



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**TİROİD NODÜLÜ NEDENİYLE BİYOPSİ YAPILAN ÖTİROİD
HASTALARIN BİYOPSİ ÖNCESİ ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN MALİGNİTEYLE İLİŞKİSİ**

Dr. İsa YÜKSEKER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İstanbul/2019



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**TİROİD NODÜLÜ NEDENİYLE BİYOPSİ YAPILAN ÖTİROİD
HASTALARIN BİYOPSİ ÖNCESİ ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN MALİGNİTEYLE İLİŞKİSİ**

Dr. İsa YÜKSEKER

EĞİTİM GÖREVLİSİ

Doç.Dr. Serkan SARI

Yardımcı Tez Danışmanı

Uzm.Dr. Kıvılcım Ulusan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İstanbul/2019

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince yetiŐmemde büyük emeği olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Uz. Dr. Ahmet Cüneyt MÜDERRİSOĞLU ve Doç. Dr. Serkan SARI'ya;

Tezimin baştan sonuna kadar yazımının her aşamasında büyük bir sabır ve titizlikle yardımcı olan Uzm. Dr. Kıvılcım ULUSAN'a;
Tez çalışmam süresince uygun şartları en iyi şekilde sunan ve her konuda destek olan Uzm.Dr. H.Yücel BARUT ve Uzm. Dr. Tuđba GÜMÜŐ'e

Asistanlık sürem boyunca başta eş kıdemlerim Dr. Zekai, Dr. Pelin, Dr. Melike, Dr. Emre, Dr. Gül olmak üzere eğitimimde önemli katkıları olan Aile Hekimliği ve Dahiliye Asistanı ArkadaŐlarım;

Bügunlere gelmemde büyük emekleri olan Anneme ve Babama;
Her zaman yanımda olan, destek ve anlayıŐını esirgemeyen ve bana asistanlık sürem boyunca en güzel hediye olan oğlum Ömer Efe'yi veren sevgili eşim Sevcan'a

TeŐekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TİROID BEZİ	3
2.1.1. Embriyolojisi	3
2.1.2. Anotomisi	3
2.1.3. Fizyolojisi	4
2.1.4. Tiroid Nodülü	4
2.1.4.1. Tiroid Nodülüne Klinik Yaklaşım	5
2.1.4.1.1. Anamnez ve Fizik Muayene	6
2.1.4.1.2. Tiroid Fonksiyon Testleri	6
2.1.4.1.3. Tiroid Ultrasonografisi	7
2.1.4.1.4. Diğer Görüntüleme Yöntemleri	7
2.1.4.1.5. İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi	8
2.1.4.1.6. Tedavi	11
2.2. ANKSİYETE	12
2.3. DEPRESYON	13

3.GEREÇ VE YÖNTEM	16
4.BULGULAR	20
5.TARTIŞMA	32
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	38
7.KAYNAKLAR	39
8.EKLER	46
EK-1:SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU.....	46
EK-2:BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	47
EK-3:BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	48
9.ÖZGEÇMİŞ	49

KISALTMALAR

ATA	:American Thyroid Association
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
FN	:Foliküler Neoplazm
FNS	:Foliküler Neoplazm Şüphesi
İİAB	:İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
MR	:Manyetik Rezonans
ND	: Nondiagnostik
NIFTP	:Papiller benzeri nükleer özellik gösteren non invaziv foliküller tiroid tümörü
ÖBA	:Önemi Belirsiz Atipi
ÖBFL	:Önemi Belirsiz Foliküler Lezyon
PET	:Pozitron Emisyon Tomografisi
PTK	:Papiller Tiroid Karsinomu
RİU	:Radyo Aktif İyot Yakalama
TSH	:Tiroid Sitümulan Hormon
TRH	:Tirotropin Serbestleştirici Hormon
TSRBS	: Tiroid Sitopatoloji Raporlaması için Bethesda Sistemi
T4	:Tiroksin
T3	: Triiyodotironin
USG	:Ultrasonografi

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1: İİAB için tiroid nodülleri kılavuzu.....	9
Tablo 2: 2017 Bethesda tiroid sitopatoloji raporu.....	10
Tablo 3: Sosyodemografik Bulgular-1.....	20
Tablo 4: Yaş:One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test.....	21
Tablo 5: Tamhanne's Test ile medeni durum alt grupları arasında çoklu karşılaştırma.....	22
Tablo 6: Gruplandırılmış medeni durumun Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılması.....	23
Tablo 7: BDÖ skorunun alt grup fark analizi.....	24
Tablo 8:Tamhane's Test ile değerlendirme.....	24
Tablo 9: Sosyodemografik Bulgular-2.....	24
Tablo 10: Tamhanne's Test ile ekonomik durum alt grupları arasında çoklu karşılaştırma.....	25
Tablo 11: Sosyodemografik Bulgular-3.....	26
Tablo 12: Tamhanne's Test ile Biyopsi öyküsü durumunu alt grupları arasında çoklu karşılaştırma.....	28
Tablo 13:Biopsi yapılan ve yapılmayan hastaların Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılması.....	28
Tablo 14: Nodül patolojisinin BDÖ ve BAÖ skorları ile ilişkisinin değerlendirilmesi.....	29
Tablo 15: BDÖ ve BAÖ skorlarının Patolojik tanı gruplarının kendi içinde ikili karşılaştırması.....	30
Tablo 16: Anksiyete belirtilerinin derecesine göre dağılımı.....	30
Tablo 17: Depresyon belirtilerinin derecesine göre dağılımı.....	31

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Tiroid nodülüne yaklaşım12



ÖZET

Amaç: Tiroid nodülü nedeniyle ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin malignite ile olan ilişkisini ve hastaların demografik özelliklerinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya 315 hasta dahil edildi. Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini, Haziran 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümüne başvuran ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılan ötiroid hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya 18-65 yaşları arasında, kendisi ve birinci derece yakınında tiroid kanseri öyküsü olmayan, tiroid replasman tedavisi almamış gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında sosyodemografik anket formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmış ve yüz-yüze yöntemle araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların ince iğne aspirasyon biyopsisi sitopatolojik sonuçlarına göre dağılımı; 208 (%66)'i benign, 31 (%9.8)'i malign, 36 (%11.4)'si yetersiz materyal, 28 (%8.9)'i ÖBA/ÖBFL, 3(%0.9)'ü malignite şüphesi, 9(%2.8) FN/FNS şeklindeydi. Hastalardan 251 (%79,7) kişi kadın, 64 (%20,3) kişi erkekti. Bulgular incelendiğinde patolojik tanıya göre BDÖ ve BAÖ skorlarında gruplar içinde anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ayrıca BDÖ ve BAÖ skorlarının 50 yaş üzerinde olanlarda, boşanmış ve dul olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu; sigara kullanım durumu, kendisi veya yakınlarında tiroid dışı kanser öyküsü olma durumunda ise anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Cinsiyetler arasında BDÖ skorlarında anlamlı fark saptanmazken, BAÖ skoru kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim durumuna göre BAÖ skorları gruplar içinde anlamlı fark yokken, BDÖ skoru ilköğretim mezunlarında üniversite mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Öncesinde biyopsi öyküsü olan hastalarda ise BDÖ anlamlı olarak daha yüksek olduğu fakat BAÖ skorları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü. Hastalar çalışıp çalışmama durumuna göre gruplandırıldığında,

BDÖ ve BAÖ skorları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ekonomik duruma bakıldığında ise ekonomik durumu iyi olanların, kötü olanlara göre BDÖ ve BAÖ skorları daha düşük bulundu.

Sonuç: Tiroid İİAB yapılan ötiroid hastalarda sitopatolojik sonucu malign olan hastalarla diğer sitopatolojik tanı gruplarının tanı öncesi anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma grubunda tanı öncesindeki anksiyete ve depresyon düzeyine yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, biyopsi öyküsünün olma durumu parametrelerin etki ettiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Tiroid Nodülü, İnce iğne aspirasyon biyopsisi

ABSTRACT

The Relationship Between Pre-Biopsy Anxiety-Depression Levels And Malignancy In Euthyroid Patients Undergoing Biopsy For Thyroid Nodules

Aim: The aim of this study was to evaluate the relationship between anxiety and depression levels and malignancy euthyroid patients who underwent fine needle aspiration biopsy (FNAB) due to thyroid nodules. We also investigated the effects of the demographic characteristics of the patients on depression and anxiety.

Materials and methods: 315 patients were included in this study. The population of this cross-sectional study were the euthyroid patients who underwent fine needle aspiration biopsy due to thyroid nodules and attended to General Surgery Department of İstanbul Education and Research Hospital between June 2018-January 2019. The patients aged between 18-65 years without thyroid replacement therapy were selected none of the patients and relatives had a history of thyroid cancer. Sociodemographic questionnaire, Beck Anxiety Inventory(BAI) and Beck Depression Inventory(BDI) were used to collect data and were applied by face to face method.

Results: According to the cytopathology, the distribution of fine needle aspiration biopsy results were benign in 208 (%66), malignant in 31 (9.8%), inadequate material in 36 (11.4%), AUS / FLUS in 28 (8.9%), suspected of malignancy in 3 (0.9%), FN / FNS in 9 (2.8%). 251 (79.7%) of the patients were female, 64(20.3%) males. According to pathological diagnosis, findings were evaluated, there was no significant difference in BDI and BAI scores. In addition, BDI and BAI scores were significantly higher both of the patients who were older than 50 years of age and also divorced and widowed ones; it was also found that there is no significant difference between smokers and non-smokers, neither in the patients with a history of cancer or not. There was no significant difference in BDI scores between genders, whereas BAI scores were significantly higher in women. There was no significant difference in BAI scores among educational levels

of the patients, whereas the BDI scores were found to be significantly higher in primary school graduates than in university graduates. In patients with a prior history of biopsy, BDI scores were found to be significantly higher than patients with first time for biopsy, but there was no significant difference between BAI scores these patients. There was no significant difference between BDI and BAI scores when the patients were grouped according to their study status. According to the economic situation, the BDI and BAI scores of the ones with good economic status were found to be lower than the bad ones.

Conclusion: No significant difference was found between anxiety and depression levels of euthyroid patients with and without malignant thyroid cancer. In the study group, it was concluded that anxiety and depression levels of euthyroid patients who had no FNAB yet, affected by the parameters that age, gender, marital status, educational status, economic status and history of biopsy.

Keywords: Anxiety, depression, thyroid nodule, fine needle aspiration biopsy

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Tiroid hastalıkları dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen hastalıklardandır. Tiroid nodülü, tiroid bezinin sık görülen bir lezyonudur. Tiroid nodülü görülme sıklığı yetişkinlerde elle muayenede %3-8 arasında değişmekle birlikte, klinik olarak nodül tespit edilen hastalarda USG ile %20-48 oranında ek nodüller tespit edilmiştir (1,2). Otopsi çalışmalarında tiroid hastalığı hikayesi olmayanlarda %37-57 oranında tiroid nodülleri varlığı bildirilmiştir (3). Toksik adenom ve toksik nodüler guatr olarak adlandırılan bazı tiroid hastalıklarındaki nodüllerden hormon salınımı olabilmektedir (4).

Tiroid nodülleri tümöral veya non-tümöral olabilir. Boyutlarından bağımsız olarak tüm tiroid nodüllerinde kanser riski yaş, aile öyküsü, radyasyona maruz kalma ve diğer faktörlere bağlı olarak %5-15 arasında olduğu bildirilmiştir(1,5). Tiroid nodüllerine yaklaşım; nodülün benign ve malign ayrımını yapmak ve gereksiz cerrahi işlemleri önlemek şeklinde olmalıdır. Tiroid nodüllerinin tanısında kullanılan tiroid fonksiyon testleri, sintigrafi ve ultrasonografi ile önemli bilgiler elde edilse de günümüzde en değerli yöntem İİAB'dir(6).

Anksiyete ve depresyon bozuklukları toplumda sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Ayrıca tıbbi bir hastalığın varlığı psikiyatrik bozukluk riskini arttırmaktadır. Anksiyete ve depresyon bozuklukları tiroid disfonksiyonu olan hastalarla sıklıkla beraber bulunabilmektedir (7,8). Hipertiroidi grubunda anksiyete belirtileri daha ağırlıklı olarak görülürken, hipotiroidi hastalarının depresyonla olan ilişkisi birçok çalışmada ortaya konulmuştur (9,10).

Çalışmamızda tiroid nodülü olan, tiroid replasman tedavisi almaksızın ötiroid olan ve İİAB planlanan hastalarda malignite şüphesine karşı; hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmeyi, sitopatolojik sonuçlarla bu düzeyler arasındaki korelasyonu saptamayı ve bu düzeye etki eden faktörleri belirlemeyi amaçladık. Çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalara katkısı depresyon ile

ilişkilendirilmiş hipotiroidi ve anksiyete ile ilişkilendirilmiş hipertiroidi etkisinden bağımsız olarak depresyon ve anksiyete ile ilişkili faktörleri belirlemektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.TİROİD BEZİ

2.1.1.Embriyolojisi:

Embriyoda ilk gelişen endokrin bez; tiroid bezidir. Farenks tabanında, yaklaşık 24.günde, medyan bir endoderm proliferasyonundan oluşmaya başlar. Bu proliferasyondan tiroid divertikulumu meydana gelir. Tiroid bezi taslağı, embriyo ve dil büyürken, gelişen larenks ve hyoid kıkırdaklarının ventralinden geçerek aşağı iner. Gelişmekte olan tiroid kısa süreliğine dile tiroglossal kanal ile bağlanır. Başlangıçta tiroid divertikulumunun içi boştur. Kısa süre sonra istmus ile birbirine bağlı, 2. ve 3.trakea halkası önünde, sağ ve sol loblardan oluşan solid yapı meydana gelir. Tiroid bezinin erişkin boyutuna 7. haftada ulaştığı tahmin edilmektedir (11).

2.1.2.Anatomisi:

Tiroid bezi C5-T1 vertebralar arasında, boynun ön yüzünde, larinksin hemen aşağısında, trakeanın ön yüzünde bulunmaktadır. Erişkinde yaklaşık 15-20 gram ağırlığında olup vücuttaki en büyük endokrin bezdir. Tiroid bezi iki lob ve ortada bunları bağlayan isthmustan oluşmaktadır. Ayrıca bireylerin %50-80'inde tiroglossal kanal artığı olan piramidal lob izlenmektedir(12). Tiroid bezin iki kapsülü vardır. Birincisi kapsül bezin içine septalar göndererek stromayı oluşturan gerçek kapsüldür. Diğeri ise pretrakeal ve derin servikal fasyanın oluşturduğu tiroidin cerrahi(yalancı) kapsülüdür(13,14).

Tiroid bezi oldukça vasküler bir yapıya sahip olup başlıca superior tiroidal arter ile inferior tiroidal arterden beslenir. Tiroidin innervasyonu nervus laringeus superior ve nervus laringeus inferior ile sağlanır. Tüm tiroid folliküllerinin drenajını alan lenfatik kapiller ağ yüzeysel subkapsüler lenf pleksusuna drene olur ve sonrasında parakapsüler bölge ile pretrakeal, juguler ven ve rekürren sinir trasesi boyunca bulunan ilk kademe lenf bezlerine drene olur(15).

2.1.3 Fizyolojisi:

Tiroid bezi metabolizma üzerine önemli etkisi olan tiroksin(T4) ve triiyodotironin(T3) hormonları ile kalsiyum metabolizması üzerine büyük etkisi olan kalsitonin hormonunu salgılar. Tiroid sekresyonun kontrolü başlıca hipofiz ön lobundan salgılanan tiroid stimulan hormon(TSH) tarafından yapılmaktadır(16). TSH salgısı, hipotalamustan salgılanan tiotropin serbestleştirici hormon(TRH) ile sağlanır. Hipotalamustan hipofize gelen portal sistem bloke edildiğinde; hipofizin TSH salgısı çok azalır ancak sifıra düşmez(17).

Tiroid bezi foliküllerden oluşur. Bu foliküllerin içini dolduran kolloidin başlıca maddesi büyük bir glikoprotein olan tiroglobulindir ve içinde tiroid hormonlarını tutmaktadır(17).

Tiroid bezi tarafından salgılanan ve metabolik olarak aktif olan hormonların büyük çoğunluğu T4'dür ve T4 ün tamamına yakını dokularda T3'e dönüştürülür. Bu nedenle işlevsel olarak ikisi de önemlidir fakat etkinin hızı ve şiddeti yönünden farklılık gösterirler. T3, T4'ün yaklaşık dört katı güçtedir. Fakat kanda çok kısa süre kaldığı için T4'den çok daha az miktarda kanda bulunur(17).

Tiroid hormonlarının normal büyüme ve gelişme üzerine önemli etkisi vardır. Bazal metabolizma hızını ve hedef dokuların katekolaminlere hassasiyetini artırır. Bazal ısı regülasyonunda rol alır. Osteoklast ve osteoblastların aktivasyonunda görev alarak iskelet ve kas sisteminin gelişmesini sağlar. İştah ve gıda emilimini düzenler. Eritrosit 2-3 difosfogliserat düzeyini artırarak dokulara oksijen geçişini kolaylaştırır. Yeni yağ asitleri sentezini, kolesterol sentezi ve degradasyonunu düzenler. İntestinal glukoz emilimini, hepatik glukoneogenezi ve glikojenolizisi artırır. Kalp hızı ve myokardial kontraktiletiyi düzenler(18).

2.1.4.Tiroid Nodülü:

Tiroid nodülü tiroid bezinin sık görülen ve çevredeki tiroid parankiminden palpasyon veya ultrasonografi ile ayrılabilen lezyonlardır. Nodüller radyasyona

maruz kalanlarda ve ülkemizde olduğu gibi iyot eksikliği olan yerlerde daha yüksek oranda olmak üzere, tiroid nodülü görülme sıklığı erişkinlerde palpasyonla genel popülasyonun %3-7 sinde saptanmaktadır (1). Klinik olarak nodül tespit edilen hastalarda USG ile %20-48 oranında ek nodüller tespit edilmiştir (2). Otopsi çalışmalarında tiroid hastalığı hikayesi olmayanlarda %37-57 oranında tiroid nodülleri varlığı saptanmıştır (3). Nodüller, kadınlarda erkeklerden dört kat daha sık gözlenmektedir(19). Yapılan çalışmalar sonucu yaş ile de sıklığı arttığı görülen nodüllerin ülkemizdeki sıklığı 65 yaş üzerinde %37.4 iken, 18-65 yaş arasında %23.5 olduğu belirtilmiştir(20).

Tiroid nodülleri lokal bası semptomları veya tiroid disfonksiyonu yapabilir fakat asıl klinik önemi; tiroid kanseri olma ihtimalidir. Tiroid nodüllerine yaklaşım; nodülün benign ve malign ayrımını yapmak ve gereksiz cerrahi işlemleri önlemek şeklinde olmalıdır. Boyutlarından bağımsız olarak tüm tiroid nodüllerinde kanser riski yaş, aile öyküsü, radyasyona maruz kalma ve diğer faktörlere bağlı olarak %5-15 arasında olduğu bildirilmiştir(1,5). Ülkemizde yapılan otopsi çalışmasında 108 vakanın 36'sında (%33.3) tiroid nodülü, 4 (%3.7) vakada papiller tiroid kanseri saptandığı bildirilmiştir(21).

Benign karakterli tiroid nodüllerinin en sık nedenleri olarak tiroidit, koloidal nodül, basit veya hemorajik kist ve foliküler adenom sayılırken; malign nodüllerinin en sık nedenleri papiller tiroid kanseri, foliküler kanser, medüller kanser iken nadir olarak da anaplastik kanser, metastatik kanserler ve tiroid lenfoması olarak bilinmektedir(22).

2.1.4.1.Tiroid Nodüllerine Klinik Yaklaşım:

Nodül saptanan hastada yapılması gereken tanısal işlemleri şöyle sıralayabiliriz;

- i. Anamnez ve fizik muayene
- ii. Tiroid fonksiyon testleri
- iii. Ultrasonografi
- iv. Diğer görüntüleme yöntemleri
- v. İnce iğne aspirasyon biyopsisi

2.1.4.1.1. Anamnez ve Fizik Muayene:

Tiroid nodülü değerlendirilirken ilk yapılması gereken ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayenedir. Anamnez alırken özellikle baş-boyun bölgesine radyoterapi, tiroid kanser öyküsü veya birinci derece yakınında tiroid kanser ile ilişkili sendrom öyküsü (familyal polipozis, cowden sendromu vs), tüm vücudun kemik iliği transplantasyonu için ışınlanması, çocukluk veya adölesan çağda radyasyon etkisi altında kalma durumu sorgulanmalıdır. Ses kısıklığı, nefes darlığı, nodülün hızlı büyümesi, öksürük ve yutma güçlüğü gibi semptomlar lokal bası bulguları açısından hekimin dikkatini çekmelidir(23).

Hastanın hikâyesinde hipertiroidi veya hipotiroidi olmasının tiroid kanseri olma ihtimalini değiştirmedığı düşünülmektedir(24).

Hastanın 20 yaşından küçük ya da 70 yaşından büyük olması, erkek cinsiyet, boyuna radyasyon öyküsü, ailede tiroid kanser sendrom öyküsü, fizik muayenede anormal servikal lenfadenopati, sert ve fikse nodül varlığı, nodülde hızlı büyüme ve vokal kord paralizisi varlığı tiroid nodüllerinde malignite riskini arttırmaktadır(22).

2.1.4.1.2. Tiroid Fonksiyon Testleri:

Nodül saptanan tüm hastalarda serum TSH düzeyine bakılmalıdır. Serum TSH düzeyi normal veya yüksek ise ve nodül örnekleme için gerekli ultrasonografik özellikleri taşıyorsa İİAB yapılmalıdır. Serum TSH düzeyi düşük ise nodül hiperfonksiyonu ihtimali açısından tiroid sintigrafisi yapılmalıdır. Hiperfonksiyone olan nodüllerde malignite riski düşük olduğundan İİAB önerilmez(20). Yapılan çalışmalarda hipotiroidik olup tiroid kanseri saptanan ve TSH değeri daha yüksek aralıkta tespit edilen hastalarda kanser evresinin daha ileri olduğu tespit edilmiştir(25,26).

2.1.4.1.3. Tiroid Ultrasonografisi:

Tiroid nodülü şüphesinde, nodüler guatr veya radyolojik tetkikler (MRG,BT veya PET) ile rastlantısal olarak saptanan tiroid nodüllerinde tanısal tiroid USG yapılmalıdır(20).

Tiroid USG, palpasyonla ele gelenin nodül olup olmadığını, nodül varsa; yerleşimi, boyutu, benign veya şüpheli özellikleri hakkında bilgi verir. Ayrıca tiroid bezinin büyüklüğü, anatomisi ve boyundaki komşu yapılar hakkında da bilgi verir(20).

Tiroid nodülü USG ile değerlendirildiğinde malignite düşündüren bulgular; düzensiz sınır, hipoekojenite, halo olmaması, artmış intranodal vaskülarizasyon, transvers boyutta uzunluğun genişlikten fazla olması, mikrokalsifikasyon varlığıdır. Bunun yanında pür kistik nodüller tüm tiroid nodüllerinin %2 den azını oluşturur ve malign olma ihtimalleri çok düşüktür(20,23,27).

2.1.4.1.4. Tiroid Nodüllerinde Diğer Görüntüleme Yöntemleri:

Tiroid sintigrafisinin rutinde yeri yoktur. Ektopik tiroid dokusunu tespit etmek, yüksek ve düşük uptake durumlarını ayırt edebilmek için tiroid sintigrafisi yapılabilir. Ayrıca TSH baskılı olduğu nodüllerde veya TSH baskılanmamış da olsa multinodüler guatrda İİAB yapılacak soğuk alanları belirlemede kullanılabilir. TSH düşük veya normalin alt sınırında bulunduğu vakalarda hipertiroidi ayırıcı tanısında kullanılabilir(20,23).

BT ve MR'ın nodüler tiroid hastalarında rutin olarak kullanımda yeri yoktur. Fakat çevreye invazyon derecesinin belirlenmesi, hava yolu basısı veya retrosternal uzanım gösteren guatlarda yardımcı olur(28). Bunun yanında BT için kullanılan kontrast maddelerin iyot içeriği RAI yakalamasını düşürür. Bu durum iyot eksikliği olan bölgelerde hipertiroidiye neden olur(27).

Tiroid dışı nedenlerle PET çekilen hastaların yaklaşık %1-2'sinde rastlantısal olarak tiroid nodülü tespit edilebilmektedir. Bu nodüllerin malignite riskinin yüksek olması ve oluşabilecek kanser vakalarının daha agresif seyretmesi nedeniyle bu tür nodüller klinisyen tarafından daha ciddi değerlendirilmelidir. PET çekilen hastalarda tiroide diffüz tutulum varsa genellikle bunun nedeni altta yatan otoimmün tiroiddir(29).

2.1.4.1.5. İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB):

İİAB tiroid bezi patolojilerinde en kesin tanı yöntemi olduğu bildirilmekle birlikte ucuz, güvenilir ve basit bir yöntem olması nedeniyle tiroid nodüllerinin benign-malign ayırımında rutin olarak kullanılmaktadır (30).

İİAB yöntemi oldukça kolay olmakla beraber tecrübe gerektirmektedir. Yöntemin güvenilirliğinin değişkenliği; nodülün karakteri, kullanılan iğnenin kalibresi, aspire edilen örnek sayısı, nitelikli sitopatolog varlığı, işlemi yapan hekimin deneyimi ve teknik yeteneğine bağlıdır(31).

Tiroid nodüllerinin İİAB'inde en önemli sorun alınan materyalin sitolojik açıdan yetersiz olabilmesidir. Literatürde yetersiz gelme oranı %10-28.2 olarak bildirilmektedir (32,33,34). USG eşliğinde yapılan tiroid biyopsileri ile yetersiz materyal gelme oranının azaldığı bildirilmektedir (30,33,35). Palpasyonla yapılan biyopsilerde nodülden parça alınamaması ve nodüllerin kistik olması yetersiz gelme nedenleri arasında sayılırken en önemli sebep alınan materyalin hemorajik olmasıdır (36). Hemoraji sitolojik açıdan değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır ve bunun; nodülün vaskülaritesi ve kullanılan iğnenin çapı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda ince çaplı iğnelerin kullanılmasının hemorajiyi azalttığı saptanmıştır (33). USG olmaksızın sadece palpasyon yöntemi ile yapılan biyopsilerde bu oranın daha fazla(%31.3) olduğu bildirilmiştir (37,38). Bir araştırmaya göre sadece rutin iğne aspirasyonu ile değerlendirme ile malignensi yakalama oranı 2 kat artmış ve tiroidektomiye gidiş %25 azalmıştır (39). Fakat İİAB kistik patolojilerde güvenilir değildir. Kist sıvısı malignensi hakkında bilgi vermediğinden biyopsi lezyonun solid kısmından alınmalıdır.

USG eşliğinde biyopsi, nodülü iyi palpe edilemeyen, kötü klinik öyküsü olan, ilk aspirasyon biyopsisi yetersiz gelen ve USG’ de saptanmış malignite kriteri taşıyan olgularda gerektiği bildirilmiştir. Fakat günümüzde hedef nodülün saptanabilmesi, hayati vasküler yapıların görülebilmesi ve işlem süresince biyopsi iğnesinin izlenebilmesi nedeniyle genellikle USG eşliğinde İİAB yapılmaktadır (30,36). ATA 2015 klavuzuna göre İİAB endikasyonu tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1:İİAB için tiroid nodülleri kılavuzu (ATA 2015 kılavuzlarına göre)(40)

Ultrasonografik sınıflama	Ultrasonografi özellikleri	Tahmini malignite riski (%)	İİAB için sınır değer
Yüksek şüphe	Solid hipoekoik nodül veya solid hipoekoik komponenti bulunan parsiyel kistik nodül:düzensiz sınırlar(infiltrative,mikrolobüle,dikensi), boyun enden daha uzun olması, çevrede hipoekoik yumuşak doku komponenti bulunan bozulmuş çevresel kalsifikasyon alanları, tiroid dışı uzanım kanıtı	70-90	> 1cm İİAB öner
Orta derece şüphe	Mikrokalsifikasyonsuz, tiroid dışı uzanım ve uzunlamasına şekil içermeyen düzgün sınırlı hipoekoik solid nodüller	10-20	>1 cm İİAB öner
Düşük şüphe	Mikrokalsifikasyon, tiroid dışı uzanım ve uzunlamasına şekil içermeyen düzgün sınırlı izoekoik/hiperekoik solid nodül veya kenarında uniform solid alanlar içeren kısmen kistik nodül	5-10	>1,5 cm İİAB öner
Çok düşük şüphe	Düşük, orta veya yüksek şüphe örneklerinde tarif edilen sonografik özelliklere sahip olmayan süngerimsi veya parsiyel kistik nodüller	<3	>2 cm İİAB düşün, İİAB yapmaksızın takip de mümkün
Benign	Pür kistik nodül (solid komponent olmadan)	<1	İİAB önerilmez

"Tiroid Sitopatoloji Raporlaması için Bethesda Sistemi" (TSRBS) tiroid ince iğne aspirasyon biyopsileri (İİAB) için oluşturulmuş bir raporlama sistemidir. Bu sistemin amacı hasta yönetimi için patolog ve klisniyen arası uyumu arttırmak ve

tanıları kategorize ederek standardizasyonu sağlamaktır. İlk kez 2009 da yayınlanan bu sistem, 2017 yılında yenilenmiştir ve düzenleme sonrası halen kullanılmakta olan tanı grupları değiştirilmemiştir (benign, malign, şüpheli malignite, foliküler neoplazm veya şüphesi, belirsiz atipi/önemi belirsiz foliküler lezyon,yetersiz materyal). Farklı iki tanı önerisi bulunan gruplar için laboratuvarların kendi terminolojisine karar vermesi gerektiği, bunların farklı tanı grupları gibi kullanılmaması önerilmiştir. Bunun yanında 2010 verileri sonrası tüm tanı gruplarının risk kategorileri güncellenmiştir (Tablo 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün Endokrin Organ Tümörleri kitabının 2017 baskısında tiroid neoplazi sınıflamasına dahil edilen ‘papiller benzeri nükleer özellik gösteren non invaziv foliküller tiroid tümörü’(NIFTP) gibi neoplazilerin malignite riski üzerine etkileri olduğu göz önüne alınarak, tiroid sitopatoloji raporlarında tanı kriterleri ile birlikte not şeklinde isteğe bağlı olarak bildirimleri önerilmiştir (41).

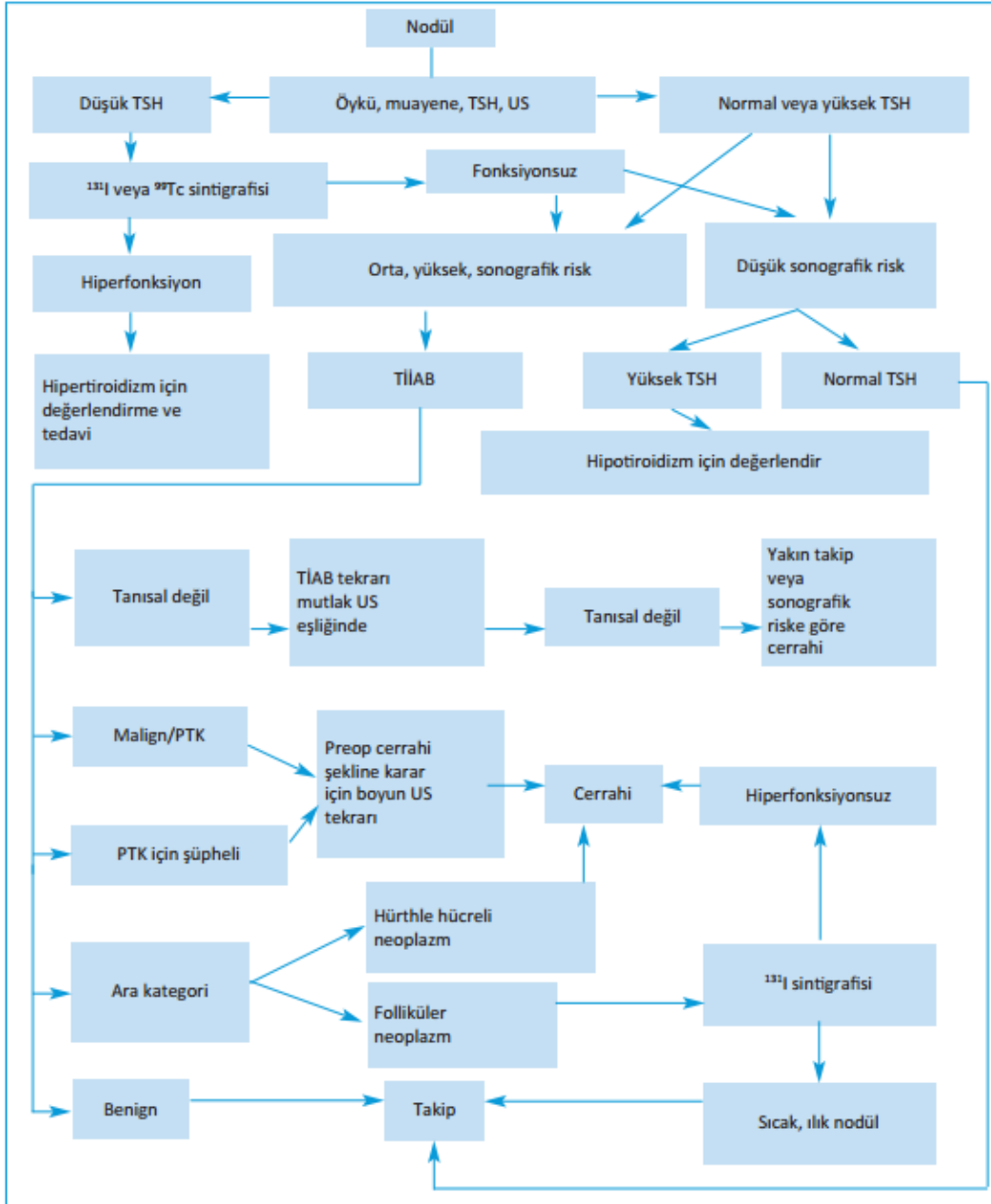
Tablo 2: 2017 Bethesda tiroid sitopatoloji raporu: Malignite riski ve tavsiye edilen klinik yönetim (42)

Tanı Kategorisi	Malignite riski(NIFTP≠KANSER)(%)	Malignite riski(NIFTP=KANSER)	Genel yaklaşım
Tanısal olmayan(yetersiz)	5-10	5-10	Usg eşliğinde İİAB tekrarı
Benign	0-3	0-3	Klinik ve sonografik takip
Önemi belirsiz atipi veya önemi belirsiz foliküler lezyon	6-18	10-30	İİAB tekrarı veya lobektomi
Foliküler neoplazmi veya şüphesi	10-40	25-40	Lobektomi
Şüpheli malignite	45-60	50-75	Lobektomi veya totale yakın troidektomi
Malign	94-96	97-99	Lobektomi veya totale yakın troidektomi

2.1.4.1.6. Tedavi:

Tiroid nodüllerinin tedavisi İİAB ve USG sonuçlarına göre yapılmalıdır. Sitolojik olarak benign lezyonların 6-18 ay aralıklarla USG, TSH ve klinik takibi önerilmektedir. Eğer şüphe varsa veya nodül boyutunda anlamlı büyüme olduysa USG eşliğinde biyopsi tekrarı önerilmektedir (27). Nodül boyutunda 2 veya 3 boyutta en az 2 mm(%20) artış olması, nodül volümünde %50 artış olması nodülde anlamlı büyüme olarak kabul edilir ve İİAB önerilir (23). Nodülde levotiroksin verilmesi rutin tedavide önerilmez. Küçük nodülleri olan ve iyot eksikliği bölgesinde yaşayan kişilere önerilebilir (43).

Benign nodüllerde lokal bası belirtilerinin olması, nodülde progresiv büyüme, kozmetik nedenler, şüpheli ultrason bulguları, önceden yapılmış radyoterapi öyküsü olması, sitopatoloji sonucu şüpheli malignite, foliküler lezyon veya şüphesi ile malign olanlara da cerrahi tedavi önerilir (27).



Şekil 1: Tiroid nodülüne yaklaşım (18)

2.2. ANKSİYETE

Anksiyete çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlı korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi, kaygı ile yaşanan negatif bir durumdur.. Anksiyete birçok organik bozuklukta görülebilen ve birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen bir semptomdur. Anksiyete bozukluğu ise toplumda en sık görülen ruhsal

bozukluklardan biridir (44). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının 14 ülkede 15 merkezde yürüttüğü, 25000 erişkin kişinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10,5 olarak bildirilmiştir (45). Ayrıca ülkemizdeki yapılan farklı bir çalışmada da kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla anksiyete bozukluğu saptanmıştır (46).

Normal anksiyete, insanda biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında olaydan kaçma veya savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (47). Ancak ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de anksiyete ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir(48).Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Genellikle, kişiler kendi bilgi ve becerisiyle bu duruma karşı koymaya çalışır. Sorunu aşmakta zorlandığında, belirtilerin üstesinden gelememesinde tedavi için başvurabilir (49).

2.3. DEPRESYON

Depresyon; çökkün bir duygudurum ile beraber, durgunlaşma, konuşma, davranış, düşünce ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve bunların yanında güçsüzlük, değersizlik hissi, karamsarlık, küçüklük, isteksizlik duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Tedavi yan etkileri, hastalığın yol açtığı fiziksel belirtiler ve çaresizlik duygusu hastalara bedenlerini kontrol edemedikleri duygusunu vermektedir. Yaşanan bu kontrol kaybı sonrasında ise benlik saygısı azalabilmekte ve depresyonun ortaya çıkması kolaylaşabilmektedir. Depresyon yaşayan hasta kendisini sosyal çevresinden izole ederek kendi içine kapanabilir ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda kişi hem ruhsal hem de fiziksel yönden beklenenden çok daha fazla seviyede etkilenebilir. Sosyal izolasyon, iş performansında azalma ve günlük yaşam aktivitelerinde azalma görülebilir. Sonuç olarak kişinin yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (50).

Depresyonun 2 yıl ya da daha uzun süre olması halinde kronik depresyondan söz edilir. Depresif belirtilerin belirli bir mevsimde düzenli olarak başlaması ve düzelmesi şeklindeki örüntü mevsimsel affektif bozukluk olarak isimlendirilir. Depresif atak doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlarsa post partum depresyon, depresyon atağında varsanı ve sanrılar şeklinde psikoz belirtileri görülürse, psikotik özellikli depresyon olarak isimlendirilir. Katalepsi, katatonik eksitasyon, negativizm ve stereotipiler gibi katatonik özellikler varlığında katatonik depresyon olarak isimlendirilir. Duygudurumun tepkisel oluşu, aşırı uyuma, aşırı yeme, insanlar arası ilişkilerde reddedilme duyarlılığı, atipik özellikli depresyon olarak adlandırılır. Tepkisel olmayan duygudurum, anhedoni, kilo kaybı, suçluluk, psikomotor retardasyon ve ajitasyon, duygudurumun sabah kötüleşmesi, sabah çok erken uyanıp yeniden uyuyamama gibi belirtilerle seyreden alt tip ise melankolik depresyon olarak isimlendirilir (51).

Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon:

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların oluşum riski yüksek olup sıklığı %29-47 arasında saptanmıştır.(52,53) Bu sıklığın yaygınlığı kötü prognozu olan ve ilerlemiş hastalığı olanlarda en yüksektir.(54,55) Hastalarda psikiyatrik açıdan oluşabilecek tablolar; major depresyon, kişilik bozuklukları, depresif mizaçlı uyum bozukluğu, organik beyin sendromu, anksiyete bozukluğudur.

Withlock ve Siskind, kanser ile depresyon arasındaki ilişkiyi şöyle özetlemektedir; öncelikle tanı ve tedavi girişimlerine, ağrıya, tıbbi sürece ve tanının söylenmesiyle kişi tarafından algılanma biçimine karşı gelişen psikolojik tepkiler sonucu depresyon gelişebilir. Ayrıca depresyon; ortaya çıkarılmamış bir primer kanserin beyindeki yapısal bozulmaların sonucu olarak veya henüz tanı konulmamış serebral bir metastazın ilk göstergesi olarak görülebilir. Bunun yanında, endokrin bozukluklar oluşturabilen paraneoplastik sendromlar da depresyon etyolojisinde rol oynayabilir(56). Hastalarda beden imajında değişme, elektrolit dengesizlikleri, ölüm olasılığı ile yüzyüze gelme, girişimsel tedaviler, tümör lokalizasyonu, kemoterapi ve radyoterapi gibi nedenler depresyona yol açabilir.(57,58). İleri hastalık döneminde oluşan halsizlik ve enerji kaybı gibi belirtiler depresyon ile karışabilir fakat

hastadaki değersizlik, ümitsizlik, intihar düşüncesi ve aşırı suçluluk gibi semptomlara dayanarak depresyon tanısı konulabilir(59). Ayrıca hastalıktan dolayı oluşan çaresizlik duygusu, fiziksel belirtiler ve tedavinin yan etkileri de kanserli bireylerin bedenlerini kontrol edemedikleri duygusunu yaşatmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı sonucunda ise kişinin öz saygısı düşebilmekte ve depresyon daha kolay ortaya çıkabilmektedir(60). Depresyon gelişimi açısından etkili olan risk faktörleri; kadın olmak, genç olmak, ileri evre hastalık, yetersiz ağrı kontrolü, hastalığın nüks etmesi, fazla duygusallık, stres, öz saygının düşük olması, madde kullanım öyküsü, kötü fiziksel şartlar, birey ya da ailede depresyon gibi durumlardır(61,62). Depresif bozuklukların farkına varılması ve tedavisi, kanser tedavisine uyumu artırır, özkıyımı azaltır ve yaşam kalitesini artırır(63).

Anksiyete kanser tanı ve tedavisinde gelişebilen ve fark edilmediğinde tedavisiz kalabilen bir durumdur(64). Hafif ve orta şiddetten şiddetli anksiyeteye kadar değişkenlik gösterebilir(65). Kanser hastalarında hastalığın bilinen ve bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, olumsuz sonuç bekleme, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, belirsizlik yaşama, beyin metastazları, uygulanan tedaviler ve hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe anksiyeteye yol açabilir.(66,67) Kanserde anksiyeteyi etkileyen risk faktörleri; hastalığın tipi, evresi, seyri, ağrı ve bulantı gibi semptomlar, baş etme yetenekleri, olgunluk düzeyi, yaşam düzeyi, yaşı, çevresinden duygusal ve psikolojik destek görebilmesi gibi durumlardır(58,68,69).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Grubunun Seçimi;

Yapılan bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda Ağustos 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılan 18-65 yaş arası 315 hasta dahil edilmiştir.

1. Araştırma öncesi etik kurul onayı alındı. Çalışma protokolü belirlendi.
2. Hastalara çalışmanın amacı sözlü olarak anlatıldı.
3. Hastalara Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Sosyodemografik Form adlı anket çalışmaları yapılmıştır.
4. Çalışmaya TSH, serbest T4 düzeyi normal olan, herhangi bir hormon replasman tedavisi almayan, nodülü olan ve tiroid İİAB yapılması planlanan ötiroid hastalar alınmıştır.
5. Her hastanın tiroid İİAB sitopatolojik sonucu sosyodemografik anket formu bilgilerine eklenmiştir.
6. Hastaların çalışma dışı bırakılma kriterleri: 18 yaşından küçük olan, 65 yaşından büyük olan hastalar, ailede ve kendisinde tiroid kanseri öyküsü olanlar, okuma yazma bilmeyen hastalar, görme problemi olan, koopere olamayan hastalar, psikiyatrik hastalık tanısı olan veya psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü olan hastalar hariç tutulmuştur.

Bu çalışma, prospektif klinik bir anket çalışması olarak planlanmıştır. Görüşmeler hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterilerek, özel görüşme odasında yapıldı. Sorumlu hekim tarafından hastalara çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin mutlak gizliliği açıklandı. Çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve sözlü onam alındı. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda 31.08.2018 - 28.01.2019 tarihleri arasında 18-65 yaş arasında tiroid nodülü olan ve tiroid İİAB yapılması planlanan ötiroid hastalara uygulanmıştır. Bu süre içerisinde aynı hastanın tekrarlayan başvurularında yalnızca ilk başvurusu değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmamızda tecrübeli bir radyologun

USG eşliğinde tiroid İİAB yaptığı nodülleri analiz edildi. Tüm biyopsiler aynı radyolog tarafından yapıldı. Detaylı bir USG incelemesi sonrası malignite riski bulunan 1 cm' den küçük nodüllerde çalışmaya dahil edilerek tiroid İİAB yapıldı.

Sosyodemografik Anket Formu:

Bu forumda hastaların adı, soyadı, protokol bilgisi, cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, çalışıyor olma durumu, sosyal güvencesi, kaçınıcı tiroid biyopsisi olduğu, ailede ve kendisinde kanser öyküsü, sigara ve alkol kullanım öyküsü, bilinen psikiyatrik bir hastalık varlığı, herhangi bir nedenden dolayı antidepresan kullanma durumu sorgulandı. Her hastanın tiroid İİAB sonrası sitopatolojik sonuçları sosyodemografik anket formuna patolojik sonuç olarak eklendi.

Beck Anksiyete Ölçeği:

Beck anksiyete ölçeğinde insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları 21 belirti verilmiştir. BAÖ'nün Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları; Ulusoy M ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (70). Her maddedeki belirti için hastalardan bugün dahil son bir haftadır rahatsızlık verme derecesine göre; hiç (0), hafif düzeyde, beni pek etkilemedi (1), orta düzeyde, hoş değildi ama katlanabildim (2), ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım (3) seçeneklerinden birini işaretlemek üzere doldurmaları istenmiştir. Alınan puanlara göre anksiyete düzeyleri;

Puanların toplamı;

0-7: Anksiyete yok ,

8-15: Hafif düzeyde anksiyete,

16-25: Orta düzeyde anksiyete,

26-63:Şiddetli düzeyde anksiyete düzeyi olarak

değerlendirilmiştir (71).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. Yirmi bir belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir, alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Bu ölçeğin Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (72,73).

Toplam 21 soru içerir. Her bir soruda en düşük puan sıfır, en yüksek puan 3 tür. Alınan puanlara göre hastaların depresyon düzeyleri;

Puanların toplamı;

0-9:depresyon yok

10-16:hafif düzeyde depresif bulgular

17-29:orta düzeyde depresif bulgular

30-63:şiddetli düzeyde depresif bulgular olarak

değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz:

Çalışmamız anket uygulamasına dayalı prospektif bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Hastalara uygulanan anket ile veri kümesi oluşturularak tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılan ötroid hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyi ile TİİAB patoloji sonucu malign çıkanlar arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler kodlandıktan sonra istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler frekans ve yüzde oranları; oransal ölçekli değişkenler ise ortalama±SS veya (medyan, min, maks) şeklinde tablolar kullanıldı. Anket uygulamasında hastalara sorular yöneltildi.

Beck anksiyete skoru, beck depresyon skoru hesaplandı. Oransal ölçekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov analizi ile test edildi.

İki bağımsız grup durumunda Mann-Whitney U, çoklu gruplarda Kruskal-Wallis analiz yöntemleri tercih edildi. Anlamalı bulunan çoklu karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis analizinin ikili karşılaştırma yöntemi kullanıldı. Gruplar arasındaki sürekli değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. ANOVA'da anlamalı çıkan değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında Tamhane's testi kullanıldı.

Analizlerin tamamında tip-I hata düzeyi %5 alınarak $p < 0.05$ anlamalı olarak kabul edildi. Çalışmamızda $p < 0.05$ önemli düzeyde farklılık, $p < 0.01$ çok önemli düzeyde farklılık, $p < 0.001$ ise ileri düzeyde farklılık olarak belirtilirken, $p > 0.05$ ise farklılık saptanmadı olarak belirtildi.

4.BULGULAR

Tablo 3: Sosyodemografik bulgular 1

	N=315	pBDÖ	pBAÖ
Cinsiyet			
• Kadın	251 (%79.7)	P= 0,174 ^a	P= 0,04 ^a
• Erkek	64 (%20.3)		
Yaş	Median: 50 (Min: 19, max: 65)	P= 0,004 ^a	P= 0,015 ^a
• >50	150 (%47.6)		
• ≤50	165 (%52.4)		
Medeni Durum			
• Bekar	36 (%11.4)	P= 0,020 ^b	P= 0,035 ^b
• Evli	254(%80.6)	P= 0,025 ^a	P= 0,022 ^a
• Boşanmış	11 (%3.5)		
• Dul	14 (%4.4)		
Eğitim Durumu			
• İlköğretim	244(%77.5)	P= 0,040 ^b	P= 0,156 ^b
• Lİse	44 (%14)		
• Üniversite/yükseklisans	77 (%8.6)		

Çalışmaya 315 hasta dâhil edildi. Dahil edilen kişilerin yaş dağılımları One-Sample Kolmogorov-Simironov Z testi ile değerlendirildi. P= 0.010 bulundu ve normal dağılıma uygun olmadığı kabul edildi. Hastaların yaşlarının ortanca değeri 50 (minimum: 19, maksimum: 65) idi. Ortanca yaş değeri temel alınarak hastalar 2 gruba bölündü. 165 (%52,4) hasta 50 yaş ve altında gruplanırken, 150 (%47,6) hasta 50 yaş üzeri grupta yer aldı. BDÖ ve BAÖ skorlarının yaş ile olan ilişkisi Mann-Whitney U testi ile 50 yaş ve altı, 50 yaş üstü olan hastalar arasında değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı fark saptandı. 50 yaş üzerinde olan hastalarda BDÖ ve BAÖ skorları anlamlı olarak daha yüksek bulundu (pBDÖ= 0,004, pBAÖ= 0,015).

Tablo 4: Yaş:One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Ortalama	48,11
Ortanca	50,00
Standart sapma	11,076
En düşük	19
En büyük	65
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010

Hastalardan 251 (%79,7) kişi kadın, 64 (%20,3) kişi erkekti. BDÖ ve BAÖ skorlarının cinsiyet ile ilişkisi Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. BDÖ skorlarında cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmazken ($P= 0,174$), BAÖ skoru kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($P= 0,04$).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, 36'sı (%11.4) bekar, 254'ü (%80.6) evli, 11hasta (%3.5) boşanmış ve 14'ü (%4.4) duldu. BDÖ ve BAÖ skorları medeni duruma göre değerlendirildiğinde, Kruskal-Wallis Test ile gruplar arasında anlamlı fark saptandı. ($p_{BDÖ}= 0,035$, $p_{BAÖ}= 0,020$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı fark olduğunu saptamak için gruplar Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda, eşitliğin sağlanamadığı testlerden Tamhane's Test ile değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 5)

Tablo 5: Tamhane's Test ile medeni durum alt grupları arasında çoklu karşılaştırma

Bağımlı Değişken	(I)	(J)	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	P
	Medeni.durum	Medeni.durum			
BAÖ	Bekar	Evli	-1,47332	,96942	,582
		Boşanmış	-3,47475	1,85565	,388
		Dul	-2,89683	1,31276	,186
	Evli	Bekar	1,47332	,96942	,582
		Boşanmış	-2,00143	1,65609	,825
		Dul	-1,42351	1,01121	,691
	Boşanmış	Bekar	3,47475	1,85565	,388
		Evli	2,00143	1,65609	,825
		Dul	,57792	1,87782	1,000
	Dul	Bekar	2,89683	1,31276	,186
		Evli	1,42351	1,01121	,691
		Boşanmış	-,57792	1,87782	1,000
BDÖ	Bekar	Evli	-1,69444	,83699	,258
		Boşanmış	-3,69444	1,73812	,266
		Dul	-3,12302	1,24731	,103
	Evli	Bekar	1,69444	,83699	,258
		Boşanmış	-2,00000	1,58614	,798
		Dul	-1,42857	1,02497	,702
	Boşanmış	Bekar	3,69444	1,73812	,266
		Evli	2,00000	1,58614	,798
		Dul	,57143	1,83605	1,000
	Dul	Bekar	3,12302	1,24731	,103
		Evli	1,42857	1,02497	,702
		Boşanmış	-,57143	1,83605	1,000

Psikolojik durumun boşanmış ve dul olanlarda daha depresif olma eğilimde olabileceği düşünülerek, hastalar evli- bekar ve boşanmış-dul olanlar diye gruplandırılarak BDÖ ve BAÖ skorları Mann-Whitney U testi ile değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı fark saptandı. Boşanmış ve dul olan hastalarda BDÖ ve BAÖ skorları anlamlı olarak daha yüksek saptandı. (Tablo 6)

Tablo 6: Gruplandırılmış medeni durumun Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	Medeni durum	N	Ortalama sıra	Sıra toplamı	P
BDÖ	Bekar-evli	290	154,62	44840,00	,025
	Dul-boşanmış	25	197,20	4930,00	
	Total	315			
BAÖ	Bekar-evli	290	154,55	44819,00	,022
	Dul-boşanmış	25	198,04	4951,00	
	Total	315			

BDÖ ve BAÖ skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları One-Sample Kolmogorov-Smirnov Z testi ile değerlendirildiğinde her iki skollama sisteminin de p değeri 0,0001 olarak bulundu ve normal dağılım olmadığı kabul edildi. Anova test ile varyans dağılımları heterojenite gösterdiği için gruplar Kruskal-Wallis Test ile değerlendirildi. BDÖ skorlarında gruplar içinde anlamlı fark saptanırken, BAÖ skorları gruplar içinde anlamlı fark içermiyordu (Tablo 7). Hangi alt gruplar arasında anlamlı fark olduğunu saptamak için gruplar Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda, eşitliğin sağlanmadığı testlerden Tamhane's Test ile değerlendirildiğinde BDÖ skoru ilköğretim bitirmiş hasta grubunda, üniversite eğitimi almış kişilere göre anlamlı fark içeriyordu (Tablo 8).

Tablo 7: BDÖ skorunun alt grup fark analizi

Eğitim Durumu	Karşılaştırma Grubu	Ortalama Fark	Standart Hata	P
İlköğretim	Lise	,98733	,75162	,476
	Üniversite/yüksek lisans	2,39390*	,84058	,022
Lise	İlk öğretim	-,98733	,75162	,476
	Üniversite/yüksek lisans	1,40657	1,03079	,444
Üniversite/yüksek lisans	İlk öğretim	-2,39390*	,84058	,022
	Lise	-1,40657	1,03079	,444

Tablo 8: Tamhane's Test ile değerlendirme

Eğitim Durumu	N	Ortalama	Standart sapma	Standart Hata
İlk öğretim	244	9,2828	5,04934	,32325
Lise	44	8,2955	4,50106	,67856
Üniversite/yüksek lisans	27	6,8889	4,03192	,77594
Total	315	8,9397	4,93585	,27810

Tablo 9: Sosyodemografik Bulgular-2

	N=315	pBDÖ	pBAÖ
Çalışma durum			
• Çalışıyor	132 (%41,9)	P= 0,377 ^b	p=0,358 ^b
• Çalışmıyor	165 (%52,4)	P=0,410 ^a	p=0,434 ^a
• Emekli	18 (%5,7)		
Ekonomik durum			
• Kötü	29(%9,2)	p<0,005 ^b	p<0,005 ^b
• Orta	238(75,6)		
• İyi	48(15,2)		
Sigara Kullanımı			
• Yok	237 (%75.2)	P= 0,102 ^a	P= 0,406 ^a
• Var	78 (%24.8)		

Hastalar çalışma durumlarına göre gruplandırıldığında, 132'si (%41.9) çalışıyor, 165'i (%52.4) çalışmıyor, 18 hasta (%5.7) emekliydi. BDÖ ve BAÖ skorları çalışma duruma göre değerlendirildiğinde, Kruskal-Wallis Test ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (pBDÖ= 0,377, pBAÖ= 0,358). Hastalar çalışıyor olup olmamasına göre yeniden gruplandırıldığında Mann-Whitney U testi ile gruplar arasında yine anlamlı bir fark saptanmadı. (pBDÖ= 0,410, pBAÖ= 0,434).

Hastalar ekonomik durumlarına göre, 1500 ve altı kazancı olanlar kötü, 1500-3000 arası orta, 3000 ve üzeri iyi olarak gruplandı. 29 hasta (%9.2) kötü, 238'i (%75.6) orta, 48 hasta (%15.2) iyi düzey ekonomik duruma sahipti. BDÖ ve BAÖ skorları ekonomik duruma göre değerlendirildiğinde, Kruskal-Wallis Test ile gruplar arasında anlamlı fark saptandı (pBDÖ<0,005, pBAÖ< 0,005). Hangi alt gruplar arasında anlamlı fark olduğunu saptamak için gruplar Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda, eşitliğin sağlanamadığı testlerden Tamhane's Test ile değerlendirildiğinde ekonomik durumu iyi olanların orta ve kötü olanlara göre, ekonomik durumu orta olanların kötü olanlara göre BDÖ ve BAÖ skorları daha düşük bulundu.

Tablo 10: Tamhane's Test ile ekonomik durum alt grupları arasında çoklu karşılaştırma

Bağımlı değişken	(I) Ekonomik durum	(J) Ekonomik durum	Ortalama fark (I-J)	Standart hata	P
BDÖ	Kötü	Orta	4,90510*	1,12011	,000
		İyi	9,33980*	1,16617	,000
	Orta	Kötü	-4,90510*	1,12011	,000
		İyi	4,43470*	,51974	,000
	İyi	Kötü	-9,33980*	1,16617	,000
		Orta	-4,43470*	,51974	,000
BAÖ	Kötü	Orta	5,39148*	1,06225	,000
		İyi	9,59124*	1,11264	,000
	Orta	Kötü	-5,39148*	1,06225	,000
		İyi	4,19975*	,57725	,000
	İyi	Kötü	-9,59124*	1,11264	,000
		Orta	-4,19975*	,57725	,000

78 hastada (%24.8) sigara kullanım öyküsü varken, 237'sinde (%75.2) yoktu. Sigara kullanımına göre hastaların BDÖ ve BAÖ skorları Mann-Whitney U testi ile değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı fark saptamadı (pBDÖ= P= 0,102 ve pBAÖ= P= 0,406).

Tablo 11: Sosyodemografik Bulgular-3

	N=315	pBDÖ	pBAÖ
Kanser Öyküsü			
• Yok	219 (%69.5)	P= 0,962 ^a	P= 0,744 ^a
• Kendisinde	19 (%6)		
• Ailesinde (1. Derece)	77 (%24.4)		
Biyopsi Öyküsü			
• Yok	198 (%62.9)	P= 0,017 ^b	P= 0,034 ^b
• 1 Kez	80 (%25.4)		
• 2 Kez	23 (%7.3)		
• 3 Kez	12 (%3.8)		
• ≥3 Kez	2 (%0.6)		
Patolojik Sonuç			
• Benign	208 (%66)	P= 0,420 ^b	P= 0,647 ^b
• Malign	31(%9.8)		
• Malignite şüphesi	3(%0.9)		
• FN/FNS	9(%2.8)		
• Yetersiz Materyal	36(%11.4)		
• ÖBA/ÖBFL	28(%8.9)		

BDÖ ve BAÖ skorlarının hastada tiroid dışı kanser öyküsü olması, 1. Derece akrabalarında tiroid dışı kanser öyküsü olması veya kanser öyküsü olmaması durumuna göre dağılımları One-Sample Kolmogorov-Smirnov Z testi ile değerlendirildiğinde her iki skora sisteminin de p değeri 0, 0001 olarak bulundu ve normal dağılım olmadığı kabul edildi. Anova test ile varyans dağılımları

heterojenite gösterdiği için gruplar Kruskal-Wallis Test ile değerlendirildi ve gruplar arasında BDÖ ve BAÖ skorları arasında anlamlı fark saptanmadı. Kanser öyküsü grubu kanser öyküsü olup olmamasına göre iki gruba ayrılıp gruplar kendi içinde Mann-Whitney U Testi ile de değerlendirildiğinde, hastada veya 1. derece akrabasında kanser öyküsü olması BDÖ ve BAÖ skorlarını anlamlı olarak arttırmıyordu ($p_{BDÖ} = P = 0,962$ ve $p_{BAÖ} = P = 0,744$).

Hastaların biyopsi öyküleri 3 ve ≥ 3 biyopsi yapılan hasta sayıları çok az olduğu için yeniden gruplandırma yapılarak bu hastaların hepsi ≥ 2 kez biyopsi yapılan hastalar olarak gruplandırıldı. Yeni gruplandırmaya göre dağılımları One-Sample Kolmogorov-Smirnov Z testi ile değerlendirildiğinde her iki skorlama sisteminin de p değeri 0,0001 olarak bulundu ve normal dağılım olmadığı kabul edildi. Anova test ile varyans dağılımları heterojenite gösterdiği için gruplar Kruskal-Wallis Test ile değerlendirildi ve gruplar arasında BDÖ ve BAÖ skorları arasında anlamlı fark saptandı. ($p_{BDÖ} = 0,017$, $p_{BAÖ} = 0,034$) Hangi alt gruplar arasında anlamlı fark olduğunu saptamak için gruplar Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda, eşitliğin sağlanmadığı testlerden Tamhane's Test ile değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Hastalar biyopsi öyküsü olup olmamasına göre iki gruba ayrıldı ve gruplar Mann-Whitney U testi ile değerlendirildiğinde BDÖ skoru öncesinde biyopsi yapılan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p_{BDÖ} = P = 0,036$). Fakat BAÖ skorları biyopsi öyküsü olan ve olmayan hastalarda anlamlı fark yaratmıyordu ($p_{BAÖ} = P = 0,570$).

Tablo 12: Tamhanne's Test ile Biyopsi öyküsü durumunu alt grupları arasında çoklu karşılaştırma

Değişken	Biyopsi	Karşılaştırma grubu	Ortalama Fark	Std. Hata	P
BDÖ	Öyküsü yok	1 kez	-,16098	,60076	,991
		2 ve üstü	-2,10524	,89123	,065
	1kez	Öykü yok	,16098	,60076	,991
		2 ve üstü	-1,94426	,94295	,125
	2->2 kez	Öykü yok	2,10524	,89123	,065
		1 kez	1,94426	,94295	,125
BAÖ	Öyküsü yok	1 kez	,29066	,71478	,969
		2 ve üstü	-2,85326	1,18356	,059
	1kez	Öykü yok	-,29066	,71478	,969
		2 ve üstü	-3,14392	1,28871	,052
	2->2 kez	Öykü yok	2,85326	1,18356	,059
		1 kez	3,14392	1,28871	,052

Tablo 13: Biyopsi yapılan ve yapılmayan hastaların Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılması

	Biyopsi	N	Ortalama sıra	Sıra toplamı	P
BDÖ	Öyküsü yok	198	149,75	29650,50	
	≥1 öyküsü olan	117	171,96	20119,50	,036
	Total	315			
BAÖ	Öyküsü yok	198	155,77	30841,50	,570
	≥1öyküsü olan	117	161,78	18928,50	
	Total	315			

Hastaların istatistiksel analizlerinde malignite şüphesi(8(%0.9) ve foliküler neoplazi veya şüphesi(%2.8) olan hastalar vaka sayısının az olması nedeniyle malign hastalara dahil edilmiştir. Malign hastalar toplamda 43(%13.7) hasta olarak değerlendirilmiştir. ÖBA/ÖBFL hastaları da nondiagnostik hastalara dahil edilmiştir ve nondiagnostik hasta toplamı 64(%20)hasta olarak alınmıştır. BDÖ ve BAÖ skorlarının patolojik tanıya göre dağılımları One-Sample Kolmogorov-Simirnov Z testi ile değerlendirildiğinde her iki skorlama sisteminin de p değeri 0, 0001 olarak bulundu ve normal dağılım olmadığı kabul edildi. Anova test ile varyans dağılımları heterojenite gösterdiği için grupların Kruskal-Wallis Test ile değerlendirildi. BDÖ ve BAÖ skorlarında gruplar içinde anlamlı fark saptanmadı. Alt grupların kendi içinde değerlendirilmesi için Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda, eşitliğin sağlanamadığı testlerden Tamhane's Test ile değerlendirildi, ikili grup karşılaştırmalarında da gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 14: Nodül patolojisinin BDÖ ve BAÖ skorları ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Patoloji	N	Ortalama Sıra	Ortalama	Std. Sapma	Min	Maks	P
BDÖ	Benign	208	158,63				
	ND	64	147,38	8,939	4,935	1,00	30,0
	Malign	43	170,77				
	Total	315					
BAÖ	Benign	208	160,76				
	ND	64	148,66	9,326	5,446	00,0	32,0
	Malign	43	158,53				
	Total	315					

Tablo 15: BDÖ ve BAÖ skorlarının Patolojik tanı gruplarının kendi içinde ikili karşılaştırması

Patolojik alt grup lar		Ortalamadan Sapma	Std. hata	P	95% güven aralığı		
					AltSınır	ÜstSınır	
BDÖ	Bening	ND	,24038	,77600	,986	-1,6463	2,1271
		Malign	-,44421	,76384	,917	-2,3174	1,4290
	ND	Benign	-,24038	,77600	,986	-2,1271	1,6463
		Malign	-,68459	,98097	,865	-3,0661	1,6970
	Malign	Benign	,44421	,76384	,917	-1,4290	2,3174
		ND	,68459	,98097	,865	-1,6970	3,0661
BAÖ	Benign	ND	,96034	,74889	,492	-,8535	2,7742
		Malign	,57771	,75059	,828	-1,2530	2,4084
	ND	Benign	-,96034	,74889	,492	-2,7742	,8535
		Malign	-,38263	,89583	,964	-2,5578	1,7926
	Malign	Benign	-,57771	,75059	,828	-2,4084	1,2530
		ND	,38263	,89583	,964	-1,7926	2,5578

Tablo 16’da hastaların %43.2 sinde anksiyete olmadığı, %44.4 ünde hafif düzeyde, %11.1 inde orta düzeyde ve %1.3’ ünde şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 32’dir

Tablo 16: Anksiyete belirtilerinin derecesine göre dağılımı

Anksiyete Belirtilerinin Derecesi	Sayı (N)	Yüzde (%)
Anksiyete belirtisi yok (0-7 puan)	136	43.2
Hafif düzeyde anksiyete (8-15 puan)	140	44.4
Orta düzeyde anksiyete (16-25 puan)	35	11.1
Şiddetli düzeyde anksiyete (26-63 puan)	4	1.3
TOPLAM	315	100

Tablo 17’de hastaların %59.7’ sinde depresif belirtilerin olmadığı, %33.7’ sinde hafif düzeyde depresif belirti, %6.3’ünde orta düzeyde ve %3’ ünde ise şiddetli seviyede depresif belirti olduğu saptandı. Ölçekten alınan en düşük puan 1, en yüksek puan 30’dur.

Tablo 17: Depresyon belirtilerinin derecesine göre dağılımı

Depresyon Belirtilerinin Derecesi	Sayı(N)	Yüzde(%)
Depresif belirti yok (0-9 puan)	188	59.7
Hafif düzeyde depresif belirti (10-16 puan)	106	33.7
Orta düzeyde depresif belirti (17-29 puan)	20	6.3
Şiddetli düzeyde depresif belirti (30-63 puan)	1	0.3
TOPLAM	315	100

5.TARTIŞMA

Tiroid nodüllerinin sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda USG ile tespit edilen nodül prevalansı 65 yaş üzerinde %37.4 iken, 18-65 yaş arasında %23.5 tespit edilmiştir (20). Biz çalışmamıza 65 yaş üzeri hastalarla iletişim kurmakta yaşanan zorluklar nedeniyle 18-65 yaş arası hastaları dahil ettik ve bu hastaların yaş ortalamasını 48 olarak saptadık.

Yaşlı hastalar genç hastalara oranla çevresel değişimlere ve yeniliklere daha zor uyum gösterirler. Alışık olmadığı ortamlara (hastane gibi) ve agresif tedavilere uyumda daha fazla güçlük yaşayabilirler. Yine tedavi ekibi tarafından ihmal edilme korkusu, diğerlerine yük olma korkusu yaşlı hastalarda gençlere oranla daha siktir. Bu sebeplerden dolayı yaşlı hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek beklenebilir. Bizim çalışmamızda da 50 yaş ve üzerinde olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi anlamlı seviyede daha yüksek bulundu. Benzer çalışmada yaş arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir (74). Yapılan farklı çalışmalarda ise yaş arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin değişmediği saptanmıştır (75).

Literatür incelendiğinde tiroid nodüllerinin kadınlarda erkeklere oranla 4 kat daha sık görüldüğü belirtilmektedir (76). Bizim çalışmamıza katılan hastaların 251'i(%79.7)kadın, 64'ü(%20.3) erkekti ve kadın/erkek oranı 3.9 olarak bulundu. Gürel FS' nin yaptığı çalışmada kadınlarda 5 kat fazla bulunmuştur(77). Sclabas GM ve arkadaşlarının 240 hastalık çalışmasında kadınlarda 3 kat fazla, Sangalli G ve arkadaşlarının 5287 hastada yaptığı çalışmada ise kadınlardaki nodül sıklığı erkeklerden 4.2 kat fazla saptanmış olup çalışmamızdaki oran literatür ile uyumlu bulunmuştur (78,79).

Kadın ve erkek anksiyete düzeyi arasındaki farklılığı Shevde ve arkadaşları ile Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerine, Badner ve arkadaşları kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına, Caumo ve arkadaşları östrojen ve progesteron

değişikliklerinin duygudurum ve anksiyete bozukluklarının etyolojisinde etkili olmasına bağlamışlardır (80,81,82,83). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kadınlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer tarafta bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile anksiyete arasında ilişki gösterilememiştir (84,85).

Kadının biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu nedeniyle depresyona yatkın olduğunu gösteren çalışmalar vardır (86). Bizim çalışmamızda hastaların depresyon düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Yapılan çalışmalarda Pandey ve arkadaşları erkek hastalarda depresyonun daha sık görüldüğünü belirtmiş, diğer tarafta depresyonun kadınlarda daha fazla görüldüğünü belirten çalışmalar yapılmıştır (87,88,89).

Seref ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon semptomlarının aşikar hipertiroidi ve aşikar hipotiroidi hastalarında anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (90). Başka bir çalışmada ötiroid guatrın depresyonla ilişkisi saptanmazken, bir çalışmada ise ötiroid nodülleri olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır (91,92). Park ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise subklinik hipotiroidi hastaları ile ötiroid hastalar arasında demografik özellikler ve nöropsikolojik parametreler açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (93). Hendrick ve arkadaşları subklinik düzeyde olan tiroid işlev bozukluklarının depresyon ve anksiyete bozukluklarına yol açacağını belirtmiştir (94). Pop ve arkadaşları otoantikör pozitifliği ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir (95). Fakat bu çalışmada, tiroid disfonksiyonu mevcut hastalarda yer almaktadır. Ülkemizde yapılan bir diğer benzer çalışmada ise guatrı olan ötiroid hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi anlamlı seviyede yüksek çıkmıştır fakat bu çalışmaya İİAB sonrası malign çıkanlar dahil edilmemiştir (96). Yine Carte ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tiroid otoantikörleri pozitif olan ötiroid hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek çıkmıştır (97). Buradaki olgularda da çalışmamızdaki gibi sadece tiroid nodülü olan hastalar değil otoantikörleri pozitif olan tüm ötiroid hastalar alınmıştır. Tagay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tiroid kanseri olan hastaların anksiyete düzeyi toplumdan yüksek çıkmış fakat depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır (98). Başka bir çalışmada diferansiye tiroid kanseri olan hastalar ile normal popülasyon karşılaştırıldığında anksiyete düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (99).

Çalışmamıza replasman tedavisi ile ötiroid halde olan, psikiyatrik hastalık tanısı olan veya psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü olan hastalar dahil edilmemiştir. Fakat yapılan bazı çalışmalarda ise tiroid fonksiyon etkisi, hormon replasman tedavisi kullanımı, psikiyatrik hastalık öyküsü gibi anksiyete ve depresyon düzeyine doğrudan etkisi olabilecek durumlar göz ardı edilmiştir (100,101,102).

Çalışmamızda hastaların eğitim durumu karşılaştırıldığında ilköğretim ve altı seviyede olan hastaların depresyon düzeyleri üniversite/yüksek lisans mezunlarından anlamlı seviyede yüksek çıkmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda eğitim durumunun depresyon düzeyine etki etmediğini gösteren çalışmaların yanı sıra bizim çalışmamızı destekleyen eğitim düzeyinin azalması ile depresyon düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (75,103). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan grubun anksiyete değerleri daha yüksek olarak bulunmuştur (104). Buna karşılık bazı çalışmacılar eğitim durumunun anksiyeteyi etkilemediği bildirilmiştir (81,82,105). Eğitim durumu ile anksiyete arasındaki ilişkinin tam tersi olduğunu, eğitim düzeyi düştükçe anksiyetenin daha yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (106). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyleri ile anksiyete arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Eğitim durumlarına göre hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki bu farklılıklar, hastaların farklı hastalık nedenlerine, ülkesel farklılıklara ve toplumsal özelliklere bağlı olabilir. Bu faktörlerin olası etkilerini en aza indirmek için bizim çalışmamızda aynı hastalık grubundaki hastalar seçilmiş, uyruk belirtilmemiş olmasına rağmen yabancı uyruklu hastalar ile dil problemi olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda boşanmış ve dul olan gruptaki hastalarda BDÖ ve BAÖ skorları anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bu durum hastaların içinde buldukları zor yaşam şartlarına bağlanabilir. Benzer bir çalışmada dul ya da boşanmış olanlarda depresyon sıklığının arttığı belirtilmektedir (107). Beşer ve

Öz'ün çalışmalarında ise medeni durumun hastalarda anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin olmadığı rapor edilmiştir (108).

Çalışmamızda; kendisinde tiroid dışı kanser tanısı olan hastaların kanser tanısı olmayanlarla anksiyete ve depresyon düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı seviyede fark saptanmadı. Bunun sebebi kanser tanısı alan hastaların, hastalıklarını kabul etmekte yaşadıkları güçlük ve inkar savunma mekanizmasına veya hastaların çevrelerine iyi görünme isteklerine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca hastaların biyopsi için ayaktan gelen hastalar olması hastalığın daha erken evrede olduğunu düşündürmekte ve bakıma muhtaç seviyede olmamasının da anksiyete ve depresyon seviyesinde anlamlı fark olmamasının temel etkenlerinden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların birinci derece yakınında tiroid dışı kanser öyküsü olmasının hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini anlamlı seviyede değiştirmedeği gözlemlenmiştir. Benzer çalışmalarda; Ferrario ve arkadaşları hasta yakınlarındaki anksiyete ve depresyon düzeyi ile normal populasyon arasında anlamlı fark saptamamıştır (109). Babaoğlu ve Öz'ün yaptığı çalışmada ise terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerde depresif duygulanım, korku, anksiyete gibi duygusal sorunların ortaya çıktığı saptanmıştır (110).

Kanser hastalarının bakıma muhtaç seviyede olması, terminal dönemde olması, hasta yakınının bakım veren kişi olması, hasta ile aynı yerde yaşama, tedaviye başladıktan sonra geçen süre gibi faktörlerin hasta yakınlarındaki depresyon ve anksiyete düzeyine asıl etki eden faktörler olduğu düşünmekteyiz (111,112). Bizim çalışmamızda birinci derece yakınında kanser öyküsü olan hastaların çoğunun yakını ya erken evrede ya da hasta ile yakınının aynı yerde kalmaması veya bakım veren kişinin kendisi olmaması gibi sebeplerden dolayı anksiyete ve depresyon düzeyinde anlamlı bir fark oluşmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastalarda geçirilmiş tiroid biyopsi öyküsü olması ve olmaması şeklinde iki grupta incelediğimizde iki grup arasında depresyon seviyeleri

açısından anlamlı bir fark olduğu, anksiyete açısından anlamlı fark olmadığı gözlemlendi. Bu sonucu destekleyecek benzer bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamız bethesda sınıflamasına göre incelendiğinde 36(%11.4) yetersiz, 208(%66) benign, 28(%8.9) öba/öbfl, 31(%10.1) malign, 9(%2.8) foliküler neoplazm veya şüphesi, 3(%0.9) malignite şüphesi gelmiştir. Benzer çalışmada Şengöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sitolojik değerlendirme sonucu 781 nodül (%84.1) benign, 35 nodül (%3.8) şüpheli malign, 21 nodül(%2.3) malign, 92'si (%9.9) ise yetersiz materyal olarak rapor edildi (113). Baier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benign %53.6, malign %11, şüpheli veya atipik %23.6 yetersiz %11.8 olarak , Yang j ve arkadaşları %10.4 yetersiz, %64.6 benign,%7.6 malign, %11.6 şüpheli foliküler lezyon, %2.6 şüpheli malignite ve %3.2 önemi belirsiz atipi şeklinde saptamıştır (114,115).

Tiroid nodüllerinin İİAB' sinde en önemli sorun alınan materyalin sitolojik açıdan yetersiz olabilmesidir. Literatürde yetersiz gelme oranı %10-28.2 olarak bildirilmektedir (32,33). USG eşliğinde yapılan tiroid biyopsileri ile yetersiz materyal gelme oranının azaldığı bildirilmektedir (30,33,35). Bizim çalışmamızdaki yetersiz materyal (%11.4) oranı literatürdeki oranlarla uyumludur.

İİAB nin bethesda sınıflamasına göre malignite oranı; %3-7 arasındadır. Bizim çalışmamızda tiroid İİAB ye göre 31(%10.1) hasta malign sonuçlanmış olup buna foliküler neoplazi veya şüphesi ile malignite şüphesi olgularını da eklersek 43(%13.7) hasta olmaktadır. Hastanemiz tiroid İİAB için çevrede referans bir hastane olduğu için verilemizin literatür verilerine göre yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluk sıklığı %29-47 oranında değişmektedir(53). Vachon çalışmasında tüm kanser hastalarında psikolojik semptomların %25 oranında görüldüğünü belirtmiştir(116). Valente ve ark.' ları kanser hastalarının %25'inde hastalığın bir döneminde major depresif bozukluk geçirebileceğini belirtmiştir (117). Tokgöz ve ark' ları kanser hastalarında depresyon sıklığını %22 olarak saptamıştır(52). Alacacioğlu ve ark.'larının meme kanseri olan

hastalarda anksiyete, depresyon ve seksüel bozukluklarının değerlendirilmesi üzerine yaptıkları çalışmada ise; %46 depresyon, %41 anksiyete oranları bulunmuştur(118). Roth ve ark'larının prostat kanserli hastalardaki çalışmalarında, anksiyete en sık görülen psikolojik yakınma olarak saptanmıştır (119). Biz de çalışmamızda ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin malignite ile ilişkisi olabilir mi diye düşündük. Fakat sitopatolojik sonucu malign olan hastalarla diğer sitopatolojik tanı gruplarının tanı öncesi anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Bu durum bize tiroid kanseri hastalarının tanı öncesi ciddi bulgulardan ziyade daha çok asemptomatik ilerleyebileceğini göstermektedir. Ayrıca tiroid kanserinin iyi prognozlu olması, düşük mortalite görülmesi, diğer kanser türlerine göre daha nadir görülmesi ve çok yavaş ilerlemesi de bu duruma katkı sağlayan etkenlerden olduğunu düşünmekteyiz. Çalışma grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun(%77) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı seviyede olduğu görülmekte ve bu durumun hastaların tiroid kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca diğer kanserlerin tedavi süresince yarattığı psikolojik travmanın yanında tiroid kanserlerinde uzun ve yıpratıcı tedavi sürelerinin olmaması da sebepler arasında gösterilebilir. Bunun yanında kanser türleri arasında erken evrede de olsa, daha çok hastanın dış görünüşünde major değişikliklere yol açan (mastektomi, kolostomi gibi) veya cinsel kimliği etkileyen kanser türlerinde depresyon ve anksiyete oranlarının tiroid kanserine oranla daha yüksek seviyelerde olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmanın Sınırlılıkları:

Hastaların cerrahi histopatoloji sonuçları sağlıklı bir şekilde değerlendirilememiş ve çalışmamıza bu bilgiler dahil edilememiştir. Bu sebeple yapılan İİAB nin özgünlük ve özgüllüğü konusunda yeterli bilgiye ulaşamadık.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç:

Tiroid İİAB yapılan ötiroid hastalarda sitopatolojik sonucu malign olan hastalarla diğer sitopatolojik tanı gruplarının tanı öncesi anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma grubunda tanı öncesindeki anksiyete ve depresyon düzeyine yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, biyopsi öyküsünün olma durumu parametrelerin etki ettiği sonucuna varılmıştır.

Öneriler

Çalışma grubumuza benzer hasta popülasyonu kullanılarak kontrol gruplarıyla karşılaştırmalı bir çalışma yapılabilir. Bulunan anksiyete ve depresyon düzeyleri ile diğer etki eden faktörler genel popülasyon ile karşılaştırılabilir. Bu sayede hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve sıklığı konusunda daha destekli bir çalışma yapılmış olabilir.

Daha uzun dönemli ve çok merkezli prospektif bir çalışmaya cerrahi histopatolojik sonuçları eklenerek malign olan hastaların daha yüksek seviyede belirlendiği bir çalışma yapılabilir.

Hastaların tiroid kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları düşünülmekte ve bu konuda hastalık algısı üzerine çalışma yapılmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Uzun dönemli, çok merkezli prospektif çalışmalarda bu bulguların başka çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Hegedus L. Clinical practice. The thyroid nodule. N Engl J Med. 2004;351(17):1764 - 71.
2. Lin JD, Chao TC, Huang BY, Chen ST, Chang HY, Hsueh C. Thyroid cancer in the thyroid nodule evaluated by ultrasonography and fine-needle aspiration cytology. Thyroid 2005;15:708 -17.
3. Mortensen JD, Woolner LB, Bennett WA. Gross and microscopic findings in clinically normal thyroid glands. J Clin Endocrinol Metab 1955;15:1270-80.
4. Kuta E, Atmaca H. Tirotoksikoz. Journal of Experimental and Clinical Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 29 (2012) S309-S314
5. Mandel SJ. A 64-year-old woman with thyroid nodule. JAMA 2004;292:2632-2642.
6. Solbiati L, Osti V, Cova L, Tonolini M. Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes. Eur Radiol. 2001;11:2411-24.
7. Bauer M, Whybrow PC. Thyroid hormone, neural tissue and mood modulation. World J Biol Psychiatry, 2001. 2(2):59-69.
8. Ersoy F, Edirne T, Oğuz T.F. Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları – 2. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi , 2003 , cilt 12 , sayı 9 ,326
9. Gülseren S, Gülseren L, Hekimsoy Z, Çetinay P, Özen C, Tokathoğlu B. Depression, anxiety and health related quality of life in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. Archives of Medical Research 37, 133-139, 2006.
10. Eren İ, Cüre E, İnanlı İ, Kutlucan A, Köroğlu BK, Tamer MN. Klinik ve subklinik hipotiroidide psikiyatrik belirti düzeyi ve psikiyatrik belirtilerin tiroid hormon düzeyi ile ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi; 9(3): 131-137; 2006.
11. Yıldırım M. İnsan Embriyolojisi, Klinik Yönleri ile. 6.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002
12. Moore KL. The Neck. In: Moore KL. Clinically Oriented Anatomy. 3.baskı. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992. 783–852
13. Ingbar HS, Brauerman EL: Werner's the thyroid. Fundamental and clinical text JB Lippincott Company 1989
14. Kuran O: Normal anatomi. Fonmül matbaası İstanbul 1980; 364-378
15. Fancy T, Gallagher D, 3rd, Hornig JD. Surgical anatomy of the thyroid and parathyroid glands. Otolaryngol Clin North Am. 2010;43(2):221 - 7, vii.
16. Hershman JH, Pittman JA: Response to synthetic thyrotropin-releasing hormone in man. J Clin Endocrinol 1970; 31: 457
17. Guyton CA: Textbook of medical physiology. Seventh edition, W.B.Saunders Company,1986; 44., Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology. 10. Edition. W.B. Saunders Company Philadelphia. 2000: 858-861. (Çavuşoğlu H.Tıbbi Fiyoloji. Çev. Yüce yayımları & Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti.2001)
18. Türk Kulak Burun Boğaz ve Bağ Boyun Cerrahisi Vakfı, Tiroid ve Paratiroid Cerrahisi, T.K.B.B.V. Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi: 7, Deomed Yayıncılık, İstanbul 2011.
19. Mazzaferri EL. Management of a solitary thyroid nodule. N Engl J Med. 1993;328(8):553 - 9

20. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. Tiroid Nodülü 2017: 143-154
21. - Tanrıoer O, Comunoglu N, Eren B, Comunoglu C, Turkmen N, Dogan M et al. Occult papillary thyroid carcinoma: prevalence at autopsy in Turkish people. *Eur J Cancer Prev.* 2011;20:308-12.
22. Gharib H, Papini E. Thyroid nodules: clinical importance, assessment, and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2007Sep;36:707-35.
23. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, McIver B, Pacini F, Schlumberger M, Sherman SI, Steward DL, Tuttle RM. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009;19:1167-214
24. Roman SA. Endocrine tumors: evaluation of the thyroid nodule. *Curr Opin Oncol* 2003;15:66-70.
25. Haymart MR, Reppinger DJ, Levenson GE, et al. Higher serum thyroid stimulating hormone level in thyroid nodule patients is associated with greater risks of differentiated thyroid cancer and advanced tumor stage. *J Clin Endocrinol Metab* 2008.
26. McLeod DS, Cooper DS, Ladenson PW, et al. Prognosis of differentiated thyroid cancer in relation to serum thyrotropin and thyroglobulin antibody status at time of diagnosis. *Thyroid* 2014; 24: 35.
27. Gharib, H., E. Papini, J.R. Garber, D.S. Duick, R.M. Harrell, L. Hegedus, R. Paschke, R. Valcavi, P. Vitti, A.A.A.T.F.o.T. Nodules, American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update. *Endocr Pract*, 2016. 22(5): p. 622-39
28. Thompson L, Adair C. Non-neoplastic lesions of the thyroid gland, benign neoplasms of the thyroid gland, malignant neoplasms of the thyroid gland. In Goldblum JR (eds). *Endocrin Pathology*. CL Elsevier: 2006: 1- 142.
29. Choi JY, Lee KS, Kim HJ, Shim YM, Kwon OJ, Park K, Baek CH, Chung JH, Lee KH, Kim BT. Focal thyroid lesions incidentally identified by integrated 18F-FDG PET/CT: clinical significance and improved characterization. *J Nucl Med* 2006;47:609-615. PMID:16595494
30. Gharib H, Goellner JR. Fine needle aspiration biopsy of the thyroid: an appraisal. *Ann Intern Med* 1993;118:282-289.
31. John C. Crockett MD. The Thyroid Nodule Fine-Needle Aspiration Biopsy Technique *J Ultrasound Med* 2011; 30:685-694
32. Gharib H. Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules: Advantages, limitations and effect. *Mayo Clin Proc* 1994;69:44-49.
33. - Mandreker SRS, Nadkarni NS, Pinto RGW, Meneses S. The role of fine needle aspiration cytology as the initial modality in the investigation of thyroid lesions. *Acta Cytol* 1995;39:898-904.
34. Yerci Ö, Filiz G, Özuysal S, Erturk E, GURSOY N, Korun N. Tiroid Aspirasyon Biyopsilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi* 1997;3(1-2):14-18
35. - Bleichrodt RP, Vermey A, Piers DA. Early and delayed Tl-201 imaging. Diagnosis of patients with cold thyroid nodules. *Cancer* 1987;60:2621-2623.
36. Baskin HJ. Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules and multinodular goiters. *Endocr Pract* 2004;10:242-5.

37. Haas S, Trujillo A, Kunstle J. Fine needle aspiration of thyroid nodules in a rural setting. *Am J Med* 1993;94:357-361.
38. Cochand-Priollet BC, Guillausseau PJ, Chagnon S. The diagnostic value of fine needle aspiration biopsy under ultrasonography in nonfunctional thyroid nodules: A prospective study comparing cytologic and histologic findings. *Am J Med* 1994;97:152-157.
39. Van Herle AJ, Rich P, Ljung BME. The thyroid nodule. *Ann Intern Med* 1982;96:221-232.
40. Şişik A, Başak F, Köse E. Tiroid nodüllerine güncel yaklaşım: '2015 ATA' ve '2016 AACE7ACE/AME' kılavuzları derlemesi *Arch Clin Exp Med* 2017;2(1):18-23
41. Taştekin E, Canberk S. Tiroid İnce İğne Aspirasyon Biyopsisinde 2017 Bethesda Raporlama Sistemi Neler getirdi? *Türkiye Klinikleri J Med Pathol-Special Topics* 2018;3(1):24-30
42. Edmund S. Cibas and Syed Z. Ali The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology *THYROID* 27 (11),2017.
43. Wemeau JL, Caron P, Schwartz C. Effects of thyroid-stimulating hormone suppression with levothyroxine in reducing the volume of solitary thyroid nodules and improving extranodular nonpalpable changes: a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial by the French Thyroid Research Group. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:4928-4934
44. Briere, J.A. ve Scott, C. Travma Terapisinin İlkeleri. Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul.2016
45. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl.* 1996 Jun;(30):38-43
46. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. 1998.
47. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 731– 754.
48. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (EkSayı:1): E5-E13.
49. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.
50. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. 9.basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri 2002.
51. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85
52. Tokgöz G, Yaluğ D, Özdemir S, Yazıcı A ve ark. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:59 -6
53. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.
54. Derogatis LR, Marrow GR, Fetting D, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-7.
55. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32: 57-71.
56. Withlock JC, Siskind M. Depression and cancer: A follow-up study. *Psychol Med* 1979;9: 747-752.
57. Guo Y, Musselman D L, Manatunga A K, Gilles N. et al. The Diagnosis of Major Depression in Patients with Cancer A Comparative Approach, *Psychosomatics* 2006; 47 (5): 376-384
58. Yeung W S. Psychiatric Morbidity in Cancer Patients, *Hong Kong Practitioner* 1997;19 (8): 403-407

59. Breitbart W, Shuster JL ve Cox JM (2002) Depression. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician (eds:Kim KK ve Peg E). Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA, 85-88. 70
60. Altınbaş ve Gönül 2001; Cimilli 1998, Fawzy, Fawzy, Pasnau 1995; Valente, Saunders, Cohen 1994; Terakye, Öz, Köşgeroğlu 1994.
61. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Mavi İletişim Danışmanlık A.S; 2007: p. 229-253
62. Mete H E, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon; Duygudurum Dizisi 2001; 4:184-191
63. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. 2. Baskı, New York: Oxford University Press: 2009: 1-480
64. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. Clin J Oncol Nurs 2006;10:319-22.
65. Spencer P (2002) Anxiety. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician (eds:Kim KK ve Peg E).Oncology Nursing Society, Pittsburgh, PA, 23-26.
66. Öz F (2001) Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1); 61- 68.
67. Passik S D, Kirsh K L. Psycho-oncology, Business Briefing: US Oncology Review 2004; 1-4
68. Lim L. Diagnosis and Management of Depression in Terminal Cancer, SGHProceedings 2007; 16(2): 88-96
69. Mandel N M, Onat H (Editörler). Kanser Hastasına Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002: p .261-280
70. Ulusoy, M., Sahin, N.H. and Erkmen, H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1998,12, 163-172.
71. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consult Clin Psychol 56: 893-897
72. Hisli N Beck Depresyon Envanteri'nin psikiyatri hastası ile ilgili geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1989. 21:118-126
73. Hisli N Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1989. 23:3-13
74. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Yeni Symposium Journal. 2009; 47(1): 9-15.
75. Hacıhasanoğlu R. Karakurt p. Yıldırım A. Uslu S. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Prev Med Bull. 2010; 9(3):209-216.
76. Greenspan FS. The thyroid gland. In: Gardner DG, Shoback D, editörs. Basic & Clinical Endocrinology. New York, McGraw Hill, 8 th edition, p267-281.
77. Gürel FS. Nodüler tiroid hastalıklarının tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisinin yeri, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 2(1): 21-26
78. Sclabas GM, Staerke GA, Shapiro SE, et all. Fine-needle aspiration of the thyroid and correlation with histopathology in a contemporary series of 240 patients. The American Journal of Surgery 2003; 186,702–710.
79. Sangalli G, Serio G, Zampatti C, et all. Fine needle aspiration cytology of the thyroid; The Authors Journal compilation, Cytopathology 2006; 17, 245–25.
80. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg 1991; 73(2): 190–8.

81. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69(6): 763–7
82. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990; 37: 444–7.
83. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45(3): 298–307
84. Nishimori M, Moerman N, Fukuhara S, Van Dam FSAM, Muller MJ, Hanaoka K, et al. Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Qual Life Res* 2002; 11(4): 361–4.
85. Saçan Ö, Taşpınar V, Yıldız N, Başkan S, Dikmen B, Göğüş N. Rejyonel anestezi uygulayıcılarında anksiyete. *Türk Anest Rean Der Dergis.* 2010; 38(1): 28–34.
86. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2000; 1(1): 41-47
87. Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, et al. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World J Surg Oncol* 2006;4:1-5.
88. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R et al. The spectrum of thyroid disease in a community: The Whicham Survey. *Clin Endocrinol* 7:481, 1977.
89. Monzani F, Del Guerra P, Caraccio N et al. Subclinical hypothyroidism: Neurobehavioral features and beneficial effect of L-Thyroxine treatment. *Clin Invest* 71:367, 1993.
90. Seref G, Gulseren L et al. Depression, Anxiety, Health-Related Quality of Life and Disability in Patients with overt and Subclinical Thyroid Dysfunction. Published by Elsevier Inc 2006;133-39
91. Carta MG, Hardoy MC, Carpiniello B, Murru A, Marci AR, Carbone F, Deiana L, Cadeddu M, Mariotti S. A case control study on psychiatric disorders in Hashimoto disease and euthyroid goitre: not only depressive but also anxiety disorders are associated with thyroid autoimmunity. *Clin Pract Epidemiol in Ment Health* 2005;1(10):23.
92. Caparević Z, Diligenski V, Stojanović D, Bojković G. Psychological evaluation of patients with a nodular goiter before and after surgical treatment. *Med Pregl* 2002; 55(9-10): 401-5.
93. Park Y et al. Subclinical hypothyroidism is not Associated with Metabolic Derangement, Cognitive Impairment, Depression or Poor Quality of Life in Elderly Subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010:68-73
94. Hendrick V, Altschuler L, Whybrow P. Psychoendocrinology of mood disorders: The hypothalamic-pituitary-thyroid axis. *Psychiatr Clin North Ame* 21: 277-292, 1998.
95. Pop VJ, Maartens LH, Leusink G, van son MJ, Knottnerus AA, Ward AM, Metcalfe R, Weetman AP, Are autoimmune thyroid dysfunction and depression related? *J Clin Endocrinol Metab* 1998;(83)9:3194-7
96. Akıl F, Üzer A, Deniz A, Ayrıl M ve ark. Ötroid Nodüler Guatrın Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi *Van Tıp Derg* 24(3): 146-149, 2017 DOI: 10.5505/vtd.2017.30592
97. Carta MG, Loviselli A, Hardoy MC, Massa S, Cadeddu M, Sardu C, Carpiniello B, Dell'Osso L, Mariotti S. The link between thyroid autoimmunity (antithyroid peroxidase autoantibodies) with anxiety and mood disorders in the community: a field of interest for public health in the future. *BMC Psychiatry* 2004;4:25.

98. Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M. et al. (2005) Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. *European Journal of Endocrinology*, 153, 755–763.
99. Oren A, Benoit MA, Murphy A, Schulte F, Hamilton J. Quality of life and anxiety in adolescents with differentiated thyroid cancer
100. Nemeroff CB, Simon JS, Haggerty Jr JJ, Evans L. Antithyroid antibodies in depressed patients. *Am J Psychiatry* 1985;142(7):840-3.
101. Haggerty JJ, Evans DL, Golden RN, et al: The presence of antithyroid antibodies in patients with affective and nonaffective psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 1990;27(1):51-
102. König F, von Hippel C, Petersdorff T, Kaschka W. Thyroid autoantibodies in depressive disorders. *Acta Med Austriaca* 1999;26(4):126-8.
103. Oflaz F, Varol H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2010;17(1)/1-7
104. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, ve ark.. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2010; 18(3): 177–82.
105. Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi* 2012; 20(1): 27–33.
106. Duman A, Öğün C, Şahin T, Sarkılar G, Ökesli S. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *S.Ü. Tıp Fak Derg* 2003; 19: 21–6.
107. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample: demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:117-25
108. Beser N, Fatma Öz Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003, 7
109. Ferrario SR, Zotti AM, Massara Nuvolone G. A comparative assessment of psychological characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-oncology* 2003;12:1-7.
110. Babaoglu E, Öz F Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2003/2
111. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3:343-67
112. Kutlu R, Çivil S, Börüban M C, Demir A. Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2011;27:149-53..
113. Şengöz T, Çubuk R, Kaya H, Arıbal E. Tiroid nodüllerinde ultrason rehberliğinde ince iğne aspirasyon biopsisi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;11(2):26-32
114. Baier ND, Hahn PF, Dervais DA, et all. Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules. *AJR*:193.October 2009; p.1175-1179.
115. Yang J, Schnadig V, Logrono R, et all. Fine-needle aspiration of thyroid nodules. *Cancer (Cancer Cytopathology)* October 25, 2007 / Volume 111 / Number 5; p 306-316.
116. Vachon MLS. The Emotional Problems of The Patient. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Ed: Doyle D., Hanks G. W.C. Mac Donald N, NewYork, NewYork, Oxford University Pres,1999.

117. Valente SM, Saunders F. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing* 1997;20:168-77.
118. A. Alacacioglu, E. Ulger, U. Varol, I. Yildiz, T. Salman, V. Bayoglu et. Al. Depression, Anxiety and Sexual Satisfaction in Breast Cancer Patients and their Partners- *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (24): 10631-10636
119. Roth AJ, Weinberger MI, Nelson CJ. Prostate Cancer: Quality of life, psychosocial implications and treatment choices. *Future Oncol* 2008; 4:561-568.

8. EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORM

Tarih :

T.C. Sağlık Bakanlığı

İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü Anket Çalışması

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen kurumumuzun bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Lütfen uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.

ADI SOYADI:

PROTOKOL NO:

1.	Cinsiyetiniz	a) Kadın b) Erkek
2.	Medeni durumunuz	a) Evli b) Bekar c) Ayrılmış
3.	Yaşınız	
4.	Eğitim durumunuz	a) Okuma yazma bilmiyor b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Yüksek lisans
5.	Mesleğiniz	a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
6.	Sosyal güvenceniz var mı ?	a) Var 1)SGK 2)YEŞİLKART b) Yok
7.	Ekonomik durumunuzu nasıl derecelendirirsiniz ?	a) Kötü (<1500 TL) b) Orta (1500-2500 TL) c) İyi (2500< TL)
8.	Daha önce biyopsi oldunuz mu?	a) Evet (Kaçıncı.....) b) Hayır
9.	Ailede kanser öyküsü var mı?	a) Evet (.....) b) Hayır
10.	Sigara-alkol kullanıyor musunuz?	a) Evet(.....) b) Hayır
11.	Daha önceden bilinen psikiyatrik bir hastalığınız var mı ?	a) Evet b) Hayır
12.	Herhangi bir nedenden dolayı antidepresan anksiyete giderici gibi bir ilaç kullanıyor musunuz?	a) Evet b) Hayır
13.	Patoloji Sonucu:	
14.	TSH : st4: st3:	anti TG: anti TPO:

EK:2

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
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. Sınırlılık				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
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)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>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.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar vermiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> |
| <p>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 düzelmeyeceğim gibi geliyor.</p> | <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> |
| <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> | <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> |
| <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> | <p>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.</p> |
| <p>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.</p> | <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> |
| <p>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.</p> | <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> |
| <p>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.</p> | <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
| <p>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.</p> | |

Toplam BECK-D skoru:.....

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : İSA YÜKSEKER

Doğum Tarih ve Yeri : 30.09.1988

Medeni Durumu : Evli

E. posta : isayukseker@gmail.com

Mezun Olduğu Lise: Gebze Lisesi

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : Dilovası Devlet Hastanesi(Pratisyen Hekim)

Yabancı Dil(ler) : İngilizce

