



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**RADYOİİYOT TEDAVİSİ ALMIŞ TİROİD KANSERİ
HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ ANKSİYETE,
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Güzide AKYILDIZ
NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Umut ELBOĞA**

Haziran – 2017

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**RADYOİİYOT TEDAVİSİ ALMIŞ TİROİD KANSERİ
HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ ANKSİYETE,
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Güzide AKYILDIZ
NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Umut ELBOĞA**

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI

Radyoiyot Tedavisi Almış Tiroid Kanseri Hastalarında Hastalık Algısının Anksiyete,
Depresyon ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

DR. GÜZİDE AKYILDIZ

12.06.2017

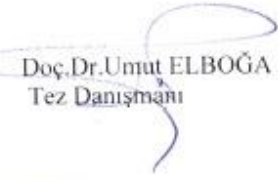
Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı


Prof.Dr. Y.Zeki ÇELEN
Tıp Fakültesi Dekan V.

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


Prof.Dr. Y.Zeki ÇELEN
Anabilim Dalı Başkanı

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


Doç.Dr.Umut ELBOĞA
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof.Dr.Y.Zeki ÇELEN

2. Doç.Dr.Umut ELBOĞA

3. Yard.Doç.Dr İsa Burak GÜNEY



I. ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkı sağlayan Gaziantep Üniversitesi Nükleer Tıp Bölüm Başkanı Prof.Dr. Y. Zeki ÇELEN'e, Tez Danışmanım Doç. Dr. Umut ELBOĞA'ya, Kliniğimizde eğitimim süresince beraber çalıştığım bilgilerini benimle paylaşan tüm asistan arkadaşlara, teknisyenlere, hemşirelere ve tüm personel arkadaşlara, çalışmama katılarak destek veren tüm hastalara, bu uğraşım sırasında bana manen destek olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Güzide AKYILDIZ

Haziran 2017

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	II
II. İÇİNDEKİLER	III
III. ÖZET	V
IV. ABSTRACT	VI
V. KISALTMALAR	VII
VI. TABLO LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İyi diferansiye tiroid kanserleri	2
2.1.1. Papiller tiroid karsinomu	2
2.1.2. Folliküler tiroid karsinomu	3
2.2. Evreleme	4
2.3. Tiroid karsinomunda cerrahi tedavi	6
2.4. Radyoaktif iyot tedavisi uygulamaları	7
2.4.1. Radyoaktif iyot tedavisi hazırlığı	7
2.4.2. Ablasyon tedavisi	7
2.4.3. Lenf nodu metastazlarında radyoaktif iyot tedavisi	8
2.4.4. Kemik metastazlarında radyoaktif iyot tedavisi	9
2.4.5. Akciğer metastazlarında radyoaktif iyot tedavisi	9
2.5. RAI tedavisi sonrası takip	10
2.5.1. Tiroglobulin ölçümü ile takip	10
2.6. Hastalık algısı	10
2.7. Yaşam kalitesi ve tıpta yaşam kalitesi kavramı	12
2.8. Depresyon	14
2.9. Anksiyete	15
2.10. Veri toplama araçları	15
2.10.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu	16
2.10.2. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)	16

2.10.3. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği	17
2.10.4. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)	18
2.10.5. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Çalışma grubunun seçimi	20
3.2. Veri toplama araçları	20
3.3. İstatistiksel analiz	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR	43
8. EKLER	50

III. ÖZET

RADYOİYOT TEDAVİSİ ALMIŞ TİROİD KANSERLİ HASTALARDA HASTALIK ALGISININ ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Güzide AKYILDIZ
Uzmanlık Tezi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut ELBOĞA
Haziran 2017, 59 sayfa

Çalışmamızda kliniğimizde son bir yıl içerisinde total tiroidektomi sonrası radyoaktif iyot-131 tedavisi görmüş iyi diferansiye tiroid kanseri hastalarında hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldı. Yeni tanı ve tedavi sürecinde olan ve tedavisi tamamlanıp 6. ay iyot-131 ile tüm vücut taraması yapılmış TSH supresyonu ile kontrolleri devam eden hastaların hastalığa uyumunun, anksiyete ve depresyon semptomlarını tetikleyip, yaşam kalitesini olumsuz etkileyip etkilemediği araştırıldı. Tüm hastalara değerlendirildikleri sırada Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ve sosyo-demografik form uygulandı. Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması 40.62 ± 10.28 yıl idi. 84 (%84,0) kadın, 16 (%16,0) erkek olgu vardı. 72 olgu güç kaybı yaşadığını belirtmiş ve bunun %60'ı bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirmiştir. 60 hasta soluk almada güçlük yaşadığını ifade ederken yüzde 48'i bunu hastalıkla ilişkilendirmiştir. Ağrı belirtisi %40'ta kalmıştır, sonuç differansiye tiroid kanserli olgularda ağrı şikayetinin hastalığın belirleyici bir semptomu olmadığı yönündedir. Kilo kaybı bulgusu hastalıkla ilişkilendirilen en az sayıda belirti olurken çoğu kadın olan olguların asıl şikâyeti 'kilo alma' oldu. Ayrıca, hastalarda hastalığı anlayabilme boyutunda dikkat çekici düşüklük bulundu. Yaşam kalitesi ölçeklerinde puanlar hafif düşük izlendi. Bunun yanında olgularımızda belirgin olarak yüksek yorgunluk ve güç kaygısı, düşük yaşam kalitesi, emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü tespit edildi.

Anahtar sözcükler: Tiroid Ca, Radyoiyot tedavi, Hastalık algısı, Anksiyete, Depresyon, Yaşam kalitesi

IV. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DISEASE PERCEPTION, ANXIETY, DEPRESSION AND LIFE QUALITY IN THYROID CANCER PATIENTS WHO HAD RADIOIODINE TREATMENT

Dr. Güzide AKYILDIZ

Recidency Thesis, Nuclear Medicine Department

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Umut ELBOĞA

June 2017, 59 pages

In our study, we evaluated disease susceptibility, anxiety, depression and quality of life in well differentiated thyroid cancer patients who had received radioactive iodine 131 treatment after total thyroidectomy in our clinic in the last one year. It was researched whether patients, who were in the process of new diagnosis and treatment, whose treatment was completed and the whole body scan was performed with iodine-131 for 6 months were controlled by TSH, triggered symptoms of anxiety and depression and adversely affected quality of life. Sickness Perception Scale (SFI), SF-36 Quality of Life Scale, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and socio-demographic form were applied when all diseases were evaluated. The mean age of the participants was 40.62 ± 10.28 years. There were 84 (84.0%) female and 16 (16.0%) male cases. 72 reported that they had lost power, and 60% of them attributed this symptom to the disease. 60 patients stated that they had difficulty in breathing, and 48 percent of them said it was related to the disease. The symptom of pain remained at 40%, the result is that the symptoms of pain in the differentiated thyroid cancer cases are not a defining symptom of the disease. While the symptoms of weight loss were the least number of symptoms associated with the disease, the actual complaint of most women was 'weight gain'. In addition, there was a noticeable decrease in the patient's ability to understand the disease. The scores on the quality of life scale were slightly lower. However, significantly higher fatigue and power anxiety, lower quality of life, emotional role strength and physical role weakness were found in our cases.

Key words: Thyroid Cancer, Radioiodine Therapy, Illness Perception, Anxiety, Depression , Life Quality

V. KISALTMALAR

$\bar{X}$	: Ortalama
%	: Yüzde
AJCC	: American Joint Committee on Cancer (Amerikan Kanser Birliği)
Anti-TG	:Antithyroglobülin
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BMI	:Vücut Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTK	: Diferansiye Tiroid Karsinomu
F	: Varyans değeri
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği
IUAC	: International Union Against Cancer (Kanserle Mücadele Birliği)
n	: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
NIS	:Na-I Symporter
p	: Anlamlılık düzeyi
QOL	:Yaşam Kalitesi
RAI	: Radyoaktif İyot Tedavisi
SS	: Standart sapma
t	: t değeri
TG	:Thyroglobülin
TSH	:Tiroid Stimüle Edici hormon
X²	: Ki-Kare değeri

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.AJCC'nin diferansiye tiroid karsinomu için TNM tanımları.	5
Tablo 2.2. AJCC'nin TNM tanımlarına göre diferansiye tiroid karsinomunun evre grupları.	6
Tablo2.1. Türk toplumu yaşam kalitesi norm skalası.	18
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.	22
Tablo 4.2. Olguların Ortalama Klinik Bulguları.	23
Tablo 4.3. Hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları.	23
Tablo 4.4.Hastalık tipi boyutuna ait belirtilerin dağılımı	24
Tablo 4.5.SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları.	25
Tablo 4.6.Beck anksiyete ve depresyon ölçeği puanları.	25
Tablo 4.7. Hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.	26
Tablo 4.8. Anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.	27
Tablo 4.9.Depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.	27
Tablo 4.10. Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırması	28
Tablo 4.11. Ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırması.	29
Tablo 4.12.Ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırması.	30
Tablo 4.13.Ölçek puanlarının yaş ile ilişkisine ait korelasyon analizi sonuçları.	31

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tiroid kanserleri endokrinoloji, nükleer tıp, genel cerrahi ve patoloji gibi farklı alanları ilgilendiren ve en sık rastlanan endokrin bez tümörüdür. Tiroid kanserleri diğer kanser türleri ile karşılaştırıldığında en iyi kür, uzun yaşam süresi, iyi differansiye özellikleri ile dikkati çekmektedir. Radyoaktif iyot-131 tedavisinin uygulandığı iyi differansiye tiroid karsinomları yaklaşık %85-90'lık kısmını oluşturur. Papiller tiroid kanseri differansiye tiroid kanserlerinin en sık görülen ve prognozu en iyi olan alt tipidir.

Hastalığın nasıl algılandığına dair yapılan araştırmalar hastalık algısının kişinin duygusal tepkilerini, sorunları ile baş etme gücünü ve dolaylı olarak yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Hastalık algısı kişilerin hastalıkları hakkında sahip oldukları inançları ve hastalığının bilişsel görünümünü içeren dinamik bir süreçtir. Hastalığı ile ilişkili olabilecek içsel ve dışsal uyaranları birey zihninde yorumlar ve onlara anlam yükleyerek bir tehdit imgesi oluşturur. Bu uyaranlardan kaynaklanan bilişsele zihinsel ürünler, hastalık temsillerinin gelişimine aracılık eder.

Hastanın hastalığına ilişkin algısı, yorumu, değerlendirmeleri, duygusal ve davranışsal tepkileri, zorluklarla uğraşabilme ve dayanabilme gücü, psikolojisini, sosyalitesini etkileyebilmekte, hastalığın fiziksel sonuçları ile birlikte bireyin hastalık algısı, emosyonel durumu ve yaşam kalitesi ile belirgin ilişki gösterebilmektedir. Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının yaklaşık %50 olduğu öne sürülmektedir. Bu psikiyatrik bozukluklara çoğunlukla kanserin kendisi sebep olur, bir kısmı da kanser tedavisi ile ilişkilidir.

Çalışmamızda kliniğimizde son bir yıl içerisinde total tiroidektomi sonrası radyoaktif iyot-131 tedavisi görmüş iyi differansiye tiroid kanseri hastalarında hastalık algısı, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldı. Yeni tanı ve tedavi sürecinde olan ve tedavisi tamamlanıp 6. ay sonrası iyot-131 ile tüm vücut taraması yapılmış TSH supresyonu ile kontrolleri devam eden hastaların hastalığa uyumunun, anksiyete ve depresyon semptomlarını tetikleyip, yaşam kalitesini olumsuz etkileyip etkilemediği araştırıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İyi diferansiye tiroid kanserleri

2.1.1. Papiller tiroid karsinomu

Diferansiye tiroid karsinomunun en yaygın tipidir, %80-85'ini oluşturur. Kadınlarda daha sıktır. Çocukluk çağı ayrı olmak üzere bütün yaş gruplarında kadınlarda erkeklerden 3 kat fazla görülür (1) Radyasyona maruziyet ile ilişkili diferansiye tiroid karsinomu tipidir, özellikle çocukluk çağında maruz kalınan radyasyon papiller tiroid karsinomu gelişiminden sorumlu tutulabilir. Çernobil'de meydana gelen nükleer kaza sırasında o bölgede yaşayan çocuklar arasında bugün papiller tiroid karsinomu oldukça yaygındır. Nadiren ailesel geçiş gösterir. Diyetle ve çevrede iyot miktarı arttıkça papiller tiroid karsinomunun diğer tiroid karsinomu türlerine göre oranı artar (2).

Papiller tiroid karsinomunun 10 yıllık sağ kalımı yaklaşık %93'tür(3). Vakaların üçte birinde tiroid dışı yayılım görülür, %85'inde mikroskobik lenf nodu metastazları vardır. Tüm yaş gruplarında papiller tiroid kanseri insidansı artış göstermekte olup, en fazla artış görülme oranı üreme çağındaki kadınlardır. Papiller tiroid kanseri lenfatik olarak yayılmaya eğilimlidir. Tiroid içi lenfatik yayılım sonucu, multifokal ve bilateral kanser olguların %20'sinde görülür (4,5). Olguların %50'sinde boyun lenflerine yayılım görülmektedir. Diğer neoplasmların tersine boyun bölgesinde izlenen lenfatik yayılımın sağ kalımı etkilemediği gözükmemektedir (4). Uzak metastazlara %5 ile %23 oranında rastlanabilir. En sık akciğer metastazları görülür. Kemik metastazları ikinci sırada izlenir. Nadiren beyin ve diğer organ metastazları görülebilir (6)

Papiller tiroid karsinomu klinik özellikleri ve prognozları açısından birbirinden farklı varyantlara sahiptir:

Papiller mikro karsinom: Tümör çapı 1 cm.den küçüktür. %20'si çok odaklıdır. Çok odaklı mikrokarsinomlar sıklıkla lenf nodu metastazı yaparlar. Bu iki durum dışında rekürrens ve kansere özel mortalite hızları sıfıra yakındır.

Enkapsüle varyant papiller tiroid karsinomu: Çevresi tamamen fibröz kapsülle sarılmıştır. Papiller tiroid karsinomlarının %10'unu oluşturur. Rekürrens hızı düşüktür. Kansere özel mortalite hızı ise sıfıra yakındır.

Foliküler varyant papiller tiroid karsinomu: Papiller tiroid karsinomlarının %10'unu oluşturur. Genellikle kapsülsüzdür. Folliküler tiroid karsinomuna benzer ancak tipik hücre yapısı ile papiller tiroid karsinomu olduğu anlaşılır. Prognozu alışılmış papiller tiroid karsinomundan daha kötüdür.

Diffüz makro folliküler varyant papiller tiroid karsinomu: Nadir varyantlardan birisidir. Kadınlarda siktir. Üçte birinde hipertiroidi vardır. Uzak metastaz siktir.

Tall Cell varyant papiller tiroid karsinomu: Alışılmış papiller tiroid karsinomu hücrelerine göre iki kat daha uzun hücrelerden oluşurlar. Sıklıkla ileri yaşta tanı alır. Ekstratiroidal yayılım ve uzak metastazlar daha siktir. Hücreleri I-131'i az konsantre ederler. Mortalite hızı yüksektir.

Kolumnar hücreli varyant papiller tiroid karsinomu: Köşeleri belirgin hücrelerden oluşmuşlardır. Erkeklerde daha siktir. Uzak metastazlara %90 sıklıkta rastlanır. Genellikle radyoaktif iyot tedavisine dirençlidir.

Solid ya da trabeküler varyant papiller tiroid karsinomu: Baskın olarak solid mimariye sahiptir. Hücrelerinin yapısı alışılmış papiller tiroid karsinomu hücrelerine benzer. Tiroid dışına yayılım ve akciğer metastazı yapmaya meyillidir.

2.1.2. Folliküler tiroid karsinomu

Tüm tiroid kanserlerinin yaklaşık %10-15'ini oluşturur. Kadınlarda siktir ve sıklıkla soliter hipoaktif nodül olarak ortaya çıkar. Papiller tiroid karsinomunun aksine çocuklarda nadir görülmektedir. İyot eksikliği gözlenen bölgelerde ve endemik guatr bölgelerinde daha sık görülür. Sıklıkla tek odaktan kaynaklanır, %2 oranında bilateral görülür (7,8). Hastalık genelde soliter tek nodül olarak ortaya çıkmakla birlikte nadiren uzun süreli bir guatrın ani büyümesi ile de görülebilir. Hastaların %1 'inden azında hiperfonksiyone olarak tirotoksikoz semptomları ile kendini gösterebilir (9). Folliküler

tiroid kanseri tanısında kapsüler veya damar invazyonunu gösterilmesi şarttır (10) Folliküler kanser tanısı İİAB ile konmaz daha çok ameliyat sonrası çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesi ile konur (11). İleri yaşlarda ortaya çıkar. Özellikle ileri yaşta erkeklerde görülen nodüllerin folliküler kanser olma olasılığı yüksektir (12). Minimal invazif folliküler kanser damar tutulumu olmaksızın tümörün tiroid kapsülüne mikroskobik invazyonu olarak tanımlanır. Hürtle hücreli kanser ise folliküler hücre ile sitoplazmik mitokondriyal yapı değişikliğini gösterir , daha ileri evre ve tiroid dışına yayılmaya eğilimlidir (13).Ras onkogen gen mutasyonu olguların % 40'ında görülür ve kötü prediktif değer olarak kabul edilir(14 ,15).

2.2. Evreleme

Diferansiye tiroid karsinomunda TNM evrelemesi International Union Against Cancer (IUAC)tarafından tanıtılmış, American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından desteklenmiştir.

Bu sınıflamaya göre tiroid kanserleri tümör, lenf nodu ve metastaz (TNM) temel alınarak belirlenmiştir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1.AJCC'nin diferansiye tiroid karsinomu için TNM tanımları.

Primer Tümör (T)	
TX	Primer tümörün boyutu değerlendirilemiyor
T0	Primer tümör bulunamıyor
T1	Tümör ≤ 2 cm ve tiroide sınırlı
T2	Tumor $>2 <4$ cm ve tiroide sınırlı
T3	Tümör >4 cm ve tiroide sınırlı veya tümör herhangi boyutta ancak tiroid dışına uzanmış
T4a	Tümör herhangi boyutta ancak tümör cilt altı yumuşak dokular, larenks trakea, özofagus ya da rekürren larenks sinirine invazyon yapmış veya tiroid içi anaplastik tiroid karsinomu**
T4b	Tümör prevertebral fasya veya karotid arter ya da mediastinal damarları tümüyle tıkamış veya tiroid dışına uzanmış anaplastik tiroid karsinomu**
NX	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
N0	Bölgesel lenf nodlarına metastaz yok
N1	Bölgesel lenf nodu metastazı
N1a	VI. grup servikal lenf nodlarına metastaz (pretrakeal ya da paratrakeal ve prelarengeal)
N1b	Unilateral, bilateral ya da kontralateral servikal ya da superior mediastinal lenf nodlarına metastaz
MX	Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

* Bütün T kategorilerine tümör tek odaklı ise a, çok odaklı ise b eklenir.

**Bütün anaplastik karsinomlar T4 tümör olarak varsayılır.

Diğer kanserlerden farklı olarak tiroid kanseri hasta yaşı göz önünde bulundurularak da evrelendirilir. (Tablo 2.2)

Tablo 2.2.

AJCC'nin TNM tanımlarına göre diferansiye tiroid karsinomunun evre grupları.

45 yaşın altında
Evre I Herhangi bir T Herhangi bir N M0
Evre II Herhangi bir T Herhangi bir N M1
45 yaş ve üstü
Evre I T1 N0 M0
Evre II T2 N0 M0
Evre III
T3N0 M0
T1 N1a M0
T2 N1a M0
T3 N1a M0
Evre IVA
T4a N0 M0
T4a N1a M0
T1 N1b M0
T2N1b M0
T3N1b M0
T4a N1b M0
T4a N1b M0
Evre IVB T4b Herhangi bir N M0
Evre IVC Herhangi bir T Herhangi bir N M1

2.3. Tiroid karsinomunda cerrahi tedavi

Cerrahi differansiye tiroid kanserlerinde temel tedavi olarak uygulanmaktadır (16,17),). Cerrahinin amacı, tüm tümör dokusunu çıkarmak, hastaların çoğunda kür sağlamak, rekürrens ve mortaliteyi azaltarak konforlu bir yaşam sürmelerini sağlamaktır (18). İki tür cerrahi girişim uzmanlar tarafından önerilmektedir. Eğer tümör çapı < 1cm'den ise tümör tek bir lobda sınırlı ise önerilen tedavi lobektomi veya istmektomidir. Bu hastalarda 30 yıllık survey %100'e yakındır (19,20). Tümör çapı 1-2 cm çapında olup ekstratirodal yayılım ve metastaz varsa önerilen tedavi total tiroidektomi olmalıdır. (19). Total tiroidektomi; papiller kanserin %36-85 bilateral olması, kalan dokuda rekürrens görülmesi, radyoaktif tedavinin bakiye doku ve

metastazlarda etkili olması, ameliyat sonrası tiroglobülin seviyesi ve ultrason ile daha etkin ve kolay takip edilebilmesi nedeniyle önerilmektedir (18). Bazen total tiroidektomi yerine totale yakın tiroidektomi yapılmakta olup, bu durumda tiroidin arka kapsülü bırakılarak tiroid dokusu çıkarılmaktadır (20).

Foliküler kanserli hastalarda da rutin total tiroidektomi uygulanır (21). Sonrasında radyoaktif iyot tedavisi yapılmalıdır. Minimal kapsül invazyonu olan, vasküler invazyonu olmayan, 45 yaşından genç ve 4 cm 'den küçük tümörlerde sadece lobektomi ile %100 tedavi sağlandığı bildirilmektedir (22)). Tümör 4 cm'den büyükse total tiroidektomi yapılmalıdır. Yaygın invaziv folliküler kanserde ise tümörün boyutuna bakılmaksızın total tiroidektomi yapılmalıdır (23).

2.4. Radyoaktif iyot tedavisi uygulamaları

2.4.1. Radyoaktif iyot tedavisi hazırlığı

Tedaviye hazırlık aşamasında hastaya tedavinin amacı, nasıl yapılacağı anlatılmalı, yan etkileri ve radyasyondan korunma prensipleri hakkında bilgi verilmelidir. Kadın hastaların hamile olmadığından emin olunmalı, bebek emziren hastaların tedavisi emzirme kesildikten en az 2 ay sonrasında planlanmalı, tedavi için hastanın onayı alınmalıdır. Tedavi öncesi yaklaşık 2 hafta yüksek miktarda iyot içeren yiyecekler diyetten çıkarılmalı, iyot içeren her tür ilaç kesilmeli, iyotlu kontrast madde içeren medikal uygulamalardan kaçınılmalıdır. TSH'nin tedavi öncesi minimum 30 uIU/ml değerine ulaşması istenir. Total tiroidektomi ile ablasyon tedavisi arasındaki sürenin uzaması söz konusu ise, cerrahi sonrası hastalara T3 preparatı başlanarak, planlanan ablasyon tarihinden 2 hafta önce kesilmesi önerilir.

2.4.2. Ablasyon tedavisi

Total ya da totale yakın tiroidektomi uygulananlarda malign tiroisitlerin tiroid yatağından tamamen uzaklaştırıldığına inanılır. Geriye kalan düşük hacimli normal tiroid dokusunun iyot-131 ile yok edilmesine bakiye dokunun ablasyonu denir.

İyot-131 tedavisinin birincil amacı iyot-131 tüm vücut taramaların spesifitesini, kalıcı veya tekrarlayan bir hastalık tespitinde serum tiroglobulin ölçümü özgüllüğünü artırmak için, normal tiroid kalıntıları yok etmektir. İkincisi, böylece gizli veya

bilinen mikroskobik karsinom odakları yok edilerek potansiyel uzun vadeli rekürrens oranını azaltmaktır.

Tiroid ablasyonunun endikasyonu hastanın bu tedaviden göreceği yarar ve hastalık risk sınıflanmasına dayanır. Olumlu histoloji ve hiçbir ekstratiroidal uzantısı olmayan unifokal mikropapiller karsinomların (<1 cm), uzun dönem prognozu zaten çok iyi olduğu için tiroid ablasyonuna gerek görülmemektedir. Yüksek riskli hastalarda, tiroid ablasyonu nüks oranını azaltır ve sağkalım oranını artırır.

Standart olarak 4-6 hafta sonra, iyot-131 tedavisi verilir. Son zamanlarda, tiroid hormon çekilmesi yerine rekombinant TSH ile stimülasyondan sonra tiroid ablasyonu klinik pratikte kullanıma girmiştir. Bu yöntem oldukça pahalı olsa da yaşam kalitesini anlamlı oranda artırdığı bilinmektedir (24). Hastaları semptomatik hipotiroidiyi engelleyen ve tiroidi yeterince uyaran azaltılmış doz T4 protokolü ile hazırlamak da mümkündür. İyot -131 vücudun diğer kısımlarına düşük yayılımı olan, tiroid dokusuna yüksek radyasyon dozları sağlayan bir ajandır. Total veya totale yakın tiroidektomi geçiren hastalarda, total ablasyon tiroid hormon çekilmesinden sonra 30 veya 100 mCi dozlarla yaklaşık %80 elde edilir (25).

2.4.3. Lenf nodu metastazlarında radyoaktif iyot tedavisi

Papiller tiroid kanserinde lenf nodu disseksiyonu eğer boyunda LAP muayene veya USG ile saptanırsa önerilmektedir. Diferansiye tiroid karsinomunda lenf nodu rekürrensleri %15-20 sıklıktadır. Lenf nodu tutulumunun rekürrenste etkili olduğu ancak sağkalım üzerinde minimal etkisi olduğu belirtilmiştir (26). Büyümüş lenf nodundan yapılan iğne biyopsisinde malign tiroositlere rastlanırsa cerrahi tedavi göz önünde bulundurulur. Lenf nodu metastazlarının çapları 1 cm.'nin altında ise rahatlıkla radyoaktif I-131 tedavisi verilebilir. 1 cm.nin üzerindeki lenf nodu metastazlarında radyoaktif iyot tedavisine genellikle tam yanıt alınamaz. Ampirik sabit doz yöntemine göre 100-150 mCi I-131 verilebilir. Lenf nodu metastazlarında Na-I symporter(NIS) proteini kaybı bazı hastalarda radyoaktif iyot tedavisinden olumlu sonuç alınamamasının bir nedenidir (27). 2-3 kez radyoaktif iyot tedavisine karşın lenf nodu metastazlarının kalıcılığı sürdüğü takdirde cerrahi kaçınılmazdır (28).

2.4.4. Kemik metastazlarında radyoaktif iyot tedavisi

Kemik metastazları, özellikle foliküler histoloji ile yakın ilişkilidir ve yaşlı hastalarda sık görülmektedir. Vertebra, pelvis ve kaburga kemikleri daha sık etkilenen alanlardır. Tiroid karsinomunun kemik metastazlarında radyoaktif iyot tedavisinin genellikle uzun süreli ve tekrarlayan yüksek dozlarda verilmesi gerekir. Tedavi dozu seçiminde ampirik 200 mCi ya da kantitatif parametrelerle saptanmış dozlar kullanılabilir. Hastalığın progresyonu vakaların %50'sinde, daha sıklıkla 45 yaşından büyük, yüksek riskli ve metastaz sayısı 3'ten fazla olan grupta görülmüştür.

2.4.5. Akciğer metastazlarında radyoaktif iyot tedavisi

Akciğer metastazlarında ampirik yaklaşımla 200 mCi I-131 verilebilir ancak milier mikronodüler akciğer metastazlarında bu doz 150-175 mCi'ye düşürülmesi önerilmiştir. Akciğer metastazlı hastalarda tekrarlayan radyoaktif iyot tedavilerinde akciğer fonksiyonları kontrol altında olmalıdır (29).

Radyoaktif iyot tedavisinin yan etkileri şunlardır:

- 1- Büyük rezidü tiroid dokusuna bağlı yan etkiler
- 2- Tiroidit, Tirotoksikoz, Rekürren laringeal sinir güçsüzlüğü
- 3- Geçici kemik iliği supresyonu
- 4- Fasial sinir güçsüzlüğü, Stomatit
- 5- kemik iliği supresyonu
- 6- Tükrük kanalı obstrüksiyonu
- 7- Konjonktivit, göz kuruluğu
- 8- Alopesi
- 9- Yaygın akciğer metastazı bulunmasına bağlı yan etkiler
- 10- Pnömoni veya akciğer fibrozisi
- 11- Gastrointestinal şikayetler
- 12- Tat alma duyusunda bozukluk
- 13- Tükrük bezlerinde şişlik
- 14- Boyunda Ödem
- 15- Lösemi
- 16- Fertilite bozukluğu
- 17-Anaplastik kansere dönüşüm

2.5. RAI tedavisi sonrası takip

Papiller tiroid kanseri veya foliküler tiroid kanseri olan hastaların ilk tedavi sonrası takip hedefleri yeterli levotiroksin tedavisini devam ettirmek ve persistan veya nüks tiroid karsinomunu tespit etmektir. Lokal nükslerin ve uzak metastazların büyük çoğunluğu tanıdan sonraki ilk 2-3 yıl içinde tespit edilir. Ancak, vakaların bir kısmında uzak metastazlar geç takiplerde ortaya çıkabilir. %10 ile %18 oranında hastalarda uzak metastaz gelişebilir (30). Temel olarak, total tiroidektomiden ve rezidü doku ablasyonundan sonra lokal ya da uzak metastaz şüphesini artıran önemli yöntemler vardır, bunlar serum tiroglobulin ölçümü, boyun ultrasonografisi ve iyot-131 ile tüm vücut tarama yöntemleridir.

Ancak, hastaların önemli bir bölümünün radyoaktif iyotu konsantre edemeyen lokal veya metastatik bir hastalığı olabilir ve iyot-131 ile tüm vücut tarama yapıldığında tanı konulamayabilir. Bu hastalarda görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve PET taramasını içermelidir. Öte yandan, radyoaktif iyot tedavisi ve reoperasyon iyi diferansiye karsinomlu metastatik hastaların tedavisinde çok etkili yöntemlerdir.

2.5.1. Tiroglobulin ölçümü ile takip

Tiroglobulin düzeyi rekürren hastalık varlığını ve tedaviye cevabı belirlemede çok değerli bir belirteçtir. Tiroglobulin, tiroide normal ve neoplastik olan hücrelerden üretilir ve dolaşıma katılır. TSH supresyonu altında yanlış negatif sonuçlara sebep olabilir. Tiroid kanserli hastalarda total tiroidektomi uygulanmış ve RAI tedavisi yapılmışsa tiroglobulin ölçülemez seviyelere iner. Yükselen tiroglobulin değeri hemen her zaman rekürrensin veya metastatik hastalığın bir bulgusudur. Anti-tiroglobulin antikor düşük ise serum tiroglobulin ölçümünün tekrar hastalığı belirlemede duyarlılığı %80-90'dır. Tümör dokusunda oluşabilecek dedifferensiasyon tiroglobulinin yükseldiği ancak tüm vücut iyot tarama sintigrafisinin negatif olduğu hastalarda büyük rol oynar. Bu süreçte iyot alımı bozulur, ancak tiroglobulin sentezi uzun süre devam eder (31,32)

2.6. Hastalık algısı

Hastalık algısı hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları ve hastalığın bilişsel görünümüdür. Bu temsiller hastalık hakkındaki fikirler ve algılarda değişimlere

cevap olarak ortaya çıkan dinamik bir süreçtir. Bireye bir hastalık tanısı konduğu zaman genellikle kendi durumu hakkındaki inançları ile organize bir model geliştirir. Bu da hastalığı yönetmede önemli bir belirleyicidir (33).

Hastalık algısı modeli hastalığı yorumlama, baş etme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu model hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomlar hakkındaki inanışlar, hastalığın dönemleri ve beklenen süresi, algılanan sonuçları, hastalığın tedavi ve kontrol edilebilirliği ve olası nedenleri ile ilgili özel inançları ortaya koymaktadır (33,34).

Çoğu insan sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilmektedir fakat farklı hastalıklara gelince net bir fikre sahip olmayabilir. Buna rağmen tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla bazı inanışlar geliştirirler. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki olmasa bile görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler (35).

Bir hastalıkla ilgili algılar bireylerin risk azaltıcı sağlıklı davranışlarının gelişimi için de önemlidir (31). Hastanın hastalığına ilişkin algısı, yorumu ve değer konularında hastalar, hastalığın semptomları ile ilgili olarak benzer modeller geliştirirler (36). Genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar.

Hastalık algısı bireylerin bir hastalığa yakalanma riskini azaltmak için nasıl davranacağını da etkiler. (37). Hastanın hastalığına ilişkin algısı, duygusal ve davranışsal tepkilerini, baş etme biçimini, psikososyal durumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (38).

Kanser, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir olaydır. Kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır (39). Öte yandan tedavi sürecinde ve sonrasında belirsizliğin oldukça yoğun yaşandığı, bireyin psikososyal dünyasında yalnızca iz bırakmayan aynı zamanda anlamlı değişimler yaratan çok boyutlu bir yaşam deneyimidir (40). Bu durumlar da hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilemektedir.

Kanser hastalarının psikolojik kaygı ve acılarını azaltmak, tedaviye uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, duyguların ifadesine yardımcı olmak ve hastalığın yarattığı çok yönlü krizle sağlıklı baş etmeye yardımcı olmak için hastaların kanseri nasıl algıladıkları ve bu algıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle

özellikle son yıllarda çok sayıda çalışma yapılmış olup, bu çalışmalarda kanser hastalarında hastalığa atfedilen anlamın ve algının farklı toplumlar da değişiklik gösterdiği, hastaların sosyodemografik, kültürel ve hastalık özelliklerinin hastaların algısında belirleyici olduğu da belirtilmektedir (41)

Öncelik kanser hastalarında hastanın tedaviye uyumunu artırmak için bu kaygı verici durumlarla baş etmesine yardımcı olmaktır. Bu nedenle hastanın kanseri nasıl algıladığı ve algıyı etkileyen kişisel faktörler bilinmelidir. Hastanın duygu durumu ile sorunlara yardımcı olmak yaşam kalitesi üzerinde önemli rol oynayacaktır. Son dönem çalışmalarda hastalık algısının toplumlar ve kültürler arasında belirgin farklılık gösterdiği dikkati çekmiştir. Bu konuda edinilen bilgiler genel olarak hastalığı içselleştirilip kontrol edebilen kişilerde hastalığın tedaviye yanıtının daha iyi olduğu yönündedir (42)

Tiroid kanseri hastalarında hastalık algısı belli açılardan diğer kanser türleri ile benzerlik gösterse de özellikle tedavi sürecinin daha kısa, maddi yükün daha az, tedaviye yanıtın daha hızlı ve düşük oranda görülen yan etkiler ayırıcı özelliklerdir. Hastanın hastalığını kontrol edilebilir ve tedavi edilebilir görmesi açısından diğer kanser türleri ile arasında belirgin farklılık oluşturur. Tiroid kanseri hastalarının çoğu bu hastalığın gelecek yaşamlarını tümüyle etkileyecek somut sonuçları olmayacağı düşüncesini tedavi sürecinde benimsemektedir. Çünkü hastalığın lokal, bölgesel veya uzak metastazları olabilirliğine rağmen çoğu vaka yayılım göstermeden tanı konup sınırlı sürede tedavi edilir. Hastalıkla ilgili olduğu düşünülen semptomların azlığı ve hastalık algısının yüksekliği olan olgularda yaşam kalitesinin daha yüksek olması beklenir.

2.7. Yaşam kalitesi ve tıpta yaşam kalitesi kavramı

Dünya Sağlık Örgütü "Yaşam Kalitesi"ni: "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının' bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır (43). Yaşam kalitesi; "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" şeklinde de tanımlanabilmektedir (44). Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte, bireyin hedefleri,

beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (43)

Calman yaşam kalitesi kavramını kişinin beklentileri ve gerçek deneyimleri arasındaki fark olarak ele almaktadır. Bu tanım “Calman’s gap” ya da “dynamic gap” olarak da bilinmektedir. (45).

Tıp alanında yaşam kalitesi hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (46,47). Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı “doyum” şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olup bireyin fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar ve değerlendirmeler gerektirmektedir. Tedavinin amacı semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır (48,49).

Son on yıl içinde sağlık alanında kullanılan değerlendirme ve ölçüm parametrelerinin alanını genişletme açısından gittikçe artan bir ilgiye paralel olarak, artık klinisyenlerin yaşam süresini uzatma, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma ve major fiziksel semptomları kontrol altına alma gibi geleneksel tedavi başarı göstergelerinin yanısıra, yeni arayışlar içine girdiklerini, özellikle kronik hastalıklarda tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yöneldiklerini görmekteyiz (50). Sağlığın sadece hastalığın olmaması olarak tanımlanamayacağı gibi, yaşam kalitesi de sadece şikayetlerin olmaması olarak açıklanamamaktadır. (51)

Hastaların yaşam kalitesi doyumunun hastalık sebebi ile olumsuz yönde değişime uğrayıp kişilerin tepkilerinde değişikliğe yol açıp açmadığını belirlemek amacı ile Bradburn ve Campbell arkadaşları ABD nüfusuna ilişkin ilk yaşam kalitesi araştırmasını yaparak, bu konuda ulusal normlar belirlemişlerdir (52,53). Bu araştırmacılar aynı zamanda subjektif ölçümleri de (objektif koşulların ve bu koşullara verilen duygusal tepkilerin kognitif değerlendirilmesi) tanımlamışlardır.

Fitzpatric ve arkadaşları birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyerek, bunların içerik ve yapılarını karşılaştırarak, bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını şöyle sıralamışlardır (50):

- Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, öz bakım
- Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
- Sosyal fonksiyon; örneğin sosyal destek, sosyal ilişki

- Rol performans; örneğin iş, okul hayatında ve günlük ev işlerinde
- Ağrı
- Diğer semptomlar; örneğin yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar

Ayrıca, yaşam kalitesi ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric ve arkadaşları tarafından şöyle sıralanmıştır.

- Bireysel hasta takibinde psikososyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılmasında ve takibi amacı ile,
- Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirme çalışmalarında,
- Klinik çalışmalarda,
- Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde.

Yaşam kalitesi kavramının en ümit verici kullanımı ise, sağlık bakımı araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçütü olarak kullanılması olmuştur.

2.8. Depresyon

Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk alma yerine üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların yer almasıdır. Düşünce, konuşma, hareketler ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama görülürken çaresizlik, değersizlik ve karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşünceleri içeren özellikler bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığa karşı hissedilen çaresizlik duygusu, hastalığın yol açtığı fiziksel belirtiler ve tedavi yan etkileri hastalara bedenlerini kontrol edemedikleri duygusunu yaşatmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı sonucunda ise benlik saygısı düşebilmekte ve depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir.

Depresyon yaşayan hasta birey kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda kişi hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir. Sonuçta kişinin yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (54, 55).

Kanser hastalarında yakınlarına aşırı bağımlılık, ya da aşırı öfke, asosyalleşme, fazla ağrı şikayetlerinin her biri depresyonun bir bulgusu olabilir. Özellikle nevroitik yapılı, ailesinde ya da kendinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan, yalnız kalmış, fazla

aile desteği olmayan, yoğun ağrılar çeken ve ileri evre hastalıkla uğraşanlar depresyona daha yatkın hastalar olarak kabul edilir.

Tiroid kanseri hastalarında daha önce yapılan çalışmalarda major depresyon oranının diğer kanser türlerine göre belirgin az izlendiği görülmüştür. Ancak tiroid kanserlerinde radyoaktif iyot-131 tedavisi sonrası süreçte uygulanan tedaviler sırasında depresyon bulgularının ortaya çıkması muhtemel bir olaydır. Bu nedenle diğer kanser türlerinden farklı yaklaşım gerekmektedir. Tedavi bölümünde daha ayrıntılı anlatılmış olan bu süreçte hastalarda medikal subklinik hipertiroidi oluşturulmaktadır. Bu nedenle depresyon ve anksiyete semptomları hastalık algısından bağımsız olarak da derinleşebilir.

2.9. Anksiyete

Anksiyete, çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanımlanamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunalıttır. Son yıllarda yapılan çalışmalar gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40'tır.

Kanser hastalarında hastalığın bilinmeyen yanları, tedavinin yeterince yanıt vermeme ihtimali, olumsuz sonuç alma korkusu, belirsizlik anksiyeteye yol açabilir. Belirsizlik tek başına bir tehdit olarak algılanır. Anksiyete yaşayan birey hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayabildiği gibi, hastalığına ilişkin bilgileri de doğru öğrenmesi güçleşebilir. Sonuçta hastalığını olduğundan daha şiddetli yaşayabilir.

2.10. Veri toplama araçları

Tüm hastalara değerlendirildikleri sırada Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ve sosyo-demografik form uygulandı (Ölçekler Ek olarak verilmiştir).

2.10.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu

Araştırmanın amacına uygun olarak, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve medeni durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra; hastalığının süresi, izlemin düzenliliği, tedavi durumu, gibi değişkenlerde sorgulanmıştır.

2.10.2. Hastalık algısı ölçeği (HAÖ)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ); Weinmann ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen ölçek Moss-Morris ve arkadaşları (2003) tarafından gözden geçirilmiştir(kaynaklar). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Armay ve arkadaşları (2007) tarafından kanser hastalarında değerlendirilmiştir(kaynak). Çalışmada HAÖ'nin gözden geçirilmiş formu kullanılmıştır. HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir (56,57,58).

2.10.2.1 Hastalık tipi boyutu:

Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyor yaşımadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. Hastalık tipi boyutunda puan yüksekse hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkar.

2.10.2.2 Hastalık hakkındaki görüşler boyutu:

Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) bir ölçektir. Bu boyut, yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili

algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır (örneğin: bu hastalık uzun sürecek).

Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır (Örneğin: hastalığımın yaşamım üzerinde ciddi etkileri var), Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır (Örneğin: hastalığımın seyri bana bağlı), Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır (örneğin: tedavim hastalığımı kontrol edebilir), Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır (Örneğin: hastalığımı gayet net anlayabiliyorum). Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır (Örneğin: Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum).

2.10.2.3 Hastalık nedenleri boyutu:

Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör. stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

2.10.3. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

Sullivan ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır(kaynak). SF-36 formu, hasta tarafından da doldurulabilen toplam 36 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek, sağlıkla ilişkili 8 ayrı boyutu değerlendirmektedir. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol güçlüğü (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüğü (3 madde), mental sağlık (5 madde), vitalite (canlılık) (4 madde), ağrı 2 (madde), genel sağlık (genel bakış açısı [5 madde] + sağlıkta değişiklik [1 madde]). (59,60)

SF-36'daki maddeler, sağlık ile ilgili olumlu durumların yanı sıra olumsuz durumları da sorgular. Her boyut için maddelerin skorları kodlanmakta ve 0'dan (en kötü sağlık durumu) 100'e (en iyi sağlık durumu) kadar puanlanan bir skala haline dönüştürülmektedir. . SF-36 için Türk toplumu ort. norm değerleri skalası Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo2.1. Türk toplumu yaşam kalitesi norm skalası.

Alt Boyutlar	Ort.	SS
Fiziksel Fonksiyon	86,6	25,2
Fiziksel Rol Güçlüğü	89,5	29,6
Emosyonel Rol Güçlüğü	94,7	20,9
Vitalite (Canlılık)	67,0	13,8
Mental Sağlık	73,5	11,6
Sosyal Fonksiyon	94,8	14,2
Ağrı	86,1	20,6
Genel Sağlık	73,9	17,5

2.10.4. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği, Doktor Aaron T. Beck tarafından bulunan bir testtir. Yirmi bir seçmeli sorudan oluşan bu test kişide anksiyete şiddetini ölçmekte kullanılan bir uluslararası geçerliliği olan araç olarak kabul edilir. Dr. Aaron T. Beck tarafından yaratılmış olan Beck anksiyete ölçeği sağlık alanında önemli bir değişime ya da gelişime yol açmıştır. Beck anksiyete ölçeğinin ortaya çıkmasından sonra psikodinamik bakış açısı ile yapılan anksiyete ölçümlerinin yerine hastanın kendi düşüncelerinin tamamen kullanıldığı ölçümler gelmiştir. Bu özellikle psikoloji alanında bir devrim olarak kabul edilebilir (61,62)

Beck anksiyete ölçeğinde; bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma, terleme (sıcaklığa bağlı olamayan), titreklik, kontrolü kaybetme korkusu, dehşete kapılma, sinirlilik, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi veyahut boğuluyormuş gibi olma duygusu gibi soruların olduğu toplamda 21 soru vardır. Bu sorulara kişi hiç, hafif, orta, ciddi olmak üzere toplamda 4 siktan birini işaretler. Bu

soruları işaretler kişi bu testi yaptığı günden itibaren geçirdiği son bir haftayı da hesaba katmalıdır. Bu şıkları geçirdiği son bir haftayı dikkate olarak doldurmalıdır.

Beck anksiyete ölçeğinde işaretlenen her şıkkın bir puanı vardır. Hiç şıkkı 0 puan, hafif 1 puan, orta 2 puan ve ciddi şıkkı ise 3 puandır. Bu şekilde 21 soru işaretlendikten sonra bu puanlar toplanır. Bu puanlara göre;

- 0-7 puan Minimal düzeyde anksiyete belirtileri
- 8- 15 puan Hafif düzeydeki anksiyete belirtileri
- 16-25 puan Orta düzeyde anksiyete belirtileri
- 26-63 puan Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri gösterir. Bu kişinin bir doktora başvurması önerilir.

2.10.5. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. Yirmi bir belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir, alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeğinde toplam değer 9 ve daha az ise “depresyon yok”, 10–16 ise “hafif”, 17–20 ise “sınırdaki depresyon”, 21-30 arası ‘orta depresyon’,

31 ve üzeri ‘ciddi depresyon olarak değerlendirildi. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan benzer araştırmalarda, BDÖ değeri kesim noktası olarak farklı değerler alınmakla birlikte, genel olarak kesim noktası (cut off değeri) 17 olarak alınmıştır (63,64).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma grubunun seçimi

Yapılan bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı'nda Aralık 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında radyoaktif iyot-131 tedavisi görmüş 100 differansiye tiroid kanserli hastada uygulanmıştır.

Araştırma öncesi etik kurul onayı alındı. Çalışma protokolü belirlendi. Hastalara çalışmanın amacı sözlü olarak anlatıldı.

Çalışmaya 18-67 yaş arası, araştırmaya katılmak için gönüllü olan hastalar alınmıştır. Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve ruhsal bozukluğa sahip olmak dışında bir dışlama ölçütü kullanılmadı. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 81 hasta Evre I, 18 hasta Evre II, bir hasta Evre III Tiroid Ca tanısı almıştı.

Hastalar kliniğimizde gördükleri tedavinin üzerinden en az bir ay geçmiş olması dikkate alınarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların yarısını 1-5 ay sonrası hastalar, diğer yarısını tedavinin üzerinden 6 ay ve daha fazla geçmiş olanlar oluşturdu. Tedaviden 6 ay ve daha fazla geçmiş hastaların oluşturduğu grupta iyot-131 ile tüm vücut tarama sonucu, laboratuvar değeri (thyroglobulin; $<0,20$) ve boyun USG'leri negatif bulunmuş, bu hasta grubu dolayısıyla iyileşmiş kabul edilerek takip edilmekteydi..

3.2. Veri toplama araçları

Tüm hastalara değerlendirildikleri sırada Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ve sosyo-demografik form uygulandı. Ölçekler Ek olarak verilmiştir-(EK 1 Hastalık Algısı Ölçeği, EK 2, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), EK 3 Beck Depresyon Ölçeği, EK 4 Beck Anksiyete Ölçeği)

3.3. İstatistiksel analiz

Çalışmadan elde edilen tüm veriler SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Grupların kesikli değişkenler açısından farklı olup olmadığını saptamak amacıyla Fischer Exact test, Yates Ki-kare testi ve Pearson Ki-kare testi; sürekli değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında, parametrik varsayımlar karşıladığında Student t testi, karşılanmadığında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (65)

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman'ın rho korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Anksiyete, depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki kısmi korelasyon (partial correlation) ile değerlendirilmiştir <0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızda olgularımızın sosyodemografik özellikleri, hastalık algısı ölçeği ve alt boyut puanları, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puanları, Beck Anksiyete ölçeği puanları, Beck Depresyon ölçeği puanları yukarıda belirtilen veri toplama formları değerlendirilerek hesaplandı. Ayrıca çalışmamızda hastalık algısı alt ölçek boyutları ile yaşam kalitesi alt boyutları istatistiksel olarak (Spearman'ın rho korelasyon testi) karşılaştırıldı. Yaşam kalitesi tüm alt boyutları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak (partial correlation) araştırıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması $40.62 \pm 10,28$ yıl idi. 84 (%84,0) kadın, 16 (%16,0) erkek olgu vardı. 18 (%18,0) öğrenim görmeyen, 48 (%48,0) ilköğretim mezunu, 24 (%24,0) lise, 10 (%10,0) üniversite mezunu olgu vardı. 86 (%86,0) evli, 14 (%14,0) bekar olgu vardı. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Özellik	Değişken	N	%
Cinsiyet	Kadın	84	84,0
	Erkek	16	16,0
Öğrenim düzeyi	Yok	18	18,0
	İlköğretim	48	48,0
	Lise	24	24,0
	Üniversite	10	10,0
Medeni durum	Evli	86	86,0
	Bekar	14	14,0
Toplam		100	100,0

Olguların ortalama klinik bulguları tablo 4.2’de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. Olguların Ortalama Klinik Bulguları.

Parametre	Olgular	Standart sapma
Yaş (yıl)	40,62	10,28
Kadın/erkek	84/16	
BMI (kg/m ²)	31,75	0,5
TSH (mU/L)	2,67	0,20
f-T3 (pmol/L)	3,56	0,1
f-T4 (pmol/L)	1,05	0,4
TG	1,09	0,2
ANTI-TG	4,67	0,24
SÜRE (ay)	5,63	0,5

Olgularda hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları aşağıdaki tablo 4.3'te özetlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları.

Alt Boyutlar		Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.
Hastalık Tipi	Hastalık tipi-kimlik	12,34	6,79	13,00	0,00	28,00
Hastalık Hakkında Görüşler	Süre	16,58	6,13	16,00	6,00	30,00
	Sonuçlar	15,80	5,82	16,00	6,00	30,00
	Kişisel Kontrol	18,68	5,42	18,50	6,00	29,00
	Tedavi Kontrolü	18,36	5,70	20,00	5,00	25,00
	Hastalığı Anlayabilme	11,60	4,75	11,00	5,00	23,00
	Süre (Döngüsel)	11,10	3,70	11,00	4,00	20,00
	Duygusal Temsiller	17,14	7,15	17,50	6,00	30,00
Hastalık Nedenleri	Psikolojik Atıflar	16,22	5,90	14,50	6,00	30,00
	Risk Etkenleri	14,38	5,26	13,00	7,00	27,00
	Bağıışıklık	6,44	2,61	6,00	3,00	13,00
	Kaza veya şans	4,00	2,03	4,00	2,00	10,00

Fiziksel semptomlardan özellikle yorgunluk, güç kaybı ve soluk almada güçlük şikayetlerinin diğer semptomlardan daha yüksek yüzde ile hastalıkla ilişkilendirilmesi dikkat çekicidir. Dolayısıyla belirtilerin dağılımı Tablo 4.4'te özetlenmiştir.

Tablo 4.4.Hastalık tipi boyutuna ait belirtilerin dağılımı

Belirti	Belirti zamanı	Hayır		Evet	
		n	%	n	%
Ağrı	Hastalık başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım	40	40,0	30	60,0
	Bu belirti hastalığımla ilgili	60	60,0	20	40,0
Boğazda yanma	Hastalık başlangıcından ...	50	50,0	50	50,0
	... hastalığımla ilgili	60	60,0	40	40,0
Bulantı	Hastalık başlangıcından ...	66	66,0	34	34,0
	... hastalığımla ilgili	78	78,0	22	22,0
Soluk almada güçlük	Hastalık başlangıcından ...	40	40,0	60	60,0
	... hastalığımla ilgili	52	52,0	48	48,0
Kilo kaybı	Hastalık başlangıcından ...	74	74,0	26	26,0
	... hastalığımla ilgili	82	82,0	18	18,0
Yorgunluk	Hastalık başlangıcından ...	12	12,0	88	88,0
	... hastalığımla ilgili	20	20,0	60	80,0
Eklem sertliği	Hastalık başlangıcından ...	54	54,0	46	46,0
	... hastalığımla ilgili	68	68,0	32	32,0
Gözlerde yanma	Hastalık başlangıcından ...	64	64,0	36	36,0
	... hastalığımla ilgili	80	80,0	20	20,0
Hırıltılı soluma	Hastalık başlangıcından ...	62	62,0	38	38,0
	... hastalığımla ilgili	74	74,0	26	26,0
Baş ağrısı	Hastalık başlangıcından ...	44	44,0	56	56,0
	... hastalığımla ilgili	76	76,0	24	24,0
Mide yakınmaları	Hastalık başlangıcından ...	58	58,0	42	42,0
	... hastalığımla ilgili	82	82,0	18	18,0
Sersemlik hissi	Hastalık başlangıcından ...	40	40,0	60	60,0
	... hastalığımla ilgili	56	56,0	44	44,0
Uyku güçlüğü	Hastalık başlangıcından ...	46	46,0	54	54,0
	... hastalığımla ilgili	60	60,0	40	40,0
Güç kaybı	Hastalık başlangıcından ...	28	28,0	72	72,0
	... hastalığımla ilgili	40	40,0	60	60,0

Her iki grup SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları Tablo 4.5’de özetlenmiştir.

Tablo 4.5.SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları.

Alt Boyutlar	Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.
Fiziksel Fonksiyon	53,90	28,86	52,50	0,00	100,0
Fiziksel Rol Güçlüğü	31,25	18,25	37,50	0,00	50,00
Emosyonel Rol Güçlüğü	31,33	18,01	33,33	0,00	50,00
Vitalite (Canlılık)	46,60	21,58	47,50	5,00	95,00
Mental Sağlık	61,20	19,76	64,00	12,00	96,00
Sosyal Fonksiyon	67,25	25,61	62,50	0,00	100,0
Ağrı	66,20	25,60	67,50	0,00	100,0
Genel Sağlık	54,10	17,77	55,00	15,00	90,00

Olguların Beck Anksiyete ölçeği puan ortalaması 18.71 ± 13.56 ; Beck Depresyon ölçeği puan ortalaması 12.58 ± 9.40 olarak bulundu (Tablo 4.6).

Tablo 4.6.Beck anksiyete ve depresyon ölçeği puanları.

Ölçek	Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.
Beck Anksiyete	18,71	13,56	17,00	0,00	47,00
Beck Depresyon	12,58	9,40	10,00	0,00	38,00

Çalışmamızda hastalık algısı alt ölçek boyutları ile yaşam kalitesi alt boyutlarını karşılaştırdığımızda olgularda hastalık algısı ölçeği hastalık hakkında görüşler hastalığı anlayabilme boyutu ile yaşam kalitesi genel sağlık boyutu arasında, duygusal temsiller boyutu ile, yaşam kalitesi vitalite (canlılık) ve genel sağlık boyutu arasında, hastalık nedenleri bağışıklık boyutu ile yaşam kalitesi tüm alt boyutları arasında, psikolojik atıflar ile mental sağlık boyutu arasında, kaza ve şans boyutu ile yaşam kalitesi mental sağlık boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı ($p < 0,05$) ilişki vardı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.

		1	2	3	4	5	6	7	8
Hastalık Tipi	Kimlik	-0,22	-0,23	-0,31*	-0,27	-0,30	0,03	-0,21	-0,39*
	Süre	-0,21	-0,22	-0,18	-0,12	0,08	-0,16	-0,05	-0,14
	Sonuçlar	-0,29	-0,18	-0,15	-0,40*	-0,31	-0,18	-0,25	-0,32*
Hastalık Hakkında Görüşler	Kişisel Kontrol	0,10	-0,03	-0,03	-0,11	0,02	-0,06	0,04	-0,08
	Tedavi Kontrolü	-0,24	-0,10	-0,01	-0,06	0,01	-0,05	0,04	0,37*
	Hastalığı Anlayabilme	0,00	-0,34*	-0,27	-0,26	-0,24	-0,11	-0,08	-0,42**
	Süre (Döngüsel)	-0,38*	-0,32*	-0,21	-0,23	-0,24	-0,32*	-0,29	-0,07
	Duygusal Temsiller	-0,28	-0,24	-0,15	-0,42**	-0,38*	-0,28	-0,37*	-0,31*
Hastalık Nedenleri	Psikolojik Atıflar	-0,34*	-0,20	-0,21	-0,31	-0,48**	-0,16	-0,34	-0,27
	Risk Etkenleri	-0,29	-0,22	-0,19	-0,35*	-0,36*	-0,46**	-0,10	-0,24
	Bağıışıklık	-0,45**	-0,40**	-0,35**	-0,42**	-0,37**	-0,46**	-0,24	-0,32*
	Kaza veya şans	-0,29	-0,31	-0,23	-0,33*	-0,47**	-0,36*	-0,26	-0,35*

1- Fiziksel Fonksiyon 2- Fiziksel Rol Güçlüğü 3- Emosyonel Rol Güçlüğü 4- Vitalite (Canlılık) 5- Mental Sağlık 6-Sosyal Fonksiyon 7- Ağrı 8- Genel Sağlık Algısı

* p<0.05

**p<0.01

Olgularda fiziksel rol güçlüğü dışında yaşam kalitesi tüm alt boyutları ile anksiyete arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.52$; $p<0.01$). Yaşam kalitesi alt boyut puanları düşük olan olgularda anksiyete yüksekti (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.

Yaşam Kalitesi * Anksiyete	Korelasyon
Fiziksel Fonksiyon	-0,48**
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,10
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,30*
Vitalite (Canlılık)	-0,45**
Mental Sağlık	-0,44**
Sosyal Fonksiyon	-0,47**
Ağrı	-0,35*
Genel Sağlık Algısı	-0,36*

* p<0.05

**p<0.01

Olgularda, fiziksel rol güçlüğü alt boyutu dışında tüm boyutlar ile depresyon arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.55$; $p<0.01$). Bu boyutlarda alınan düşük puan alan olgularda depresyon yüksekti. (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.

Yaşam Kalitesi * Depresyon	Korelasyon
Fiziksel Fonksiyon	-0,44**
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,13
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,42**
Vitalite (Canlılık)	-0,45**
Mental Sağlık	-0,37**
Sosyal Fonksiyon	-0,53**
Ağrı	-0,60**
Genel Sağlık Algısı	-0,51**

* p<0.05

**p<0.01

Olgular cinsiyete göre karşılaştırıldığında hastalık algısı ölçeği, anksiyete ve depresyon ölçek puanları, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktu ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırması

Ölçekler		Kadın		Erkek		p*
		Ort.	SS	Ort.	SS	
Hastalık Tipi	Hastalık tipi-kimlik	12,11	7,03	14,00	4,90	0,437
Hastalık Hakkında Görüşler	Süre	16,70	6,30	15,67	5,20	0,697
	Sonuçlar	15,39	5,66	18,83	6,68	0,249
	Kişisel Kontrol	18,61	5,38	19,17	6,24	0,964
	Tedavi Kontrolü	18,82	5,36	15,00	7,54	0,243
	Hastalığı Anlayabilme	11,41	4,59	13,00	6,16	0,539
	Süre (Döngüsel)	11,07	3,85	11,33	2,66	0,763
	Duygusal Temsiller	17,18	7,33	16,83	6,34	0,787
Hastalık Nedenleri	Psikolojik Atıflar	16,02	6,17	17,67	3,50	0,346
	Risk Etkenleri	14,11	5,05	16,33	6,80	0,463
	Bağışıklık	6,39	2,45	6,83	3,92	0,928
	Kaza veya şans	3,86	1,91	5,00	2,76	0,330
Beck Anksiyete		18,14	13,45	22,83	14,93	0,393
Beck Depresyon		12,66	9,33	12,00	10,86	0,675
SF-36 Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	54,20	27,76	51,67	39,07	0,940
	Fiziksel Rol Güçlüğü	30,68	18,37	35,42	18,40	0,621
	Emosyonel Rol Güçlüğü	31,44	18,05	30,56	19,48	0,901
	Vitalite (Canlılık)	46,25	21,92	49,17	20,60	0,619
	Mental Sağlık	61,91	20,66	56,00	11,03	0,338
	Sosyal Fonksiyon	66,76	25,71	70,83	27,00	0,682
	Ağrı	65,74	27,69	69,58	18,13	0,976
Genel Sağlık		54,55	18,42	50,83	12,81	0,549

* Mann Whitney U testi

Olgularda öğrenim düzeyine göre hastalık algısı ölçeği puanları, Beck anksiyete ölçek puanları, Beck depresyon ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktu ($p>0.05$). Olguların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından öğrenim düzeyine göre sadece fiziksel fonksiyon boyut puanında anlamlı farklılık saptandı

($p=0.013$). Buna göre ilköğretim, lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören olguların fiziksel fonksiyon puanları, hiç öğrenim görmeyen olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırması.

Ölçekler		Öğrenim düzeyi								Anla mlı Fark **		
		Yok		İlköğretim		Lise		Üniversite				
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	p*		
Hastalı k Tipi	Hastalık tipi-kimlik	14,20	7,86	13,04	6,55	11,13	6,83	7,83	5,08	0,244		
Hastalık Hakkında Görüşler	Süre	18,70	5,36	16,65	5,84	16,63	8,83	12,67	3,20	0,246		
	Sonuçlar	15,50	6,06	16,31	4,95	16,25	8,43	13,50	6,02	0,778		
	Kişisel Kontrol	20,10	3,73	18,08	5,31	19,50	6,07	17,83	7,94	0,644		
	Tedavi Kontrolü	17,70	4,67	17,58	6,65	19,50	5,04	21,33	2,58	0,484		
	Hastalığı Anlayabilm e	12,30	4,30	12,77	4,78	9,63	4,34	8,00	4,29	0,062		
	Süre (Döngüsel)	11,50	4,20	11,38	3,51	10,25	2,76	10,33	5,28	0,950		
	Duygusal Temsiller	15,50	8,40	19,38	6,26	13,75	8,24	14,67	5,20	0,171		
	Hastalık Nedenleri	Psikolojik Atıflar	15,40	8,71	16,81	5,12	15,38	5,76	16,17	4,88	0,727	
Risk Etkenleri		12,10	3,96	14,50	5,25	17,75	5,42	13,17	5,81	0,177		
Bağıışıklık		5,60	2,07	6,46	2,72	7,13	2,59	6,83	3,31	0,589		
Kaza veya şans		3,20	1,62	4,08	2,00	5,13	2,53	3,50	1,76	0,257		
Beck Anksiyete		17,20	15,34	21,72	13,92	13,00	9,84	16,33	13,00	0,379		
Beck Depresyon		13,10	9,05	14,23	10,42	9,75	7,89	8,33	6,28	0,519		
SF-36 Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	31,00	28,26	54,81	25,83	63,75	31,59	75,00	15,81	0,013	B, C, D>A	
	Fiziksel Rol Güçlüğü	25,00	20,41	31,25	18,46	35,94	15,58	35,42	18,40	0,562		
	Emosyonel Rol	31,67	19,95	29,49	17,83	37,50	14,77	30,56	22,15	0,758		
	Güçlüğü Vitalite (Canlılık)	43,00	20,98	45,96	19,13	53,13	29,02	46,67	25,82	0,873		
	Mental Sağlık	57,60	22,96	59,85	19,41	67,00	21,03	65,33	16,33	0,733		
	Sosyal Fonksiyon	57,50	36,89	70,19	19,71	65,63	22,90	72,92	32,03	0,813		
	Ağrı	48,75	25,64	68,17	25,25	68,75	30,24	83,33	17,15	0,069		
	Genel Sağlık	42,50	17,20	55,96	15,56	57,50	22,83	60,83	16,25	0,158		

* Kruskal Wallis H testi

**Mann Whitney U testi

Olgularda evli ve bekar olguların Beck anksiyete ölçek puanları, Beck depresyon ölçek puanları, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktu ($p>0.05$). Ancak evli ve bekar olguların hastalık algısı hastalık hakkında görüşler alt ölçeği sonuçlar boyut puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p=0.035$). Evli olguların sonuçlar boyut puanları, bekar olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırması.

Ölçekler		Evli		Bekar		p*
		Ort.	SS	Ort.	SS	
Hastalık Tipi	Hastalık tipi-kimlik	6,58	0,95	14,85	10,50	0,921
Hastalık Hakkında Görüşler	Süre	6,06	0,87	9,19	6,50	0,472
	Sonuçlar	5,65	0,82	1,41	1,00	0,035
	Kişisel Kontrol	5,26	0,76	9,19	6,50	0,372
	Tedavi Kontrolü	5,81	0,84	0,71	0,50	0,747
	Hastalığı Anlayabilme	4,84	0,70	2,12	1,50	0,766
	Süre (Döngüsel)	3,62	0,52	3,54	2,50	0,065
	Duygusal Temsiller	7,06	1,02	3,54	2,50	0,078
Hastalık Nedenleri	Psikolojik Atıflar	5,90	0,85	2,12	1,50	0,107
	Risk Etkenleri	5,34	0,77	1,41	1,00	0,503
	Bağıışıklık	2,62	0,38	1,41	1,00	0,146
	Kaza veya şans	2,06	0,30	1,41	1,00	0,818
Beck Anksiyete		13,31	1,94	26,16	18,50	0,800
Beck Depresyon		8,82	1,27	21,21	15,00	0,399
SF-36 Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	28,56	4,12	21,21	15,00	0,123
	Fiziksel Rol Güçlüğü	18,22	2,63	20,00	16,11	0,091
	Emosyonel Rol Güçlüğü	18,07	2,61	23,57	16,67	0,877
	Vitalite (Canlılık)	20,82	3,00	49,50	35,00	0,842
	Mental Sağlık	19,40	2,80	36,77	26,00	0,804
	Sosyal Fonksiyon	26,01	3,75	17,68	12,50	0,668
	Ağrı	26,68	3,85	30,05	21,25	0,410
	Genel Sağlık	17,32	2,50	31,82	22,50	0,441

* Mann Whitney U testi

Olgularda yaş ile hastalık algısı ölçeği puanları, Beck anksiyete ölçek puanları ile Beck depresyon ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktu ($p>0.05$). Ancak olguların SF-36 ölçeğinde yer alan ağrı puanı yaş ilerledikçe artmaktaydı ($r=0.43$; $p<0.01$). Olguların ölçek puanları-yaş ilişkisi Tablo 4.13’de özetlenmiştir.

Tablo 4.13. Ölçek puanlarının yaş ile ilişkisine ait korelasyon analizi sonuçları.

Ölçekler		Korelasyon
Hastalık Tipi	Hastalık tipi-kimlik	0,16
	Süre	0,27
	Sonuçlar	0,00
	Kişisel Kontrol	-0,09
Hastalık Hakkında Görüşler	Tedavi Kontrolü	-0,31*
	Hastalığı Anlayabilme	0,34*
	Süre (Döngüsel)	0,11
	Duygusal Temsiller	0,09
	Psikolojik Atıflar	0,04
Hastalık Nedenleri	Risk Etkenleri	-0,29*
	Bağıışıklık	-0,16
	Kaza veya şans	-0,14
Beck Anksiyete		0.08
Beck Depresyon		0.13
SF-36 Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	-0,46*
	Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,17
	Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,18
	Vitalite (Canlılık)	0,01
	Mental Sağlık	-0,01
	Sosyal Fonksiyon	-0,14
	Ağrı	0,43**
	Genel Sağlık	-0,27

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda tiroid kanseri hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıklarını, bu algıyı etkileyen faktörlerin neler olduğu öncelik alınmış ve algının yaşam kalitesi üzerine doğrudan veya dolaylı etkisi araştırılmıştır. Araştırmaya son bir yıl içinde diferansiye tiroid kanseri (DTK) nedeniyle total tiroidektomi geçirmiş ve sonrasında kliniğimizde RAI tedavisi almış 100 hasta dahil edilmiştir.

DTK hastalarının çoğu birinci tedavi sonrası tamamen düzelme göstermektedir. Ancak uzun süre yüksek dozda L-tiroksin kullanmak, zaman zaman L-tiroksinin kesilmesi sonucu oluşan hipotiroidi, RAI tedavisinin yan etkileri ve hastalığa karşı bilinmezlik duygusu nedenleriyle yaşam kalitesinde (QOL) düşme meydana gelmektedir. Tiroid kanserlerinde diğer kanser türlerinin çoğunda uygulanan uzun, zorlu ve yıpratıcı bir tedavi süreci izlenmemektedir. Ancak bizim algıladığımızın ötesinde hastalık sürecinde hastalarda beklenmedik gelişmeler izlenebilir. Kullanılan anketlerle ve sosyo-demografik parametreler öncülüğünde hastalık algısı, buna bağlı yaşam kalitesinde değişiklik ve tüm bunların öncülüğünde anksiyete ve depresyonun tetiklenmesi araştırmanın amacı olarak belirlendi.

DTK'li hastaların yaşam kalitesini değerlendiren birkaç çalışma olmasına rağmen, hiçbirisi aynı çalışmada hastaların hastalık algısına değinmemiştir (66-67). Hoftijzer ve ark, SF-36 da dahil olmak üzere dört sağlıkla ilgili anketi, 153 tedavi edilen DTK hastasında yaşam kalitesi ölçeğini bir kontrol grubuna kıyaslayarak incelediler (16). Azalmış yaşam kalitesinin TSH düzeyiyle ilgisi olmadığı ve tedavi süresiyle ters orantılı olduğu ve incelenen diğer tıbbi veya demografik parametrelerin hiçbirinin yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olmadığı tespit edildi. Bizim çalışmamızda TSH düzeyinden bağımsız olarak yaşam kalitesi ölçütleri tedavinin ilk yılında olan hasta grubunda norm değerlerinin altında bulundu. Benzer olarak demografik verilerin hiçbirinde istatistiksel olarak çok belirgin farklılık izlenmedi. Crevenna ve ark. SF-36 anketi kullanan, levotiroksin tedavisi altında, ardışık 150 DTK hastasının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini araştırmışlardır (68). Yaşam kalitesi tanıdan sonraki ilk yıl boyunca önemli oranda bozulurken sonrasında düzelmiş olarak bulundu. Yaşam kalitesi ve hastalık

süresi arasında doğrudan bir korelasyon olmasına rağmen, yaşam kalitesinin bazı parametrelerinin kalıcı olarak bozulduğu görüldü. Bizim çalışmamızda ise tedavinin ilk yılında olan hastalarda en belirgin fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğünde olmak üzere bütün parametrelerde puanlar düşük izlendi. Tedavinin ilk yılındaki hastalarda yaşam kalitesinin tüm parametrelerinin bozulması dikkat çekicidir. Ancak tanıyı kabullenme süreci zor olan bu grup hastalarda, çalışmanın uzun dönemde tekrarı daha sağlıklı sonuçlar verecektir.

Çok etnik kimlikli kentsel bir Asya nüfusundaki yaşam kalitesinin tanı, tedavi ve takibi üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada Tan ve ark. SF-36'yı 152 DTK hastasına uyguladı (69). Sosyal işlevsellik haricinde, tüm alanlarda istatistiksel olarak önemli bir düşüş kaydedildi. Yaşlılıkta ve yetersiz eğitilmiş hastalarda yaşam kalitesindeki azalma daha yüksekti. . Bizim çalışmamızda da daha az eğitim almış hasta grubunda puanlar daha düşük izlendi.

Çalışmamızda temel yaklaşım hastalık algısı ve bu algının yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediği olmuştur. Bir çalışmada hastalık algısı üzerine tek etkili demografik faktörün eğitim olduğu saptanmıştır (70). Ayrıca iyot tedavilerinin sayısının hastalık algısı üzerine negatif anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda mükerrer tedavi gören hasta grubu çalışmaya dahil edilmedi. Demografik faktörlerden hiçbirinin anlamlı düzeyde hastalık algısına etkili olduğu sonucuna ulaşılmadı.

Çalışmamızın ilk aşamasında hastalık algısı ölçeği, hastalık tipi, hastalık hakkında görüşler ve hastalığın nedenleri alt ölçek boyutları genel değerlendirmesi yapıldı. Çalışmamızda hastalık tipi alt ölçek boyutunda 14 belirtiyi hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyor yaşımadığı ve bunların hastalığıyla ilgili olup olmadığını sorduk. İkinci soruya verilen 'evet' yanıtlarının yüksek yüzdesi hastalık semptomlarının şiddetini göstermektedir. Olgularda hastaların en çok yorgunluk belirtisi yaşadığı bunu güç kaybı, soluk almada güçlük, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, ağrı ve boğazda yanma belirtilerinin takip ettiği gözlenmiştir. Diğer belirtilerin bunlara göre daha az oranda hastalıkla ilişkilendirildiği görüldü. Zordan ve Ark'.nın yaptığı çalışmada da en çok yorgunluğun görüldüğü tespit edilmiştir (71) Bu sonuç kronik hastalıklarla ilgili literatürde yer alan hemen tüm çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.72 olgu güç kaybı yaşadığını belirtmiş ve bunun %60'ı bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirmiştir. Yorgunluk ve güç kaybı belirtileri DTK hastalarının tedavi dönemleri ile korelasyon göstermeden hemen her aşamada en yoğun görülen bulgular olmuştur. Yaşam kalitesi (OQL) alt boyutu 'fiziksel rol güçlüğü'nde izlenen düşük puanlar bu semptomların yüksekliğiyle

açıklanabilir. Diğer kanser türlerinin aksine tedavi sürecinde iş ve sosyal yaşamdan uzaklaşmayan DTK hastalarının yüksek ‘yorgunluk ve güç kaybı’ nedeniyle toplumsal rollerinde performans azalması beklenebilir.

Bizim çalışmamızda soluk almada güçlük belirtisi ‘ağrı’ ve ‘kilo kaybı’ belirtilerinden daha yüksek puan almış olup DTK hastalarında sık rastlanması dikkat çekicidir. Diğer kanser gruplarında yüzde 68 oranında hastalıkla ilişkilendirilen ağrı belirtisi bizim çalışmamızda yüzde 40’ta kalmıştır. . Bulgular ağrı şikayetinin hastalığın belirleyici bir semptomu olmadığı yönündedir.

Soluk almada güçlük şikayetinin hastalarda belirgin olması nedeniyle tedavinin geç döneminde uzun süreli TSH supresyonu uygulanan hastaların fiziksel semptomlarının ve şikayetlerinin yakından takip edilmesi gerekmektedir. Çünkü bu hastalarda belirgin şikayetlerden biri yorgunluk ve soluk almada güçlüğüne bağlı olarak merdiven çıkamama oldu. Bir çalışmada (Massolt ET ve ark.) levotiroksin dozu ile yorgunluk arasındaki ilişki araştırılmış ve levotiroksin dozunda hafif artışın yorgunluğu azaltıp yaşam kalitesini artırdığına dair bulgu saptanmamıştır (72). Bizim çalışmamızda ise subklinik hipertiroidi olmuş hastalar doz azaltımı ile şikayetlerinin hafiflediğini ifade ettiler.

Çalışmamızda ‘kilo kaybı’ bulgusu en az hastalıkla ilişkilendirilen belirti olurken çoğu kadın olan olguların asıl şikâyeti kilo alma oldu. Tedavi sürecini tamamlamış hastaların çoğu tedavi öncesine göre ortalama 10-15 kilo üzerinde olduklarını ve kilo vermede zorlandıklarını belirttiler. Vücut kitle indeksi ortalaması 31.75 ile obez kabul edilen olgularımızın bu açıdan profesyonel destek almaları gerekmektedir. Obezite etkisi diğer kanser ve kronik hastalıkların aksine DTK hastalarında yaşam kalitesinde düşüşün ve depresyonun bir nedeni olabilir.

Çalışmamızda süre (akut/ kronik) boyutunda puanlar hafif yüksek izlendi (16.58). Bu boyutta yüksek puan hastaların hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösteren negatif bir parametredir. Hastaların bir kısmının hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir. 110 tiroid kanseri hastası ile yapılan yabancı bir çalışmada (70) süre alt ölçek puanı bizim çalışmamıza yakın bulunmuştur (18,47).

Çalışmamızda sonuçlar boyutunda puanlar belirgin yüksek değildir (15.80). Bu boyutta yüksek puanlar hastaların hastalıklarının ciddi sonuçları olabileceğini düşündükleri yönünde inançları olduğunu gösteren negatif bir parametredir. DTK olan 110 hasta ile yapılan yabancı çalışmanın puanı bizim çalışmamıza oldukça yakındır

(15,39). Sonuçlar alt ölçeğinde puanlar eğitim süresi ile az da olsa ters orantılıdır. Bu ölçekte en düşük puanı alan üniversite mezunu grubun hastalığın sonuçları hakkında daha az negatif inançlara sahip oldukları ya da olumsuz düşünceye kısmen uzak oldukları görüldü. Bu boyutta evli olguların puanları, bekar olan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Evli olgular aile içi bireylerin desteğiyle hastalığın yıpratıcı yanını daha kolay atlatabilir olsalar da aile sorumluluğu nedeniyle geleceğe yönelik endişeleri de artmaktadır.

Çalışmamızda sonuçlar alt ölçeğinde puanlar diğer kanserli olgularda izlenen puanlar kadar yüksek değildir. Bunun nedeni diğer kanserli olgularda izlenen uzun ve yıpratıcı tedavi süreçlerinin DTK'li hastalarda yaşanmaması ya da diğer kanserlerin yarattığı psikolojik travmanın daha ağır olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda 'kişisel kontrol algısı' ve 'tedavi kontrolü' boyutları puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar hastaların tedaviye ve kendilerinin tedaviyi kontrol etme inancına sahip olduklarını göstermektedir. Yüksek puanlar tedavinin devamı ve hasta uyumu konusunda pozitif parametredir. DTK'li 110 hasta ile yapılan yabancı çalışmada da bu boyutlarda puanlar yüksektir (/70). Ancak genel tespitler kanser hastalarında kişisel kontrol algısının düşük olduğudur. Birçok yabancı orijinli çalışmada bu yönde sonuç vermiştir (73,74,75 ,76). DTK'li hastalarda tedaviye uyum diğer kanser hastalarından belirgin yüksek izlenmiştir.

Bizim ülkemizde kişisel kontrol puanlarının yüksek olmasında geleneksel yapımızla ilişkili olarak çevresel desteğin bu süreçte artmasının etken olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak hastaların tedaviye inancı ve bu aşamada yaşam tarzlarındaki değişiklikler olumlu olarak değerlendirilmiştir. Konuyla ilgili çalışma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, bireylerin kişisel kontrol algılarının kronik hastalığın etkili yönetimi için önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Demografik verilere göre en düşük puanlar eğitim almamış grupta izlenmiştir. Bekar olgularda ise kişisel kontrol puanları evli olanlardan daha yüksek bulundu. Ancak farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaş ile ilişkisinde 'tedavi kontrolü' boyutunda puanlar ileri yaş ile korele olarak anlamlı artış göstermiştir. İleri yaş hastaların tedaviye uyumu ve inancı genç hasta grubundan daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda 'duygusal temsiller' boyutunda negatif parametre olarak en yüksek puanlar izlenmiştir. Bu sonuç hastaların kaygı ve endişe verici bir durumla mücadele ettiklerini göstermektedir. Bir çalışmaya göre eğitim düzeyi hastalığın duygusal temsilini etkileyen tek demografik faktördür (69). Baş, boyun kanseri ve diğer

malignitelerde yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyinin yaşam kalitesinin anlamlı bir belirleyicisi olduğu ortaya konmuştur (77), Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ile duygusal temsiller arasında belirgin bir korelasyon bulunamadı. Tüm gruplarda duygusal temsiller puanı yüksek izlendi. Evli olgularda puanlar daha yüksek izlendi. Geleneksel, kültürel ve toplumsal özelliklerimizde duygusal temsiller boyutunda yüksek puanlar izlenmesinin bir faktörüdür.

Çalışmamızda hastalığı anlayabilme boyut puanları oldukça düşük bulundu. Bu alt ölçeğin düşük puanda kalması hastaların hastalığı yeterince anlayamadıklarını ya da hastalıklarını anlamakta zorlandıklarını göstermektedir. Buna karşın yabancı çalışmada hastalığı anlayabilme boyutu kişisel kontrolle birlikte en yüksek puanı almıştır (70). Bu çalışmada farklılık gösteren tek sosyodemografik faktör olan eğitim düzeyi arttıkça hastalığı anlayabilme ölçek puanı artmakta, hastalığın ciddi sonuçları olduğuna dair inancı içeren sonuçlar boyutu puanı düşmektedir. Bizim çalışmamızda ise öğrenim düzeyi ile korelasyon izlenmedi. Ülkemizde diğer kanser hastaları ile yapılan Karabulutlu ve ark.'nın çalışmasında da hastalığı anlayabilme boyutunda puanlar belirgin düşük izlenmiştir (78). Çalışmamızda yaş ile bu boyutta anlamlı korelasyon izlendi.

Çalışmamızda süre (döngüsel) boyut puanı oldukça düşük bulundu (11,10). Bu boyutta yüksek puan hastaların hastalığının iyi ve kötü dönemleri olduğuna dair inançlarının belirsiz olması demektir. 110 tiroid kanseri hastaları ile hastalık algısı ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada süre boyut puanı bizim çalışmamıza benzer şekilde diğer boyut puanlarından belirgin düşük bulunmuştur (9.95). Bu sonuçlar DTK hastalarının hastalıklarının döngüsel süreci olduğuna inanmadıklarını göstermektedir. Diğer kanser hastaları ise zaman zaman daha iyi, zaman zaman daha kötü oldukları dönemler tanımlamaktadır.

Çalışmamızda hastalık algısının üçüncü alt ölçeğini 'hastalığın nedenleri' oluşturmaktadır. Bu ölçekte ilk sırayı psikolojik atıflar almıştır. Bunu küçük bir farkla risk faktörleri takip etti. Diğer kanser türleri ile yapılan çalışmada risk faktörleri birinci alt boyut olmuştur. Bunun nedeni ülkemiz insanının kanser hastalığında risk faktörleri arasında sigarayı birincil etken olarak görmesidir. Açıkgoz ve ark.larının çalışmasında katılımcıların %90,8'inin sigaranın kansere neden olan etkenler arasında birinci sırada olduğunu belirttiklerini ifade etmişlerdir (79). Bizim çalışmamızda sigara küçük bir grup tarafından risk faktörü olarak görülürken kalıtsal ve diyet-beslenme alışkanlıkları

yanıtları 1. ve 2. sırayı aldı. Bu sonuçlar olguların hastalığın risk faktörleri konusunda daha bilinçli olduklarını gösterdi.

Psikolojik atıfların ilk sırayı almasının nedeni. özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük grupta genel yaşam zorluğunun bir yansıması olarak stres, sıkıntı ve aile problemlerinin yoğun izlenmesi olabilir. Bu negatif unsurların tedavi sürecinde daha stresten uzak bir hayat sürmeleri yönünde hastaları pozitif yönde etkilediği tespit edildi.

Demografik verilerden yaş ile risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon izlendi. Yaş artışı ile risk faktörlerini (sigara, kalıtsal, diyet-beslenme alışkanlıkları) hastalığın etkeni görenlerin sayısında artış izlendi..

Çalışmanın bundan sonraki kısmında yaşam kalitesi alt boyutları incelendi. Çalışmamızda fiziksel fonksiyon alt ölçek puanları ortalaması 53,90 olarak bulundu. Bu boyutta yüksek puanlar kişinin günlük aktivitelerini kısıtlama olmadan yapabildiğini gösterir. Hastalık algısı ile korele edildiğinde, en anlamlı ilişki hastalık etkenleri, bağışıklık alt boyutu arasında oldu. Hastalık nedeni olarak vücut direncinin düşüklüğü yanıtını veren olgularda fiziksel fonksiyon anlamlı olarak düşük bulundu.

Çalışmamızda fiziksel rol güçlüğü puanı 31,25, emosyonel rol güçlüğü puanı 31,33 olarak belirgin düşük bulundu. Bu ölçeklerde düşük puan fiziksel ve duygusal nedenlerle işte, okulda ve diğer etkinliklerde sorunlar yaşadığını gösterir. Yaşam kalitesi alt boyutları içinde en belirgin negatif ölçütler fiziksel ve emosyonel rol güçlüğünde izlenen düşük puanlar oldu.

Çalışmamızda vitalite (canlılık), mental sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık puanları norm değerlerinin altında izlenirken ağrı alt ölçek puanları fiziksel fonksiyon ile birlikte en yüksek puan grubunu oluşturdu.

SF-36 formu fiziksel komponent ve mental komponent olarak iki alt gruba ayrılır. Fiziksel komponent; fiziksel fonksiyon, ağrı, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık alt skalasından, mental komponent; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt skalasından oluşur. Çalışmamızda fiziksel komponent ortalama puanları 51,36, mental komponent ortalama puanları olgularda 51,59 olarak bulundu. Literatürde bir çalışmada 50 puanın altı yaşam kalitesinde önemli negatif ölçüt olarak kabul edilmiştir (80). Bizim çalışmamızda değerler bu ölçüde düşük bulunmadı. 1997’ den 2010’a Husson ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik bir gözden geçirme, differansiye tiroid kanseri olan olguların normal popülasyona kıyasla yaşam kalitesinin biraz daha kötü olabileceğini göstermiştir(81) Yabancı kaynaklı kesitsel bir çalışma differansiye tiroid kanseri hastalarının prognozu iyi olsa da yaşam alanlarının tedavi ve

yan etkilerden etkilendiğini göstermiştir (82).Bizim çalışmamızda tedavinin ilk yılı içindeki hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, ancak en çok etkilenen alanların fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü olduğu tespit edildi..

Çalışmamızda hastalık algısı alt ölçekleri ile yaşam kalitesi boyutları korele edildiğinde en belirgin negatif korelasyon hastalık nedenleri alt ölçeği bağımsızlık boyutu ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında oluştu. Özetle vücut direncinin düşük olduğuna inanan hastaların yaşam kalitesi diğerlerinden belirgin düşüktü.

Çalışmamızda hastalığı anlayabilme alt boyutu ile yaşam kalitesi ‘genel sağlık’ boyutu arasında, hastalık nedenleri risk etmenleri ile yaşam kalitesi ‘sosyal fonksiyon’ arasında, hastalık algısı ‘duygusal temsiller’ alt boyutu ile, yaşam kalitesi vitalite (canlılık) alt boyutu arasında negatif ve anlamlı ilişki oluştu.

Çalışmamızda etkili tek demografik veri eğitim oldu. Üniversite mezunu hastaların özellikle fiziksel fonksiyon puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksekti. Diğer alt gruplarda da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da üniversite mezunu grupta puanlar daha yüksek bulundu. Bir çalışmada benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir. (83). Bizim çalışmamızda da tüm alt boyutlarda puanlar eğitim düzeyi ile korele olarak artış gösterdi.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında hiçbir parametrede istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Kanser hastaları ile yapılan Given ve ark’nın çalışmasında cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını belirtmişlerdir (84).

Yaş artışı ile pozitif parametre olan ‘ağrı’ alt boyutu arasında anlamlı korelasyon izlendi. Genç hastalarda ağrıya duyarlılığın yüksek olması bir sebep olabilir. Ayrıca hastalık algısı ‘tedavi kontrolü’, ‘hastalığı anlayabilme’ ve yaşam kalitesi ‘fiziksel fonksiyon boyutlarında puanlarda yaş ile artış izlendi.

Kanser tanısı ve tedavi sürecinde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Zaman zaman tedavinin yan etkileri de anksiyete ve depresyon semptomlarına benzer bulgulara neden olmaktadır.

Çalışmamızda Beck anksiyete puanları ort. 18,71, Beck depresyon puanları ort.12,58 olarak bulundu. Bu sonuçlar olgularımızda ölçekte 17 sınır olarak kabul edilirse (cut off değeri) orta düzeyde anksiyete olduğunu göstermektedir DTK hastalığında tedavi olarak çok olumlu sonuçlar alınması nedeniyle ağır depresyon bulguları değil, hafif depresif belirtiler izlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme kanserli hastalarda %32, solunum sistemi tümörü olan hastalarda %22,2 ve

sindirim sistemi kanseri olan hastalarda %20,4 oranında major depresyon izlendiği bildirilmiştir (85). Bir diğer çalışmada kanser hastalarının %20-50'sinde hafif ya da şiddetli derecede depresyon görülmekle birlikte, bunun %15'i major depresif bozukluktur (86). Ayrıca kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının, kanserin türüne, evresine, tedavinin türüne ve hastalığın başlangıcından sonra geçen zamana bağlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. (87,88). Bizim çalışmamızda katılımcı bir olgu depresyon tanısı ile tedavi görüyordu.

Diğer kanser türlerinde genelde geleceğe dair kaygı ve endişe, uzun tedavi süreçleri ve kemoterapinin yan etkileri anksiyete ve depresyon belirtilerine sebep olurken, DTK hastalarında RAI tedavisinin yan etkileri, tedavinin bir bölümü olan TSH supresyonu ve levotiroksinin kesilip hipotiroidi gelişen durumlarda benzer bulgular izlenebilir. Ayrıca anket sırasında hastaların bir kısmının kozmetik sorunlar, bir organını kaybetme, ömür boyu ilaca bağımlı olma gibi nedenlerle depresyona eğilimlerinin yüksek olduğu izlenimi edinildi. Ancak bu durum genelde ruhsal sıkıntı ile sınırlıydı.

Dr. Yerlikaya'nın tez çalışmasında meme, kolorektal ve over kanserlerinde anksiyete ve depresyon puanları yüksek, tiroid kanseri hastalarında ise sağlıklı kontrol gruplarından bile daha düşük bulunmuştur (89). Bizim çalışmamızda aldığımız değerler orta düzeyde anksiyete ve hafif depresif belirtiler ile uyumluydu.

Çalışmamızda yaşam kalitesi boyutları ile Beck anksiyete ve Beck depresyon ölçekleri karşılaştırıldığında, fiziksel rol güçlüğü hariç tüm boyutlarda anksiyete ve depresyon arasında negatif ve anlamlı ilişki bulundu.

Olgularda anksiyete puanları, depresyon puanlarına göre kısmen daha yüksek izlenmiştir. Bunun nedeni genel kaygılar ve bilinmezlik veya suprafizyolojik levotiroksin tedavisi ile ilgili olabilir. Levotiroksin dozu azaltılan hastalar baş ağrısı, eklem ağrısı, merdiven çıkamama gibi şikayetlerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Pillay ve ark.'nın çalışmasında düşük eğitim düzeyi yüksek anksiyete, depresyon ile birliktedir (90). Bizim çalışmamızda da eğitim durumuna göre eğitim almamış ya da düşük eğitim seviyeli gruplarda anksiyete ve depresyon ölçek puanları yüksek izlendi. Bu gruplarda hastalığı anlayabilme ölçek puanları da düşük izlenmişti. Nordin ve ark.'nın çalışmasında kanser hastalarında özellikle duygusal ve maddi destek yetersizliğinin anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir (91). Bizim çalışmamızda yer alan hastalarda küçük bir grup dışında maddi zorluklara ilişkin belirgin şikayetlerin olmadığı görüldü, BMİ ortalama puanının 31.25 olduğu hasta grubunda obezitenin anksiyete ve depresyonu tetikleyen bir negatif faktör olduğu göz

önünde bulundurulmalıdır. Bir araştırmaya göre obezitenin önlenmesi ile kanser prevalansının azaltılabileceği ortaya konmuştur (92). Ancak DTK hastalarında obezite neden değil daha çok sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya katılan hemen tüm kadın ve bir kısım erkek hastalar tarafından kilo artışı en ciddi rahatsız edici belirti olarak tanımlandı. Birçok araştırmada kanserden bağımsız olarak obezite hastalarında depresyon ve anksiyetenin görülme sıklığının yüksek olduğu ve benlik saygısının azaldığı yönündedir (93,94)

Çalışmamızda hastalık algısı ile korele edildiğinde, yaşam kalitesi düşük olan olgularda anksiyete ve depresyon yüksekti.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda son bir yıl içerisinde kliniğimizde radyoaktif iyot-131 tedavisi almış hastalarda tedavinin ilk yılı içinde hastalık algısı, yaşam kalitesi ve anksiyete, depresyon araştırıldı.

Hastalarda hastalık algısı hakkında görüşler alt ölçeği hastalığı anlayabilme boyutunda dikkat çekici düşüklük bulundu. Hastalığı anlayabilme boyutunda tüm yaş grupları ve eğitim seviyesi ile istatistiksel olarak belirgin farklılık bulunamadı. Bu sonuca göre sağlık profesyonellerinin hastalığı anlatabilme yönünden tedaviyi eksik bıraktığını düşündürebilir.

Gelişmiş toplumlarda yapılan çalışmalarda bu boyut puanlarında yükseklik, bizim hastalığa sadece tedaviye odaklandığımızı, hastalığın subjektif yani hasta tarafından algılanan yönüyle fazla ilgilenmediğimizi göstermiştir. Bunun dışında bütün boyutlarda puanlar 110 DTK hastası ile yapılan çalışmaya benzer izlenmiştir. Negatif parametre olarak duygusal temsiller boyutunda puanlar, pozitif parametre olarak 'kişisel kontrol' ve 'tedavi kontrolü' boyutlarında puanlar yüksek izlenmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinde puanlar genel olarak düşük izlendi. Ancak en belirgin düşüklük emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü boyutlarında görüldü. Bu sonuç prognozun iyi olmasına rağmen tedavinin veya yan etkilerinin özellikle iş, okul vs. gibi toplumsal rollerimizde sosyal hayatta aksamalar yaşanmasına yol açtığını göstermektedir. Bu hasta popülasyonunu uzun dönem takip etmek daha sağlıklı sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

Genel olarak olgularımızda izlenen yüksek 'yorgunluk ve güç kaybı' puanları ve düşük yaşam kalitesi 'emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü' puanları ve hastalığı anlayabilme ölçeğinde izlenen düşük puanlar önemsenmelidir. Tedavi sürecindeki hastalarda yaşam kalitesinde düşüş izlenmektedir. DSÖ sağlığı 'sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal iyilik hali' olarak tanımlar. Bu tanıma göre sağlıklı olmak için kişinin sağlık sorununun olmaması yeterli değildir ve tam iyilik halinin olması gerekmektedir. Ancak bu perspektif sağlık profesyonellerinin yeni ilgi alanına girmiştir. Anketleri yanıtlayan çoğu hasta şikayetlerini söylediklerini, ancak

özüm bulmak için laboratuvar sonuçlarına bakılması dışında bir şey yapılmadığını, bazı kadın hastalar ise radyoaktif iyot tedavisinin yan etkileri olabileceğı yönünde yeterli bilgi verilmediğini, tedavi sonrası kilo artışının pozitif olma yönünde kendilerini olumsuz etkilediğini ifade ettiler. En temel şikayetlerin yorgunluk, güç kaybı, unutkanlık, baş ağrısı ve obezite olduğu dikkati çekti.

DTK iyi prognozlu, düşük mortaliteli bir kanser türü olduğundan hastalarda yoğun anksiyete ve şiddetli depresyon belirtileri değil, tedavinin başında oluşan belirsizlikten ve kaygılardan dolayı orta düzeyde anksiyete ve ruhsal sıkıntı ile uyumlu hafif depresif belirtiler izlenmiştir. Bu sonuçlarla remisyon döneminde izlenen hastalarda yaşam kalitesi sorgulanmalı, puanların belirgin düşük izlendiğı olgularda multidisipliner yaklaşım tercih edilmelidir. Görölme sıklığı giderek artan bu hasta popölasyonunda zaman içinde farklı yaklaşımlar denemek yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1-Malloy MK, Cunnane FM. Pathology and cytologic features of thyroid neoplasms. Surg Oncol Clin N Am 2008;17:57-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2007.10.012> PMid:18177800.
- 2- Wartofsky L: Papillary carcinoma: clinical aspects In: Wartofsky L, eds.:Thyroid Cancer: A Comprehensive Guide to Clinical Management,Totowa New Jersey: Humana Press, 2000. ch 16, pp 185-192
- 3-Pelizzo MR , Boschin IM, Toniato A, Piotto A, Bernante P, Pagetta C, Rampin L, Rubello D. Papillary thyroid microcarcinoma (PTMC): prognostic factors, management and outcome in 403 patients. Eur J Surg Oncol 2006; 32: 1144-1148. [DOI:10.1016/j.ejso.2006.07.001.]
- 4- Malloy MK, Cunnane FM. Pathology and cytologic features of thyroid neoplasms. Surg Oncol Clin N Am 2008;17:57-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2007.10.012> PMid:18177800 14.
- 5-. McCarthy RP, Wang M, Jones TD et al. Molecular evidence fort he same clonal origin of multifocal papillary thyroid carcinomas. Clin Cancer Res 2006;12:2414-2418. <http://dx.doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-05-2818> PMid:16638846 19.
- 6-Zettinig G, Fueger BJ, Passler C, Kaserer K, Pirich C, Dudczak R, Niederle B. Long-term follow-up of patients with bone metastases from differentiated thyroid carcinoma: surgery or conventional therapy? Clin Endocrinol (Oxf). 2002;56:377–382.
- 7- Malloy KM, Cunnane FM. Pathology and cytologic features of thyorid neoplasms. Surg Oncol Clin N Am 2008; 17(1): 57-70.
8. McHenry CR, Phitayakorn R. Follicular adenoma and carcinoma of the thyroid gland. Oncologist 2011;16(5):585- 93.
9. Evans HL. Follicular neoplasms of the thyroid. A study of 44 cases followed for a minimum of 10 years, with emphasis on differential diagnosis. Cancer 1984;54(3):535–40
10. Soylu L, Aydoğan B, Tuncer Ü, Yapar Z. Tiroid kanseri. Koç C (ed) Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi Güneş Kitabevi, Ankara, 2004; 1061-1086.
- 11-. Suliburk J, Delbridge L. Surgical management of well-differentiated thyroid cancer: state of the art. Surgical Clinics of North America 2009;89:1171-1191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2009.06.013> PMid:19836491 ,
12. Muro-Cacho CA, Ku NN. Tumors of the thyroid gland: histologic and

cytologic features part 1. *Cancer Control*. 2000 May-Jun;7(3):276-87.

13-Collini P, Sampietro G, Rosai J, Pilotti S. Minimally invasive follicular carcinoma of the thyroid gland is the low-risk counterpart of widely invasive follicular carcinoma but not of insular carcinoma. *Virchows Arch* 2003;442:71-76. PMID:12536317

14. Legakis I, Syrigos K. Recent advances in molecular diagnosis of thyroid cancer. *Journal of Thyroid Research* 2011;E pub, ID384213.

15. Rostan GG, Zhao H, Camp LR. RAS mutations are associated with aggressive tumor phenotypes and poor prognosis in thyroid cancer. *J of Clin Oncol* 2003;21:3226-3235. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2003.10.130> PMID:12947056

16-. Burinicardi F Charles et al. Schwartz's principles of surgery. In: Lal G, Clark HO. *Thyroid, parathyroid, adrenal*. McGraw Hill Company, Ninth Edition, Newyork 2010:1343-1408.

17. Melmed S et al. Williams textbook of endocrinology. In: Schlumberger JM, Filetti S, Hay DL. *Nontoxic diffuse and nodular goiter and thyroid neoplasia*. Saunders Elsevier, 12th edition, Philadelphia 2011:440-475.

18- Rahman A G. Extend of surgery for differentiated thyroid cancer: Recommended guideline. *Oman Medical* 2011;1:56-58. <http://dx.doi.org/10.5001/omj.2011.15> PMID:22043383 PMCID:3191614

19. Tuttle M, Ross SD, Mulder EJ. Overview of the management of differentiated thyroid cancer. 2012.

20. Gosnell JE, Clark HO. Surgical approaches to thyroid tumors. . *Endocrinol Metab Clin N Am* 2008;37:437-455. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2008.02.002>

21. Hänscheid H, Lassmann M, Luster M: Iodine biokinetics and dosimetry in radioiodine therapy of thyroid cancer: procedures and results of a prospective international controlled study of ablation after rhTSH or hormone. *J Nucl Med* 2006; 47: 648-654

22. Gemenjager E, Heitz PU, Seifert B, Martina B, Schweizer I. Differentiated thyroid carcinoma. *Swiss Med Wkly* 2001;131(11-12):157–63.

23. Witt RL. Initial surgical management of thyroid cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17(1): 71-91.

24. Pacini F, Ladenson PW, Schlumberger M: Radioiodine ablation of thyroid remnants after preparation with recombinant human thyrotropin in differentiated thyroid carcinoma: results of an international, randomized, controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 926-932

25. Pacini F, Schlumberger M, Harmer C: Post-surgical use of radioiodine (¹³¹I) in patients with papillary and follicular thyroid cancer and the issue of remnant ablation: a consensus report. *Eur J Endocrinol* 2005; 153: 651–9.

26. Guerrero AM, Clark HO. Controversies in the management of papillary thyroid cancer revisited. *ISRN Oncology* 2011;1-5.
27. 2005 National Comprehensive Cancer Network, Practice Guidelines inOncology, Thyroid Carcinoma v.1.2005
28. Robbins RJ, Schlumberger MJ. The evolving role of (131)I for the treatment of differentiated thyroid carcinoma. *J Nucl Med*. 2005;46Suppl 1:28S-37S..
29. Hindie E, Melliére D, Lange F, Hallaj I, de Labriolle-Vaylet C, Jeanguillaume C, Lange J, Perlemuter L, Askienazy S. Functioning pulmonary metastases of thyroid cancer: does radioiodine influence the prognosis? *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2003 Jul;30 (7):974-81. Epub 2003 May 7.
30. Luster M, Lippi F, Jarzab B, Perros P, Lassmann M, Reiners C, Pacini F. Rh TSH-aided radioiodine ablation and treatment of differentiated thyroid carcinoma: a comprehensive review. *Endocr Relat Cancer*. 2005; 12: 49-64.
- 31-Reiners C, Biko J, Haenscheid H, Hebestreit H, Kirinjuk S, Baranowski O, Marlowe RJ, Demidchik E, Drozd V, Demidchik Y. Twenty-Five Years after Chernobyl: Outcome of Radioiodine Treatment in Children and Adolescents with Very-High-Risk Radiation-Induced Differentiated Thyroid Carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98: 3039-48
- 32-Patel SS, Goldfarb M. Well-differentiated thyroid carcinoma: The role of post-operative radioactive iodine administration. *J Surg Oncol*. 2013; 107: 665-72.
33. Petrie JK, Jago AL, Devhich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20 (2):163–167.
34. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003;18 (2):141-84.
35. Petrie JK, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med* 2006; 6 (6):536–539.
36. Yeon Kye S, Young Park E, Oh K, Park K. Perceptions of cancer risk and cause of cancer risk in Korean adults. *Cancer Res Treat*. 2014 Sep 1547 (2): 158-165. Available
37. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11 (3):431-445..
38. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısının ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri* [Clinical Psychiatry] 2007;10:192-200.
39. Tan M, Karabulutlu E. Social Support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing* 2005;28 (3):236-240.

40. Tuncay T. Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi Toplum ve Sosyal Hizmet[Community and Social Services] 2009;20 (2):69-87.
41. Dempster M, McCorry KN, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Jonston TB. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors?Journal of Health Psychology 2010;16 (3):500–509.
- 42.Richters A, Derks J, Husson O, Van Onna IE, Fossion LM, Kil PJ, et al. Effect of surgical margin status after radical prostatectomy on health-related quality of life and illness perception in patients with prostate cancer. Urologic Oncology 2015;33 (1):9-15.
43. American Cancer Society Cancer Facts and Figures.2007 Annual Report. California Divisionand Public Health Ins. erişim: www.cancer.org/docroot/CRI
44. Özyılkan Ö. Questionnaire for the assesment ofquality of life in cancer patients in Turkey. MateriaMedica Polona 27:153-156, 1995.
- 45- Calman KC. Quality of life in cancer patients, an hypothesis. J.Med. Ethics1984;10:124-127
46. Lazovich D, Robien K, Cutler G, Virnig B, Sweeney C. Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. Cancer 2009;115 (18 Suppl):4283-97.
47. Myrdal G, Valtysdotir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. Thorax 2003;58:194-7.
48. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L, et al. Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. UHOD 2008;18 (2):99-106.
- 49 Yeşilbalkan OU, Akyol AD, Cetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 2005;21:13-31.
- 50- Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care. Applications and issues inassessment BMJ 1992;305:1074-1077
- 51- Cramer JA, A Clinimetric Approach to Assessing Quality of Life in Epilepsy.Epilepsia, Raven Press Ltd. New York, ;nternational League Against Epilepsy1993;34:9-13
- 52- The Quality of American Life. Perceptions, evaluations and satisfactions. NewYork, Russel Soge Foundation, 1976.
- 53- The Quality of American Life. Michigan interuniversty consortium for political andsocial research, 1980.

54. Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:52-61.
55. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastalarınanksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7:47-58.
- 56-Armay Z, Özkan M, Kocaman N ve Özkan S. (2007). Hastalık algısı ölçeği'nin kanserhastalarında türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10 (4): 192-200
- 57-Moss-Morris R ve Chalder T. (2003). Illness perceptions and levels of disability inpatients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *J. Psychosom Res*, 55 (4): 305-8.
- 58-Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R ve ark. (1996). The Illness PerceptionQuestionnaire: A new method for assessing the cognitive representtation of illness.*Psychol Health*, 11: 431-445.
- 59-Koçyiğit H, Aydemir Ö ve Fişek G. (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçeverسیونunun güvenirliliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12 (4): 102-106.
- 60-Sullivan M, Karlsson J ve Ware JE Jr. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey--I.Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validityacross general populations in Sweden. *Soc Sci Med*, 41 (10): 1349-1358.
- 61-Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J. Consul Clin Psychol*; 56 (6):893-897.
- 62-Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. (1996). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J. Cognit Psychother*; 12 (2):163- 172..
- 63-Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*; 4 (6):561-571.
- 64-Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*; 6 (22):118-122.
- 65-Büyüköztürk Ş. (2011). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, 14. Baskı. PEGEM Akademi.Ankara,
66. Hoftijzer HC, Heemstra KA, Corssmit EP, van der KlaauwAA, Romijn JA, Smit JW 2008 Quality of life in cured patientswith differentiated thyroid carcinoma. *J Clin EndocrinolMetab* 93:200–203.
67. Giusti M, Sibilla F, Cappi C, Dellepiane M, Tombesi F, CeresolaE, Augeri C, Rasore E, Minuto F 2005 A case-controlledstudy on the quality of life in a cohort of patients with historyof differentiated thyroid carcinoma. *J Endocrinol Invest*28:599–608.

68. Crevenna R, Zettinig G, Keilani M, Posch M, Schmidinger M, Pirich C, Nuhr M, Wolzt M, Quittan M, Fialka-Moser V, Dudczak R 2003 Quality of life in patients with nonmetastatic differentiated thyroid cancer under thyroxine supplementation therapy. *Support Care Cancer* 11:597–603.
- 69-. Tan LGL, Thumboo J, Tan LKS 2007 Health-related quality of life in thyroid cancer survivors. *Laryngoscope* 117:507–510.
- 70-Hirsch D., Ginat M., Levy S., et al. Illness perception in patients with differentiated epithelial cell thyroid cancer. *Thyroid* volume 19 , number 5, 2009 –Mary Ann Liebert , Inc. DOI:10.1089/thy.2008.0360
- 71-. Zordan R, Manitta V, Nandurkar H, Cole-Sinclair M, Philip J. Prevalence and predictors of fatigue in haemo-oncological patients. *Internal Medicine Journal* 2014;44 (10):1013-1017.
- 72 Massolt ET, ve ark.. *Clin endocrinol(Oxf)* 2016 85(5);781-788 Doi; 10.1111/cen.13101.
73. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JWR, Kaptein AA. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology* 2013;18 (3):526–545.
- 74- Iskandarsyah A, Klerk C, Suardi DR, Sadarjoen SS, Passchier J. Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with non-adherence to treatment in Indonesian women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2014;23 (10):1118–1124.
75. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology* 2015; 24 (19):11–18.
76. Keeling M, Bambrough J, Simpson J. Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psycho-Oncology* 2013;22 (6):1421–1427.
77. Fang FM, Chiu HC, Kuo WR, Wang CJ, Leung SW, Chen HC, Sun LM, Hsu HC 2002 Health-related quality of life for nasopharyngeal carcinoma patients with cancer-free survival after treatment. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 53:959–968.
- 78- Y .Karabulutlu Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi* doi: 10. 17681 /hsp.84549
- 79- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi [DEU Journal of Faculty of Medicine]* 2011;25 (3):145-154.
- 80- Almeida JP, Vartanian JG, Kowalski LP. İlk fark edilen tiroid kanserlerinde hastaların yaşam kalitesinin klinik öngördürücüleri. *Arch Otolaryngol Baş Boyun Cer.* 2009; 135 (4): 342346.

- 81-Husson O, Haak H, Oranje W, Mols F, Reemst P, Van de Poll-Franse L. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi tiroid kanserinden kurtulanlar arasında: sistematik bir gözden geçirme. *Klinik Endokrinoloji*. 2011; 75 : 544-554.
- 82-Vega-Vazquez MA, Gonzales-Rodriguez L, Santiago-Rodriguez EJ et al., Quality of life –in patients with differentiated thyroid cancer at the general endocrinology clinics of the university hospital of Puerto Rico. *Bol Asoc Med P R*. 2015; 107:25-31
- 83.Arslan S. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 6: 38-47
- 84-Given et al.. The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. *Cancer Supplement* ; 74 (7): 2128-2138.
85. Elbi H. Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5 (1):5-10.
86. Pasquini M, Biondi M., Depression in cancer patients: a critical review, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3:2.
87. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3:343-67.
88. Kutlu R, Çivi1 S, Börüban M C, Demir A. Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2011;27:149-53.
- 89 . Karakaya B. Uzmanlık Tezi ; Tiroid , kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon , anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi.Selçuk Üniversitesi ,Konya 2014 .s.43-44
90. Pillay AL, Sargent CA. Relation ship of age and education with anxiety, depression and hopelessness in a south africa community sample. *Prec Mot Skills* 1999;89:881-4.
91. Nordin K, Berglung G, Glimelius H ve ark(2001)Predicting anxiety and depression among cancer patients : a clinical model.*Eur J Cancer*,37: 376-384
92. Bergstrom A, Pisani P, Tenet V, et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *Int J Cancer* 2001;91:42.
93. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition*. B Sadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2000;1787-97
94. Deveci A, Demet MM, Özmen B ve ark. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:84-91.

8. EKLER

Ek:1-Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>			<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.



Ek:2-Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İstedığınızden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek:3-Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskkiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskkiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek:4-Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.