



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**KEMOTERAPİ ALAN OPERE MEME
KANSERİ HASTALARINDA KARAKTER VE
MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN SEMPTOMLAR VE
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nihal GEÇİCİ

Antalya, 2013



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KEMOTERAPİ ALAN OPERE MEME
KANSERİ HASTALARINDA KARAKTER VE
MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN SEMPTOMLAR VE
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nihal GEÇİCİ

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Hasan Şenol COŞKUN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimizin akademik olarak üst düzeyde tutulması için her türlü desteğiyle bilgi ve birikimleriyle bize yön veren başta İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof.Dr. Ender TERZİOĞLU'na ve İç Hastalıkları Anabilim Dalındaki tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmasındaki katkıları ve eğitimim süresince her konudaki desteğinden dolayı tez danışmanım Prof.Dr. Hasan Şenol COŞKUN'a,

Rotasyonlarım sırasında benden her türlü desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen; Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Radyoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve asistanlarına,

Uzmanlık eğitimim sürecince birlikte çalıştığım tüm uzman hekim ve asistan arkadaşlarıma, bu süreçte birlikte çalıştığım poliklinik ve klinik hemşire ve personeline,

Her zaman benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	<u>Sayfa</u>
	iii
Tablolar Dizini	v
1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER	1
1.1. Epidemiyoloji	1
1.2. Meme Kanseri Klinik Belirtiler	1
1.3. Meme Kanseri İle İlişkili Risk Faktörleri	2
1.4. Meme Kanseri Histopatolojik Sınıflama	2
1.5. Meme Kanseri Prognostik Faktörler	3
1.6. Meme Kanseri Evreleme	4
1.7. Meme Kanseri Tedavi	6
1.7.1. Cerrahi tedavi	6
1.7.2. Radyoterapi	6
1.7.3. Hormonal tedavi	6
1.7.4. Kemoterapi	7
1.8. Meme Kanseri Semptom Yönetimi	8
1.9. Meme Kanseri ve Psikiyatrik Bozukluklar	9
1.9.1. Kişilik	10
1.9.2. Mizaç	11
1.9.3. Karakter	11
1.10. Ağrı	11
1.11. Yaşam Kalitesi	12
1.12. Amaç	12
2. GEREÇ ve YÖNTEMLER	13
2.1. Hastaların Seçimi ve Dışlama Kriterleri	13
2.2. Uygulama	13
2.3. Uygulanan Testler	14
2.3.1. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)	14
2.3.2. EORTC Yaşam Kalitesi Değerlendirme Modülü	15
2.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)	16
2.3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası	16
2.3.5. Görsel Ağrı Skalası (VAS)	16
2.4. İstatistiksel Değerlendirme	16

3. BULGULAR	17
3.1. Klinik Özellikler	17
3.2. Semptom Sıklığı	20
3.3. Anksiyete ve Depresyon	21
3.4. Yaşam Kalite Değerlendirmesi	23
3.5. Mizaç ve Karakter Özellikleri (TCI)	25
3.6. Korelasyon Analizleri	28
4. TARTIŞMA ve SONUÇLAR	32
4.1. Yaşam Kalitesi	32
4.2. Uyku Kalitesi	33
4.3. Depresyon ve Anksiyete	34
4.4. Mizaç ve Karakter	35
5. ÖZET	37
6. ABSTRACT	39
7. KAYNAKLAR	42
8. EKLER	50
Ek 1. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ C-30) (Versiyon 3.0) yaşam kalitesi ölçeği	50
Ek 2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ölçeği	52
Ek 3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası	56
Ek 4. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)	57

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BRCA-1	Breast Cancer
C	Cooperativeness
CMF	Siklofosfamid-Metotrexat-Flourourasil
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGFR	Epidermal Growth Factor Receptor
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer
ER	Östrojen Reseptörü
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormon
GSK	Genel Sağlıkım
HA	Harm Avoidance
HAD	Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği
HER-2	Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
HSK	Hastalıksız Sağlıkım
IASP	International Association for the Study of Pain
İY	İşbirliği Yapma
KA	Kendini Aşma
KT	Kemoterapi
KY	Kendini Yönetme
MKC	Meme Koruyucu Cerrahi
MKE	Mizaç ve Karakter Envanteri
MRM	Modifiye Radikal Mastektomi
NS	Novelty Seeking
ÖB	Ödül Bağımlılığı
P	Persistence
PR	Progesteron Reseptörü
PUKİ	Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği
RD	Reward Dependence

RT	Radyoterapi
SD	Self Directedness
SE	Sebat Etme
ST	Self Transcendence
TCI	Temperament and Character Inventory
US NCI	Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü
VAS	Vizuel Analog Skala
YA	Yenilik Arayışı
ZK	Zarardan Kaçınma

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1.1. Moleküler ve immunohistokimyasal sınıflama	3
1.2. Meme kanserinde prognostik faktörler	3
1.3. AJCC Evreleme Sistemi	4
1.4. Bölgesel lenf nodülleri (N) klinik sınıflama	5
1.5. Uzak metastaz (M)	5
1.6. "The American Joint Committee on Cancer" 2010 sınıflaması (Evre ve prognostik gruplar)	6
3.1. Meme kanseri hastalarında sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi	17
3.2. Meme kanseri hastalarında karakteristik klinik verilerin değerlendirilmesi	18
3.3. Hastalarda meme kanserinin histopatolojik ve klinik özellikleri	19
3.4. Hastaların moleküler histopatolojik özellikleri	20
3.5. Meme kanseri hastalarında 1. kür kemoterapi sonrası bulantı, kusma ve ağrı semptomlarının değerlendirilmesi	20
3.6. HAD ve PUKI ortalama değerleri	21
3.7. HAD ve PUKI ortalamalarının ağrı ve bulantı ile ilişkisi	22
3.8. QLQ - C30 yaşam kalitesi ortalama değerleri	23
3.9. QLQ-30 yaşam kalitesinin ağrı ve bulantı ile ilişkisi	24
3.10. TCI mizaç özelliklerinin ortalama değerleri	25
3.11. TCO mizaç özelliklerinin ortalama değerlerinin ağrı ve bulantı ile ilişkisi	26
3.12. TCI karakter özelliklerinin ortalama değerleri	27

3.13.	TCI karakter özelliklerinin semptomlarına bulantı ve kusmaya göre	28
3.14.	HAD, PUKI, QLQ-30 sonuçlarının belirli semptomlar ile korelasyonu	29
3.15.	Mizaç özelliklerinin semptomlar ile korelasyonu	30
3.16.	TCI karakter özelliklerinin semptomlar ile korelasyonu	31

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık gözlenen malign tümör olup, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Meme kanseri, tüm dünyada kadınlar arasında kanser olgularının yaklaşık %29'undan ve kansere bağlı ölümlerinin %14'ünden sorumludur (1).

1.1. Epidemiyoloji

Kadınlarda meme kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu ve sosyal bir problemdir. Son yıllarda hastalığın klinik seyir ve biyolojik yapısının belirlenmesi ve tedavideki büyük gelişmelere rağmen, meme kanseri insanlık için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün [US National Cancer Institute (NCI)] hesaplarına göre ABD'nde halen 2 milyondan fazla meme kanserli hasta yaşamaktadır. Kadınlar için yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski yaklaşık 1/8'dir. Bu risk güçlü aile hikâyesi olanlarda ve "Breast Cancer" BRCA-1 ya da BRCA-2 gen mutasyonu taşıyanlarda daha yüksektir (2). Meme kanseri Türk kadınlarında da en sık gözlenen kanser olup, kansere bağlı ölümlerin en sık sebebidir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2004 ile 2006 yılları arasında yapılan 8 merkezli Türkiye kanser insidansı çalışma sonuçlarına göre meme kanseri insidansı 33,7/100.000 olarak saptanmıştır (3). Meme kanseri en sık olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Kuzey Avrupa ülkelerinde görülmektedir. Bu durum, beslenme alışkanlıkları ile birlikte endüstrileşmiş modern yaşamda kadınların mensturasyonun daha erken yaşta başlaması, daha ileri doğum yaşı, oral kontraseptif ve hormon replasman tedavisi, menapoz yaşının gecikmesi, uzamış yaşam beklentisi gibi değişikliklere bağlanmaktadır (2).

1.2. Meme Kanseri Klinik Belirtiler

Meme kanserinin tanısı biyopsi ile alınan doku veya hücrelerin patolojik olarak incelenmesi ile konur. Kanser tanısı tümörün patolojik tanısı konulmadan yapılamaz (4). Fizik muayenede ve/veya mamografide saptanan bütün şüpheli lezyonlara biyopsi yapılmalıdır (5). Klinik olarak kanser olduğu düşünülen lezyonların %60'ı benignedir. Klinik olarak benign olduğu düşünülen lezyonların ise yaklaşık %30'u da

maligndir. Bu nedenle memede saptanan kitlelere histolojik olarak tanı konulmalıdır (4,5). Fibrokistik hastalık, fibroadenom, intraduktal papillom, lipom ve yağ nekrozu ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken lezyonlardır (4).

Meme kanserli kadınların %70'ine yakınında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Çoğu kez kitle ağrısızdır ve kadın tarafından rastlantı sonucu bulunur (6). Hastaların %8-10'unda ise kitle ağrılıdır. Genelde kitle serttir, hareketsizdir. Kitle ve ağrıdan başka meme başı akıntısı, meme derisinde ya da meme başında retraksiyon, meme derisinde ödem, ülserasyon, eritem ve kol ödemi görülebilir (7).

1.3. Meme Kanseri İle İlişkili Risk Faktörleri

Meme kanserinin gelişimi multifaktöriyel olup, en belirgin risk faktörleri hormonal faktörler ve genetik geçişli sendromlardır. Yaş, cinsiyet, meme hastalığı öyküsü, kanser öyküsü, radyasyon, alkol, aile öyküsü ve stres de meme kanseri için risk faktörleri arasında sayılmaktadır. İlk araştırmalarda psikososyal etkenler kanser oluşumunda risk faktörlerinden biri olarak sunulmuş, ancak daha sonraki araştırmalar ile kanser oluşumuna etkisinin daha küçük, buna karşın kanserin prognozu ve ilerlemesinde önemli olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (8).

1.4. Meme Kanserinde Histopatolojik Sınıflama

Meme malignitelerinin büyük bölümü, duktus ve lobül epitelinden köken alan karsinomlardan oluşurken, sarkomlar ise oldukça nadir görülen meme tümörleridir. Histolojik olarak meme karsinomları non-invazif (in-situ) ve invazif karsinomlar olmak üzere iki büyük grupta sınıflandırılırlar. Non-invazif meme kanserleri terim olarak epiteldeki malign dönüşümün bazal membranı aşmadığı ve henüz metastaz yapma yeteneği olmayan meme kanserlerini tanımlamak amacıyla kullanılır. Vasküler yapılara ulaşarak metastaz yapma olasılığı olan invazif kanserler ise bazal membranı aşarak stroma invazyonu oluşturmuş tümörlerdir.

Moleküler ve immünohistokimyasal sınıflama

Günümüzde meme kanseri moleküler olarak 5 gruba ayrılmaktadır (Tablo 1.1). Bunlar: Luminal A (ÖR+ ve/veya PR+, HER2-); Luminal B (ÖR+ ve/veya PR+, HER2+); HER2+; Normal meme-like; Basallike/bazal/bazaloid (ÖR-PR-HER2-)

olarak sınıflandırılmaktadır. İmmunohistokimyasal çalışmalarda bu sınıflama 4 kategoride incelenmektedir. Yapılan çalışmalarda bu grupların prognozunun farklı olduğu gösterilmiştir. Bazaloid ve HER2+ grubun en kısa hastalıksız ve genel sağkalıma sahip olduğu, luminal özellik taşıyan tümörlerin ise daha iyi prognoza sahip olduğu bildirilmiştir (9,10).

Tablo 1.1. Moleküler ve immunohistokimyasal sınıflama (9,10).

Moleküler ve immunohistokimyasal sınıflama	
İsim	Karakteristik özellikleri
1- Luminal A	ÖR+ ve/veya PR+, HER2 -
2- Luminal B	ÖR+ ve/veya PR+,HER2 +;
3- HER2+;	
4- Basal-like/bazal/bazaloid	(ÖR-PR-HER2-, CK5/6 ve/veya EGFR pozitifliği)
5- Null tip veya sınıflandırılmayanlar	

1.5. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler

Hastalıksız sağkalım (HSK) ve genel sağkalım (GSK) ile ilişkili her türlü parametre prognostik faktör olarak adlandırılır. Prognostik faktörler bir tümörün doğal seyrini önceden belirlemek amacıyla kullanılır. Meme kanserinde bu amaçla kullanılan hastaya bağımlı standart prognostik faktörler hastanın yaşı, menapoz durumu ve ırk iken, tümöre bağlı faktörler ise aksiller lenf nodu tutulumu ve sayısı, histolojik alt tip, tümör büyüklüğü, nükleer ve histolojik grade, ÖR (östrojen reseptör) ve PR (progesteron reseptör) durumunu içermektedir (Tablo 1.2).

Tablo 1.2. Meme kanserinde prognostik faktörler.

Tümöre bağlı özellikler	Hastaya ait özellikler
Aksiller lenf nodu tutulumu	Yaş
Tümör boyutu	Menapoz durumu
Tümör gradı	İrk
Lenfovasküler invazyon	
Östrojen ve Progesteron reseptörleri	
HER-2	
Proliferasyon indeksi	
Histolojik alt grup	

1.6. Meme Kanserinde Evreleme

Günümüzde kullanılan evreleme sistemi tümör büyüklüğü (T), lenf nodu metastazı varlığı (N) ve uzak metastaz varlığına (M) dayalı olarak sınıflama yapan TNM evreleme sistemidir. Bu evreleme sistemi ilk kez 1959’da “Union Internationale Contre Cancer” ve ardından “American Joint Committee for Cancer Staging and End-Results Reporting”in hazırladığı sınıflamaya dayanmaktadır. Zaman içerisinde güncel bilgiler ışığında değişikliklere uğramıştır (Tablo 1.3, 1.4, 1.5 ve Tablo 1.6).

Tablo 1.3. AJCC Evreleme Sistemi [(2010 yıl 7. Basım) Meme Kanseri Evreleme].

Klinik	Primer Tümör (T)	Patolojik
TX	Primer tümör saptanamamaktadır	TX
T0	Primer tümör yok	T0
Tis	Karsinoma in situ	Tis
Tis(DCIS)	Duktal karsinoma in situ	Tis(DCIS)
Tis(LCIS)	Lobuler karsinoma in situ	Tis(LCIS)
Tis(Paget’s)	Meme başının Paget hastalığı	Tis(Paget’s)
T1	Tümörün en büyük boyutu 2 cm veya daha az	T1
T1mi	En büyük boyutu 0.1 cm $\geq$ olan mikroinvazyon	T1mi
T1a	En büyük boyutu 0.1 cm < ancak $\geq$ 0.5 cm tümör	T1a
T1b	En büyük boyutu 0.5 cm < ancak $\leq$ 1 cm tümör	T1b
T1c	En büyük boyutu 1 cm < ancak $\leq$ 2 cm tümör	T1c
T2	En büyük boyutu 2 cm < ancak $\leq$ 5 cm tümör	T2
T3	En büyük boyutu 5 cm’den büyük olan tümör	T3
T4	Herhangi bir boyutta ancak (a) göğüs duvarına ve-veya (b) cilde direkt yayılım (ülserasyon yada cilt nodülü)	T4
T4a	Pektoral kasa ulaşmamış göğüs duvarı yayılımı	T4a
T4b	Meme cildinde ödem veya ülserasyon veya aynı memede satellit deri nodülleri	T4b
T4c	T4a ve T4b birlikte	T4c
T4d	İnflamatuvar karsinom	T4d

Tablo 1.4. Bölgesel lenf nodülleri (N) klinik sınıflama.

Klinik	Bölgesel lenf nodülleri (N)
NX	Bölgesel lenf nodları saptanamamaktadır
N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1	İpsilateral seviye 1- 3 lenf nodlarına metastaz (fikse değil)
N2	Fikse veya gruplaşmış ipsilateral seviye 1-2 aksiller lenf nodlarında metastaz veya klinik olarak belirgin aksiller lenf nodu metastazı olmadığı durumlarda, klinik olarak belirgin ipsilateral internal mammaryal lenf nodlarında metastaz
N2a	Fikse ipsilateral seviye 1-2 aksiller lenf nodlarında metastaz
N2b	Sadece klinik olarak aksiller lenf nodu metastazı olmadığında, klinik olarak belirgin ipsilateral internal mammaryal nodlarda metastaz
N3	Aksiller lenf nodu tutulumu olsun ya da olmasın ipsilateral infraklavikular lenf nodları metastazı veya klinik olarak belirgin ipsilateral internal mammaryal lenf nodları metastazı ile birlikte klinik olarak belirgin aksiller lenf nodu metastazı; veya aksiler ya da internal mammaryal lenf nodu metastazı olsun ya da olmasın ipsilateral supraklavikular lenf nodlarında metastaz
N3a	İpsilateral infraklavikular lenf nodlarında metastaz
N3b	İpsilateral internal mammaryal lenf nodlarında veya aksiller lenf nodlarında metastaz
N3c	İpsilateral supraklavikular lenf nodlarında metastaz

Tablo 1.5. Uzak metastaz (M).

M0	Klinik ve radyolojik olarak uzak metastaz bulunamıyor
cM0(i+)	Klinik ve radyolojik olarak metastaz saptanmayan hastada, metastaza ait bulgu ve semptom olmaksızın 0.2 mm den daha az hücre depozitlerinin moleküler veya mikroskopik olarak periferik kan, kemik iliği yada bölgesel olmayan nodal tutulumlardan tesbit edilmesi
M1	Klinik ve radyolojik olarak tesbit edilmiş uzak metastaz ve-veya histopatolojik olarak kanıtlanmış 0.2 mm’den büyük metastaz

Tablo 1.6. "The American Joint Committee on Cancer" 2010 sınıflaması (Evre ve prognostik gruplar).

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre 1A	T1	N0	M0
Evre 1B	T0 T1	N1mi N1mi	M0 M0
Evre 2A	T0 T1 T2	N1 N1 N0	M0 M0 M0
Evre 2B	T2 T3	N1 N0	M0 M0
Evre 3A	T0 T1 T2 T3 T3	N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0
Evre 3B	T4 T4 T4	N0 N1 N2	M0 M0 M0
Evre 3C	Herhangi T	N3	M0
Evre 4	Herhangi T	Herhangi N	M1

1.7. Meme Kanserinde Tedavi

1.7.1. Cerrahi tedavi

Meme kanserinin erken evrelerde küratif tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Günümüzde, adjuvan tedavinin etkinliğinin artması, estetik kaygılar ve kol ödemi konusundaki kaygıların ön plana çıkması nedeniyle meme kanserinin cerrahi tedavisinde kullanılan yaklaşımların sayısı artmıştır. Erken evre meme kanserinin cerrahi tedavisinde modifiye radikal mastektomi ve meme koruyucu ameliyatlara öncelikli tercih edilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu iki yöntem arasında sağkalım açısından bir fark olmadığı ancak, meme koruyucu ameliyat yapılan hastalarda lokal rekürens olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (11).

1.7.2. Radyoterapi

Radyoterapi meme kanserinde lokal kontrolü arttırdığı gibi genel sağkalımı da uzatmaktadır. Standart bir tedavi olarak postoperatif radyoterapi, koruyucu cerrahi yapılmış tüm hastalara uygulanmaktadır (12).

1.7.3. Hormonal tedavi

Hormonal reseptör pozitifliği saptanan hastalarda %60-70 cevap elde edilebilen hormonal tedavi yöntemi adjuvan, neoadjuvan ve palyatif tedavide kullanılmaktadır. Tamoksifen, GnRH analogları, aromataz inhibitörleri en sık kullanılan ajanlardır. Endokrin yanıtı postmenapozal hastalarda Aromataz İnhibitörü kullanımı, premenapozal hastalarda ise tamoksifen ve GnRH analogları kullanımı günümüzde önerilen tedavi yaklaşımlarıdır (13).

1.7.4. Kemoterapi (KT)

Meme kanserinde farklı evrelerde farklı amaçlar için uygulanan kemoterapinin, adjuvan olarak kullanıldığında sağkalımı anlamlı olarak artırdığı, nüks riskini %25, ölüm riskini %15 azalttığı bildirilmektedir. 1970'lerin ortalarından itibaren kullanılmaya başlanan Siklofosfamid, Metotreksat ve Fluorourasilden oluşan CMF rejimi, günümüzde antrasiklinli rejimlerin CMF'e üstünlüğünün gösterilmesiyle yerini antrasiklin içeren kombinasyonlara bırakmaya başlamıştır (14).

Lokal ileri meme kanserinde neoadjuvan olarak uygulanan KT rejimleriyle iyi yanıt elde etmek ve cerrahi uygulanabilirlik oranını artırmak mümkün olmaktadır. Taksanların kullanıma girmesiyle lokal ileri ve inflamatuvar meme kanserinde daha iyi sonuçlar elde edilmektedir (15).

Metastatik evrede palyatif amaçlar düşünülerek çeşitli kombinasyonlardan oluşan KT rejimleri kullanılmaktadır. HER-2 pozitif hastalarda 2005 yılından beri kullanıma giren trastuzumabın tek başına veya kemoterapiye eklenmesi etkili bulunmuştur.

1.8. Meme Kanseriinde Semptom Yönetimi

Meme kanseri genellikle bulantı, kusma ve ağrıya neden olmaz. Ancak hastalık meme dışında organlara metastaz yapmışsa, metastaz yaptığı organa göre şikâyetler ortaya çıkar. Örneğin kemiğe metastazlarda; kemik ağrısı, kemik kırıkları; beyin metastazlarında; baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, görme bozukluğu gibi şikâyetler gelişebilir. Yine uygulanan tedaviler nedeniyle bazı belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Radyoterapiye bağlı bulantı ve kusma gibi yan etkiler gelişebilirken, kemoterapi sonrası hastalarda iştah kesilmesi, bulantı, kusma, ishal ve ağız yaraları oluşabilmektedir. Yine tedavi sonrası izlemde hastalarda kilo kaybı, iştahsızlık, aşırı yorgunluk, bulantı-kusma, baş dönmesi, karın ağrısı ve dolgunluk, kemik ağrısı ve baş ağrısı gözlenmektedir (16,17). Ancak bahsedilen bu yan etkilerin şiddeti hastadan hastaya değişmektedir.

Kanser hastalarında görülen yorgunluğun etyolojisinde tümörün kendisi, dispne, anemi, hipokalemi, hipomagnezemi vb. metabolik bozukluklar, beslenme sorunları, endokrin ve hormonal sorunlar, immünolojik bozukluklar gibi fizyolojik sorunlar beraberinde yetersiz ve kalitesiz uyku, tanı ve tedavinin yarattığı anksiyete ve depresyon, kişilik özellikleri, sitokin aktivasyonu ve antikanser tedaviler (cerrahi, RT, KT) sorumlu tutulmaktadır (18).

Kanser tedavisindeki gelişmelerin yaşam süresini uzatması, kanser hastalarının hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı deneyimini daha uzun süre yaşamalarına yol açmaktadır.

Kanser hastalarında ciddi bir sorun olan bulantı kusma nedenleri içinde kemoterapi, radyoterapi ve diğer ilaçlar, beyin ve karaciğer metastazı, GİS ve üriner sistem sorunları sayılabilir. Ayrıca yaş, cinsiyet, alkol kullanım öyküsü, hastalığın tutulum bölgeleri, ilacın dozu, depresyon gibi psikolojik sorunlar gibi faktörler kusma üzerine etkilidir. Kemoterapiye bağlı bulantı kusmalar santral kaynaklıdır. Aşağıdaki şekilde sınıflandırılır.

1. Akut emezis: İlk 24 saat içinde oluşan bulantı kusmadır
2. Gecikmiş emezis: 24 saat sonrasında ortaya çıkan bulantı kusmadır. Bazen daha erken başlayıp uzayabilir. Günlerce bazen haftalarca sürebilir
3. Beklenti emezisi: Kemoterapi öncesi başlayan psikolojik kökenli ve tedaviye dirençli bir bulantı kusma türüdür.

1.9. Meme Kanseri ve Psikiyatrik Bozukluklar

Kansere neden olmaktan çok ortaya çıkışında etkileri olduğu kabul edilen psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerin meme kanserinin başlangıç ve ilerlemesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu faktörler hastanın kanser tedavisi ile ilgili beklentilerini ve tedavi sürecindeki işbirliğini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (19). Kanserli hastalar, savunucu, kaygılı, aşırı kontrollü, duygusal, gerginliklerini motor, sözel ya da diğer yollarla boşaltamayan, belirgin olarak yadsıma ve bastırma mekanizmalarını kullanan, aşırı sabırlı, kendi gereksinimlerini sürekli geri planda tutan ve kolayca memnun edilebilen ve azla yetinen kişiler olarak tanımlanmaktadır (20). Morris ve arkadaşları (21) kanser için "duygusal olarak kapalı" şeklinde tanımladıkları C tipi kişilik özellikleri üzerinde durmuşlardır. Bu kişilik özelliği, işbirliğini seven, tartışma yerine kabul etmeyi seçen, girişken olmayan, sabırlı, olumsuz duygularını dışa vurmayan ve dış otoritelere karşı uyumlu görünen bir özellik olarak tanımlanmıştır.

Psikiyatri konsültasyonlarında kanserli hastaların %2-47'sinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu belirlenirken (22), en sık gözlenen hastalık grubunun affektif bozukluklar olduğu bildirilmektedir (23-24). Jansen ve Muenz (25) meme kanserli hastaların daha depresif olduklarını, daha az öfke gösterdiklerini ve duygularını daha güç ifade edebildiklerini belirtmişlerdir. Priestman ve arkadaşları (26) meme kanserli hastalarında yaşam olayları ve kişilik özelliklerinin meme kanserine yatkınlık oluşturmadığını bulmuşlardır. Ancak meme kanserinde hastaların psikososyal sorunlarının ve olası psikiyatrik bozukluklarının gözden geçirilmesi ve atlanılmadan tedavi edilmesinin kanserin tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkili olacağı aşıkardır.

Birçok psikiyatrik bozukluğun somatik şikâyetlerle hekimlere başvurduğu bilinmektedir. Özellikle depresif ve anksiyete bozukluklarında kronik, bazen ilaç tedavisine cevap vermeyen ağrı, bulantı ve kusma sık görülen somatik belirtilerdendir. Yine ağrı, bulantı ve kusmanın derecesi ya da hastalar tarafından duyumsanmaları bireylerin kişilik yapısı, karakter ve mizaç özellikleri ve ruhsal durumlarına göre değişebilmektedir. Kronik ve ağır hastalıklarda kişilik, karakter ya da mizaçta farklı düzeylerde değişiklikler olabilmektedir. Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları

açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiştir ve tanımlamıştır. Mizaç özellikleri algıya dayalı huylar ve becerilerde bireysel farklılıkları yansıtır ve genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsız olarak kalıtımsaldır. İnsanın yaşı ilerledikçe karakter bileşenleri benlik kavramları ile uğraşma ya da erişkinlikle gelen kişisel veya sosyal etkililiğin getirdikleri ile olgunlaşır. Karakter bileşenlerinin mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel olarak kalıtıldıklarına inanılır. Cloninger'in kişilik kuramı, kişiliği çok katlı düzeyde anlayabilmek için bize kapsamlı bir içgörü sunar. Bu düzeyler kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıkları ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açması gibi düzeylerdir.

1.9.1. Kişilik

Kişilik; bireye özgün olan, onu başkalarından ayırt ettiren, çevresine uyumunu sağlayan sistem olarak tanımlanabilir (27). Kalıtsal yapı ve çevresel etkilerin etkileşimi ile kişiliğin geliştiği görüşü yaygın olarak kabul edilmektedir. “Genetik geçiş” ya da “epigenetik” düzen görüşü davranışların gelişiminde, genetik yapı ile çevresel uyarıların etkileşimini içine alacak şekilde yeniden düzenlenmiştir. Genellikle normal dağılım gösteren mizaç özelliklerinin yarısını genetik farklılıklar, geriye kalan %50'nin %30-35'ini bireye özgü deneyimler, kalanını ölçüm hataları ve kişilikteki dalgalanmalardan oluşturmaktadır (28).

Cloninger (1993), kişiliğin 2 temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve patolojik durumları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli tanımlamıştır (29). Bu model aile ve ikiz çalışmaları, uzun süreli gelişim izlem çalışmaları, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmaları ve psikometrik kişilik çalışmalarına dayandırılarak oluşturulmuştur (30). Psikobiyolojik kişilik kuramı 4 mizaç, 3 karakter boyutu tanımlamaktadır ve bu boyutları tanımlamak amacıyla Cloninger ve arkadaşları tarafından “Mizaç ve Karakter Envanteri” geliştirilmiştir (31).

1.9.2. Mizaç

Mizaç, temel duygusal uyaranlara otomatik olarak eşlik eden, biyolojik ve genetik yanı baskın, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez olan ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan “kişiliğin duygusal özü”dür (27,28). Mizaç ise emosyonlardaki kalıtsal yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve yaşam boyu devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır. Farklı kültürler, etnik gruplar, farklı kıtalar ve politik sistemlere karşı evrensel olduğu gösterilmiştir (28).

1.9.3. Karakter

Karakter, içgörü elde edilmesi, diğer insanlar ve diğer nesneler hakkındaki kavramlarımıza dayalı olarak, gönüllü hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklara karşılık gelmektedir. İç görü öğrenmesi, deneyimin yeniden kavramsal olarak organizasyonu ve uyumsal yanıtın gelişimi şeklinde tanımlanabilir. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan ask, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak karakter yürütücü kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilir. Karakter doğumdan itibaren geç erişkinlik dönemine doğru giderek olgunlaşmaktadır (32).

1.10. Ağrı

Ağrı vücudun hoş olamayan duyguları algılama biçimidir. Ağrı çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. “Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı [International Association for the Study of Pain (IASP)]’nın tanımına göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duygusal ve emosyonel bir deneyimdir (33,34). McCaffery ise: “Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” der (35). Hem akut, hem de kronik ağrı, kanserin en yaygın görülen ve hastayı en rahatsız edici semptomları arasındadır (36,37). Ağrı, kanser ile

ilişkili en sık karşılaşılan semptomudur ve özellikle metastatik hastalıklarda karşımıza çıkmaktadır (38). Kanser tedavisindeki gelişmelerin yaşam süresini uzatması, kanser hastalarının hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı deneyimini daha uzun süre yaşamalarına yol açmaktadır (39). Ağrı; yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık, bulantı gibi fiziksel semptomların yanı sıra bireyde kontrol kaybı, konsantrasyonda azalma, iş ve eğitim yaşantısını sürdürememe gibi etkileriyle sosyal yaşantıyı da olumsuz etkileyen bir sorundur (40).

1.11. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre, yaşam kalitesi “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak adlandırılmaktadır (41). Kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeğidir. Kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada; hastaların en sık yaşadıkları sorunların ağrı ve halsizlik olduğu, bunların dışında bulantı, iştahsızlık, alopesi, dispne, kusma, diyare, uykusuzluk, mide yanması, sindirim problemleri, görme kaybı ve baş ağrısından yakındıkları gözlenmiştir (42).

1.12. Amaç

Çalışmamızda; meme kanseri tanısı almış hastalarda, hastanın klinik belirtileri ve sosyodemografik verileri temelinde, hastalığa veya tedaviye bağlı oluşan özellikle bulantı, kusma ve ağrı yakınmalarının Mizaç ve Karakter Envanteri [Temperament and Character Inventory (TCI)], yaşam kalitesi, uyku özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisini araştırmayı amaçlanırken, literatür ışığında özellikle karakter ve mizaç özelliklerinin meme kanserli hastalarda etkisini belirlemek ve destek tedavide yeni açılımlar geliştirmek hedeflenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, 2011-2013 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Polikliniklerinde meme kanseri tanısıyla takip edilen hastalarda yapıldı.

2.1. Hastaların Seçimi ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya erken evre meme kanseri tanısı alan adjuvan ve neoadjuvan kemoterapi uygulanan, yaş ortalaması $49,32 \pm 9,8$ (yaş aralığı; 28-67) olan ve en az ilk öğretim mezunu 40 bayan hasta dahil edildi.

Metastatik meme kanseri, hematolojik kanseri, beyin tümörü ve psikiyatrik bozukluğu ya da öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Bunlara ek olarak son üç ayda tromboembolik ya da kardiyak olay geçiren hastalar ve erkek meme kanserli hastalar da değerlendirme dışı bırakıldı.

2.2. Uygulama

Çalışma, Helsinki Deklerasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulundan 27.06.2011 tarih ve B.30.2.AKD.0.20.05.05/181 sayılı kararla onay alındı. Çalışmaya katılmaya karar veren hastaların tümünden yazılı onam alındı.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran hastalar bir hekim ve eğitim hemşiresi tarafından görülerek değerlendirildi. Hastanın yaşı, menapoz durumu, aile hikayesi, operasyon tarihi, operasyon şekli, adjuvan kemoterapi, adjuvan radyoterapi, adjuvan hormonal tedavi, son kontrol ve son durum bilgileri gibi klinik ve sosyoekonomik verileri içeren yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu hastalarla birebir görüşerek ve poliklinik hasta dosya kayıtlarından faydalanarak dolduruldu. Tümörün histolojik tipi, çapı, grade, hormon reseptör durumu, HER-2 durumu, Ki 67 oranı, aksiller lenf nodu tutulumu bilgileri patoloji raporlarından elde edildi. Evreleme için The American Joint Committee on Cancer 2007 sistemi kullanıldı. İlk değerlendirme ve fizik muayene sonrasında hastalar birer saatlik 2 seans halinde test odasına alınarak Karakter ve Mizaç

Envanteri (TCI), Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği (PUKİ), Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği (HAD), Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30)'inden oluşan self-report testler uygulandı. Kemoterapi sonrası 21 gün süresince günlük olarak Görsel Ağrı Skalası (VAS) kullanılarak ağrı, hastanın kendi raporlamasıyla da bulantı ve kusma değerlendirilmesi yapıldı.

2.3. Uygulanan Testler

2.3.1. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), (Temperament and Character Inventory; TCI)

Cloninger ve ark. (1994) tarafından geliştirilen envanter, doğru/yanlış olarak doldurulan toplam 240 maddeden oluşan, öz bildirim ölçeğidir (31). Türkçede geçerlik ve güvenilirlik ve standardizasyon çalışması Akhar ve ark (2005) yapılmıştır (43). 25 alt ölçekten (lower-order) ve 7 (higher-order) ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (örneğin, $YA = YA1 + YA2 + YA3 + YA4$).

Mizacın dört boyutu vardır:

Yenilik Arayışı (YA) (Novelty Seeking, NS);

Alt ölçekleri: Keşfetmekten heyecan duyma (YA1)

Dürtüsellik (YA2)

Savurganlık (YA3)

Düzensizlik (YA4)

Zarardan Kaçınma (ZK) (Harm Avoidance, HA)

Alt ölçekleri: Beklenti Endişesi (ZK1)

Belirsizlik Korkusu (ZK2)

Yabancılardan Çekinme (ZK3)

Çabuk Yorulma (ZK4)

Ödül Bağımlılığı (ÖB) (Reward Dependence, RD)

Alt ölçekleri: Duygusallık (ÖB1)

Bağlanma (ÖB2)

Bağımlılık (ÖB3)

Sebat Etme (SE) (Persistence, P)

Karakterin üç boyutu vardır:

Kendini Yönetme (KY) (Self-Directedness, SD)

Alt ölçekleri: Sorumluluk Alma / Kınama (KY1)

Amaçlılık / Amaçsızlık (KY2)

Beceriklilik (KY3)

Kendini Kabullenme (KY4)

Uyumlu İkincil Huylar (KY5)

İşbirliği Yapma (İY) (Cooperativeness, C)

Alt ölçekleri: Sosyal Kabullenme (İY1)

Empati Duyma (İY2)

Yardımseverlik (İY3)

Acıma (İY4)

Erdemlilik Vicdanlılık (İY5)

Kendini Aşma (KA) (Self-Transcendence, ST)

Alt ölçekleri: Kendilik Kaybı (KA1)

Kişiler Ötesi Özdeşim (KA2)

Manevi Kabullenme (KA3)

2.3.2. EORTC Yaşam Kalitesi Değerlendirme Modülü

European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ C-30) (Versiyon 3.0) yaşam kalitesi ölçeği 30 sorudan oluşmaktadır (Bkz Ek 1). 4'lü Likert tipi ölçek olup, soruların cevapları; Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, sorulardır. Çok: 4 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin 29. sorusunda, hastadan 1'den 7'ye kadar olan skala ile sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmiştir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Diğer sorular ise fonksiyonel alan ve semptomlar bölümüne ait sorulardır. Bu bölümlerde alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yükseldiğini, yüksek olması ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir.

2.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)

PUKI, bireyde son bir aylık uyku kalitesi uyku miktarı, uyku bozukluğunun varlığı ve şiddetini değerlendirmemizi sağlayan 19 soru içeren güvenli ve tutarlı bir uyku anketi olup Türk hastalara uyarlaması Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır (44). Subjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlerinde bozulmanın değerlendirildiği yedi öğeden oluşur. Elde edilen global skor 0 ile 21 arasında değişir. Global skor 5 ve üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu gösterir (45,46).

2.3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası

HADS tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyonu belirlemek için geliştirilmiş bir testtir (47). Kanserli hastalarda validitesi daha önceden belirlenmiştir (48). Skala 7 soruluk anksiyete ve 7 soruluk depresyon kısmından oluşmaktadır. Her bir sorunun 0 ile 3 arasında değişen skoru bulunmaktadır. Maksimum toplam skor anksiyete ve depresyon için ayrı 21 olmaktadır. Her biri için 10 üzeri değer depresif semptomları veya anksiyeteyi göstermektedir.

2.3.5. Görsel Ağrı Skalası (VAS)

Ağrının objektivi edilmesi için yaygın olarak vizüel ağrı skoru kullanılmaktadır. Burada 1-10 arası ağrı skalası kullanıldı. 0= Ağrı yok; 10=Tahmin edilebilecek en şiddetli ağrı olarak ele alınmış olup, 0 ile 10 arasında ağrı derecelendirilmiştir.

2.4. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc.,Chicago, IL, United States) paket programı ile yapıldı. Genel olarak tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Veriler arası korelasyonlar için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken, r değeri +1'e yaklaştıkça $p<0,05$ iken, pozitif yönde anlamlı korelasyon, -1'e yaklaştıkça $p<0,05$ iken negatif yönde anlamlı korelasyon varlığı kabul edildi. Verilerin karşılaştırılmasında Mann Withney-U Testi kullanıldı. P değeri 0.05 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

3.1. Klinik Özellikler

Çalışmaya alınan 40 kadın hastanın yaş ortalaması 49,32±9,8. yıl (yaş aralığı; 28-67) iken, biri (%2,5) bekar, 32'si (%80) evli, 7'si (%17,5) dul/boşanmış olarak bulundu. Hastaların 21'i (%52,5) menapoza girmişti. Tablo 3.1'de klinik özellikler özetlenmiştir.

Tablo 3.1. Meme kanseri hastalarında sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi.

		Hastalar (n=40)
Yaş (s±std)		49,32±9,8
Medeni hal n (%)	Bekar	1 (%2,5)
	Evli	32 (%80)
	Dul / Boşanmış	7 (%17,5)
Eğitim n (%)	İlköğretim	23 (%57,5)
	Lise	10 (%25)
	Yüksekokul	7 (17,5)
Meslek n (%)	Ev Hanımı	24 (%60)
	Memur	7 (%17,5)
	Emekli	9 (%22,5)
Menapoz n (%)	Var	21 (%52,5)
	Yok	19 (%47,5)

40 hastanın 19'u (%47,5) sigara, 3'ü (%7,5) alkol kullanıyordu. 19'unda (%47,5) son 10 yılda yakın kaybı, 29'unda (%72,5) tanı öncesi stres olduğu izlendi. 5 (%12,5) hastada tanı öncesi meme hiperplazisi, 1 (%2,5) hastada ise tanı öncesi meme kanseri öyküsü mevcuttu (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Meme kanseri hastalarında karakteristik klinik verilerin değerlendirilmesi.

	n (%)
Kötü Alışkanlıklar	Sigara kullanımı 19 (%47,5)
	Alkol kullanımı 3 (%7,5)
Menapoz Nedeni	Cerrahi 3 (%7,5)
	Kemoterapi 1 (%2,5)
	Doğal 17 (%42,5)
Farklı İlaçların Kullanımı	Oral kontraseptif kullanımı 9 (%22,5)
	Hormon replasman tedavisi 5 (%12,5)
	Analjezik kullanımı 17 (%42,5)
	Bifosfanat kullanımı 1 (%2,5)
Eşlik Eden Hastalıklar	Astım 1 (%2,5)
	Hepatit B 1 (%2,5)
	Hipertansiyon 7 (%17,5)
	Osteoporoz 1 (%2,5)
	Diabetes Mellitus 4 (%10)
	Hiperlipidemi 1 (%2,5)
Tanı Öncesi Meme Hastalıkları ve Kanser Öyküsü	Meme hiperplazisi 5 (%12,5)
	Meme kanseri 1 (%2,5)
	Diğer kanserler Yok
Ailede Kanser Öyküsü	Meme ya da Over Kanseri Yok
	Akciğer kanseri 5 (%12,5)
	Beyin kanseri 1 (%2,5)
	Karaciğer karsinomu 3 (%7,5)
	Kolon kanseri 2 (%5)
	Prostat kanseri 3 (%7,5)
Tanı Öncesi Stres Durumu	Son 10 yılda yakın kaybı 19 (%47,5)
	Tanı öncesi stres 29 (%72,5)

24 (%60) hastaya eksizyonel biopsi, 6 (%15,0) hastaya insizyonel biopsi, 7 (%17,5) hastaya İİAB (ince iğne aspirasyon biopsi), 3 (%7,5) hastaya ise cor biopsi uygulanmıştı. Operasyon tipi olarak 37 (%92,5) hastaya MRM/MKC, 3 (%7,5) hastaya kadranektomi/lumpektomi yapılmıştı. Patoloji sonuçları 39 (%97,5) hastada invaziv duktal, bir (%2,5) hastada invaziv lobuler olarak rapor edildi (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Hastalarda meme kanserinin histopatolojik ve klinik özellikleri.

	n (%)
Biopsi Şekli	İİAB
	7 (%17,5)
	İnsizyonel biopsi
	6 (%15,0)
Operasyon Tipi	Eksizyonel biopsi
	24 (%60)
	Cor biopsi
	3 (%7,5)
Histolojik Tipi	MRM/MKC
	37 (%92,5)
Tümörün Evresi	Kadranektomi, Lumpektomi
	3 (%7,5)
Lenf Nodu Tutulumu	İnvaziv duktal
	39 (%97,5)
	İnvaziv lobuler
	1 (%2,5)
Lenf Nodu Tutulumu	Evre 1A
	12 (%30)
	Evre 2A
	17 (%42,5)
Lenf Nodu Tutulumu	Evre 2B
	8 (%20)
	Evre 3A
	3 (%7,5)
Lenf Nodu Tutulumu	Yok
	20 (%50)
	1-3
	18 (%45)
	4-9
	2 (%5)

Hastaların östrojen/progesteron reseptör durumları; 23 (%57,5) hastada ÖR(+)PR(+), 5 (%12,5) hastada ÖR(+)PR(-), 8 (%20) hastada ÖR(-)PR(-), 3 (%7,5) hastada ÖR(-) PR(+), bir hastada (%2,5) bilinmeyen olarak tespit edildi. Erb2, hastaların 19'unda (%22,5) pozitif (+), 4'ünde (%10) pozitif(++), 10'unda (%25) pozitif (+++) olarak izlendi. Hastaların moleküler histopatolojik özellikleri Tablo 3.4'de gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Hastaların moleküler histopatolojik özellikleri.

		n (%)
Endokrin Durum Östrojen/Progesteron	ÖR+PR+	23 (%57,5)
	ÖR + PR -	5 (%12,5)
	ÖR - PR -	8 (%20)
	ÖR -PR +	3 (%7,5)
	Bilinmeyen	1 (%2,5)
Erb-2	Negatif	16 (%40)
	Pozitif (+)	19 (%22,5)
	Pozitif (++) (%10-30)	4 (%10)
	Pozitif (+++) (>%30)	10 (%25)
	Bilinmeyen	1 (%2,5)
Ki-67	Pozitif	17 (%42,5)
	Bilinmeyen	23 (%57,5)

3.2. Semptom Sıklığı

Hastalarda genel beklenenden daha düşük oranda yan etki ile karşılaşmıştır. Semptom özellikleri Tablo 3.5’de özetlenmiştir. Kemoterapi sonrası izlemde hastaların 11’inde (%27,5) bulantı görülürken 29’unda (%72,5) bulantı olmadı. Kusma ise 2 (%5) hastada görülürken 38 (%95) hastada izlenmedi. Ağrı skoru 15 (%37,5) hastada 0 (yok), 18 (%45) hastada 1, 4 (%10) hastada 2, iki (%5) hastada 3, bir (%2,5) hastada 4 ve üstü olarak değerlendirildi.

Tablo 3.5. Meme kanseri hastalarında 1. kür kemoterapi sonrası bulantı, kusma ve ağrı semptomlarının değerlendirilmesi.

		n (%)
Bulantı	Var	11 (%27,5)
	Yok	29 (%72,5)
Kusma	Var	2 (%5)
	Yok	38 (%95)
Ağrı (VAS skoru)	0 (Yok)	15 (%37,5)
	1	18 (%45)
	2	4 (%10)
	3	2 (%5)
	4-10	1 (%2,5)

VAS: Vizüel Analog Skala

3.3. Anksiyete ve Depresyon

Hastalara uygulanan HAD ölçeğinde ortalama anksiyete skoru $8,1\pm3,3$ (min-max 1-16), depresyon skoru $7,38\pm4,8$ (min-max 0-19), PUKİ toplam $6,8\pm2,4$ (min-max 3-13) olarak tespit edildi. Hastaların 34'ünde (%85) kötü uyku kalitesi izlendi ve hastalarımızda ortalama uyku kalitesi kötü olarak değerlendirildi. Tablo 3.6'da HAD ve PUKİ skorlarının ortalama değerleri verilmiştir.

Tablo 3.6. HAD ve PUKİ ortalama değerleri.

		Ortalama $\pm$ std	min-max
HAD	Anksiyete	$8,1\pm3,3$	1-16
	Depresyon	$7,38\pm4,8$	0-19
PUKİ	Toplam	$6,8\pm2,4$	3-13
	Bileşen 1	$1,2\pm0,6$	0-2
	Bileşen 2	$1,5\pm0,8$	0-3
	Bileşen 3	$0,75\pm0,8$	0-3
	Bileşen 4	$0,7\pm0,8$	0-3
	Bileşen 5	$1,6\pm0,6$	1-3
	Bileşen 6	$0,2\pm0,5$	0-3
	Bileşen 7	$0,9\pm0,7$	0-3

HAD; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, PUKİ; Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (Bileşen 1; Subjektif uyku kalitesi, Bileşen 2; Uykuya dalma süresi, Bileşen 3; Uyku süresi, Bileşen 4; Etkatif uyku alışkanlığı, Bileşen 5; Uyku bozuklukları, Bileşen 6; Uyku ilacı kullanımı, Bileşen 7; Günlük işlev bozukluğu) *Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır.

Hastalarda HAD ve PUKİ skorları bulantının varlığına göre değerlendirildiğinde; bulantı olanlarda ($10,18\pm3,43$) olmayanlara ($7,31\pm3$) göre anksiyete skoru ortalaması anlamlı olarak daha yüksek izlendi ($p=0,02$). Depresyon skoru bulantı olanlarda ($8,64\pm5,03$) olmayanlara göre ($6,9\pm4,7$) daha yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p=0,28$). PUKİ toplam puanı bakımından bulantı olanlar ($7,45\pm3,0$) ile olmayanlar ($6,55\pm1,8$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0,51$). PUKİ alt bileşenleri değerlendirildiğinde de bulantı ile ilişkili anlamlı bir fark izlenmedi (Tablo 3.7).

Hastalarda HAD ve PUKİ skorları ağrının varlığına göre değerlendirildiğinde; Ağrı olanlarla olmayanlar arasında hem anksiyete (sırasıyla 7,9±3,4, 8,5±3,4; p= 0,61) hem de depresyon (sırasıyla 6,6±3,3, 8,7±6,5; p= 0,62) bakımından istatistiksel anlamlılık oluşturacak bir fark bulunmadı. PUKİ toplam skoru ağrısı olanlarda (7,5±2,2) olmayanlara (5,7±2,5) göre istatistiksel olarak önemli anlamlılık oluşturacak şekilde yüksekti (p=0,005). PUKİ alt bileşenlerinden Bileşen 4 ortalama skoru ağrısı olanlarda iken 0,9±0,8 ağrısı olmayanlarda 0,3±0,7 olarak tespit edildi. Bu artış anlamlı olarak değerlendirildi (p=0,013). Benzer şekilde Bileşen 5 ortalama skoru da ağrısı olanlarda (1,8±0,7) olmayanlara göre (1,2±0,4) istatistiksel olarak daha yüksekti (p=0,006). Bu yükseklik anlamlı olarak uyku kalitesinin ağrısı olanlarda daha kötü olduğunu göstermektedir (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. HAD ve PUKİ ortalamalarının ağrı ve bulantı ile ilişkisi.

	Bulantı- kusma			Ağrı		
	Var S=11	Yok S=29	P*	Var S=25	Yok S=15	P*
HAD						
Anksiyete	10,18±3,43	7,31±3,0	0,02	7,9±3,4	8,5±3,4	0,61
Depresyon	8,64±5,03	6,9±4,7	0,28	6,6±3,3	8,7±6,5	0,62
PUKİ						
Toplam	7,45±3,01	6,55±1,8	0,51	7,5±2,2	5,7±2,5	0,005
Bileşen 1	1,18±0,6	1,21±0,6	0,9	1,2±0,6	1,1±0,5	0,53
Bileşen 2	1,18±0,8	1,62±0,86	0,11	1,6±0,9	1,4±0,8	0,68
Bileşen 3	0,81±1,17	0,72±0,59	0,59	0,8±0,7	0,6±0,8	0,2
Bileşen 4	0,91±1,14	0,62±0,68	0,64	0,9±0,8	0,3±0,7	0,013
Bileşen 5	1,82±0,87	1,45±0,51	0,23	1,8±0,7	1,2±0,4	0,006
Bileşen 6	0,45±0,93	0,07±0,26	0,08	0,2±0,7	0,07±0,3	0,38
Bileşen 7	1,09±0,7	0,86±0,64	0,43	0,9±0,6	0,9±0,8	0,8

3.4. Yaşam Kalite Değerlendirmesi

Genel yaşam kalitesi skoru ortalaması $59,16 \pm 2,4$ (min-max 38,33-91,67), fiziksel işlev skoru $8,33-91,67$ (min-max 33,33-100), yorgunluk skoru $49,72 \pm 17,6$ (min-max 11,11-100), bulantı-kusma skoru $20,83 \pm 30,6$ (min-max 0-100), ağrı skoru $29,58 \pm 21,8$ (min-max 0-83,33) tespit edildi (Tablo 3.8).

Tablo 3.8. QLQ - C30 yaşam kalitesi ortalama değerleri.

QLQ-C30	n=40	
	Ortalama $\pm$ std	min-max
Genel YK Skoru	$59,16 \pm 2,43$	8,33-91,67
Fiziksel İşlev Skoru	$71,66 \pm 14,0$	33,33-100
Duygusal İşlev Skoru	$51,87 \pm 31,0$	0-100
Genel İşlev Skoru	$62,50 \pm 3,2$	0-100
Zihinsel İşlev Skoru	$67,91 \pm 33,4$	0-100
Sosyal İşlev Skoru	$72,90 \pm 30,3$	0-100
Ağrı Skoru	$29,58 \pm 21,8$	0-83,33
Bulantı, Kusma Skoru	$20,83 \pm 30,6$	0-100
Yorgunluk Skoru	$49,72 \pm 17,6$	11,11-100
Dispne Skoru	$4,16 \pm 11,1$	0-33,33
Uykusuzluk Skoru	$26,66 \pm 25,2$	0-66,67
İştah Kaybı Skoru	$26,66 \pm 29,4$	0-100
Kabızlık Skoru	$38,33 \pm 3,25$	0-100
İshal Skoru	$3,33 \pm 1,01$	0-33,33
Maddi Zorluk Skoru	$23,33 \pm 36,3$	0-100

Ağrı olmayanlarda genel yaşam kalite skoru ortalaması $52,78 \pm 26,8$ iken ağrısı olanlarda $63,0 \pm 22,45$ tespit edildi ($p=0,22$). Ağrısı olmayanlarda yorgunluk skoru $51,85 \pm 19,1$ iken ağrısı olanlarda $48,44 \pm 16,9$ olarak bulundu ve anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,64$). Benzer şekilde ağrısı olan hastalarla olmayanlar arasında fiziksel işlev, duygusal işlev, genel işlev, sosyal işlev, zihinsel işlev, ishal, maddi zorluk, iştah kaybı, kabızlık skoru ortalaması bakımından anlamlı bir fark izlenmedi.

Bulantı olmayanlarda genel yaşam kalite skoru ortalaması $62,36 \pm 25,65$ iken bulantı olanlarda $50,76 \pm 19,17$ tespit edilerek anlamlı fark izlenmedi ($p=0,11$). Sosyal işlev skoru bulantı olmayanlarda $78,78 \pm 29,17$ iken bulantı olanlarda $57,55 \pm 29,18$ şeklinde anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p=0,01$). Bulantı- kusma semptomu skoru bulantı olmayanlarda $13,79 \pm 26$ iken bulantı olanlarda $39,40 \pm 35,18$ ile anlamlı bir artış saptandı ($P=0,02$). İshal skoru ortalaması bulantısı olmayanlarda $1,15 \pm 6,19$ iken bulantısı olanlarda $9,09 \pm 15,57$ olarak bulundu ($p=0,03$). Tablo 3.9’da yaşam kalitesinin semptomlara göre değişimi gösterilmiştir.

Tablo 3.9. QLQ-30 yaşam kalitesinin ağrı ve bulantı ile ilişkisi.

	Bulantı Kusma			Ağrı		
	Var S=11	Yok S=29	P	Var S=25	Yok S=15	P
QLQ-C30 Skorları						
Genel YK	50,76±19,17	62,36±25,65	0,11	63,0±22,45	52,78±26,8	0,22
Fiziksel İşlev	67,88±15,44	73,10±13,51	0,55	73,87±14,3	68,0±13,14	0,09
Duygusal İşlev	35,61±22,39	58,05±32,31	0,50	54,67±29,7	47,22±34,3	0,56
Genel İşlev	59,1±26,21	63,79±34,52	0,50	58,67±34,7	68,89±27,3	0,44
Zihinsel İşlev	53,03±35,60	73,56±31,34	0,06	72,0±30,7	61,11±37,6	0,48
Sosyal İşlev	57,55±29,18	78,78±29,17	0,01	74,67±25,1	69,98±37,8	0,91
Ağrı Skoru	37,88±15,08	26,44±23,37	0,05	30,66±16,4	27,78±29,3	0,36
Bulantı, Kusma	39,40±35,18	13,79±26	0,02	18,0±27,6	25,56±35,5	0,55
Yorgunluk	54,55±16,82	47,89±17,85	0,29	48,44±16,9	51,85±19,1	0,64
Dispne	9,09±15,57	2,3±8,6	0,08	6,66±13,6	0	
Uykusuzluk	33,33±25,82	24,14±25,03	0,3	24,0±24,57	31,11±26,6	0,4
İştah Kaybı	27,28±25,03	26,44±31,34	0,55	21,33±18,9	35,5±40,7	0,53
Kabızlık	42,42±36,79	36,78±31,30	0,70	34,67±31,1	44,44±34,9	0,66
İshal	9,09±15,57	1,15±6,19	0,03	5,33±12,47	0±	0,11
Maddi Zorluk	30,3±37,87	20,69±36,09	0,25	20,0±33,3	28,89±41,5	0,63

3.5. Mizaç ve Karakter Özellikleri (TCI)

Yenilik arayışı (NS) ortalama değeri 23,03±4,36 (min-max 17-33), zarardan kaçınma (HA) ortalama değeri 14,18±4,65 (min-max 4-23), ödül bağımlılığı (RD) ortalama değeri 8,25±2,11 (min-max 5-13), sebat etme (P) ortalama değeri 2,35±1,53 (min-max 0-6) olarak tespit edildi (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. TCI mizaç özelliklerinin ortalama değerleri.

	n=40	
	Ortalama±std	min-max
Yenilik Arayışı (NS)		
NS	23,03±4,36	17-33
NS1	5,05±2,06	3-10
NS2	6,50±1,69	2-9
NS3	4,85±1,82	1-8
NS4	6,63±1,58	3-9
Zarardan Kaçınma (HA)		
HA	14,18±4,65	4-23
HA1	4,03±2,19	0-8
HA2	1,43±0,87	0-3
HA3	3,28±1,43	1-6
HA4	5,45±2,28	0-9
Ödül Bağımlılığı (RD)		
RD	8,25±2,11	5-13
RD1	1,33±1,21	0-4
RD2	3,58±1,36	1-6
RD3	3,35±1,05	2-6
Sebat Etme (P)		
	2,35±1,53	0-6

Ağrı olmayanlarda yenilik arayışı ortalama değeri (NS) 23,53±5,36 iken ağrı olanlarda 22,72±3,74 ($p=0.86$), zarardan kaçınma ortalama değeri ağrısı olmayanlarda 13,73±4,06 iken, ağrısı olanlarda 14,44±5,03 ($p=0.58$), Ödül bağımlılığı ortalama değeri ağrısı olmayanlarda 8,13±2,03 iken ağrısı olanlarda 8,32±2,19 ($P=0.79$), sebat etme (P) ortalama değeri ağrısı olmayanlarda 2,60±1,45 iken ağrısı olanlarda 2,20±1,58 ($p=0.31$) tespit edilerek anlamlı bir fark saptanmadı.

Bulantı olmayanlarda yenilik arayışı ortalama değeri (NS) $23,28 \pm 4,42$ iken bulantı olanlarda $22,36 \pm 4,36$ ($p=0.42$), zarardan kaçınma (HA) ortalama değeri bulantı olmayanlarda $12,83 \pm 4,50$ iken bulantı olanlarda $12,45 \pm 4,80$ ($p=0.15$), Ödül bağımlılığı (RD) ortalama değeri bulantısı olmayanlarda $8,17 \pm 2,33$ iken bulantısı olanlarda $8,45 \pm 1,44$ ($p=0.84$), sebat etme (P) ortalama değeri bulantı olmayanlarda $2,38 \pm 1,27$ iken bulantı olanlarda $2,27 \pm 1,15$ ($p=0.46$) şeklinde tespit edilerek anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Ancak zarardan kaçınma alt ölçeği (HA1: beklenti endişesi) bulantı olmayanlarda $4.45 \pm 2,37$ iken bulantı olanlarda $2,91 \pm 1,04$ tespit edildi. Bu düşüklük anlamlı olarak değerlendirildi ($p=0.03$) (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. TCO mizaç özelliklerinin ortalama değerlerinin ağrı ve bulantı ile ilişkisi.

	Bulantı - Kusma			Ağrı		
	Var S=11	Yok S=29	P	Var S=25	Yok S=15	P
Yenilik Arayışı (NS)						
NS	$22,36 \pm 4,36$	$23,28 \pm 4,42$	0,42	$22,72 \pm 3,74$	$23,53 \pm 5,36$	0,86
NS1	$5,09 \pm 2,43$	$5,01 \pm 1,95$	0,91	$4,80 \pm 1,91$	$5,43 \pm 2,29$	0,31
NS2	$5,82 \pm 1,99$	$6,76 \pm 1,53$	0,16	$6,48 \pm 1,69$	$6,53 \pm 1,77$	0,84
NS3	$5,45 \pm 2,16$	$4,62 \pm 1,66$	0,15	$4,96 \pm 1,65$	$4,67 \pm 2,13$	0,66
NS4	$6,00 \pm 1,73$	$6,86 \pm 1,48$	0,15	$6,48 \pm 1,48$	$6,87 \pm 1,77$	0,28
Zarardan Kaçınma (HA)						
HA	$12,45 \pm 4,80$	$12,83 \pm 4,50$	0,15	$14,44 \pm 5,03$	$13,73 \pm 4,06$	0,58
HA1	$2,91 \pm 1,04$	$4,45 \pm 2,37$	0,03	$4,12 \pm 2,20$	$3,87 \pm 2,23$	0,69
HA2	$1,36 \pm 1,12$	$1,45 \pm 0,78$	0,76	$1,44 \pm 0,92$	$1,40 \pm 0,83$	0,80
HA3	$3,55 \pm 1,51$	$3,17 \pm 1,42$	0,43	$3,32 \pm 1,49$	$3,20 \pm 1,37$	0,93
HA4	$4,64 \pm 2,42$	$5,76 \pm 2,18$	0,16	$5,56 \pm 2,27$	$5,27 \pm 3,34$	0,63
Ödül Bağımlılığı (RD)						
RD	$8,45 \pm 1,44$	$8,17 \pm 2,33$	0,84	$8,32 \pm 2,19$	$8,13 \pm 2,03$	0,79
RD1	$1,36 \pm 1,21$	$1,31 \pm 1,23$	0,85	$1,28 \pm 1,14$	$1,40 \pm 1,35$	0,86
RD2	$3,45 \pm 0,93$	$3,62 \pm 1,50$	0,72	$3,27 \pm 1,17$	$3,33 \pm 1,63$	0,45
RD3	$3,64 \pm 1,03$	$3,24 \pm 1,06$	0,19	$3,32 \pm 1,03$	$3,40 \pm 1,12$	0,89
Sebat Etme (P)						
	$2,27 \pm 1,15$	$2,38 \pm 1,27$	0,46	$2,20 \pm 1,58$	$2,60 \pm 1,45$	0,31

Kendini yönetme (SD) ortalama değeri 16,08±6,12 (min-max 7-28), işbirliği yapma (C) ortalama değeri 13,33±4,32 (8-22), kendini aşma (ST) ortalama değeri 12,86±4,16 (min-max 4-21) olarak tespit edildi (Tablo 3.12).

Tablo 3.12. TCI karakter özelliklerinin ortalama değerleri.

	Ortalama±std	min-max
Kendini Yönetme (SD)		
SD	16,08±6,12	7-28
SD1	4,03±1,35	1-7
SD2	2,40±1,93	0-7
SD3	1,30±1,30	0-4
SD4	4,86±2,37	1-9
SD5	3,45±2,02	1-7
İşbirliği Yapma (C)		
C	13,33±4,32	8-22
C1	2,20±1,29	0-5
C2	2,58±1,15	0-5
C3	3,05±0,93	2-6
C4	2,78±2,81	0-9
C5	2,73±0,93	1-5
Kendini Aşma(ST)		
ST	12,86±4,16	4-21
ST1	4,66±1,82	2-8
ST2	3,18±1,45	1-6
ST3	5,03±2,45	1-9

Ağrı olmayanlarda kendini yönetme (SD) ortalama değeri 16,20±5,93 iken ağrı olanlarda 16,00±6,34 ($p=0.87$), işbirliği yapma (C) ortalama değeri ağrı olmayanlarda 13,60±4,22 iken ağrı olanlarda 13,16±4,45 ($p=0.67$), kendini aşma (ST) ortalama değeri ağrı olmayanlarda 13,93±3,37 iken ağrı olanlarda 12,24±4,52 ($p=0.21$) olarak tespit edildi. Ağrı olan ve olmayan hastalar arasında diğer karakter özellikleri ortalama değerleri bakımından da anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3.13).

Kendini yönetme (SD) ortalama değeri bulantı olmayanlarda 14,86±5,87 iken bulantı olanlarda 19,27±5,83 ($p=0,035$), **SD1 (alt ölçeği ortalama değeri bulantı olmayanlarda) 3,66±1,59 iken bulantı olanlarda 5,00±1,84 ($p=0.048$), SD2 alt ölçeği ortalama değeri bulantı olmayanlarda 2,00±1,91 iken bulantı olanlarda**

3,45±1,63 (p=0.014), C1 işbirliği yapma alt ölçeği ortalama değeri bulantı olmayanlarda 1,86±0,99 iken bulantı olanlarda 3,09±1,58 (p=0.032) olarak tespit edildi ve bu yükseklik anlamlı olarak kabul edildi (Tablo 3.13).

Tablo 3.13. TCI karakter özelliklerinin semptomlarına bulantı ve kusmaya göre.

	Bulantı Kusma			Ağrı		
	Var S=11	Yok S=29	P	Var S=25	Yok S=15	P
Kendini Yönetme (SD)						
SD	19,27±5,83	14,86±5,87	0,035	16,00±6,34	16,20±5,93	0,87
SD1	5,00±1,84	3,66±1,59	0,048	4,04±1,86	4,00±1,6	0,99
SD2	3,45±1,63	2,00±1,91	0,014	2,64±1,93	2,00±1,93	0,25
SD3	1,73±1,49	1,14±1,22	0,21	1,16±1,21	1,53±1,46	0,44
SD4	5,27±2,69	4,72±2,27	0,52	4,60±2,43	5,33±2,26	0,31
SD5	3,82±2,40	3,31±1,89	0,60	3,56±2,18	3,27±1,79	0,80
İşbirliği Yapma (C)						
C	13,45±4,68	13,28±4,26	1	13,16±4,45	13,60±4,22	0,67
C1	3,09±1,58	1,86±0,99	0,032	2,28±1,37	2,07±1,16	0,67
C2	2,86±1,12	2,65±1,17	0,48	2,52±0,96	2,67±1,41	0,76
C3	3,09±1,30	3,03±0,78	0,77	2,96±0,73	3,20±1,21	0,74
C4	2,27±1,90	2,97±3,09	0,87	2,60±2,84	3,07±2,81	0,48
C5	2,65±1,29	2,76±0,77	0,33	2,80±0,96	2,60±0,91	0,80
Kendini Aşma (ST)						
ST	11,27±4,56	13,48±3,91	0,1	12,24±4,52	13,93±3,37	0,21
ST1	4,18±1,14	4,86±1,94	0,28	4,44±1,76	5,07±1,91	0,31
ST2	2,91±1,38	3,28±1,49	0,39	3,04±1,46	3,40±1,45	0,52
ST3	4,18±2,52	5,34±2,39	0,15	4,76±2,65	5,47±2,1	0,37

3.6. Korelasyon Analizleri

Anksiyete ile semptomlar (bulantı, kusma, ağrı ve ağrı derecesi) arasındaki ilişki incelendiğinde anksiyete ile bulantı arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu izlendi (r=0,382, P<0.05). Depresyon ile semptomlar (bulantı, kusma, ağrı ve ağrı derecesi) arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (tümü için P>0.05). PUKI ile semptomlar (bulantı, kusma, ağrı ve ağrı derecesi) arasındaki ilişki incelendiğinde; total uyku skoru ile ağrı (r=0,446, P<0.01) ve ağrı derecesi (r=0,437, P<0.01), Bileşen 3 ile ağrı derecesi (r=0,355, P<0.05) Bileşen 4 ile kusma (r=0,385, P<0.05), ağrı (r=0,398,

P<0.05) ve ağrı derecesi (r=0,420, P<0.01), Bileşen 5 ile ağrı (r=0,438, P<0.01) ve ağrı derecesi (r=0,485, P<0.01) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Yaşam kalitesi ile semptomlar (bulantı, kusma, ağrı ve ağrı derecesi) arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal işlev skoru ile bulantı (r=-0,312, P<0.05), sosyal işlev skoru ile bulantı (r=-0,388, P<0.05) arasında anlamlı ters korelasyon izlendi. Bununla birlikte bulantı kusma skoru ile bulantı (r=0,367, P<0.05), dispne skoru ile ağrı derecesi (r=0,539, P<0.01), ishal skoru ile bulantı (r=0,355, P<0.05) ve ağrı derecesi (r=0,508, P<0.01) arasında anlamlı korelasyon saptandı (Tablo 3.14).

Tablo 3.14. HAD, PUKİ, QLQ-30 sonuçlarının belirli semptomlar ile korelasyonu.

	Bulantı	Kusma	Ağrı	Ağrı derecesi
HAD				
Anksiyete	0,382*	0,146	-0,081	0,185
Depresyon	0,174	0,191	-0,079	-0,066
PUKİ				
Total Uyku Skoru	0,106	0,106	0,446**	0,437**
Bileşen 1	-0,017	-0,095	0,101	-0,061
Bileşen 2	-0,255	-0,108	0,065	-0,072
Bileşen 3	-0,086	0,077	0,204	0,355*
Bileşen 4	0,074	0,385*	0,398*	0,420**
Bileşen 5	0,191	0,101	0,438**	0,485**
Bileşen 6	0,283	-0,087	0,140	0,246
Bileşen 7	0,126	0,047	0,040	-0,046
QLQ-C30				
Genel YK	-0,257	-0,060	0,198	-0,081
Fiziksel İşlev	-0,019	-0,315*	0,275	-0,136
Duygusal İşlev	-0,312*	-0,060	0,093	-0,035
Genel İşlev	-0,109	-0,005	-0,123	-0,212
Zihinsel İşlev	-0,301	-0,143	0,112	0,125
Sosyal İşlev	-0,388*	-0,201	-0,019	-0,119
Ağrı	-0,309	0,057	0,148	0,137
Bulantı, Kusma	0,367*	0,054	-0,097	0,237
Yorgunluk	0,168	0,103	-0,074	0,007
Dispne	0,275	0,260	0,293	0,539**
Uykusuzluk	0,167	-0,085	-0,135	0,078
İştah Kaybı	0,097	-0,070	-0,101	-0,017
Kabızlık	0,061	-0,301	-0,145	-0,215
İshal	0,355*	0,306	0,258	0,508**
Maddi Zorluk	0,183	0,207	-0,078	0,070

TCI (Karakter ve mizaç envanteri) ile semptomlar (bulantı, kusma, ağrı ve ağrı derecesi) arasındaki ilişki incelendiğinde; kusma ile yenilik arayışı alt ölçeklerinden NS2 ve NS3, zarardan kaçınma (HA) ve zarardan kaçınma alt ölçeklerinden HA4 arasında anlamlı ters korelasyon saptandı (sırasıyla $r=-0,361$, $r=-0,326$, $r=-0,345$, $0,359$; tümü için $P<0.05$). zarardan kaçınma alt ölçeklerinden HA1 ile bulantı arasında da anlamlı ters korelasyon saptandı ($r=-0,352$, $P<0.05$).

TCI ölçeklerinden sebat etme (P) ile kusma ($r=0,317$, $P<0.05$), kendini yönetme (SD) ile bulantı ($r=0,338$, $P<0.05$), kendini yönetme alt ölçeklerinden SD1 ve SD2 ile bulantı (sırasıyla, $r=0,317$, $r=0,394$; her ikisi için $P<0.05$), kendini yönetme alt ölçeklerinden SD2 ile ağrı derecesi ($r=0,319$, $P<0.05$) ve işbirliği yapma ile bulantı ($r=0,343$, $P<0.05$) arasında anlamlı korelasyon saptandı (Tablo 3.15 ve Tablo 3.16).

Tablo 3.15. Mizaç özelliklerinin semptomlar ile korelasyonu.

		Bulantı	Kusma	Ağrı	Ağrı Derecesi
Yenilik Arayışı (NS)	NS	-0,129	-0,130	-0,029	-0,145
	NS1	-0,017	0,286	-0,163	0,014
	NS2	-0,224	-0,361*	-0,033	-0,166
	NS3	0,229	-0,326*	0,071	-0,033
	NS4	-0,233	0,159	-0,173	-0,203
Zarardan Kaçınma (HA)	HA	-0,232	-0,345*	0,088	-0,190
	HA1	-0,352*	-0,242	0,064	-0,055
	HA2	-0,049	-0,249	0,041	-0,216
	HA3	0,125	-0,118	0,014	-0,123
	HA4	-0,225	-0,359*	0,077	-0,190
Ödül Bağımlılığı (RD)	RD	0,032	-0,086	0,043	-0,003
	RD1	0,030	-0,031	-0,028	-0,082
	RD2	-0,057	0,076	0,121	-0,085
	RD3	0,211	-0,216	-0,022	-0,022
Sebat Etme (P)		0,118	0,317*	-0,164	0,097

Tablo 3.16. TCI karakter özelliklerinin semptomlar ile korelasyonu.

		Bulantı	Kusma	Ağrı	Ağrı Derecesi
Kendini Yönetme (SD)	SD	0,338*	0,125	-0,027	0,129
	SD1	0,317*	0,066	0,002	0,029
	SD2	0,394*	0,298	0,184	0,319*
	SD3	0,200	0,301	-0,124	0,092
	SD4	0,103	-0,040	-0,164	-0,138
	SD5	0,084	-0,081	0,041	0,174
İşbirliği Yapma (C)	C	0	-0,060	-0,068	0,034
	C1	0,343*	0,026	-0,068	0,259
	C2	-0,113	0,113	-0,049	0,037
	C3	-0,046	-0,005	-0,052	-0,127
	C4	-0,027	-0,203	-0,114	0,050
	C5	-0,155	-0,048	0,040	0,031
Kendini Aşma (ST)	ST	-0,262	0,217	-0,200	-0,055
	ST1	-0,175	0,040	0,163	-0,107
	ST2	-0,138	0,288	-0,102	0,093
	ST3	-0,218	0,181	-0,145	-0,069

4. TARTIŞMA VE SONUÇLAR

4.1. Yaşam Kalitesi

Hastalar değerlendirilirken sadece hastalığın şiddetine odaklanması, hastalar için daha önemli olan hastalığın hayata etkisi konusunun görmezlikten gelinmesine neden olabilmektedir. Hastalıkla ilişkili yaşam kalitesi, son dönemde birçok klinik araştırmanın birincil veya ikincil sonuçları arasında değerlendirilmeye başlanmıştır. Meme kanserli hastalarda yaşam kalitesi de son yıllarda üzerinde sıkça araştırma yapılan bir konudur. Bu hastalarda yaşam kalitesi incelemeleri birbiriyle çelişebilecek sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Birçok çalışmada meme kanseri tanısı alıp hayatta kalan hastaların yaşam kalitelerinin iyi olduğu ifade edilmiştir (49). Bu hastalarda yaşam kalitesinin global, fiziksel, tıbbi, psikososyal ve ailesel alt boyutlarının oldukça iyi olduğu ve bu alanlarda neredeyse hiç sorun olmadığı belirtilmiştir. Meme kanseri tanısı alıp hayatta kalabilen hastalarla sağlıklı kontroller, yaşam kalitesi düzeyi açısından oldukça benzer bulunmuşlardır (50,51). Hayatta kalma süresi uzadıkça kanser teşhisi sonrası yaşam kalitesinin giderek daha da arttığı da bulunmuştur (52). Ancak başka çalışmalarda, özellikle uzun dönem meme kanseri hastalarında, yukarıda ifade edilenlerden çok farklı sonuçlar da bulunmuştur. Örneğin uzun dönem meme kanserli hastaların fiziksel, psikolojik ve genel yaşam kalitelerinin kontrol grubuna göre daha kötü olduğu ortaya konmuştur (53,54). Bir çalışmadaki meme kanserli hastalar, kontrollere göre daha düşük fiziksel işlev düzeyi bildirmişler, ancak bunun günlük aktivitelerini etkilemediğini ifade etmişlerdir (51). Hastalar yaşamlarını etkileyecek kol hareket güçlüğünden ve %51 gibi yaygın bir oranda görülen ağrıdan da muzdarip olduklarını belirtmişlerdir (55). Birçok çalışmada meme kanserli hastaların cinsel yaşamlarının da oldukça olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır (49,56,57). Cinsel bozuklukların nedenleri, ateş basmaları ve vajinal kuruluk gibi, hormonal değişikliklerin ve menapozun neticesi olabilen problemler olabilir. Bir çalışmada meme kanseri tanısı sonrası hayatta kalan kadınların %29'unda cinsel sorunların mevcut olduğu bulunmuştur (57). Çalışmamızda, daha önceki çalışmalardan farklı olarak hastaların ağrı ve bulantı yakınmalarının varlığına göre yaşam kalitelerinin farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Ağrı yakınması olan hastaların, ağrıdan yakınmayan hastalara göre fiziksel

işlevlerinin daha iyi olduğu, bulantısı olan hastaların da bulantısı olmayanlara göre sosyal işlevlerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar beklenenin tersi şeklindedir ve muhtemelen hasta sayısının görece az olması ile ilişkilidir. Ayrıca, bulantısı olan hastaların ishal skorlarının da anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu hastalarda bulantı varlığı ile ishal varlığı arasında bir ilişki olduğu düşünülebilir. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin her alt boyutta daha detaylı inceleneceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

4.2. Uyku Kalitesi

Meme kanseri tanısı ile karşı karşıya kalan kadınların uyku sorunu yaşamaya başladıkları ile ilgili birçok çalışma mevcuttur (58-61). Uykudaki bozulma, yorgunluğa (62), günlük performansta azalmaya (63), duygudurumda kötüleşmeye (64), immün sistemde zayıflamaya (65), yaşam kalitesinde kötüleşmeye (66) ve sağ kalım süresinde kısaltmaya (67,68) neden olarak hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilir. Meme kanserli kadınlarda uyku sorunu yaygınlığı %20 ile %70 arasında bildirilmiştir (65,68,69,70). Hastaların tedavinin hangi evresinde oldukları da uyku bozukluğunun şiddeti ile ilişkilidir. Örneğin meme kanseri cerrahisi öncesinde hastalarda uyku bozukluğu yaygınlığı %70 (71) ve %88 (72) gibi, oldukça yüksek oranlarda bildirilmiştir. Ayrıca meme kanserli kadınlardan daha genç olanların, işlevsellik düzeyi daha düşük olanların, komorbid hastalığı bulunanların ve ateş basması yaşayanların uyku kalitelerinin daha düşük ve uyku sorunlarının daha kalıcı olduğu tespit edilmiştir (73). Bu çalışmada, ağrı yakınması olan meme kanserli hastaların, ağrı yakınması olmayanlara göre hem toplam uyku kalitesi skoru açısından alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt ölçekleri bakımından daha kötü durumda oldukları bulundu. Bulantı yakınması olanlar ve olmayanlar arasında ise uyku kalitesi açısından herhangi bir farklılık tespit edilmedi. Bu bulgulara göre önemli bir sağlık belirteci olan uykunun, meme kanserli hastalarda ağrı varlığı ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu hastalarda ağrı kontrolü, uyku kalitesini de olumlu yönde etkileyebilir.

4.3. Depresyon ve Anksiyete

Bu çalışmada meme kanserli hastalardan bulantı yakınması olanların, anlamlı olacak şekilde daha yüksek anksiyete skoruna sahip oldukları, ağrı varlığının ise depresyon ve kaygı açısından farklılık oluşturmadığı bulunmuştur. Hastalığın ölüme yol açabilme ve tekrarlama riski, vücut şeklinde, dişilik hissinde ve çekicilikte değişiklik olacağı korkusu, meme kanserli hastaların psikolojik stres oluşturması beklenen duyguları arasındadır (74). Bu duygular tanı konduktan yıllar sonra bile aynı şiddette devam edebilir (75). Bu duygular da hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişmesine ve azalmış benlik saygısı hissine neden olabilir (76). Meme kanserli hastalarda depresyon ve kaygı oluşumuna katkıda bulunan etmenler genel olarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel nedenler olarak sınıflandırılabilir. Fiziksel etkenler arasında yaş, tedavilerin yan etkileri, hormonal değişiklikler ve doğurganlık ile ilişkili konular sayılabilir (77). Psikolojik faktörler ise vücut algısındaki değişiklikleri (78) ve hastalık ile ilişkili olumlu veya olumsuz duyguları içerir (79). Sosyal etkenler, sosyal destek, cinsel ilgi ve istekte azalma ile birlikte aile ilişkilerindeki değişikliklerden oluşur (79). Çevresel faktörler ise sık hastane ziyaretleri, günlük aktivitelerde ve mali durumda değişiklikleri kapsar.

Depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları kanserli hastalarda oldukça yaygın olarak görülür (74). Harter ve ark (80), kesitsel çalışmalarına 517 kanser hastasını (%75'i kadın) dahil etmiş ve kanserli hastalarda herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu varlığı oranını %56.5 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada kanserli hastalarda depresyon veya anksiyete bozukluğu görülme oranının ise sağlıklı kontrollere göre %25 ile %33 daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meme kanserli hastalarda da bu oranlar normale göre daha yüksektir. Yaşlı meme kanseri hastalarında, özellikle tanıdan sonraki ilk yıl içerisinde depresyon ve kaygı bozukluğu oranları, benzer yaş grubundaki sağlıklı kontrollere göre iki kat fazla tespit edilmiştir (81). Tedaviden sonraki ilk rekürrensine yaşandığı dönemi hastalığa bağlı stresin belki de en yoğun yaşandığı dönemdir ve bu dönemde hastaları depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu tanısı alma ihtimali %40'ı bulabilir (82). Tespit edilmemiş ve tedavi edilmemiş kaygı ve depresyon, meme kanseri hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkileyebilir (83). Depresyon ve kaygının tedavi edilmesi ise hastaların hayata bakışlarını, yaşam kalitelerini, cinsellik algılarını ve yaşam kalitelerini

düzelteye katkıda bulunacaktır (84). Bu nedenle meme kanserli hastaların depresyon ve anksiyete yönünden incelenmesi ve gerekli durumlarda psikiyatri konsültasyonu ile tedaviye yönlendirilmesi oldukça önemlidir.

4.4. Mizaç ve Karakter

Bugüne kadar birçok araştırmada karakter özelliklerinin kanser gelişimi ile ilişkisi incelenmiştir (1-3). Ancak bu çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Örneğin bazı araştırmacılar (4) depresif mizaca sahip kadınların kanser geliştirmeye daha meyilli olduklarını bildirirken, bazıları (5) depresif mizacın koruyucu olduğunu bulmuş ve diğerleri (6,7) depresif mizacın kanser gelişimi ile olumlu veya olumsuz olarak bir ilişkisi olmadığını ifade etmişlerdir. Bu farklı sonuçlar, çalışma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Meme kanserli hastalarda kişilik, karakter ve mizaç özelliklerini inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Cerrahi sonrası 2 yıl izlenen 203 meme kanseri hastasında nörotisizmin, kötü yaşam kalitesi için belirleyici olduğu gösterilmiştir (8). Millar ve ark (9) ise tedavi sonrası bir yıllık takipte nörotisizmin psikolojik morbidite için minör bir belirleyici olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca nörotisizmin uzun dönem belirtilerden yorgunluk ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (10). Carver ve ark (11) 163 meme kanseri hastasını cerrahi operasyon öncesi değerlendirmiş ve 5-13 yıllık takipte, başlangıçtaki iyimserliğin tüm tıbbi etkenlerden bağımsız olarak hastaların uyumu ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla meme kanserli hastaların Mizaç ve Karakter Envanteri ile değerlendirildiği ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Bulgularımıza göre ağrı yakınması olan meme kanserli hastalarla ağrı yakınması olmayan hastalar arasında envanterin ne mizaç ne de karakter boyutları açısından anlamlı bir fark yoktur. Bulantı yakınması olan hastalar ise diğerlerine göre mizaç boyutunda zarardan kaçınma alt ölçeğinin beklenti endişesi maddesinden anlamlı olacak şekilde yüksek puan almışlardır. Yine bulantı yakınması olan hastaların karakter boyutunda kendini yönetme alt ölçeğinde ve bu alt ölçeğin keşfetmekten heyecan duyma ve dürtüsellik maddelerinden ve iş birliği yapma alt ölçeğinin sosyal onaylama maddesinden anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu sonuçlara göre meme kanserli hastalarda karakter ve mizacın bazı özellikleri bulantı yakınması

varlığı ile ilişkili olabilir. Hastaların tedavisinde ve takibinde bu kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması, morbidite açısından önemli katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak; meme kanserinde bulantı ve ağrı gibi semptomlar yaşam kalitesi, uyku ve depresyon, anksiyete gibi durumlarla etkileşmektedir. Yine bu semptomlar bazı karakter ve mizaç özelliklerinden etkilenmekte ve olasılıkla daha uzun süreçte bu özellikleri de etkileyebilmektedir. Bu bakımdan meme kanserinde tedavi daha geniş boyutta ele alınmalı, hastaların psikiyatrik hastalıkları ve kişilik, karakter ve mizaç özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

5. ÖZET

KEMOTERAPİ ALAN OPERE MEME KANSERİ HASTALARINDA KARAKTER VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Giriş: Son yıllarda hastalığın klinik seyir ve biyolojik yapısının belirlenmesi ve tedavideki büyük gelişmelere rağmen, meme kanseri önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Meme kanserlerinde hastalık sürecinde uygulanan tedavi ve metastaz gibi nedenlerle oluşan bulantı, kusma ve ağrı yaşam kalitesini önemli derecede etkiler. Depresif ve anksiyete bozukluklarında, bazen ilaç tedavisine cevap vermeyen ağrı, bulantı ve kusma sık görülen somatik belirtilerdendir. Ağrı, bulantı ve kusmanın derecesi ya da hastalar tarafından duyumsanmaları bireylerin kişilik yapısı, karakter ve mizaç özellikleri ve ruhsal durumlarına göre değişebilmektedir. Kronik ve ağır hastalıklarda kişilik, karakter ya da mizaçta değişiklikler olabilmektedir. Çalışmada meme kanseri hastalarında mizaç ve karakter özellikleri incelendi. Meme kanserli hastalarda ki bulantı, kusma ve ağrı yakınmalarının Mizaç ve Karakter, yaşam kalitesi, uyku özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Çalışma, 2011-2013 yılları arasında Tıbbi Onkoloji polikliniklerinde meme kanseri tanısıyla takip edilen 40 hasta üzerinde yapıldı. Hastalara, Karakter ve Mizaç Envanteri (TCI), Pittsburg Uyku Kalite Ölçeği (PUKİ), Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği (HAD), Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30)'nden oluşan self-report testler uygulandı. Kemoterapi sonrası 21 gün süresince günlük olarak Görsel Ağrı Skalası (VAS) kullanılarak ağrı, bulantı ve kusma değerlendirilmesi yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması $49,32 \pm 9,8$ yıl olan 40 hastanın, kemoterapi sonrası izlemde 11'inde (%27,5) bulantı, ikisinde (%5) kusma, 25'inde (%62,5) ağrı saptandı. Hastalara uygulanan HAD ölçeğinde ortalama anksiyete skoru $8,1 \pm 3,3$, depresyon skoru $7,38 \pm 4,8$, PUKİ toplam skoru $6,8 \pm 2,4$ olarak tespit edildi. Hastaların 34'ünde (%85) kötü uyku kalitesi izlendi. Bulantısı olan hastalarda anksiyete skoru ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p=0,02$), ağrısı

olanlarda toplam PUKI skorunda ve PUKI alt bileşenlerinden Bileşen 4 ve 5 skorlarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (sırasıyla; $p=0,005$, $p=0,013$, $p=0,006$) ve uyku kalitesi kötüydü. Bulantısı olan hastalarda yaşam kalitesinde sosyal işlev, bulantı- kusma semptomu ve ishal skoru anlamlı olarak daha düşük saptandı (sırasıyla; $p=0,01$, $P=0,02$, $p=0,03$). Ağrısı olanlarla olanmayanlar arasında TCI mizaç özellikleri bakımından anlamlı fark bulunmazken bulantısı olanlarda zarardan kaçınma alt ölçeği (HA1: beklenti endişesi) istatistiksel olarak düşük bulundu ($p=0.03$). Ağrı semptomu açısından TCI karakter özellikleri bakımından anlamlı fark bulunmadı. Bulantısı olanlarda kendini yönetme (SD), alt ölçekleri SD1 ve SD2, işbirliği yapma alt ölçeği C1 ortalama skorları istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0.035$, $p=0.048$, $p=0.014$, $p=0.032$). Anksiyete ile bulantı arasında anlamlı korelasyon olduğu izlendi ($r=0,382$, $P<0.05$). PUKI total uyku skoru ile ağrı ($r=0,446$, $P<0.01$) ve ağrı derecesi ($r=0,437$, $P<0.01$), Yaşam kalitesi duygusal ve sosyal işlev skoru işlev skoru ile bulantı arasında anlamlı ters korelasyon izlendi (sırasıyla; $r=-0,312$, $P<0.05$ ve $r=-0,388$, $P<0.05$).

Sonuç: Hastalarda düşük yan etki görülmüştür ve uyku kalitesinin genel olarak kötü olduğu dikkati çekmiştir. Karakter ve mizaç özellikleri semptomlar üzerinde genel belirleyici bir özellik göstermemiştir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, yaşam kalitesi, karakter mizaç.

6. ABSTRACT

CORRELATION OF CHARACTER AND TEMPERAMENT TRAITS WITH THE SYMPTOMS AND LIFE QUALITY IN THE OPERATED BREAST CANCER PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY

Introduction: In recent years, there has been much improvement in the field of breast cancer in terms of the clinical course, defining the biological structure and its treatment; however, it still proceeds to be a crucial problem., The feeling of nausea, vomiting and pain, that are caused by the treatment and the metastasis implemented during the course of the illness, affect the life quality significantly. As for the depression and the anxiety disorders, the feeling of nausea, vomiting and chronic pain that does not respond to treatment at all are the most frequently seen somatic signs. The level of the pain, nausea and vomiting or how they are sensed by patients varies according to the personality, the characteristic features and the psychological state of a person. In chronic and serious illnesses, there may be some changes in terms of personality, character and natural temperament. In this study, temperamental and characteristic traits of the patients with breast cancer have been examined. The correlation between the feelings of nausea, vomiting, pain complaints of the patients with the breast cancer and temperament- character traits, sleeping habits and the level of depression and anxiety is analyzed throughout the present study.

Method: The study is conducted on the 40 patients followed up with the diagnosis of breast cancer in the Medical Oncology Policlinics during the years of 2011 and 2013. At the time of diagnosis, the clinical and socioeconomic information of the patients have been registered. In the study, the self-report tests like Temperament and Character Inventory (TCI), Pittsburg Sleeping Quality Scale (PUKI), Hospital Depression Anxiety Scale (HAD), Life Quality Scale (EORTC QLQ-C30) have been utilized. After the process of chemotherapy, per day during 21 days, the evaluation of pain has been carried out by using visual pain scale (VAS) and the information as regard with nausea and vomiting has been evaluated by self reports of the patients.

Findings: Out of 40 patients with the average age of $49,32 \pm 9,8$, during the period after the process of chemotherapy, for 10 (27,5%) of them the feeling of nausea, for 2 (5%) patients the feeling vomiting and for 25 (62,5%) have been found out. In the scale of HAD implemented for the patients, the average anxiety score has been measured as $8,1 \pm 3,3$. The results of depression score and PUKI are respectively as follows $7,38 \pm 4,8$ and $6,8 \pm 2,4$. Whereas the average score of anxiety was statistically high, for the patients with pain the total PUKI score and the scores of the components 4 and 5 out of the sub-components were also significantly high in statistics (respectively; $p=0,005$, $p=0,013$, $p=0,00$) and the sleeping quality was bad. As for the patients with the feeling of nausea, the score of the social activity in terms of the life quality, symptoms of nausea –vomiting and the score of diarrhea were significantly low (respectively; $p=0,01$, $P=0,02$, $p=0,03$). While no meaningful difference between the patients with and without pain was found in terms of TCI temperamental features, the sub-scale of harm avoidance (HA1: anxiety of expectation) for the patients with the feeling of nausea was ascertained as statistically low ($p=0.03$). There was no any meaningful difference as regard with the pain symptoms and TCI characteristic features. For the patients with nausea the self-direction (SD), or the sub-scales SD1 and SD2, the average scores of collaboration sub-scale C1 were measured statistically high ($p=0.035$, $p=0.048$, $p=0.014$, $p=0.032$). A meaningful relation was observed between the feeling of anxiety and nausea ($r=0,382$, $P<0.05$). A positive correlation was found out between the PUKI total sleeping score and the pain ($r=0,446$, $P<0.01$), and the level of pain ($r=0,437$, $P<0.01$), between the component 3 and the level of pain ($r=0,355$, $P<0.05$), between the component 4 and vomiting ($r=0,385$, $P<0.05$), between the pain ($r=0,398$, $P<0.05$) and the level of pain ($r=0,420$, $P<0.01$), between the component 5 and the pain ($r=0,438$, $P<0.01$), and the level of pain ($r=0,485$, $P<0.01$). A meaningful opposite correlation was reached between the score of the life quality emotional activity and the feeling of nausea ($r=-0,312$, $P<0.05$) and between the score of the social activity and the feeling of nausea ($r=-0,388$, $P<0.05$).

Result: In the patients, a low level of side effect has been observed and in general terms a bad quality of sleeping has drawn attention. The character and temperament traits have not been found as a general determinant quality on the symptoms.

Key words: Breast cancer, life quality, character, temperament.

7. KAYNAKLAR

- 1- Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics 2012. *CA Cancer J Clin* 2012; 62(1): 10-29.
- 2- Hortobagyi GN, Esserman L, Buchholz TA. Neoplasm of the breast. In: Holland JF, Frei E (Eds.). *Cancer Medicine*. 7th ed. London: BC Decker Inc 2006; 1584-643.
- 3- Eser S, Yakut C, Özdemir R, Karakiliç H. Cancer incidence rates in Turkey in 2006: a detailed registry based estimation. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010; 11(6): 1731-9.
- 4- Giuliano AE. Breast disorders. McPhee SJ, Papadakis MA (Ed) *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 48th ed, USA: McGraw-Hill Companies, 2009; 17: 630-54.
- 5- Muss HB. Breast cancer and differential diagnosis of benign lesions. Goldman L, Ausiello D (eds), *Cecil Medicine International Edition*. Philadelphia: Saunders Elsevier 2008; 1501-9.
- 6- Romond EH, Perez EA, Bryant J, Suman VJ, Geyer CE, Davidson NE, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 353(16): 1673–84.
- 7- Gerdes J, Schwab U, Lemke H, Stein H. Production of a Mouse monoclonal antibody reactive with a human nuclear antigen associated with cell proliferation. *Int J Cancer* 1983; 31: 13–20.
- 8- Levenson JL, Bemis C. The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 1991; 32: 124-32.
- 9- Sorlie T, Tibshirani R, Parker J. Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 8418–23.
- 10- Brenton JD, Carey LA, Ahmed AA, Caldas C. Molecular classification and molecular forecasting of breast cancer: ready for clinical application? *J Clin Oncol* 2005; 23: 7350–60.
- 11- Fisher B, Anderson S, Redmond CK, Wolmark N, Wickerham DL, Cronin WM. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of Breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 333: 1456-61.
- 12- Violet JA, Harmer C. Breast cancer: improving outcome following adjuvant radiotherapy *The British Journal of Radiology* 2004; 77: 811–20. E 2004 The British Institute of Radiology DOI: 10.1259/bjr/44576710

- 13- Cinieri S, Orlando L, Fedele P, Cusmai A, D'Amico M, Rizzo P, et al. Adjuvant strategies in breast cancer: new prospectives, questions and reflections at the end of 2007 St Gaile.
- 14- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365: 1687-717.
- 15- Smith IE, Walsh G, Jones A. High complete remission rates with primary neoadjuvant infusional chemotherapy for large early breast cancer. *J Clin Oncol* 1995; 13(2): 424-9.
- 16- Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(1): 5-14.
- 17- Peixoto AJ, Peixoto Filho AJ, Leases LF, Celich MF, Barros MAV. Efficacy of prophylactic droperidol, ondansetron or both in the prevention of postoperative nausea and vomiting in major gynecological surgery. A prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Eur J Anaesthesiol* 2000; 17: 611-5.
- 18- Jacobsen PB, Thors CL. Fatigue in the radiation therapy patient: current management and investigations. *Semin Radiat Oncol* 2003; 13(3): 372-80.
- 19- Şener Ş, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar Aİ. Meme Kanserinin Ruhsal ve Sosyal Etkileri Üzerine Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2: 254-60.
- 20- Saydam MB. Kanseri etyopatogenezinde psiko-sosyal faktörler. Psikosomatik hastalıklar (Düzenleyen: Prof. Dr. E.Adam). İstanbul ÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerleri, İstanbul 1990.
- 21- Morirs T, Greer S, Pettingale KW. Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 1981; 25: 111-7.
- 22- Mc Cartney CF, Cahill P, Lyons JS. Effects of a psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 898-901.
- 23- Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989; 33: 235-9.
- 24- Şenol S, Bitlis V, Ünal E. Kanseri teşhis ve tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5(2): 103-8.

- 25- Jansen MA, Muenz LR. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *J Psychosom Res* 1984; 28: 35-42.
- 26- Priestman TJ, Priestman SG, Bradshaw C. Stress and breast cancer. *Br J Cancer* 1985; 51: 493-8.
- 27- Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Bozuklukları içinde: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara 2008.
- 28- Svrakic D, Cloninger C. Kişilik Bozuklukları içinde: Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sekizinci baskı, Ankara: Güneş Kitabevi 2007; 2021-64.
- 29- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 975-90.
- 30- Köse S. A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41: 86-97.
- 31- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, Missouri, USA: Center for Psychobiology of Personality 1994.
- 32- Arkar H. Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramının Türk Örnekleminde Sınanması, Doktora Tezi İzmir, Ege Üniversitesi 2004.
- 33- International Association for the Study of Pain. Committee on Public Information., How to tell the world about pain: a public information handbook for the scientist engaged in basic research or clinical practice 1983, Seattle, WA (1309 Summit Ave., Rm.101, Seattle 98101): IASP. 22, 10 p.
- 34- Pain A.I.A.f.t.S.o., Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptors of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain* 1986; 3: 1-225.
- 35- McCaffery M, Pasero C. Pain: clinical manual. 2nd ed, St. Louis, Mosby 1999; xvii: 795.
- 36- Lundorff L, Peuckmann V, Sjogren P. Pain management of opioid-treated cancer patients in hospital settings in Denmark. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52(1): 137-42.
- 37- Christo PJ. Cancer pain and analgesia. *Ann NY Acad Sci* 2008; 1138: 278-98.
- 38- Larue F. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995; 310(6986): 1034-7.
- 39- Yıldırım KY, Uyar M, Fıdıllıoğlu Ç. Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. *Ağrı* 2006; 18(3).

- 40- Ferrell BR. The impact of pain, on quality of life, Nursing Clinics of North America 1993; 3084: 609-23.
- 41- Tüzün E, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 2: 3-8.
- 42- Costantini M, Mencaglia E, Giulio PD. Cancer patients as “experts” in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). Qual Life Res 2000; 9: 151-9.
- 43- Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16:190-204.
- 44- Agargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenirliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7: 107–15.
- 45- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.
- 46- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Sleep 1991; 14: 331-8.
- 47- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361-70.
- 48- Moorey S, Greer S, Watson M, Gorman C, Rowden L, Tunmore R, et al. The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. Br J Psychiatry 1991; 158: 255-9.
- 49- Bloom JR, Stewart SL, Chang S. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. Psycho Oncology 2004; 13: 147–60.
- 50- Dorval M, Maunsell E, Deschenes L. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. J Clin Oncol 1998; 16: 487–94.
- 51- Tomich PL, Helgeson VS. Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psycho Oncology 2002; 11: 154–69.
- 52- Ashing-Giwa K, Ganz PA, Petersen L. Quality of life of African-American and white long-term breast carcinoma survivors. Cancer 1999; 85: 418–26.
- 53- Weitzner MA, Meyers CA, Stuebing KK. Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy. Support Care Cancer 1997; 5: 241–8.

- 54- Amir M, Ramati A. Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 195–206.
- 55- Ferrell BR, Grant MM, Funk BM. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 887–95.
- 56- Cimprich B, Ronis DL, Martinez-Ramos G. Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Pract* 2002; 10: 85–93.
- 57- Kornblith AB, Herndon 2nd JE, Weiss RB. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2003; 98: 679–89.
- 58- Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 2001; 24: 583-90.
- 59- Carpenter JS, Elam JL, Ridner SH, Carney PH, Cherry GJ, Cucullu HL. Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 591-8.
- 60- Janz NK, Mujahid M, Chung LK, Lantz PM, Hawley ST, Morrow M, et al. Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *J Womens Health (Larchmt)* 2007; 16: 1348-61.
- 61- Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 419-29.
- 62- Anderson KO, Getto CJ, Mendoza TR, Palmer SN, Wang XS, Reyes-Gibby CC, et al. Fatigue and sleep disturbance in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adults. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 307-18.
- 63- Given B, Given C, Azzouz F, Stommel M. Physical functioning of elderly cancer patients prior to diagnosis and following initial treatment. *Nurs Res* 2001; 50: 222-32.
- 64- Davidson JR, Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, Ram S. How to provide insomnia interventions to people with cancer: insights from patients. *Psycho Oncology* 2007; 16: 1028-38.
- 65- Savard J, Miller SM, Mills M, O’Leary A, Harding H, Douglas SD, et al. Association between subjective sleep quality and depression on immunocompetence in low income women at risk for cervical cancer. *Psychosom Med* 1999; 61: 496-507.

- 66- Berger AM, Sankaranarayanan J, Watanabe-Galloway S. Current methodological approaches to the study of sleep disturbances and quality of life in adults with cancer: a systematic review. *Psycho Oncology* 2007; 16: 401-20.
- 67- Degner LF, Sloan JA. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 423-31.
- 68- Earlam S, Glover C, Fordy C, Burke D, Allen-Mersh TG. Relation between tumor size, quality of life, and survival in patients with colorectal liver metastases. *J Clin Oncol* 1996; 14: 171-5.
- 69- Cimprich B. Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nurs* 1999; 22: 185-94.
- 70- Thomas KS, Bower J, Hoyt MA, Sepah S. Disrupted sleep in breast and prostate cancer patients undergoing radiation therapy: the role of coping processes. *Psycho Oncology* 2010; 19: 767-76.
- 71- Rissling MB, Liu L, Natarajan L, He F, Ancoli-Israel S. Relationship of menopausal status and climacteric symptoms to sleep in women undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer* 2010.
- 72- Carpenter JS, Johnson D, Wagner L, Andrykowski M. Hot flashes and related outcomes in breast cancer survivors and matched comparison women. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29: E16-25.
- 73- Pud D, Ben Ami S, Cooper BA, Aouizerat BE, Cohen D, Radiano R, et al. The symptom experience of oncology outpatients has a different impact on quality-of-life outcomes. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 35: 162–70.
- 74- Baucom DH, Porter LS, Kirby JS. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Dis* 2006; 23: 103–13.
- 75- Spiegel D. Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Semin Oncol* 1997; 1(Suppl 1): 36–47.
- 76- Meyerowitz BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychol Bull* 1980; 87(1): 108–31.
- 77- Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs* 1999; 29: 490–8.
- 78- Mosher CE, Danoff-Burg S. A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23: 101–14.
- 79- Buick DL, Petrie KJ, Booth R, Probert J, Benjamin C, Harvey V. Emotional and functional impact of radiotherapy and chemotherapy on patients with primary breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2000; 18: 39–62.

- 80- Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37(11): 1385–93.
- 81- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; 330: 702–5.
- 82- Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, Katsumata N, Ando M, Adachi I et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61: 131–7.
- 83- Wong-Kim EC, Bloom JR. Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho Oncology* 2005; 14(7): 564–73.
- 84- Aapro M, Cull A. Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Ann Oncol* 1999; 10: 627–36.
- 85- Thomas CB, Duszynski KR, Shaffer JW. Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. *Psychosom Med* 1979; 41: 287-302.
- 86- Cooper CL, Faragher EB. Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychol Med* 1993; 23: 653-62.
- 87- Ragland DR, Brand RJ, Fox BH. Type A/B behavior and cancer mortality: the confounding/mediating effect of covariates. *Psycho Oncology* 1992; 1: 25-33.
- 88- Persky VW, Kempthorne-Rawson J, Shekelle RB. Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study. *Psychosom Med* 1987; 49: 435-49.
- 89- Dattore PJ, Shontz FC, Coyne L. Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness. *J Consult Clin Psychol* 1980; 48: 388-94.
- 90- Greer S, Morris T. The study of psychological factors in breast cancer problems of method. *Soc Sci Med* 1978; 12: 129-34.
- 91- Kaplan GA, Reynolds P. Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County study. *J Behav Med* 1988; 11: 1-13.
- 92- Härtl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho Oncology* 2010; 19(2): 160-9.

- 93- Millar K, Purushotham AD, McLatchie E. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res* 2005; 58: 335–42.
- 94- Michielsen HJ, Van der Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J. Personality and fatigue in patients with benignormalignant breast disease. *Support Care Cancer* 2007; 15: 1067–73.

8. EKLER

Ek 1. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ C-30) (Versiyon 3.0) yaşam kalitesi ölçeği.

TURKISH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınıza hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme 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

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Ek 1 (Devam). European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ C-30) (Versiyon 3.0) yaşam kalitesi ölçeği.

Yüksek

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	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 şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

Ek 2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ölçeği.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Yaş:

Tarih:

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular, yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırmınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yatıyorsunuz?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya daldıktan sonra genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırmınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

5a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

Ek 2 (Devam). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ölçeği.

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

5f. Aşırı derecede üşüdünüz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5h. Kötü rüyalar gördünüz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5i. Ağrı duydunuz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz:

5j. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

Ek 2 (Devam). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ölçeği.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Hiç problem oluşturmadı | 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu |
| 2. Yalnızca çok az problem oluşturdu | 4. Çok büyük bir problem oluşturdu |
10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
- | | |
|---|--|
| 1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok | 3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil |
| 2. Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var | 4. Partner aynı yatakta |

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

11. Gürültülü horlama.
- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |
12. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.
- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |
13. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.
- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |
14. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.
- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |
15. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.
- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

Ek 2 (Devam). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ölçeği.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Bileşenleri

- Bileşen 1: Soru 6
Bileşen 2: Soru 2 ve soru 5a
Bileşen 3: Soru 4
Bileşen 4: Soru 1, soru 3 ve soru 4
Bileşen 5: Soru b-j
Bileşen 6: Soru 7
Bileşen 7: Soru 8 ve soru 9
-

Ek 3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası.

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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 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 korkuya kapılıyorum

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
Evet, ama çok şiddetli değil
Biraz, ama beni endişelendiriyor
Hayır, hiç öyle değil

4) Gölebiliyorum 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

Kesinlikle Genellikle Sık değil Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

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 gösteriyorum
Pek o kadar özen göstermiyorum
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

Ek 4. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

AD. SOYAD:

TARİH:

TCI
(Temperament and Character Inventory)
MKE
(Mizaç ve Karakter Envanteri)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini tıklamanız yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. DOĞRU D YANLIŞ Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi tıklayınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Bu anket formunda doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger
Türkçe Versiyon 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

		DOĞRU	YANLIŞ
1.	Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2.	Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3.	Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şirden derinden etkilenirim.	D	Y
4.	Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5.	Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6.	Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7.	Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8.	Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9.	Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10.	Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim.	D	Y
11.	Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12.	Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13.	İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

14.	İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15.	Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16.	Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.	D	Y
17.	Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18.	Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19.	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20.	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21.	Yaşantı ve duyguları kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22.	Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23.	Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgin" olarak adlandırılırım.	D	Y
24.	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissederim.	D	Y
25.	Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim.	D	Y
26.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27.	Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28.	Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım.	D	Y
29.	Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y
30.	Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31.	Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32.	Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33.	Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutsuzluk verir.	D	Y
34.	Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35.	Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem.	D	Y
36.	İşleri terar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı.	D	Y
37.	Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım.	D	Y
38.	Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım.	D	Y
39.	Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40.	Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41.	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşın kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42.	Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44.	Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

45.	Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşıyorum.	D	Y
46.	Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldığımam.	D	Y
47.	Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım.	D	Y
48.	Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49.	Çoğu kimseyi pek de iyi anladığımı söyleyemem.	D	Y
50.	Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51.	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52.	Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53.	Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54.	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganım.	D	Y
55.	Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56.	Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57.	Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58.	Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59.	Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61.	Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62.	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63.	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64.	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65.	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırıksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66.	Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım.	D	Y
67.	Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69.	Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70.	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71.	Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmem.	D	Y
72.	Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır.	D	Y
73.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74.	Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75.	Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76.	Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78.	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

80.	Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82.	Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84.	Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85.	Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86.	Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87.	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88.	Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90.	İşleri terar tekrar yapmak, başarılı olmamı sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91.	Söylediğim abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93.	Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94.	Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95.	Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96.	Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97.	Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98.	Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99.	Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100.	Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101.	Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102.	Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103.	Yapabileceğim en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104.	Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105.	Sorunlarıma uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var.	D	Y
106.	Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107.	Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108.	Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109.	Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110.	Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111.	Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

112.	Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.	D	Y
113.	Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114.	İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115.	İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım.	D	Y
116.	Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117.	Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118.	Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119.	Hemen herkes korku dolu olsa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120.	Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121.	Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122.	Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123.	Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124.	Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125.	Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126.	Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127.	Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128.	Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129.	Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130.	Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131.	Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132.	Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133.	Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134.	Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135.	İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136.	Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137.	Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138.	Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139.	Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140.	Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141.	Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142.	Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143.	Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarımla duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

144.	Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145.	Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146.	Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147.	Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148.	Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149.	Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151.	Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm.	D	Y
152.	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırm ki bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153.	Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar.	D	Y
154.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155.	Çoğu zaman durtusel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156.	Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157.	Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir.	D	Y
158.	Çoğu kez arkadaşlarımdan arzularına boyun eğirim.	D	Y
159.	Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160.	Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161.	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162.	Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163.	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164.	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165.	Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166.	Düşündüğümünden daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167.	Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168.	Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169.	Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170.	Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171.	İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172.	Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173.	Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur.	D	Y
174.	Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175.	Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176.	Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177.	Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178.	Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179.	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

180.	Genellikle havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım.	D	Y
181.	Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183.	Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184.	Çoğu ayartıcı durumda kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185.	Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186.	Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187.	Yapılması gerekti olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188.	Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.	D	Y
189.	Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190.	Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem.	D	Y
191.	İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192.	Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193.	Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194.	Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195.	Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196.	İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197.	Çoğu kimse benden daha çok işe yarar.	D	Y
198.	Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199.	Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200.	Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201.	Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202.	Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerde "meşgul" kalmada zorlanmam.	D	Y
203.	Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204.	Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam.	D	Y
205.	Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206.	Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir.	D	Y
207.	Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208.	Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209.	Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y

Ek 4 (Devam). Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE).

210.	İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar.	D	Y
211.	Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212.	Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213.	Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214.	Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215.	Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216.	Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217.	Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
218.	Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219.	Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220.	Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221.	Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222.	Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223.	Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224.	Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225.	Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226.	Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissedirim.	D	Y
227.	Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228.	Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229.	Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230.	Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231.	Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232.	Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233.	Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234.	Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235.	Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236.	Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim.	D	Y
237.	Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238.	Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239.	Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240.	Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y