	V
TABLO LİSTESİ.....	VI
1.GİRİŞ .....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Psikoonkoloji.....	3
2.1.1.Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi	3
2.1.2.Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler.....	4
2.1.3.Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar.....	6
2.1.3.1.Memenin Kadındaki Önemi.....	6
2.1.4.Kolorektal Kanserlerin Psikolojik Yönü.....	10
2.1.5.Tiroid Kanserlerin Psikolojik Yönü.....	11
2.1.6.Jinekolojik Kanserlerin Psikolojik Yönü.....	12
2.1.6.1.Cerrahi Tedavinin Kadın Cinselliğine Etkisi.....	12
2.1.6.2.Kemoterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi.....	13
2.1.6.3.Radyoterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi.....	13
2.2.Meme Kanseri.....	17
2.2.1.Epidemiyolojisi.....	17
2.2.2.Etyoloji.....	17
2.2.3.Meme Kanserinde Klinik Bulgular.....	20
2.2.4.Meme Kanserinin Morfolojisi ve Patolojisi.....	21
2.2.5.Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri.....	21
2.2.6.Meme Kanserinde Tedavi.....	22
2.3.Kolorektal Kanser.....	23
2.3.1.Epidemiyoloji.....	23
2.3.2.Etyoloji.....	23
2.3.3.Kolorektal Kanserlerin Klinik Özellikleri.....	25
2.3.4.Kolorektal Kanserlerde Tanı.....	26
2.3.5.Kolorektal Kanserlerde Tedavi.....	27

2.4.Over Kanserleri.....	28
2.4.1.Epidemiyoloji.....	28
2.4.2.Etyoloji.....	28
2.4.3.Klinik.....	29
2.4.4.Tanı.....	29
2.4.5.Tedavi.....	30
2.5.Tiroid Kanseri.....	30
2.5.1.Epidemiyoloji.....	30
2.5.2.Etyopatogenez.....	31
2.5.3.Tanı.....	31
2.5.4.Papiller Kanser.....	32
2.5.5.Tedavi.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	34
3.1. Çalışma Grubu .....	34
3.2. Yöntem .....	34
3.3. Kullanılan Ölçekler .....	34
3.3.1. Bilgi Formu.....	35
3.3.2 . HAD .....	35
3.3.3. RSDÖ.....	38
3.4. İstatistik.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
ÖZET.....	52
SUMMARY.....	53
KAYNAKLAR.....	54
ÖZGEÇMİŞ.....	62
EKLER.....	63

## KISALTMA LİSTESİ

- IARC** : Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu  
**RBDÖ** : Rosenberg Benlik Değeri Ölçeği  
**HAD** : Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği  
**ASB** : Akut Stres Bozukluğu  
**PTSB** : Post Travmatik Stres Bozukluğu  
**MCK** : Meme koruyucu cerrahi  
**RT** : Radyoterapi  
**KRK** : Kolorektal kanser  
**FAP** : Familyal Adenomatöz Polipozis  
**HNPKK** : Hereditör Nonpolipöz Kolorektal Kanseri  
**DGKT** : Dışkıda gizli kan testi  
**OKS** : Oral kontraseptifler  
**MTK** : Medüller tiroid kanseri

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Hastaların Sosyodemografik Verileri.....	40
<b>Tablo 2.</b> Hasta ve kontrol grubunun anksiyete, depresyon ve benlik saygısının karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 3.</b> Anksiyenin yaş, BMI, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, eğitim durumu, birinci derece akrabada kanser öyküsü ve ek hastalıkla ilişkisi.....	42
<b>Tablo 4.</b> Benlik saygısının yaş, BMI, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, eğitim durumu, birinci derece akrabada kanser öyküsü ve ek hastalıkla ilişkisi.....	43
<b>Tablo 5.</b> Kanser türleri arasındaki depresyon, anksiyete ve benlik saygısının karşılaştırılması.....	44

## 1.GİRİŞ

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak da birçok sorun yaşamaktadır. Günlük yaşantının içerisinde ‘‘kanser’’ kelimesi bile başlı başına olumsuzlukları çağrıştırır. Kanser olma olasılığı olan ya da tanısı alan kişilerde ise olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır. Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Kanserin oluşumunda davranışsal faktörlerin rolü olduğu gibi kanser hastalarındaki çeşitli nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenlerden dolayı psikiyatrik komplikasyonlar gelişir. Bu kişilerde ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyon ve psikolojik krizler hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmanın ötesinde hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını olumsuz etkilemektedir (1,2).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %33’ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20’inden sorumludur (3). Meme kanseri tanısı fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda kadınların yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen bir kriz durumu yaratır (3,4).

Kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerde akciğer ve meme karsinomlarından sonra en sık ölüme neden olan malignite grubunu oluşturmaktadır ve insidansı birçok ülkede artış göstermektedir (5). Kolorektal kanser, fiziksel ve psikososyal sorunlar görülme sıklığı açısından önemli bir yere sahiptir (5,6).

Tiroid kanserleri insanlarda görülen kanserlerin %2’sinden azını oluştursa da en çok öldüren endokrin malignitedir (7). Tiroid kanseri nedeniyle tiroidektomi operasyonu geçirmiş hastalarda meydana gelen sıkıntı bu hastalarda emosyonel stres oluşturur. Tiroid kanserli hastalarda psikolojik sıkıntı hastanın yaşam kalitesi açısından önemli bir sorundur (7).



Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Türkiye’de jinekolojik kanserlerin sıklık sırası over, endometrium, serviks kanseri şeklinde iken batılı ülkelerde endometrium, over, serviks kanseri sırasını izler (8). Jinekolojik kanserler, hastalığa ve uygulanan tedavilere bağlı olarak bireyin bedeninde değişikliklere yol açar ve bu değişikliklere bireyin kendisinin ya da partnerinin gösterdiği tepkiler, kadının beden imajını büyük ölçüde etkiler. Kanser tedavisinde kullanılan tıbbi girişimler, bireyin cinsel yaşamının bir parçası olarak görülen çocuk sahibi olabilme yeteneğini büyük ölçüde etkiler (8).

Biz bu çalışmada, hastanemiz Tıbbi Onkoloji ve Endokrinoloji polikliniklerine başvuran cerrahi uygulanmış, meme, kolorektal, tiroid ve over kanserli hastalarda anksiyete, depresyon ve benlik saygısını düzeyini araştırmayı amaçladık.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Psikoonkoloji**

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedeni ölüm ve 28 milyon kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. Bu veriler, dünyada yaklaşık 28 milyon kişinin ve ailesinin kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili semptomlar ile baş etmek zorunda kaldığını göstermektedir (9,10). Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak da birçok sorun yaşamaktadır. Bunlar, ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, mukozit, yorgunluk, dispne gibi fiziksel ve uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomlardır (11). Kanser tanısı, hatta olasılığı hastanın en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Kanserli hastada tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkmaktadır. Kanserlin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımı yanında ruhsal tedavi ve bakımı bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Hastanın, hastalık evresinin her döneminde yaşadığı psikolojik tepkilerin ve psikososyal ortamın hastanın uyumunda ve tedavinin seyrinde etkili olduğu anlaşılmıştır (12,13).

#### **2.1.1. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi**

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı yaklaşık %50'dir ve bu bozuklukların çoğu kanser veya kanser tedavisi ile ilişkilidir. Yaygınlık, ilerlemiş hastalığı ve kötü prognozu olanlarda en yüksektir (14,15,16).

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk olan depresyonun görülme oranı % 4,5-58 gibi çok geniş bir aralıkta değişmektedir (17). Anksiyete bozuklukları ise depresyondan sonra kanser hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluklardır (1,17,18).

Tanı ve tedavi sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyonun, fiziksel ve diğer psikolojik semptomları arttırarak, kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumu azalttığı belirtilmektedir (19,20).

### **2.1.2.Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler**

Kanser tanısı almış hastaların yaşadıkları duygular benzer olmasına rağmen, bu duygulara eşlik eden belirtiler tanı öncesi dönemde, tanı döneminde, nüks geliştiğinde, terminal ve ölüm dönemlerinde farklılıklar gösterebilmektedir. Bu değişiklikler aşağıdaki gibi özetlenebilir (21).

**Tanı Öncesi Dönem:** Bu dönem sıklıkla en zor dönem olarak tanımlanır. Çünkü; belirsizlik, yeni bir tıbbi terminoloji ve prosedürlerle doludur. Hastalar tanılarını öğrenmeden önce, anksiyeteli bir kaç hafta geçirebilirler. Bazı hastalar kolaylıkla irrite olabilir, neden göstermeksizin ailesine ya da arkadaşlarına ters davranabilir, alkol kullanımını artırabilir ya da depresyon ve/veya uyku ilacı alabilir. Sıklıkla bu dönemde hastalar, belirsizliğin çok kötü olduğunu belirtir (21).

**Tanı Aşaması:** Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de, tüm tepkilerin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır. Hastanın duygusal ve davranışsal tepkileri, beklenen ya da normal kabul edilebilecek sınırları aşınca psikiyatrik ve psikososyal sorunlar ortaya çıkar.

Kansere gelişen tepkilerde;

1. Kanser özelliklerine
2. Hastanın kişisel özelliklerine
3. Psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur.

Kanser hastaları tanı, tedavi ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, davranışsal tepkiler geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve hatta uyuma yöneliktir. Bu tür tepkiler tedavi ekibince anlayışla karşılanmalı ve hastaya destek verilmelidir (22).

Kanserde ortaya çıkan emosyonel davranışsal reaksiyonlar, değişik araştırmacılar tarafından gruplandırılmıştır. Kubler Ross'unki üzerinde en çok durulandır. Kubler Ross (Akt Özkan ve

Turgay 1995 ) bu dönemleri inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme olarak sınıflamıştır (23,24).

Hasta tanıyı ilk öğrendiği zaman bir şok ve inkar dönemi yaşar. Burada kullanılan inkarın dinamiği psikanalitik literatürde kullanılanlardan farklıdır. Kanseri tanısı alan bir kişi de sık sık “ Bu gerçek olamaz”, ”Ben kanser olamam” gibi cümlelerle inkarını dile getirir. İnkâr mekanizmasının bozulması hastanın depresyona girmesine neden olur (23,24). Daha sonra öfke dönemi diye tanımlanan “niye ben”, “başkaları sağlıklı iken, hayat devam ederken neden ben, neden şimdi” duygusunun yaşandığı ikinci dönem gelir. Bu dönemi takiben hasta pazarlık dönemine girer. Pazarlık döneminde hasta işbirliği yapar, biraz daha zaman için tedavilere uyum sağlar ve çaba gösterme önemlidir (23). Tedavi uzadıkça relaps oldukça bir depresyon dönemi yaşanır. Hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Bu dönem kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir. Son olarak hasta bir kabullenme dönemi içine girer. Bu dönemde hastalık kabullenilir. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır (23,24).

Tedavi Aşaması: Cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özür lülük duygusu yaratır, ancak birçok hastada, hastalığın yaşamı tehdit edici boyutuna ilişkin endişeleri ön planda olduğu için, beden imgesi ve dış görünümüne ilişkin endişeler ikinci planda kalır. Bu endişelerin çok yoğun olduğu hastalar ise, cerrahi girişimi ertelemeye ve cerrahi dışı yöntemler aramaya yönelirler. Bu hastalarda cerrahi yöntem uygulanınca ameliyat sonrası depresyon gelişme riski yüksektir. Bazen yas ve kayıp tepkileri gelişir. Bu tepkinin şiddeti, hastanın beden bölgelerine ilişkin yaşadığı duygusal ve sembolik anlamla ilişkilidir.

Radyoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkuları yaratır. Kemoterapi ve infeksiyon riskinden dolayı gereken zorunlu izolasyon psikolojik durumu daha da kötüleştirir (22).

Tedavi Sonrası: Tedavi sonrası aşamada, nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plandadır. Yeni bir nüksün ortaya çıkması sonucunda hastada kanser tanısı aldığı dönemden daha şiddetli tepkiler görülür. Bu tepkiler sıklıkla uykusuzluk, iştahsızlık, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile belirgin depresyondur. Hastanın her aşamada bilgilendirilmesi, her türden soru ve kaygıları ifade etmesi için cesaretlendirilmesi gerekir (22).

Kanser tanısı alan birey, o güne kadar yaşamını sürdürmede ve sorunlarını çözmede kullandığı başa çıkma mekanizmalarının artık pek yeterli olmadığını farkeder. Bu nedenle duygusal, bilişsel ve fiziksel alanda güçsüzlük, korku, kaygı, çaresizlik ve dağılma gibi duygular yaşar. Aileye duygularını açıklamaları için olanak tanıyan, tepkilerini anlayışla karşılayan, güç günlerinde yalnız olmadıklarını hissettiren ve hastayı güvenilir ellerde olduğuna inandıran bir yaklaşım bu gerçeğe daha kolay uyum yapılabilmesini sağlayabilir (21).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı konulmuş olması bireyin benlik saygısını ciddi şekilde etkiler. Fiziksel değişimler; sağaltımın şiddetli ve kronik etkileriyle, kişinin aile ve toplumdaki rollerini yerine getirme becerisindeki yeterliliğiyle, yaşamı tehdit edici hastalıkla başa çıkmanın psikolojik ve ruhsal yönleriyle ilişkilidir. Yaşamı tehdit eden kanser, davranışlarda, anlamlandırmada, yaşama bakış açısında ve kişiler arası etkileşimlerde değişmelere neden olmaktadır (21).

### **2.1.3. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar**

#### **2.1.3.1. Memenin Kadındaki Önemi**

Kadının memesi kimi zaman bilinçli kimi zamanda bilinç dışı düşünce ve duyguları çağırıştırır. Bir kadının meme ile ilk teması bebeklik döneminde emzirilmesi ile başlar. Puberte ile birlikte kızlarda memelerin gelişmesi cinsel kimliği destekler ve genç kızlığa geçmeyi sağlar. Kadının kendi çocuğunu emzirmesi de annelik duygularının oluşmasına ve bebeğiyle karşılıklı iletişime girmesine yol açar (25). Kadın için meme süt verme fonksiyonu dışında, kadınlık, çekicilik ve cinsellik sembolüdür. Bundan dolayı meme hastalıkları, etkilenen doku-organın boyutlarının ötesinde duygusal ve psikolojik etkilere sahiptir (26). Kadının memeleri hakkındaki tutum ve deneyimleri ne olursa olsun, onlar kaçınılmaz olarak kişiliklerinin önemli bir kısmını oluştururlar. Memelerin beden imgesi üzerinde de önemli bir yeri vardır. Beden imgesi zihnimizde şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Hem dışarıdan hem de bedenimizden gelen uyarılar bize bedenin bir bütünlüğü olduğunu öğretir. Beden organlarının zihinsel tasarımının tümü olan beden imgesi “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır (27).

Meme kanseri tanısı fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda kadınların yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen bir kriz durumu yaratır. Bu kriz durumunda yaşa, etnik gruba ve hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için bazı tepkiler evrenseldir. Ve bu tepkiler genel olarak iki alanda yoğunlaşmak tadır. İlk tepkiler kanserin yayılma olasılığı, belirsizlik, acı çekme ve ölümlle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybıyla ilişkili olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle bağlantılı sorunlardır (28,29). Al-Ghazal ve arkadaşları (1999), primer meme kanseri tedavisinde kozmetik sonuçların ruhsal ve sosyal alanlara etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; yapılan ameliyatın kozmetik sonuçlarının iyi olduğu hasta grubunda, anksiyete -depresyon, beden algısı, benlik saygısı ve cinsellik ile kozmetik sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki gözlediklerini belirtmişlerdir (30).

Kanser tanısı almak, geleceğe yönelik tehdit olarak algılanmaktadır. Meme kanseri ise kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Literatürde, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu bildirilmiştir. Bazı kanser tiplerinin daha fazla ruhsal sorunlara yol açtığı, örneğin, mastektomi sonrası, özellikle de kemoterapi eklenirse psikiyatrik bozukluk oranının arttığı bildirilmiştir (31).

Kanserde cerrahi tedavi sonucu dıştan görülen bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi, hastalar için yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Mastektomi sonrası meme kaybının ruhsal ve cinsel yaşam üzerine belirgin etkileri olmaktadır(32). Meme protezleri, dışarıdan bakıldığında bu algının bozulmasını engellemekte ve kadının hissettiği deforme olma, bozulma duygusunu onarmamaktadır (30).

Kadınlar için cinsellik; arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan

geniş bir kavramdır. Cinselliği direkt ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (33). Mastektomi, meme kanserli bireylerin beden imgelerinin zedelenmesine neden olmakla kalmayıp, bu zedelenme depresyon, anksiyete, korku, öfke gibi duygular yaratabilmekte, yakın ilişki ve evliliklerde bozulmalara yol açabilmektedir.

Mastektomi sonrası yaşanan değişimlerden kaynaklanan bu güçlükler:

- Beklenmedik bir duruma uyum sürecinin uzaması (insizyona bakamama )
- Meme kaybına bağlı olarak gelişen bedensel değişikliklerden utanma, sosyal çekilme
- Meme kaybına bağlı olarak benlik saygısında azalma
- Geleceğe ilişkin belirsizlik ve ölüm korkusu yaşama durumlarıdır (34).

Öfkenin; meme kanseri tanısına gösterilen en yaygın reaksiyonlardan biri olduğu, hastaların ameliyat öncesi bu duyguyu daha kolay ifade ettikleri ve öfkenin daha çok kadının kendisini haksızlığa uğramış olarak algıladığı zaman ortaya çıktığı, ilgili kaynaklarda yer almaktadır (35). Eşlerde de öfke mastektomi öncesi ve sonrasında anlamlı farklılık oluşturmuştur. Mastektomi sonrasında eşlerin öfke duygusunu daha çok içe attıkları ve ifade etmedikleri görülmüştür. Çalışmalar, hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli devrede hastanın yakınlarında korku, kaygı ve kızgınlık yaşadıklarını ancak eşlerin genellikle bu duyguları koruyucu rol oynamaya ve güven vermeye çalıştıkları için bastırdıklarını belirtmektedir (35).

Depresyon; ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan başka bir hastalık yoktur. Son araştırmalar, toplum içinde depresyonların toplumun %20 sini etkilediğini göstermektedir. Depresyon sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir (36).

Anksiyete; Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir (37).

Akut stres bozukluğu (ASB); kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur. Kişinin başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığını gösterir. Bulgular; travmatik olayı hatırlatıcılardan kaçınmayla birlikte bir veya daha fazla disosiyatif

ve anksiyete belirtilerinin kombinasyonunu içerir. ASB; travmatik bir olaydan sonra bir ay içinde gelişen bulgular için; posttravmatik stres bozukluğu (PTSB); olaydan sonra bir aydan fazla süreyle devam eden bulgular için düşünülmelidir. ASB'nin yaygınlığı kanser hastalarında ortaya konmamıştır. PTSB kanser hastalarında %32'ye varan oranlarda bildirilmiştir ve çalışmalar kanser hastalarının %80'e varan kısmının PTSB bulgularından bazılarını yaşamalarının olası olduğunu bildirmiştir (38). Kanserli olmak yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılanabilir ve önemli psikolojik travma yaşamış hastalar için korku, disosiyatif yaşantılar, kanserle ilişkili her şeyden kaçınma, kâbuslar, iritabilite, hipervijilans ve konsantrasyon bozukluğuna yol açabilir. Bu tablo diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinde de sık karşılaşılan bir durumdur (39).

Uyku bozukluğu ve yorgunluk; uyku bozukluğu yaygınlığının kanser hastalarında %50 olduğu, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranlarda rastlanıldığı ve meme kanserli hastalarda daha sık olduğu bildirilmektedir (40). Kanser hastalarında uykusuzluk, sıklıkla tıbbi yardım gerektirecek kadar şiddetlidir, ancak kansere verilen normal bir reaksiyon olarak görülmesi veya hastalar tarafından bildirilmemesi nedeniyle sık görülmesine karşın ihmal edilen bir sorundur. Uyku bozuklukları ve yorgunluk arasında pozitif bir ilişki olduğu da bildirilmiştir. Yorgunluk yakınması olmayan hastalara göre olanlarda uyku bozuklukları daha şiddetlidir ve uyku bozuklukları yorgunluğun bir belirleyicisidir. Çalışmalar sonucunda yorgunluk ile kötü uyku kalitesi, uykuya dalış ve sürdürmede güçlük, uykunun yeterliliğinin az olarak algılanması, dinlendirici olmayan uyku ve huzursuz uyku arasında ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle de bir yakınmanın tedavi edilmesinin diğerini de etkileyeceği düşünülebilir. Kansere bağlı yorgunluk ve uyku bozukluklarının altında yatan ortak bir etiyoloji olduğu ve bu iki durumun ağrı, depresyon, konsantrasyon ve bilişsel işlevlerdeki kayıp ile ilişkili olduğu da bildirilmektedir (41).

Öz kıyım; görülme sıklığı kanser hastalarında genel nüfusa göre daha yüksektir. Öz kıyımın ortaya çıkması, ağır depresyon ve çaresizlik bulunan ilerlemiş kanser hastalarında ve yeterince kontrol edilemeyen bulguların, özellikle de ağrının varlığında olasıdır. Meme kanserli kadınların çoğu duruma iyi uyum sağlamakla birlikte bekar ve sosyoekonomik durumu kötü olan ileri evre meme kanserli kadınlarda öz kıyım riski daha fazladır (42,43,44).



#### 2.1.4. Kolorektal Kanserlerin Psikolojik Yönü

Kolorektal kanser, fiziksel ve psikososyal sorunlar görülme sıklığı açısından önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle kolorektal kanser hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesi konusu da oldukça önemlidir (45).

Kolorektal kanserlerinin psikolojik etkileri hem kanserin kendisinden hem de sosyal ve cinsel yaşama etkisinden kaynaklanır. Özellikle cerrahi tedavilerin neden olabildiği sonuç ve zorlanmalar hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak kişileri etkilemekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Rektal kanserlerle yapılan çalışmalar, bu hastaların kendilerini stigmatize edilmiş ve farklı hissettiklerini özellikle daha genç yaşın ve kolostominin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Stoma açılması, bireyin yaşam tarzını ve kanserle başa çıkma yeteneğini önemli ölçüde etkilemektedir (45,46).

Bireyin beden imajında oluşan ani değişimi kabullenmesi gerekmektedir. Ostomi, beden imajının değişmesine yol açarak kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna neden olabilir. Beden imajında değişiklik; suçluluk, utanma ya da nefret gibi duygulara yol açabilmektedir(45,46).

Geçici ya da kalıcı ostomi açılan hastalarda beden algısının değiştiği, benlik saygısının azaldığı bulunmuş ve cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunların ortaya çıkması ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığı gösterilmiştir (45,46).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastanın, ostomisinin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla insanlardan uzak durup, içe kapanıp, yalnız kalmak isteyebileceğini, zamanla, sosyal olarak kendini güvende hissedememe ve güven eksikliğinin tam bir sosyal yalıtım ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir (47).

Kılıç (48) yaptığı çalışmada ostomi uygulanan hastalarda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında benlik saygısı, beden algısı, eş uyumu ve cinsel işlevlerde bozulma olduğunu ve özellikle kadınlarda cinsel işlevlerde bozulmanın daha fazla olduğunu bildirmiştir. Perssons ve Hellstroms (49), ostomi sonrasında hastaların tümünün cinsel çekiciliklerinin azaldığına inandıklarını saptamışlardır.

### 2.1.5. Tiroid Kanserlerinin Psikolojik Yönü

Tiroid papiller kanserli hastalarda diğer kanser hastalarında görülen psikolojik sorunlara ek olarak bu hastaların tiroid hormonlarındaki düzensizlik birçok psikiyatrik semptomun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hipertiroidizmde anksiyete, yorgunluk, depresyon ve emosyonel labilite olur. Primer hipotiroidizmde ise, psikomotor yavaşlama, yorgunluk, azalmış libido, depresif mizaç ve intihar eğilimi gibi semptomlarla klinik tablo çoğunlukla major depresyona benzer. Hipotiroidizmde sıklıkla bulunan uyku artışı ve kilo alma gibi semptomlar, tablonun yanlışlıkla atipik depresyon gibi değerlendirilmesine yol açabilir (50). Hipotiroidizmi olan hastalarda depresif semptomlar hormon eksikliği düzeltilmediği sürece antidepresanlara cevap vermez. Ayrıca standart antidepresan tedaviye cevap vermeyen dirençli depresyonların bir kısmında direnç sebebinin subklinik hipotiroidizm olduğu bildirilmektedir. Dirençli depresyonlardaki subklinik hipotiroidizm oranlarının (%29-100), genel olarak depresyonlu hastalarda rastlanan orandan (%8-17) yüksek olduğu bilinmektedir (50,51).

Tiroid kanseri nedeniyle tiroidektomi operasyonu geçirmiş hastalarda meydana gelen sıkıntı bu hastalarda emosyonel stres oluşturur. Tiroid kanserli hastalarda psikolojik sıkıntı hastanın yaşam kalitesi açısından önemli bir sorundur. Daha önce yapılan çalışmalarda tiroid kanseri tedavisi sonrası hastanın yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmiştir. Duygusal stres ve sıkıntı ise tiroid kanserli hastalarda yaşam kalitesini azaltan en önemli belirleyicidir. Tiroid kanserli hastalarda bu stresi oluşturan sebeplerin başında kanser tanısıyla yüzleşme gelmektedir ve sonrasında uygulanan tedavi şekli de buna katkıda bulunmaktadır. Hastaların tümü tiroidektomi olmakta ve çoğu sonrasında ablasyon amaçlı RAI(radyoaktif iyot)tedavisi almaktadır ve sonrasında TSH supresyonu amacıyla levotiroksin tedavisi başlanmaktadır. Bu tedavi esnasında tüm hastalarda subklinik hipertiroidi oluşturarak nüksün önlenmesi hedeflenmektedir. Oluşan hipertiroidi ile birlikte anksiyete, disfori, duygusal değişkenlik, uykusuzluk ve bilişsel işlevlerde bozulma oluşmaktadır. Kısacası hastalarda emosyonel stres oluşmakta ve hastaların yaşam kalitesi düşmektedir ki oluşan subklinik hipertiroidi durumu da buna katkıda bulunmaktadır (52,53)

### **2.1.6. Jinekolojik Kanserlerin Psikolojik Yönü**

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Örneğin; radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk, yoğun korku ve anksiyete bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilerken, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler ise onun sosyal ve manevi sağlığını bozmaktadır (8). Jinekolojik kanser tanısı konulmasından itibaren uygulanan tıbbi ve cerrahi tedavinin diğer en büyük olumsuz etkisi, kadının cinsel sağlığı üzerinde olmaktadır (8).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık; bireyin somatik, entellektüel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönlerinin bir bütünüdür (8). Bu nedenle cinsellik, cinsel ilişkide bulunmanın çok ötesinde ve çok daha fazlasını ifade eden bir kavramdır. Pek çok kadın için cinsellik, onun dış görüntüsünü, kadınlık hissini, çocuk doğurma yeteneğini ve seksüel olarak fonksiyonlarını sürdürebilme yeteneğini içeren karmaşık duyguları ifade eder. Jinekolojik kanser tanısı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel fonksiyonlarını ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Çünkü radikal histerektomi, vulvektomi gibi cerrahi girişimler; radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler, kadının beden imajı, benlik saygısı ve partneriyle olan cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (8,54).

#### **2.1.6.1. Cerrahi Tedavinin Kadın Cinselliğine Etkisi**

Cerrahi girişim uygulanan hastaların genital organlarında yapısal değişiklikler meydana geldiği için üreme ve cinsel fonksiyonları genellikle etkilenir. Bu konuda yapılan çalışmalar, cinsel disfonksiyonların %20 ile %100 arasında değişebileceğini bildirmektedir (8,54). Yapılan çalışmalarda radikal histerektomi ve vulvektomi operasyonu geçiren kadınlarda seksüel disfonksiyonun yaygın olduğunu ve bu durumun kronik bir sorun gibi devam ettiğini belirtmektedirler. Disfonksiyonun boyutu kanserin bulunduğu yere, hastalığın evresi ve yapılan girişimlere göre değişiklik göstermektedir (8). Radikal histerektomi, genel olarak serviks kanserlerinin IB ve IIA evrelerinde uygulanan, uterusun, overlerin, vajinanın 1/3 üst kısmının, parametriumun ve lenf nodlarının diseksiyonu ile sonuçlanan cerrahi bir işlemdir. Böyle bir operasyon sonrasında vajina boyunda kısılma, disparoni ve vajinal

kayganlıkta, cinsel arzuda ve orgazm yeteneğinde azalma gibi postmenopozal sorunlar sık görülmektedir. Bilateral salpingo oofektomi ile birlikte yapılan total abdominal histerektomi, endometrial karsinom ve diğer malign olmayan jinekolojik durumlarda sık olarak uygulanan cerrahi bir işlemdir. Böyle bir girişim sonrasında kadınlar, vajina elastikiyetinde ve vajinal kayganlıkta azalma gibi cerrahi menopozun neden olduğu önemli sorunları yaşamaktadırlar. Serviksin çıkarılmasına bağlı olarak yaşanan dispareni yine böyle bir operasyon sonrasında yaşanan önemli sorunlardan biridir, çünkü normal bir vajinal sekresyonun majör kaynağı servikal glandlardır (8). Kadının cinsel fonksiyonlarında ve beden imajında büyük değişikliklere neden olan diğer operasyonlardan biri de radikal vulvektomidir. Vulvektomi geçiren kadınlar, vajinal duyarsızlık, penis penetrasyonunda yetersizlik ya da penetrasyonu hissedememe gibi sorunları yaygın olarak deneyimlemektedirler (8).

### **2.1.6.2. Kemoterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi**

Tedavi edilen kanserin tipi ne olursa olsun kullanılan kemoterapik ajanlar kadının cinsel fonksiyonlarında akut ve kronik değişikliklere neden olur. Kemoterapinin kadının cinsel yaşamı üzerindeki etkisi; ilacın tipine, ilacın dozuna, tedavi süresine, kadının yaşına ve tedaviden sonra geçen süreye göre değişir. Alkilleyici ajanlar içeren tedaviler fertil çağıdaki kadınları tedavi bitiminde menopoza sokarak infertilite gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Tedavi sonunda menopoza giren ve infertilite deneyimleyen bu kadınların cinsel yaşamlarında önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır (8). Genel olarak, kemoterapi sonrası ortaya çıkan cinsel sorunlar; cinsel ilgide ve vajinal kayganlıkta azalma, orgazm olamama, dispareni ve cinsel çekicilikte azalmadır. Cinsel çekicilikte azalma hissini daha da şiddetlendiren sistemik yan etkiler ise, yorgunluk, kilo değişiklikleri, uykusuzluk, bulantı-kusma, korku ve anksiyetedir (55).

### **2.1.6.3. Radyoterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi**

Radyoterapi hastanın genel sağlık durumuna, kanserin türüne ve şiddetine göre intrakaviter ya da eksternal olarak uygulanmaktadır. Tedavide radyoterapinin kullanılması, kadının cinselliğinde ve fertilitesinde sürekli ve şiddetli değişikliklere neden olmaktadır. Tedavi sırasında uygulanan radyasyon dozu over fonksiyonlarını durdurarak geri dönüşsüz steriliteye neden olmaktadır. Vajen epitelinde ise eritem, enflamasyon, mukozal atrofi, elastikiyet kaybı ve vajinal dokuda ülserasyona neden olmaktadır (8). Işınlamanın vajen

epitelinde oluşturduğu travmalar sonucu vajen kayganlığında azalma, kuruluk ve vajinal kanalda daralma gözlenmektedir. Meydana gelen bu incelve ve kuruluk, vajinada infeksiyon ve travma riskini artırmaktadır. Vajinada oluşan değişiklikler, radyoterapiden sonraki ilk 3 ay içinde ortaya çıkmakta ve bir yıl süre ile devam etmektedir (8). Radyoterapi gören kadınlar, genellikle vajinal duyarlılık ve orgazm kapasitesinde yetersizlik, vajinal elastikiyette azalma ve disparoniden şikayet ederler. Bu konuda yapılan tanımlayıcı bir çalışmada, cinsel olarak aktif olan kadınların %40'ının disparoniden ve %50'sinin kısalan vajina boyundan kaynaklanan cinsel sorunları olduğu saptanmıştır (56). Seibel'in yaptığı bir çalışmada, serviks kanseri nedeniyle radyoterapi alan kadınların en fazla deneyimlediği cinsel sorunlar arasında, arzu/istek kaybı, disparoni, penetrasyon güçlüğü ve orgazm olamamanın yer aldığı belirlenmiştir (57).

Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların cinsel sağlığı, meme kanserlerinde %25 oranında etkilenirken, jinekolojik kanserlerde %80 oranında etkilenmektedir (58). Jinekolojik kanser tanısı olan hastaların cinsel yönden daha fazla etkilenmelerinin nedeni, cinsel sağlığın dört önemli ögesinin (beden imajı, cinsiyet rolü (kadınlık/dışılık kimliği), cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği) hastalıktan etkilenmesidir. Bunlardan birindeki bir sorun, diğer alanları da etkilemektedir (58).

Jinekolojik kanserler, hastalığa ve uygulanan tedavilere bağı olarak bireyin bedeninde değişikliklere yol açar ve bu değişikliklere bireyin kendisinin ya da partnerinin gösterdiği tepkiler, kadının beden imajını büyük ölçüde etkiler. Beden imgesi, bir kişinin kendisini ve bedenini nasıl hissettiği ile ilgili bir kavramdır.

Bir aile terapisti olan Virginia Satir, bireyin beden imgesi ve benlik saygısı ile cinsel kimliği arasında güçlü bir bağı olduğunu ifade eder. Satir'e göre, her birey cinsel bir eş olarak kendini çekici hissetme gereksinimi duyar. Erkek ya da kadının cinsel benlik imajı, fiziksel olarak kendini çekici hissetme, eşinin şefkat, sıcaklık, yumuşaklık gibi duygusal gereksinimlerini doyurabilme ve sevme becerilerinin bir bütününden oluşur. Kanser deneyimi ise bu öz güveni yıkabilir (8). Jinekolojik kanserlerde, kadının beden imajını zedeleyen nedenlerin başında, cerrahi operasyonlar gelir. Üreme organları 'kadın olma' kimliğinin belirleyicilerinden olduğu için, kadının beden imajı ve benlik saygısının şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Bu organların hastalığı ya da yokluğu ise kadınlığın kaybı, kadın olarak kendini kusurlu ya da eksik hissetme şeklinde yorumlanabilir. Radikal histerektomi ve

radikal vulvektomi gibi önemli operasyonlar sonrasında pek çok kadın, öncesinde olduğu gibi eşine hoş görünemeyeceği, cinsel bir eş olarak çekiciliğinin azalacağı ve cinsel yaşamının bozulacağı gibi değişik duygular yaşar (59). Uygulanan tedavilerin yan etkileri de, kadının beden imgesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Alopesi, bulantı kusma ve kilo değişiklikleri gibi yan etkiler, bireyin beden algısını değiştirerek düşük benlik saygısına neden olmaktadır. Bu konuda Bruner ve Boyd'nin meme ve jinekolojik kanserli kadınlarla yaptığı odak grup görüşmelerinde, kadınlara yöneltilen “kanser tedavisi sizin beden algınızı nasıl değiştirdi?” şeklindeki bir soruya yanıt olarak kadınlar, beden imajıyla ilgili pek çok endişe ve sorun ifade etmişlerdir (58).

Cinsel sağlığın zarar gören diğer bir ögesi cinsiyet rolü (kadınlık/dişilik kimliği) üzerinde olur. Toplumun “kadınlık kimliğine” verdiği rolde doğurganlık, annelik ve eş rolü önemli yer tutmaktadır. Hala pek çok kadın, kadın olmayı “uterusa sahip olmak” ve “çocuk doğurmakla” eşdeğer olarak tanımlamaktadır. Bundan dolayı uterusun kaybı, kadınlığın kaybı anlamındadır (8). Jinekolojik kanser tanısından itibaren uygulanan tedavilerin olumsuz etkilerinden biri, kadınlık kimliğinin önemli unsurlarını oluşturan eş/partner ve annelik rolleri üzerinde olur. Konu ile ilgili olarak Butler'in yaptığı kalitatif bir çalışmada, kadınlara yöneltilen “Kanser tedavisi sonrası bir kadın, bir eş/bir partner ya da bir anne olarak ne gibi endişeler yaşadınız? ” şeklindeki bir soruya, pek çok kadın, bu rollerine müdahale eden pek çok sorun ifade etmiştir (60). Örneğin bir kadın, ‘kadın olarak kendini eksik ve cinsel fonksiyonlarını yerine getirmede yetersiz hissettiğini’ ifade etmiştir. Diğer bir kadın, “Sürekli kendimi yorgun hissediyordum. Tüm gece uyuyorum, kalktığım zaman çocuğum okuldan dönmüş oluyor. Ona bir şeyler yediyorum ve günlük işlerime başlıyorum. Ama yapamıyorum ve yatağa geri dönüyorum” şeklinde annelik rolüyle ilgili endişelerini ifade etmiştir.

Bu gruptaki kadınların cinsiyet rolüyle ilgili diğer en büyük endişe kaynağı, eş rolünde olmaktadır. Çünkü pek çok kadın tedavi sonrası, eşi tarafından beğenilmeme, öncesi gibi eşine çekici ve güzel görünememe endişesi yaşamaktadır. Jinekolojik kanser tedavisi gören bir kadın genellikle, kadınlık kimliğini, değerlerini, önceliklerini ve cinsel partner sorumluluğunu yeniden kazanma çabası içerisinde (61).

Üreme organ kanserlerinin en büyük olumsuz etkisi, cinsel fonksiyonlar üzerinde olur. Ortaya çıkan sorunlar hastalığın türü, evresi ve uygulanan tedavilere göre değişiklik gösterir. Genel olarak kanser tanısının ve cerrahi/tıbbi tedavinin neden olduğu cinsel sorunlar;

korku/endişe, arzu ve istek kaybı, orgazm olamama, disparoni, vajina boyunda kısılma ve penis penetrasyon yetersizliği, vajinal kayganlık ve elastikiyette azalmadır (59).

Uygulanan tedavilerin sonuçları da kadın ve partnerinde korku/endişeye yol açabilir. Örneğin total histerektomi ya da radikal histerektomi sonrası, kadınların yaşadığı en yaygın korku/endişenin, bu operasyonun kendine zarar vereceği, partnerine eskisi gibi güzel/çekici görünemeyeceği, kısalan vajinanın doyum verici cinsel ilişkiye izin vermeyeceği ve cinsel yaşamının biteceği şeklinde olduğu belirtilmektedir. Bu hastaların eşlerinde de, cinsel yaşamlarının bittiği ya da cinsel ilişki sırasında eşinin zarar görebileceği gibi değişik korku ve endişeler ortaya çıkabilmektedir. Bu yalnız inanç ve görüşler ısrarcıdır ve muhtemelen olası bir cinsel ilişkiden çiftleri uzaklaştırmaktadır. Çiftler, eşini incitme endişesi ile bu durumu konuşmaktan kaçındıkları sürece de bu sorunların çözümü güçleşmektedir (59,60). Kanser deneyimi sonrası kadınlarda görülen en yaygın problemlerden birisi cinsel istekte azalmadır ve değişik nedenlere bağlı olarak gelişir. Tedaviler sırasında yaşanan beden imgesi değişiklikleri, yorgunluk, bulantı/kusma, ağrı ve yoğun stres gibi fiziksel halsizliğe neden olan semptomlar cinsel istek/arzuyu büyük ölçüde azaltabilir. Hastalık ve tedaviden kaynaklanan sorunlar da, bireyde depresyon ya da anksiyeteye neden olarak cinsel isteği, heyecanlanmayı ya da orgazm yeteneğini bozabilmektedir (59). Bu konuda yapılan çalışmalarda, kadınların 2/3'nün cinsel sorunları olduğu, bu sorunların oluşmasında yaşadıkları anksiyetenin büyük etkisinin bulunduğu saptanmıştır (59).

Kanser tedavisinde kullanılan cerrahi ve tıbbi girişimler, bireyin cinsel yaşamının bir parçası olarak görülen çocuk sahibi olabilme yeteneğini büyük ölçüde etkiler. Üreme yeteneğinin etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlar ise; üreme yeteneğini kaybetme ve ailesini tamamlayamama hissi, üreme yeteneğinin kaybına bağlı olarak kendini eksik, yetersiz ve kusurlu hissetme, beden imgesi ve öz saygının azalması, karşı cinsle yakın ve yeni ilişkilere girmekten çekinmedir. Butler, Banfrelid ve Sveinson'nın jinekolojik kanserli kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, pek çok kadın doğurganlık yeteneğini kaybettiklerinde kendilerini çok kötü hissettiklerini, kadının doğurgan olması ve fertilitenin mümkün olduğunca korunması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu nedenle, jinekolojik kanser tedavisindeki değişiklikler ve infertilite tedavisindeki teknolojik gelişmeler onkoloji ekibine yeni sorumluluklar getirmektedir (8).

Yukarıda anlattığımız psikolojik tepkileri daha rahat algılayabilmek için bu kanserleri hatırlayacak olursak;

## **2.2. Meme Kanseri**

### **2.2.1. Epidemiyolojisi**

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20'sinden sorumludur. Yıllar içerisinde meme kanseri görülme sıklığında artış olmakla birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde mortalite oranlarında düşüş görülmektedir. Avrupa'da yılda 180 bin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 184 bin yeni olgu saptanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında %35 oranında olduğu görülmektedir (62). Amerikalı bir kadında yaşam süresi boyunca meme kanseri gelişme olasılığı %12,5, meme kanserinden ölüm olasılığı ise %3,4 olarak hesaplanmıştır (62, 63, 64).

### **2.2.2. Etiyoloji**

Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak genetik, çevresel, hormonal, psikososyal etkenlerin rol aldığı kabul görmektedir.

Genetik faktörlere baktığımızda; Asyalı kadınlarla batı ülkeleri kadınları arasında meme kanseri görülme sıklığı ve mortalitesindeki belirgin farklar, meme kanserli kişilerin ailelerinde iki üç kat artmış meme kanseri ortaya çıkışı, meme kanseri oluşumunda genetik etkilerin rol aldığını düşündürmektedir (64,65).

Aile öyküsünün varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece akraba bir kişide meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1,8 kat artırır. İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2,9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1,5 kat artar. Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir. Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler tanımlanmıştır (66).



Endokrin nedenlere baktığımızda; östrojen hormonuna maruz kalınan sürenin uzun olması (12 yaşından önce menarş ve 55 yaşından sonra menapoz gibi) meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir. Erken menarşın meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin % 20 azaldığı kabul edilmektedir. Meme kanseri riski yönünden mensturasyonun başlama yaşı yanında, ilk düzenli menstruasyon yaşı da önemlidir (67). Menarşı takiben düzenli menstruasyonların bir yıl içinde başlaması, düzenli menstruasyonları 1 yıldan geç başlayanlara göre riski iki katına çıkarmaktadır. Menopoza 45 yaşından önce giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra menapoza giren kadınların yarısı kadardır. Yani aktif menstruasyon dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl veya daha az olan kadınların iki katıdır. Mac Mahan ise hamileliğin ve ilk hamilelik yaşının meme kanseri riski ile ilişkili olduğuna dikkatleri çekmiş, evlenmemiş veya hiç doğum yapmamış kadınlarda kanser riskinin doğum yapmış kadınlara göre 1,4 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir (67). Bu çalışma ve takip eden çalışmalar hamileliğin getirdiği koruyucu etkinin özellikle ilk hamilelik yaşına bağlı olduğunu vurgulamışlardır. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat fazladır. Doğum sayısının artmasının meme kanseri riski üzerindeki etkisini araştıran 14421 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise doğum sayısı arttıkça riskin azaldığı ve en düşük riskin 6 veya daha fazla doğum yapmış kadınlarda saptandığı belirtilmiştir. Bununla beraber uzun süren laktasyonların toplam ovuluar dönem sayısını azaltarak koruyucu bir etki yapması beklenmektedir. Çin’de yapılan bir çalışma bu düşüncüyü doğrulamış ve toplam 5 yıllık bir emzirme süresinin meme kanseri riskini % 30 oranında azalttığı bildirilmiştir (67-70).

Çevresel faktörlere baktığımızda; çevresel faktörlerin meme kanseri gelişimindeki risklerine bakıldığında; özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma, meme kanseri riskini artırmaktadır. Hayatın ilk üç on yılında toraks bölgesine yapılan, terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Yüksek sosyoekonomik düzey de meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade eder.

Beslenmenin ve özellikle yağdan zengin beslenmenin deney hayvanlarında meme tümörleri oluşturduğu uzun zamandan beri bilinmekle birlikte insanlarda ilk defa Armstrong, ülkelerin yağdan zengin besin miktarları ile meme kanseri sıklığı ve mortalitesi arasındaki

iliskiye göstermistir (74). Meme kanseri riski ve beslenme faktörlerinin iliskişi araştırıldığında en belirgin olarak ortaya konulmuş olan risk artırıcı faktör alkoldür. Oniki olgu-kontrol çalışmasının değerlendirildiği meta analizde günde 12 gram alkol alan kadınlarda meme kanseri riski 1.4 iken günde 24 gr alkol alanlarda bu oran 1.7 olarak bulunmustur (74). Fiziksel aktivitenin menarşı geciktireceği ve daha az süre östrojenin etkisine maruz kalacağı gözlenmiştir. Adolesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin meme kanseri riski üzerine etkisini araştırın yakın tarihli bir çalışmada egzersizin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı ve haftada 4 saat veya daha fazla egzersiz yapan kadınlarda kanser riskinin hiç egzersiz yapmayanlara göre % 60 daha az olduğu bildirilmiştir (70-74).

Hormonların meme kanseri üzerindeki etkisine baktığımızda; meme kanserinin overlerin aktivitesi ile yakından ilişkili olması östrojenin hastalık patogeneğinde önemli rolü olduğunu göstermektedir. Hayvanlardaki deneysel çalışmalarda dışarıdan verilen östrojenin ve özellikle östradiolün meme kanseri oluşumunu arttırdığı, overlerin çıkartılmasının veya dışarıdan antiöstrojenlerin verilmesinin ise kanser oluşumunu azalttığı bildirilmiştir (70).

Dünya Sağlık Örgütü 1978 yılında dünyada yaklaşık 80 milyon kadının oral kontraseptif kullandığını bildirmiştir. Östrojen ve progesteron ihtiva eden oral kontraseptifler (OK) ve meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi araştırın çok sayıda çalışma mevcut olup bu çalışmalardan çıkarılabılınacak tek kesin sonuç OK'lerin meme kanserine karşı koruyucu etkilerinin olmadığıdır (69). Menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan değisiklikleri önlemek amacıyla östrojenler dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Dışarıdan verilen östrojenler ile meme kanseri oluşumu arasındaki ilişkiyi araştırın ilk prospektif çalışmada, östrojen kullanan tüm grupta kontrol grubuna göre meme kanseri sıklığında %25 bir fazlalık olduğunun belirtilmesinin yanında, uzun süreli kullanımın riski daha da arttırdığıın vurgulanması bu çalışmanın en önemli sonucudur (69). Eksik hormonu yerine koyma tedavisi ile meme kanseri ilişkisini araştırın 10 çalışma incelendiğinde bu çalışmaların dokuzunda konjuge östrojen kullanımının meme kanseri riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmaların sonucuna göre her bir yıl hormon kullanımı meme kanseri riskini % 3,1 arttırmaktadır (75-76).

### 2.2.3. Meme Kanserinde Klinik Bulgular

Meme kanseri genelde uzun ve sinsi bir seyire sahiptir. Meme kanserli kadınların % 70 kadarında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kanseri nedeni ile oluşan kitlelerin büyük çoğunluğu (%45'i) üst-dış kadrandır. Kitle, çoğu zaman ağrısızdır ve hasta tarafından rastlantı sonucu bulunur. Kitle genelde serttir ve hareketsizdir. Ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket eder. Bazen de tümör memede asimetri yaratabilir. Meme içerisinde büyüyen tümör, Cooper bağlarını infiltre ettiğinde retraksiyona yol açar. Meme asinüslerini saran lenf damarlarına giren tümör hücreleri artarak lenf damarlarında daralmaya ve dolayısıyla lenfatik akımın yavaşlamasına yol açar. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deriye portakal kabuğu (peau d'orange) görünümü kazandırır. Peau d'orange ileri evre meme kanseri belirtisidir. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini daha fazla tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur, eritem daha sonra da beslenmesi bozulan deride ülserasyonlar başlar. Bazen meme derisi lenfatikleri içindeki tümör hücreleri bulunduğu yere yerleşip çoğalmaya devam eder ve bir nodül oluşturur. Bu nodüllere yandaş (satellit) nodül denir.

Memenin santral kadranda yer alan bir tümör meme başını içeri doğru çekerek meme başı retraksiyonuna yol açar. Meme kanserli kadınların ortalama %10 kadarında ilk belirti meme başından olan akıntıdır (78). Kanseri nedeni olduğu meme başı akıntısı çoğunlukla tek taraflı ve kendiliğinden olan akıntıdır. Akıntının önemli bir özelliği de seröz, seröz-kanlı ya da sadece kanlı oluşudur. Bu akıntıya ele gelen bir kitle de eşlik edebilir. Hastaların %2'sinde kanser kendini önce meme başı daha sonraları areolayı da içine alabilen ekzematöz bir lezyon ve ileri dönemde ülserasyon ile ortaya koyar. Bu şekilde iyileşmeyen durumda Paget hastalığı düşünmeli ve biopsi yapılmalıdır. Hastaların % 2-4'ünde kanser enflamasyon bulguları ile ortaya çıkar. Meme derisi kızarıyor ve kalınlaşarak portakal kabuğu görünümü alır. Lokal ısı, hassasiyet ve ağrı vardır. Bu bulgular enflamatuvar kanser tanısını düşündürmektedir. Kesin tanı biyopsi ile konulmaktadır (78).

Meme polikliniklerine başvuran hastaların %50'sini aşkın kısmında şikayet memede ağrıdır. Buna rağmen meme kanserli hastaların büyük çoğunluğunda özellikle ilk dönemlerde ağrı olmaz. Klinik bulgu vermeyen ve yalnızca ağrı şikayeti ile başlayan meme kanseri seyrekdir. Böyle hastaların mamografilerinde küçük bir kitle saptanabilir, bazen de minimal düzeyde doku distorsiyonu vardır (77).

#### **2.2.4. Meme Kanserinin Morfolojisi ve Patolojisi**

Meme kanseri en sık meme üst dış kadrandan gelişir. Tümörlerin %90'ının geniş veya küçük çaplı duktal sistem epitelinden geliştiği bilinmektedir. Geri kalan %10'u ise lobüler karsinom ve sarkomlar oluşturur. En sık görülen patolojik tip, meme kanserlerinin yaklaşık %75'ini oluşturan invaziv duktal karsinomdur (77,78).

İnvaziv Meme Kanseri Tipleri ve Sıklığı:

1. İnfiltratif duktal karsinom %67,9
2. Lobüler karsinom %6,3
3. Medüller karsinom %2,8
4. Müsinöz adenokarsinom %2,2
5. Komede karsinom %1,4
6. Paget hastalığı %1,1

#### **2.2.5. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri**

Kansere bağlı ölümler arasında en sık ikinci neden olması ve giderek artan sıklıkta meme kanserine yakalanma insidansı olması nedeniyle, memenin görüntülenmesi her zaman radyolojinin en önemli dallarından biri olmuştur. Özellikle 1960 yılından bu yana mamografinin bir tarama yöntemi olarak kullanılmaya başlanması ve bunun tüm merkezler tarafından benimsenmiş olması bu önemi daha da arttırmıştır. Ultrasonografi teknolojisinde ise yüksek frekanslı yüzeysel doku transdüserlerinin geliştirilmesi, ultrasonografiyi mamografiye yardımcı önemli bir yöntem yapmıştır. Tarama mamografisi sayesinde nonpalpabl meme lezyonları ile daha çok karşılaşmaya başlanmış ve bunun sonucu olarak gelişen girişimsel yöntemler meme görüntülenmesine ayrı bir boyut kazandırmıştır. Son on yılda manyetik rezonans (MR), meme görüntülenmesinde hızla gelişerek önemli bir yer tutmaktadır ve artık MR'ın meme görüntülenmesinde belirli endikasyonları olup rutin olarak kullanılmaktadır. Ayrıca son yıllarda dijital mamografi ve bilgisayar destekli tanı gibi konvansiyonel mamografinin yerini alabilecek yeni gelişen yöntemlerde büyük ilerlemeler sağlanmıştır. Pozitron Emisyon Tomografisi meme kanserinin tanı, evreleme ve tedavi sonrası takibinde önemli rol oynayabilecek yeni yöntemlerden biridir. Meme kanserlerinde günümüzde kullanılan tanı yöntemleri ana başlıklar halinde şunlardır:

### Non-invaziv Yöntemler:

1. Klinik muayene
2. Mamografi
3. Meme ultrasonografisi ve doppler ultrasonografi
4. Digital mammografi
5. Manyetik rezonans görüntüleme
6. Bilgisayarlı tomografi
7. Mamosintigrafi (Talyum-201, TC-99m tetrafosmin, Tc-99m sestamibi)
8. Pozitron emisyon tomografi

### İnvaziv Yöntemler:

1. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (FNAB)
2. Kesici iğne biyopsisi
3. İnsizyonel biyopsi
4. Eksizyonel biyopsi
5. Sterotaktik biyopsi (ultrasonografi veya mamografi eşliğinde) (77)

### **2.2.6. Meme Kanserinde Tedavi**

Meme kanserinin cerrahi tedavisi uzun zamandır üzerinde tartışılan bir konudur. Meme kanserinin lokal bir hastalık olduğu düşünülerek radikal mastektomi meme kanseri cerrahisinde uygulanan ilk yöntemdir. Radikal mastektominin birçok hastada yetersiz kalması, meme lenfatiklerinin tamamen çıkarılmamasına bağlanmış ve genişletilmiş radikal mastektominin geliştirilmesine neden olmuştur; ancak bu ameliyatlardan sonra yaşam sürelerinde bir artış olmaması ve mortalitenin yüksek olması nedeniyle bu operasyonlar terk edilmiştir (80). Meme kanseri tedavisinde daha küçük cerrahilere yardımcı tedaviler gündeme gelmiştir. Bu tedavilerin başında radyoterapi gelmektedir. Radyoterapi meme kanseri tedavisinde ilk defa Emile Grubbe tarafından 1895 yılında uygulanmıştır. Mc Whirten 1948 yılında, mastektomi + aksiller disseksiyon ve radyoterapi uyguladığı hastalarında 5 yıllık sağ kalımın, radikal mastektomi yapılanlardan daha iyi olduğunu göstermiştir. Daha sonra Patey ve Dyson kendilerine ait olan modifiye radikal mastektomi (MRM) tekniğini yayınlamışlardır. Radikal mastektomiden (RM) farkı pektoralis majorun yerinde

bırakılmasıdır. Yetmişli yıllara yaklaşırken meme kanserinde “Sistemik Hastalık Hipotezi” artık genel bir kabul görmeye başlamış ve kozmetik görünümleri daha iyi olan kısıtlı cerrahi rezeksiyonlar, radyoterapi, meme kanserine etkili hormonlar ve sitostatik ilaçların kullanımı düşünölmeye ve denenmeye başlanmıştır. Bu döneme “Fisherian Dönem” adını verenler vardır. Fisher ve ark. 1966’da yaptığı çalışmalarda, Halsted ve onun gibi düşünönerin aksine meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğunu ve lenf nodüllerinin tümör hücrelerinin yayılımı için bir bariyer oluşturmadığını gösterdiler. Daha sonra yapılan prospektif randomize klinik çalışmalarda meme koruyucu cerrahi (MKC) + radyoterapi (RT) ile mastektomi karşılaştırılmış ikisi arasında lokal nüks, yaşam süresi ve hastalısız yaşam süresi bakımından anlamlı bir farklılık görölmemiştir. Son prospektif çalışmalardan elde edilen sonuçlar meme kanserinde lokal ve bölgesel cerrahi tedavinin genişliğinin hastanın yaşam süresini çok fazla etkilemeyeceği şeklindedir. 1990’lı yılların başlarında bazı meme kanserlerinin teşhis edildikleri anda sistemik metastaz yapmış olmalarına karşı bazıının lokal (yerel) veya loko-rejyonel (yerel-bölgesel) kalmaya devam ettiklerinin anlaşılmasıyla “Spektrum (Tayf) Hipotezi” ortaya atılmıştır. Böylece meme kanserli her hastaya özel ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımı benimsenmeye başlanmıştır. Giuliano 1994’de bu tekniğin meme kanserinde yaygın kullanımını sağlayan çalışmaları başlatan kişidir. Günümüzde yaygın olarak uygulanmaya başlanan bu teknikle başarı oranı %90’nın üzerinde ve yanlış negatif oranı %1 ile %11 arasında değişmektedir (80-83).

## **2.3. Kolorektal Kanser**

### **2.3.1. Epidemiyoloji**

Kolorektal kanserler (KRK) gelişmiş ölkelerde akciğer ve meme karsinomlarından sonra en sık ölüme neden olan malignite grubunu oluşturmaktadır ve insidansı birçok ölkede artış göstermektedir. KRK’da beş yıllık sağkalım oranı tüm hastalar için ortalama %40 kadardır. Dünyada her yıl ortalama 800,000 yeni KRK tanısı konulmaktadır ve bu da tüm kanserlerin %10’nu oluşturmaktadır (84).

### **2.3.2. Etiyoloji**

Kolon kanseri gelişimine etkisi olduğu düşünölen faktörler arasında; diyet, çevresel faktörler, yaş, adenom ve karsinom öyküsü, özellikle inflamatuvar bağırsak hastalığı olmak

üzere diğer predispozan hastalıklar ve aile öyküsünün olması sayılabilir. Bu durumlar hastaları kolon kanserine yatkın hale getirirse de, hastaların neredeyse %70'inde tanımlanabilen bir risk faktörü yoktur (85-86).

**Adenomlar:** Kolorektal karsinomların büyük çoğunluğunun adenom zemininden geliştiği kabul edilmektedir. Adenomlar displastik kalın barsak epiteli ve destekleyici stroma içeren benign tümörlerdir. Tek ya da çok sayıda olabilirler. Elli yaş altında sık görülmez iken yetmiş yaş ve üstünde görülme sıklıkları %53-63 arasındadır. Kanser gelişme sıklığı benzer olmakla birlikte adenomlar erkeklerde kadınlardan üç kat fazla görülmektedir (87).

**Yaş:** Kolon kanserinin %90'dan fazlası 50 yaşından büyük hastalarda meydana gelmektedir. Yaşla birlikte artan kolonik mutasyonlar buna sebep olarak gösterilmektedir (88).

**Cinsiyet:** Kolon kanseri insidansı kadınlarda daha yüksek iken, rektum kanseri erkeklerde daha yaygındır (88).

**İrk:** Kanser gelişimi Afro-Amerikan'larda beyazlardan daha yaygındır ve mortalite daha yüksektir (88).

**Tütün kullanımı:** Sigara içenlerde yaklaşık 2,5 kat yüksek adenom riski gözlenmektedir (89).

**Diyet:** Diyetin KRK oluşumunda önemli bir etiyolojik faktör olduğu sanılmaktadır. Obezite, özellikle abdominal obezite ve artmış vücut kitle indeksi, KRK riski ve mortalitesinde artışla ilişkili bulunmuştur. Doymamış hayvansal yağlar, yüksek doymuş bitkisel yağlar içeren düşük lifli ve yüksek kalorili beslenme kolonik mukozada kanser gelişimini uyarabilen birtakım değişikliklere sebep olurlar (90). Safra asitleri (kenodeoksikolik asit gibi) gıda katkı maddeleri, alkol ve iyonize edici radyasyon halen araştırma aşamasında olan diğer bazı potansiyel karsinojenlerdir (90).

**Inflamatuvar barsak hastalığı:** Kronik ülseratif koliti ve Crohn hastalığı olanlarda kolon kanser riskinin hastalık süresi ve yaygınlığı ile orantılı olarak arttığı bilinmektedir. Bu grupta ortalama %3-8 olan kanserleşme oranı, hastalığın başlangıcından 10 yıl sonra %10'a,

25 yıl sonra ise %30'lara kadar yükselmektedir. Pankoliti olanlarda daha sık görülen kanserler, çoğu kez multifokal gelişim gösterir (91).

Genetik Faktörler: Genel popülasyonda, birinci derece akrabasının birinde kanser gelişen bireylerde nispi risk 1,72'ye çıkarken, iki akrabası etkilenenlerde 2,75'e yükselmektedir. Hastalığın gerçek herediter formu, tüm KRK'ların %6'sını oluşturmaktadır. (90).

Familyal Adenomatöz Polipozis (FAP): FAP %90'dan fazla geçişli, ergenlik döneminde gelişen, yüzlerce polip şeklinde ortaya çıkan, otozomal-dominant bir kalıtsal hastalıktır. Zaman içerisinde invaziv kanser gelişme riski %100'dür (90).

Herediter Nonpolipöz Kolorektal Kanserler (HNPKK): HNPKK grubu da otozomal dominant kalıtım gösteren sendromlardır. Bütün KRK'nın %2- 6'sını oluştururlar (92).

### **2.3.3. Kolorektal Kanserlerin Klinik Özellikleri**

Kolorektal kanserli hastaların çoğu semptomlar ortaya çıktıktan sonra tanı almaktadır. Kolon kanserlerinin klinik bulguları genellikle primer tümörün kolonda yerleştiği lokalizasyona göre ortaya çıkmaktadır. Sağ kolon tümörlerinde, bağırsak alışkanlığında herhangi bir değişiklik görülmemektedir. Ancak mukus sekrete eden büyük çaplı tümörler diyareye neden olabilmektedir.

Sağ kolon tümörlerinde defekasyonla birlikte genellikle farkedilmeyen kronik kan kaybı olmaktadır. Hastalardaki kronik kan kaybı demir eksikliği anemisi ile sonuçlanabilmektedir.

Karın ağrısı, sol kolon lokalizasyonlu kanserlerde ve özellikle alt kadranlarda ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda sıklıkla bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve hematokezya görülmektedir. Transvers kolonun sağ tarafına yerleşen tümörler, sağ üst kadran ağrısı ve bulantı gibi bilio-pankreatik patolojiyi düşündürecek semptomlar gösterirken, sol tarafta yerleşen tümörler yemek sonrası dolgunluk hissi ve epigastrik ağrı gibi mide patolojilerini taklit eden semptomlar vermektedir. Sol kolon çapı ve genişleme özelliği sağ kolona göre daha az, barsak içeriği daha şekilli olduğu ve tümörler anüler şekilde büyüdükleri için



tıkanma belirtileri daha sık görülür. Dışkı çapında incelme, dışkılama sayısında artış, aşırı gaz şeklinde bulgular olabilir (93).

Rektal kanserlerde tipik olarak rektal kanama, sık dışkılama ihtiyacı ve tam boşalamama hissi görülür. Geç devrede komşu organ tutulumu ile perineal veya sakral bölge ağrıları görülür. Kilo kaybı ve ateş, kolon kanserlerinde daha nadir görülen semptomlardır. Kolonik tıkanma ve perforasyon başlıca görülen akut semptomlardır. Kolonik tıkanma, ileri evre tümörlerde ve özellikle de yaşlı hastalarda görülmektedir. Tam tıkanıklığın geliştiği hastalar, gaz-gayta çıkaramama, bulantı-kusma, abdominal distansiyon ve kramp tarzında karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurumaktadırlar. Hastalar bu aşamada acil operasyona alınmazsa, nekroza uğrayan barsak segmentinin karın içine açılması sonucu, fekal peritonit ve sepsis tablosu görülebilmektedir. Kolonik tümör perforasyonlarının mortalite ve morbiditesi çok yüksek, sağ kalım oranları ise diğer tümör evrelerine göre düşüktür. Çok nadir olarak kolon kanserlerinin ilk bulgusu metastaz yaptığı organa ait klinik özellikler ile ortaya çıkmaktadır. Masif karaciğer metastazı sarılık ve kaşıntıya neden olabilir, asit nedeniyle distansiyon görülebilir (94).

#### **2.3.4. Kolorektal Kanserlerde Tanı**

KRK'nın tanısı, tüm tümörlerde olduğu gibi tümörden kuşkulanan ve bütün belirtilerin değerlendirilmesi ile konur. Hastalığın tanısında dikkatli öykü, belirtilerin değerlendirilmesi ve fizik muayene önemlidir. Fizik muayenenin bir parçası olan dijital rektal muayenenin yapılması rektum kanserinin tanınmasında yararlıdır.

Dijital rektal muayene basit, uygulaması kolay bir fizik muayene metodu olup, anal kanaldan itibaren yedi cm mesafede bulunan lezyonların saptanmasında oldukça yararlıdır. Tüm KRK'ların yaklaşık %20'si bu bölgede yerleştiğinden dijital rektal muayene fizik muayenenin bir parçası olarak mutlaka yapılmalıdır. KRK düşünülen hastada ilk olarak tanısal amaçlı; dijital rektal muayene ve dışkıda gizli kan testi (DGKT), kolonoskopi, kolonoskopik biyopsi yapılmalıdır (95,96).

### 2.3.5. Kolorektal Kanserlerde Tedavi

Kolorektal kanserlerin primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi ile hastaların %50'sinde kür sağlanabilmektedir. Cerrahide temel ilke, tümürlü kısım ile birlikte proksimal ve distal normal bağırsak bölümünü, vasküler yapıları ve lenf bezlerini içeren barsak mezosunu çıkarmaktır. Yeterli bir lenf nodu diseksiyonundan bahsedebilmek için ortalama 12-14 lenf nodu rezekt edilmelidir. Radikal ve palyatif cerrahi olmak üzere iki temel cerrahi yaklaşım şekli vardır. Radikal cerrahi, tümörün sağlam bağırsak kısmı ve mezosu ile birlikte genişçe çıkarılmasıdır. Palyatif cerrahi ise sınırlı rezeksiyon, by-pass veya kalıcı stoma uygulamalarını kapsamaktadır (97). Peritoneal yayılım, batında asit varlığı, çok sayıda hepatik metastaz varlığı ve çok sayıda pulmoner metastaz varlığında palyatif cerrahi tedavi yapılır. Ancak; soliter akciğer ve karaciğer lezyonlarında küratif rezeksiyon yapılması doğru bir yaklaşımdır. Karaciğer ve akciğerde rezektabl metastaz gelişmiş olan seçilmiş hastaların %25-40'ında cerrahi küratiftir. Günümüzde kolon tümörlerinin rezektabilitesi %92, kür amaçlı yapılan operasyonlarda ölüm oranı %2'dir. Cerrahi sonrası birinci yıl içindeki endoskopik kontrol, olabilecek cerrahi sınır nükslerinin saptanmasında önemlidir. Tümörün lokalizasyonuna göre uygulanan cerrahi yöntem farklılıklar göstermektedir (98,99).

Kolorektal kanserlerde, primer tedavi cerrahi olmasına rağmen, tek başına cerrahi ile elde edilen sonuçların yüz güldürücü olmaması, adjuvan radyoterapi tedavilerini gündeme getirmiştir. Kolon kanserinde radyoterapinin yeri olmamakla birlikte rektum kanserlerinin tedavisinde önemli yer tutmaktadır (97).

Kemoterapi ise primer tümörün rezeksiyonu sonrası, kalmış olabilecek okkült, canlı tümör hücrelerini elimine ederek hastanın sağkalım süresini uzatmayı amaçlayan tedavi şeklidir. Adjuvan kemoterapinin kullanılabilmesi için, kullanılan ajanların tümör hücrelerini etkin bir şekilde eradike edebilmesi ve risk-yarar oranının göz önünde bulundurulması gerekmektedir, çünkü adjuvan tedavi alan çoğu hasta zaten cerrahi ile tedavi edilmiştir. ABD'de kolorektal CA mortalitesindeki azalma, artmış surveyans çalışmaları ve adjuvan tedavideki gelişmelere bağlanmıştır (100).

## 2.4. Over Kanserleri

Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Türkiye’de jinekolojik kanserlerin sıklık sırası over, endometrium, serviks kanseri şeklinde iken batılı ülkelerde endometrium, over, serviks kanseri sırasını izler (101).

### 2.4.1. Epidemiyoloji

Over kanseri, erken belirtisinin bulunmaması ve etkili-spesifik tarama yöntemlerinin olmayışı nedeni ile jinekolojik kanserler içerisinde en sık ölüme neden olan kanser türüdür (102). Over kanseri kadınlarda görülen kanserlerin %4’ünü, kanserden ölüm nedenlerinin %6’sını oluşturur (103). Over kanseri görülme oranı coğrafi bölgelerde değişiklik göstermektedir. Avrupa’da en sık görülen altıncı kanserdir (bütün kanserlerin %5’ini oluşturur). Avrupa’da yaklaşık 61,000 yeni vaka olduğu ve yılda yaklaşık 39,000 kadının over kanseri nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Asya ve Afrika’da over kanseri daha az oranlarda görülür (103, 104).

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı’nın 2005 yılı verilerine göre over kanseri her 100,000 kadından 6,04’ünde görülmektedir (101). Aydın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise toplam genital kanser olgularının %25,5’inin over kanseri olduğu saptanmıştır (101).

### 2.4.2. Etiyoloji

Over kanseri her yaşta görülebilmekle birlikte 30 yaşından önce seyrek görülmekte ve yaşla birlikte insidansı artmaktadır (105).

Erken menarş, overlerde fonksiyon bozukluğuna işaret ettiğinden over kanserinde risk faktörü olabilmektedir. Literatürde eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun; diyetsel, davranışsal ve çevresel farklılıklar nedeni ile over kanseri açısından riski artırabileceği belirtilmiştir. Yağ oranı yüksek hazır yiyeceklere ulaşma, hijyenik pudra kullanımının artması, asbest gibi sanayi ürünleri ile karşılaşma, emzirmeme ve gebelik sayısının az olması gibi faktörlerin over kanserini arttırdığı bilinmektedir. Laktasyon,

ovulasyonu baskılayarak over kanseri riskini azaltmaktadır Literatürde, oral kontraseptifin (OKS) ovulasyonu kesintiye uğratarak over kanseri riskini azalttığı, OKS'de bulunan progesteronun zarar görmüş over hücrelerini malignensiye dönüşmeden geriletmediği vurgulanmaktadır (105,106).

### **2.4.3. Klinik**

Yapılan çalışmalar over kanserinin geç belirti verdiğini göstermektedir. Genel olarak ortak semptomlar, kasık ağrısı, hazımsızlık, konstipasyon, abdominal- pelvik ağrı ve üriner yakınmalardır. İleri evrelerde ortaya çıkma eğiliminde olan belirtiler karın şişliği, abdominal kramplar, pelvik basınç hissi, vajinal kanama, kasıkta ele gelen kitle ve bacak ağrısı şeklindedir. Over kanseri geç belirti verdiğinden ve başlangıcında daha çok gastrointestinal sorunlar yaşandığından özellikle risk altında olan bireyleri ve şüpheli yakınmaları olanları yıllık pelvik değerlendirmelerini yaptırmaları önemlidir (107,108).

### **2.4.4 Tanı**

Jinekolojik tümörlerin tanısında, selim-habis ayrımında halen tam güvenilir bir görüntüleme yöntemi yoktur. Yapılan çalışmalarda uterus ve serviks kanserinde MR'ın CT'den, over kanserinde evrelemede MR ve CT'nin ultrasondan daha iyi sonuç verdiği bildirilmiştir. Jinekolojik tümörlerde preoperatif olarak hastanın değerlendirilmesi cerrahi yaklaşımda önemli rol oynamaktadır. Günümüzde ultrasonografi, CT ve MR'ın bu konuda kullanımı oldukça yaygındır. Ovaryan tümörden şüphelenilen hastalarda ilk seçilen görüntüleme metodu transvajinal ultrasonografidir. Tümörün tanısının kesinleştirilmesi veya metastazlarının araştırılmasında CT ve MR, ultrasonografiye eklenen yöntemlerdir. Over kanserlerinde CT ve MR'ın selim ve habis ayrımını yapmada birbirlerine üstünlükleri yoktur.

CT'nin lenf nodu belirlemedeki doğruluk verilerinin düşük olmasına rağmen, tümörün lokalizasyonu, büyüklüğü, asit varlığının saptanması ve diğer organlara yayılımının değerlendirilmesi amacıyla ve MR'a göre daha ucuz olması nedeniyle preoperatif over kanserli hastalarda kullanılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir (109,110).

## 2.4.5. Tedavi

Over kanserinin primer tedavisini sitoredüktif cerrahi oluşturmaktadır. Pek çok çalışma optimal debulking (1 cm) ile sonuçlanan cerrahi yapılan hastaların suboptimal debulking yapılan hastalara göre önemli sağkalım avantajına sahip olduğunu ispatlamıştır (111). Ancak primer sitoredüktif cerrahi ve platin tabanlı adjuvan kemoterapiye rağmen hastaların %60'tan fazlası rekürrens göstermekte ve 5 yıllık sağkalım %30-40 civarında kalmaktadır (111). Nüks olan hastalar için tedavi seçeneklerini yalnız salvage kemoterapi veya sekonder sitoredüksiyon oluşturmaktadır. Optimal tedavi seçeneği ise halen tartışmalıdır (111,112).

## 2.5. Tiroid Kanseri

Tiroid kanserleri insanlarda görülen kanserlerin %2'sinden azını oluştursa da en çok öldüren endokrin malignitedir (113). Geçtiğimiz yüzyılda dünya çapında 2-3/100,000 olarak bildirilen tiroid kanseri insidansı son 20 yılda 2-5 kat artmıştır. Ortalama tanı yaşı 45'tir. Yaklaşık olarak dünyada yıllık 200,000 kişiye tanı konulup bunların 35,000'inin bu hastalıktan öleceği tahmin edilmektedir (113).

### 2.5.1. Epidemiyoloji

Tiroid kanseri tüm malignitelerin yaklaşık %1'ini oluşturur. En sık görülen endokrin malignitelerden biridir. İnsidansı diğer tümörlere göre daha hızlı artmaktadır. Tiroid kanseri, Amerika Birleşik Devletleri'nde kansere bağlı ölümlerin kadınlarda %0,17, erkeklerde ise %0,26'sından sorumludur. Sıklığı yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. En sık 30-70 yaş arasında ve kadınlarda görülmektedir. Kadınlardaki malignitelerin %1,5'inden, erkeklerde ise %0,5'inden sorumludur. Tiroid kanseri insidansı artmasına rağmen mortalite azalmıştır. Bunun nedeni erken tanı ve cerrahi ve/veya I<sup>131</sup> ile efektif tedavi yapılmasıdır (113,114).

### 2.5.2. Etyopatogenez

Tiroid karsinomları papiller, foliküler, medüller, hurtle hücreli ve anaplastik/indiferansiye karsinom olmak üzere 5 tipe ayrılır. Tiroid kanserinin büyük çoğunluğu (%95) folliküler hücrelerden kaynaklanmaktadır. Diferansiye tiroid kanserleri (papiller ve folliküler) folliküler hücrelerden kaynaklanır ve tiroglobulin sentezler. Diferansiye tiroid kanserleri yavaş büyüme eğilimindedir. Prognozları oldukça iyidir. Medüller tiroid kanseri (MTK) tiroidin parafoliküler C hücrelerinden kaynaklanır, kalsitonin salgılar; sporadik ya da ailesel olabilir. Anaplastik kanserler nadir görülür, ancak kısa süre içinde fatal seyreder. Baş-boyun bölgesine uygulanan radyasyon özellikle papiller patern, daha az sıklıkla da folliküler paternde tiroid kanseri gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (113,115).

### 2.5.3. Tanı

Tanıda anamnez ve fizik muayene bulguları önemlidir. Bir olguda tiroid nodülü saptandığı zaman anamnez alınmalı ve boyun muayenesi yapılmalıdır. Nodülün sert olması, trakeaya fiksasyonu, son zamanlarda hızlı büyümesi, disfaji, disfoni ve lateral servikal lenfadenopati maligniteyi düşündürmektedir. Serum tiroglobulin düzeyinin, çoğu tiroid hastalığında yüksek olması nedeniyle tiroid kanseri tanısı için nonspesifiktir (113).

Tiroid kanseri tanısı sitolojik veya histolojik konfirmasyon gerektirir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) preoperatif dönemde benign nodül ile malign nodülü ayıran en değerli yöntemdir. USG eşliğinde yapılması tercih edilmektedir. Nodül boyutu 10 mm veya üzerinde ise, 10 mm'den küçük nodülü olup USG özellikleri tiroid kanseri düşündürüyor ise, herhangi bir boyutta nodülü olup; önceden tiroid kanseri operasyonu geçirmiş ise, servikal metastazı varsa, boyun bölgesi radyoterapi öyküsü varsa, birinci derece yakınlarda papiller tiroid kanseri (PTK) anamnezi mevcut ise, MTK veya MEN2 olanlarda bakılan kalsitonin düzeyleri artmış ise İİAB yapılmalıdır (113,116).

#### 2.5.4. Papiller Kanser

En sık görülen ve en iyi prognozlu tiptir. En sık 3. ve 4. Dekatta, kadınlarda görülür. Sıklıkla lenfatik invazyon yapar ama bu prognozu fazla etkilemez. Kadın/Erkek oranı 3-10/1 arasında bildirildiğinden ve adolesan öncesi ya da ileri yaş gibi seks hormon hakimiyeti olmayan dönemlerde cinsiyet farkı izlenmediğinden östrojen metabolizması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. On yıllık sağkalım %95'in üzerindedir. Klasik papiller tiroid kanseri dışında folliküler, enkapsüle, uzun hücreli (tall cell), diffüz sklerozan varyant gibi alt tipleri bulunmakta ve tedavide temel yaklaşımı değiştirmemekle birlikte küçük farklılıklar göstermektedir. Kliniğinde tiroid bezinde ağrısız kitle, boyunda büyümüş lenf nodları sıktır. İlerlemiş hastalıkta; ses kısıklığı, disfaji, dispne görülebilir. Hastaların çoğu ötiroiddir. Tiroid bezi içinde çoğunlukla multisentrik yerleşim gösterir (%80) (113). Servikal lenf nodlarına %27-54 oranında metastaz olur (113). Uzak metastaz %2-4 oranında ve sıklıkla akciğer, mediasten, kemikte görülür (113). Tiroid kanser etyolojisi tüm kanserlerde olduğu gibi net değildir (113).

#### 2.5.5. Tedavi

Diferansiye Tiroid Kanserleri (DTK) olgularının %85'ini PTK (papiller tiroid kanser), %10'unu folliküler, %3'ünü de hurtle hücreli (oksifilik tümör) tiroid kanseri oluşturmaktadır. DTK'da tedavi hedefleri primer tümörü ortadan kaldırmak, hastalık ilişkili morbiditeyi azaltmak, hastalığın doğru evrenmesini sağlamak, uygun olduğunda postoperatif radyoaktif iyot (RAI) tedavisinin uygulanmasına olanak sağlamak, uzun dönemde rekürrensi ve metastatik hastalık riskini azaltmaktır. Yeterli cerrahi, prognozu etkileyen en önemli etkidir. Preoperatif evrelemede boyun USG yapılarak kontralateral loba ve servikal lenf nodlarına bakılmalıdır. İnceleme yönteminin duyarlılığına bağlı olarak mikrometastaz sıklığı yaklaşık %90'dır (113). Dört cm'nin üzerinde tümör varlığında, belirgin atipi saptanmışsa, İİAB'de papiller karsinom açısından şüphe belirtilmişse, ailede tiroid karsinomu varsa, radyasyona maruz kalınmışsa, bilateral nodüler hastalığı olan olgularda veya hasta istiyorsa total tiroidektomi yapılmalıdır. Klinik olarak santral veya lateral lenf nodlarında metastaz olan hastalarda, hastalığın tam klirensi için total tiroidektomiyle birlikte tedavi edici santral kompartman (seviye VI) diseksiyonu yapılmalıdır (113,117).

Tiroid kanseri için postoperatif evreleme, DTK'lı bir hastanın bireysel prognozunu belirleme amacıyla, RAI tedavisi ve TSH süpresyon tedavisi içeren postoperatif adjuvan tedaviye karar vermek ve nüks ve mortalite riskini belirlemek, takip sıklığını saptamak için yapılmalıdır. Ölüm riskini belirlemek amacıyla geliştirilen ve tümör yaygınlığını vurgulayan "American Joint Committee on Cancer/International Union Agants Cancer (AJCC/UICC)" evrelemesinin kullanılması önerilmektedir. Nüks riskini değerlendirmede hastalar düşük, orta ve yüksek riskli olarak sınıflandırılmaktadır (117).

Bakiye tiroid dokusunun RAI ile ablasyonu, total tiroidektomi sonrası rezidüel makroskopik normal tiroid dokunun destrüksiyonu olarak tanımlanır. Serum tiroglobulin ve/veya tüm vücut RAI taramasıyla takipte nükslerin saptanmasını kolaylaştırır. Ayrıca, bakiye ablasyonu sırasında yapılan tarama özellikle lateral boyunda daha önce tanı konulmamış hastalığı saptayarak başlangıç evrelemesine yardımcı olabilir. RAI tedavisi; bilinen uzak metastazı, aşikar ekstratiroidal yayılımı, tümör boyutu 4 cm'den büyük olan olgulara, tümör boyutu 1-4 cm olup lenf nodu metastazı olup yüksek risk faktörleri olan olgulara önerilmektedir. Sadece 1 cm'den küçük ünifokal veya multifokal tümör olan (risk faktörü olmayan) olgulara RAI önerilmemektedir (117).

TSH Supresyon Tedavisi; DTK hücre membranında TSH reseptör ekspresyonu mevcuttur ve TSH stimülasyonu ile tiroglobulin, sodyum-iyot taşıyıcısı gibi proteinlerin sentezi ve hücre büyüme oranı artmaktadır. Levotiroksinin (LT4) suprafizyolojik dozlarda kullanımı ile TSH supresyonu, sıklıkla tiroid kanserli hastalarda nüks riskini azaltmak için kullanılır. Persistan hastalığı olan hastalarda spesifik kontrendikasyon yoksa serum TSH düzeyi 0.1 mU/L'nin altında tutulmalıdır (117).

Eksternal Işınlama ve Kemoterapi; Primer tümörü tedavi için eksternal ışınlama; 45 yaş üstü ekstratiroidal yayılımı cerrahi sırasında aşikar olarak görülebilen ve mikroskopik rezidüel hastalık riski yüksek olan hastalarda ve makroskopik rezidüel tümörü kalan, daha sonraki cerrahi veya RAI tedavisinin etkisiz olacağı düşünülen hastalarda, ağırlı kemik metastazında, cerrahinin yapılamadığı nörolojik ve kompresif semptomu neden olan fraktür durumunda kullanılır. Rutin kemoterapinin rolü yoktur (117).



### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışma Grubu**

Bu çalışma, 2013 yılı içerisinde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji ve Endokrinoloji polikliniklerine başvuran 120'si adjuvan tedavilerini tamamlamış erken evre kanser hastası (30 meme kanseri, 30 kolon kanseri, 30 tiroid papiller kanseri, 30 over kanseri) ve 30'u sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 150 kişi üzerinde yapıldı.

Hastaların çalışmaya alınma kriterleri;

- 1-18-65 yaş arası olmak
- 2-Kadın cinsiyet olmak
- 3-Hastalığı ile ilgili cerrahi operasyon geçirmek
- 4-Halen uzak ve lokal nükse ait bulgu olmaması
- 5-Adjuvan kemoterapi ve radyoterapinin tamamlanmış olması
- 6-Antidepresif tedavi almamak olarak belirlendi.

#### **3.2. Yöntem**

Bu çalışma kesitsel bir izlem çalışmasıdır. Görüşmeler hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterilerek, özel görüşme odasında yapıldı. Sorumlu hekim tarafından hastalara çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin mutlak gizliliği açıklandı, çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve yazılı onam izin belgesi alındı.

#### **3.3 Kullanılan Ölçekler**

##### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu yoluyla hastaların demografik verileri, hastalılığın tanı ve tedavisi hakkında bilgi toplandı. Bilgi formu Ek -1'de yer almaktadır.

### Ek-1: Bilgi Formu

Ad- Soyad:

Yaş:

TC No:

Tel No:

Boy:

Kilo:

BMI:

Medeni hali:

Çocuk sayısı:

Çocuk yaşları:

Meslek:

Eğitim düzeyi:

Ek hastalık öyküsü:

Hastalık tanısı:

Tanı yılı:

Tedavi:

Aile öyküsü:

### 3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

HADÖ, likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçek bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk gruplarını belirlemeye yönelik bir tarama testidir. HADÖ ölçeği Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları (1997), Özgüven ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır (118). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 soru içerir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlar. Kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10/11, depresyon alt ölçeği için 7/8 olarak saptanmıştır. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir (119). HAD ölçeği Ek -2'de yer almaktadır.

### **HAD ÖLÇEĞİ**

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.**

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendiriyor

Hayır, hiç de öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

**5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

**6) Kendimi neşeli hissediyorum.**

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

**7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

**9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

**10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebilirim

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

**14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

### 3.3.3. Rosenberg Benlik Değeri Ölçeği (RBDÖ)

RBDÖ, 63 sorudan oluşan likert tipinde bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir. İlk on maddesi benlik saygısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır (118).

Sosyal bilimlerde yapılan araştırmalarda en geniş kapsamlı kullanılan ölçektir. Benlik saygısı kendiliğe ait pozitif ve negatif oryantasyondur. Ölçek likert tipte olup benlik saygısı ile ilgili alt ölçeği ilk 10 sorudan oluşmakta ve her biri “çok doğru”, “doğru”, “yanlış”, “çok yanlış” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin geçerliliği yüksek olup test-retest korelasyonu 0.82-0.88 arasında değişmektedir. Cronbach alpha değişkeni 0.77-0.88 arasındadır. 10 değişkenin puanlaması aşağıdaki gibidir. 1,2,4,6,7. sorular için çok doğru=3, doğru=2, yanlış=1, çok yanlış=0; 3,5,8,9,10. sorular için çok doğru=0, doğru=1, yanlış=2, çok yanlış=3 olarak değerlendirilir. Ölçek puanları 0-30 arasında değişir. Otuz maksimum düzeyde benlik saygısı, 15-25 normal benlik saygısı, 15 puan altı ise azalmış benlik saygısı olarak değerlendirilir (118,119).

#### Ek-3: RBDÖ ölçeği

##### Adı Soyadı:

##### ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

##### MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

##### MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 4**

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 5**

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 6**

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

### 3.4. İstatistik

Çalışmanın veri analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) (SPSS16.0) istatistiksel yazılım programı kullanıldı. İstatistiki incelemede t- Testi ve Ki-kare testi kullanıldı.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### 3.5. Etik Onay

26.11.2013 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olan 2013/349 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 150 hastanın yaş ortalaması 46,5±5 yıl idi. Grubun çoğunluğunun evli (%92,4 ) ve ilkokul mezunu olduğu (%79,07) saptandı. Hastaların yaklaşık yarısının (%53,4) birinci derece yakınlarında kanser öyküsü vardı. Kontrol grubundaki 30 kişinin yaş ortalaması 42±10 yıl olarak tespit edildi. Grubun çoğunluğunun evli (%70) ve üniversite mezunu olduğu (%50) saptandı. Hastaların sosyodemografik verileri tablo 1’de özetlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik verileri

		<b>Kontrol</b>	<b>Tiroid papiller kanseri</b>	<b>Meme kanseri</b>	<b>Over kanseri</b>	<b>Kolorektal kanser</b>
<b>Medeni durum</b>	Bekar	4 (%13.3)	2 (%6.7)	-	-	-
	Evli	21 (%70)	28 (%93.3)	28 (%93.3)	28 (%93.3)	27 (%90)
	Dul	5 (%16.7)	-	2 (%6.7)	2 (%6.7)	3 (%10)
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	11(%36.7)	26 (%86.7)	25 (%83.3)	28 (%93.3)	28 (%93.3)
	Memur	18 (%60)	4 (%13.3)	5 (%16.7)	2 (%6.7)	2 (%6.7)
	Öğrenci	1 (%3.3)	-	-	-	-
<b>Birinci derece akrabada kanser öyküsü</b>	Yok	30 (%100)	15 (%50)	14 (%46.7)	16 (%53.3)	10 (%33.3)
	Var	-	15 (%50)	16 (%53.3)	14 (%46.7)	20 (%66.7)
<b>Öğrenim durumu</b>	İlkokul	4 (%13.3)	19 (%63.3)	24 (%80)	25 (%83.3)	27 (%90)
	Ortaokul	2 (%6.7)	3 (%10)	-	1 (%3.3)	-
	Lise	9 (%30)	5 (%16.7)	3 (%10)	2 (%6.7)	2 (%6.7)
	Üniversite	15 (%50)	3 (%10)	3 (%10)	2 (%6.7)	1 (%3.3)
<b>Ek hastalık</b>	Yok	25 (%83.3)	21 (%70)	18 (%60)	19 (%63.3)	15 (%50)
	Var	5 (%16.7)	9 (%30)	12 (%40)	11 (%36.7)	15 (%50)
<b>Yaş</b>		42±10	42±8	50±10	52±7	54±9
<b>VKİ</b>		26±4	31±7	29±5	27±4	27±4
<b>Çocuk sayısı</b>		2 (0-3)	2 (0-6)	2(0-7)	3 (0-5)	3 (0-7)
<b>Tanı sonrası geçen süre (yıl)</b>			1 (0-20)	2(0-10)	1 (0-11)	1(0-7)

Hastalar ile kontrol grubunun depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ( $p>0.05$ ), benlik saygısının hastalarda azaldığı tespit edildi ( $p=0.001$ ) (**Tablo 2**). Sağlıklı kontrol grubunda depresyonun %63,3, anksiyetenin %70 oranında saptanması dikkat çekiciydi.

**Tablo 2.** Hasta ve kontrol grubunun anksiyete, depresyon ve benlik saygısının karşılaştırılması

		<b>Kontrol (%)</b>	<b>Hasta(%)</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete</b>	Yok	30	19.1	0.195
	Var	70	80.9	
<b>Depresyon</b>	Yok	36.7	35.8	0.932
	Var	63.3	64.2	
<b>RBDÖ</b>	Normal benlik	70	22.5	<b>0.001</b>
	Azalmış benlik	30	77.5	

Hasta grubunda anksiyeteye etkili olabilecek faktörler incelendiğinde tek değişkenli analizlerde anksiyetenin VKİ, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, öğrenim durumu, ek hastalık varlığı, birinci derece akrabada kanser öyküsü ile ilişkili olmadığı ( $p>0.05$ ) ancak anksiyete saptanan grubun yaş ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p=0.002$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Anksiyenin yaş, VKİ, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, eğitim durumu, birinci derece akrabada kanser öyküsü ve ek hastalıkla ilişkisi



	Anksiyete		P
	Yok (n=32)	Var (n=117)	
Yaş	43.6±9.9	49.6±9.9	<b>0.002</b>
VKİ	27.8±6.2	28.2±5.3	0.687
Çocuk sayısı	2.6±1.3	2.2±1.2	0.187
Tanı sonrası geçen süre	2.2±2.5	2.1±2.9	0.813
<b>Ek hastalık</b>			
Yok	22	10	0.647
Var	76	42	
<b>Birinci derece akrabada kanser öyküsü</b>			
Yok	18	67	0.957
Var	14	51	
<b>Öğrenim durumu</b>			
İlkokul	22	77	0.625
Ortaokul	0	6	
Lise	5	16	
Üniversite	5	19	

Hasta grubunda depresyona etkili olabilecek faktörler incelendiğinde tek değişkenli analizlerde depresyonun yaş, VKİ, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, öğrenim durumu, ek hastalık varlığı, birinci derece akrabada kanser öyküsü ile ilişkili olmadığı saptandı ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3.** Depresyonun yaş, BMI, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, eğitim durumu, birinci derece akrabada kanser öyküsü ve ek hastalıkla ilişkisi

	Depresyon		P
	Yok (n=54)	Var (n=95)	
Yaş	46.7±10.5	49.3±9.8	0.132
VKİ	28.4±6.5	38.0±4.8	0.677
Çocuk sayısı	2.2±1.5	2.3±1.2	0.679
Tanı sonrası geçen süre (yıl)	2.5±3.5	1.9±2.4	0.252
<b>Ek hastalık</b>			
Yok	33	65	0.415
Var	21	31	
<b>Birinci derece akrabada kanser öyküsü</b>			
Yok	27	58	0.217

Var	27	38	
<b>Öğrenim durumu</b>			
İlkokul	37	62	0.318
Ortaokul	0	6	
Lise	8	13	
Üniversite	9	15	

Hasta grubunda benlik saygısına etkili olabilecek faktörler incelendiğinde tek değişkenli analizlerde benlik saygısının; VKİ, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre ile ilişkisi olmadığı ( $p>0.05$ ) saptandı. Ek hastalığı olan, birinci derece akrabalarında kanser öyküsü bulunan, eğitim düzeyi düşük olan ve ileri yaştaki hastalarda benlik saygısı daha düşük tespit edildi ( Tablo 4).

**Tablo 4.** Benlik saygısının yaş, VKİ, çocuk sayısı, medeni durum, tanı sonrası geçen süre, eğitim durumu, birinci derece akrabada kanser öyküsü ve ek hastalıkla ilişkisi

	<b>RBDÖ</b>		
	<b>Normal benlik saygısı (n=47)</b>	<b>Azalmış benlik saygısı (n=102)</b>	<b>P</b>
<b>Yaş</b>	44.7±9.9	50.0±9.7	<b>0.003</b>
<b>VKİ</b>	27.5±6.0	28.5±5.2	0.323
<b>Çocuk sayısı</b>	2.3±1.3	2.4±1.3	0.674
<b>Tanı sonrası geçen süre (yıl)</b>	2.1±2.2	2.1±3.0	0.903
<b>Ek hastalık</b>			
<b>Yok</b>	37	61	<b>0.038</b>
<b>Var</b>	11	41	
<b>Birinci derece akrabada kanser öyküsü</b>			
<b>Yok</b>	34	51	<b>0.016</b>
<b>Var</b>	14	51	
<b>Öğrenim durumu</b>			
<b>İlkokul</b>	24	75	<b>0.013</b>
<b>Ortaokul</b>	2	4	
<b>Lise</b>	8	13	
<b>Üniversite</b>	14	10	

Kanser türleri arasında anksiyete, depresyon ve benlik saygısı karşılaştırıldığında anksiyete ve benlik saygısı açısından hastalıklar arasında fark olduğu görüldü. Genel olarak tiroid papiller kanserli hastalarda anksiyete ve depresyonun en düşük ve benlik saygısının ise daha yüksek olduğu saptandı. Meme, over ve kolorektal kanser hastalarında anksiyete ve depresyonun daha yüksek düzeyde tespit edildi. Benlik saygısındaki azalma en fazla meme ve over kanserli hastalarda saptandı. Benlik saygısına baktığımızda bütün kanser gruplarının benlik saygısı kontrol grubundan düşük saptandı, meme ve over kanser hastalarında bu düşüklük daha belirgindi (p=0.001). (Tablo 5).

**Tablo 5.** Kanser türleri arasındaki depresyon, anksiyete ve benlik saygısının karşılaştırılması

		<b>Tiroid papiller kanser (%)</b>	<b>Meme kanseri (%)</b>	<b>Over kanseri (%)</b>	<b>Kolorektal kanser (%)</b>	<b>Kontrol (%)</b>	<b>P</b>
<b>Anksiyete</b>	Yok	40	6.7	13.3	16.7	30	<b>0.012</b>
	Var	60	93.3	86.7	83.3	70	
<b>Depresyon</b>	Yok	50	30	33.3	30	36.7	0.465
	Var	50	70	66.7	70	63.3	
<b>RBDÖ</b>	Normal benlik	33.3	10	10	36.7	70	<b>0.001</b>
	Azalmış benlik saygısı	66.7	90	90	63.3	30	

## 5. TARTIŞMA

Kanser hasta açısından ağrı veren, acı içinde ölümü hatırlatan, suçluluk ve kaygı yaratan, panik ve karışıklığa neden olan kronik bir hastalıktır. Ölüm olasılığının çok yakında gerçekleşebileceğini bilmek ve belirlenen tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır (118,119). Kanserli hastalardaki ruhsal bozukluk yaygınlığı %29-47 arasında saptanmıştır (118). En sık görülen psikopatoloji major depresyondur. Tokgöz ve arkadaşlarının çalışmasında kanserli hastalardaki depresyon oranı %22 olarak bildirilmiştir (120). Aydoğan ve arkadaşlarının çalışmasında hasta grubunun %21,6'sının, kontrol grubunun ise %8,2'sinin depresif olduğu bildirilirken, hasta grubunun %33,8'inde, kontrol grubunun ise %16,2'sinde anksiyete saptanmıştır (118 ). Karabulutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarının %61,5'inde anksiyete, %81,3'ünde depresyon olduğu bildirilmiştir. Jadoon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarının %66'sında anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir (121). 2007 yılında yapılan bir derlemede ise, kanser hastalarının %20-50'sinde hafif ya da şiddetli derecede depresyon görülmekle birlikte, %15'inde majör depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (122). Bu çalışmaların dışında, farklı çalışmalarda da kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (123). Bununla birlikte, kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının, kanserin türüne, evresine, hastanın yaşına, tedavinin türüne veya kanser tanısından sonra geçen zamana bağlı olarak değişiklik gösterdiği de belirtilmektedir (123,124).

Çalışmamızda kanser hastaları ile kontrol grubunun anksiyete ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu durum kontrol grubunun anksiyete oranlarının beklenenden yüksek bulunması ile ilişkilendirildi. Kanser gruplarını ayrı ayrı değerlendirdiğimizde tiroid papiller kanserli hastalarda anksiyete görülme oranı sağlıklı kontrol grubundan düşük, diğer kanser gruplarındaki hastalarda anksiyete görülme oranı kontrol grubundan yüksek tespit edildi ( $p<0.05$ ) Bu durum diğer kanser türlerinin papiller tiroid kanserden daha mortal seyretmesi ile ilişkilendirildi.

Çalışmamızda kanser hastaları ile kontrol grubunun depresyon ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu durum kontrol grubunun depresyon oranlarının beklenenden yüksek bulunması ile ilişkilendirildi. Kanser gruplarını ayrı ayrı değerlendirdiğimizde tiroid papiller kanserli hastalarda depresyon görülme oranı sağlıklı kontrol grubundan düşük olduğu görüldü ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çalışmamızda kanser hastaları ile kontrol grubunun benlik saygısına baktığımızda hastalarda benlik saygısının belirgin olarak azaldığı tespit edildi. Bu durum kanserin radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı kusma, uykusuzluk, yorgunluk, saç dökülmesi gibi yaşam kalitesini bozan fiziksel sorunlarıyla ilişkilendirildi. Kanser hastalığı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel yaşamı üzerinde olumsuz yan etkilere sahiptir. Bu etkilerin derecesi ise meme kanserlerinde %25, jinekolojik kanserlerde %80 oranında olduğu belirtilmektedir (8). Jinekolojik kanserlerde hastalığa ve uygulanan tedavilere bağlı olarak, cinsel sağlığın önemli dört ögesi olan; beden imajı, cinsiyet rol fonksiyonu, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği zarar görmektedir (8). Beden imajı dinamik bir süreçtir ve bu algı yaşla, bireyin sağlık durumu ile, yaşanan hastalık ile sürekli değişebilmektedir. Özellikle kadınlık/ dişilik kimliği ile ilişkili beden parçaları kaybının, kadının beden imajını büyük ölçüde etkileyebileceği bildirilmektedir (8). Literatürde, üreme yeteneğinin kaybına bağlı olarak çoğu kadının, ailesini tamamlayamama, kendini eksik, yetersiz/kusurlu hissetme, beden imajı ve öz saygıda azalma ve karşı cinsle yakın ve yeni ilişkilere girmekten çekinme gibi çok yönlü sorunlar yaşadığı bildirilmektedir. Jinekolojik kanserlerde cinsel sağlığın zarar gören diğer bir ögesi, cinsiyet rolü (kadınlık/dişilik kimliği) üzerine olur. Çünkü toplumun 'Kadınlık Kimliğine' verdiği rolde, doğurganlık, annelik ve eş rolü önemli yer tutar. Kadının üreme organları ise, doğurganlıkla birlikte kişiye kadınlık rolü kazandırır ve kız çocukları geleceğe bu rol ile hazırlanır. Pek çok kadın, kadın olmayı çocuk doğurmakla eşdeğer olarak tanımlar. Kanser gruplarını ayrı ayrı değerlendirdiğimizde, over ve meme kanserinde benlik saygısının en düşük saptanması kadınlarda cinselliği direkt ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunlarının bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olması ve bu durumun kadının beden imajını büyük ölçüde etkilemesi ile ilişkilendirildi. Kolon kanserli hastaların benlik saygısındaki düşüklük kolostominin, beden imajının değişmesine yol açarak kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna neden olmasına bağlandı. Bizim çalışmamızda over kanserli hastaların %90'da azalmış benlik saygısı saptanması yukarıda anlatılan cinsel sağlığın önemli dört ögesi olan beden imajı, cinsiyet rol fonksiyonu, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneğinin zarar görmesi ile ilişkilendirilebilir (8,125).

Literatürde yer alan araştırmaların örnekleme (hastalık ve tedavi dönemi), yöntemi ve değerlendirme araçları farklı olsa da, sonuçlar meme kanserli hastalarda benlik saygısının azaldığını göstermektedir (126,127). Ghazal ve arkadaşları primer meme kanseri tedavisinde

kozmetik sonuçların ruhsal ve sosyal alanlara etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, yapılan ameliyatın kozmetik sonuçlarının iyi olduğu hasta grubunda, anksiyete-depresyon, beden algısı, benlik saygısı ve cinsellik ile kozmetik sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki gözlediklerini belirtmişlerdir (128). Al-Ghazal ve arkadaşları yaptıkları başka bir çalışmada meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan meme koruyucu ameliyat, 46 total mastektomi ve total mastektomi sonrası meme rekonstruksiyonu ameliyatlarının psikolojik etkilerini ve hasta memnuniyetini araştırmış, beden algısı, benlik saygısı, depresyon-anksiyete, cinsel doyum açısından en iyi sonucu meme koruyucu ameliyatların verdiğini, bunu meme rekonstruksiyonunun izlediğini, bu bağlamda meme rekonstruksiyonunun total mastektomiye üstün olduğunu belirtmişlerdir (129). Rowland ve arkadaşları benzer yöntem ile yaptıkları çalışmalarında ise beden algısı, cinsellik, depresyon, yaşam kalitesi ve eş uyumu açısından en iyi sonuçların meme koruyucu ameliyatlara alındığını belirtirken, meme rekonstruksiyonunun total mastektomiye üstün olmadığını belirtmişlerdir (130). Çalışmamızda meme kanserli hastaların %90'da azalmış benlik saygısı saptanması hastaların hepsinin total mastektomi nedeni ile cinsellik ve kadınlık simgesi olarak algılanan bir organının kaybına bağlı beden algısında bozulma ile ilişkilendirilebilir.

Kolorektal kanserlerinin psikolojik etkileri hem kanserin kendisinden hem de sosyal ve cinsel yaşama etkisinden kaynaklanır. Özellikle cerrahi tedavilerin neden olabildiği sonuç ve zorlanmalar hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak kişileri etkilemekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Rektal kanserlerle yapılan çalışmalar bu hastaların kendilerini stigmatize edilmiş ve farklı hissettiklerini kolostominin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Kolostomi, beden imajının değişmesine yol açarak kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna neden olabilir. Beden imajında değişiklik; suçluluk, utanma ya da nefret gibi duygulara yol açabilmektedir. Geçici ya da kalıcı kolostomi açılan hastalarda, beden algısının değiştiği, benlik saygısının azaldığı bulunmuş ve cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunların ortaya çıkması ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı gösterilmiştir (46). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastanın kolostomisinin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla insanlardan uzak durup, içe kapanıp, yalnız kalmak isteyebileceği, zamanla sosyal olarak kendini güvende hissedememe ve güven eksikliğinin tam bir sosyal yalıtım ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir (47). Perssons ve Hellstroms, kolostomi sonrasında hastaların tümünün kendi cinsel çekiciliklerinin azaldığına inandıklarını saptamıştır (49). Bu bulguyu

destekleyen bir başka araştırmada kolostomi hastalarının kendilerini cinsel olarak daha az çekici hissettiklerini, oysa eşlerinin cinsel çekiciliklerini kaybettiği fikrini paylaşmadıklarını tespit etmiştir. Kılıç yaptığı çalışmada; kolostomi uygulanan hastalarda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında benlik saygısı, beden algısı, eş uyumu ve cinsel işlevlerde bozulma olduğunu ve özellikle kadınlarda cinsel işlevlerde bozulmanın daha fazla olduğunu bildirmiştir (48). Çalışmamızda 28 hastada kolostomi mevcut olması nedeni ile kolorektal kanserli hastaların %63,3’de azalmış benlik saygısı saptanması hastaların kolostomiye bağlı cinsel çekiciliklerinin azalması ile ilişkilendirildi. Meme ve over kanserli hastalarda benlik saygısının diğer kanser türlerine göre daha çok etkilenmesi kadınlarda meme ve overin kadınlık simgesinin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Kanserde, düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon gibi emosyonel problemler için risk olduğu vurgulanmıştır (131). Kaplan ve arkadaşları ile Pillay ve arkadaşlarına göre düşük eğitim düzeyi, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile birlikte (132,133). McCall ve arkadaşları düşük eğitim düzeyinin major depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğunu bildirmişler (134). Arslan yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir (135). Yapılan bir çalışmada over kanseri vakalarla yaptıkları bir çalışmada, öğrenim durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmişlerdir (136). Çalışmamızda anksiyete ve depresyon eğitim düzeyi ile ilişkilendirilemezken, benlik saygısı kaybının ilkökul mezunlarında daha fazla tespit edilmesi düşük eğitim düzeyinin kişinin benlik saygısını etkilediğini düşündürmektedir.

Erbil’in İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü’nde “Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfomalı Hastaların Tedavi Öncesi Sonrası Hayat Kaliteleri ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açıdan İncelenmesi” isimli çalışmasında yaş ile hayat kalitesi arasında yüksek korelasyon tespit edilmiştir (p=0.01) (137). Ganz’ın kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında olumlu fakat zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (138). Yaşın meme kanseri olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi incelendiğinde, bazı çalışmalarda; genç hastalara göre yaş ilerlemiş olan meme kanserli hastaların anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (139). Yaşlı hastalar genç hastalara oranla çevresel değişimlere ve yeniliklere daha zor uyum gösterirler. Alışık olmadığı ortamlara (hastane gibi) ve agresif tedavilere uyumda daha fazla güçlük yaşayabilirler. Yine tedavi ekibi tarafından ihmal edilme korkusu, diğerlerine yük olma korkusu yaşlı hastalarda gençlere oranla daha sıktır. Araştırmalar yaşlıların stres karşısında duygusal odaklı baş etme eğiliminde

olduklarına işaret etmektedir. Bu nedenle yaşlı hastalar kanserin tanı ve tedavi sürecinde daha fazla zorlanma yaşıyor olsalar bile duygularını bastırmaları nedeniyle, genç hastalara oranla daha az kaygılı olabilecekleri bildirilmiştir (140). Çalışmamızda ileri yaş grubunda anksiyetenin arttığı, benlik saygısının azaldığı görüldü. Bu durum hasta popülasyonumuzun 4-5. dekatta yoğunlaşması ile ilişkilendirildi

Obezite, gelişmiş ülkelerde, giderek büyüyen majör bir halk sağlığı problemidir. Diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, pulmoner hastalıklar ve artritler başta olmak üzere birçok hastalık için bağımsız bir risk faktörüdür. Son zamanlarda obezitenin kanser üzerindeki etkisi de farkedilmiştir. Bergstrom ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada obezitenin prevalansının azaltılması ile her yıl 36 bin kadar kanser vakasının önlenebileceği ortaya konulmuştur (141, 142). Benzer bir sonuç, Calle ve ark.'larının 2003'te yaptıkları bir çalışmada da mevcuttur. VKİ'in 25'in altında tutulması ile kansere bağlı ölümler her yıl 90 binden daha fazla azaltılabilir. Artmış VKİ, artmış endometrial kanser, over kanseri, postmenopozal meme kanseri, premenopozal kolorektal kanser, özofagus adenokarsinomu, böbrek kanseri, lösemi, non-hodgkin lenfoma, multiple myeloma ve pankreas kanseri insidansı ile ilişkili bulunmuş (143). Literatürde obezite ile psikopatoloji ve psikolojik ilişkili sonuçlar elde edilmiştir. Obez hastalarla normal vücut ağırlığına sahip olanlar arasında psikopatoloji açısından anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar yanında, obez hastaların daha düşük benlik değerine sahip oldukları, psikopatolojik durumların daha fazla gözlemlendiği, özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının bulunduğu araştırmalar da bulunmaktadır (144,145). Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair çalışmalar vardır (145). Obez hastalarda depresyon görülme sıklığının yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir (145). Tıbbi olarak sağlıklı bazı obez kişilerde depresif belirtilerin gözlemlendiği bildirilmiştir (145,146). Ricca ve ark.nın 84 obez ve 217 obez olmayan kişi üzerinde yaptığı karşılaştırmalı araştırmada depresyon oranının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiş (147). Başka bir araştırmada obezite tedavisi gören 66 hasta ile başka bir tıbbi tedavi gören 52 hastanın karşılaştırılması sonucunda obezite tedavisi gören hasta grubunda daha yüksek oranda depresif semptomatoloji ve psikososyal yetersizlik gösterilmiştir (148). Obez hastalarda anksiyete bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü, anksiyete bozuklukları arasında da agorafobi, özgül fobi ve posttravmatik stres bozukluğunun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (149). Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre obez hasta grupları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Literatürde obez hastalarda benlik saygısı ile ilgili araştırmalarda benlik değerlerinin azaldığı



bilinmektedir (150). Çalışmamızda VKİ ile depresyon, anksiyete ve benlik saygısı arasında bir ilişki saptanmadı bu durum kanser gibi ölümcül ve yaşam kalitesini etkileyen bir hastalığın varlığının obezitenin psikolojik etkilerini baskıladığı ile ilişkilendirildi.

Beşer'in çalışmasında, kemoterapi sonrası bekar hastaların genel iyilik hali puanları evli hastalardan daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (151). Goodwin et al. kanser hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, evliliğin hastalık üzerine büyük etkisi olduğunu ve bekar hastaların tedavi seçimi, tedaviye uyumu ve sağ kalım oranlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır (152). Çalışmamızda medeni durum ile depresyon, anksiyete ve benlik saygısı arasında bir ilişki saptanmadı. Bu durum hasta ve kontrol grubunun çoğunluğunun evli olması ile ilişkilendirildi.

Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin de stresinin arttığı bilinmektedir (153). Kanserlin hasta ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler bu kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitelerinin bozulmasına sebep olmaktadır(153). Çalışmamızda birinci derece akrabalarında kanser olan hastalar ile olmayan hastalara arasında depresyon ve anksiyete açısından fark saptanmazken, birinci derece akrabalarında kanser olan hastaların benlik saygısı daha düşük olduğu tespit edildi. Bu durum birinci derece akrabalarında kanser öyküsü olan hastaların yaşam kalitesini bozacak semptomları daha önceden tecrübe etmesi ile ilişkilendirildi.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER:**

Bu çalışma sonucunda çalışma hipotezini destekler şekilde kanser tipleri arasında depresyon, anksiyete ve benlik saygısı yönünden farklar tesbit edildi. Mortalitesi düşük olan kanserli hastalarda diğer hastalara göre depresyon ve anksiyetenin düşük, benlik saygısının yüksek olduğu bulundu. Mortalitesi yüksek olan, tedavi sonucunda hastanın dış görünüşünde major değişikliklere yol açan (mastektomi, kolostomi gibi) veya cinsel kimliği etkileyen kanser türlerinde depresyon ve anksiyete oranları daha yüksek saptanırken; benlik saygısı daha düşük bulundu. Kanser hastaları tedavisi tamamlanmış ve remisyonda olsalar bile psikolojik açıdan desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu açıdan en büyük destek hasta yakınları ve tedavi ekibinden beklenmektedir. Bu tür hastalara özen gösterilmeli ve gerektiğinde psikiyatri konsültasyonları istenmelidir.

## ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

### **MEME, TİROİD, KOLOREKTAL VE OVER KANSERİ NEDENİ İLE CERRAHİ UYGULANMIŞ KADIN HASTALARDA DEPRESYON, ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Belgin Karakaya

İç Hastalıkları AD

Uzmanlık Tezi/ Konya, 2014

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde görülen en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanserli hastada tanı konulma anından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde ve sonrasında çok değişik duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının yaklaşık yarısında psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir, en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur.

Bu çalışmada, 2013 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na ait Tıbbi Onkoloji ve Endokrinoloji Polikliniklerine başvuran, adjuvan tedavilerini tamamlamış erken evre kanser hastalarında (30 meme kanseri, 30 kolon kanseri, 30 tiroid papiller kanseri, 30 over kanseri) ve 30 sağlıklı kontrol grubunda Hastane Anksiyete- Depresyon Ölçeği (HAD) ve Rosenberg Benlik Saygı Ölçeği kullanarak anksiyete, depresyon ve benlik saygısı değerlendirildi. İstatistiki incelemede t- Testi ve Ki-kare testi kullanıldı.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Hastalar ile kontrol grubunun depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken benlik saygısının hastalarda belirgin olarak azaldığı görüldü. Kanser türleri arasında anksiyete, depresyon ve benlik saygısı karşılaştırıldığında ise depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken anksiyete ve benlik saygısı açısından hastalıklar arasında fark olduğu bulundu. Tiroid papiller kanserli hastalarda anksiyete ve depresyonun düşük, benlik saygısının ise yüksek olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Depresyon, Anksiyete, Psiko-Onkoloji

## **SUMMARY**

SELÇUK UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

### **ASSESSMENT OF DEPRESSION, ANXIETY AND SELF-ESTEEM IN FEMALE PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY DUE TO BREAST, THYROID, COLORECTAL AND OVARIAN CANCER**

Dr. Belgin Karakaya

Department of Internal Medicine

Konya, 2014

Cancer is one of the most important health problems seen across the world and in our country. A wide variety of emotional and behavioral reactions occur in a patient with cancer starting from the moment of having the diagnosis through all treatment stages and afterwards. Psychiatric disorders have been reported in approximately a half of cancer patients and the most frequently seen psychiatric disorder is depression.

In this study, anxiety, depression and self-esteem were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) in early-stage cancer patients who presented to the Medical Oncology and Endocrinology Outpatient Clinics of Selçuk University, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine in 2013 and who completed their adjuvant therapies (30 breast cancer, 30 colon cancer, 30 papillary thyroid cancer and 30 ovarian cancer) and in the control group of 30 healthy people. The t-test and Chi-square test were used for statistical analysis.  $P < 0.05$  was accepted as statistically significant.

While no statistically significant difference was found between the depression and anxiety scales of the patients and the control group, self-esteem was seen to markedly decrease in the patients. When anxiety, depression and self-esteem were compared by cancer types, no statistically significant difference was found in terms of depression, but there was a difference between the diseases in terms of anxiety and self-esteem. Anxiety and depression was low but self-esteem was high in the patients with papillary thyroid cancer.

**Key Words:** Cancer, Depression, Anxiety, Psico-Oncologia

## KAYNAKLAR

- 1.Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2013; 12:219-24.
- 2.Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3:343-67.
- 3.Baider L, Andritsch E, Uziely B et al. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. Eur J Cancer Care. 2003;12:263-73.
- 4.Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 2009; 59: 225-49.
5. Aydın Buyruk B. Cerrahi tedavi sonrasında adjuvan kemoterapi alan ve almayan evre 2 kolon kanserli hastaların klinik ve patolojik özelliklerinin ve sağkalımlarının karşılaştırılması. Başkant Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD uzmanlık tezi, 2010.
- 6.Compton CC, Greene FL. The staging of colorectal cancer: 2004 and beyond.CA Cancer J Clin. 2004;54:295-308.
7. Cobin RH. Medullary carcinoma of the thyroid. In: Cobin RH, Sirota DK (eds). Malignant Tumors of the thyroid: Clinical Concepts and Controversies. New York: Springer-Verlag, 1992:112-41.
- 8.Reis N, Çoşkun A, Kızılkaya Beji N. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;2: 25-35.
- 9.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.
- 10.World Health Organization (WHO) (2008).World health statistics. 2008, ISBN 978 92 40682740 (electronic version).
- 11.Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005;11:13-31.
- 12.Özkan Sedat: “Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser”. Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi, Rhe, 1993:153-74.
- 13.Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. Hematoloji –Onkoloji 2004; 6:124-9.
- 14.National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology: disstres management. Ver. 1. 2010.
- 15.Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32: 57-71.
- 16.Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the end of life. Ann Intern Med 2001; 135: 32-40.
- 17.Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee PJ, Vourlekis B. Economic Stress Among Lowincome Women with Cancer: Effects on Quality of Life. Cancer. 2008;3:112.
18. Dedeli Ö. Fadılhoğlu Ç. Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 2008;23:132-9.

19. Stein KD ve ark. Validation Of Modified Rotterdam Symptom Checklist For Use With Cancer Patients In The United States. *J Pain Symptom Manag.* 2003;26: 975-89.
20. Kutlu R, Çivil S, Börüban M C, Demir A. Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2011; 27:149-53.
21. Işıkhhan V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* 2007;1: 15-29.
22. Özkan S. Psiko-onkoloji. 1. Baskı, İstanbul: Form Reklam Hizmetleri, 2007.
23. Ruşen Nur Arıkan: Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve Mastektomi Kriz dergisi, 2000:8:39-46.
24. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relations issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing* 2001;24 :53-60.
25. Bolund C, Holland JC, Zittoun R. Et al. Crisis And Coping. *Ppsychosocial Aspecte of Oncology*, 1990: 13
26. Özkan S. Psikiyatrik Tıp. İstanbul Çapa Tıp Fakültesi Yayınları, 1990.
27. Ziyalar A. Beden imajı kavramı. *Yeni Symposium*, 1985;1-2:31-7.
28. Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. *Hematoloji –Onkoloji* 2004; 6:124-9.
29. Patterson P, Moylan E, Banın S, Salih F. Needs analysis of cancer education program in South western Sydney. *Cancer Nursing* 2000;23 :186-92.
30. Al-Ghazal SK, Followfield L, Blamey RW (1999) . Does cosmetic outcome from teratment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surgical Oncology*, 25:571-573
31. Landmark BT, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitativestudy of 10 women with newly diagnosed breast cancer, *Journal of Advanced Nursing* 2002;40:112-21.
32. Ataseven A, Kutaniş R. Meme hastalıkları. Güney Matbaası, 1990, İstanbul ,369-71.
33. Henson HK. Meme Kanseri ve Cinsellik. *Sexuality and Disability* 20(4)2002:261-275, Çeviri: D.Aygin, *Androloji Bülteni* 2004;19:366-7.
34. *Turkish Journal of Psychiatry ( Psikiyatri Dergisi) Dr .Fatma ÖZ ;2001;12 :61-8.*
35. Fiendil 1991, Anuk 1999, Kaymakçı 2001, Gail ve ark. 2001.
36. Gabbard GO. Mood disorders: Psychodynmic etiology. HI Kaplan ,BJ Sadock(eds ). *Comprehensive Textbook of psychiatry*. 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp; 1995 . p1116-23.
37. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz Y. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2007; 17:87-93.
38. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Correlates of acute stres disorder in cancer patients. *J Trauma Stress* 2007; 20: 325-34.
39. Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
40. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium* 2008; 46:51-61.
41. Roscoe JA, Kaufman EM, Matteson SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S et al. Cancer related fatigue and sleep disorders. *Oncologist* 2007; 12:35-42.
42. Kendal WS. Suicide and cancer: a gender- comparative study. *Ann Oncol* 2007;18:381-7 .

43. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients. *J psychosoc Oncol* 2006;24:43-50
44. Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P et al. Suicide after breast cancer: An international population- based study of 723.810 women. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1416-9.
45. Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, Mcpherson L, Owen N, Leggett B, Newman B, Aitken J. Dimensions of Quality of Life and Psychosocial Variables Most Salient to Colorectal Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 2006;15;20-30.
46. Szczepkowski M. Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? *Acta Chir Iugosl*, 2002; 49:45-55.
47. Karadağ A, Menteş BB, Üner A. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:234-23
48. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyum ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007;18:302-310.
49. Persson E, Hellstrom AL. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2002;26:298-305.
50. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Arch Med Res*. 2006 Jan;37:133-9.
51. Seok JH, Choi WJ, Lee YS, Park CS, Oh YJ, Kim JS, Chang HS. Relationship between negative mental adjustment to cancer and distress in thyroid cancer patients. *Yonsei Med J*. 2013 May 1;54:658-64.
52. Demartini B, Masu A, Scarone S, Pontiroli AE, Gambini O. Prevalence of depression in patients affected by subclinical hypothyroidism. *Panminerva Med*. 2010 Dec;52:277-82.
53. Andrade Junior NE, Pires ML, Thuler LC. Depression and anxiety symptoms in hypothyroid women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 Jul;32:321-6.
54. Anderson B, Lutgendorf S (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12:21-26
55. Wilmoth MC, Spinelli A (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 29(4): 413-421.
56. Krumm S, Lamberti J (1993). Change in sexual behavior following radiation therapy for cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 14:51-63.
57. Seibel MM, Freeman MG, Graves WL. Carcinoma of the cervix and sexual function. *Obstetrics and Gynecology* 1980;55: 484-7.
58. Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing* 1998;21: 438-47.
59. Wilmoth MC, Spinelli A. Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2000;29: 413-21.
60. Butler L, Banfield V, Sveinson T, et al. Conceptualizing sexual health in cancer care / commentaries / authors' response. *Western Journal of Nursing Research* 1998;20: 683-705

61. Hoskins NS, Perez CA, Young RC, et al. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 2. Edition Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.1997.
62. Haagensen CD. Physician's role in the detection and diagnosis of breast disease. In: Haagensen CD, Ed. Diseases of the breast. 3th Ed., London: Saunders Co, 1986:516-576.
63. Osborne MP. Breast development and anatomy. In: Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW, Eds. Breast diseases. 2nd. Philadelphia: Lippincott JB, 1991:1-13.
64. Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics 1993. Cancer J Clin 1993;43:4-26.
65. Seer J. Cancer statistics review 1973-1990. In: Miller B, Gloeckler R, Hankey B, Eds. Breast. Bethesda: NIH publication, 1992.
66. Lynch HT, Mulcahy GM, Eynch P, et al. Genetic Factor in breast cancer. A survey. Pathol Ann. 1976;11:77-101.
67. Musey VC, Collins DC, Musey FI et al. Long-term effect of a first pregnancy on the secretion of prolactin. N Eng J Med 1987;316:229-232.
68. MacMahon B, Trichopoulos D, Brown J et al. Age at menarche, probability of ovulation and breast cancer. Int J Cancer 1982;29:13-20.
69. Brinton LA, Hoover R, Fraumeni JF. Reproductive factors in the aetiology of breast cancer. Br J Cancer 1983; 47:757-62.
70. Miler WR. Oestrogens and breast cancer. Biological considerations. Br Med Bull 1990;47:470-8.
71. Boice JD, Harvey E, Blettner M et al. Cancer in the contralateral breast after radiotherapy for breast cancer. N Engl J Med 1992;326:781-7.
72. Bernstein L, Henderson BE, Hanisch R et al. Physical exercise activity reduces the risk of breast cancer in young women. JNCI 1991;86:1103-7.
73. O'Connell DL, Hulka BS, Chambless LA et al. Cigarette smoking, alcohol consumption and breast cancer risk. JNGI 1987;78:229-34.
74. Hunter DJ, Manson JE, Colditz GA et al. A prospective study of consumption of vitamins C, E, A and breast cancer risk. N Engl J Med 1993;329:234-9.
75. Anon\_M. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996;47:1713-27.
76. Pike M, Bernstein L, Spicer D. Exogenous hormones and breast cancer risk. In: Neiderhuber J, ed. Current therapy in oncology, St. Louis: Decker, 1993.
77. Yalav O. Erken evre meme kanserli hastalarda sentinel lenfnodu biyopsisinin yeri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD uzmanlık tezi,2009.
78. Ünal M. Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1995.
79. Fisher B, Redmont C, Fisher ER, et al. The contribution of recent NSABP clinical trials of primary breast cancer therapy to an understanding of tumor biology an over view of findings. Cancer 1980;46:1009-25.
80. Grubbe EH. X- ray treatment: its origin, birth and early history. St. Paul MN: Bruce Publishing, 1949.
81. Mc Whirter R. The value of simple mastectomy and radiotherapy in the treatment of cancer of the breast. Br J Radiol 1948;21:599-610.



82. Patey DH, Oyson WH. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. *Br J Cancer* 1948;2:7-13.
83. Fisher B, Fisher ER. Transmigration of lymph nodes by tumor cells. *Science* 1966;152:1397-8.
84. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1999; 49: 33-64.
85. Kuşakçıoğlu Ö. Kolorektal Kanser Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003:1- 27.
86. Gönen Ö. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, Kolorektal Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery* 2004;9: 57-65
87. Pedro LP, Efrain BC, Isabel A, Antonio M et al: Prognostic significance of circumferential margin involvement in Rectal Adenocarcinoma Treated With preoperative Chemoradiotherapy and Low Anterior Resection. *Journal of Surgical Oncology* 2005;90: 20-5.
88. Hawk ET, Limburg PJ, Viner JL. Epidemiology and prevention of colorectal cancer. *Surg Clin North Am*, 2002; 82: 905-41.
89. Chao A, et al., Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. *J Natl Cancer Inst*, 2000. 92: 1888- 96.
90. J. Ackerman's Surgical Pathology. In Rosai J. *Gastrointestinal Tract, Large Bowel*. 9th ed, Mosby Company; China, 2004:776- 823.
91. Ekblom A, et al. Ulcerative colitis and colorectal cancer. A population-based study. *N Engl J Med* 1990. 323: 1228-33.
92. Lynch HT, et al. Genetics, natural history, tumor spectrum, and pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer: an updated review. *Gastroenterology* 1993; 104: 1535-49 .
93. Gönen Ömür. Kolon ve ince barsak tümörleri. *Temel Gç Hastalıkları* 1999; 1: 1023- 33.
94. Özbal AN, Karahasanoğlu T. Kolon Kanseri Klinik. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (Editörler). *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği; 2003.s.421- 5.
95. Rex DK, et al., Relative sensitivity of colonoscopy and barium enema for detection of colorectal cancer in clinical practice. *Gastroenterology* 1997; 112: 17- 23.
96. Yee J, et al., Colorectal neoplasia: performance characteristics of CT colonography for detection in 300 patients. *Radiology* 2001; 219: 685-92.
97. Libutti SK, Saltz LB, Rustgi AK, Tepper JE. Cancer of the colon. *Cancer Principles and Practice of Oncology* (Ed. Vincent T. De Vita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg)'de, 7th edition, Section 8, Lippicott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2005, s.1061- 1125.
98. Kuzu MA, Demirkıran A. Kolon Kanseri Küratif Cerrahi Tedavisi. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (Editörler). *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği; 2003.s.427- 50.
99. Terzi C, Ünek T. Kolon Kanseri Cerrahi Tedavi. *Kolorektal Özel Sayısı*. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery* 2004; 9: 71-8.
100. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Colon Cancer V.2. 2007. Rectal Cancer V.1. 2007.*

101. Uçar T, Bekar M. Türkiye’de ve Dünya’da jinekolojik kanserler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;3:55-60.
102. Beard CM, Hartmann LC, Atkinson EJ, O’Brien PC, Malkasian GD, Keeney GL, Melton LJ. The epidemiology of ovarian cancer: a population-based study in Olmsted county, Minnesota, 1935-1991. Ann Epidemiol 2000;10:14-23.
103. Colombo N, Van Gorp T, Parma G, Amant F, Gatta G, Sessa C, Vergote I. Ovarian cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2006;60:159-179.
104. Poveda A. Management of recurrent ovarian cancer with systemic therapy. EJC Supplements 2007;5(1):29-36.
105. Riza E, Kyriakogianni-Psaropoulou P, Koumantakis E, Symiakaki H, Garas I, Linos A. Cervical cancer screening in Greece. European Journal of Cancer 2000;36:2227-32.
106. Given B. et al. The impact of age, treatment and symptom on the physical and mental health of cancer patients. Cancer Supplement 2004;74: 2128-38.
107. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. International Journal of Hematology and Oncology 2008;3:141-149.
108. Kav S, Yuce S, Bakar M, Algier L, Ozyılkan O. Palliative care needs of the patients with advanced cancer in Turkey. 20th MASCC International Symposium Supportive Care in Cancer Online Symposium Book. P240; June 28-30, St. Gallen, Switzerland, 2007.
109. Sezik M, Özkaya O, Karaisağlı K. Endometrioma üzerinde gelişmiş berrak hücreli over kanseri. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2008;1:31-63.
110. Çırpan T, Terek C, Gök M, Ulukuş Ç, Zekioglu O, et al. Endometriomalar ile overin endometrioid ve berrak hücreli karsinomlarında fas ekspresyonu. TJOD Dergisi 2007; 4: 108- 13.
111. Türkyılmaz E, Onanı A, Taşkiran Ç ve ark. Nüks over kanseri tedavisinde sekonder sitoredüksiyonun rolü Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2008;3:59-64.
112. Brislow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, Trimble EL, Montz FJ. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a metaanalysis. J Clin Oncol 2002; 20:1248-59.
113. Sayki Arslan M, Delibaşı T, Şahin M. Tiroid Kanserleri. İç Hastalıkları Dergisi 2011;18:41-48.
114. Hundahl SA, Cady B, Cunningham MP, Mazzaferri EL, Mc Kee RF, Rosai J, et al. Initial results from a prospective cohort study of 5583 cases of thyroid carcinoma treated in United States during 1996 (An American College of Surgeons Commission on Cancer Patient Care Evaluation Study). Cancer 2000; 89: 202-17.
115. Feldt-Rasmussen U, Rasmussen AK. Autoimmunity in differentiated thyroid cancer: significance and related clinical problems. Hormones (Athens) 2010; 9: 109-17.
116. Mazzaferri EL, Robbins RJ, Braverman LE, Pacini F, Haugen B, Wartofsky L, et al. Authors response: a consensus report of the role of serum thyroglobulin as a monitoring method for low risk patients with papillary thyroid carcinoma. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88: 4508-9.
117. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2009; 19: 1167-203.
118. Yarpuz Yolaç A, Demirci Saadet E, Erdi Şanlı E, Özgüven Devrimci H. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19: 29-37.

119. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Z ve ark. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:89-98.
120. Tokgoz G, Yalu. Ozdemir S, Yazıcı A, Uygun A, Aker T. Kanseri hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:59-66.
121. Karabulutlu EY, Bilici M, Çayır K, Tekin SB, Kantarcı R, Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer *European Journal of General Medicine* 2010;7(3):296-302.
122. Pasquini M, Biondi M., Depression in cancer patients: a critical review, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3:2.
123. Güleç G, Büyükkımacı A. Kanseri ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3:343-67.
124. Kutlu R, Çivil S, Börüban M C, Demir A. Kanseri Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2011;27:149-53.
125. Granai CO, Amado PM, Goldstein AS. Female sexuality and cancer. *Clinical Advanced Oncology Nursing* 1991;3: 1-9.
126. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 110:9-17.
127. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:112-26.
128. Al-Ghazal SK, Followfield L, Blamey RW. Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surgical Oncology* 1999;25: 571-3.
129. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000;36: 1938-43.
130. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1422-9.
131. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62 : 58-61.
132. Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression. prospective evidence from human population laboratories studies. *Am J Epidemiol* 1987;125:206-20.
133. Pillay AL, Sargent CA. Relation ship of age and education with anxiety, depression and hopelessness in a south africa community sample. *Prec Mot Skills* 1999;89:881-4.
134. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, et al. The prevalance of major depression or dysthymia among aged medicare fee-for-servicebeneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:557-65.
135. Arslan S. Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2000.
136. Seibel M, Freeman MG, Graves WL . Sexual function after surgical and radiation therapy for cervical carcinoma. *South Med J*, 1982; 75: 1195-97.
137. Erbil P. Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfomalı Hastaların Tedavi Öncesi-Sonrası Hayat Kaliteleri ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açıdan İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, 1992.

138. Ganz P A. Quality of Life and The Patient With Cancer. Cancer Supplement (Electronic Journal), 1994;74(4):1445. Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>)
139. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psycho-Oncology 2004; 13:295–308.
140. Fotopoulos S, Cook, M.R. Psychological aspects of breast cancer: Age, Paper Presented at the meeting of the American Psychological Association, Montreal, Quebec, September 1980.
141. Bergstrom A, Pisani P, Tenet V, et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. Int J Cancer 2001;91:42.
142. Bergstrom A, Pisani P, Tenet V, et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. Int J Cancer 2001;91:421.
143. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. N Engl J Med 2003;348:1625.
144. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition. BSadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2000;1787-97.
145. Deveci A, Demet MM, Özmen B ve ark. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:84-91.
146. Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L ve ark. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in he first 1743 subjects examined. Int J Obes Relat Metab Disord 1993; 17:503-12.
147. Ricca V, Mannucci E, Di Bernardo M, Mezzani B, Carrara S, Rizello SM ve ark. Psychopathological and clinical features among the ambulatory population of obese patients. Minerva Psichiatr 1996; 37:53-8.
148. Goldstein LT, Goldsmith SJ, Anger K, Leon AC. Psychiatric symptoms in clients presenting for commercial weight reduction treatment. Int J Eat Disord 1996; 20:191-197.
149. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. Am J Psychiatry 1992; 149:227-34.
150. Kodama K, Noda S. Binge-eating in simple obesity. Nippon Rinsho 2001; 59:586-90.
151. Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2001.
152. Goodwin J S, Hunt W C, Key C R, Samet J M. The Effect of Marital Status on Stage, Treatment and Survival of Cancer Patients. JAMA (Electronic Journal), 1987;258:3125-30. Erişim:( <http://www.jama.ama-assn.org> )
153. ivi S, Kutlu R. elik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler Gülhane Tıp Derg 2011; 53: 48-253.
154. Özkan S, Alalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5: 60-64.

## ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Konya'da doğdu. İlk-orta ve lise öğrenimini Konya'da, tıp eğitimini 1996-2002 yılları arasında Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladıktan sonra, 2003 yılında Eskil Devlet Hastanesinde göreve başladı ve 6 ay çalıştıktan sonra Konya 4 no'lu Hasanköy sağlık ocağında göreve devam etti. 2008-2009 yılları arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD da asistanlık yaptı. 2009 yılı başında istifa edip tekrar sınava girerek temmuz 2009 tarihinde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD'da asistanlığa başladı ve bu göreve halen devam etmektedir.

## EKLER

### EK. 1: Bilgi Formu

Ad- Soyad:  
Yaş:  
TC No:  
Tel No:  
Boy:  
Kilo:  
BMI:  
Medeni hali:  
Çocuk sayısı:  
Çocuk yaşları:  
Meslek:  
Eğitim düzeyi:  
Ek hastalık öyküsü:  
Hastalık tanısı:  
Tanı yılı:  
Tedavi:  
Aile öyküsü:

## EK. 2: HAD Ölçeği

### HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendiriyor

Hayır, hiç de öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

**5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

**6) Kendimi neşeli hissediyorum.**

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

**7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

## EK. 2: HAD Ölçeği Devamı

### **9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

### **10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebilirim

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

### **11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

### **12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

### **13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

### **14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek



**Adı Soyadı:**

**ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ**

**MADDE 1**

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 2**

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 3**

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 4**

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 5**

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**MADDE 6**

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ