

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI**

**AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE OPERE EDİLEN
HASTALARDA PREOPERATİF VE POSTOPERATİF
PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME**

Uzmanlık Tezi

Dr. YELİZ SARIARSLAN EROL

**TEZ DANIŞMANI:
PROF. DR. ALPASLAN ÇAKAN**

İZMİR - 2014

TEŞEKKÜR

Ege Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'ndaki eğitim hayatımda sevgi, ilgi ve emeğini benden esirgemeyen, hekimlik ve insanlık olarak çok şey öğrendiğim ve sonunda yaptığım bu tez çalışmasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI, Prof. Dr. Alpaslan ÇAKAN ve Doç. Dr. Kutsal TURHAN'a; her zaman beni kardeş gibi görerek bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Op. Dr. Ayşe Gül ERGÖNÜL ve Op. Dr. Ali ÖZDİL'e; kliniğin yoğun temposuna birlikte göğüs gerdiğim Dr. Elmar MAMMADOV, Dr. Sinem ERGÜN, Dr. Argün KİŞİ, Dr. İlker AKÇAM, Dr. H.Gülistan BOZDAĞ, Dr. Önder KAVURMACI, Dr. Barış GÜLMEZ'e, klinik başhemşiresi Sn. Çiğdem KURCAN, sekreterlerimiz Sn. Emel KIRLIDOĞ ve Sn. Birsen ÇELİK'e, servis, yoğun bakım ve ameliyathanede birlikte çalıştığım tüm hemşire ve personellerimize sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince bilgi ve desteğini esirgemeyen Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ'e, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Sn. Metin GÜMÜŞ'e teşekkür ederim.

Gerek yoğun çalışma, gerekse günlük hayatımda her zaman yanımda olan en büyük destekçim ve hayat arkadaşım Op. Dr. Varlık EROL'a, hayatım boyunca karşılaştığım tüm zorluklarda sevgi ve desteğini esirgemeyen aileme, tüm yorgunluğumu ve stresimi bir gülüş ve sarılışla unutturan, kokusunda huzur bulduğum biricik kızım Azra EROL'a sonsuz teşekkürler.

Dr. Yeliz EROL

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	iv
KISALTMA LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Akciğer Kanseri.....	5
2.1.1. Etiyoloji.....	6
2.1.2. Patolojik Sınıflama	6
2.2. Kansere karşı gelişen psikolojik tepkiler.....	8
2.2.1. Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi.....	8
3. GEREÇ ve YÖNTEM	9
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	9
3.2. Yöntem.....	9
3.3. Kullanılan Ölçekler	9
3.3.1. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II.....	10
3.3.2. EORTC QLO-C30	10
3.3.3. Algılanan Aile Desteği ölçeği (AADÖ)	11
3.3.4. Stres termometresi.....	12
3.3.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS).....	12
3.4. İstatistiksel Analiz	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	23
6. SONUÇ	26
7. KAYNAKLAR	28
8. EKLER	34
8.1. EK-1	34
8.2. EK-2	37
8.3. EK-3	38
8.4. EK-4	40
8.5. EK-5	41

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1. Akciğer Tümörlerinin 2004 WHO/IASLC Patolojik Sınıflaması
- Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri
- Tablo 3. Akciğer Rezeksiyonu Tipleri ve Tümörlerin Histopatolojik Özellikleri
- Tablo 4. Preoperatif Hastane Ankiyete Depresyon Düzeyleri
- Tablo 5. Cerrahi Öncesi ve Sonrası Algılanan Aile Desteği Ölçekleri Ortalama Değerleri
- Tablo 6. Preoperatif Stres Düzeyi ile EORTC QLQ C-30 Karşılaştırılması
- Tablo 7. Preoperatif Anksiyete Düzeyi ile EORTC QLQ C-30 Karşılaştırılması
- Tablo 8. Preoperatif Stres, Anksiyete ve Depresyon ile Postoperatif Komplikasyonun Karşılaştırılması
- Tablo 9. Preoperatif Malignite Tanısı ile Anksiyete Düzeyinin Karşılaştırılması
- Tablo 10. Peroperatif ve Postoperatif Stres Düzeyi

KISALTMALAR LİSTESİ

YIYE II	:	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II
EORTC QLO-C30	:	European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Quality of Life (QOL) Group
AADÖ	:	Algılanan Aile Desteği Ölçeği
HAD	:	Hastane Anksiyete ve Depresyon

ÖZET

Akciğer Kanseri Nedeniyle Opere Edilen Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Psikiyatrik Değerlendirme

Amaç: Akciğer kanseri nedeniyle opere edilen hastaların preoperatif ve postoperatif psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Akciğer kanseri tanısı veya ön tanısıyla kliniğimizde opere edilen 25 hastada gerçekleştirilen prospektif çalışmada, hastaların psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesinde; preoperatif dönemde, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II; EORTC QLO C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği; Algılanan Aile Desteği; Stres Termometresi ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçekleri ile; postoperatif 1. ayda Algılanan Aile Desteği; Stres Termometresi ve EORTC QLO C-30 Yaşam Kalitesi ölçekleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların 17'si (%68) erkek, 8'i (%32) kadın olup yaş ortalaması $61 \pm 8,9$ (38-81) idi. Hastalar depresyon açısından %44, anksiyete açısından %28 risk altında bulundu. Anksiyete açısından cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p=0,088$); kadınlarda erkeklere göre daha yüksek depresyon oranları ($p=0,03$) saptandı.

Preoperatif stres düzeyi yüksek olanlarda, yaşam kalitesi değerlendirildiği EORTC QLQ C-30 ölçeğinde; duygusal işlevlerle ilgili yaşam kalitesi alt boyutunun ($p=0,09$) ve yaşam kalitesi sosyal işlevlerle ilgili alt boyutunun azaldığı ($p=0,17$), uykusuzluk ($p=0,012$) ve iştah kaybının arttığı ($p=0,038$) bulundu.

Preoperatif anksiyete düzeyi ile EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında; anksiyetesi olmayan hastalarda olanlara göre yaşam kalitesi genel işlevsellik ($p=0,019$) ve duygusal işlevsellik skorlarının ($p=0,015$) daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğü; diyare puanlarının ($p=0,024$) daha düşük olduğu için bu alanda yaşam kalitelerinin arttığı; anksiyetesi olan hastalarda dispne ($p=0,043$) ve

uykusuzluk ($p=0,037$) puanlarının arttığı, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitesinin azaldığı bulundu.

Preoperatif depresyon varlığı ile EORTC QLQ C-30 karşılaştırıldığında; depresyonun olmadığı durumlarda genel yaşam kalitesi skorunun arttığı ($p=0,018$) dolayısıyla genel yaşam kalitesinin arttığı; yaşam kalitesi fiziksel işlevsellik ($p=0,05$), genel işlevsellik ($p=0,031$), zihinsel işlevsellik ($p=0,023$) ve duygusal işlevsellik skorlarının ($p=0,006$) daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğü; depresyon varlığında ise sosyal işlevsellik ($p=0,037$) ve uykusuzluk puanlarının arttığı, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitelerinin azaldığı bulundu.

Anksiyete skoru düşük olan 18 hastanın 5'inde (%27,8); skoru yüksek olan 7 hastanın ise 3'ünde (%42,9) postoperatif komplikasyon izlendi. Benzer şekilde, depresyon skoru düşük olan 14 hastanın 3'ünde (%21,4); skoru yüksek olan 11 hastanın ise 5'inde (%45,5) postoperatif komplikasyon saptandı.

Ameliyat öncesi stres düzeyi düşük olan hastaların %40'ında; stres düzeyi yüksek olanların ise %30'unda postoperatif komplikasyon saptandı.

Preoperatif malignite tanısı olmayanlarda anksiyete skoru, malignite tanısı olanlardan daha yüksekti. Kadın hastaların tümünde preoperatif stres düzeyi yüksek bulunurken, erkek hastaların %70,6'sında bu düzey yüksek bulundu.

Preoperatif uygulanan ölçekler cinsiyet ile karşılaştırıldığında, preoperatif stres düzeyinin ($p=0,045$), depresyon varlığının ($p=0,030$) ve uykusuzluğun ($p=0,033$) kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunurken; yaşam kalitesinin duygusal ($p=0,003$) ve sosyal ($p=0,000$) işlevler alanlarının erkeklerde kadınlara göre daha kötü olduğu saptandı.

Genel değerlendirme yapıldığında, operasyonun postoperatif yaşam kalitesini azalttığı ($p=0,046$), halsizliği arttırdığı ($p=0,036$) saptandı.

Sonuç: Sonuçlar hastaların yaşadıkları psikososyal zorlanmalar ve tedaviye uyumları açısından önemli ipuçları vermektedir. Akciğer kanseri nedeniyle operasyon planlanan hastalar preoperatif dönemde, hastane anksiyete-depresyon ölçeği ve stres termometresi ile değerlendirilmelidir.

Stres düzeyi yüksek olan, anksiyete ve depresyon açısından risk altında bulunan hastalardan preoperatif psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Olgulara psikososyal destek ve tedavi verilmesinin, yaşam kalitesini arttıracak ve postoperatif komplikasyonları azaltacak kanısındayız.

Bu konuda daha kapsamlı, çok merkezli çalışmaların yapılması, akciğer kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların ve ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacaktır.

ABSTRACT

Preoperative And Postoperative Psychiatric Assessments Over the Operated Patients Due to Lung Cancer

Objective: Operated patients due to lung cancer were intended to be explored in terms of their preoperative and postoperative psychiatric situations.

Materials and Methods: Over the 25 patients operated in our clinic with lung cancer diagnose in prospective actualized study upon the assessment of the patient's psychiatric conditions; in preoperative period Life Inventory in Close Relations II; EORTC QLO C-30 Life Quality Scale; Perceived Family Support; Stress Thermometer and Hospital Anxiety Depression Scale in combination; postoperative at 1st month Perceived Family Support; Stress Thermometer and EORTC QLO-30 Life Quality scales were implemented.

Results: 17 out of patients (68%) were male, 8 of them (32%) were female and age average corresponded to 61 ± 8.9 (38-81). Patients diagnosed under 44% in terms of depression, in terms of anxiety found under 28%. With respect to anxiety between genders while no statistical significance was found ($p=0.088$); over the women higher depression ratios were diagnosed compare to males ($p=0.03$).

Among the candidates with intense preoperative stress magnitude on the life quality evaluation scale of EORTC QLQ C-30; emotional functions related life quality sub-dimension ($p=0.09$) and life quality social functions correlated sub-dimension found deregulated ($p=0.17$) insomnia ($p=0.012$) and appetite loss found elevating ($p=0.038$).

In association with preoperative anxiety level and EORTC QLQ C-30 life quality scale when compared; over the patients with no anxiety in comparison to the others with anxiety life quality overall functionality ($p=0.019$) and emotional functionality scores ($p=0.015$) were found higher, in due course in these segments life qualities attenuated; due to lower diarrhea

scores ($p=0.024$) in these fields life qualities progressed; over the anxiety patients dyspnea ($p=0.043$) and insomnia ($p=0.037$) scores elevated, so that, in that scope life qualities found deregulated.

5 out of 18 patients with negligible anxiety score (27.8%); in 3 out of 7 patients with high score (42.9%) postoperative complications were monitored. 3 out of patients with negligible depression score (21.4 %); in 5 out of 11 patients with high score (45.5%) postoperative complications were monitored.

In 40% of the preoperative low stress level patients; in 30% of the patients with intensified stress postoperative complications were found.

Over the ones with no preoperative malignity diagnose anxiety score were higher than the malignity diagnosis. Over the entire female patients preoperative stress level while found intensified over the 70.6% of the male patients that level was elevated.

Preoperative applied scales when compared with gender while preoperative stress level ($p=0.045$) depression presence ($p=0.030$) and insomnia ($p=0.033$) found over women higher than male; life quality sensitive ($p=0.003$) and social ($p=0.000$) functional segments over the male found worse than women.

Upon the execution of general evaluation, operation was found as attenuating life quality ($p=0.046$) and elevating exhaustion ($p=0.036$).

Conclusion: Findings set forth crucial clues in terms of patient's experienced psychosocial depressions and adaptation to the therapy. Due to lung cancer patients selected for operation in postoperative period must be taken into assessment based on hospital anxiety-depression scale and stress thermometer.

Of the patients having higher stress level and under risk due to anxiety and depression preoperative psychiatry consultation must be claimed. Psychosocial support and treatment support to the cases is conceptualized

by us considering the fact that shall be constructive in terms of life quality progresses and deregulate postoperative complications.

In that subject more detailed multi-central studies incorporations shall lead to better understanding of psychiatric destructions and relevant concerns over the lung cancer patients.

1.GİRİŞ

Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yıl içinde iki kattan daha fazla artmıştır. Dünya nüfusunun süre gelen artışı ve yaşlanması kanser yükü üzerinde büyük artışa yol açacaktır. 2030'da, 27 milyon kanser olgusu, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenmektedir (1).

Kanserli olguların tedavisinde hastanın psikolojik durumu, tedaviye uyumunu ve tedavi başarısını etkilemektedir. Kanserle birlikte geçirilen yaşam süresinin uzaması hedeflenen başarı göstergesi değildir. Hedef, hem sağkalım hem de kaliteli yaşamaktır (2).

Hastalık yaşantısı her insan için kaçınılmaz bir yaşam gerçeğidir. Herhangi basit bir hastalık bile birey için günlük yaşam dengelerini bozan bir engellenme oluşturabilir. Böyle bir engellenme bireyin akıp gitmekte olan yaşamını sadece birkaç günlük bozma anlamında etkileyebilirken, onu kanser gibi yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik her türlü alanda altüst eden bir hastalık olarak da belirebilir. Bu ise, olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, yeterli biçimde kullanılamaması, geleceğe yönelik beklentilerin, planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamını taşır (3).

Fiziksel hastalıklar bedensel, ruhsal, sosyal açıdan bireylerde zorlanmalara neden olurlar. Özellikle hayatı tehdit eden ya da kronik veya tedavisi olmayan birçok fiziksel hastalık, psikososyal krizlerin ortaya çıkmasına yol açar. Alışılmış davranış ve baş etme yöntemlerinin yetersiz kalması neticesinde krizler ortaya çıkar. Fiziksel hastalıklarda hayatı tehdit eden psişik zorlanmalar görülmektedir. Sorunun bilişsel uygun değerlendirilmesi gerçeklerin tanımlanması, olumsuz savunmalardan sakınma, yedek güçlerin canlandırılması, seçeneklerin ortaya konması, duyguların ortak ifadesinin sağlanması, yeni duruma uyuma dönük davranışsal-düşünsel baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi uyum için zaman tanınması, yeni duruma uygun yaşam ilgi ve yaratıcılık alanlarının geliştirilmesi gerekir (4).

Belirsizlik, o olay ya da durumda değil, bireyin algısındadır. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre; bilişsel ve duygusal yönleriyle ruhsal bir durum olarak belirtilen belirsizlikte, bir olay/durumdan daha çok o olay/durumun bireyde stres yaratma özelliğine odaklaşılır (5).

Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin stresinin arttığı düşünülmektedir. Kanserli hastaya bakım veren sağlık personeli dışındaki bireyler kanser hastasının sosyal destek ağını oluşturmaktadır. Hastanın yaşamı boyunca devam edecek ve yaşam süresini de etkileyebilecek bir hastalığı olduğu için ona yakın kişilerin ve ailesinin hastalığı kabul etmeyi ve uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir (6).

Ülkemizde kanserin nasıl karşılandığı, uyum mekanizmaları, sağlık çalışanlarının kansere yaklaşımı konularında, batı dünyasından önemli farklılıklar vardır. Ülkemizde kaçınma, bilgilendirme sorunları, kaderci kabullenіř daha sık görülmektedir. Hastalar daha fazla inkar etme eğilimi göstermekte, hastaların yaklaşık %20'si sylenecikleri duymamak için doktorlarıyla konuşmamakta, bilgi alma sorumluluklarını yakınlarına yüklemekte, önemli bir hasta grubu ise tanılarını bildikleri halde yakınlarıyla konuşmamakta, olguların yarıdan fazlasında hasta yakınları hastalarının moralini bozacağı endişesiyle tanının hastalarına söylenmesini istememektedir (7).

Kanserin hem hastayı hem de ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkileyen zor bir hastalık olduğu iyi bilinmektedir. Biyomedikal gelişmelere rağmen kanser hala ölüm, ağrı ve acı çekme ile eş anlamlı olarak düşünülmektedir (8).

Kanser tanısı, hastanın hızla felaket haberlerine uyum sağlamasını gerektiren bir kriz yaratır. Bir yandan ciddi tedavi kararları verilirken, diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol edilmeye çalışılır (9). Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, n görülen gidiş gibi tıbbi faktörlere; hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme

derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego kuvveti, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası faktörlere bağlıdır (9,10).

Kanser hastaları arasında psikiyatrik morbidite de artış olduğu ve psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %9-60 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir (8). Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk hastalığa ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, yalnızca %10'unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır (11). Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir nitelikte olsa da, sağlık çalışanlarının bu popülasyonda psikiyatrik bozukluklara yeterince özen göstermedikleri, dolayısı ile bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları ileri sürülmektedir (12). Bunun bir nedeni kanser hastalarının daha kötü hissetmeleri gerektiğine dair mitlerdir ki, bu mitler doktorların tedaviyi gerektirecek kadar anormal olduğunu düşündükleri psikolojik zorlanmanın eşik değerini yükseltmekte ve hastalar için psikiyatrik yardım arayışını geciktirmektedir (9). Hastalar ve aileleri ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikler gibi ıstırap verici bir duygu ve tecrübe ile karşı karşıya kalırlar. Kanserden etkilenen bireylerin yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerindeki azalma, başkalarına bağımlılıktaki artış ve aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşirler (1). Psikolojik düzeyde kanser tanısı iyi bir sonlanımın bulunduğu ve agresif terapinin kullanılmadığı durumlarda dahi ölüm, acı, ıstırap ile birlikte düşünülmekte ve önemli ölçüde psikolojik sıkıntı doğurmaktadır (1).

Fiziksel işlevsellik ve düşen performans günlük işlerin yürütülmesinde sorunlara yol açabilir, tedavi sonucu fiziksel uzuv kaybı ve tedaviye bağlı belirtiler görülebilir. Sosyal düzeyde eşle, aile üyeleriyle ya da sosyal ağla ilişkiler konusunda endişeler ortaya çıkabilir. Kanser hastaları yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hislerine kapılabilir, ayrıca mali veya işle

ilgili sorunlarda da ortaya çıkabilir. Hayatta kalma aşamasında ise hastalar işe dönme konusunda sorunlarla karşılaşabilirler. Kanserden etkilendikleri için marjinalleşme ya da damgalanma duygusu yaşayabilirler (1).

Kanser tanısı sonrası gelişen ruhsal belirtiler hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını tedaviye uyumunu etkileyebilmesi açısından önemlidir (13). Onkolojide psikososyal müdahaleler hastaların ve ailelerin psikolojik sıkıntılar ile başa çıkabilmesine yardımcı olur. Kanser milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır (14).

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler (15,16).

Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilecektir (17).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır. Tıp alanında yaşam kalitesi hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (18, 19). Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı “doyum” şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olup bireyin fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar ve değerlendirmeler gerektirmektedir. Tedavinin amacı semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır (20,21).

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Akciğer kanseri

Akciğer kanseri, 20. yüzyılın başlarında nadir görülen bir hastalık iken, günümüzde dünya çapında en yaygın görülen ve en yüksek ölüm oranlarına sahip kanser tipi haline gelmiştir. İlerleyen yıllarda, yeni etiyolojik ajanlara maruz kalma ve artan yaşam süresinin birleşik etkisi, 20. yüzyılda akciğer kanserini en sık görülen kanser haline getirmiştir. Yirminci yüzyılın sonunda akciğer kanseri önlenabilir ölüm nedenleri arasında dünyada ilk sırayı almıştır. Sigara içme, vakaların çoğunda primer nedendir (22).

Akciğer kanseri, dünyada ve ülkemizde erkek ve kadınlarda ölüme en çok neden olan kanser türüdür. Her yıl dünyada yaklaşık 1 milyon erkek, 400 bin kadın akciğer kanserine yakalanmakta; 1.2 milyon insan bu sebepten yaşamını kaybetmektedir. Bu sayı kansere bağlı ölümlerin %17'sine denk gelmektedir. Kalın bağırsak, meme ve prostat kanseri nedeniyle yaşamını yitirenlerin toplamından daha fazla kişi akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir (23).

2008 yılında dünya genelinde 1.600.000 yeni olgu saptanmış ve 1.380.000 ölüm ortaya çıkmıştır (24). 1953 yılında akciğer kanseri erkeklerde kanserle ilişkili ölümlerin en sık sebebi iken; 1983 yılında kadınlarda kanserle ilişkili ölümlerin başlıca sebebi haline gelmiştir. Erkekler arasında akciğer kanserine bağlı ölümlerde sigara içiciliğindeki azalmaya bağlı olarak gerileme olmuştur (25).

Akciğer kanserlerinin yaklaşık %95'lik kısmı küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olarak sınıflandırılmaktadır. Kalan %5'lik kısmı sarkomlar, karsinoid tümörler gibi diğer nadir görülen alt gruplar oluşturur. Bu ayrımın yapılması evreleme, tedavi ve prognoz açısından oldukça önemlidir (26).

2.1.1.Etiyoloji

Akciğer kanseri, etiyolojisinde çok sayıda faktörün rol oynadığı bir hastalıktır. Sigara, hava kirliliği gibi çevresel faktörler, mesleki karsinojenler, diyet, viral enfeksiyonlar, geçirilmiş akciğer hastalıkları, genetik ve immünolojik faktörler başlıca etiyolojik faktörlerdir (27,28). Sigara akciğer kanseri gelişiminden sorumlu en önemli faktördür. Tütün mamullerinin yüzyıllardır kullanılıyor olmasına karşılık akciğer kanserinin pandemik olarak ortaya çıkışı, ek maddeler içeren ve böylece yeni karsinojenlerin solunmasına yol açan ticari sigaraların imal edilmesinden sonra olmuştur (28). Çeşitli organik ve inorganik maddeler ile temasın akciğer kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Bu mesleki karsinojenler arasında, arsenik, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nikel, kadmiyum, krom, mustard gazlar, klorometil ether ve klorometil metil eter, radyasyon, vinil klorid, demir-çelik, asbest, berilyum, silika, formaldehid sayılabilir (27, 29). İç ve dış ortam hava kirliliği, çevresel sigara maruziyeti, dizel yakıtların atıkları ile petrokimyasal atıklar akciğer kanseri gelişiminde rol oynayan en önemli çevresel faktörlerdir (30). Diyet, akciğer kanseri gelişiminde rol oynayan diğer bir faktördür. A vitamini ve Betakarotenden fakir diyet akciğer kanseri riskini artırır. E vitamini ve selenyum kanser gelişme riskini azaltmaktadır (27,28). Akciğerde skar gelişimine yol açabilen tüberküloz, interstisyel akciğer hastalığı, bronşektazi, pnömoni ve abse gibi hastalıklar akciğer kanseri gelişme riskini arttırmırlar. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı varlığında da bu risk yükselmektedir (31,32).

2.1.2. Patolojik Sınıflama

WHO sınıflandırmasına göre, primer akciğer kanserinin dört ana histopatolojik tipi vardır (26). Bunlar; adenokarsinom (%38), skuamoz hücreli karsinom (%20) büyük hücreli karsinom (%5) ve küçük hücreli karsinomdur (%13). Diğer nadir tipler kalan %24'lük kısmı oluşturur. Akciğer kanserinin WHO (World Health Organization) ve IASLC (İnternational Association for the

Study of Lung Cancer) tarafından yapıp daha sonra adenokarsinom açısından revize edilen son sınıflama Tablo-1'de verilmiştir.

Tablo 1. Akciğer Tümörlerinin WHO / IASLC Patolojik Sınıflaması

Küçük hücreli karsinom	Adenoskuamöz karsinom
Skvamöz hücreli karsinom	Sarkomatoid karsinom
Papiller	Pleomorfik karsinom
Berrak hücreli	İğ hücreli karsinom
Küçük hücreli	Dev hücreli karsinom
Bazaloid	Karsinosarkom
	Pulmoner blastom
İnvaziv adenokarsinom	Karsinoid tümör
Lepidik baskın	Tipik karsinoid
Asiner baskın	Atipik karsinoid
Papiller baskın	
Mikropapiller baskın	Tükrük bezi tipindeki karsinomlar
Mukus üreten solid baskın	Mukoepidermoid karsinom
İnvaziv adenokarsinom varyantları	Adenoidkistik karsinom
İnvazivmüsinöz adenokarsinom	Epitelyal-miyoepitelyal karsinom
Kolloid adenokarsinom	
Fötal adenokarsinom	Preinvaziv lezyonlar
Enterik adenokarsinom	Skvamöz hücreli insitu karsinom
Büyük hücreli (BH) karsinom	Atipik adenomatöz hiperplazi
BH Nöroendokrin karsinom	Diffüz idiyopatik pulmoner
BH Kombine nöroendokrin karsinom	Nöroendokrin hücre hiperplazisi
Bazaloid karsinom	
Lenfoepitelyoma benzeri karsinom	
Berrak hücreli karsinom	
Rabdoid fenotipinde BH karsinom	

2.2. Kansere karşı gelişen psikolojik tepkiler

Kansere gelişen tepkilerde; kanserin özelliklerine, hastanın kişisel özelliklerine ve psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur. Kansere hastaları tanı, tedavi ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, davranışsal tepkiler geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve hatta uyuma yöneliktir. Bu tür tepkiler tedavi ekibince anlayışla karşılanmalı ve destek görmelidir. Bozuk ve uyumu bozan tepkiler ise psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerektirir. Hastalığın değişik evrelerine göre bu tepkileri tanı, tedavi, tedavi sonrası dönemlere göre ele almak doğru olacaktır (33).

2.2.1. Kansere Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi

Kansere hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı yaklaşık %50'dir (34-36). Kansere hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların üçte ikiden fazlasını uyum bozuklukları oluşturur. Yatan hasta çalışmalarında depresyon (%20-45) ve ilerleyen hastalıkla birlikte %15' ten %75'e dek değişebilen deliryum görülmektedir (35,36).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışmanın örneklemini, Şubat 2014 - Ağustos 2014 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda akciğer kanseri tanısı veya ön tanısı ile opere edilen, psikiyatrik değerlendirme formlarını doldurmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır. Dışlama ölçütleri; okur-yazar olmamak, araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve ruhsal bozukluğa sahip olmaktır. Çalışmada 25 olgu değerlendirilmiştir.

3.2.Yöntem

Bu prospektif çalışmada, sorumlu hekim tarafından hastalara çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin mutlak gizliliği açıklandı, çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve yazılı izin belgesi alındı. Akciğer kanseri tanısı konulan veya şüphesi olan hastaların ilk değerlendirmesi cerrahi tedavi öncesi hazırlık döneminde yapıldı. Bu dönemde çalışma ölçütlerini karşılayan 25 hasta ile görüşüldü. İkinci değerlendirme ise cerrahi tedavi sonrası erken dönemde (postoperatif 1. ayda) yapıldı.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna bu çalışma için başvurulmuş, Etik Kurul'un 18.04.2014 tarih ve 533/259 sayılı yazısı ile onay alınmıştır.

3.3. Kullanılan Ölçekler

Hastalara preoperatif dönemde "Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II (Ek-1), EORTC QLO C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2), Algılanan Aile Desteği (Ek-3), Stres Termometresi (Ek-4) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçekleri (Ek-5)"; postoperatif 1. ayda "Algılanan Aile Desteği, Stres

Termometresi ve EORTC QLO C-30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri” verildi. Tüm ölçekler hastalar tarafından dolduruldu.

3.3.1. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II

Fraley ve Shaver (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Selçuk ve ark. (37) tarafından yapılmıştır. Ölçekte 18’i kaygı, 18’i kaçınma alt faktöründe olmak üzere, 7’li Likert tipinde toplam 36 madde vardır. Katılımcılar yazılan maddeleri okuyup, maddelerin sağ tarafında verilen “Tamamen katılıyorum – Tamamen katılmıyorum” biçimindeki yedili dereceleme ölçeğinde kendilerine en uygun olan yanıt işaretlemektedirler. Ölçekten alınan puanların artması, bireylerin ilişkilerinde kaygı yaşadıkları ve başkalarından uzak durdukları şeklinde yorumlanmaktadır. Her bir alt boyuttan alınan puan 18 ile 126 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığı söylenmektedir. Kaçınma alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,90 iken; kaygı alt boyunun Cronbach alfa katsayısı 0,86’dır. Ölçeğin kaçınma ve kaygı boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenirliği katsayıları ise sırasıyla 0,81 ve 0,82’dir (37).

3.3.2. EORTC QLO-C30

Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonunun, 1987 yılında kansere özgü bir yaşam kalitesi ölçeği olan EORTC QLOC30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Quality of Life (QOL) Group ve en son olarak EORTC QLQC30 versiyon 3.0 ortaya çıkmıştır. Hastaların kendilerinin doldurduğu 30 sorudan oluşur.

Fonksiyonel durumu değerlendirme ölçekleri: fiziksel fonksiyon (1+2+3+4+5. soruların skorları toplamı), uğraş fonksiyonu (6+7.soruların skorları toplamı), duygusal fonksiyon (21+22+23+24.soruların skorları

toplama), kavrama fonksiyonu (20+25.soruların skorları toplama), sosyal fonksiyon (26+27.soruların skorları toplama);

Semptomları değerlendirme ölçekleri: yorgunluk(10+12+18.soruların skorları toplama), bulantı/kusma (14+15.soruların skorları toplama), ağrı (9+19.soruların skorları toplama), nefes darlığı (8.sorunun skoru), uykusuzluk (11.sorunun skoru), iştah kaybı (13. sorunun skoru), kabızlık (16.sorunun skoru) ve ishal (17. sorunun skoru);

Mali sıkıntı ölçeği (28. sorunun skoru) ve genel sağlık durumu değerlendirme ölçeği (29 ve 30. soruların toplama) değerlerini içermektedir.

Yaşam kalitesi anketinde; ilk 28 soruda skor sayısı arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğu ifade edilmektedir. 29 ve 30.sorularda ise skor sayısı arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ifade edilmektedir.

3.3.3. Algılanan Aile Desteği Ölçeği (AADÖ)

Procidano ve Heller tarafından geliştirilmiş ve Sorias tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Algılanan Aile Desteği Ölçeği "evet, hayır, kısmen" şeklinde yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır.

Ölçekte 3, 4, 16, 19 ve 20. sorulara "hayır (2)", "evet (0)", "kısmen (1)" olarak ağırlık puan verilirken; diğer tüm sorular "hayır (0)", "evet (2)", "kısmen (1)" olarak puanlanmıştır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan 0-40 arasında değişmektedir. Puanın artması aile desteğinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bu araştırmadaki güvenilirlik katsayısı 0.86'dır (38).

3.3.4. Stres termometresi

Roth ve ark. tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Özalp ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 4'tür. Dört ve üzerindeki puanlar kanser hastasının sıkıntı düzeyinin arttığına işaret etmektedir.

3.3.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Zigmond ve Snaith tarafından bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (39).

Toplam 14 soru içermekte olup yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7/8 olarak bulunmuştur (40). Hasta tarafından doldurulan ve 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ülkemizde ise geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Aydemir (1997) tarafından yapılmış olup, kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.

Hastaların anksiyete ve depresyon durumları, HAD skalası kullanılarak belirlendi. HAD skalası hastaların kendisinin doldurduğu, anksiyete ve depresyon açısından 2 grupta toplam 14 soru içeren ve verilen cevapların 0 ile 3 arasında puanlandırıldığı bir ankettir. Anksiyete varlığının alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon için ise 7/8 olarak kabul edildi. Bu değerlerin üzerindeki puanlar pozitif, altındaki değerler ise negatif olarak kabul edildi.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0 programı kullanılarak yapıldı. “Olguların genel özellikleri, Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri II, EORTC QLO C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Algılanan Aile Desteği, Stres Termometresi ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği” değerlendirilmesi ve karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Testi, Spearman’s rho Test, T-Test, Wilcoxon Test, Fisher’s Exact Test” kullanıldı. Tüm testlerde 0.05’ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

Hastaların 17'si (%68) erkek, 8'i (%32) kadın olup yaş ortalaması 61±8,9 (38-81) idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo-2'de verilmiştir. Hastaların 18'inde (%72) ek hastalık (hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyak ritim bozukluğu, guatr, astım, opere kolon kanseri, benign prostat hipertrofisi, anemi, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, hepatit B virüsü pozitifliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, multipl skleroz, tüberküloz, koroner arter hastalığı) bulunurken, 7 (%28) hastada bilinen ek bir hastalık yoktu.

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	17	68
Kadın	8	32
Eğitim düzeyi		
Üniversite	9	36
Lise	9	36
İlkokul	7	28
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	19	76
Çalışıyor	6	24
Yaşadığı yer		
İzmir içi	17	68
İzmir dışı	8	32
Preoperatif histopatolojik malignite tanısı		
Yok	14	56
Var	11	44
Komorbid hastalık		
Var	18	72
Yok	7	28

Akciğer rezeksiyonu tiplerine göre değerlendirildiğinde; hastaların 9'una (%36) sağ üst lobektomi, 4'üne sol üst lobektomi, 4'üne sol alt lobektomi, 3'üne sağ alt lobektomi, 2'sine sağ orta lobektomi, 2'sine sol pnömonektomi ve 1'ine de sağ pnömonektomi uygulanmıştı.

Hastaların 12'sinin (%48) adenokarsinom, 8'inin (%32) skuamöz hücreli karsinom, 2'sinin (%8) adenokarsinom+karsinoid tümör, 3'ünün ise sırasıyla pleomorfik karsinom, büyük hücreli karsinom ve mukoepidermoid karsinom tanısı aldığı belirlendi (Tablo-3).

Tablo 3. Akciğer Rezeksiyonu Tipleri ve Tümörlerin Histopatolojik Özellikleri

	n	%
Rezeksiyon tipi		
Sağ üst lobektomi	9	36
Sol üst lobektomi	4	16
Sol alt lobektomi	4	16
Sağ alt lobektomi	3	12
Sağ orta lobektomi	2	8
Sol pnömonektomi	2	8
Sağ pnömonektomi	1	4
Histopatolojik tip		
Adenokarsinom	12	48
Skuamöz hücreli karsinom	8	32
Adenokarsinom + karsinoid tümör	2	8
Pleomorfik karsinom	1	4
Büyük hücreli karsinom	1	4
Mukoepidermoid karsinom	1	4

Hastaların 17'sinde (%68) postoperatif komplikasyon görülmezken; 3 (%12) hastada uzamış hava kaçağı, 3 (%12) hastada yoğun sekresyon, 2 (%8) hastada ise aritmi izlendi.

Ameliyat öncesi yapılan hastane anksiyete depresyon skalasına göre; hastaların 7'sinin (%28) anksiyete skoru yüksek, 18'inin (%72) düşük iken; hastaların 11'inin (%44) depresyon skoru yüksek, 14'ünün (%56) ise düşük bulundu (Tablo-4).

Tablo 4. Preoperatif Hastane Anksiyete Depresyon Düzeyleri

	Ameliyat öncesi n (%)
Anksiyete	
Var	7 (%28)
Yok	18 (%72)
Depresyon	
Var	11 (%44)
Yok	14 (%56)

Hastaların preoperatif algılanan aile desteği ile postoperatif algılanan aile desteği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yirmidört hastanın preoperatif ve postoperatif algılanan aile desteği düzeyi normal sınırlarda iken, 1 hastanın düşük sınırdaki idi (Tablo-5).

Tablo 5. Cerrahi Öncesi ve Sonrası Algılanan Aile Desteği Ölçekleri Ortalama Değerleri

	Preoperatif dönem n (%)	Postoperatif dönem n (%)
Algılanan aile desteği		
Normal (>20)	24 (96)	24 (96)
Düşük (<20)	1 (4)	1 (4)

Preoperatif stres düzeyi yüksek olanlarda, yaşam kalitesi değerlendirildiği EORTC QLQ C-30 ölçeğinde; duygusal işlevlerle ilgili yaşam kalitesi alt boyutunun ($p=0,09$) ve yaşam kalitesi sosyal işlevlerle ilgili alt boyutunun azaldığı ($p=0,17$), uykusuzluk ($p=0,012$) ve iştah kaybının arttığı ($p=0,038$) bulundu (Tablo-6).

Tablo 6. Preoperatif Stres Düzeyi ile EORTC QLQ C-30 Karşılaştırılması

Preoperatif EORTC QLQ-C30 Alt grupları	Stres		P
	Yok (0-3) (n=5)	Var (4 ve üzeri) (n=20)	
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
Genel iyilik	61,67 $\pm$ 17,28	57,50 $\pm$ 28,34	0,114
Fonksiyonel skorlar			
Fiziksel işlev	58,67 $\pm$ 30,33	77 $\pm$ 20,57	0,560
Genel işlev	90 $\pm$ 14,90	90 $\pm$ 25,01	0,174
Duygusal işlev	73,33 $\pm$ 13,90	69,61 $\pm$ 30,13	0,009
Zihinsel işlev	86,67 $\pm$ 13,94	82,5 $\pm$ 26,20	0,652
Sosyal işlev	68,33 $\pm$ 25,28	68,44 $\pm$ 34,06	0,017
Semptom skorları			
Halsizlik	33,33 $\pm$ 23,04	25 $\pm$ 19,7	0,425
Bulantı/kusma	10 $\pm$ 9,13	5 $\pm$ 9,52	0,182
Ağrı	20 $\pm$ 21,51	16,67 $\pm$ 7,5	0,122
Dispne	20 $\pm$ 8,2	19,99 $\pm$ 19,94	0,880
Uykusuzluk	46,67 $\pm$ 38	26,67 $\pm$ 31,72	0,012
İştah kaybı	53,33 $\pm$ 29,81	16,67 $\pm$ 29,61	0,038
Konstipasyon	6,67 $\pm$ 14,91	21,66 $\pm$ 23,36	0,159
Diyare	33,33 $\pm$ 40,82	11,67 $\pm$ 19,57	0,336
Maddi zorluk	26,67 $\pm$ 27,89	19,99 $\pm$ 24,42	0,622

Preoperatif anksiyete düzeyi ile EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında; anksiyetesi olmayan hastalarda olanlara göre yaşam kalitesi genel işlevsellik ($p=0,019$) ve duygusal işlevsellik skorlarının ($p=0,015$) daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğü; diyare puanlarının ($p=0,024$) daha düşük olduğu için bu alanda yaşam kalitelerinin arttığı; anksiyetesi olan hastalarda dispne ($p=0,043$) ve uykusuzluk ($p=0,037$) puanlarının arttığı, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitesinin azaldığı bulundu (Tablo-7).

Tablo 7. Preoperatif Anksiyete Düzeyi ile EORTC QLQ C-30 Karşılaştırılması

Preoperatif EORTC QLQ-C30 Alt grupları	Anksiyete durumu		P
	Anksiyete yok (0-10 puan) (n=18)	Anksiyete var (11 ve fazlası) (n=7)	
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
Genel iyilik	59,167 $\pm$ 25,49)	53,334 $\pm$ 33,6	0,210
Fonksiyonel skorlar			
Fiziksel işlev	66,67 $\pm$ 34,64	57,77 $\pm$ 17,21	0,112
Genel işlev	91,23 $\pm$ 24,45	86,11 $\pm$ 19,48	0,019
Duygusal işlev	74,99 $\pm$ 26,21	55,63 $\pm$ 31,04	0,015
Zihinsel işlev	88,60 $\pm$ 17,61	66,66 $\pm$ 34,96	0,124
Sosyal işlev	67,54 $\pm$ 35,34	63,89 $\pm$ 30,58	0,105
Semptom skorları			
Halsizlik	28,07 $\pm$ 20,41	27,78 $\pm$ 24,09	0,182
Bulantı/kusma	7,02 $\pm$ 10,12	2,78 $\pm$ 6,81	0,235
Ağrı	17,54 $\pm$ 26,34	22,22 $\pm$ 29,19	0,265
Dispne	15,79 $\pm$ 20,39	33,33 $\pm$ 21,08	0,043
Uykusuzluk	24,56 $\pm$ 31,12	50 $\pm$ 34,96	0,037
İştah kaybı	21,05 $\pm$ 29,84	33,33 $\pm$ 42,16	0,382
Konstipasyon	15,79 $\pm$ 20,39	27,78 $\pm$ 25,09	0,489
Diyare	21,05 $\pm$ 27,69	0	0,024
Maddi zorluk	22,81 $\pm$ 31,53	16,67 $\pm$ 18,26	0,556

Preoperatif depresyon varlığı ile EORTC QLQ C-30 karşılaştırıldığında; depresyonun olmadığı durumlarda genel yaşam kalitesi skorunun arttığı ($p=0,018$) dolayısıyla genel yaşam kalitesinin arttığı; yaşam kalitesi fiziksel işlevsellik ($p=0,05$), genel işlevsellik ($p=0,031$), zihinsel işlevsellik ($p=0,023$) ve duygusal işlevsellik skorlarının ($p=0,006$) daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğü; depresyon varlığında ise sosyal işlevsellik ($p=0,037$) ve uykusuzluk puanlarının arttığı, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitelerinin azaldığı bulundu.

Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri II ile yapılan değerlendirmede; anksiyöz ve kaçınan bağlanma ile preoperatif hastane anksiyete depresyon skalası arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Anksiyete skoru düşük olan 18 hastanın 5'inde (%27,8) postoperatif komplikasyon görülürken; anksiyete skoru yüksek olan 7 hastanın 3'ünde (%42,9) postoperatif komplikasyon izlendi. Yine aynı şekilde depresyon skoru düşük olan 14 hastanın 3'ünde (%21,4) postoperatif komplikasyon görülürken; depresyon skoru yüksek olan 11 hastanın 5'inde (%45,5) postoperatif komplikasyon izlendi.

Ameliyat öncesi stres düzeyi düşük olan hastaların %40'ında postoperatif komplikasyon izlenirken; stres düzeyi yüksek olanların %30'unda postoperatif komplikasyon saptandı (Tablo-8).

Tablo 8. Preoperatif Stres, Anksiyete ve Depresyon ile Postoperatif Komplikasyonun Karşılaştırılması

	Postoperatif komplikasyon (%)
Anksiyete	
Var	42,9
Yok	27,8
Depresyon	
Var	45,5
Yok	21,4
Stres	
Var	30,0
Yok	40,0

Preoperatif malignite tanısı olmayanlarda anksiyete skoru, malignite tanısı olan hastalardan daha yüksekti (Tablo-9).

Tablo 9. Preoperatif Malignite Tanısı ile Anksiyete Düzeyinin Karşılaştırılması

		Anksiyete skoru		Total
		düşük	yüksek	
Preoperatif histopatolojik malignite tanısı	Var	9	2	11
		81,8%	18,2%	100,0%
	Yok	9	5	14
		64,3%	35,7%	100,0%

Preoperatif uygulanan ölçekler cinsiyet ile karşılaştırıldığında, preoperatif stres düzeyinin ($p=0,045$), depresyon varlığının ($p=0,030$) ve uykusuzluğun ($p=0,033$) kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunurken; yaşam kalitesinin duygusal ($p=0,003$) ve sosyal ($p=0,000$) işlevler alanlarının erkeklerde kadınlara göre daha kötü olduğu saptandı.

Genel değerlendirme yapıldığında, operasyonun postoperatif yaşam kalitesini azalttığı ($p=0,046$), halsizliği arttırdığı ($p=0,036$) saptandı.

Hastaların preoperatif stres düzeyleri postoperatif dönemden daha yüksek bulunurken, preoperatif malignite tanısının bilinip bilinmemesinin preoperatif stres düzeyi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulundu (Tablo-10).

Tablo 10. Preoperatif ve Postoperatif Stres Düzeyi

	Preoperatif dönem n (%)	Postoperatif dönem n (%)
Stres düzeyi		
Yüksek (≥ 4)	20 (%80)	14 (%56)
Düşük (< 4)	5 (%20)	11 (%44)

Postoperatif yatış süresi $6,16 \pm 1,65$ gündü. Postoperatif yatış süresi ile hastanın sosyodemografik özellikleri, yapılan cerrahi ya da preoperatif psikiyatrik değerlendirme arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

5.TARTIŞMA

Kanser görölme sıklığının artmasının yanı sıra kronik hastalıklar arasında kabul edilmesi ve yarattığı fiziksel, sosyoekonomik, psikolojik sorunlarla bireyin yaşam süresini ve yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (41). Kanserinin farklı aşamalarında gözlemlenen klinik depresyon ve anksiyete, sıklıkla yaşanan güçlüklerin doğasına ve yoğunluğuna bağlıdır (42). Tanı aşamasında, hastalar kanseri kabullenme ve başa çıkma ile ilgili güçlüklerle ilgili olarak karmaşık duygular yaşarlar. Tedavi sürecinde hasta, ameliyat, radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri ile baş etmek zorunda kaldığından depresyon ve/veya anksiyete yaşayabilir. Tedaviyi takip eden süreçte ise, hastalığın tekrar etmesi ya da metastaz endişesine bağlı olarak birtakım sorunlar yaşarlar (43).

Prospektif bir çalışma olan bu çalışma, yeni akciğer kanseri tanısı ya da ön tanısı alan 25 hastanın cerrahi tedavi öncesi ve sonrası psikiyatrik durumlarıyla ilgili verileri içermektedir.

Akciğer kanseri tanılı hastalarda yapılan bir araştırmada, ilk başvuru sırasında hastaların anksiyete açısından %37, depresyon açısından da %27 oranında risk altında olduğunu bildirilmiştir (44). Çalışmamızda hastalar depresyon açısından %44, anksiyete açısından ise %28 risk altında bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada, akciğer kanser tanılı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek depresyon oranları saptanmıştır (45). Çalışmamızda da anksiyete açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p=0,088$); kadınlarda erkeklere göre daha yüksek depresyon oranları ($p=0,03$) bulunmuştur.

Preoperatif stres düzeyi yüksek olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği EORTC QLQ C-30 ölçeğinde, duygusal işlevlerle ilgili yaşam kalitesi alt boyutunun ($p=0,09$) ve yaşam kalitesi sosyal işlevlerle ilgili alt boyutunun azaldığı ($p=0,17$), uykusuzluk ($p=0,012$) ve iştah kaybının arttığı ($p=0,038$) saptandı.

Preoperatif anksiyete düzeyi ile EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında, anksiyetesi olmayan hastalarda olanlara göre yaşam kalitesi genel işlevsellik ($p=0,019$) ve duygusal işlevsellik skorlarının ($p=0,015$) daha yüksek olduğu dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğü; diyare puanlarının ($p=0,024$) daha düşük olduğu, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitelerinin arttığı; anksiyetesi olan hastalarda dispne ($p=0,043$) ve uykusuzluk ($p=0,037$) puanlarının arttığı, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (Tablo 7).

Anksiyete kansere karşı verilen normal bir cevaptır. Yaşam kalitesi üzerine negatif etkileri vardır, bunu da fiziksel ve davranışsal semptomlarla göstermektedir. Anksiyetede ki yükselme psikiyatrik semptomlarda artış, fonksiyonlarda azalmayla ilişkilidir (44).

Preoperatif depresyon varlığı ile EORTC QLQ C-30 karşılaştırıldığında, depresyonun olmadığı durumlarda, genel yaşam kalitesi skorunun arttığı ($p=0,018$), dolayısıyla genel yaşam kalitesinin arttığı; yaşam kalitesi fiziksel işlevsellik ($p=0,05$), genel işlevsellik ($p=0,031$), zihinsel işlevsellik ($p=0,023$) ve duygusal işlevsellik skorlarının ($p=0,006$) daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin düştüğü; depresyon varlığında ise sosyal işlevsellik ($p=0,037$) ve uykusuzluk puanlarının arttığı, dolayısıyla bu alanda yaşam kalitelerinin azaldığı bulunmuştur. Berrad ve ark. çalışmalarında, depresyon ve anksiyetenin kanser hastalarında yaşam kalitesi ve hastalık üzerine negatif etkileri olduğunu, bunun sıklıkla tanımlanmadığını ve tedavi edilmediğini bildirilmişlerdir (14).

Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri ile yapılan değerlendirmede; anksiyöz ve kaçınan bağlanma ile preoperatif hastane anksiyete depresyon skalası arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Anksiyete skoru düşük olan 18 hastanın 5'inde (%27,8) postoperatif komplikasyon görülürken; anksiyete skoru yüksek olan 7 hastanın 3'ünde (%42,9) postoperatif komplikasyon izlenmiştir. Yine aynı şekilde depresyon skoru düşük olan 14 hastanın 3'ünde (%21,4) postoperatif komplikasyon

görülürken; depresyon skoru yüksek olan 11 hastanın 5'inde (%45,5) postoperatif komplikasyon izlenmiştir. Ameliyat öncesi stres düzeyi düşük olan hastaların %40'ında postoperatif komplikasyon izlenirken, stres düzeyi yüksek olanların %30'unda postoperatif komplikasyon izlenmiştir. Preoperatif malignite tanısı olmayanlarda anksiyete skoru, malignite tanısı olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Kadın hastaların tümünde preoperatif stres düzeyi yüksek bulunurken, erkek hastaların %70,6'sında preoperatif stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Preoperatif uygulanan ölçekler cinsiyet ile karşılaştırıldığında; preoperatif stres düzeyinin ($p=0,045$), depresyon varlığının ($p=0,030$) ve uykusuzluğun ($p=0,033$) kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanırken; yaşam kalitesinin duygusal ($p=0,003$) ve sosyal ($p=0,000$) işlevler alanlarının erkeklerde kadınlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.

Ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, operasyonun postoperatif yaşam kalitesini azaldığı ($p=0,046$), halsizliği arttırdığı ($p=0,036$) saptandı. Balduyck ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, postoperatif 1.ayda sosyal ve fiziksel skorların azaldığı bulunmuştur (47). Hastaların preoperatif stres düzeyleri postoperatif dönemden daha yüksek bulunurken, preoperatif malignite tanısının bilinip bilinmemesinin preoperatif stres düzeyi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır.

Postoperatif yatış süresi $6,16 \pm 1,65$ gündü. Postoperatif yatış süresi ile hastanın sosyodemografik özellikleri, yapılan cerrahi veya preoperatif psikiyatrik değerlendirme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6. SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı raporunda, onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması gerektiğini, psiko-onkoloji hizmetlerinin her kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini bildirmektedir.

Kanser hastaları ve yakın akrabalarına tedavi sırasında ve sonrasında psiko-onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanması; bu kişilerin durumları hakkında açık ve ücretsiz bilgilendirilmeleri, ihtiyaç ve tercihlerine saygı gösterilmesi, sağlık personeline geçerli psikososyal değerlendirme araçları, eğitimi, gözetim sağlanması ve bunlarla hastalar ve yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına yeterli yanıt verebilmelerine, iyi iletişim kurabilmelerine ve tıbbi karar alma sürecinde paylaşıma yardımcı olunması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (1).

Hastaların psikolojik durumu sıklıkla göz ardı edilebilmekte, psikiyatrik bozukluklar tanınmamakta ve tedavi edilememektedir (48,49). Psikiyatrik bozukluğun ve ilişkili psikolojik faktörlerin anlaşılması tıbbi tedavinin planlanmasında ve sonuçlarında önemlidir. Çalışmalar psikiyatrik morbiditenin bulgu yükünün artması, tedaviye uyumun azalması ve yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (50,51). Göğüs cerrahisi ve onkoloji kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin depresyonu ve anksiyeteyi tanımasına, yönlendirmesine ve psiko-onkoloji hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı çıkan sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur. Bulgular hastaların yaşadıkları psikososyal zorlanmalar ve tedaviye uyumları açısından önemli ipuçları vermektedir. Akciğer kanseri nedeniyle operasyon planlanan hastalar preoperatif dönemde, hastane anksiyete-depresyon ölçeği ve stres termometresi ile değerlendirilmelidir.

Stres düzeyi yüksek olan, anksiyete ve depresyon açısından risk altında bulunan hastalardan preoperatif psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.

Olgulara psikososyal destek ve tedavi verilmesinin, yaşam kalitesini arttıracığı ve postoperatif komplikasyonları azaltacağı kanısındayız.

Bu konuda daha kapsamlı, çok merkezli çalışmaların yapılması, akciğer kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların ve ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacaktır.

7) KAYNAKLAR

1. Boyle, P., Levin, B. Dünya Kanser Raporu, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, 2008.
2. Gralla, R. Quality of life considerations in patients with advanced lung cancer: effect of topotecan on symptom palliation and quality of life. The Oncologist 2004;16: 14-24.
3. Okyayuz, Ü.H. Sağlık psikolojisi, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 19, 1999, Ankara.
4. Yılmaz A.T., Özkan M., Özkan S. Fiziksel hastalıklarda kriz ve krize müdahale, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi 1996; 138-143.
5. Öz, F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12: 61-68.
6. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 2008; 233: 132-139.
7. Özer S. Dünya Kanser Günü Basın Bülteni. Kanser ve ruhsal bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği 2004;
8. Tavoli A, Mohagheghi MA, Moztazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? BMC Gastroenterology 2007; 7:28.
9. Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 2196-2225.

10. Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 2367- 2393.
11. Çevik A. Psikosomatik bozuklukların onkolojik hastalıkların psikosomatik yönü. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996; 77-90.
12. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 2005; 104:2872 -2881.
13. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. Yeni Symposium 2008; 46:51-61.
14. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. J Clin Psychiatry 2001;62: 58-61.
15. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? Standards and levels of evidence. Ann Behav Med 2006;32:93-7.
16. Elbi H. Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası 2001;5:5-10.
17. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. J Psycosom Res 1989;33:235-9.
18. Lazovich D, Robien K, Cutler G, Virnig B, Sweeney C. Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. Cancer 2009;115:4283-97.
19. Myrdal G, Valtysdotir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. Thorax 2003;58:194-7.

20. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L, et al. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. UHOD 2008;18: 99-10.
21. Yeşilbalkan OU, Akyol AD, Cetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 2005;21:13-31.
22. Aronsson M.E, Nilsson P.M, Nilsson J.A, Pehrsson K, Löfdahl C.G. Socio-economic status and lung cancer risk including histologic subtyping-A longitudinal study", Lung Cancer 2006; 51: 21-29.
23. Pirozynski M. Historical Review: 100 years of lung cancer. Respir Med 2006;100:2073-84.
24. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011; 61:69.
25. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2012; 62:10.
26. Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK. Pathology and genetics: tumours of the lung, pleura, thymus and heart. Lyon. IARC. 2004;12: 38.
27. Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu. Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. Toraks Dergisi 2006; 7: 1-37.
28. Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. Chest 2003; 123: 21-49.
29. Beckett WS. Epidemiology and etiology of lung cancer. Clin Chest Med. 1993; 14: 1-16.

30. Alberg AJ, Brock MV, Samet JM. Epidemiology of lung cancer: looking to the future. J Clin Oncol 2005; 23: 3175-85.
31. Kreuzer M, Heinrich J, Kreienbrock L, Rosario AS, Gerken M, Wichmann HE. Risk factors for lung cancer among nonsmoking women. Int J Cancer 2002; 100: 706-13.
32. Osann KE. Lung cancer in women: The importance of smoking, family history of cancer, and medical history of respiratory disease. Cancer Res 1991; 51: 4893-7.
33. Özkan S. Psiko-Onkoloji. Hastalık Algısı ve Kanser, İstanbul, 2007;1;130-4.
34. Holland J. C, Anderson B, Breitbart W. S et al. NCCN clinical practice guideline, psychosocial, psychological, distress, anxiety, depression, quality of life. JNCCN 2010; 8: 448-85.
35. Derogatis LR, Marrow GR, Fetting D, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249:751-7.
36. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32: 57-71.
37. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N ve ark. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Yazıları 2005; 8:1-11.
38. Özbayır T, Demir F, Candan Y ve ark. Ameliyathane hemşirelerinin tükenmişliğinin incelenmesi. Hemşirelik Forumu 2006; 2: 18-25.
39. Zigmond AS, Snaith PR (1983) The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.

40. Aydemir Ö. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8: 280-287.
41. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. Oncologist 2002;7:120-5.
42. White CA, Macleod U. ABC of psychological medicine: cancer. BMJ 2002;325: 377-382.
43. Salmon P, Manzi F, Valori RM et al. Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: the life evaluation questionnaire (LEQ). EJC. 1996;32A:755-760.
44. Hyodo I, Eguchi K, Takigawa N, Segawa Y, Hosokawa Y, Kamejima K, Inoue R, Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients. Support Care Cancer; 1999: 7: 396-9
45. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer; prevalence and risk factors derived from quality of life data. Journal of Clinical Oncolog, 2000; 18: 893
46. Pozo CLP , Morgan MAA, Gray JE. Survivorship issues for patients with lung cancer. Cancer Control 2014; 21:1.
47. Balduyck B, Hendriks J, Lauwers P, Van Schil P. Quality of life after lung cancer surgery: A prospective pilot study comparing bronchial sleeve lobectomy with pneumonectomy. J Thorac Oncol 2008;3: 604-8.
48. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. Breast Cancer Res Treat 2008; 110:9-17.
49. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30:112-26.

50. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27:32.
51. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Fiahin S et al. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol*. 2010;27:108-13.

8. EKLER

8.1. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi (eş, sevgili, flört) kastedilmektedir. Eğer hali hazırda bir romantik ilişki içinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşısındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Hiç

Kararsızım /

Tamamen

katılmıyorum

fikrim yok

katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemiğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Hiç

Kararsızım /

Tamamen

katılmıyorum

fikrim yok

katılıyorum

17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendime olan güvenimi sarsar.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Basımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, benden hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkeliendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda farkeder.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği 36 maddeden ve “Kaygı” ve “Kaçınan” olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçeğin amacı bağlanma düzeylerini ölçmektir.

Kaygı boyutu maddeleri:

1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17*, 19, 21*, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35

Kaçınma boyutu maddeleri:

2, 4*, 6, 8*, 10, 12, 14, 16*, 18*, 20*, 22*, 24*, 26*, 28, 30*, 32*, 34*, 36*

*Ters kodlanan maddeler

8.2. EORTC QLO-C30

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok				
1. Ağır bir alışveriş torbası ya da valiz gibi şeyler taşırken zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4				
2. Uzun bir yürüyüş yaparken zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4				
3. Ev dışında dolaşırken zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4				
4. Günün büyük bir kısmını oturarak ya da yatarak geçirme ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4				
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ya da tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4				
Geçen Hafta	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok				
6. İşinizi yaparken sizi engelleyen bir faktör var mıydı?	1	2	3	4				
7. Boş zamanlarınızı değerlendirirken ya da hobilerinizi yaparken sizi engelleyen bir faktör var mıydı?	1	2	3	4				
8. Nefes darlığı oldu mu?	1	2	3	4				
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4				
10. Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4				
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4				
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4				
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4				
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4				
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4				
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4				
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4				
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4				
19. Ağrınız işlerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4				
20. Televizyon seyretmek ya da gazete okumak sırasında dikkatinizi toplamakta zorlandınız mı?	1	2	3	4				
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4				
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4				
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4				
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4				
25. Bazı işleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4				
26. Fiziksek durumunuz ya da tedaviniz aile yaşantınızı etkiledi mi?	1	2	3	4				
27. Fiziksek durumunuz ya da tedaviniz sosyal yaşantınızı etkiledi mi?	1	2	3	4				
28. Fiziksek durumunuz ya da tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4				
Aşağıdaki sorularda sizin için uygun olan 1 ile 7 arasındaki numarayı işaretleyin								
29. Geçen haftaki genel sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?								
Çok kötü	1	2	3	4	5	6	7	Mükemmel
30. Geçen haftaki genel sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?								
Çok kötü	1	2	3	4	5	6	7	Mükemmel

8.3. Algılanan Aile Desteği Ölçeği

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Kısmen ve Hayır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kağıdında size en çok uyan seçeneğin altındaki parantezin içini (X) şeklinde işaretleyin.

- 1- Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.
- 2- Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.
- 3- İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır.
- 4- En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.
- 5- Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.
- 6- Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.
- 7- Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğünde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.
- 8- Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.
- 9- Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.
- 10- Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.
- 11- Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.
- 12- Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.
- 13- Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.
- 14- Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşıyorum.

- 15- Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.
- 16- Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.
- 17- Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.
- 18- Aile fertlerimin, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.
- 19- Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.
- 20- Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.

ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ

CEVAP KAĞIDI

Adı soyadı:.....

Sınıf :..... Okul No:..... Cinsiyeti:..... Tarih:...../...../.....

Soru	EVET	HAYIR	KISMEN		Soru	EVET	HAYIR	KISMEN
1	(2)	(0)	(1)		11	(2)	(0)	(1)
2	(2)	(0)	(1)		12	(2)	(0)	(1)
3	(0)	(2)	(1)		13	(2)	(0)	(1)
4	(0)	(2)	(1)		14	(2)	(0)	(1)
5	(2)	(0)	(1)		15	(2)	(0)	(1)
6	(2)	(0)	(1)		16	(0)	(2)	(1)
7	(2)	(0)	(1)		17	(2)	(0)	(1)
8	(2)	(0)	(1)		18	(2)	(0)	(1)
9	(2)	(0)	(1)		19	(0)	(2)	(1)
10	(2)	(0)	(1)		20	(0)	(2)	(1)

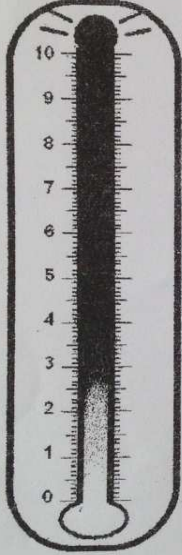
8.4. Stres termometresi

STRES VE SORUN LİSTESİ İÇİN KISA TARAMA

Geçtiğimiz hafta boyunca kendinizi ne kadar stresli hissettiniz? Lütfen termometre üzerinde stres düzeyinizi işaretleyiniz

Aşağıdaki maddelerden hangisi ya da hangilerinin stresinizin ana nedeni ya da nedenleri olduğunu düşünüyorsunuz?

Stres en üst düzeyde



Stres yok

<u>Günlük yaşam sorunları</u>	<u>Bedensel Sorunlar</u>
Barınma	Ağrı
Sosyal güvence	Bulantı
İş/Okul	Yorgunluk
Ulaşım	Uyku
Çocuk bakımı	Gezinti
<u>Ailevi sorunlar</u>	Banyo yapma/giyinme
Eş	Nefes darlığı
Çocuklar	Ağız yaraları
<u>Duygusal sorunlar</u>	Yemek yeme
Üzüntü	Hazımsızlık
Hüzün	Kabızlık/ishal
Depresyon	İdrar sorunları
Sinirlilik	Ateş
<u>İnançla ilgili sorunlar</u>	Ciltte kuruma/kaşıntı
Tanrı ile ilgili	Burun tıkanıklığı
İnanç yitimi	El/Ayakta karıncalanma
<u>Diğer sorunlar</u>	Şişkinlik hissi
	Cinsel sorunlar

8.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

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

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendiriyor

Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

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

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebilirim

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

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

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek