



T.C.

**MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**MEME KANSERİ HASTALARINDA DEPRESYON,
ANKSİYETE İLE UTANÇ, SUÇLULUK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Esra GİRİŞKEN VELİOĞLU
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU**

HATAY – 2015

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**MEME KANSERİ HASTALARINDA DEPRESYON,
ANKSİYETE İLE UTANÇ, SUÇLULUK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esra GİRİŞKEN VELİOĞLU
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MEME KANSERİ HASTALARINDA DEPRESYON,
ANKSİYETE İLE UTANÇ, SUÇLULUK İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Esra GİRİŞKEN VELİOĞLU

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(imza).....

Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(imza).....

Doç. Dr. Mustafa ARI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(imza).....

Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ

1. Doç. Dr. Mustafa ARI
2. Doç. Dr. Osman VIRIT
3. Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER	III
II. TABLO LİSTESİ	V
III. ŞEKİL LİSTESİ	VII
IV. KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ	IX
V. İTHAF	X
VI. TEŞEKKÜR	XI
VII. ÖZET	XII
VIII. ABSTRACT	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	3
2.2. Meme Kanserinin Risk Faktörleri	4
2.3. Meme Kanserinin Klinik Belirtileri	5
2.4. Meme Kanserinde Evreleme	5
2.5. Meme Kanserinde Tanı ve Tarama Yöntemleri	7
2.6. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler	8
2.7. Meme Kanseri ve Psikososyal Sorunlar	9
2.8. Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler	10
2.9. Depresyon	13
2.9.1. Meme Kanseri ve Depresyon	16
2.10. Anksiyete	18
2.10.1. Meme Kanseri ve Anksiyete	19
2.11. Utanç-Suçluluk Duygusu	20
2.11.1. Meme Kanseri ve Utanç-Suçluluk	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Hasta Seçimi	23
3.1.1. Araştırmanın Yeri	23
3.1.2. Araştırmanın Zamanı	23
3.1.3. Araştırmanın Evreni	23
3.2. Veri Toplama Aracı	24
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	24
3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depresyon Envanteri)	24
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depresyon Envanteri)	25
3.2.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KIDÖ)	25
3.2.5. Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ)	25
3.3. Yöntem	26
3.4. İstatistiksel Analiz	26
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
7. KAYNAKLAR	82

8. EKLER.....	103
9. ÖZGEÇMİŞ	116

II. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: AJCC (Amerikan Ortak Kanser Komitesi) Evreleme Sistemi -2010	6
Tablo 2: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	28
Tablo 3: Hastalıklar Ve Alışkanlıklarına İlişkin Dağılım	32
Tablo 4: Hasta Olgulara İlişkin Dağılımlar	35
Tablo 5: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Dağılımlar	36
Tablo 6: Beck Depresyon Ve Anksiyete Ölçeğine İlişkin Dağılımlar	37
Tablo 7: Suçluluk-Utanç Ölçeğine İlişkin Puanların Dağılımı	37
Tablo 8: Suçluluk Utanç Nedenleri Dağılımı	38
Tablo 9: Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi	39
Tablo 10: Gruplara Göre Psikiyatrik Hastalık Ve Alışkanlıklara İlişkin Değerlendirmeler	41
Tablo 11: Gruplara Göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	43
Tablo 12: Gruplara Göre Beck Depresyon Ve Anksiyete Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	45
Tablo 13: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Ölçeğine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi	46
Tablo 14: Suçluluk-Utanç Ölçeği, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği Ve Beck Depresyon-Anksiyete Ölçeği İlişkisi	48
Tablo 15: Medeni Duruma Göre Değerlendirmeler	52
Tablo 16: Eğitim Düzeylerine Göre Değerlendirmeler	53
Tablo 17: Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre Değerlendirmeler	54
Tablo 18: Ailede Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre Değerlendirmeler	55
Tablo 19: Ek Hastalık Varlığına Göre Değerlendirmeler	56
Tablo 20: Sigara Kullanımına Göre Değerlendirmeler	57
Tablo 21: Alkol Kullanımına Göre Değerlendirmeler	58
Tablo 22: Evrelere Göre Değerlendirmeler	59
Tablo 23: Meme CA Tanı Süresi ile Ölçek Puanları İlişkisi	61
Tablo 24: SUTÖ Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	62
Tablo 25: Hasta olgularda Beck Depresyon Düzeylerine Göre Değerlendirmeler	64

III. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Medeni Durum Dağılımı	30
Şekil 2: Çocuk Sayısı Dağılımı	31
Şekil 3: Eğitim Durumlarının Dağılımı	32
Şekil 4: Meslek Dağılımı	32
Şekil 5: Sosyal Güvencelerine İlişkin Dağılım	33
Şekil 6: Tedavi Öyküsüne İlişkin Dağılımlar	34
Şekil 7: Aile/Yakınlarında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü İle Kendisinin Psikiyatrik Hastalık Öyküsü İlişkisi	35
Şekil 8: Ek Hastalık Dağılımı	36
Şekil 9: Sigara Ve Alkol Kullanımına İlişkin Dağılım	36
Şekil 10: Alışkanlıklara İlişkin Dağılımlar	37
Şekil 11: Meme Kanseri Olguların Evrelerine İlişkin Dağılımlar	38
Şekil 12: Gruplara Göre Mesleklerin Dağılımı	42
Şekil 13: Gruplara Göre Eğitim Düzeyleri Dağılımı	43
Şekil 14: Gruplara Göre Psikiyatrik Tedavi Görme Oranları Dağılımı	44
Şekil 15: Gruplara Göre Ailede Psikiyatrik Tedavi Oranları Dağılımı	45
Şekil 16: Gruplara Göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçek Puanları Dağılımı	46
Şekil 17: Gruplara Göre Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeğine İlişkin Dağılımlar	47
Şekil 18: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımlar	48
Şekil 19: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Toplam Puanlarına İlişkin Dağılımlar	49
Şekil 20: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Ölçeği Toplam Puanı İle Beck Depresyon - Anksiyete ve Kısa İşlevsellik Puanları İlişkisi	52
Şekil 21: Gruplara Göre Beck Depresyon-Anksiyete ve Kısa İşlevsellik Puanları İlişkisi	53

IV. KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

- AJCC: Amerikan Ortak Kanser Komitesi
- NSAİ: Non-Steroid Antiinflamatuvar
- MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
- USG: Ultrasonografi
- HER2: Human epidermal growth factor receptor
- ER, PR: Estrojen ve progesteron reseptörleri
- DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği
- PTSD: Posttravmatik Stres Bozukluğu
- MDB: Major Depresif Bozukluk
- BDE: Beck Depresyon Ölçeği/Envanteri
- BAE: Beck Anksiyete Ölçeği/Envanteri
- KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
- SUTÖ: Suçluluk-Utanç Ölçeği

V. İTHAF

*BAŞTA AİLEM OLMAK ÜZERE BUGÜNLERE ULAŞMAMA EMEK VEREN
HERKESE...*

VI. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde mesleki disiplin ve bilgi donanımımı kazanmamı sağlayan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Mustafa Arı, Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hanifi Kokaçya ve Yrd. Doç. Dr. Sertan Çöpoğlu'na;

Asistanlığım süresince benden yardımlarını esirgemeyen ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım Dr. Cem Sesliokuyucu, Dr. Musa Şahpolat, Dr. Faruk Kurhan, Dr. Canan Demircan ve Dr. Süleyman Atar'a;

Hayatım boyunca sevgi ve desteklerini hissettiğim, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme, babama ve biricik ablam Ebru Karakuzulu'ya;

Hayattaki en büyük şansım, sabırlı eşim Onur Velioğlu'na;

Sonsuz teşekkürlerimi sevgilerimi sunarım.

VII. ÖZET

MEME KANSERİ HASTALARINDA DEPRESYON, ANKSİYETE İLE UTANÇ, SUÇLULUK İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri çeşitli psikososyal sorunu beraberinde getirmektedir. Meme kanserinde psikolojik değişkenler birçok çalışmada incelenmiştir. Çalışmamızda ise hastaların depresyon, anksiyete, işlevsellik ve suçluluk-utanç düzeylerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Polikliniklerine başvuran ve meme kanseri tanısı almış olan 103 hasta alındı. Meme kanseri olmayan 103 kadın kontrol grubunu oluşturdu. Bu kişilere Beck Depresyon Ölçeği (BDE), Beck Anksiyete Ölçeği (BAE), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ) uygulandı.

BULGULAR: Çalışmamızda meme kanseri grubunda sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3,5 kat daha fazla depresyon olduğu, meme kanseri grubunda sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3 kat daha fazla anksiyete olduğu saptandı. Hastaların işlevselliğinde bozulma meydana geldiği ve kontrol grubundan yaklaşık 3 kat daha fazla işlevsellikte bozulma olduğu saptandı. Evre 4 hastalarda evre 2 ve 3'e oranla daha kötü işlevsellik, yüksek depresyon, anksiyete ve suçluluk utanç puanları görüldü. Hastalarda tanı süresi arttıkça, depresyon puanlarında azalma (%20,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki) saptandı.

SONUÇ: Meme kanserli hastaların anksiyete, depresyon, işlevsellik düzeyi ve utanç, suçluluk duyguları gibi psikiyatrik belirtilerin şiddeti zaman içerisinde değişiklik gösterse de tanı anından itibaren ve tedavi sürecinde saptanan oranlar, hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Meme kanseri, Anksiyete, Depresyon, Suçluluk, Utanç

VIII. ABSTRACT

IN THE BREAST CANCER PATIENTS EVALUATION OF DEPRESSION, ANXIETY WITH SHAME-GUILT RELATIONS

AIM: Breast cancer is the most common cancer in women brings a variety of psychosocial problems. Psychological variables in breast cancer have been examined in many studies. In our study, we purpose to investigate the levels of depression, anxiety, guilt – shame, functionality.

MATERIALS AND METODS: 103 patients who have admitted to Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi the Medical Oncology Clinic and have received diagnosis of breast cancer, were taken to study. 103 women without breast cancer were the control group. Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Functioning Assessment Short Test, Guilt and Shame Scale were applied to all participants.

RESULTS: In our study, the breast cancer group is about 3.5 times more prone to depression, approximately 3 times more anxiety from the healthy control group. The deterioration in the functioning of the patient group is about three times more functionality. Stage 4 patients compared stage 2 and 3 patients; worse functionality, higher depression, anxiety, guilt and shame scores were observed. Increase in diagnosis time, reduces depression scores (Statistically significant correlation in the level of 20.9%).

CONCLUSIONS: Although the severity of breast cancer patients' psychiatric symptoms -such as anxiety, depression, level of functioning and shame, guilt emotions- change over time, the determined rates from diagnosis to treatment process indicate that the patients need psychiatric support.

KEY WORDS: Breast cancer, Anxiety, Depression, Guilt, Shame

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Erken tanı ve gelişen tedavi olanaklarına rağmen, kanser günümüzde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Tüm ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Bu yüzden kanser çoğu kişide ilk olarak ölümü çağrıştırmaktadır. Tanı aşamasından itibaren kişide korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik oluşabilmekte ve beraberinde sosyal izolasyon, rol değişiklikleri, işten ayrılma ve ekonomik problemler gibi birçok psikososyal sorunu beraberinde getirmektedir (2,3).

Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup, tüm kanser olgularının yaklaşık %29'unu ve kansere bağlı ölümlerin %14'ünü oluşturmaktadır (4). Ülkemizde de meme kanseri, kadınlar arasındaki tüm kanser türleri içinde ilk sırada yer almaktadır ve 2009 verilerinde bu oran %23,4 olarak bildirilmektedir (5).

Son yıllarda gelişen erken tanı yöntemleriyle tanı konan hasta sayısı artmaktadır. Bununla birlikte hastalığın erken evrelerde yakalanması, uygulanan etkin tedavi metodlarıyla hastalığın yaşam süresi uzamaktadır. Tanı konulduğu zaman lokalize evrede olan vakaların 5 yıllık sağkalım hızı ülkemizde %90'dır (5). Bu oranla meme kanseri en iyi yaşam süresine sahip kanser türüdür (6).

Meme kanseri teşhisi kadının hem yaşamına hem de kadınlık kimliğine bir tehdit oluşturmaktadır. Kadının memesi hakkındaki deneyimleri ve tavrı ne olursa olsun, yaşamsal süreç içerisinde kişiliklerinin önemli bir kısmını oluşturur. Kadın için meme süt verme fonksiyonun yanısıra annelik, kadınlık, çekicilik ve cinsellik sembolize etmektedir (7). Meme kanseri tanısı alan kadınların tepkileri genel olarak iki alanda yoğunlaşmaktadır; ilk tepkiler belirsizlik, acı çekme, kanserin yayılma ihtimali ve ölümle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybıyla ilişkili olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle ilişkili sorunlardır (8,9).

Meme kanserinin tedavisinde birincil öneme sahip olan cerrahi girişim hastada genellikle kayıp yaşantısı olarak algılanmaktadır. Meme kaybı; kadın ve çevresi için

kadınlığın, estetiğın, cinselliğın, doğurganlığın, çekiciliğın kaybı olarak görölmekte ve çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (10).

Meme kanseri hastaları aldıkları sistemik tedaviler ve yan etkiler nedeniyle de birçok sorun yaşamaktadır. Bu yan etkiler; tat değışiklikleri, iştah ve kilo kaybı, bulantı, kusma, nefes darlığı, ağrı, halsizlik, saç dökülmesi, uyku düzensizlikleri gibi fiziksel belirtilerden; depresyon, anksiyete gibi ruhsal belirtilerden oluşmaktadır (11).

Kanser tanısı almış olmanın şaşkınlığı, sürecin belirsizliği ve korkular kişinin aile içi ve diğer bireylerle olan iletişimini değıştirmektedir. Hastalar aile ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarında işlev kaybı yaşamaktadırlar (12-14). Yapılan çalışmalarda meme kanserli kadınlarda kaygıya neden olan diğer bir önemli sebep hastalığın tekrarlamasına ilişkin belirsizlik olduğu görölmektedir (15).

Kanserin çağrıştırdığı ölüm düşüncesi, meme kanserinin sıklığı, sağkalım süresindeki artış, tedavi protokolleri nedeniyle yaşanan psikiyatrik sorunlar ve memenin kadında anneliğı, cinselliğı, estetiğı temsil ettiğine dair algısı nedeniyle meme kanseri bu güne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur (16).

Meme kanserinde psikolojik değışkenler birçok çalışmada incelenmiş fakat meme kanserinde suçluluk-utanç duygusu ile ilgili bir araştırma yapılmamıştır. Biz bu çalışmada bu hastaların depresyon, anksiyete, işlevsellik ve suçluluk-utanç düzeylerini incelemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanser tipi olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (17,18). Sıklığı bölgelere göre farklılıklar göstermekle beraber dünyada her yıl yaklaşık bir milyon yeni meme kanseri tanısı konulmaktadır (19). İstisnası Japonya olmak üzere daha çok gelişmiş ülkelerin hastalığı olarak bilinmektedir. Doğu Afrikada insidans 19,3/100.000, Batı Avrupada 89,9/100.000, Japonya'da 12-15/100.000, Amerika Birleşik Devletleri'nde meme kanseri insidansı 127/100.000 olarak saptanmıştır. Ülkemizde de meme kanseri insidansları bölgelere göre farklılık göstermektedir. Doğu bölgelerinde 20/100.000, batı bölgelerinde ise 40-50/100.000 oranında bir sıklık çalışmalarda gösterilmiştir (20). Bu durum erken menarş, geç menopoz, 30 yaş üstündeki ilk doğum, daha az emzirme ve beslenme alışkanlıkları, oral kontraseptif ve hormonreplasman tedavisi gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (21).

Evre ayırt etmeksizin incelendiğinde gelişmiş ülkelerde % 73, gelişmekte olan ülkelerde % 53 oranlarında 5 yıllık sağkalım oranları bildirilmektedir. Sağkalım süresindeki bu farklılık gelişmiş ülkelerdeki erken tanı ve daha iyi tedavi imkanlarıyla açıklanmaktadır (22). Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen, 20-59 yaş aralığındaki kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık sebebidir (23). Tüm yaş grupları dikkate alındığında ise kansere bağlı ölümlerin %14'ünden sorumlu tutularak akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (4).

Meme kanseri insidansı 35-39 yaşlarında artış göstererek 75-79 yaşları arasında pik yapmaktadır (24). Meme kanseri 20 yaş altında nadir görülürken, menapoza doğru sıklığı artmakta, postmenopozal dönemde ise daha yavaş bir şekilde artmaya devam etmektedir (25,26).

2.2. Meme Kanserinin Risk Faktörleri

Meme kanserinin kesin nedeni bilinmemekle beraber, hastalıkla ilgili risk faktörleri çalışmalara sıkça konu olmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında meme kanserinin risk faktörleri genetik, edinsel ve diğer faktörler olarak üç ana başlık altında toplanabilir.

Lynch ve arkadaşları meme kanserinde genetik yatkınlığı sporadik, ailesel geçişli ve herediter meme kanseri olmak üzere 3 şekilde tanımlamaktadır. Birinci ve/veya ikinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü olmadan tanı almak sporadik meme kanseri; birinci ve/veya ikinci derece akrabasında meme kanseri varlığı ailesel geçişli meme kanseri olarak tanımlanmaktadır. Ailesel geçiş meme kanseri olgularının %5-10'undan sorumludur (27,28). Birinci derece akrabada meme kanser olması, riski 1,8 kat; iki tane birinci derece akrabada meme kanseri olması riski 2,9 kat arttırmaktadır (27). Son olarak herediter meme kanseri ise; otozomal dominant kalıtım gösteren; over, kolon kanseri gibi diğer kanserlerin de aile öyküsünde bulunduğu meme kanseridir. Herediter meme-over kanseri sendromu, LiFraumeni Sendromu, Cowden Sendromu, Muir Sendromu bu grupta yer almaktadır ve BRCA 1/BRCA 2, TP53, PTEN genleri tanımlanmıştır (27-29).

Edinsel risk faktörlerinden östrojen maruziyetinin meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Erken menarj, geç menapoz, ilk gebelik yaşının geç olması veya nulliparite ve hormon replasman tedavisi östrojen ile ilişkili olarak meme kanseri riskini arttırmaktadır (30-32). Sedanter yaşam, yağlı gıdalarla beslenme alışkanlığı, obezite ve sık alkol tüketimi de bu gruptaki risk faktörlerinden olup; yağdan zengin besin miktarları ve meme kanseri mortalitesinin ilişkisi çalışmalarda gösterilmiştir (33,34). Özellikle puberte esnasında radyasyona maruz kalmak ya da yaşamın ilk 30 yılında radyoterapi almak da meme kanseri için edinsel risk faktörlerindedir (35).

Bunlar dışında meme kanseri riskini arttıran bir diğer neden dens meme yapısına sahip olmaktır. Yoğun dens meme yapılı kadınlarda riskin 4-5 kat arttığı bildirilmiştir (36,37). Bazı benign meme hastalıklarının da meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir, özellikle proliferatif lezyonlarda atipi oranı fazla ise risk daha yüksektir (38,39).

Doğum sayısının fazlalığı, laktasyon, egzersiz, omega 3 ve NSAİ ilaçlar (non-streoid antinflamatuar) meme kanseri riskini azaltmaktadır (25, 40-42). Oral kontraseptifler ve sigara ile ilgili veriler ise çelişkidir (43-45). Son olarak psikolojik faktörlerin kanser oluşumunda etkisi kanıtlanamasa da prognozuyla ilişkili bulunmuştur (46).

2.3. Meme Kanserinin Klinik Belirtileri

Meme kanseri olan kadınlarda ilk bulgu çoğunlukla rastlantısal olarak bulunan mamografi anormalliği ya da ele gelen kitledir. Kitle genelde ağrısız, sert ve hareketsizdir ve %45 oranıyla en sık olarak üst dış kadranda görülür (47,48). Meme kanseri kitle dışında meme başı akıntısı, meme üzerindeki ciltte değişiklik ya da meme ağrısı şikayetleriyle kendini gösterebilir (49). Meme başı akıntısı meme kanserinde %10 oranında ilk belirti olarak prezentasyon gösterir ve çoğunlukla tek taraflıdır (50). Akıntının seröz ve/veya kanlı oluşu malignite düşündürürken, sütsü meme akıntısı neredeyse her zaman benign bir nedeni gösterir. Meme kanseri hastalarının az bir kısmında muayene ve görüntüleme yöntemlerinde memede kitle bulgusu olmamasına rağmen hastalık aksiller kitle ile belirebilir (51,52). Enflamatuar kanser tipinde ise kanser ısı artışı, hassasiyet, ağrı, kızarıklık gibi enflamasyon bulguları ile ortaya çıkar (50).

2.4. Meme Kanserinde Evreleme

Meme kanserinde evrelemesinde en sık TNM sınıflaması kullanılmaktadır. 1959 yılından bu yana güncel bilgilerle değişerek günümüze gelmiştir. Bu sınıflamada 3 parametre esas alınmaktadır. T primer tümörün en geniş çapını, N bölgesel lenf nodututulumunu, M ise uzak metastazı ifade etmektedir. AJCC (Amerikan Ortak Kanser Komitesi) tarafından güncellenen TNM sınıflaması tablo 1'de yer almaktadır (53).

Tablo 1: AJCC (Amerikan Ortak Kanser Komitesi) Evreleme Sistemi-2010 (53)

EVRE	T(Primer Tümör)	N(Lenf nodu)	M(Uzak metastaz)
Evre 0	DCIS, LCIS, Pagethast. (Tis)	LN metastazı yok (N0)	Uzak metastaz yok
Evre IA	İnvazivkarsinom ≤ 2 cm (T1)	LN metastazı yok (N0)	
Evre IB	Primer tümör kanıtı yok (T0)	LN'damikrometastaz (Nmi)	
	İnvazivkarsinom ≤ 2 cm (T1)	LN'damikrometastaz (Nmi)	
Evre IIA	Primer tümör kanıtı yok (T0)	1-3 pozitif LN (N1)	
	İnvazivkarsinom ≤ 2 cm (T1)	1-3 pozitif LN (N1)	
	İnvazivkarsinom 2-5 cm (T2)	LN metastazı yok (N0)	
Evre IIB	İnvazivkarsinom 2-5 cm (T2)	1-3 pozitif LN (N1)	
	İnvazivkarsinom > 5 cm (T3)	LN metastazı yok (N0)	
Evre IIIA	Primer tümör kanıtı yok (T0)	4 -10 pozitif LN (N2)	
	İnvazivkarsinom < 2 cm (T1)	4 -10 pozitif LN (N2)	
	İnvazivkarsinom 2-5 cm (T2)	4 -10 pozitif LN (N2)	
	İnvazivkarsinom > 5 cm (T3)	1-3 pozitif LN (N1)	
	İnvazivkarsinom > 5 cm (T3)	4 -10 pozitif LN (N2)	
Evre IIIB	Deri veya göğüs duvarına invaze veya inflamatuarkarsinom (T4)	LN metastazı yok (N0)	
		1-3 pozitif LN (N1)	
		4 -10 pozitif LN (N2)	
Evre IIIC	Herhangi bir T10 $>$ pozitif LN (N3)		Uzak metastaz
Evre IV	Herhangi bir THerhangi bir N		

2.5. Meme Kanserinde Tanı ve Tarama Yöntemleri

Meme tümörlerinde teşhisin ilk aşamasını anamnez ve klinik muayene oluşturmaktadır (54). İnspeksiyon, meme ve bölgesel lenf nodu palpasyonunu içeren klinik muayene, meme kanserlerinin % 14-21'ini tespit etmektedir. Meme kanserinin teşhisinde radyolojinin önemi büyüktür. Meme ultrasonografisi (USG), doppler ultrasonografi, konvansiyonel ve dijital mamografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografi, mamosintigrafi, pozitron emisyon tomografi günümüzde kullanılan non-invaziv radyolojik tanı yöntemleridir (51).

Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınlarda MRG; mamografi ve USG kıyasla duyarlılık ve seçiciliği en yüksek yöntemdir. Yapılan çalışmalarda yüksek riskli hasta grubunda MRG'nin duyarlılığı %77-100, mamografinin duyarlılığı % 13-40, USG'nin duyarlılığı %13-33 arasında değişmektedir (55-57).

Tanı aşamasında kullanılan en kesin yöntem ise şüpheli lezyondan biyopsi alınarak patolojik olarak değerlendirilmesidir. Fizik muayenede ve/veya görüntüleme yöntemleriyle saptanan tüm şüpheli lezyonlara biyopsi yapılmalıdır (58).

Meme kanserinde erken tanı için kullanılan tarama yöntemleri hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkilemektedir. Amerikan Kanser Topluluğu tarama amacıyla 20-40 yaş arası kadınlara 3 yılda bir, 40 yaş üzeri kadınlara yıllık klinik meme muayenesi önermektedir (59). Genetik geçiş için risk faktörü bulunmayan asemptomatik kadınlara 40 yaşından itibaren yıllık mamografi taraması başlanmaktadır. Meme ve over kanseri aile hikayesi gibi artmış meme kanseri riski olan kadınlarda taramanın daha erken, daha sık yapılmalıdır. Bu grup hastada mamografiye ek olarak ya da mamografi yerine manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi gibi diğer radyolojik yöntemlerde tanıda yer almaktadır (60). Tek başına konvansiyonel mamografi sensitivitesi %36, tek başına manyetik rezonans görüntülemenin sensitivitesi %77 iken; MRG, USG ve mamografi beraber yapıldığında bu oran %96'e çıkmaktadır (61).

2.6. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler

Hastaya ait prognostik faktörler arasında yaş, ırk ve menapoz durumu sayılabilir. 35 yaş altı ve 50 yaş üstü hastalarda prognoz arada kalan yaş grubundan daha kötüdür (62). Beyaz ırkta meme kanseri sıklığı daha fazla iken, siyah ırkta prognoz daha kötü seyretmektedir (63).

Aksillada metastatik lenf nodu varlığı günümüzde meme kanserinin en güçlü prognostik faktör olup; pozitif olması durumunda 10 yıllık sağkalım oranları yaklaşık %75'den %30 civarına düşmektedir (64,65). Lenf nodu tutulumu olmayan hastalarda ise en güçlü faktör tümörün boyutudur. Tümör büyüdükçe sağkalım süresinin azaldığı bildirilmiştir (62).

Tümör tiplerinden taşlı yüzük ve karsinosarkom hücreli karsinom kötü prognoz gösterir. Tübüler, papiller, medüller alt tiplerinin uzun dönem rekürrens oranları % 10'un altındadır ve iyi prognoz gösterirler (66).

Tümörün histolojik derecesi (grade); tubül/gland formasyonu, tümörün çekirdek özellikleri ve mitoz hızı ile belirlenmektedir. Grade 3 bu grupta en kötü prognoza sahip olan derecedir ve az differansiyedir (61). Differansiyasyonun az olması; lenf nodu tutulumu ve tümör çapından bağımsız olarak, uzak metastaz ve kısa sağkalım süresi ile ilişkilidir (67).

Estrojen ve progesteron reseptörleri pozitif tümörlerde prognoz, reseptörleri negatif olanlara oranla daha iyidir. Bunu sebebi reseptör pozitif tümörlerin hormon tedavisi verdiği iyi yanıtıdır. ER ve PR'nin birlikte negatif olduğu tümörlerde hormon tedavisine yanıt %10'dan daha azken; birlikte pozitif olduğu tümörlerde ise hormon tedavisine yanıt %75-80 oranlarına çıkmaktadır (68). Bu yüzden tedavi öncesi immunohistokimyasal yöntemlerle reseptör bakılması standarttır (69).

Evre; tümör boyutunu, lenf nodu tutulumu ve metastazı tek sınıflandırmada değerlendiren çok güçlü bir prognostik faktördür. Evre I'de 5 yıllık sağkalım %87 iken, evre IV'te (uzak metastaz varlığında) 5 yıllık sağkalım %13'e düşmektedir (53,70).

Human epidermal growth factor receptor (HER2) (c-erb B2) normal meme epitelyal dokusunda eksprese olan ve büyüme faktörleri için koreseptör görevi olan bir transmembran glikoproteinidir. Meme karsinomlarının %30'unda HER2 pozitifliği görülmektedir (66). HER2 pozitifliği agresif meme kanserlerinde daha sık görülmektedir ve sağkalımda azalma ile

ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak HER2 pozitif tümörlerde monoklonal antikor olan Transtuzumab tedavisine iyi yanıt alındığı da unutulmamalıdır (70).

Multisentrisite, bilateralite, stromal ve vaskülerinvazyon varlığı diğer prognostikkriterler arasında sayılmaktadır (71).

2.7. Meme Kanseri ve Psikososyal Sorunlar

Kanser tanısına verilen psikolojik tepkiler bir çeşit yas süreci olarak kabul edilmektedir; bu süreç inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme biçiminde sıralanan 5 aşamayı kapsar (72). Çalışmalarda meme kanseri hastalarının yaklaşık %30'unun bu aşamaları tamamlayamadığı ve meme kanseri ile yaşamaya uyum sağlayamadığı gösterilmiştir (73).

Meme kanserinde genellikle ilk tepkiler acı çekme ve ölümle ilgili iken, daha sonraki tepkiler cerrahi tedavilere ikincil oluşan meme kaybıyla ilgili olmaktadır (8,9). İnsanlık tarihi boyunca anneliği, cinselliği, estetiği temsil eden bir organ olan memenin kaybı çekiciliğin, doğurganlığın, cinselliğin ve bunların toplamında kadınlığın kaybı olarak algılanmaktadır. Mastektomiye bağlı görülen ruhsal problemler özellikle genç kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadının beden imgelerini zedeleyerek, cinsel işlev bozukluklarına, yakın ilişki ve evliliklerde bozulmalara neden olabilmektedir (74).

Meme kanseri olan hastalar aile ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklarında da işlev kaybı yaşamaktadırlar. Kanser tanısı almış olmanın şaşkınlığı, sürecin belirsizliği ve korkular kişinin aile içi ve diğer bireylerle olan iletişimini değiştirmektedir. Bazı hastalar daha yakın ilişkiler geliştirirken, çoğu hasta kişiler arası ilişkilerden kaçınmaya başlamaktadır. Zorlu ve yorucu tedavi süreciyle beraber sosyal ilişkiler için gerekli enerjiyi bulamayan hastalar giderek içe kapanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hasta yakınlarında da anksiyete, çaresizlik, yoğun öfke gibi psikolojik sorunlardan bahsedilmektedir. Bu sorunların nedeni çoğunlukla hasta yakınının artan sorumluluğu, hissettiği yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır. Hasta yakınlarının yaşadığı bir diğer kaygı sebebi ise meme kanserinin genetik yatkınlığı olmaktadır (12-14).

Kanser sürecinde alınan tedavilerin ağır fiziksel yan etkileri olmaktadır. Halsizlik, ağrı, bulantı ve kusma, uyku problemleri en sık karşılaşılan yan etkiler olup, hastanın fiziksel ve ruhsal enerjisini, yaşam kalitesini ve tedavi motivasyonunu düşürmektedir (75,76).

Ayrıca bu süreç mesleki ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Tedavini beraberinde getirdiği ekonomik yükün yanısıra, hasta ve yakınlarının zaman ve enerjilerinin azalması ile işlevselliklerinin düşmesi sonucu ortaya çıkabilen gelir azalması da yaşanmaktadır (77,78). Meme kanseri hastaları iş yaşamına dönmekte güçlük, çalışma aktivitelerinde azalma, damgalanma gibi sorunlar yaşamakta ve mesleki kariyerleri sekteye uğramaktadır (14,75).

Meme kanseri hastalarını olumsuz etkileyen bir diğer aşama da tedavi sonrasında hastalığın tekrar etmesi veya metastaz olabileceği korkusudur. Ancak bu dönemde yaşantılarını gözden geçirerek yeniden dizayn eden ve hastalığa olumlu anlamlar yükleyen hastalar da bulunmaktadır (79).

Hastalığın neden olduğu psikososyal sorunlara bağlı gelişen stres ile hastanın başa çıkabilmesi; hastalığın süresi, belirtileri, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme becerisi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego kuvveti ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek varlığına, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası faktörlere bağlıdır (72,80-82).

2.8. Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler

Kansere karşı gelişen tepkiler kanserin türü ve özelliklerine, hastanın kişisel yapısına ve sahip olduğu psikososyal çevreye göre farklılıklar göstermektedir. Tepkilerin çoğu normal ve uyuma yönelik olmakla beraber tüm davranışsal ve duygusal tepkileri olağan kabul etmek yanlış olacaktır (83). Verilen psikolojik tepkiler incelenirken hastalığın aşamalarını ayrı ele almak gerektiği önerilmiştir (84).

Tanı öncesinde; kanser olup olmadığı ile ilgili tanıyı bekleme sürecinde yaşanan psikolojik sıkıntılar en yüksek düzeye ulaşmaktadır (85). Bu aşamada yükselen kaygı ve depresyon belirtilerinin yanısıra tedirginlik, öfke, acı hissettikleri, korku ve dehşet yaşadıkları görülmektedir (2,86-88).

Tanı aşamasında verilen en yaygın tepki “inanmamadır” ve en sık yadsıma savunma mekanizması görülür. Gerçeğin hemen yadsınması, katlanılması çok güç olan gerçeği olmamış kabul ederek; kaygı, panik, ümitsizlik ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilen bir savunmadır (89,90). Kanser tanısı alan hastaların verdiği tepkileri duygusal ve davranışsal tepkiler birçok araştırmacı tarafından gruplandırılmıştır. Bunların içinde en çok kabul gören Kübler-Ross’un (2010) oluşturduğu sırasıyla yadsıma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evrelerinden oluşan gruplandırma evreleridir. Bu evreler aynı zamanda yas tepkileri olarak adlandırılmaktadırlar. Bu evreler sırasıyla yaşayabileceği gibi, evreler aynı anda görülebilir veya bazı evreler hiç yaşanmayabilir (72).

Yadsıma benlik için tehdit ve tehlike oluşturabilecek, kabullenilemeyecek bir olayın bilinçdışına atılması, yok sayılmasıdır. Hasta iyi hissettiğini, böyle bir hastalığının olmadığını, başvurduğu doktor veya sağlık kurumunun yanlış yapmış olabileceğini, yetersiz olduklarını öne sürebilir. Yadsıma mekanizmasının hastayı yüksek derecede kaygıdan, panikten ve depresyondan koruma, bunlarla baş etmek için kullanılacak enerjiyi tedavi için saklama gibi olumlu ve uyum sağlayıcı yönleri vardır. Bu yüzden gerekli ailevi ve sosyal destek sağlanarak; hastaya anlayış gösterilmeli, zaman tanınmalıdır. Ancak yadsımanın boyutu kişinin gerçeği değerlendirmesini, hastalık ve tedavilerle ilgili doğru kararlar vermesini bozacak düzeye gelirse müdahale gerekmektedir (83,91).

Öfke evresinde hasta bu hastalığın kendinde oluşunu sorgular. İsyan duyguları görülür. Öfke ve kızgınlık duygularını Tanrıya, kendisine, ailesine, arkadaşlarına ve doktorlarına yöneltebilir. Bu evre çevresindekiler için başa çıkılması çok güç bir evredir. Çevresindekiler hastaya empati kuramayarak bu öfkeyi kişisel algılayarak, onların da tepkileri giderek öfkeli hale gelir; bu da hastanın öfkesinin pekişmesine neden olacaktır (72).

Pazarlık evresinde hastalık kısmen kabul görür ve ilk şiddetli tepkiler yatışmıştır. İyileşme, tedaviye uyum ve çaba davranışları oluşur. Genelde Tanrıyla yapılan anlaşmalar söz konusudur. Bu evrede hasta, o güne kadar olan maddi ve manevi yatırımlarının sonuçlarını alabileceği zamanı elde etme arayışındadır. Hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili umut gelişmeleri takip eder, durumu iyi olan hastaları örnek alır (72,92).

Tanı aşamasında görülen depresyon evresi özellikle süreçteki belirsizlik, tekrarlayan kontroller, incelemeler nedeniyle gelişmektedir. Burada anlatılan depresyon nozolojik sınıflandırma sisteminde yer verilen anlamıyla major depresyon değildir, ego düzeyinde

gelişen reaktif bir duygudurumdur. Hasta kayıplarının yasını tutar. Bu evrede kişide enerji kaybı, halsizlik, isteksizlik, ümitsizlik, bıkkınlık belirginleşir (83).

Kabullenme evresinde hasta öfkeli veya üzüntülü değildir. Bu evrede hastalık kabullenilir. Kabullenmeyi bir umutsuzluk durumu şeklinde değerlendirmemek gerekir. Hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele almak uygun olacaktır. Ancak hasta çevresiyle ilişkisini kesme eğilimindeyse ve kendini terk edilmiş olarak hissediyorsa gerekli destek sağlanmalıdır (91).

Tedavi aşamasında; uygulanan tedaviye çeşidine yönelik farklı duygusal, davranışsal tepkiler oluştuğu görülmektedir. Kanser tedavileri; lokal (cerrahi ve ışın tedavisi) ve sistemik tedaviler olarak iki başlıkta incelenebilir.

Cerrahi girişimler ve organın kısmi/tüm kaybı hastalarda özürülük düşüncesine neden olmaktadır. Tepkinin türü ve şiddeti, hastanın beden bölgelerine ilişkin kişinin yüklediği anlama bağlıdır. Meme kanseri ele alınır; memenin kaybı yaşla ilişkilendirilmektedir. Kadınlar meme kaybını kimliklerinin bir parçasını yitirme olarak değerlendirmektedir (93).

Sistemik tedaviler genellikle lokal tedavilerin arkasından uygulanan kemoterapidir. Kemoterapi özellikle çeşitli fiziksel sorunlar yaratan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Yorgunluk bulantı, iştahsızlık, enerji eksikliği, kabızlık, kusma ve baş ağrısı yaşamaktadırlar (94,95). Kemoterapinin yan etkilerinden olan saç dökülmesi ve kilo alımının ise özellikle kadınlarda olumsuz beden imgesi ve cinsel yaşamla ilgili olumsuz sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir (94,96-98). Psikolojik açıdan ele alındığında ise depresyon, ümitsizlik, korkular, kaygı, duygudurum bozuklukları ve sağkalım süresiyle ilgili belirsizlik yaşadıklarını bildirmişlerdir (96,99,100).

Tedavi sonrası aşamada, korku ve belirsizlik devam etmekte; nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plana çıkmaktadır (84). Bu aşamada, hastalar yaşadıkları travmatik hastalık deneyiminin ardından yeniden bütünlük hissi kazanma çabası içine girerler. Kanser tanısı ve tedavisinin ardından, yaşamla ilgili yeni bir anlam arayışına giren ve eski yaşantısını değerlendiren bireyler, kanserin tekrarlama korkusunun yanı sıra mesleki planlar ya da evlilik gibi gelecekle ilgili hayati kararlarda zorluklar yaşamaktadırlar (101).

Metastaz veya kanserin tekrarlanması hastalar için korkutucu ve dehşet vericidir. Yaşanan tanınmış değerlendirmeler, ameliyat, ışın tedavisi ya da kemoterapiyi içeren tedaviden oluşan atlatılmış sürece en baştan başlamak hastalar için sarsıcı olmaktadır. Kaygı ve depresyon belirtilerinde, istenmediği halde tekrarlayan düşünce ve anıların varlığında ve duygu durum bozukluklarında da artış meydana gelmektedir (102).

2.9. Depresyon

Depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama ile karakterize, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (103).

Major Depresyon Bozukluğu, DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. Yaşam boyu prevalansı %16.2 olup özellikle 25–44 yaşları arasında daha sık izlenmektedir (104,105). Kadınlarda, erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir (106). Major depresyon için başlıca risk faktörleri; ailesel genetik yüklülük, depresif kişilik özellikleri, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, işsizlik, bekâr olmak, düşük sosyoekonomik düzey, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklardır (107-110).

DSM 5'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya 1 depresif duygudurum ya da 2 ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı belirtileri katmayınız.

1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum bulunabilir.

2) Hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4) Hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması.

5) Hemen her gün, psikomotorajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örneğin yas, batıklık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemlibir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (111).

Varsa belirtiniz:

Anksiyeteyle birlikte

Mikst özellikli

Melankolik özellikler gösteren

Atipik özellikler gösteren

Psikotik özelliklerle birlikte

Katatoniyile giden

Peripartum başlangıç

Mevsimsel örüntü gösteren

Ağırlık belirleyicisi:

Ağır olmayan

Orta derecede

Ağır

Varsa belirtiniz:

Kısmi remisyon

Tam remisyon (111)

2.9.1.Meme kanseri ve depresyon

Kanser hastalarında psikiyatrik komorbiditenin yaygın olduğu ve araştırmalarda %9-60 gibi çok geniş bir aralıkta değiştiği bildirilmektedir (112). Psikiyatrik komorbiditenin bulunduğu kanser hastalarının yaklaşık %10'unda tanı öncesinde psikiyatrik bozukluklara rastlanırken; %90'ında psikiyatrik bozukluk kanser tanı ve tedavisine ikincil olarak ortaya çıkmaktadır (81). Kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyon olup; en sık görülen alt tipleri sırasıyla majör depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyondur. İzole depresif belirtilerden major depresif bozukluğa kadar değişen geniş bir yelpazede görülür (113).

Kanserde depresyon açısından başlıca risk faktörleri kişinin benlik saygısının düşük olması, psikiyatrik hastalık öyküsü, yetersiz sosyal destek, kötü fiziksel şartlar, alkol bağımlılığı, ileri evre kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden fiziksel hastalıklar ve depresyon yan etkisine sahip kemoterapötiklerin kullanılmasıdır (114,115).

Meme kanseri hastalarında hastalığın evresi, kanser ve tedavi türüne bakılmaksızın %20-%35 oranlarında depresyon ve anksiyete (bunaltı) bulunmaktadır (73). Burgess ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışmasında hastaların tanı aldığı birinci yılda %50, ikinci yılda %25, beşinci yılda ise %15 depresyon ve anksiyete olduğundan söz edilmektedir (116).

Grabsch ve arkadaşlarının 221 meme kanseri hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların %52'sinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğa rastlanmıştır. Bu çalışmada depresyon oranları; %25,6 minor, %7 major depresyon olarak bildirilmiştir (117).

Mehnert ve arkadaşlarının 2008 yılında yayınlanan çalışmasında hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) ile değerlendirilen 1083 meme kanserli hastanın %22,2'sinde orta ve yüksek düzeyde depresyon saptanmıştır (118).

Depresyon varlığında kanser hastalarında intihar düşüncesi ve girişimi daha fazla görülmektedir. Majör depresyon ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini arttırdığı bildirilmiştir (119). Meme kanserli hastalarda intihar riskini arttıran diğer faktörler ise; bekar olmak, önceden var olan psikiyatrik hastalık ya da kişilik bozukluğu sosyoekonomik durumun kötü olması, kontrol altına alınmamış ağrı, kanserin ileri evrede ve kötü prognozlu olmasıdır (81,120). Tokgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki hastaların %11'inde intihar düşüncesine rastlanmakla birlikte bu hastalarda intihar girişimi öyküsüne rastlanmamıştır (121).

Artan yaygınlık oranları, kronikleşme riski, intihar davranışlarına ve ölüme neden olabilmesi, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçları depresyon araştırmalarının önemini arttırmaktadır (122,123). Kanserli hastalardaki depresyonun tedavi edilmesi hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırmakta ve aynı zamanda immün sistem işlevselliklerini düzenleyerek yaşam süreleri uzatmaktadır (124).

Kanser ve psikiyatrik komorbiditenin sıklığına rağmen, hastaların çok azı psikiyatrik tanı alarak tedavi görmektedir (125). Depresyonun yaşlı hastalarda somatik belirtilerle seyretmesi, kanser hastalarında depresif duygudurumun kanser hastalarında doğal kabul edilmesi tanınmatlanmasına neden olmaktadır (126). Ayrıca kanser ve kanser tedavisinin neden olduğu iştahsızlık, halsizlik, uyku bozuklukları, motor retardasyon, apati ve dikkat-konsantrasyon bozukluğu gibi belirtiler nedeniyle majör depresyon bozukluğu tanısı koymak zorlaşmaktadır. Klinisyen bu grup hastada depresif belirtileri tararken özellikle disfori, anhedoni, çaresizlik, değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk ve intihar düşüncelerini ayrıntılı değerlendirmelidir (127).

Çelik ve arkadaşları çalışmalarında takipteki meme kanserli hastaların yaşadığı duygusal durumların, uyku güçlüklerinin ve yorgunluğun hastaların depresyon ve anksiyete

düzeylerini arttırdığını bildirmektedir (128). Yorgunluk yetiyetimini arttırması yönüyle büyük öneme sahip olmasına rağmen hekimler tarafından sıkça gözden kaçmaktadır (129). Meme kanseri hastaları %35-56 oranında yorgunluktan yakınmaktadır (129).

2.10. Anksiyete

Anksiyete nedeni belli olmayan korku, kaygı, kötü bir şey olacakmış endişesi, gerginlik, huzursuz ve sıkıntı hali olarak yaşanan içgüdüsel bir tepkidir (130). Türk Dil Kurumu sözlüğünde anksiyete; “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” şeklinde Türkçeleştirilmiştir (131). Anksiyete özellikle stres durumlarında belirginleşen, kişinin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir yanıtıdır. Anksiyete benlik bütünlüğüne karşı bir tehdit hissedilerek gerilim oluşmaktadır (132).

Anksiyete ile korku kavramları zaman zaman birbirinin yerine kullanılmasına rağmen farklı kavramlardır. Korku, herhangi bir nesneye yönelik bir duygu iken, anksiyetenin ise nesnesi yoktur. Ayrıca anksiyetede korkudan farklı olarak yalnızca iç tehlikeler ile oluşan bir emosyon oluşmaktadır (133).

Anksiyete, biyolojik uyum düzeneğinin bir parçası olan evrensel bir duygudur. Yaşamın sürdürülebilmesi açısından adaptiftir ve her insan bu duyguyu yaşamının bir döneminde yaşamaktadır (134). Ancak bu duygunun yoğun, şiddetli ve uzun süreli yaşanması kişinin aktivitelerini, sosyal, mesleki işlevselliğini, kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Şiddeti ve süresi arttıkça kişide kavrama, algılama ve karar verme yeteneği azalmaktadır. Anksiyete bir tepki olarak birçok organik ve psikiyatrik hastalıkla beraber görülebilmektedir (135).

Anksiyete kişide psikolojik, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal değişiklikler oluşturmaktadır. Anksiyete esnasında sempatik sinir sisteminde aktivasyon oluşarak taşikardi, çarpıntı, hipertansiyon, solunum sayısı, hızı ve derinliğinde artma, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, bulantı kusma, karın ağrısı, ishal, sık idrara çıkma, empotans, terleme, kızarma, sıcak basması, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma hissi, uykuya dalma güçlüğü, halsizlik, kas gerginliği ve motor huzursuzluk gibi fizyolojik belirtiler görülmektedir (133,136,137). Genel bir huzursuzluk, endişe, gerginlik, tedirginlik, korku, sinirlilik, çaresizlik, yetersizlik duyguları, panik, alarm duygusu, dikkatte azalma, yaratıcılığın azalması

çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama, karar vermede güçlük ve göz temasından kaçınma vardır. Yine de anksiyeteye karşı verilen tepkiler kişinin mizacına, yaşına, daha önce bu duyguyu nasıl deneyimlediğine göre değişmektedir (132).

Anksiyete şiddetine göre; hafif, orta, şiddetli ve panik düzeyde olmak üzere 4 aşamada incelenebilir. Hafif düzeydeki anksiyetede oluşan gerilim, enerjiyi artırır, kişinin kavrama alanı genişler, bireyin öğrenme ve yaratıcılığını olumlu etkiler. Birey duyarlı ve katılımcıdır. Farkındalığı, konsantrasyonu, mantık yürütme yeteneği tamdır. Konuşma hızı ve ses tonu, konuşma içeriği ile uyumludur. Orta düzeyde anksiyetede kişinin dikkati, algılaması ve iletişim becerileri azalmıştır. Hala sorun çözebilmeye yeteneği vardır ancak açıkça gergindir. Kendisi için önemli olaylara yoğunlaşabilir, ancak çevresel ayrıntıları kaçırabilir. Kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısında artış; kaslarda gerilme, terleme gibi fizyolojik belirtiler görülebilir. Şiddetli düzeyde anksiyetede bireyin algılama ve kavrama yeteneği oldukça azalmıştır, olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorlanır. Kişi huzursuz, gergindir ve kontrolü kaybetmiştir. Çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı ve göğüs ağrısı görülür. Panik anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir, tam bir kriz aşamasıdır. Dikkati tamamen dağılmıştır, çevresel tehlikelere karşı yanıt veremez. Emosyonel dengesi bozuktur. Halüsinasyon ve hezeyan eşlik edebilir. Panik durumundaki kişide dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtiler görülür. Birey ölüm korkusu yaşayabilir (132,138).

2.10.1. Meme Kanseri ve Anksiyete

Kanser hastalarında depresyondan sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluk anksiyete bozukluklarıdır (139-141). Özellikle tanı aşamasında ve ameliyat döneminde anksiyete belirtilerinin arttığı bilinmektedir. Meme kanseri ameliyatını takip eden birinci yılda %14-21 oranlarında anksiyete görülmektedir (142,143). Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir (144).

Mehnert ve arkadaşlarının 2008 yılında yayınlanan çalışmasında hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) ile değerlendirilen 1083 meme kanserli hastanın %38,2'sinde orta ve yüksek düzeyde anksiyete saptanmıştır (118). Ramirez ve arkadaşlarının çalışmasında 91 meme kanserli hasta ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1 yıllık izleminde HAD ölçeği ile

değerlendirilmiş ve bu hastaların %55'inde anksiyete ve/veya depresyon saptanmıştır (145). Grabsch ve arkadaşlarının 221 meme kanseri hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların %37,5'inde anksiyete ve/veya depresyon saptanmıştır. Bu çalışmada tanılar daha detaylı gözden geçirildiğinde %6,2 hasta yaygın anksiyete bozukluğu; %4 hasta fobik bozukluk tanı ölçütlerini karşılamıştır (117).

Kanser hastalarında birden fazla psikiyatrik bozukluk aynı anda görülebilmektedir. Eş tanı hastaların klinik gidişi daha ağır seyretmektedir, tedaviye daha fazla direnç ve daha fazla işlevsellik kaybı görülmektedir (146). Depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 PTSS (posttravmatik stres bozukluğu) tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir (146). Kanser hastalarındaki panik ataklar önceden mevcut bir panik bozukluğun alevlenmesini yansıtır olabilir. Ender olarak ilk panik nöbetini tıbbi ortamda tedavi görürken geçiren hastalar da olabilir. Depresyon gibi, panik bozukluğu da kanser hastalarında artmış öz kıyım riski ile ilişkilidir (147).

2.11. Utanç-Suçluluk Duygusu

Suçluluk duygusu “sosyal kural ve değerlerin gerçekten çiğnenmesi veya bunun tasarlanmasının eşlik ettiği bir fark etmenin oluşturduğu sıkıntılı bir durum” olarak tanımlanabilir. Utanç ise “insan olarak birisinin temel bir eksikliğini fark etmesi ile yaşadığı sıkıntılı durum” olarak tanımlanabilir. Kavramlar keskin sınırlarla tanımlanamayarak, iç içe geçmiş gibi görünmelerine rağmen birbirlerinden ayrı kavramlardır. Suçluluk daha çok bireyin eylemleri ile ilgili iken, utanç doğrudan kişinin benliğiyle alakalıdır (148).

Suçluluk ve utanç duyguları kişiler arası ilişkilerde diğer kişiyi ve/veya kişileri rahatsız edecek davranışlarda bulunulduğunda yaşanmaktadır. Suçluluk duygusu dinen, kanunen ya da ahlaki yönden hoş karşılanmayan davranışlar sonrası ortaya çıkan düşüncenin yarattığı rahatsızlık ve pişmanlık olarak yaşantılanmaktadır. Utanç duygusu ise bu davranışları yapan kişinin benliğini olumsuz değerlendirilmesiyle ortaya çıkarak acı ve hayalkırıklığı vardır (149-151).

Utanç tüm benlikle ilgili olduğundan utançta suçluluk duygusuna kıyasla daha fazla acı ve yıkım oluşmaktadır. Değersizlik, güçsüzlük, öfke ve çaresizlik daha yoğun

hissedilmektedir (152). Utanç duyan kişinin davranışları incelendiğinde gözlerinin kaçırma, yüzünü saklama isteği, yön veya yer değiştirme gibi hareketler gözlenmektedir (153). Utanç duygusu yüksek kişilerde; depresyon, anksiyete, intihar, madde ve alkol kötüye kullanımı sık görülmektedir (154). Suçluluk, utanç duygusuna kıyasla daha çok hatalı davranış üzerine ve bu davranıştan zarar gören bireylere yoğunlaşmaktadır. Pişmanlık duygularına neden olmaktadır (153). Suçluluk duyan kişinin davranışları çoğunlukla sorun çözme, uzlaşma, hatalı davranışı telafi etme şeklindedir. Süreğen suçluluk duygusu ise psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır (155).

Suçluluk ve utanç; bireye rahatsızlık veren duygulardır. Bu duygular aslında kişisel başarısızlığa verilen bir tepkidir ve oluşumunda da benliğe başvurma sürecini gerektiren “öz bilince ilişkin” duygulardır (156). Her iki duygu da kişinin davranışları düzenlemesinde rol oynayan ahlaki duygulardır. Bu duygularla birey dini, kanuni ve ahlaki normlara daha uygun davranır (157).

2.11.1. Meme Kanseri ve Utanç-Suçluluk

Meme kanseri hastalarında utanç ve suçluluk duygularına tanı aşamasından itibaren rastlanmaktadır. Tanı aşamasında ilk bilişsel tepkiler şok ve inanmama; ilk davranışsal tepkiler ağlama, sosyal destek arama ve dua etme şeklinde olurken; ilk duygusal tepkilerin üzüntü, korku, öfke, suçluluk ve utanç duygularından oluştuğu görülmüştür (158-160).

Bitsikaa ve arkadaşları, 2010 yılında meme kanseri tanısı almış 23 kadınla yaptığı çalışmada hastaların tanıdan sonra üzüntü, korku, öfkenin yanı sıra suçluluk duygusu yaşadıklarını bildirilmektedir (161).

Hastalık öncesi yaşam tarzı (sigara ve alkol kullanımı vb.) hastaların yaşadığı suçluluk duygularının sebeplerinden biri olarak gösterilmektedir (83). Moodley (2011), tedavilerini tamamlamış meme kanserli kadınların kanserden önceki yaşantılarıyla ilgili vicdan azabı ve suçluluk, kanseri yaşamlarından yok etmek içinse ümit ve olumluya odaklanma gibi başa çıkma stratejileri kullandıklarını gözlemiştir (162). Kim ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da, meme kanserli kadınların geçmişteki sağlıklı olmayan davranışlardan dolayı suçluluk yaşadıkları vurgulanmıştır (163).

Meme kanserindeki tedavi seçeneklerinden biri olan mastektomi beden imajının değişmesine yol açarak kişinin artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna neden olabilir. Beden imajında değişiklik; suçluluk, utanma ya da nefret gibi duygulara yol açabilmektedir (164,165). Schain ve arkadaşlarının 40 hastayla yaptığı çalışmada, ameliyat ve ışın tedavisi sonrası kadınların üzüntü, kaygı, utanç, suçluluk ve öfke ile birlikte uyku ve yeme sorunları, cinsel ilişki ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmektedirler (166).

Doumit ve arkadaşlarının 2009 yılında tedavi gören meme kanserli kadınlarla yaptığı görüşmelerde, kadınlar tarafından çocuklarına ya da torunlarına genetik yatkınlığa neden oldukları ve ailede meme kanseri başlattıkları düşüncesinden kaynaklanan suçluluk duygusu yaşadıklarını vurgulamışlardır (167).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. HASTA SEÇİMİ

3.1.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri Aralık 2014 ve Haziran 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Polikliniklerine başvuran ve meme kanseri tanısı almış olan 103 hasta alındı. Bu kişilere Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDE), BeckAnksiyete Ölçeği (BAE), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ), Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ) uygulandı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapıldı. Hastalar çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirildi ve kabul edenler “bilgilendirilmiş onam formu” nu imzaladı.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 18-80 yaş aralığında olup, Meme kanseri tanısı almış olması,
- Hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
- Kadın cinsiyet olması,
- Hastanın klinik gözlem olarak normal zeka düzeyinde olması,
- Nörolojik hastalık olmaması

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Organik beyin sendromu olanlar,
- Mental retarde olanlar,
- Son 3 ay içinde herhangi bir psikiyatrik tedavi alanlar,
- Nörolojik hastalığı olanlar,
- Gebeler,
- Madde ya da alkol bağımlılığı olanlar

3.2. Veri Toplama Aracı

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Olguların yaş, cinsiyet, medeni durumu, sağlık güvencesi, öğrenimi, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailede ruhsal hastalık varlığı, tıbbi ve psikiyatrik öykü, alkol-sigara kullanımı, meme kanseri tanısının süresi, evresi ve alınan tedavileri belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş 17 maddelik yarı yapılandırılmış soru formudur.

3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depresyon Envanteri)

Depresyonda görülen bilişsel, duygusal, somatik ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için 0-3 puan arasında dört seçenek vardır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif-orta, 19-29 puanlar arası orta-şiddetli ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu belirlemektedir. 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir (168).

3.2.3. BeckAnksiyete Ölçeği (BeckAnksiyete Envanteri)

Bireyin son bir haftada belli belirtilerden ne kadar rahatsız olduklarını ölçmeyi amaçlayan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin 0-3 arasında puanlandığı 4'lü Likert tipi bir ölçektir. 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Toplam skor üzerinden 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileriolduğunu göstermektedir. (Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksekliği yaşanan anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir.) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşlarıtarafından yapılmıştır (169).

3.2.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilenbu testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastalarınson 15 günlük işlevselliği göz önünde bulundurularak uygulanmaktadır. 24 madde içeren KİDÖ, 6 farklı özgün işlevsellik alanının (Özerlik, meslek, bilişsel, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman aktiviteleri) ölçülmesine imkan vermektedir. Ölçek toplam puan vermekle birlikte, alt işlevsellik alanlarına özgü puanları da vermektedir. Maddeler 0 ile 4 arasında şiddetlerine göre puanlanmaktadır. KİDÖ'nde alınan puanlar 0 ile 72 arasında değişebilmektedir. Toplam 11 üzerinde puan alma önemli birişlevsellik kaybını işaret etmektedir (170).

3.2.5. Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ)

Suçluluk-Utanç Ölçeği N. H. Şahin ve N. Şahin tarafından geliştirilen çeşitli durumlarda yaşanan ve depresyonla ilişkili suçluluk utanç duygularını ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 24 maddeden oluşmakta olup, beşli Likert tipi bir ölçektir. Bu 24 maddenin 12'si suçluluk 12's ise utanç alt ölçeğini oluşturmaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe suçluluk ve utanç düzeylerinin de yükseldiği varsayılır. Her bir alt ölçekten ayrı ayrı en düşük 12, en yüksek 60 puan alınır. Suçluluk maddeleri: 3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24; utanç maddeleri: 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20 numaralı maddelerdir (171).

3.3. Yöntem

Çalışma, Helsinki Deklerasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanarak Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulundan 23/12/2014/239 protokol kodu ile onay alındı. Görüşmeler hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterilerek, özel görüşme odasında yapıldı. Hastalara çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin mutlak gizliliği açıklandı, çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve yazılı izin belgesi alındı.

Görüşülen 210 meme kanserli hastanın 85 tanesi çeşitli nedenlerle çalışmaya katılmazken; 125 hasta çalışmaya katılmayı kabul etti. Toplamda 125 meme kanserli hastaya ulaşılmasına rağmen anketlerde yanıtlanmayan sorular bulunması nedeniyle 103 kişinin yanıtları işleme alındı.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, öğrenim, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailede ruhsal hastalık varlığı, tıbbi ve psikiyatrik öykü, alkol-sigara kullanımı, meme kanseri tanısının süresi, evresi ve alınan tedavileri içeren yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu hastalarla birebir görüşerek ve poliklinik hasta dosya kayıtlarından faydalanarak dolduruldu. Beck Depresyon Ölçeği (BDE), Beck Anksiyete Ölçeği (BAE), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDO), Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ) ve Suçluluk-Utanç Nedenleri Ölçeği'nden oluşan self-report testler uygulandı.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (NumberCruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher's Exact test ve Yates' Continuity Correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin

değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

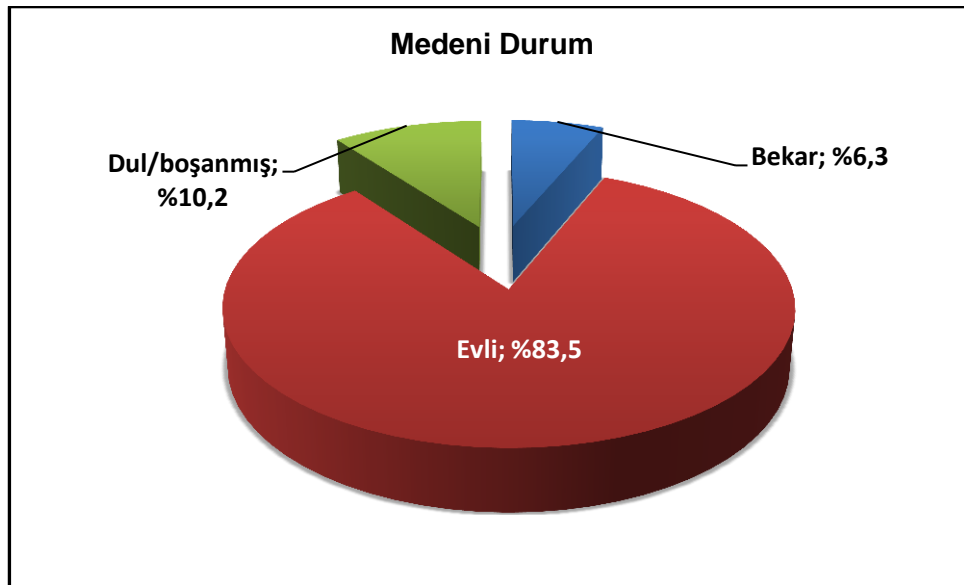
Çalışma 23/12/2014-23/06/2015 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde 206 kadın hasta ile yapılmıştır. Çalışmaya katılanların yaşları 30 ile 77 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $52,94 \pm 10,26$ yıldır.

Tablo 2: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş (yıl)		30-77	52,94±10,26
Çocuk sayısı; (Medyan)		0-11 (3)	3,49±2,12
		n	%
Medeni durumu	Bekar	13	6,3
	Evli	172	83,5
	Dul/boşanmış	21	10,2
Çocuk sayısı	Yok	16	7,8
	1 çocuk	12	5,8
	2 çocuk	38	18,4
	3 çocuk	50	24,3
	4 çocuk	37	18,0
	≥ 5 çocuk	53	25,7
Eğitim durumu	Okur-yazar	48	23,3
	İlköğretim	96	46,6
	Lise	44	21,4
	Üniversite	18	8,7

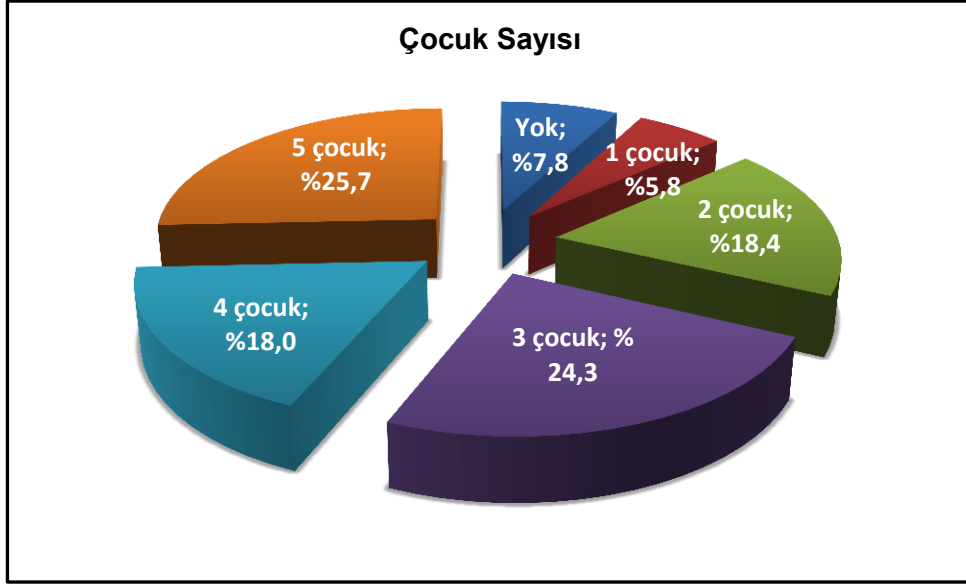
Mesleki durum	Ev hanımı	158	76,6
	Serbest meslek	24	11,7
	Memur	24	11,7
Sosyal güvence	Emekli sandığı	43	20,9
	SSK	112	54,3
	Yeşil kart	44	21,4
	Güvencesiz	7	3,4

Olguların %6,3'ü (n=13) bekar iken, %83,5'i (n=172) evli, %10,2'si (n=21) ise dul/boşanmıştır.



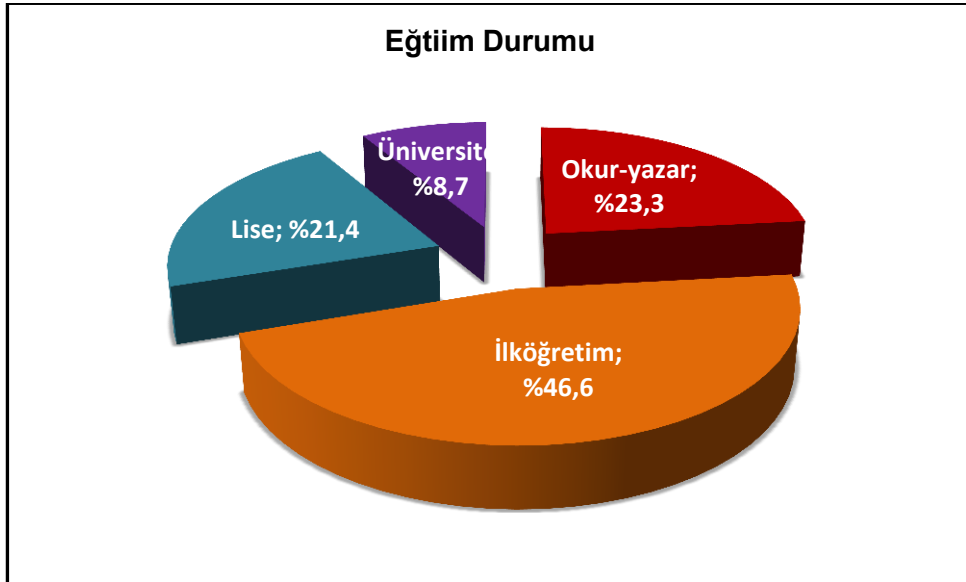
Şekil 1: Medeni durum dağılımı

Olguların çocuk sayıları 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama $3,49 \pm 2,12$ ve medyanı 3'tür. %7,8'inin (n=16) çocuğu yokken, %5,8'inin (n=12) bir çocuğu, %18,4'ünün (n=38) iki çocuğu, %24,3'ünün (n=50) üç çocuğu, %18,0'inin (n=37) dört çocuğu, %25,7'sinin (n=53) beş ve üzeri çocuğu bulunmaktadır.



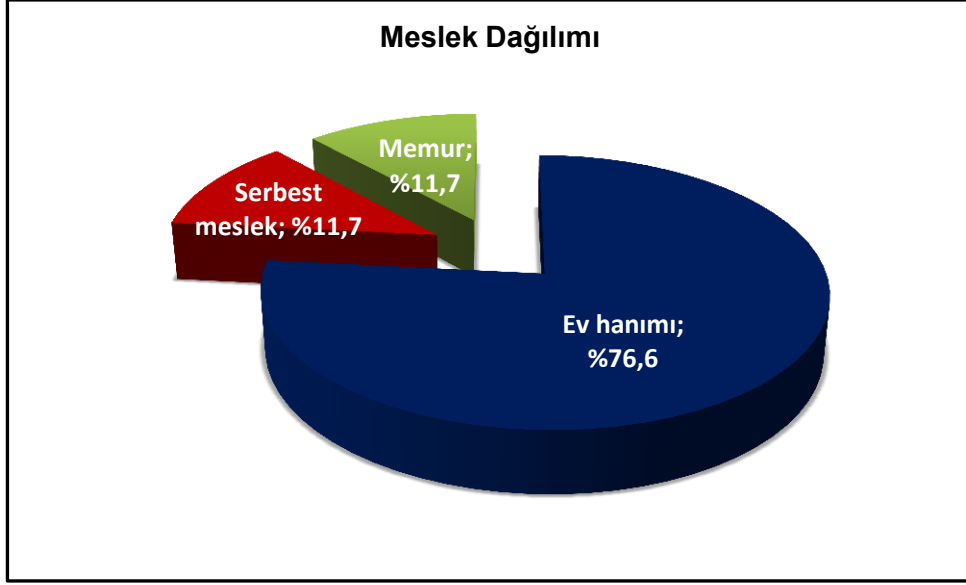
Şekil 2: Çocuk sayısı dağılımı

Çalışmaya katılanların %23,3'ü (n=48) okur-yazar, %46,6'sı (n=96) ilköğretim mezunu, %21,4'ü (n=44) lise mezunu, %8,7'si (n=18) ise üniversite mezunudur.



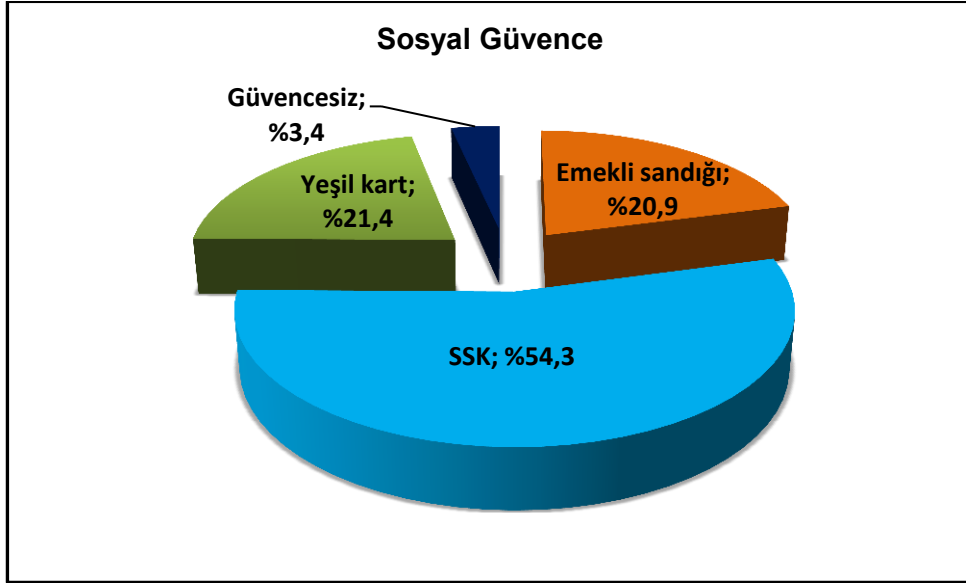
Şekil 3: Eğitim durumlarının dağılımı

Olguların %76,6'sı (n=158) ev hanımı iken, %11,7'si (n=24) serbest meslekle uğraşiyor ve %11,7'si (n=24) ise memurdur.



Şekil 4: Meslek dağılımı

Olguların sosyal güvenceleri incelendiğinde; %20,9'unun (n=43) emekli sandığı, %54,3'ünün (n=112) SSK, %21,4'ünün (n=44) yeşil kartlı olduğu görülürken; %3,4'ünün (n=7) ise sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir.

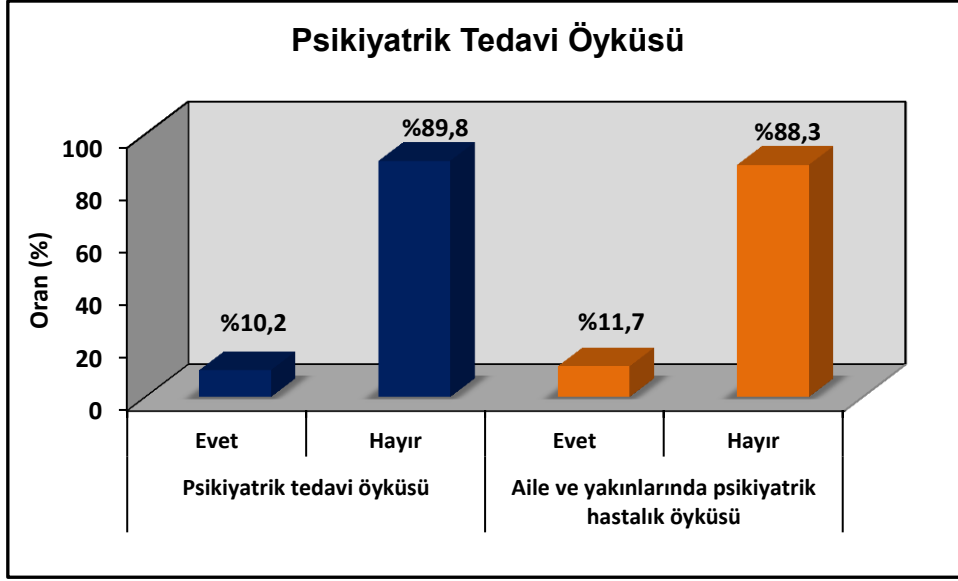


Şekil 5: Sosyal güvencelerine ilişkin dağılım

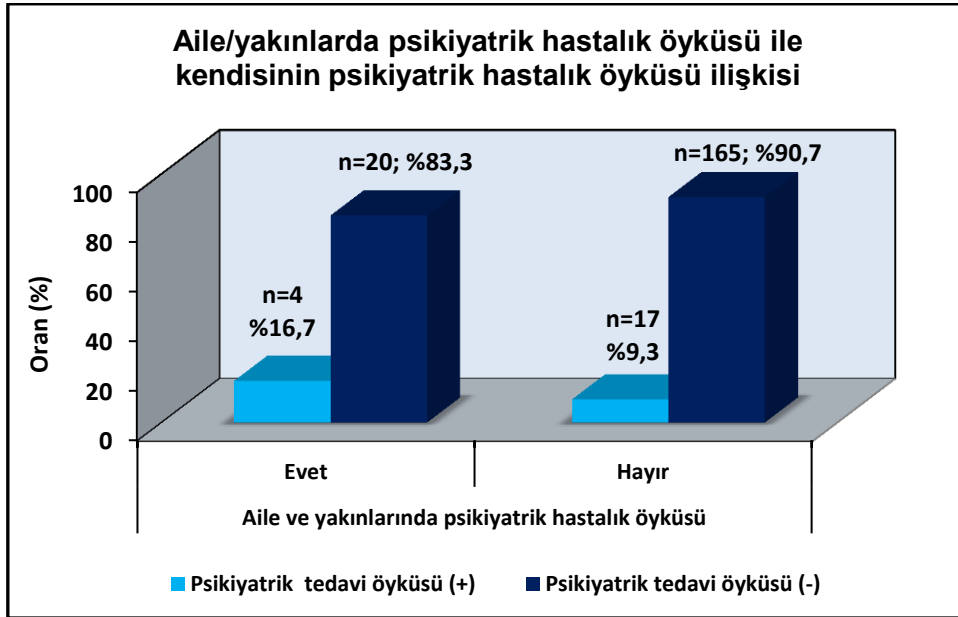
Tablo 3: Hastalıklar ve Alışkanlıklara İlişkin Dağılımlar

		n	%
Psikiyatrik tedavi	Evet	21	10,2
	Hayır	185	89,8
Aile ve yakınlarında psikiyatrik hastalık	Evet	24	11,7
	Hayır	182	88,3
Ek hastalık	Yok	131	63,6
	Diyabet	20	9,7
	Hipertansiyon	22	10,7
	Hipotiroidi	7	3,4
	Diyabet + Hipertansiyon	16	7,8
	Astım+KOAİ	6	2,9
	KKY+Diyabet+Hipertansiyon	4	1,9
Sigara kullanımı	Var	26	12,6
	Yok	180	87,4
Alkol kullanımı	Var	15	7,3
	Yok	191	92,7

Olguların %10,2'sinin (n=21) psikiyatrik tedavi aldığı görülürken, %11,7'sinin (n=24) aile/yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu görülmektedir.



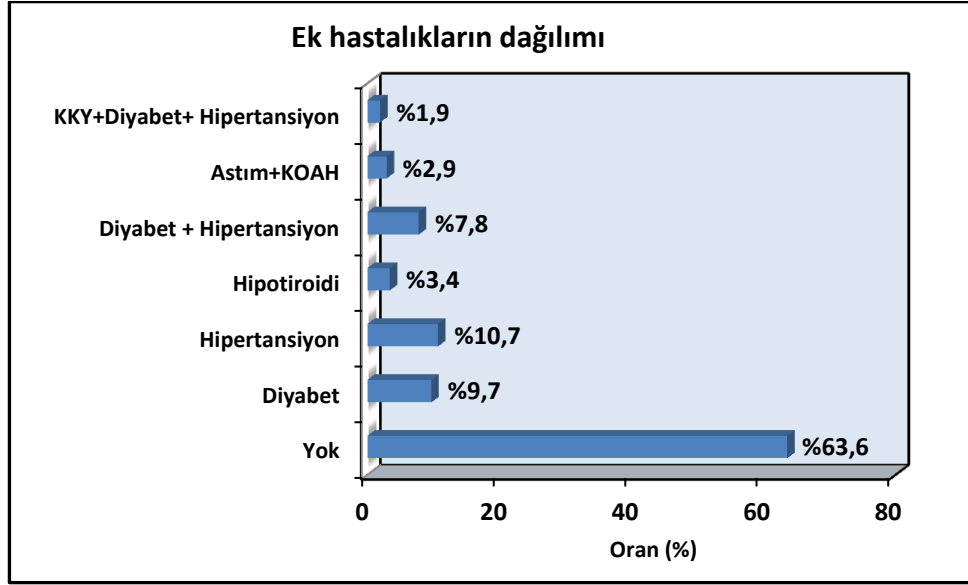
Şekil 6: Tedavi öyküsüne ilişkin dağılımlar



Şekil 7: Aile/yakınlarda psikiyatrik hastalık öyküsü ile kendisinin psikiyatrik hastalık öyküsü ilişkisi

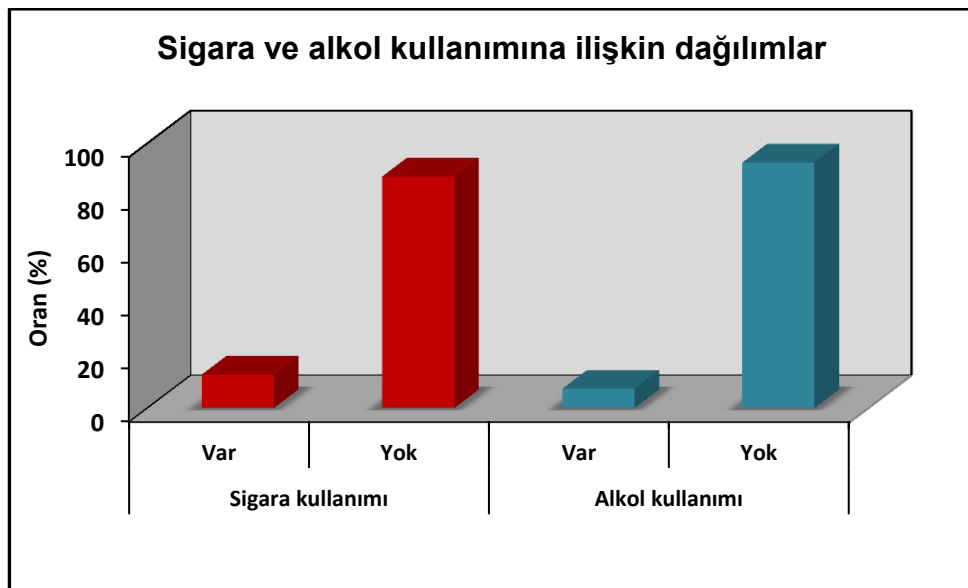
Olgularda görülen ek hastalıklar incelendiğinde; %9,7'sinde (n=20) diyabet, %10,7'sinde (n=22) hipertansiyon, %3,4'ünde (n=7) hipotroidi, %7,8'inde (n=16) diyabet ve

hipertansiyon, %2,9'unda (n=6) astım ve KOAH, %1,9'unda (n=4) ise KKY, diyabet ve hipertansiyon görülürken; %63,6'sında (n=131) ek hastalık görülmemektedir.

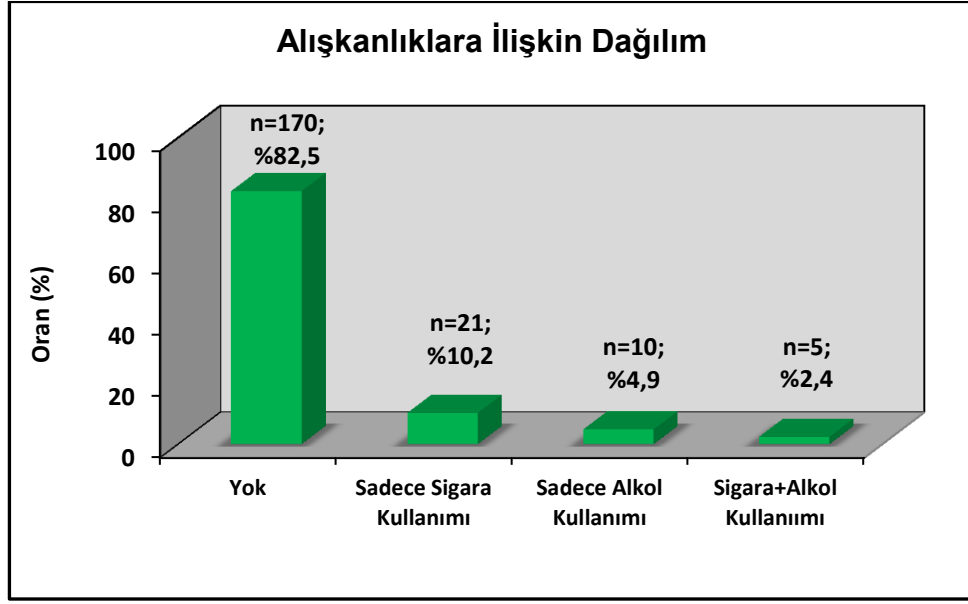


Şekil 8: Ek hastalık dağılımı

Olguların %12,6'sında (n=26) sigara kullanımı, %7,3'ünde (n=15) ise alkol kullanımı görülmektedir.



Şekil 9: Sigara ve alkol kullanımına ilişkin dağılım



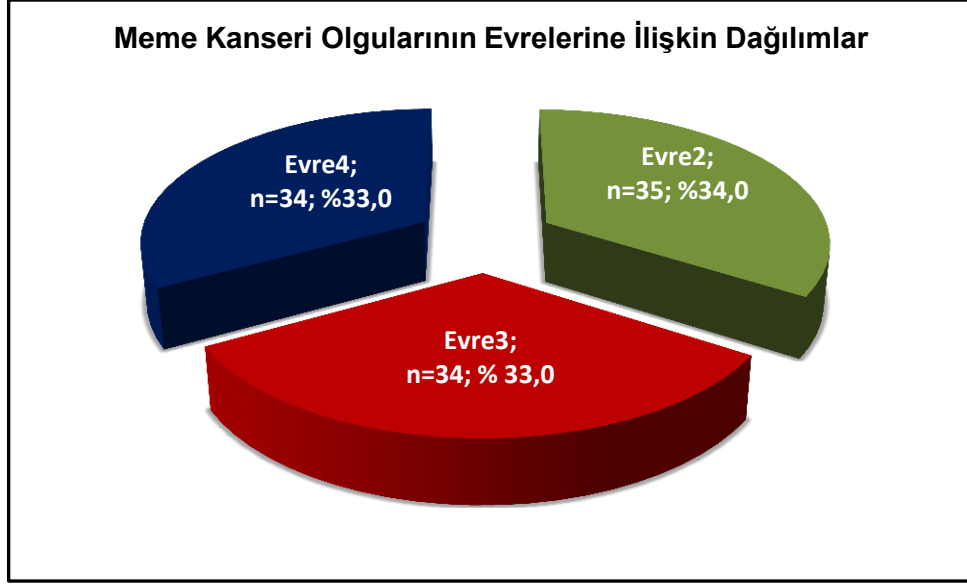
Şekil 10: Alışkanlıklara ilişkin dağılımlar

Tablo 4: Hasta Olgulara İlişkin Dağılımlar

Meme CA olgular		Min-Mak (Medyan)	Ort±SD
n=103			
Tanı süresi (yıl)		1-15 (2)	3,73±3,31
		n	%
Meme CA evre	Evre2	35	34,0
	Evre3	34	33,0
	Evre4	34	33,0
Tedaviler	Cerrahi	3	2,9
	Kombine	100	97,1

Meme CA olguların tanı süreleri 1 ile 15 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $3,73 \pm 3,31$ ve medyan 2 yıldır. Olguların %34,0'ünün (n=35) evre 2, %33,0'ünün (n=34) evre

3 ve %33,0'ünün (n=34) evre 4'te olduğu görülmektedir. Olguların %2,9'una (n=3) cerrahi, %97,1'ine (n=100) kombine tedavi uygulanmıştır.



Şekil 11: Meme kanseri olgularının evrelerine ilişkin dağılımlar

Tablo 5: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Dağılımlar

	Soru Sayısı	Min-Mak	Ort±SD	Medyan
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	24	0-71	19,35±18,77	13
	n	%		
< 11 puan	92	44,7		
≥ 11 puan	114	55,3		

Olguların Kısa İşlevsellik Değerlendirme ölçeği puanları 0 ile 71 arasında değişmekte olup, ortalama 19,35±18,77'dir; olguların %55,3'ünde (n=114) işlevsellikte bozulma görülmektedir.

Tablo 6: Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeğine İlişkin Dağılımlar

	Soru Sayısı	Min-Mak	Ort±SD	Medyan
Beck Depresyon Ölçeği	21	0-62	17,95±13,54	15,5
Depresyon; Yok (<17)	107	51,9		
n (%) Var (≥ 17)	99	48,1		
Beck Anksiyete Ölçeği	21	0-55	18,40±12,76	16,0
Anksiyete; Yok (<17)	104	50,5		
n (%) Var (≥ 17)	102	49,5		

Olguların Beck depresyon ölçeği puanları 0 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalama 17,95±13,54'dür; olguların %48,1'inde (n=99) depresyon görülmektedir.

Olguların Beckanksiyete ölçeği puanları ise 0 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama 18,40±12,76'dır; olguların %49,5'inde (n=102) anksiyete görülmektedir.

Tablo 7: Suçluluk-Utanç Ölçeğine İlişkin Puanların Dağılımı

	Soru Sayısı	Min-Mak	Ort±SD	Medyan
Utanç puanı	12	19-60	44,39±9,26	45,0
Suçluluk puanı	12	23-60	45,18±9,34	47,0
SUTÖ toplam puan	24	51-120	89,62±17,43	92,5

Olguların Suçluluk-Utanç Ölçeği toplam puanları 51 ile 120 arasında değişmekte olup, ortalama 89,62±17,43; Utanç alt boyut puanı 19 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama 44,39±9,26 ve Suçluluk alt boyut puanı 23 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama 45,18±9,34'dür.

Tablo 8: Suçluluk-Utanç Nedenleri Dağılımı

SUTÖ nedenleri			
Cinsel yetersizlik	29	28,2	
Fiziksel olarak çekici bulmama	23	22,3	
İstediği tarzda giyinememe	2	1,9	
Sağlık giderlerinde artış	16	15,5	
Aile içi görevlerde aksama	28	27,2	
Bebeğini emzirememe	1	1,0	
Hiçbiri	4	3,9	

Suçluluk-Utanç nedenleri dağılımı incelendiğinde; hasta olgularının %14,1'inin (n=29) cinsel yetersizlik yanıtı verirken, %11,2'sinin (n=23) fiziksel olarak çekici bulmama, %1'inin (n=2) istediği tarzda giyinememe, %7,8'inin (n=16) sağlık giderlerinde artış, %13,6'sının (n=28) aile içi görevlerde aksama, %0,5'inin (n=1) bebeğinin emzireme, %1,9'unun (n=4) hiçbiri yanıtı verdiği görülmektedir.

Tablo 9: Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Hasta Grup (n=103)	Kontrol Grubu (n=103)	Test Değeri	p
Yaş (yıl); Ort±SD		52,47±10,12	53,41±10,41	t: -0,658	^a 0,511
Çocuk sayısı; Ort±SD (Medyan)		3,55±2,27 (3)	3,42±1,96 (3)	Z: -0,601	^b 0,548
Medeni durumu; n (%)	Bekar	7 (6,9)	6 (5,9)	χ²: 0,599	^c 0,741
	Evli	84 (81,6)	88 (85,4)		
	Dul/boşanmış	12 (11,7)	9 (8,7)		
Çocuk sayısı; n (%)	Yok	10 (9,7)	6 (5,8)	χ²: 2,693	^c 0,260
	1 çocuk	8 (7,8)	4 (3,9)		
	> 1 çocuk	85 (82,5)	93 (90,3)		
Mesleki durumu; n (%)	Ev hanımı	83 (80,6)	75 (72,8)	χ²: 7,072	^c 0,029*
	Serbest meslek	14 (13,6)	10 (9,7)		
	Memur	6 (5,8)	18 (17,5)		
Eğitim durumu; n (%)	Okur-yazar	35 (34,0)	13 (12,6)	χ²: 17,260	^c 0,001**
	İlköğretim	46 (44,6)	50 (48,5)		
	Lise	18 (17,5)	26 (25,3)		
	Üniversite	4 (3,9)	14 (13,6)		
Sosyal güvence; n (%)	Var	102 (99,0)	97 (94,2)	χ²: 3,697	^d 0,119
	Yok	1 (1,0)	6 (5,8)		
	Emekli sandığı	16 (15,5)	27 (26,2)		
	SSK	54 (52,4)	58 (56,3)		
	Yeşil kart	32 (31,1)	12 (11,7)		
	Güvencesiz	1 (1,0)	6 (5,8)		

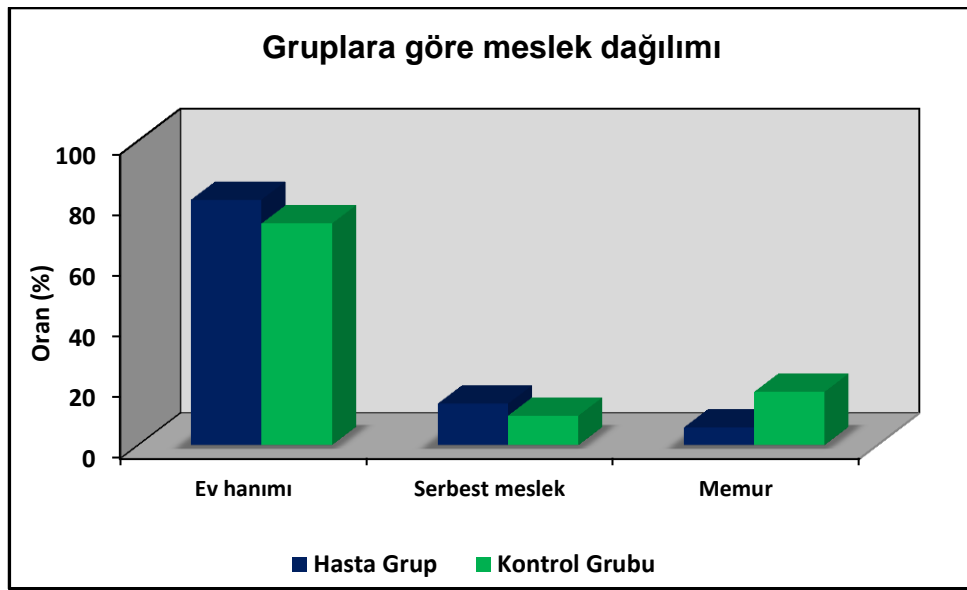
^aStudent t Test^bMannWhitney U Test^cPearson Ki-Kare Test^dFisher'sExact Test

*p<0,05

**p<0,01

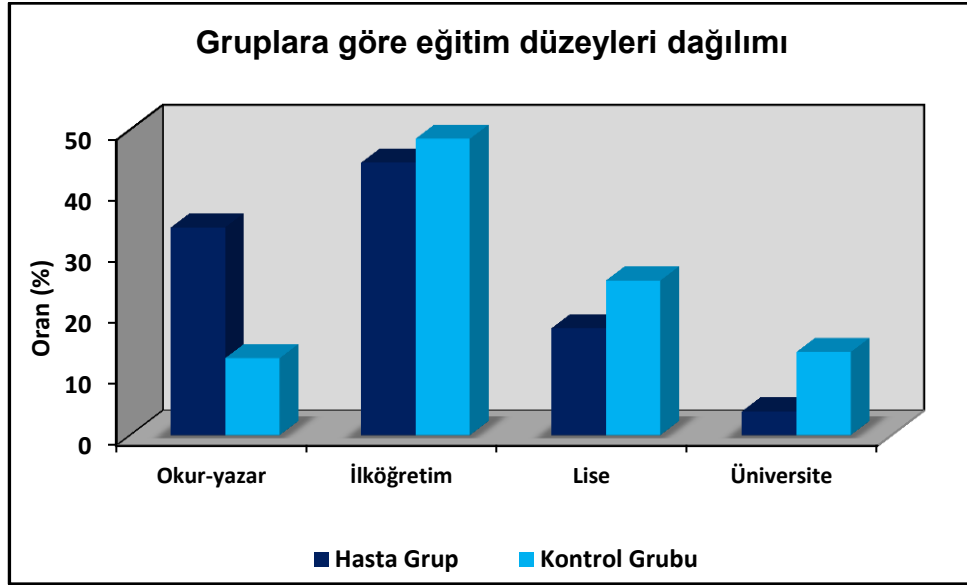
Gruplara göre olguların yaş ortalamaları, çocuk sayıları, birden çok doğum yapma oranları, medeni durumları ve sosyal güvence oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Gruplara göre olguların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0.029$; $p<0.05$); memurların hasta olma oranları diğer mesleklere göre anlamlı düzeyde düşüktür.



Şekil 12: Gruplara göre mesleklerin dağılımı

Gruplara göre olguların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0.001$; $p<0.01$); okur-yazar olguların hasta olma oranları anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 13: Gruplara göre eğitim düzeyleri dağılımı

Tablo 10: Gruplara Göre Psikiyatrik Hastalık ve Alışkanlıklara İlişkin Değerlendirmeler

		Hasta	Kontrol	Test Değeri	p
		Grup (n=103)	Grubu (n=103)		
		n (%)	n (%)		
Psikiyatrik tedavi	Evet	15 (14,6)	6 (5,8)	$\chi^2: 3,394$	^e 0,038*
	Hayır	88 (85,4)	97 (94,2)		
Aile/yakınlarda psikiyatrik hastalık	Evet	6 (5,8)	18 (17,5)	$\chi^2: 5,707$	^e 0,017*
	Hayır	97 (94,2)	85 (82,5)		
Ek hastalık	Yok	65 (63,2)	66 (64,0)	$\chi^2: 0,021$	0,885
	Var	38 (36,9)	37 (35,9)		
Sigara kullanımı	Var	13 (12,6)	13 (12,6)	$\chi^2: 0,001$	^e 1,000
	Yok	90 (87,4)	90 (87,4)		
Alkol kullanımı	Var	10 (9,7)	5 (4,9)	$\chi^2: 1,150$	^e 0,283
	Yok	93 (90,3)	98 (95,1)		

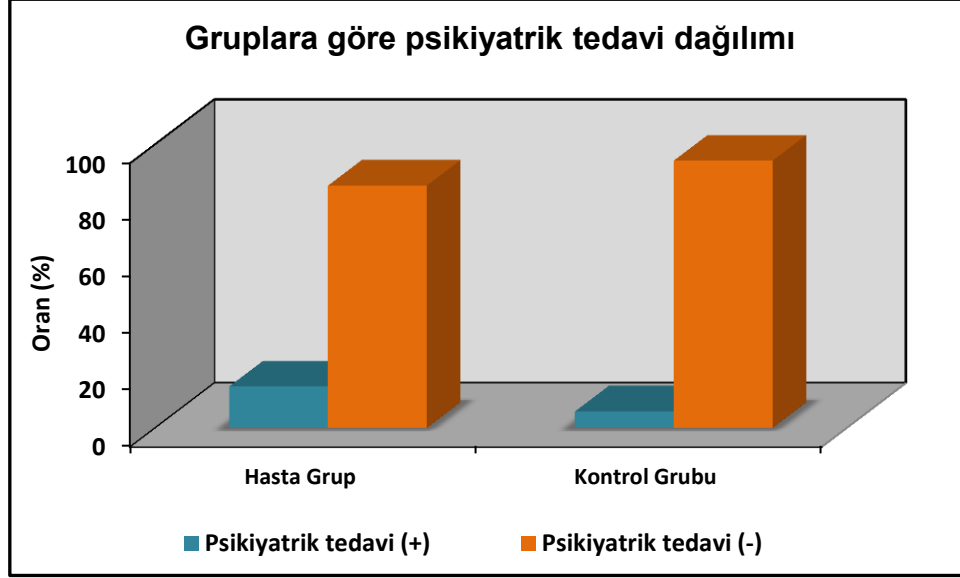
^cPearson Ki-Kare Test

^dFisher's Exact Test

^eYates Continuity Correction Test

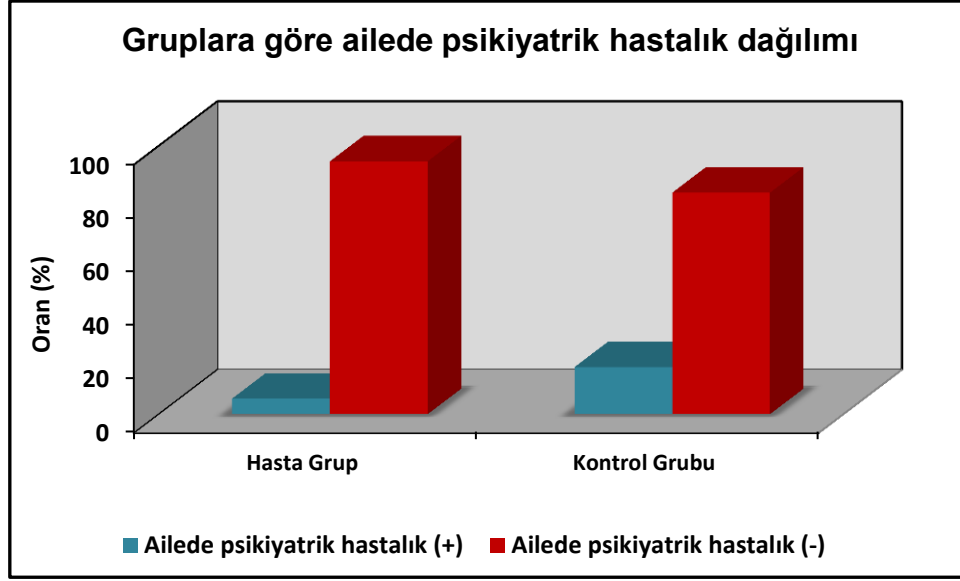
*p<0,05

Gruplara göre olguların psikiyatrik tedavi görme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.038$; $p<0.05$), hasta olguların psikiyatrik tedavi görme oranları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 14: Gruplara göre psikiyatrik tedavi görme oranları dağılımı

Gruplara göre olguların ailede/yakınlarında psikiyatrik tedavi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$; $p<0,05$), hasta olguların ailede/yakınlarında psikiyatrik tedavi görme oranları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür.



Şekil 15: Gruplara göre ailede psikiyatrik tedavi oranları dağılımı

Gruplara göre olgularda ek hastalık varlığı, sigara kullanım ve alkol kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

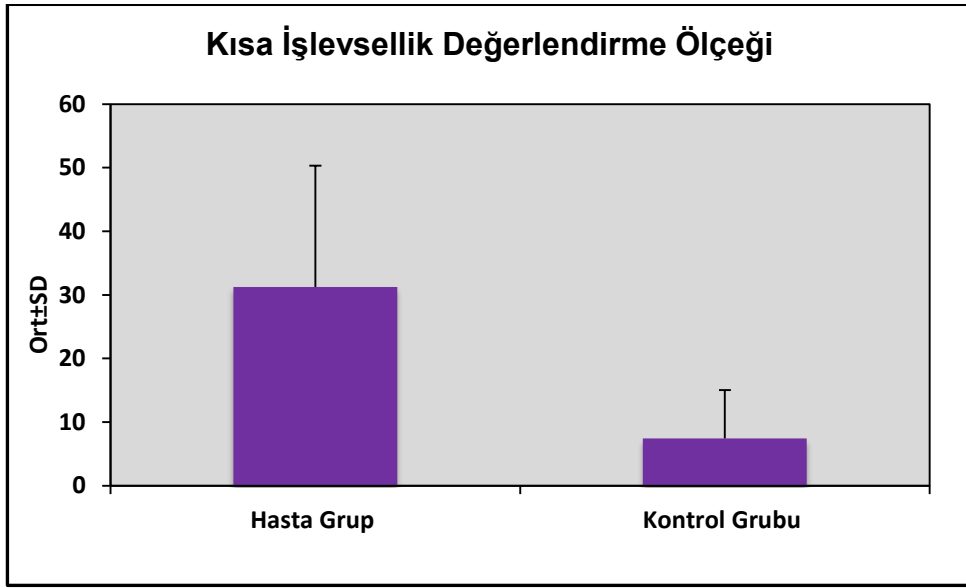
Tablo 11: Grup Göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

	Hasta Grup (n=103)	Kontrol Grubu (n=103)	Test Değeri	<i>p</i>
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	31,26±19,08 (30)	7,44±7,58 (5)	Z: -9,665	^b0,001**
	n (%)	n (%)		
İşlevsellikte bozulma				
Yok (<11)	17 (16,5)	75 (72,8)		
Var (≥11)	86 (83,5)	28 (27,2)		

^bMannWhitney U Test

** $p<0,001$

Gruplara göre olguların Kısa İşlevsellik Değerlendirme ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$); hasta olguların İşlevsellik Değerlendirme ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 16: Gruplara göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçek puanları dağılımı

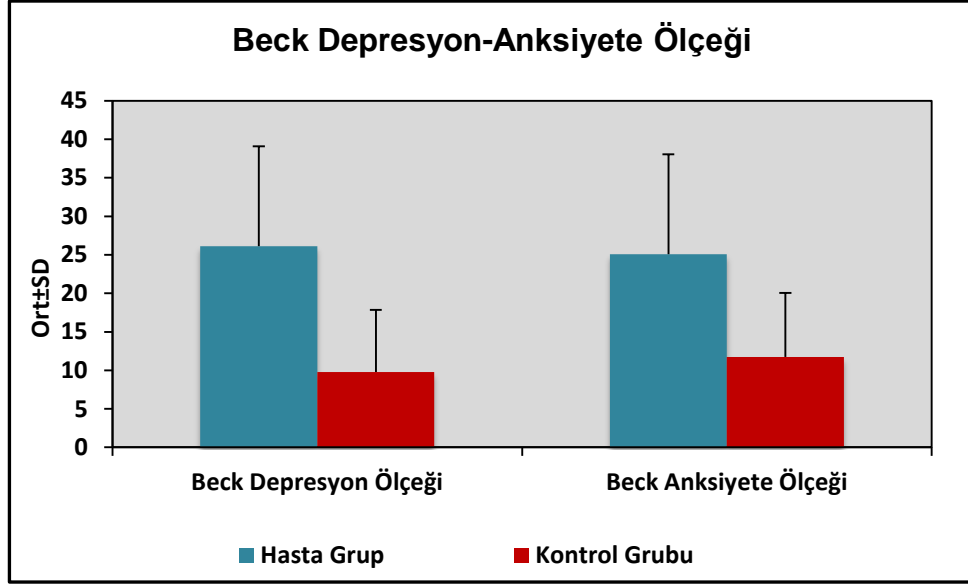
Tablo 12: Gruplara Göre Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

		Hasta	Kontrol	Test Değeri	p
		Grup (n=103)	Grubu (n=103)		
		Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Beck Depresyon Ölçeği		26,14±12,95 (24)	9,77±8,07 (8)	Z: -9,003	^b0,001**
BeckAnksiyete Ölçeği		25,08±12,96 (23)	11,72±8,32 (10)	Z: -7,513	^b0,001**
		n (%)	n (%)		
Depresyon	Yok (<17)	25 (24,3)	82 (79,6)		
	Var (≥ 17)	78 (75,7)	21 (20,4)		
Anksiyete	Yok (<17)	27 (26,2)	77 (74,8)		
	Var (≥ 17)	76 (73,8)	26 (25,2)		

^bMannWhitney U Test **p<0,001

Gruplara göre olguların Beck Depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p=0,001; p<0,01); hasta olguların Beck Depresyon ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre olguların BeckAnksiyete ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p=0,001; p<0,01); hasta olguların BeckAnksiyete ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



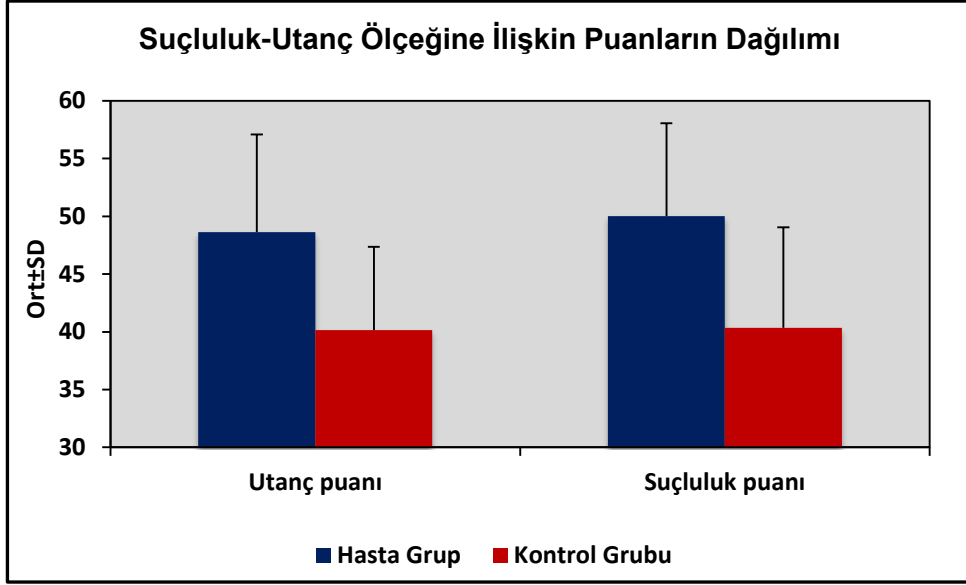
Şekil 17: Gruplara Göre Beck depresyon ve anksiyete ölçeğine ilişkin dağılımlar

Tablo 13: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Ölçeğine İlişkin Puanların Değerlendirilmesi

	Hasta	Kontrol	Test Değeri	p
	Grup (n=103)	Grubu (n=103)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Utanç puanı	48,64±8,45 (51)	40,14±8,03 (41)	Z: -6,941	^b 0,001**
Suçluluk puanı	50,03±7,21 (51)	40,34±8,71 (40)	Z: -7,598	^b 0,001**
SUTÖ toplam puan	98,49±14,37 (101)	80,75±15,66 (82)	Z: -7,619	^b 0,001**

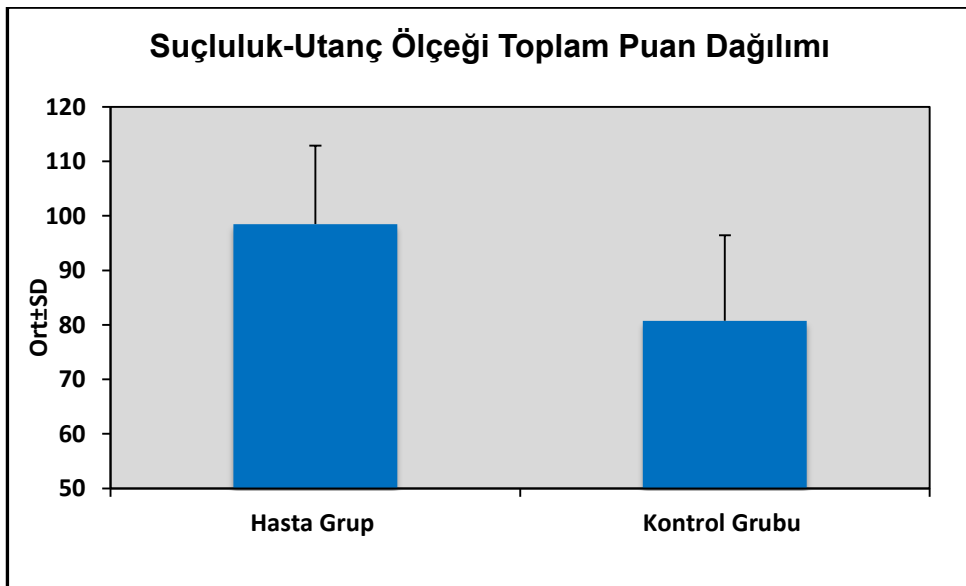
^bMannWhitney U Test **p<0,001

Gruplara göre olguların Suçluluk-Utanç Ölçeği Utanç alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p=0,001; p<0,01); hasta olguların Utanç puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 18: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Ölçeği alt boyutlarına ilişkin dağılımlar

Gruplara göre olguların Suçluluk-Utanç Ölçeği Suçluluk alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$); hasta olguların Suçluluk puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir. Gruplara göre olguların Suçluluk-Utanç Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$); hasta olguların Suçluluk-Utanç Ölçeği toplam puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 19: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Ölçeği toplam puanına ilişkin dağılımlar

Tablo 14: Suçluluk-Utanç Ölçeği, Kişisel İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ve Beck Depresyon-Anksiyete Ölçeği İlişkisi

	Hasta		Kontrol	
	Grup (n=103)		Grubu (n=103)	
	r	p	r	p
Utanç puanı *BDÖ	0,419	0,001**	0,454	0,001**
Suçluluk puanı*BDÖ	0,438	0,001**	0,603	0,001**
SUTÖ toplam puan*BDÖ	0,472	0,001**	0,581	0,001**
Utanç puanı *BAÖ	0,466	0,001**	0,394	0,001**
Suçluluk puanı* BAÖ	0,496	0,001**	0,443	0,001**
SUTÖ toplam puan* BAÖ	0,502	0,001**	0,470	0,001**
Utanç puanı *KİDÖ	0,278	0,005**	0,282	0,004**
Suçluluk puanı* KİDÖ	0,403	0,001**	0,390	0,001**
SUTÖ toplam puan* KİDÖ	0,366	0,001**	0,364	0,001**
BDÖ * KİDÖ	0,705	0,001**	0,654	0,001**
ADÖ * KİDÖ	0,631	0,001**	0,541	0,001**
BDÖ * ADÖ	0,713	0,001**	0,620	0,001**

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

**p<0,01

Hasta olguların;

Beck depresyon puanları ile SUTÖ ölçeği toplam puanı (r:0,472), Utanç (r:0,419) ve Suçluluk (r:0,438) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (SUTÖ ölçeği puanları arttıkça, depresyon puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Beck anksiyete puanları ile SUTÖ ölçeği toplam puanı (r:0,502), Utanç (r:0,466) ve Suçluluk (r:0,496) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (SUTÖ ölçeği puanları arttıkça, anksiyete puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Kısa işlevsellik puanları ile SUTÖ ölçeği toplam puanı (r:0,366), Utanç (r:0,278) ve Suçluluk (r:0,403) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (SUTÖ ölçeği puanları arttıkça, Kısa işlevsellik puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Kısa işlevsellik puanları ile Beck Depresyon puanları (r:0,705) ve Beck Anksiyete puanları (r: 0,631) arasında pozitif yönlü (Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları arttıkça, Kısa işlevsellik puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Beck Depresyon puanları ile Beck Anksiyete puanları arasında da pozitif yönlü (Beck Depresyon puanları arttıkça, Beck Anksiyete puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0,713; p<0,01).

Kontrol grubu olguların;

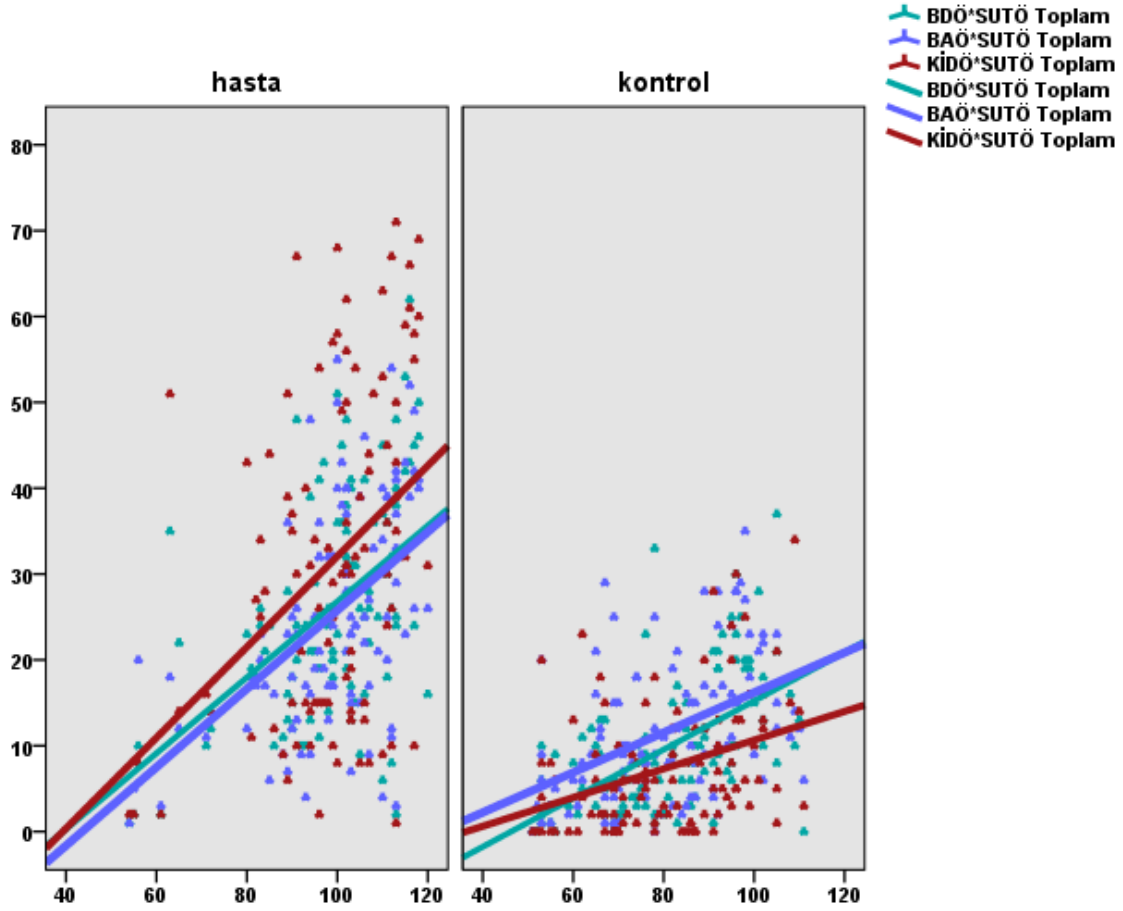
Beck depresyon puanları ile SUTÖ ölçeği toplam puanı (r:0,581), Utanç (r:0,454) ve Suçluluk (r:0,603) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (SUTÖ ölçeği puanları arttıkça, depresyon puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Beck anksiyete puanları ile SUTÖ ölçeği toplam puanı (r:0,470), Utanç (r:0,394) ve Suçluluk (r:0,443) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (SUTÖ ölçeği puanları arttıkça, anksiyete puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

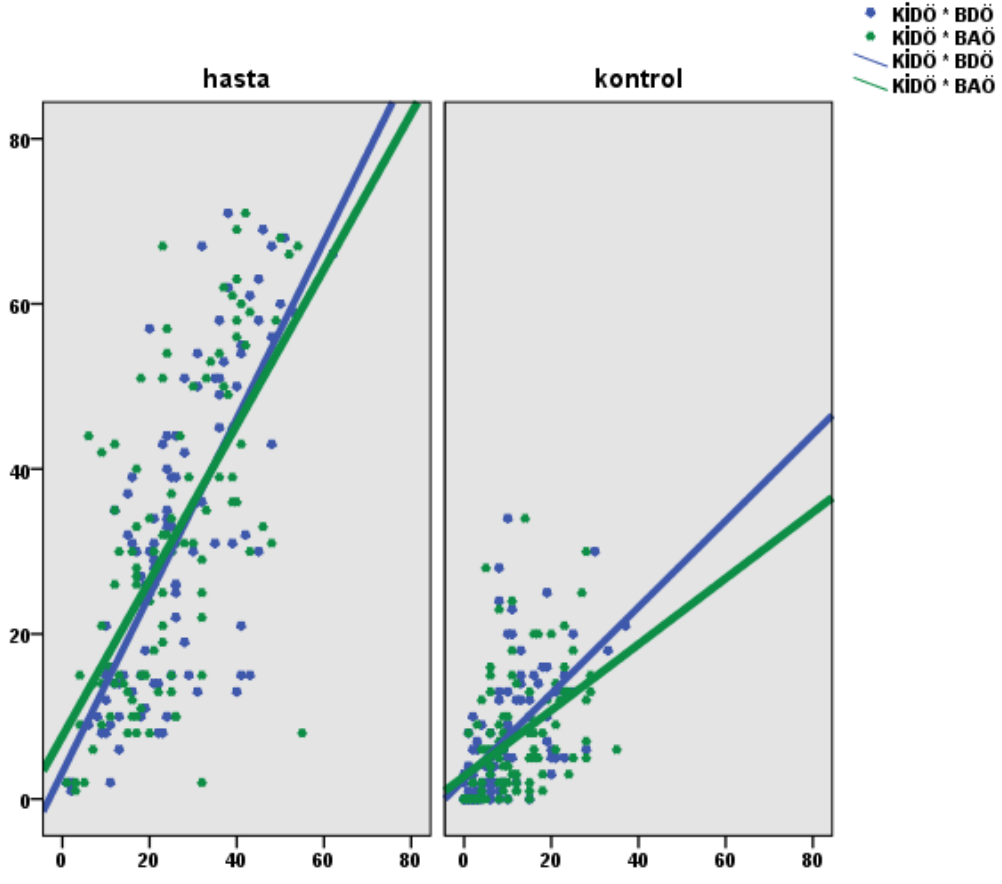
Kısa işlevsellik puanları ile SUTÖ ölçeği toplam puanı (r:0,364), Utanç (r:0,282) ve Suçluluk (r:0,390) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü (SUTÖ ölçeği puanları arttıkça, Kısa işlevsellik puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Kısa işlevsellik puanları ile Beck Depresyon puanları (r:0,654) ve Beck Anksiyete puanları (r: 0,541) arasında pozitif yönlü (Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları arttıkça, Kısa işlevsellik puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,01).

Beck Depresyon puanları ile Beck Anksiyete puanları arasında da pozitif yönlü (Beck Depresyon puanları arttıkça, Beck Anksiyete puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,620$; $p<0,01$).



Şekil 20: Gruplara Göre Suçluluk-Utanç Ölçeği toplam puanı ile Beck Depresyon-Anksiyete ve Kısa İşlevsellik puanları ilişkisi



Şekil 21: Gruplara Göre ile Beck Depresyon-Anksiyete ve Kısa İşlevsellik puanları ilişkisi

Tablo 15: Medeni Duruma Göre Değerlendirmeler

	Medeni durum			Test Değeri	^f p
	Bekar	Evli	Dul-boşanmış		
	(n=7)	(n=84)	(n=12)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	27,14±12,51 (26)	31,70±19,10 (31)	30,58±22,88 (24)	$\chi^2: 0,102$	0,950
Beck Depresyon Ölçeği	27,57±10,34 (26)	26,01±12,84 (24)	26,17±15,88 (21,5)	$\chi^2: 0,339$	0,844
Beck Anksiyete Ölçeği	24,00±13,08 (19)	25,01±12,38 (24)	26,17±17,45 (22)	$\chi^2: 0,160$	0,923
Utancı puanı	47,57±9,43 (48)	48,74±8,62 (51)	48,58±7,15 (50,5)	$\chi^2: 0,197$	0,906
Suçluluk puanı	48,57±6,02 (48)	49,92±7,58 (51)	51,67±4,98 (51,5)	$\chi^2: 1,010$	0,604
SUTÖ toplam puan	96,00±12,71 (97)	98,32±14,97 (102)	101,08±11,10 (101,5)	$\chi^2: 0,663$	0,718

^fKruskal Wallis Test

Medeni durumlarına göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 16: Eğitim Düzeylerine Göre Değerlendirmeler

	Eğitim düzeyi				Test Değeri	^f p
	Eğitimsiz (n=35)	İlköğretim (n=46)	Lise (n=18)	Üniversite (n=4)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme	35,60±22,45 (31)	32,11±17,00 (31,5)	23,72±15,83 (16,5)	17,50±9,15 (14)	χ^2 :3,540	0,170
Beck Depresyon Ölçeği	26,31±14,09 (24)	25,57±13,04 (24,5)	26,72±12,20 (24)	28,50±6,81 (30)	χ^2 :0,146	0,930
Beck Anksiyete Ölçeği	27,29±14,22 (24)	25,91±12,82 (25)	19,78±10,71 (18,5)	20,00±5,60 (18,5)	χ^2 :3,663	0,160
Utancı puanı	50,31±7,14 (51)	47,61±9,47 (49)	47,94±8,73 (47,5)	49,00±4,55 (50)	χ^2 :1,387	0,500
Suçluluk puanı	52,37±5,77 (52)	48,85±7,52 (50)	49,33±8,42 (51,5)	46,25±5,74 (48)	χ^2 :4,773	0,092
SUTÖ toplam puanı	102,69±11,76 (103)	96,07±15,58 (99)	97,22±15,65 (99)	95,25±10,14 (98,5)	χ^2 :4,002	0,135

Üniversite mezunu olguların sayısı az olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

^fKruskal Wallis Test

Eğitim düzeylerine göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utancı, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre Değerlendirmeler

	Psikiyatrik tedavi öyküsü		Test Değeri	^b p
	Var (n=15)	Yok (n=88)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	32,53±21,71 (29)	31,05±18,72 (30,5)	Z: -0,033	0,974
Beck Depresyon Ölçeği	26,73±15,44 (28)	26,03±12,58 (24)	Z: -0,019	0,985
Beck Anksiyete Ölçeği	25,13±15,29 (23)	25,07±12,62 (24)	Z: -0,341	0,733
Ütanç puanı	49,53±11,39 (53)	48,49±7,91 (49,5)	Z: -1,213	0,225
Suçluluk puanı	51,87±5,85 (52)	49,72±7,40 (51)	Z: -1,077	0,282
SUTÖ toplam puan	100,73±16,43 (103)	98,10±14,05 (100)	Z: -1,324	0,186

^bMann Whitney U Test

Psikiyatrik tedavi öyküsü varlığına göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 18: Ailede Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre Değerlendirmeler

	Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü		Test Değeri	^b p
	Var (n=6)	Yok (n=97)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	35,50±23,00 (43)	31,00±18,92 (30)	Z: -0,423	0,673
Beck Depresyon Ölçeği	31,33±21,28 (29,5)	25,81±12,37 (24)	Z: -0,394	0,693
Beck Anksiyete Ölçeği	29,83±16,34 (29,5)	24,78±12,77 (23)	Z: -0,648	0,517
Utancı puanı	48,67±16,77 (58)	48,64±7,82 (50)	Z: -1,177	0,239
Suçluluk puanı	50,00±8,53 (53,5)	50,03±7,17 (51)	Z: -0,300	0,764
SUTÖ toplam puan	96,83±23,86 (108)	98,59±13,76 (101)	Z: -0,535	0,592

^bMann Whitney U Test

Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü varlığına göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Ek Hastalık Varlığına Göre Değerlendirmeler

	Ek Hastalık		Test Değeri	^b p
	Var (n=98)	Yok (n=65)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	35,76±20,28 (34)	28,63±17,98 (26)	Z: -1,668	0,095
Beck Depresyon Ölçeği	27,32±12,60 (26)	25,45±13,20 (24)	Z: -0,783	0,434
Beck Anksiyete Ölçeği	27,08±14,09 (24,5)	23,91±12,21 (23)	Z: -0,971	0,331
Utancı puanı	48,74±8,25 (51,0)	48,58±8,63 (50)	Z: -0,024	0,981
Suçluluk puanı	50,39±7,79 (51,5)	49,82±6,90 (51)	Z: -0,661	0,509
SUTÖ toplam puan	98,84±14,52 (102)	98,28±14,38 (100)	Z: -0,195	0,845

^bMann Whitney U Test

Ek hastalık varlığına göre olguların Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ek hastalık varlığına göre Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında da anlamlı farklılık görülmezken ($p=0,095$; $p>0,05$); ek hastalık görülen olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanlarının, hastalık görülmeyenlerden yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Tablo 20: Sigara Kullanımına Göre Değerlendirmeler

	Sigara kullanımı		Test Değeri	^b p
	Var (n=13)	Yok (n=90)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	26,62±17,53 (26)	31,93±19,29 (30)	Z: -0,949	0,343
Beck Depresyon Ölçeği	26,54±14,54 (21)	26,08±12,80 (25)	Z: -0,353	0,724
Beck Anksiyete Ölçeği	29,00±15,34 (25)	24,51±12,58 (23)	Z: -0,124	0,901
Utancı puanı	49,46±7,24 (50)	48,52±8,64 (51)	Z: -0,189	0,850
Suçluluk puanı	51,08±5,36 (50)	49,88±7,45 (51)	Z: -0,144	0,885
SUTÖ toplam puan	100,54±10,28 (99)	98,19±14,89 (102)	Z: -0,124	0,901

^bMann Whitney U Test

Sigara kullanımına göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utancı, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 21: Alkol Kullanımına Göre Değerlendirmeler

	Alkol kullanımı		Test Değeri	^b p
	Var (n=10)	Yok (n=93)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	21,40±17,63 (14)	32,32±19,01 (31)	Z: -1,839	0,066
Beck Depresyon Ölçeği	25,8±13,59 (23,5)	26,17±12,96 (25)	Z: -0,240	0,811
Beck Anksiyete Ölçeği	22,00±8,16 (19,5)	25,41±13,36 (24)	Z: -0,674	0,500
Ütanç puanı	46,1±12,28 (46,5)	48,91±7,98 (51)	Z: -0,547	0,585
Suçluluk puanı	48,00±7,59 (48)	50,25±7,18 (51)	Z: -1,093	0,274
SUTÖ toplam puan	93,10±17,4 (96)	99,06±13,99 (102)	Z: -1,154	0,249

^bMann Whitney U Test

Alkol kullanımına göre olguların Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol kullanımına göre Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında da anlamlı farklılık görülmezken ($p=0.066$; $p>0,05$); alkol kullanan olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanlarının, kullanmayanlardan düşük olması dikkat çekici düzeydedir.

Tablo 22: Evrelere Göre Değerlendirmeler

	Meme CA Evre			Test Değeri	<i>f_p</i>
	Evre 2 (n=35)	Evre 3 (n=34)	Evre 4 (n=34)		
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD		
	(Medyan)	(Medyan)	(Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	24,80±15,19 (22)	27,15±19,41 (26,5)	42,03±18,15 (43,5)	$\chi^2:15,161$	0,001**
Beck Depresyon Ölçeği	21,20±10,41 (20)	23,88±11,21 (24)	33,47±13,95 (36)	$\chi^2:15,185$	0,001**
Beck Anksiyete Ölçeği	20,57±9,20 (21)	25,12±14,82 (18,5)	29,68±13,00 (32,5)	$\chi^2:8,024$	0,018*
Utancı puanı	46,83±9,07 (48)	47,65±9,47 (49)	51,50±5,77 (52)	$\chi^2:4,925$	0,085
Suçluluk puanı	49,34±7,86 (50)	48,41±7,63 (49,5)	52,35±5,48 (53)	$\chi^2:5,295$	0,071
SUTÖ toplam puan	95,60±15,46 (99)	96,41±16,29 (97)	103,53±9,32 (103)	$\chi^2:5,785$	0,055
	<i>^fKruskal Wallis Test</i>	**p<0.01	*p<0.05		

Evrelerine göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evre 4 olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları evre 2 ve evre 3 olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,001; p=0,003; p<0,01). Evre 2 ve evre 3 olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,773; p>0,05).

Evrelerine göre olguların Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evre 4 olguların Beck depresyon puanları evre 2 ve evre 3 olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,001; p=0,004; p<0,01). Evre 2 ve evre 3 olguların Beck depresyon puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,244; p>0,05).

Evrelerine göre olguların Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evre 4 olguların Beck anksiyete puanları evre 2 olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,002$; $p<0,01$). Evre 4 olguların Beck anksiyete puanları ile evre 3 olguların Beck anksiyete puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,147$; $p>0,05$). Evre 2 ve evre 3 olguların Beck anksiyete puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,509$; $p>0,05$).

Evrelerine göre olguların SUTÖ utanç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,085$; $p>0,05$); evre 4 olguların SUTÖ utanç puanlarının, evre 2 olgulardan yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Evrelerine göre olguların SUTÖ suçluluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,071$; $p>0,05$); evre 4 olguların SUTÖ suçluluk puanlarının, evre 2 olgulardan yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Evrelerine göre olguların SUTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,055$; $p>0,05$); evre 4 olguların SUTÖ toplam puanlarının, evre 3 olgulardan yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Tablo 23: Meme CA Tanı Süresi ile Ölçek Puanları İlişkisi

	Meme CA Tanı Süresi (n=103)	
	r	p
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	-0,051	0,612
Beck Depresyon Ölçeği	-0,209	0,034*
Beck Anksiyete Ölçeği	-0,073	0,462
Utanç puanı	-0,149	0,134
Suçluluk puanı	-0,166	0,094
SUTÖ toplam puan	-0,160	0,107

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0,05*

Olguların tanı süreleri ile Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların tanı süreleri ile Beck depresyon puanları arasında negatif yönlü (tanı süresi arttıkça, depresyon puanı azalan) %20,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: -0,209$; $p=0,034$; $p<0,05$).

Tablo 24: SUTÖ Nedenlerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	SUTÖ Nedenleri					Test Değeri	<i>f_p</i>
	Cinsel yetersizlik (n=29)	Fiziksel olarak çekici bulmama (n=23)	Sağlık giderlerinde artış (n=16)	Aile içi görevlerde aksama (n=28)	Diğer nedenler (n=7)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği	27,38±17,46 (28)	29,87±19,51 (25)	37,75±19,57 (35)	37,36±17,21 (35,5)	12,71±17,64 (8)	χ^2 :13,800	0,008**
Beck Depresyon Ölçeği	22,38±9,37 (23)	27,57±12,71 (25)	28,69±13,90 (31)	30,75±13,25 (26)	12,71±13,20 (10)	χ^2 :11,843	0,019*
Beck Anksiyete Ölçeği	22,79±10,85 (23)	25,65±13,49 (21)	29,94±15,18 (34,5)	26,93±12,09 (25,5)	14,14±12,60 (13)	χ^2 :7,244	0,124
Utanc puanı	48,59±7,08 (50)	48,70±8,58 (50)	49,06±7,49 (51)	50,25±7,28 (51)	41,29±15,97 (49)	χ^2 :1,840	0,765
Suçluluk puanı	50,00±6,51 (51)	49,17±7,57 (50)	53,25±5,83 (55,5)	50,43±6,01 (51)	44,00±12,44 (45)	χ^2 :5,816	0,213
SUTÖ toplam puan	98,59±12,59 (100)	97,09±14,15 (99)	101,69±12,10 (102)	100,64±11,92 (102)	86,71±28,47 (98)	χ^2 :1,897	0,755

^JKruskal Wallis Test ***p*<0.01 **p*<0.05

SUTÖ nedenlerine göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; cinsel yetersizlik ($p=0,026$), fiziksel olarak çekici bulmama ($p=0,011$), sağlık giderlerinde artış ($p=0,005$), aile içi görevlerde aksama ($p=0,004$) nedeni olan olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları, diğer nedenlerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Aile içi görevlerde aksama nedeni olan olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, cinsel yetersizlik nedeni olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,036$; $p<0,05$). Diğer grupların arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

SUTÖ nedenlerine göre olguların Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; cinsel yetersizlik ($p=0,047$), fiziksel olarak çekici bulmama ($p=0,017$), sağlık giderlerinde artış ($p=0,019$), aile içi görevlerde aksama ($p=0,005$) nedeni olan olguların Beck depresyon puanları, diğer nedenlerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Aile içi görevlerde aksama nedeni olan olguların Beck depresyon puanları, cinsel yetersizlik nedeni olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,027$; $p<0,05$). Diğer grupların arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

SUTÖ nedenlerine göre olguların Beck anksiyete, Utanç, Suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 25: Hasta olgularda Beck Depresyon Düzeylerine Göre Değerlendirmeler

	Hasta		Test Değeri	p
	BDÖ < 17 (n=107)	BDÖ > 17 (n=99)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Utanch puanı	39,89±8,99 (40)	49,25±6,77 (50)	Z: -7,250	^b 0,001**
Suçluluk puanı	40,13±9,16 (40)	50,65±5,80 (51)	Z: -8,025	^b 0,001**
SUTÖ toplam puan	80,19±16,95 (80)	99,81±11,08 (100)	Z: -8,127	^b 0,001**

^bMann Whitney U Test **p<0.01

Beck depresyon görülen (puanı ≥ 17) hasta olguların SUTÖ utanch (p=0,001), SUTÖ suçluluk (p=0,001) ve SUTÖ toplam (p=0,001) puanlarının, depresyon görülmeyenlerden (puanı <17) düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 26: Hasta olgularda Beck Anksiyete Düzeylerine Göre Değerlendirmeler

	Hasta		Test Değeri	p
	ADÖ < 26 (n=155)	BDÖ > 26 (n=51)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Utanch puanı	42,06±8,92 (43)	51,45±6,23 (52)	Z: -6,496	^b 0,001**
Suçluluk puanı	42,69±8,99 (43)	52,76±5,53 (54)	Z: -6,959	^b 0,001**
SUTÖ toplam puan	84,88±16,74 (87)	104,00±10,08 (102)	Z: -7,082	^b 0,001**

^bMann Whitney U Test **p<0.01

Beck anksiyete görülen (puanı ≥ 26) hasta olguların SUTÖ utanch (p=0,001), SUTÖ suçluluk (p=0,001) ve SUTÖ toplam (p=0,001) puanlarının, anksiyete

görlmeyenlerden (puanı <26) düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada meme kanseri tanısı alan 103 hastanın depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve suçluluk-utanç düzeylerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada meme kanseri ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve psikolojik değişkenler sorgulanmış ve bu değişkenlerin uygulanan ölçeklere etkileri karşılaştırılmıştır.

Deneklerin çoğunluğu orta yaşlı, evli, ev hanımı, orta düzeyde eğitim almış, eş ve çocukları ile büyük şehirde yaşayanlardan oluşmaktadır. Hastalık evreleri itibari ile çoğunluğu evre 4'te toplanmış, sırasıyla evre 3 ve evre 2 onları izlemektedir.

Hasta grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, çocuk sayısı, sosyal güvence, psikiyatrik tedavi öyküsü, ailede psikiyatrik tedavi öyküsü, ek hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Medeni durumlarına, eğitim düzeylerine, psikiyatrik tedavi öykülerine, ailede psikiyatrik tedavi öykülerine, ek hastalık varlığına, sigara ve alkol kullanımına göre hasta ve kontrol grubu olguların Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck depresyon, Beck anksiyete, SUTÖ-utanç, SUTÖ-suçluluk ve SUTÖ-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Çalışmamızın temel bulgularından biri olan hasta olguların Beck Depresyon ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Hasta grubu 78 (%75,7) olguda depresyon puanında yükseklik tespit edildi. Kontrol grubu 21 (%20,4) olguda depresyon puanında yükseklik tespit edildi. Bizim çalışmamızda hasta grubunda, sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3,5 kat daha fazla depresyon görülmüştür.

Literatür incelendiğinde; kadın meme kanseri hastalarının %20-%35'i hastalıklarının belli bir noktasında, hastalığın evresi ve tedavi durumundan bağımsız olarak, depresyon ve anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (118,172,173). Ramirez ve arkadaşları, 91 hastayı pre-op, post-op 3. ve 12.ayda Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği ile değerlendirdiklerinde, hastaların %55'inde bir veya daha fazla değerlendirme zamanında depresyon ve/veya anksiyete olduğunu bildirmişlerdir (172). Bu çalışmadaki depresyon oranı ile bizim çalışmamızdaki depresyon oranının benzer olduğu görülmektedir. Diğer başka çalışmalarda ise; Kissane ve arkadaşları, 503 meme kanseri hastalarında yaptıkları çalışmalarında erken evre hastalarında (n=303; ortalama post-op 3 ay) %45,3, ileri evre hastalarında (n=200; ortalama tanı sonrası 63 ay) %37 olarak bulunduğunu belirtmişlerdir (173). Mehnert ve arkadaşları; ortalama 47 ay önce meme kanseri tanısı konmuş 1083 hastayı HAD ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %38,2'sinde anksiyete, %22,2'sinde depresyon saptamışlardır (118). Stanton ve arkadaşları invaziv meme kanseri tanısı konulduktan 4 ay sonraki dönemden itibaren 460 meme kanseri tanılı hastayı 12 aylık sürede izledikleri çalışmalarında hastaların %16,6'sının majör depresyon tanı kriterlerini karşıladığını saptamışlardır (174). Grabsch ve arkadaşları, 227 ileri evre meme kanseri hastasının %35,7'sinde depresyon ve/veya anksiyete saptamışlardır (117). Bu ve benzeri çalışmalarda da depresyon oranının normal popülasyona göre yüksek ve bizim çalışmamızdaki bulgularımızı destekler özellikte olduğu görülmektedir. Vin-Raviv ve arkadaşları 2006-2009 yılları arasında hospitalize edilen 4164 meme kanserli hasta ile 4164 meme kanseri olmayan kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında depresyon (OR=0,63, 95% CI:0,52-0,77) ve anksiyeteyi (OR=0,68, 95% CI: 0,52-0,90) hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu; ayrıca ilginç şekilde depresyonu olan meme kanseri hastalarında depresyonu olmayanlara göre mortalitenin daha az görüldüğünü, mortalite ve anksiyete arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir (175).

Literatürdeki diğer çalışmaların ve bizim bulgularımızın aksine 2006-2010 yılında Amerika'da telekonferans yöntemi ile meme kanseri hastalarında depresyon ve yorgunluğun oranını araştırmak amacıyla 168 meme kanseri hastası ile yapılan randomize ve kör olmayan çalışmada depresyon ve yorgunluk açısından kontrol grubu ile hasta grubu arasında fark olmadığı belirtilmiştir (176).

Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda en sık majör depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyon görülür. Bir gözden geçirmede kanserli hastalarda %10-25 oranında majör depresyon ve benzer oranlarda da klinik olarak anlamlı depresif belirti saptandığı bildirilmiştir (113). Bu oranlar göz önüne alındığında kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.

Kanser ve tedavisinin neden olduğu iştah kaybı, yorgunluk, uyku bozuklukları, psikomotorretardasyon, apati ve konsantrasyon bozukluğu gibi nörovejetatif bulgular nedeniyle kanser hastalarında majör depresif bozukluk (MDB) tanısı koymak oldukça güç ve tanınması zordur. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarında depresif bulguların değerlendirilmesinde disfori, anhedoni, çaresizlik, değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk ve öz kırım düşüncelerine odaklanması gerektiği belirtilmektedir (75).

Bulotiene ve arkadaşlarının meme kanserli hastalarda psikolojik uyumunun değerlendirildiği çalışmalarında meme kanserli hastalarda depresyonun varlığını anksiyeteye göre daha fazla oranda görüldüğü belirtilmiştir (177). Bulotlene ve arkadaşlarının çalışmalarında anksiyete ve depresyonun en çok fakülte mezunu bayan hastalarda görüldüğü, eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği belirtilmiştir (177). Pandey ve arkadaşlarının kemoterapi alan meme kanserli hastalarda kaygıya bağlı anksiyete ve depresyon değerlendirilmesinde "cinsiyetin" özellikle kadınların depresyon düzeyinde etkili faktör olduğu bulunmuştur (178).

Bizim çalışmamızda depresyon oranının diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının nedeni hasta olgularımızın %46,6'sı (n=96) ilköğretim mezunu olması yani eğitim düzeyinin görece düşük olması, örneklem grubunun tamamının kadın cinsiyet olması ve örneklem sayısının azlığı gibi nedenler olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın temel bulgularından bir diğeri olan hasta olguların BeckAnksiyete ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Hasta 76 olguda (%73,8) anksiyete puanında yükseklik tespit edildi. Kontrol grubu 26 olguda (%25,2) puanında yükseklik tespit edildi. Bizim

çalışmamızda hasta grubunda sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3 kat daha fazla anksiyete görülmüştür.

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde; Mehnert ve arkadaşları, meme kanseri tanısı konmuş 1083 hastayı HAD ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %38,2'sinde anksiyete ve %22,2'sinde depresyon saptamışlar, anksiyetenin depresyondan anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (118). Hopwood ve arkadaşları ilerlemiş meme kanseri tanısı olan 211 hastayı HAD ile değerlendirdiklerinde %27'sinde anksiyete ve/veya depresyon saptamışlardır (179). Vahdadin ve arkadaşları çalışmalarında, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının zamanla düşmesine rağmen, 18. ayda HAD ölçeği kesme puanına göre anksiyete oranını %38,4 ve depresyon oranını %32,3 olarak saptamışlar, meme kanserinde anksiyetenin depresyondan daha yüksek oranda olduğunu belirtmişlerdir (87). Çelik ve arkadaşları da takipteki meme kanserli hastalardaki çalışmalarında duygusal durum, uyku güçlüğü, yorgunluk ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (128). Başka bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %30 PTBS, %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir (146). Ayrıca eş tanıli durumlarda tek bir tanının varlığına göre daha ağır belirtiler, terapiye daha fazla direnç ve daha fazla yeti yitimi görüldüğü belirtilmiştir (146). Gold ve arkadaşları meme cerrahisi uygulamasından 6 ay sonraki dönemde 335 hasta ile kombine anksiyete ve depresyon ölçeği (CADS) kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların %44.5'inin ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu, bu hastaların genç yaşta, beyaz ırktan olmayan, sosyoekonomik durumu düşük, kemoterapi alan ve çoğunluğu ek destek olmadan kendi ihtiyaçlarını karşılayanlar olduğu belirtilmiş; ayrıca depresyon ya da subsendromal depresyon belirtisi bile olmadan yüksek anksiyete ile karşılaştırıldığında; umutsuzluk, belirsizlik, yaşam kalitesinde azalma ve hastalığın nüks etme korkusu ile yüksek anksiyete arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir (180).

Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde hastalığın anksiyete yaşama nedenlerine bakıldığında ise hastalığın yineleme korkusunun, gelecek

kaygısının, aile desteğini yeterli görememenin, geçmiş tedavilerin hala devam eden olumsuz etkilerinin hastalarda anksiyete yaratabildiği görülmektedir (181). Çalışmalarda genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (144).

Bizim hasta olgularımızın %46,6'sı (n=96) ilköğretim mezunu olması yani eğitim düzeyinin görece düşük olması, popülasyonumuzun tamamının kadın cinsiyet olmasından ve hasta olguların %2,9'una (n=3) cerrahi, %97,1'ine (n=100) kombine tedavi yani daha fazla kemoterapi alan hasta sayısından dolayı diğer çalışmalara göre çalışmamızdaki hasta grubunun anksiyete düzeyinin yüksek olmasının nedenleri olarak düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda hasta olguların İşlevsellik Değerlendirme ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Hasta 86 olgunun (%83,5), kontrol grubu 28 olgunun (%27,2) işlevsellik puanlarında yükseklik saptandı. Bizim çalışmamızda hasta grubunda sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3 kat daha fazla işlevsellikte bozulma ya da yaşam kalitesinde bozulma meydana geldiği görülmüştür.

Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesi de son yıllarda üzerinde sıkça araştırma yapılan bir konudur. Bu hastalarda yaşam kalitesi incelemeleri birbiriyle çelişebilecek sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Akechi ve arkadaşları meme kanseri tanısı konulduktan sonraki ikinci yılda 146 hastayla yaptıkları çalışmalarında hastalara HAD ölçeği uygulamışlar ve hastaların %14'ünde anksiyete saptamışlar ve anksiyetesi olan hastaların yaşam kalitelerinde bozulmanın daha fazla olduğunu belirtilmişlerdir (180). Ayrıca çalışmamızla benzer olarak diğer bazı çalışmalarda da, meme kanseri tedavisi sonrası işlevsellikte bozulma ve sosyal fonksiyonlarda zayıflama bildirilmiştir (182,183). Sosyal fonksiyonlardaki azalmanın tedavi sonrası 4.-5. yıllarda da devam ettiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (184,185).

Meme kanserli hastalarda kemoterapi uygulamalarının olası yan etkisi olarak bilişsel işlevsellikteki bozulma, hem normal doz (örneğin meme kanserinde) uygulamalarında hem de yüksek doz tedavi sonrasında kök hücre naklinde ilgi odağı

olmaya başladığı ve yeni çalışmalar ile bunun araştırıldığı belirtilmektedir (186-188). Çeşitli terapiler sonrasındaki (özellikle kemoterapi uygulamalarında) bilişsel bozuklukların görülme oranı %50, bu hastalarda bu bozuklukların uzun dönemde bilişsel verimi sınırlandırma oranının ise %15-20 olduğu çeşitli yayınlarda belirtilmektedir (189). Bu oranın yüksek olmasının nedeni olarak ise, bu alanda yapılan araştırmaların azlığı nedeniyle bilişsel alanda ilerde yaşanabilecek sınırlılıkların bilinmemesi ve tedavi sonrasında olası yan etkilerin önceden kestirilememesi olduğu belirtilmektedir.

Bizim çalışmamızda bu çalışmalara benzer şekilde hastalarda işlevsellikte bozulma meydana geldiği ve bunun hastalık ve uygulanan tedavi yöntemiyle ilişkili olduğu söylenebilir. Ayrıca bizim hasta grubunun çoğunluğunun %97.1'ine (n=100) kombine tedavi yani daha fazla kemoterapi alan hasta sayısından dolayı sosyal ve bilişsel işlevsellikteki bozulmanın nedeni olarak düşünülmektedir. Ayrıca net olmamakla birlikte diğer çalışmalara oranla depresyon ve anksiyete düzeyindeki yüksekliğin de bizim çalışmamızdaki hastalarda yaşam kalitesinde bozulma meydana gelmesine etki yaptığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hasta olguların Suçluluk-Utanç Ölçeği toplam puanları (98,49±14,37), kontrol grubu (80,75±15,66) olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca hasta grubun alt ölçek puanlarından Utanç puanları (48,64±8,45) ve Suçluluk puanları (50,03±7,21) da kontrol grubu olguların Utanç puanları (40,14±8,03) ve Suçluluk puanlarından (40,34±8,71) anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Literatürde direkt meme kanseri ve utanç-suçluluk ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır; fakat eşler arası ilişkiler, hasta memnuniyeti, cinsel çekicilik vb. konularda utanç-suçluluk ile yakın sayılabilecek hususlarla ilgili çalışmalar mevcuttur. Bu yönüyle çalışmamızın literatüre önemli katkı sunacağını düşünmekteyiz.

Lo Conte ve arkadaşları 96 küçük hücre dışı akciğer kanseri hastası, 30 meme kanseri hastası ve 46 prostat kanseri hastası ile yaptıkları çalışmalarında gruplar arasında utanç ve suçluluk ölçek puanlarında fark olmadığını, tümörün tipinden bağımsız sigara içenlerde utanç ve suçluluk ölçek puanları sigara içmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (190). Friedman ve

arkadaşları evresi 0-3 olan 123 meme kanseri tanılı hastada yaptıkları çalışmalarında duygudurum bozukluğu tanısı alan ve yaşam kalitesinde bozulma olan hastaların olmayanlara göre kendilerini daha fazla suçlu hissettiklerini belirtmişlerdir (191).

Rowland ve arkadaşlarının (2000), ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 1957 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kadınların %57'sine lumpektomi, %27'sine mastektomi, %17'sine mastektomi+memerekonstruksiyonu uygulandığı, %17'lik grubun, diğerlerinden daha genç olduğu (ortalama yaş: 50,3-55,9) beden imajı ve cinsel çekicilik duygusu açısından lumpektomili kadınların diğerlerine göre kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir (192). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada ise; Al-Ghazal ve arkadaşlarının 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 (193).

Bir diğer benzer çalışmada ise; Sertöz ve arkadaşlarının ortalama 1,5 yıldır meme kanseri ile yaşayan 125 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışma olup; total mastektominin beden algısını bozduğu, bozulmuş beden algısının cinsel doyuma azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu; meme kanserli kadınlarda en sık gözlenen cinsel işlev bozukluğunun, cinsel ilişkiden kaçınma ve iletişim bozukluğu olduğu bulunmuştur (77).

Bu çalışmaların aksine Okanlı ve Ekinci (2004)'nin çalışmasında mastektominin, meme kanserli hasta ve eşlerinin, yaşam doyumları ile evlilik uyumlarında herhangi bir farklılık yaratmadığı ancak duygu kontrol düzeyinde mastektomi sonrası, öncesine göre anlamlı farklılığın yaşandığı gözlemlendiği belirtilmiştir (194).

Bizim çalışmamız ve diğer çalışmaların çoğunluğuna göre uygulanan tedavi yöntemine bağlı olarak mastektomi veya meme kanserinin kendisinin hastalarda cinsel ilişkiden kaçınma, beden algısında bozulma, bozulmuş beden algısının cinsel doyuma azalmaya ve eş uyumunda bozulmaya neden olduğu bunlardan dolayı

direkt olmasa da utanç-suçluluk ilişkisinin altta yatan neden olduğu ve bu konun üzerinde daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda meme kanserinin evrelerine göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evre 4 olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları evre 2 ve evre 3 olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Evre 2 ve evre 3 olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Cheung ve arkadaşları kemoterapi alan 54 meme kanseri hastası ile bilişsel fonksiyon, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik parametrelerin inceledikleri çalışmalarında hastalarda anksiyetenin %15,1, yorgunluğun %27,8 ve bilişsel bozukluğun %25,9 oranında görüldüğünü ve en az oranda %5.6 depresyon görüldüğünü belirtmişlerdir (195). Costanza ve arkadaşlarının evre 0-3 meme kanseri olan 89 hastayı, tedavi sırasında, tedavi tamamlandıktan 3 hafta ve 3 ay sonra değerlendirdikleri bir çalışmalarında, üç dönem arasında istatistiksel olarak anksiyete ve depresyon puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (196). Yaşam kalitesinin çoğu alanlarının (fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji-canlılık) ve işlevselliklerinin ise zamanla iyileştiği ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Meme kanseri hastalarının izlendiği, farklı zamanlarda sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda süre geçtikçe sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin birçok boyutunun iyileştiği bildirilmiştir (197-199). Bazı çalışmalarda ise (32,33) uzun dönemde de bozulmanın devam ettiği gösterilmiştir (200,201). Schou ve arkadaşları çalışmalarında meme kanseri tanısı alan hastaların sosyal, kognitif ve emosyonel fonksiyonlarının etkilendiğini, kognitif ve sosyal fonksiyonların daha yavaş iyileştiğini belirtmişlerdir (182). Ayrıca başka bir çalışmada, hastanın yaşının uzun dönemli sağkalımlarda yaşam kalitesine üzerine önemli etkisi olduğunu saptamıştır. Daha genç olan meme kanseri olan hastalarda uzun dönemli sağ kalımlarda yaşam kalitesi daha iyi olarak bulunmuştur (kohort etki-cohorteffect). Diğer yandan bu genç grup arasında, örneğin hastaların %47'sinin lenf ödemi şikayeti olması gibi daha uzun süre devam ettiği saptanmıştır (202).

Bizim çalışmamız ve diğer bazı çalışmalara göre meme kanserinin evresine bağlı olarak özellikle de evre 4'te sosyal işlevsellikte ve yaşam kalitesinde bozulma meydana geldiği söylenebilir. Fakat yine de denek sayısının azlığı, kültürel farklılıklar, araştırmada kullanılan yöntemlerden dolayı bu konuda net bir şey söylemek mümkün değildir.

Evrelerine göre olguların; Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları ile evreler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evre 4 olguların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları evre 2 ve evre 3 olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Evre 2 ve evre 3 olguların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine benzer şekilde evrelerine göre olguların SUTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken; evre 4 olguların SUTÖ toplam puanlarının, evre 3 olgulardan yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Meme kanseri evresi ile psikolojik morbidite arasındaki ilişki tartışmalıdır. Literatür incelendiğinde, kanserli hastalarda hem tedavi ve bakım hem de hastalığın algılanmasında, hastalığın bulunduğu evrenin belirleyici olduğunu, tümörün evresinin kişinin yaşam süresine doğrudan etki etmekte birlikte, ileri dönemde tedavi ve bakım amaçlı yapılan girişimler ve hastanede kalma sürelerinde meydana gelen uzamayı da beraberinde getirdiğini, bu nedenle ileri evrede bulunan hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerinde yükselme görüldüğünü bildiren çalışmaların yanı sıra, evre 0 ile invazif meme kanserli hastaların, benzer psikolojik morbiditeye sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (203-205).

Bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde kemoterapi alan (yani evre 4) meme kanseri hastalarında radyasyon tedavisi alanlara göre daha fazla anksiyete deneyimleri olduğu gösterilmiştir (203). Birçok çalışma kemoterapötik ajan kullanımının, depresyon gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (114,115).

Çalışmamızın aksine yapılan iki farklı çalışmada; Şenel ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların hemen yarısı hastalıklarının 4. evresinde olmalarına karşın

günlük işlevselliklerinin, evlilik ilişkilerinin genelde hastalıktan etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Bunun bir nedeni olarak ise evre 4 meme kanserinde, hastaların yaşam kalitesinin diğer kanser türlerine göre daha iyi olması, kemoterapiye iyi yanıt vermesi ve semptomsuz bir şekilde daha uzun süre yaşayabilmeleri olabileceği düşünülmüştür (15). Costanzo ve arkadaşlarının 0-3 evre meme kanseri olan 89 hastayı, tedavi sırasında, tedavi tamamlandıktan 3 hafta ve 3 ay sonra değerlendirdikleri çalışmalarında, üç dönem arasında istatistiksel olarak anksiyete ve depresyon puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (196).

Kanser gibi insan yaşamını tehdit eden bir stresle karşılaşan ve geçirilmiş ruhsal sorunları olan bireyler, yeni durumla baş etmede yetersiz kalabilmekte dolayısıyla uyum sürecini başlatmada güçlükler yaşayabilmektedirler. Önceden var olan psikiyatrik sorunlar kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklara yatkınlık sağlayan önemli etmenlerden biri olarak bildirilmektedir (206-208). Çalışmamızda daha önce ruhsal hastalık sebebiyle tedavi gören meme kanserli olguların depresyon ve anksiyete düzeyleri farklı bulunmamıştır. Bu durum daha önce ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören hastaların yeni bir kriz karşısında daha çabuk tedavi arayışına girmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, ailesinde ruhsal hastalık olanlarla olmayanların anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından, anlamlı bir fark tespit edilmedi. Bu durumun kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığın herkeste benzer şekilde tepkilere yol açmasından kaynaklanabileceği veya bireysel farklılıklara bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Olguların tanı süreleri ile Kısa işlevsellik değerlendirme, Beck anksiyete, SUTÖ utanç, SUTÖ suçluluk ve SUTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu konuda az sayıda makale olmakla birlikte bizim bulgularımıza benzer bir çalışmada ise; tanıdan altı yıl sonra meme kanseri hastalarının incelendiği başka bir araştırmada da bu hastalar fiziksel ve duygusal olarak kendilerini çok iyi hissettiklerini ve sosyal ilişkilerinde bir değişme olmadıklarını bildirmişlerdir (183).

Bizim bulgularımızın aksine meme kanseri teşhisi aldıktan sonraki beş yıl içerisinde herhangi bir hastalığın izine rastlanmayan hastalardaki yaşam kalitesi sağlıklı nüfusla kıyaslandığında bu hastalarda daha yüksek bulunmuştur (209). Bu hastalar mesleki alandaki ve fiziksel sağlık durumları günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sağlıklı nüfusa göre yetersizken, vücudun işlevi, psikolojik sağlık ve sosyal işlevselliğin ne olduğunu sağlıklı nüfusa karşılaştırıldıklarında daha iyi değerlendirmişlerdir (210). Saboonchi ve arkadaşları prospektif ve kohort olan 2 yıllık dönemde 725 meme kanseri hastası ile yaptıkları takip çalışmalarında anksiyetenin birinci yılının sonuna doğru hızlı düşüş gösterdiğini, ikinci yılın sonuna kadar görece daha az ve yavaş düşüş gösterdiğini belirtmişlerdir (211).

Olguların tanı süreleri ile Beck depresyon puanları arasında negatif yönlü (tanı süresi arttıkça, depresyon puanı azalan) %20,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bizim çalışmamıza benzer şekilde tanı süresi uzadıkça meme kanserli hastaların duygusal değişimlere uyum sağladıkları ve baş etme kapasitelerinin arttığı depresyon ve anksiyete puanlarında azalma olan çalışmalar literatürde bulunmaktadır (212-214). Nordin ve arkadaşları çalışmalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalığın klinik seyri uzadıkça arttığını belirtmişlerdir (215). Meme kanserli kadınların tanı zamanından itibaren ilk beş yıl içerisinde altı kez değerlendirildiği bir çalışmada, depresyon oranının en fazla (%48) tanıdan sonraki ilk yılda görüldüğü bildirilmiştir (116). Hartl ve arkadaşları da iki yıl izledikleri hastaların, ameliyat sonrası 2. haftası, 6.,12.,18.,24. aylarında yaptıkları ölçümde genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi, fiziksel, rol, emosyonel, sosyal fonksiyon puan ortalamalarında, özellikle 6. ayda önemli artış olduğunu, sonraki aylarda minor değişimlerin olduğunu saptamışlardır (197).

Bizim çalışmamızın aksine; Jacobsen ve arkadaşlarının çalışmalarında kemoterapi süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kemoterapi süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin de arttığı belirtilmiştir (216). Avis ve arkadaşları 653 meme kanseri hastasıyla 24 aylık Beck depresyon ölçeği ile takip çalışmalarında BDE kesme puanını 10 olarak aldıklarında hastaların % 29,2' sinin sürekli olarak sınıra yakın ölçek skorları ve %

11,3'nün başlangıçta yüksek zamanla azalan puanları olduğunu; ancak % 7,2'sinin zamanla BDE puanlarında artış olduğu ve küçük ama benzersiz bir grup (% 1,1) BDE puanı sürekli olarak 25 ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca depresyon puanı düşük olan grubun daha yaşlı hastalar olduğu, daha az kemoterapi aldığı, daha az fiziksel belirtilerinin (halsizlik ve ağrı) olduğunu belirtmişlerdir (217).

SUTÖ nedenlerine göre olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; cinsel yetersizlik, fiziksel olarak çekici bulmama, sağlık giderlerinde artış, aile içi görevlerde aksama nedeni olan olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları, diğer nedenlerden anlamlı düzeyde yüksektir.

Meme kanserinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemeye yönelik birçok araştırma yapılmıştır. Da Silva ve arkadaşları mastektomi sonrası 1-5 yıllık dönemde 16 meme kanseri hasta ile yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastalarda yaşanan problemler arasında beden imajı ile ilgili olumsuz düşünme, özerklik duygusunda değişiklik, durumsal korku, ailede meydana gelen sorunlarla ilgili kendini suçlama, rahatsız edici sosyal problemlerle karşılaşma ve mesleğine geri dönme ilgili problemlerin sık olduğu belirtmişlerdir (218). Engel ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarında 5 yıl devam eden yaşam kalitesi çalışmalarında mastektomi yapılan hastaların beden imajı skorlarının düşük olduğu, kendilerini daha az çekici hissettikleri, dış görünüşlerinden hoşlanmadıkları, kendilerini bütün olarak hissetmedikleri, kendi memelerinden ve skar dokusundan dolayı mutsuz oldukları, cinsel açıdan daha az aktif oldukları, kendilerini güvensiz hissettikleri, diğer insanlarla iletişimden kaçındıkları ve günlük alışkanlıklarının büyük bir alanının etkilendiği ortaya çıkmıştır (198).

Paskett ve arkadaşlarının meme kanseri tedavisi gören kadınlarla kanser öyküsü olmayan kadınların yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında; meme kanseri öyküsü olan kadınların sağlıklı gruba göre daha kötü fiziksel sağlık ve işlevsellik sebebiyle daha fazla rol sınırlılığı, daha fazla ağrı, daha kötü genel sağlık ve daha az zindelik bildirdikleri saptanmıştır (219). Yine benzer şekilde Helgeson ve Tomich 5 yıl ve üzeri meme kanseri hastalarını sağlıklı insanlardan oluşan kontrol grubuyla karşılaştırdıklarında fiziksel fonksiyonlar ve semptomlar gibi yaşam

kalitesinin alt boyutlarının meme kanseri olan hastalarda daha kötü olduğunu saptamışlardır (220). Brunault ve arkadaşları metastatik olmayan 120 meme kanseri hastası ile yaptıkları çalışmalarında düşük fiziksel yaşam kalitesi alt puanı ile majör depresif bozukluk, daha genç yaş, daha şiddetli hastalık başlangıcı ve tümör evresi arasında pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (221). Yine aynı çalışmada düşük duygusal yaşam kalitesi alt puanı ile majör depresif bozukluk, bir kişilik bozukluğunun varlığı, şiddetli ağrı düzeyi, kendini suçlama, hastalığı kabul ve başa çıkma stratejileri arasında pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtilmiştir. Toplam yaşam kalitesi ölçek puanı düşüklüğü ile majör depresif bozukluk, bir kişilik bozukluğunun varlığı, daha şiddetli ağrı düzeyi, kendini suçlama daha fazla hormonal tedavi gereksinimi arasında pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtilmiştir (221). Avis ve arkadaşlarının 204 kadında meme kanseri ile ilgili sorunları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada en fazla göze çarpan sorunlar arasında, kadınların vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyma ve eşleriyle ilişkilerinde sorun yaşama olduğu saptanmıştır (222). Saeedi-Saedi ve arkadaşları 82 meme kanseri hasta ile yaptıkları çalışmalarında 32 hastada (% 39) şiddetli duygusal sıkıntı ile hastanın fonksiyonel durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptamışlar ve duygusal sıkıntı ile ilişkili olarak çocuklara bakamama korkusu, korku, endişe, banyo yapamama ve giyim zorlukları, aile sorunları, ateş ve burun kuruluşu gibi faktörler meydana geldiğini belirtmişlerdir (223).

Bizim çalışmamızdaki SUTÖ nedenleri ile literatürde yapılan çalışmalardaki yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin benzer olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak da hastalığın herkeste benzer şekilde duygusal tepki ve düşüncelere yol açmasından kaynaklanabileceği veya evrensel değerlerin benzer olduğunu düşünmekteyiz.

SUTÖ nedenlerine göre olguların Beck anksiyete, utanç, suçluluk ve SUTÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı. SUTÖ nedenlerine göre olguların Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; cinsel yetersizlik, fiziksel olarak çekici bulmama, sağlık giderlerinde artış, aile içi görevlerde aksama

nedeni olan olguların Beck depresyon puanları, diğer nedenlerden anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak yapılan çalışmalarda; meme kanseri olan özellikle genç yaşlardaki hastaların, kadınlığın sembolü olan memenin kaybı ile birlikte, kadınlığı algılamaları değişmekte, kilo kaybı veya kilo almaya saç kaybı da eklenince kendilerini çekici hissetmedikleri ve cinsel sorunlar yaşadıkları belirtilmekte depresyon ve anksiyete riskinde artış olduğu belirtilmektedir (15,224). Bennett ve arkadaşları yeni tanı konan 115 meme kanseri hastası ile 4. ay, 7. ay ve 12. aylarda kendini suçlama düzeyleri ile anksiyete ve depresyon ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında 4. aydaki değerlendirmede kendi suçlama ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğunu, 7. ay ve 12 aylarda değerlendirmelerde ilişki olmadığını belirtmişlerdir (225). Fang ve arkadaşları Güney Taiwan'da cerrahi ve kemoterapi/radyoterapi tedavisi sonrası 151 meme kanseri hastası ile yaptıkları çalışmalarında bir yakını tarafından olumlu empatiye sahip ve beden imajı ile olumlu görüşü olan hastaların depresyonun anlamlı şekilde düşük olduğu saptanırken; beden imajı ve bir yakını tarafından olumlu empati karşılaştırıldığında ise aralarında ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (226). Favez ve arkadaşları postop 3. haftada 75 meme kanseri hastası ile yaptıkları çalışmalarında beden imajında meydana gelen bozukluğun anksiyete düzeyini artırdığını ve güvensiz bağlanma yaşayan hastalarda daha fazla anksiyete olduğunu belirtmişlerdir (227).

Bizim çalışma bulgularımızın literatürde yer alan araştırmalardan farklı olmasında diğer çalışmaların örnekleme (hastalık ve tedavi dönemi), yöntemi ve değerlendirme araçları (örneğin anksiyete için STAI ölçeğinin kullanılması gibi) farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca elimizde net bir veri olmamasına karşın stresle baş etmede ki bu güçlüğü kültürel özelliğimizdeki yakınlarla paylaşma ve yardımlaşmaya bağlamak en yakın olasılık olarak gözlenmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda meme kanseri grubunda sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3,5 kat daha fazla depresyon olduğu saptandı.
2. Çalışmamızda meme kanseri grubunda sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3 kat daha fazla anksiyete olduğu saptandı.
3. Çalışmamızda meme kanseri hastaların işlevselliğinde bozulma meydana geldiği ve sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3 kat daha fazla işlevsellikte bozulma olduğu saptandı.
4. Çalışmamızda meme kanseri hastaların suçluluk-utanç ölçeği toplam puanları sağlıklı kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu; ayrıca meme kanseri hastaların alt ölçek puanlarından Utanç puanları ve Suçluluk puanları da kontrol grubu olgularından anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
5. Evre 4 meme kanserli olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları evre 2 ve evre 3 olanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
6. Evre 4 olguların Beck depresyon, Beckanksiyete ve SUTÖ toplam puanları evre 2 ve evre 3 olanlar olgulardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
7. Olguların tanı süreleri ile sadece beck depresyon puanları arasında negatif yönlü (tanı süresi arttıkça, depresyon puanı azalan) %20,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.
8. Cinsel yetersizlik, fiziksel olarak çekici bulmama, sağlık giderlerinde artış, aile içi görevlerde aksama nedeni olan meme kanserli olguların Kısa işlevsellik değerlendirme puanları, diğer nedenleri olan meme kanserli olgulardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

9. SUTÖ nedenlerine göre olguların sadece Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç olarak, meme kanserli hastaların anksiyete, depresyon, işlevsellik düzeyi ve utanç-suçluluk duyguları gibi psikiyatrik belirtilerin düzeyleri zaman içerisinde değişiklik gösterse de tanı anından itibaren ve tedavi sürecinde saptanan oranlar, hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, hasta sayısının kısıtlılığı, kullanılan yöntemler vb. nedenlerle toplum geneline uyarlanamaz. Fakat bu sonuçların hastaların yaşadıkları psikososyal zorlanmalar ve tedaviye uyumları açısından önemli bilgiler verdiği düşünülmektedir. Bu konuda çok merkezli ve daha kapsamlı çalışmaların yapılması, meme kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların desenin ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabilecek faktörlerin daha iyi anlaşılmasına imkan sağlayacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006; 32(2): 85-92.
- Blow AJ, Swiecicki P, Haan P, Osuch JR, Symonds LL, Smith SS, et al. The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qualitative Health Research*. 2011; 21(10): 1316-34.
- Andersen BL, Anderson B, DeProse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(6): 692-7.
- Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2012; 62(1): 10-29.
- Gültekin M, Boztaş G. Türkiye Kanser İstatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014; p.43.
- Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*. 2001; 8(5): 442.
- Özkan S. *Pskiyatrik Tıp*. İstanbul Çapa Tıp Fakültesi Yayınları. 1990.
- Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji*. 2004; 6(3): 124-9.
- Patterson P, Moylan E, Bannon S, Salih F. Needs analysis of a cancer education program in south western Sydney. *Cancer Nursing*. 2000; 23(3): 186-92.
- Ataseven A, Kutaniş R. *Meme Hastalıkları*. İstanbul. Güney Matbaası; 1990. p. 369-71.
- Yeşilbalkan Ö, Akyol A, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1): 13-31.
- Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tataryn DJ, Fraser VH, editors. Information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1998; 25(9): 1595-601.
- Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2004; 13(4): 260-8.

- Rustøen T, Begnum S. Quality of life in women with breast cancer: A review of the literature and implications for nursing practice. *Cancer Nursing*. 2000; 23(6): 416-21.
- Şener Ş, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar Aİ. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 1999; 2: 254-60.
- Gagnon P, Massie M, Holland J. The woman with breast cancer: Psychosocial considerations. *CANCER BULLETIN-HOUSTON-*. 1993; 45: 538-538.
- Ries L, Eisner M, Kosary C, Hankey B, Miller B, Clegg L, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004. National Cancer Institute; Bethesda, MD: 2007. Available at: [seer cancer gov/csr/1975-2001](http://seer.cancer.gov/csr/1975-2001).
- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2011; 61(2): 69-90.
- Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2000; 50(1): 7-33.
- Tuncer M. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Yayını Bakanlık Yayın. 2009; (760): 1-20.
- Özmen V. Dünyada ve Türkiye’de Meme Kanseri. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2008; 4(2): 2-9.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer*. 2010; 127(12): 2893-917.
- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2007; 57(1): 43-66.
- Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Stinchcomb D, Howlader N, Horner M, et al. SEER cancer statistics review, 1975–2005. Bethesda, MD: National Cancer Institute. 2008; 1975-2005.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*. 1983; 249(6): 751-7.
- Levy MR. Cancer fatigue: a neurobiological review for psychiatrists. *Psychosomatics*. 2008; 49(4): 283-91.

- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *The Lancet*. 2001; 358(9291): 1389-99.
- Lynch HT, Watson P, Conway TA, Lynch JF. Clinical/genetic features in hereditary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 1990; 15(2): 63-71.
- Howe HL, Wu X, Ries LA, Cokkinides V, Ahmed F, Jemal A, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2003, featuring cancer among US Hispanic/Latino populations. *Cancer*. 2006; 107(8): 1711-42.
- Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: Associations and interactions in an international case-control study. *International journal of cancer*. 1990; 46(5): 796-800.
- Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*. 2000; 152(10): 950-64.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer. *The Lancet*. 1997; 350(9084): 1047-59.
- Hunter DJ, Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Rosner B, Hennekens CH, et al. A prospective study of the intake of vitamins C, E, and A and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 1993; 329(4): 234-40.
- O'Connell DL, Hulka BS, Chambless LE, Wilkinson WE, Deubner DC. Cigarette smoking, alcohol consumption, and breast cancer risk. *Journal of the National Cancer Institute*. 1987; 78(2): 229-34.
- Bomford CK, Kunkler IH. *Walter and Miller's Textbook of Radiotherapy: Radiation Physics, Therapy, and Oncology*: Churchill Livingstone London; 1993. p.383-94.

- Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2007; 356(3): 227-36.
- McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2006; 15(6): 1159-69.
- Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, et al. Family history, age, and risk of breast cancer: prospective data from the Nurses' Health Study. *Jama*. 1993; 270(3): 338-43.
- Slattery ML, Kerber RA. A comprehensive evaluation of family history and breast cancer risk: the Utah Population Database. *Jama*. 1993; 270(13): 1563-8.
- Miller W. Oestrogens and breast cancer: biological considerations. *British medical bulletin*. 1991; 47(2): 470-83.
- Boice Jr JD, Harvey EB, Blettner M, Stovall M, Flannery JT. Cancer in the contralateral breast after radiotherapy for breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 1992; 326(12): 781-5.
- Bernstein L, Henderson BE, Hanisch R, Sullivan-Halley J, Ross RK. Physical exercise and reduced risk of breast cancer in young women. *Journal of the National Cancer Institute*. 1994; 86(18): 1403-8.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *The Lancet*. 1996; 347(9017): 1713-27.
- Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer (Nurses' Health Study, United States). *Cancer Causes & Control*. 1997; 8(1): 65-72.
- Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(26): 2025-32.

- Levenson JL, Bemis C. The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*. 1991; 32(2): 124-32.
- Rosai J. Breast. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology 10e: Elsevier Health Sciences; 2011. p. 1659-770.
- Kleihues P, Sobin LH. World Health Organization classification of tumors. *Cancer*. 2000; 88(12): 2887.
- Gerdes J, Schwab U, Lemke H, Stein H. Production of a mouse monoclonal antibody reactive with a human nuclear antigen associated with cell proliferation. *International journal of cancer*. 1983; 31(1): 13-20.
- Ünal M. Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1995.
- Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ. Cancer management: a multidisciplinary approach: medical, surgical & radiation oncology: Oncology Group; 2003. p. 163-87.
- Goldman L, Ausiello D. Cecil textbook of medicine. 2004; 22: 2461-62.
- Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC cancer staging manual: Springer New York; 2010. p. 345-76.
- Barber MD, Thomas JSJ, Dixon JM. An Atlas of Investigation and Management.
- Kuhl CK, Schmutzler RK, Leutner CC, Kempe A, Wardelmann E, Hocke A, et al. Breast MR imaging screening in 192 women proved or suspected to be carriers of a breast cancer susceptibility gene: preliminary results 1. *Radiology*. 2000; 215(1): 267-79.
- Warner E, Plewes DB, Hill KA, Causer PA, Zubovits JT, Jong RA, et al. Surveillance of BRCA1 and BRCA2 mutation carriers with magnetic resonance imaging, ultrasound, mammography, and clinical breast examination. *Jama*. 2004; 292(11): 1317-25.
- Sardanelli F, Iozzelli A, Fausto A. MR imaging of the breast: indications, established technique, and new directions. *European radiology*. 2003; 13(3): N28-N36.
- Muss H. Breast cancer and differential diagnosis of benign lesions. In: Cecil Medicine International Edition 23rd ed. Philadelphia; Saunders Elsevier. 2008;1501-9.
- Society AC. Cancer facts & figures: American Cancer Society; 2008.

- Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, Levin B, Cohen C, Runowicz CD, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. CA: a cancer journal for clinicians. 2002; 52(1): 8-22.
- Silva OE, Zurrída S. Meme kanseri uygulama kılavuzu (Çev. V.Çelik) İstanbul: Elsevier Health Sciences; 2007. p. 26-7/102-5.
- Henson DE, Ries L, Freedman LS, Carriaga M. Relationship among outcome, stage of disease, and histologic grade for 22,616 cases of breast cancer. The basis for a prognostic index. Cancer. 1991; 68(10): 2142-9.
- Swanson GM, Ragheb NE, Lin CS, Hankey BF, Miller B, Horn-Ross P, et al. Breast cancer among black and white women in the 1980s. Changing patterns in the United States by race, age, and extent of disease. Cancer. 1993; 72(3): 788-98.
- Fisher B, Bauer M, Wickerham DL, Redmond CK, Fisher ER, Cruz AB, et al. Relation of number of positive axillary nodes to the prognosis of patients with primary breast cancer. An NSABP update. Cancer. 1983; 52(9): 1551-7.
- Clark GM. Prognostic and predictive factors for breast cancer. Breast Cancer. 1995; 2(2): 79-89.
- Hayes DF, Isaacs C, Stearns V. Prognostic factors in breast cancer: current and new predictors of metastasis. Journal of mammary gland biology and neoplasia. 2001; 6(4): 375-92.
- Tavassoli FA, Devilee P. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs: Iarc; 2003.
- Tavanssol F. Pathology of the breast. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange. 1999:52-3.
- SJ Filho PM. Basal like breast cancers: From pathology to Mouse models and beyond. Breast Cancer Research Centre London UK.
- Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. The Breast. In: Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 8 ed. Philadelphia; Elsevier Saunders; 2010. p.1065-95.

- Wiechmann L, Sampson M, Stempel M, Jacks LM, Patil SM, King T, et al. Presenting features of breast cancer differ by molecular subtype. *Annals of surgical oncology*. 2009; 16(10): 2705-10.
- Kübler-Ross E, Wessler S, Avioli LV. On death and dying. *Jama*. 1972; 221(2): 32-179.
- Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Bmj*. 1990; 301(6752): 575-80.
- Henson H. Meme kanseri ve cinsellik. *Sexuality and disability*. 2002; 20(4): 261-75.
- Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer: Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*. 1997; 20(6): 398-408.
- Can G, Durna Z, Aydiner A. Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2004; 27(2): 153-61.
- Sertöz ÖÖ, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004; 15(4): 264-75.
- Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011; 4(2), 78-82.
- Salmon P, Manzi F, Valori R. Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: the life evaluation questionnaire (LEQ). *European Journal of Cancer*. 1996; 32(5): 755-60.
- Lederberg MS. Psychooncology. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 2196-225.
- Çevik A. Onkolojik hastalıkların psikosomatik yönü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1996. p. 77-90.
- Zisook S. Death, dying and bereavement. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 2367-93.
- Özkan S, Armay Z. *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Novartis İlaç; 2007. p. 71-193.

- Hewitt M, Herdman R, Holland J. Meeting psychological needs of women with breast cancer. National Cancer Policy Board. National Academies Press, Washington DC; 2004.
- Harcourt D. Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*. 1999; 4(1): 57-71.
- Lowe R, Vedhara K, Bennett P, Brookes E, Gale L, Munnoch K, et al. Emotion-related primary and secondary appraisals, adjustment and coping: Associations in women awaiting breast disease diagnosis. *British journal of health psychology*. 2003; 8(4): 377-91.
- Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010; 45(3): 355-61.
- Montgomery M, McCrone SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2010; 66(11): 2372-90.
- Landmark BT, Strandmark M, Wahl A. Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2002; 16(3): 216-23.
- Ogden J. *Health psychology*: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
- Arıkan R. Meme Kanseri ve Mastektomi. *TB Yaşantı - Kriz Dergisi*. 2000; 9(1): 39-46.
- Kwakkenbos L, Coyne JC, Thombs BD. Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *Journal of psychosomatic research*. 2014; 76(6): 485.
- Truelsen M. The meaning of 'reconstruction' within the lived experience of mastectomy for breast cancer. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2003; 3(4): 307-14.
- Knobf MT. Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1986; 4(5): 678-84.

- Can G. Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2001.
- Akın S. Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-etkililiklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi. 2007.
- Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho oncology*. 2006; 15(7): 579-94.
- Rogers J, Turner M. Psychological issues for the patient with breast cancer. *Breast Cancer Nursing Care and Management*. 2011: 309-28.
- Özkorumak E, Tiryaki A, Arslan FC, Yavuz MN. Psychological distress of women with breast cancer: remission versus treatment. *Meme Sağlığı Dergisi* 2012; 8: 29-34.
- Gallagher J, Parle M, Cairns D. Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology* 2002; 7(3): 365-76.
- Foley KM, Gelband H. Improving palliative care for cancer: National Academy Press; 2001.
- Turner J, Kelly B, Swanson C, Allison R, Wetzig N. Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psycho-oncology*. 2005; 14(5): 396-407.
- Aşkın R. Depresyon El Kitabı, Konya: Atlas Kitabevi; 1999: p. 100-22.
- Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*. 1992;106(1):71-4.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*. 2003; 289(23): 3095-105.
- Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*. 2000; 1: 29-38.
- Akiskal H. Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1992; 3(3): 163-9.

- Ralph W, Swindle J, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998; 186(8): 462-9.
- Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*. 1991; 2(2): 123-32.
- Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48(5): 470-4.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Koroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013; p. 234.
- Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC gastroenterology*. 2007; 7(1): 28.
- Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *Journal of Clinical Oncology*. 2010; 28(2): 348-56.
- Mete H. Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon Duygudurum Dizisi. 2001; 4: 184-91.
- Sertöz Ö, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004; 7: 63-9.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005; 330(7493): 702-6.
- Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie D, Snyder RD, Bloch S, et al. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative & supportive care*. 2006; 4(01): 47-56.
- Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial

- support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*. 2008; 64(4): 383-91.
- Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General hospital psychiatry*. 2006; 28(5): 396-402.
- 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. *Journal of the National Cancer Institute*. 2006; 98(19): 1416-9.
- Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, T A. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium*. 2008; 46: 51-61.
- Küey L, Küey Y. Depresyon ve kadın: Gözden geçirme. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara. 1988.
- Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen H-U. Epidemiology of Mood Disorders. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*. Çeviri: T Oral. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı İstanbul: Sigma Publishing; 2007. p. 33-54.*
- Tuğlu C, Kara S. Depresyon, sitokinler ve bağışıklık sistemi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2003; 13: 142-50.
- Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ*. 1985; 291(6510): 1711-3.
- Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *The Oncologist*. 2009; 14(1): 60-6.
- Breitbart WS, Alici Y. Psycho-oncology. *Harvard review of psychiatry*. 2009; 17(6): 361-76.
- Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*. 2010; 27(1): 108-13.
- Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D, et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue: Summary. 2002.

- Tomb A. Aile Hekimleri için Psikiyatri, çev. Tunca Z, Fidaner H. İzmir: Saray Medikal Yay; 1994. p.70-7.
- Türkçe sözlük: Türk Dil Kurumu. 1. Baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1998. p. 44.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık; 2010. p. 130-8.
- Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. In: Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı .Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. p.296-303.
- Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Turgut Yayıncılık; 2003.
- Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13(2): 78-87.
- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002; 346-9.
- Yetkin S, Aslan S, Akdemir A, Örsel S. Anksiyete bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. 2nd ed. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005. p.211-2.
- Kara N, Şahinler İ. Anksiyete. ActualMedicine. 2002; 2: 34-6.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(3): 219-24.
- Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee PJ, Vourlekis B. Economic stress among low-income women with cancer. Cancer. 2008; 112(3): 616-25.
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008; 23(3): 132-9.
- Goldberg J, Scott R, Davidson P, Murray G, Stallard S, George W, et al. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology. 1992; 18(4): 327-31.

- Nosarti C, Roberts JV, Crayford T, McKenzie K, David AS. Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2002; 53(6): 1123-30.
- Alacacioğlu 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.
- Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V. Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009; 46(4): 175-81.
- Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2005;104(12):2872-81.
- Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psycho-Oncology*. 2008; 17(7): 660-7.
- Potter-Efron R, Carruth B. Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice: Routledge; 2014.
- Budak S. Psikoloji Sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara. 2003.
- Carlson HM, Baxter LA. Androgyny, depression, and self-esteem in Irish homosexual and heterosexual males and females. *Sex Roles*. 1984;10(5-6):457-67.
- Barasch DS. Dealing with guilt and shame. *Family Life*. 2000;4(2):34-7.
- Tangney JP, Wagner P, Fletcher C, Gramzow R. Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of personality and social psychology*. 1992;62(4):669.
- Tangney JP, Burggraf SA, Wagner PE. Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. 1995.
- Bybee JA, Sullivan EL, Zielonka E, Moes E. Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *Journal of adult development*. 2009;16(3):144-54.

- Quiles ZN, Bybee J. Chronic and predispositional guilt: Relations to mental health, prosocial behavior, and religiosity. *Journal of Personality Assessment*. 1997;69(1):104-26.
- Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*. 1971.
- Tangney JP. Shame and guilt in interpersonal relationships. JP Tangney ve KW Fischer (Eds), *Self-Conscious Emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* New York: The Guildford Press. 1995.
- Morewitz SJ. Chronic diseases and health care: new trends in diabetes, arthritis, osteoporosis, fibromyalgia, low back pain, cardiovascular disease, and cancer: Springer Science & Business Media; 2006.
- Elwood LS, Olatunji BO. Asthma in Anxiety and Its Disorders: Overview and Synthesis. *Anxiety In Health Behaviors And Physical Illness: Springer*; 2008. p. 237-78.
- Lipowski ZJ. Psychosocial reactions to physical illness. *Canadian Medical Association Journal*, 128. 1983:1069-72.
- Bitsika V, Sharpley CF, Christie DR. 'What made me unhappy'. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2010;38(2):179-89.
- Moodley LC. Existential reflections of South African women with breast cancer. (Master thesis). 2011.
- Kim I-R, Cho J-H, Choi E-K, Kwon I-G, Sung Y-H, Lee J-E, et al. Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: a qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012;13(4):1383-8.
- Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, McPherson L, Owen N, et al. Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology* 2006;15(1):20-30.
- Szepekowski M. Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? *Acta chirurgica iugoslavica*. 2002;49(2):45-55.
- Schain W, Edwards BK, Gorrell CR, de Moss EV, Lippman ME, Gerber LH, et al. Psychosocial and physical outcomes of primary breast cancer therapy:

- mastectomy vs excisional biopsy and irradiation. *Breast Cancer Research and Treatment* 1983;3(4):377-82.
- Doumit MA, El Saghir N, Huijer HA-S, Kelley JH, Nassar N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(1):42-8.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):3-13.
- Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of anxiety disorders*. 1997;11(1):33-47.
- Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2007;3(1):5.
- Şahin NH, Şahin N, editors. Adolescent guilt, shame, and depression in relation to sociotropy and autonomy. *The World Congress of Cognitive Therapy*, Toronto; 1992.
- Ramirez A, Richards M, Jarrett S, Fentiman I. Can mood disorder in women with breast cancer be identified preoperatively? *British journal of cancer*. 1995;72(6):1509-12.
- Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(5):320-6.
- Stanton AL, Wiley JF, Krull JL, Crespi CM, Hammen C, Allen JJ, et al. Depressive episodes, symptoms, and trajectories in women recently diagnosed with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2015:1-11.
- Vin-Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S, Bovbjerg DH. Depression and anxiety disorders among hospitalized women with breast cancer. *PloS one*. 2015;10(6):e0129169.

- Heiney S, Reavis K, Tavakoli A, Adams S, Hayne P, Weinrich S. The Impact of STORY on Depression and Fatigue in African-American Women with Breast Cancer. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*. 2015;26(1):1-7.
- Bulotienė G, Ostapenko V, Vesėliūnas J. Psychological adaptation of breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*. 2006;13(2):92-6.
- Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, Hussain BM, Krishnan R. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World J Surg Oncol*. 2006;4(7):68.
- Hopwood P, Howell A, Maguire P. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British journal of cancer*. 1991;64(2):349.
- Gold M, Dunn LB, Phoenix B, Paul SM, Hamolsky D, Levine JD, et al. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015.
- Özkan S, Turgay M, Bozfakioğlu Y, İğci A. Mastektomi olgularında kanser-organ kaybı ile psiko-sosyal uyum ilişkisinin araştırılması. *Tıp Fakültesi Mecmuası*. 1994;57:26-31.
- Schou I, Ekeberg Ø, Sandvik L, Hjermstad MJ, Ruland CM. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of life Research*. 2005;14(8):1813-23.
- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(1):39-49.
- Cimprich B, Ronis DL, Martinez-Ramos G. Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer practice*. 2002;10(2):85-93.
- Kerr J, Engel J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*. 2003;14(3):421-7.

- Poppelreuter M, Weis J, Külz A, Tucha O, Lange K, Bartsch H. Cognitive dysfunction and subjective complaints of cancer patients: a cross-sectional study in a cancer rehabilitation centre. *European Journal of Cancer*. 2004;40(1):43-9.
- Hermelink K, Untch M, Lux MP, Kreienberg R, Beck T, Bauerfeind I, et al. Cognitive function during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer. *Cancer*. 2007;109(9):1905-13.
- Mehnert A, Scherwath A, Schirmer L, Schulz-Kindermann F, Zander A, Kruse M, et al. Kognitiver Funktionsstatus bei Patienten mit Leukämien und Lymphomerkrankungen im ersten Jahr nach allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation–Eine prospektive Längsschnittstudie. *DRV-Schriften*. 2011;93:405-6.
- Manne S, Ostroff J, Fox K, Grana G, Winkel G. Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *British journal of health psychology*. 2009;14(1):49-68.
- LoConte NK, Else-Quest NM, Eickhoff J, Hyde J, Schiller JH. Assessment of guilt and shame in patients with non–small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical lung cancer*. 2008;9(3):171-8.
- Friedman LC, Romero C, Elledge R, Chang J, Kalidas M, Dulay MF, et al. Attribution of blame, self-forgiving attitude and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine*. 2007;30(4):351-7.
- Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(17):1422-9.
- 193) Al-Ghazal S, Fallowfield L, Blamey R. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*. 2000;36(15):1938-43.

- Okanlı A, Ekinçi M, editors. Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. *New Symposium Journal*; 2008.
- Cheung YT, Ong YY, Ng T, Tan YP, Fan G, Chan CW, et al. Assessment of mental health literacy in patients with breast cancer. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2015.
- Costanzo E, Lutgendorf S, Mattes M, Trehan S, Robinson C, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British journal of cancer*. 2007;97(12):1625-31.
- Hartl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*. 2010;19(2):160-9.
- Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The breast journal*. 2004;10(3):223-31.
- Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2004;13(3):147-60.
- Dorval M, Maunsell E, Deschenes L, Brisson J, Masse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*. 1998;16(2):487-94.
- Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 1996;39(3):261-73.
- Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Holmes MD, Kawachi I. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2002;52(5):285-93.
- Berard R. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000;62:58-61; discussion 2-3.
- Amichetti M, Caffo O, Arcicasa M, Roncadin M, Lora O, Rigon A, et al. Quality of life in patients with ductal carcinoma in situ of the breast treated with

- conservative surgery and postoperative irradiation. *Breast Cancer Research and Treatment*. 1999;54(2):109-15.
- Rakovitch E, Franssen E, Kim J, Ackerman I, Pignol J-P, Paszat L, et al. A comparison of risk perception and psychological morbidity in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2003;77(3):285-93.
- Fawzy F, Greenberg D. *Oncology. Textbook of Consultation- Liaison Psychiatry*, Rundel JR, Wise MG (Eds) Washington DC: American Psychiatric Press; 1996. 673-94 p.
- Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *Journal of clinical Psychiatry*. 1990;51:12-7.
- Pirl WF, Roth AJ. Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology (Williston Park, NY)*. 1999;13(9):1293-306.
- Weis J, Faller H. Psychosoziale Folgen bei langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2012;55(4):501-8.
- Bolin K. Health among long-term survivors of breast cancer—an analysis of 5-year survivors based on the Swedish surveys of living conditions 1979–1995 and the Swedish Cancer Registry 2000. *Psycho-Oncology*. 2008;17(1):1-8.
- Saboonchi F, Petersson L-M, Wennman-Larsen A, Alexanderson K, Vaez M. Trajectories of anxiety among women with breast cancer: A proxy for adjustment from acute to transitional survivorship. *Journal of psychosocial oncology*. 2015(just-accepted):00-.
- Keller M. Psychosocial care of breast cancer patients. *Anticancer research*. 1997;18(3C):2257-9.
- Özkan S, Turgay M. Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite, psikososyal uyum ve kanser, organ kaybı psikopatoloji ilişkisi *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1992;29(4):207-15.
- Yavaş G, Yılmaz T, Yuksel O. Meme kanserli hastaların hastalık süresi ve evrelerine göre yaşam kalitesi ve başa çıkma stilleri. *VIII Ulusal Meme*

- Hastalıkları Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 21-24 Eylül 2005, İstanbul.293.
- Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden P-O. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*. 2001;37(3):376-84.
- Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005;103(7):1494-502.
- Avis NE, Levine BJ, Case LD, Naftalis EZ, Van Zee KJ. Trajectories of Depressive Symptoms Following Breast Cancer Diagnosis. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2015:cebp. 0327.2015.
- Silva Gd, Santos MAD. Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2010;18(4):688-95.
- Paskett ED, Alfano CM, Davidson MA, Andersen BL, Naughton MJ, Sherman A, et al. Breast cancer survivors' health-related quality of life. *Cancer*. 2008;113(11):3222-30.
- Helgeson VS, Tomich PL. Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*. 2005;14(4):307-17.
- Brunault P, Champagne AL, Huguet G, Suzanne I, Senon JL, Body G, et al. Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2015.
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2004;13(5):295-308.
- Saeedi-Saedi H, Shahidsales S, Koochak-Pour M, Sabahi E, Moridi I. Evaluation of Emotional Distress in Breast Cancer Patients. *Iranian journal of cancer prevention*. 2015;8(1):36.
- Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. *Meme Sağlığı Derg*. 2007;3:163-5.

- Bennett KK, Compas BE, Beckjord E, Glinder JG. Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of behavioral medicine*. 2005;28(4):313-23.
- Fang SY, Chang HT, Shu BC. The moderating effect of perceived partner empathy on body image and depression among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2015.
- Favez N, Notari SC, Charvoz L, Notari L, Ghisletta P, Ruedin BP, et al. Distress and body image disturbances in women with breast cancer in the immediate postsurgical period: The influence of attachment insecurity. *Journal of health psychology*. 2015:1359105315589802.

8. EKLER

EK-A: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

4(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum..

20(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

EK-B: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini başta belirtilen 5 dereceden biriyle değerlendiriniz

Hiç

Hafif düzeyde: Beni pek etkilemedi

Orta düzeyde: Hoş değildi ama katlanabildim

Ciddi düzeyde: Dayanmakta çok zorlandım

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma
2. Sıcak/ ateş basmaları
3. Bacaklarda halsizlik, titreme
4. Gevşeyememe
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu
6. Baş dönmesi veya sersemlik
7. Kalp çarpıntısı
8. Dengeyi kaybetme duygusu
9. Dehşete kapılma
10. Sinirlilik
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu
12. Ellerde titreme
13. Titreklik
14. Kontrolü kaybetme korkusu
15. Nefes almada güçlük
16. Ölüm korkusu

17. Korkuya kapılma

18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi 19. Baygınlık

20. Yüzün kızarması

21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)

EK-C: KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin:

(0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK

1. Evde sorumluluk üstlenme
2. Kendi başına yaşayabilme
3. Alışveriş yapabilme
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)

MESLEKİ İŞLEVSELLİK

5. Maaşlı bir işte çalışabilme
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme
8. Mesleki kazanımlar elde etme
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme

BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK

10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme
11. Akıldan hesap yapabilme
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme

14. Yeni bilgiler öğrenebilme

MALİ KONULAR

15. Kendi parasını idare edebilme

16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme

KİŞİLERARASI İLİŞKİLER

17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme

18. Sosyal faaliyetlere katılabılme

19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme

20. Ailesiyle birlikte yaşama

21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması

22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme

BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ

23. Egzersiz veya spor yapma

24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma

EK-D: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK TAKİP FORMU

1-Hastanın İlk değerlendirilme tarihi:

2-Adi.Soyadı:

3-Sosyal Güvenlik :

4-Doğum tarihi :

5-Telefon numarası Cep :

Ev :

6-Medeni durumu: 1-Bekar 2-Evli 3-Dul

7-Mesleği: 1-Ev hanımı 2-Serbest meslek 3-Memur

8- Eğitim düzeyi: 1-Eğitimsiz 2-İlköğretim 3-Lise 4-niversite

9-Çocuk sayısı:

10- Psikiyatrik tedavi öyküsü: 1) evet 2) hayır

11- Aile ve yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü: 1) evet 2) hayır

12- Ek hastalık: 1)var 2)yok

Varsa nedir?

13-Sigara kullanımı 1)var 2)yok

14-Alkol kullanımı 1)var 2)yok

15- Meme kanseri tanısı ne zaman kondu?

16- Hastalığın evresi:

17-Hastalık için alınan tedaviler: 1) RT 2)KT 3)Cerrahi 4)Kombine

EK-E: SUÇLULUK-UTANÇ NEDENLERİ

Sizlerden aşağıdaki tabloda meme kanseri olmanız nedeniyle eğer var isehissettiğiniz ya da düşündüğünüz suçluluk ve utanç nedenlerini sizeuygun olarak işaretlemeniz istenmektedir.Lütfen her durumu dikkatle okuyup maddelerin altındaki boşluğa (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	EVET	HAYIR
Cinsel olarak yetersizlik		
Eşinize karşı yetersizlik		
Kendinizi kadın olarak hissetmeme		
Fiziksel olarak çekici bulmama		
İstediğiniz tarzda giyinememe		
Kalabalık mekanlara ya da insan topluluğu içine girememe		
Sağlık giderlerinizde artış meydana gelmesi		
Ailede size düşen görevlerde aksama meydana gelmesi		
Bebeğinizi emzirememe		
Bebeğinizi emziremediğinizden dolayı bebeğin hastalık durumlarından kendinizi sorumlu tutma		
Diğer(var ise belirtiniz)		

EK-F: SUÇLULUK-UTANÇ ÖLÇEĞİ

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun olarak yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki sayıların üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1. Hiç rahatsızlık duymazdım
2. Biraz rahatsızlık duyardım
3. Oldukça rahatsızlık duyardım
4. Epey rahatsızlık duyardım
5. Çok rahatsızlık duyardım

1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek.	1	2	3	4	5
2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.	1	2	3	4	5
3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak.	1	2	3	4	5
4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek şekilde size açıkça ilgi göstermesi.	1	2	3	4	5
5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.	1	2	3	4	5
6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.	1	2	3	4	5
7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da bir yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak.	1	2	3	4	5
8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi.	1	2	3	4	5
9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.	1	2	3	4	5
10. Lüks bir restoranda çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğinizin fark edilmesi.	1	2	3	4	5

11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.	1	2	3	4	5
12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.	1	2	3	4	5
13. Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğınızda, hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.	1	2	3	4	5
14. Tanıdığınız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmemek.	1	2	3	4	5
15. Bir partide yeni tanıştığınız insanlara açık saçık bir fıkra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.	1	2	3	4	5
16. Akılsızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduğunu öğrenmek.	1	2	3	4	5
17. Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunuzu hiçbir zaman anlamaması.	1	2	3	4	5
18. Bir davete ya da toplantıya rahat gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek.	1	2	3	4	5
19. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek.	1	2	3	4	5
20. Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.	1	2	3	4	5
21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek.	1	2	3	4	5
22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmamak.	1	2	3	4	5
23. Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek.	1	2	3	4	5
24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak.	1	2	3	4	5

9. ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Bursa'da doğdum. Bursa Dörtçelik İlkokulu ve Bursa Ulubatlı Hasan Anadolu Lisesi'nde ilköğretimi tamamladıktan sonra liseye Gaziantep Akınal Anadolu Lisesi'nde devam ettim. 2003 yılında liseyi bitirerek Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başladım. 2010 yılında mezun olarak Ağrı Ana Çocuk Sağlığı'nda mecburi hizmetime başladım. Temmuz 2011 tarihinde halen devam etmekte olduğum Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD'de asistan doktor olarak başladım.