

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. LÜTFİ KIRDAR
KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ

Koordinatör: Şef : Doç. Dr. ORHAN ÜNAL

**MEME KANSERİ NEDENİYLE OPERE OLAN
HASTALARDA MEME KORUYUCU
CERRAHİ VEYA RADİKAL MASTEKTOMİ
KARARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE
CERRAHİ TÜRÜNÜN HASTA ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİ**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Meral GARİP

Tez Danışmanı:

Doç.Dr. Mahmut Gümüş

İstanbul - 2008

ÖNSÖZ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Aile Hekimliği ihtisas sürem boyunca, bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen değerli hocalarım, en başta Aile Hekimi Koordinatörü 1.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Doç. Dr. Orhan Ünal ' a, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi Doç. Dr. Cem Turan'a, 2.Genel Cerrahi Şef vekili Dr. Necdet Bildik 'e ve şu an görevinden ayrılmış olan 2.Genel Cerrahi Kliniği Şefi Prof.Dr. Mustafa Gülmen 'e, 2. Dahiliye Şefi Prof. Dr. Mustafa Yaylacı'ya, 1.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları şefi Dr.Yasemin Akın'a,2.Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Şefi Doç. Dr. Gülnur Tokuç'a, asistanlığa ilk başladığım zamanda aile hekimi koordinatörümüz olan ve şu an Yeditepe Üniversitesi Dekanı olan Doç. Dr. Ayça Vitrinel 'e, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Şefi Uz. Dr. Mecit Çalışkan'a, Aile Hekimi Uzmanlarımızdan Doç. Dr. Mehmet Sargın 'a, Doç. Dr. Ekrem Orbay'a, Uzm. Dr. İsmet Tamer'e ve Uzm. Dr.Reşat Dabak'a ve tezime yön verip ve hazırlanmasında büyük emeği geçen Doç. Dr. Mahmut Gümüş 'e en içten şükranlarımı sunarım.

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm şef yardımcılara, başasistanlara ve uzmanlarıma, asistanlık sürem acı tatlı günlerini birlikte paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Hemşire ve personel olarak görev yapan tüm çalışma arkadaşlarıma en içten duygularla teşekkürlerimi sunarım.

3 yıllık zor asistanlık dönemimde bana katlanıp destek verdikleri için oğlum Algan'a, kızım Zeynep'e ve eşime çok ama çok teşekkür ederim.

Dr. Meral Garip

İstanbul,2008

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	2
GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
MEME ANATOMİSİ.....	6
MEME FİZYOLOJİSİ.....	15
MEME KANSERİNİN TANI VE TEDAVİSİNİN TARİHÇESİ.....	16
MEME KANSERİNİN EPİDOMİYOLOJİSİ VE ETYOLOJİSİ.....	19
MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ.....	20
MEME KANSERİ PROGNOSTİK FAKTÖRLERİ.....	24
MEME KANSERİNDE TARAMA.....	25
MEME KANSERİ TİPLERİ.....	27
MEME KANSERİ EVRELEMESİ.....	28
MEME KANSERİNDE CERRAHİ.....	29
PSİKOONKOLOJİ.....	30
MEME KANSERİNDE PSİKOSOSYAL SORUNLAR.....	32
DEPRESYON.....	44
KANSER VE DEPRESYON.....	51
HASTALAR VE METOD.....	58
BULGULAR.....	61
TARTIŞMA.....	63
ÖZET.....	67
EKLER.....	70
KAYNAKLAR.....	78

GİRİŞ VE AMAÇ:

Tıbbi onkolojiden takipli hastaların önemli bir bölümünü meme kanserleri oluşturmaktadır. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, sosyoekonomik düzey arttıkça ortaya çıkışı çoğalmaktadır. Meme kanseri otuz yaşından önce nadir olup bu yaşı takip eden reproduktif yıllarda hızlı bir tırmanış göstermektedir. Bu artış menopoz sonrasında da yavaş eğimle yükselmeye devam etmektedir(3). Bu nedenle 85 yaşındaki her 9 kadından birinde meme kanseri gelişebileceği beklenmektedir. Ayrıca kadınlarda kansere bağlı ölümlerin % 18 'i meme kanseri nedeniyle oluşmakta ve meme kanserine bağlı ölümler; akciğer ve kolorektal kanserlerde sonra üçüncü sırayı almaktadır(2,4).

Meme kanseri tarama yapılabilen ve subklinik halde iken tanı konabilen az sayıdaki kanserden biridir. Meme kanseri tanı ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Meme kanserlerinde tedavi ile sağkalım oranlarının arttığı ispatlanmış tümörlerden biridir.

Meme kanserinin cerrahi tedavisi son 25 yılda büyük oranda değişikliğe uğramıştır. Meme kanserinin güncel cerrahi tedavisi hastalıklı organın kısmen veya tamamen çıkarılması yanında koltukaltı diseksiyonuna dayanır. Bununla hem hastalığın bölgesel tedavisi hem de tümörün evrelemesi yapılabilmekte, ayrıca yardımcı tedavinin gerekli olup olmadığı kararı verilebilmektedir.(2)

Mastektominin veya meme koruyucu cerrahinin tercih edilmesinde rol oynayan olumlu özelliklerinin yanı sıra ameliyat sonrası hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok sorunla karşı karşıya kalınmaktadır.

Aile Hekimliği kavramı, var olan hastalığın teŖhis ve tedavisinin yanında olası sorunlar açısından koruyucu hekimliğin önemini vurgulamaktadır. Hekime baŖvuran birey sosyal ve kültürel açıdan baŖta ailesi olmak üzere çevresiyle etkileŖim ve iletiŖim halindedir. Özellikle hastalık evresinde bu etkileŖim artar. Yapılan alıŖmalar meme kanserinin oluŖumunda eŖitli faktörlerin rol oynadığını ve sosyo-demografik verilerin kiŖiler arasında farklı olduğunu ortaya koymuŖtur. Meme koruyucu cerrahi veya mastektomi sonrası meme kanseri hastalarında organ kaybına sekonder psikiyatrik sorunların oluŖabileceđi gsterilmiŖtir.

Bu araŖtırmada, meme koruyucu cerrahi veya mastektomi uygulanan iki grup arasında sosyodemografik ve psikiyatrik sorunlar açısından fark olup olmadığı araŖtırılacak, hastanın kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri nelerdir sorusuna yanıt bulmaktır

GENEL BİLGİLER

1.MEME ANATOMİSİ

Modifiye ter bezi olan meme bezleri embriyolojik hayatta, aksiler bölgeden inguinal bölgeye uzanan süt çizgileri üzerinde yerleşir. Bu gelişim döneminden sonra postnatal dönemde erkekte çok az ek gelişim görülür ve meme bezleri rudimenter kalır. Kadınlarda ise hormonlar tarafından regüle edilen meme gelişimi devam eder.

Meme glandının boyutları kişiden kişiye çeşitlilik gösterir. Laktasyon döneminde olmayan ortalama boyutlardaki bir meme 150- 225 gr ağırlığındadır. Laktasyon dönemindeki bir memenin ağırlığı ise 500 gr 'ı geçebilir.

Erişkin bir kadında meme glandı, genellikle ön göğüs duvarının yüzeysel pektoral fasyasının yüzeysel ve derin tabakaları arasında bulunur (8).Memenin üst dış kadranı diğer kadrana nazaran çok daha fazla glandüler eleman içerdiği için bu kadranda selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür.

Tüm meme, vertikal olarak 2. ve 3. kostalardan, 6. ve 8. kostalar arasında uzanır. Transvers olarak parasternal bölgeden anterior aksiler çizgiye uzanır.

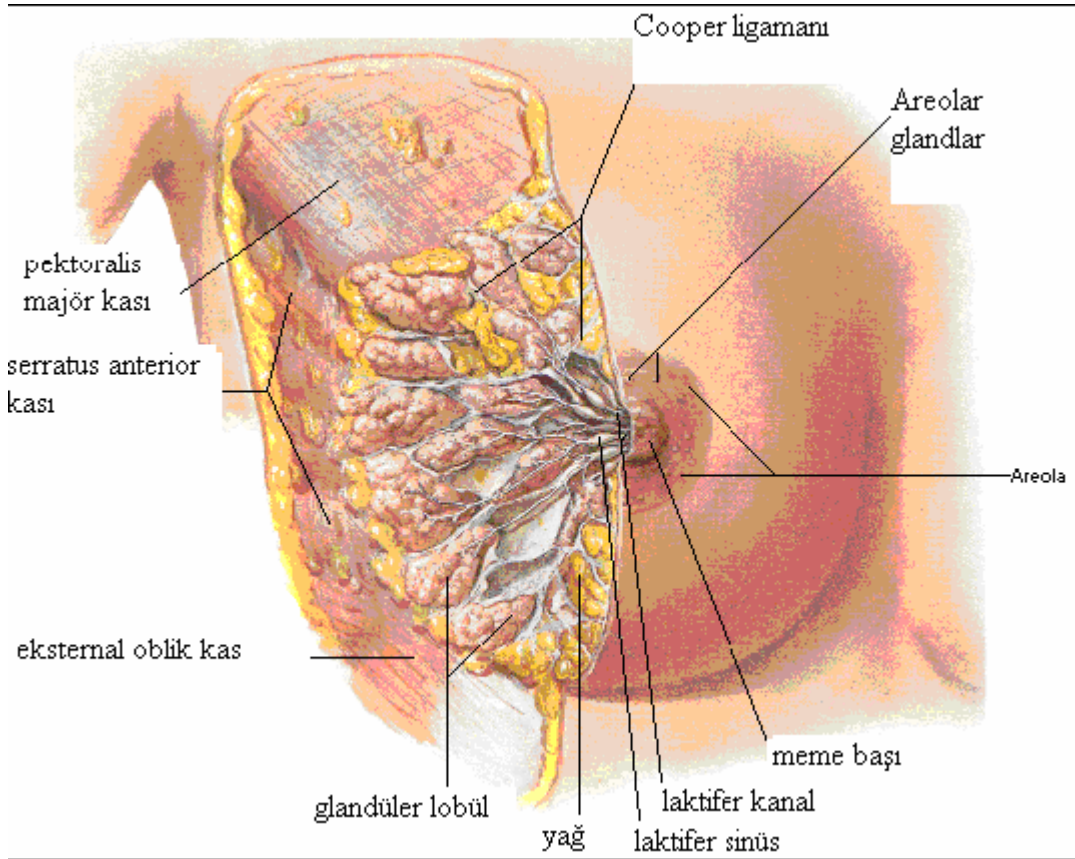
Memelerin hemen hemen orta bölümüne rastlayan kısmında meme başı ve areola bulunur. Bu bölge meme derisinden daha fazla pigment içerdiğinden rengi koyudur. Rengin koyuluğu östrojen seviyesinin yükselmesi ile artar (9).

Meme başlarında gelişmiş cilt papillaları ve yağ bezleri vardır. Kıl folikülü bulunmaz. Areolada ise kıl folikülleri, yağ bezleri ve aksesuar areolar bezler (Montgomery bezleri) bulunur. Montgomery bezleri areolada küçük kabartılar halinde görülürler.

Meme glandı, aksillaya doğru uzanan kısmı hariç yüzeysel fasyanın yüzeysel ve derin tabakaları arasında bulunur. Memedeki tubuloalveolar glandlar aslında dermise

ait modifiye ter bezleridir. Lobların her biri 2- 4 mm çaplı birer laktifer duktus ile sonlanır. Bunlar memebaşında 0,4- 0,7 mm çaplı birer orifise açılırlar.

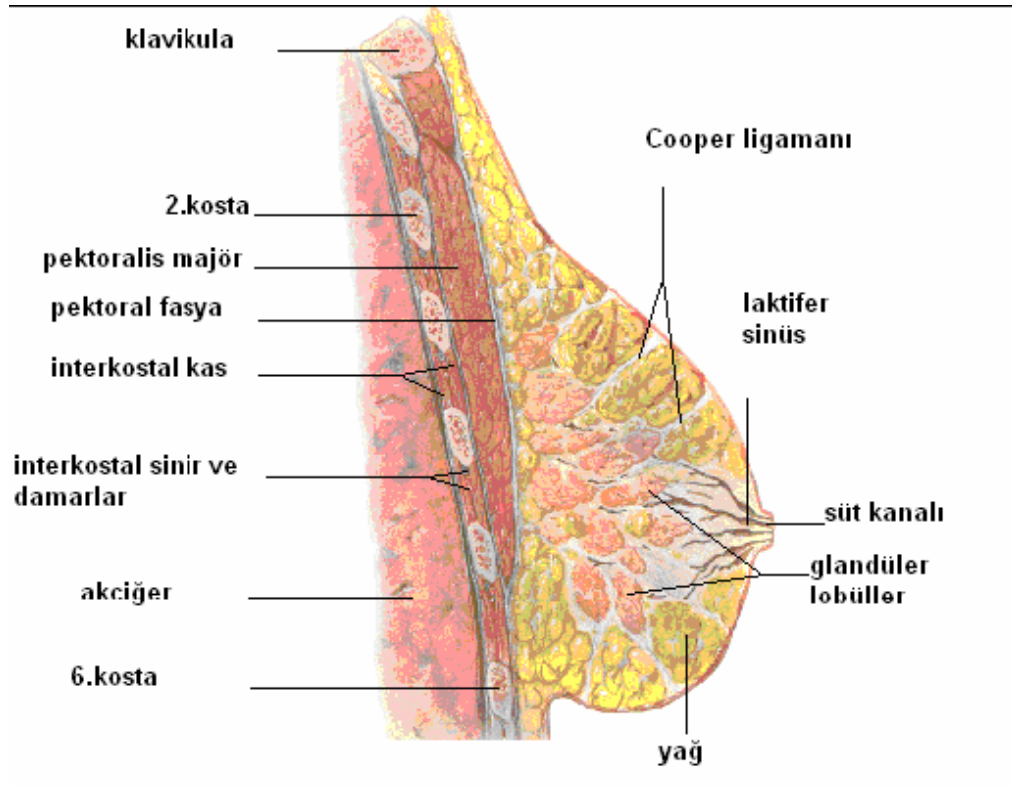
Memede meme dokusundan çevreye doğru uzanan diş gibi fibröz çıkıntılar mevcuttur. İlk defa Sir Astley Cooper tarafından tarif edildiği için bu fasial septalar Cooper ligamanları olarak isimlendirilmiştir (10). Meme kanserinde hastalık ilerledikçe bu fibröz ligamanlarda kısalma ve anormal bir çekilme ortaya çıkar. Bu durum özellikle meme kanserinin önemli bulgularından biridir ve meme cildi retraksiyonu olarak isimlendirilir (11).



ŞEKİL 1: Meme glandı ,Anterior Kesit

Gelişmiş meme; asinüsler, duktuslar ve stromal elemanlardan oluşmuştur. Asinüsler bir araya gelerek lobülüsleri, lobülüslerde lobları oluşturur. Epitelyal parankim ise her biri ayrı bir salgı kanalı ile meme başına açılan 15- 20 lobdan oluşur (8).Her lobda 20- 40 kadar lobül içerir. Yani her duktus bir meme lobunu ve 20- 40 kadar lobülü direne eder(9).

Her bir lobülde toplayıcı duktus çevresinde gruplaşmış sayıları 10 ile 100 arasında değişen asinüsler bulunur. Genç kadınlarda sayıları fazla ve büyük görünümündedirler. Menopozdan sonra ise lobüllerin sayısı azalır ve her biri yalnızca birkaç asini içeren küçük üniteler şekline dönüşürler (12).



Şekil 2: Memede süt kanallarının sistemi, sagital kesit

Gebelik sırasında, meme glandı kendini laktasyona hazırlar. Glandular dokuda proliferasyon ve gelişme olurken, aradaki yağ ve bağ dokusu miktarında azalma görülür. Memede süt kanalları sistemi asinüslerinin birleşerek terminal duktus adı verilen bir kanala açılmasıyla başlar(13).

Terminal duktusun biri lobül içinde (intralobüler segment) ve diğeri lobül dışında (ekstralobüler segment) olmak üzere iki bölümü vardır (14). Birkaç lobülün terminal duktuslarının birleşmesi ile laktifer duktus oluşur. Bu duktuslar birbirlerine yaklaşıp meme başına doğru ilerler ve meme başının altında laktifer sinüs olarak isimlendirilen bir genişleme gösterirler. Bu laktifer sinüsler ampulla adı verilen çok katlı yassı epitel ile örtülü son kısım ile meme başından dışarı açılırlar (13).

1.1.MEMENİN KAN DOLAŞIMI

1.1.1Memenin Arterleri

Meme kanlanması iyi olan ve birçok kaynaktan beslenen bir organdır. Memenin arteriyel beslenmesini sağlayan üç ana arter vardır:

1) İnternal torasik (internal mammary) arterin ön perforan dalları:

Subklavian arterin bir dalı olan internal torasik arter, internal interkostal kasların arkasından sternumun lateral sınırı boyunca ilerler. Bu arterden çıkan perforan dallar 2., 3., 4. interkostal aralıktan interkostal kasları ve pektoralis majör kasını geçerek memenin medial yarısının ve bu bölge cildinin kanlanmasını sağlarlar.

2) Posterior interkostal arterlerin lateral dalları:

2. , 3. ve 4. interkostal aralıklarda posterior interkostal arterler mammary dallarını verirler ve memenin lateral yarısının arteriyel beslenmesini sağlarlar. Bu damarlar laktasyon sırasında genişlerler.

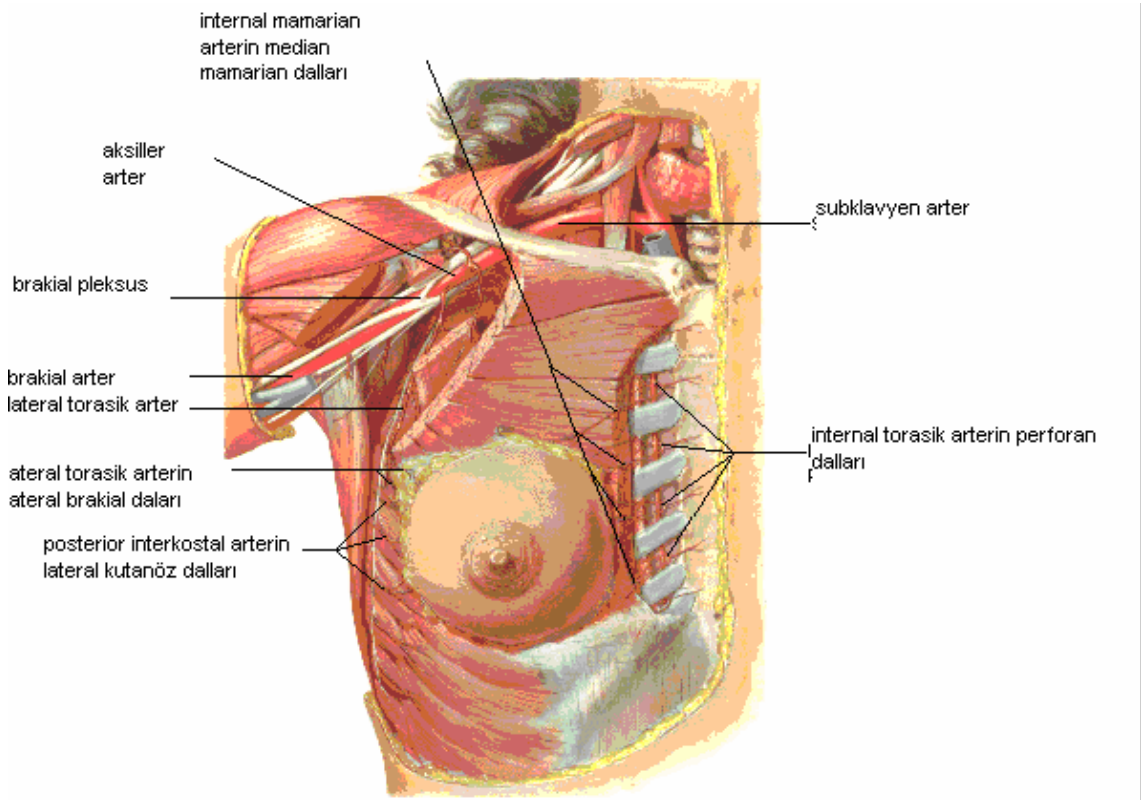
3) Aksiller arterin dalları:

Supreme torasik, torakoakromial ve lateral torasik arterler. Kadınlarda lateral torasik arter daha geniştir ve lateral mammary dallarını verir. Memenin yaklaşık %60'ı (

özellikle medial ve santral kısımları) internal mamarian arterin ön perforan dalları ile beslenir (12).

Memenin yaklaşık % 30'u özellikle üst ve dış kadranlar lateral torasik arterden kan alır (12). Bu arter aksiller arterin ikinci kısmından çıkar ve memenin lateral kısmına ulaşır.

Torakoakromial arterin pektoral dallarıda memenin kanlanmasında rol oynar. Aksiller arterin en üst torasik dalı genellikle göğüs duvarının kanını verir, ancak memeye giden dalları da mevcuttur. Posterior interkostal arterlerin lateral perforan dalları da memeye kan verirler.



Şekil 3 : Memenin Arterleri

Subskapuler Arter: Aksiller arterin en büyük dalıdır. Lateral göğüs duvarında aşağıya doğru ilerlerken torakodorsal arter adını alır. Bu arter latissimus dorsi ve serratus kaslarını besler. Mastektomi esnasında bu arteriel dallarda ve onlara eşlik eden

venlerde bir kanama olursa bunun kontrol edilmesi çok zor olacaktır. Bundan dolayı bu bölgeye “kanlı köşe” ismi verilmiştir.

1.1.2.Memenin Venleri

Memenin venleri arterlerin dağılımına uymakta ve onlara eşlik etmektedir. Meme venlerinin dağılımı ve özellikle yaptıkları anastomozlar metastatik karsinom embolilerinin de yolculuğunu dolayısıyla da meme kanserinin en sık metastaz yaptığı uzak organları belirler (11,13).

Buna göre:

- 1.İnternal mamarian ven → İnnominate ven → V.C.S → Akciğer kapiller ağı
(vena cava superior)
- 2.Aksiller ven → İnnominate ven → V.C.S. → Akciğer kapiller ağı
- 3.İnterkostal venler → Azygos venleri→ V.C.S. → Akciğer Kapiller Ağı
- 4.İnterkostal venler → Vertebral venöz pleksuslar → Vertebra metastazları (16)

Toraks duvarının ve memenin venöz drenajını sağlayan üç ana ven grubu vardır:

1) İnternal torasik venin perforan dalları: Memenin medial yarısından kaynaklanan perforan dallar, internal torasik vene, bu ven de brakiosefalik vene katılır.

2) Aksiller ven ile bağlantılı dallar: Basilik ve brakial venler birleşerek aksiller veni oluştururlar. Aksiller arterin medialinde uzanan aksiller vene memeden bir yada iki adet pektoral dal katılır. Aksiller ven birinci kostanın proksimalinde subklavian ven olur.

3) Üçüncü, dördüncü ve beşinci posterior interkostal venlerin perforan dalları: İnterkostal venler posteriorde vertebraların venöz sistemi ile bağlantılıdırlar. Bu sistem azigoz vene ve bu yolla brakiosefalik vene katılır. Anteriorda ise internal torasik venler yoluyla brakiosefalik ven ile bağlantı kurarlar.

Bu venöz yollar ile ilerleyen metastatik emboli kalbe ve oradan da akciğerlere giderek, akciğer kapiller yatağında kalır. Meme karsinomu bu şekilde akciğerlere metastaz yapar.

Meme karsinomunun diğer bir metastaz yolu vertebral ven pleksusudur (Baston pleksusu). Bu pleksus vertebrayı çevreleyerek sakrumdan kafa tabanına kadar uzanır. Torasik, abdominal ve pelvik organların venleri ile bu pleksus arasında bulunan venöz kanallarda valvül olmadığından dolayı kanın her iki yönde akımı mümkündür. Bu damarlar yoluyla metastatik emboli vertebralara ve santral sinir sistemine ulaşabilir(13,17).

1.1.3.Memenin Sinirleri

Memenin duysal innervasyonu başlıca 2. , 3. , 4. , 5. ve 6. interkostal sinirler ile sağlanır (13,17). Aksiller disseksiyon sırasında özellikle dikkat edilecek sinir serratus anterior kasını innerve eden nervus torasikus longus'tur (Bell siniri). Aksiller disseksiyon esnasında bu sinir korunmalıdır. Kesilmesi serratus anterior'un felcine ve "skapula alata " durumunun ortaya çıkmasına neden olur (11).

1.1.4.Memenin Lenfatik Sistemi

İki grup altında incelenebilir:

- 1.Yüzeyel lenfatikler (Deri lenfatikleri)
2. Derin lenfatikler (Parankimal lenfatikler)

Memenin Yüzeyel Lenfatikleri(Deri Lenfatikleri): Meme glandının üzerindeki derinin lenfatikleridir.. Bu bölgede başlıca iki adet lenf ağı bulunmaktadır:

- a) Subepitelyal veya papiller peksus
- b) Subdermal lenfatik pleksus

Subepitelyal pleksusda kapak yoktur ve lenf akımı herhangi bir yönde olabilir. Subdermal pleksusda kapak mevcuttur ve akım tek yönlüdür. Areolanın altında

subareolar pleksus (Sappey pleksusu) bulunur. Memenin yüzeysel lenfatikleri esas olarak derin lenfatikler vasıtası ile aksiller lenf nodüllerine drene olurlar (12).

Memenin Derin Lenfatikleri (Parankimal Lenfatikler): Laktifer duktusların lenf damarları (periduktal lenfatikler) meme lobüllerinin civarında ince bir şebeke oluştururlar (18).

Aksiller Lenf Nodülleri:

Aksiller lenf nodülleri memeden gelen lenf akımının en önemli çıkış bölgesini oluşturur. Aksiller lenfatik sistem bir bütün oluşturmasına karşın, tarifi kolaylaştırmak ve meme kanserinin yayılma derecesini belirlemek amacıyla lenf nodülleri altı gruba ayrılarak incelenebilir. Genellikle aksiller lenf nodüllerinin sayısı 20 ila 40 arasında değişir.

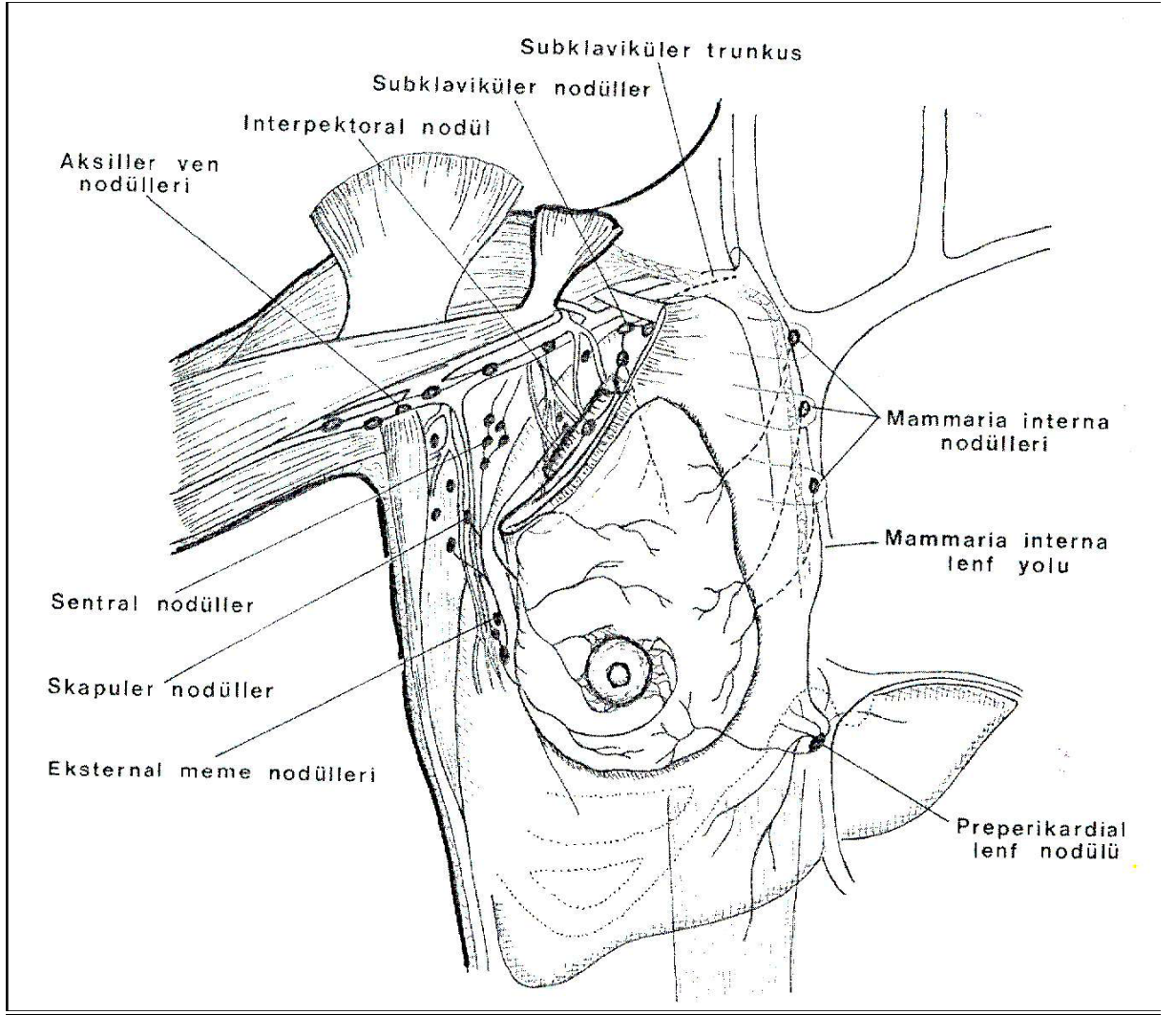
1.Eksternal meme nodülleri: Lateral torasik damarlar ile birlikte pektoralis major kasının dış kenarının altında bulunur.

2.Skapuler nodüller: Bu nodüller subskapular venin aksiller trunkustan çıktığı noktadan bu damarların latissimus dorsi kası ile birleştiği yere kadar ulaşır ve lateral göğüs duvarında bulunurlar. İnterkostobrakial sinir (2. interkostal sinir) ve latissimus dorsiye inerve eden torakodorsal sinir skapuler nodüllerin içinden geçerek seyrederler.

3.Santral nodüller : Aksillanın merkezindeki oldukça büyük lenf nodülleridir. Bundan dolayı en kolay palpe edilebilen nodüllerdir. Çok defa diğer grupların lenf drenajı santral nodüllere olduğu için metastazlar da en sık bu nodüllerde oluşur.

4.İnterpektoral (Rotter) nodülleri: Bu nodül grubu 1-4 lenf nodülü içerir ve pektoralis major ve minör kasları arasında bulunur.

5.Aksiller ven nodülleri: Bu nodüller aksiller venin lateral kısmı boyunca ve bu venin iç tarafında veya arkasında bulunurlar.



Şekil 4 : Memenin Derin Lenfatikleri

6.Subklavikuler nodüller: Bu lenf nodülü grubu aksillanın en tepesinde torakoakromial venin çıkış noktasının hemen iç tarafında bulunur.

Mamaria _Interna Lenf Yolu: Mamaria interna lenf yolu diafragmanın üst yüzünün ön kısmında bulunan ön preperikardial lenf nodüllerinden kaynağını alır. Preperikardial lenf nodüllerine toplayıcı lenfatikler yoluyla aşağıdaki yerlerden lenf sıvısı gelir:

- Ligamentum falciparum yoluyla karaciğerin ön-üst kısmından
- Diyafragmanın ön kısmından

- c) Rektus abdominis kasının üst kısmından
- d) Rektus kılıfından
- e) Meme glandının alt-iç kadranından

Preperikardial lenf nodüllerinden çıkan mamaria interne lenfatik trunkusları sternumun her iki yanında seyrederek yukarı doğru giderler. Memeden mamaria interne lenf yollarına giden esas lenfatikler memenin derin yüzünden ve meme glandının iç kısmından doğarlar. Interkostal aralıkların iç uçlarındaki mamaria interna lenf nodüllerinde sonlanırlar(18).

2.2.Memenin Fizyolojisi

Meme glandı, parankimatöz doku, lobları birbirine bağlayan fibröz destek dokusu (stroma) ve aralarındaki yağ dokusundan oluşur. Fibröz doku ve yağ dokusu miktarı bireyin yapısal özelliklerine göre değişir. Asinüslerin lümeni tek sıralı kübik ya da silindirik epitel ile döşelidir. Asinüsün en dışında ise bazal membran mevcuttur. İçteki silindirik hücreler süt salgısından sorumludur. Myoepitel hücreleri ise kasılarak sütü asinüslerden kanallara iterler.

Meme gelişmesi ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile olur. Bu hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortisol ve büyüme hormonudur. Bu hormonların salgısı hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohümorale kontrolündedir (21).

Meme üzerine etkili bu hormonların etkileri in vitro olarak gösterilmiştir. Kesin olan östrojenin duktus gelişimini başlattığı, prolaktin ve progesteronun lobül ve asinüs gelişimini kontrol ettiği ve prolaktinin süt salgısını oluşturduğudur (22).

Östrojen' in meme üzerine etkisi sitoplazma ve çekirdekdeki resöptörlere bağlandıktan sonra görülür. Sitoplazmadaki reseptörlerin yoğunluğu adet siklusunda değişiklik gösterir, hamileliğin son döneminde ve lohusalığın ilk döneminde artar.

Prolaktin olmadan östrojenin meme gelişimini başlatamayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte hipofizi olmayan dişilerde östrojen replasmanı ile normal meme gelişimi sağlanmıştır. Laktasyon için ise mutlaka prolaktin gereklidir. Hamilelik sırasındaki yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri prolaktin salınımını baskılar. Plasenta çıktıktan sonra ani progesteron ve östrojen düşüşü laktasyonu başlatır (23).

Progesteron' un tek başına memeye etkisi yoktur. Östrojen reseptörlerinin sentezini uyarır. Prolaktin ile sinerjik etki gösterir. Epitel hücrelerinin diferansiasyonunda, lobulüs ve asinüs gelişiminde etkilidir. Laktasyonu inhibe eder. Memede bulunan progesteron reseptörlerini de östrojen kontrol eder(24)

Prolaktin hipofizde yapılır. Hamileliğin son döneminde doğumdan hemen sonra yükselir ve lohusalık döneminde yüksek kalır. Meme hücre yüzeyindeki reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterir. Memedeki östrojen reseptörlerinin sayısını artırır.Süt sekresyonunu ve süt proteinlerinin sentezini kontrol eder(25).

Gebelikte hem östrojen hem de progesteron kanda yükselir. Bu hormonlar asinüslerin ve duktusların epitellerinde artışa yol açar ve meme büyümeğe başlar. Kanda ayrıca plesental laktojen de artmaya başladığından meme büyümesi daha da hızlanır(25)

3.MEME KANSERİ

3.1Meme Kanserinin Tanı ve Tedavisinin Tarihsel Gelişimi

Meme, muayene edilirken göz ve elle ulaşılması en kolay organlardan biri olduğundan bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri insanların ve hekimlerin dikkatini çekmiş olup dolayısıyla da önemli gözlemlerin yapılmasını sağlamıştır.

Meme kanserinin tanı ve tedavisinin tarihsel evriminin bilinmesi önemlidir. Zira ilk defa tanımlanan veya gerçekleştirilen pek çok yenilik, tedavi modeli veya teori başlangıcını meme kanseri ile yapmıştır.

Milattan önce 3000- 2500 yılları arasında Eski Mısır'da İmhotep tarafından yazıldığı tahmin edilen tıbbi bir papirusta meme kanseri ile ilgili ilk kayıtlara rastlanmıştır. (1).İmhotep kanamayı durdurmak için koterizasyon (kızdırılmış demir aletleri ile) ve damarları bağlama tekniğini geliştiren hekimdir(2).

Hipokrat kanlı meme başı akıntısı ile gelen meme kanserli bir hastayı da tanımlamış ve menopoz ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi belirlemiştir(1).

En önemli cerrahlardan biri olan Leonides (MS 100) tarihte ilk defa meme kanserini mastektomi ve aksiller küraj ile tedavi eden hekimdir. Bu dönemde Roma tıbbının etkisi ile geliştirilen cerrahi aletlerin çeşitliliği ve mükemmelliği dikkat çekicidir(5).

Aynı asırda (MS 30) Roma'lı Celsus iltihabın dört kardinal belirtisi tanımlamıştır. Ayrıca meme kanserinin 4 evresini; erken kanser, ülseriz kanser, ülserli kanser, karnabahar şeklinde ülserli kanser şeklinde tanımlamış ve adeta bugün TNM sınıflamasında T1, T2-T3-T4 tümörleri tarif etmiştir. Celsus erken kanser dışındaki meme kanserlerine cerrahi uygulanmaması gerektiğini savunmuştur(1).

Ortaçağ'da Aegina'lı Paul (MS 625) ve Milano'lu Lanfranc (MS 1250) yazdıkları kitaplarda meme cerrahisi hakkında oldukça geniş bilgiler vermişlerdir. . Razi meme kanserinin tüm olarak çıkarılabildiği durumlarda cerrahi tedavi ve alttaki dokuların koterizasyonunu önermiştir. İbni Sina'nın "Kanun Fil Tıbb" isimli kitabı asırlar boyunca tek referans kitabı olarak Avrupa'da geçerliliğini korumuştur (2,3,4).

Vesalius meme kanseri için mastektomi tavsiye etmiştir(1).16.yüzyılın başlarında yaşamış olan ve devrinin en büyük cerrahı olarak kabul edilen Ambrose Pare yüzeyel ve küçük tümörlerin sadece eksizyon ile tedavi edilebileceğini ancak büyük tümörlere kurşun plakalar koyarak dolaşımının yavaşlatılması gerektiğini bildirmiştir(2).

W.Fabry ve J.Schultes 16.yüzyılın sonlarında yazdıkları kitaplarda meme ameliyatının bütün teknik safhalarını detaylı bir şekilde anlatmışlardır. 17. ve 18.yüzyıl Avrupasında kanama ve infeksiyonlar nedeni ile meme ameliyatları tehlikeli ve ölümcül kabul edilmiş ancak deneyimli cerrahlar tarafından yapılması önerilmiştir. Bu dönemde memenin ve aksiller lenf nodüllerinin anatomisi ve ilişkisi anlatılmış ve kanser ameliyatları sırasında çıkarılması kabul görmüştür (1,5, 6).

W.S.Halsted 1894'de Baltimor Johns Hopkins hastahanesinde oluşturduğu ameliyathanesinde radikal mastektomilerini (RM) uygulamıştır. Halsted RM'sinde prensip olarak meme, üzerini örten cilt, majör ve minör pektoral kaslar ve aksiller doku bir bütün olarak çıkarılmakta ve cilt defekti greft ile kapatılmaktadır. N.Y. Presbyterian hastahanesinde memenin fizik muayenesini standardize etmiş, Colombia klinik sınıflamasını oluşturmuş ve inoperabilite kriterlerini koyarak RM'nin lüzumsuz yere uygulanmasını engellemiştir. Bu çalışmalar TNM sınıflamasının esasını oluşturmuş ve 1954'de International Union Against Cancer ilk TNM sınıflamasını yapmıştır(5).

Londra'da D.H.Patey ve R.S.Handley, "major pektoral kas tümör tarafından istila edilmedikçe çıkarılmamalı" tezini ortaya atmış ve modifiye radikal mastektomi tekniğini geliştirmiştir. Böylece RM'nin neden olduğu büyük deformitelerin kısmen de olsa önüne geçilmiştir(1).

Mammografi meme kanserinin erken tanısını sağlayan en önemli keşiftir. A.Salomon Almanya'da 1913'de, S.L.Warren Newyork'da ilk Mammografi denemelerini yapmışlar ancak R.Egan'ın yumuşak doku tekniğini geliştirmesinden sonra yaygın olarak kullanıma girmiştir. Ultrasonografi 1950'li yıllarda, ışın vermeden birçok lezyonun saptanmasını sağlayan bir yöntem olarak kullanılmaya bağlanmış, bunu manyetik rezonans görüntülemesi ve PET gibi daha sofistike yöntemler izlemiştir(1,5).

20. yüzyılın ortalarında radikal cerrahi karşıtları çoğalmıştır. Danimarka'dan Kaae ve Johansen, Edinburg'dan McWhirter basit mastektomi+aksiller inflamasyonu savunmuşlardır(2). Clevelandan G.Crile, geniş cerrahi girişimlerin ölüm oranlarını

azaltmadığını ileri sürerek sadece tümör ve aksiller lenf bezlerinin çıkarılması esasına dayanan konservatif cerrahiyi savunmuş ve uygulamıştır(5).

Meme kanseri cerrahisinin yapılan çok sayıda randomize çalışma ile MRM ve meme koruyucu cerrahi ile eşit sonuçlar sağladığının gösterilmesinden sonra aksillanın tedavisi de gözden geçirilmiştir(7,15).

3.2.Meme Kanserin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Tüm ülkelerde bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Örneğin ABD de 2006 da yaklaşık 240.000 yeni meme kanseri tanısı konulacağı ve yaklaşık 40.000 kadının da meme kanserinden öleceği tahmin edilmektedir (46). Erkeklerde meme kanseri nadirdir.1998 yılında ABD'nde 1600 erkek meme kanserli hasta saptanmış olup 400 kişi meme kanseri nedeniyle ölmüştür (22).

Türkiye'de 1999 yılında 8.879 olan meme kanserli kadın sayısı, 2003 yılında 12.772'ye yükselmiştir. Ayrıca ülkemizde tüm kanserlerin % 24.1' ini meme kanserlerinin oluşturduğu belirtilmektedir (59) . Bu verilerden de anlaşıldığı gibi sağlık bilimlerindeki ilerlemelere (60), erken tanı yöntemlerinin gelişmesine (60,61), toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına (62- 65) karşın, meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehditin azaltılmasında atılacak adımlardan birisinin de her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırmasıdır. Çünkü meme kanserinde tek bir etiyolojik faktörden söz etmek olası değildir. Ayrıca doğurganlık yaşı ve çocuk sayısı, beslenme alışkanlığı, sosyoekonomik durum, yaşam tarzı ve çevresel etkenlerin önemi de göz ardı edilmemelidir (66) .

Kanserin meme dokusundaki yerleşimi kadranlara göre tanımlanmaktadır. 696 olguluk bir seride tümörlerin %48'inin üst dış kadranda , %15'inin üst iç kadranda, %11'inin alt dış kadranda, %6'sının alt iç kadranda ve %17'sinin de santral bölgede (

areola ve çevresindeki 1 cm'lik alan) yerleştiği bildirilmiştir (25). Tümörün sıklıkla üst dış kadranda bulunmasının nedeni bu kadradaki meme dokusu hacminin büyüklüğüne bağlanmaktadır. Primer tümörün lokalizasyonu ve prognoz arasındaki ilişki çok daha büyük serilerde de araştırılmıştır (National Survey of American College of Surgeons 1978 ve National Surgical Adjuvant Breast Project) (26,27).

Meme kanserinin bölgesel olarak en sık yayıldığı alanlar aksiler lenf bezleri, mamaria interna lenf bezleri ve supraklavikular lenf bezi gruplarıdır. Bu bölgelerdeki tutulumlarının iyi bilinmesi ve belirlenilmesi hem evreleme hem de tedavi yöntemlerinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır (26).

3.3.Risk Faktörleri:

Birçok kanser gibi meme kanserinin de nedeni bilinmemektedir. Ancak epidemiyolojik çalışmalar risk faktörü olabilecek bazı kuvvetli bulgular ortaya koymaktadır. Meme kanseri için öncelikle kadın olmak , ikinci olarak da yaş önemli faktörlerdendir (61).

1-Aile Öyküsü

Ailede bir veya birden fazla birinci veya ikinci derece kan akrabalarında meme kanseri saptanmış olması ailevi meme kanseri serisi, kalıtsal meme/over kanseri sendromu olarak adlandırılmıştır. Anne veya kızkardeşinde menopoz öncesi döneminde meme kanseri gelişen ve birinde iki taraflı olan her iki kadından birinde meme kanseri gelişecektir. Ancak genel olarak bakıldığında, kızkadeş, anne veya kızında meme kanseri bulunan kadınların meme kansrine yakalanma riski 2,5-3 kat artmaktadır(61).

2-Genetik ve Kalıtsal Nedenler

BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonu taşıyıcılarının meme ve over kanseri gelişimi açısından risk altında oldukları çeşitli retrospektif ve prospektif çalışmalarda gösterilmiştir (40,41). Bu genin ailevi meme ve over kanserinde etyolojik rol oynadığı kabul edilmektedir (42).

3-Kalıtsal Sendromlar

Herediter Meme-Over Kanseri Sendromu: Bu sendromlu tüm kişilerin mutant BRCA 1 genini taşıdığı kabul edilmekte ve 70 yıllık yaşam boyunca meme kanseri oluşma riski de % 56- 85 olarak hesaplanmaktadır (43).

Bölgeye Özgü Kalıtsal Meme Kanseri: BRCA 2 geniyle yakın ilişkili olan bu sendromda premenopozal dönemde erken yaşta ortaya çıkmakta ve bilateral başlangıç göstermektedir (80).

Li-Fraumeni Sendromu: Bu nadir sendrom, premenopozal meme kanseri, sarkom, beyin tümörleri, lösemi/lenfoma ve adrenokortikal birlikteliğiyle karakterizedir(79).

Cowden Sendromu: Otozomal dominant nadir bir sendrom olup, multipl mukokütanöz hematom, tiroid tümörü ve memede fibrokistik değişiklikler bir arada görülür. Bu sendroma sahip kadınların yaklaşık yarısında meme kanseri gelişmesi nedeniyle sıkı takip, hatta profilaktik bilateral mastektomi önerilmektedir (81).

Meme kanseri ayrıca Muir sendromu ve ataxia-telenjektazi gibi ailesel sendromların bir parçası olarak da görülebilir (82).

4-Endokrin nedenler

- Menarş Yaşı ve Menopoz

Meme kanseri riskini artıran nedenlerin çoğu kadınların yaşamındaki jinekolojik ve endokrinolojik olaylarla bağlantılıdır. Menarş yaşı meme kanseri gelişme riskini etkileyen bir faktördür. Erken menarş ve geç menopoz bu sayının artışı anlamına gelmekte ve yaklaşık olarak riski %30- 50 oranında artırmaktadır. Buna karşın geç menarş ve erken menopoz da bu riski aynı oranda azaltmaktadır (47).

- Hamilelik – Laktasyon – Düşükler

İlk olarak Mac Mahan hamileliğin ve ilk hamilelik yaşının meme kanseri gelişme riski ile ilişkili olduğuna dikkatleri çekmiş ve hiç doğum yapmamış kadınlarda, kanser riskinin doğum yapmış kadınlara göre 1. 4 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Doğum sayısındaki artışın meme kanseri riskinde hafif bir azalmaya neden olduğu bildirilmiş, her iki doğumda bir riskin %15 azaldığı öne sürülmüştür (48).

Hamileliğin ilk üç aylık döneminde kan östradiol düzeyindeki hızlı artış, ilk hamilelikte daha sonraki hamileliklere göre daha belirgindir. Artmış östradiol düzeyi kısa zamanda çok sayıda ovulatuvar dönem geçirmeye eşdeğerdir. Bu durumun kanser yönünden yapacağı olumsuz etkiye rağmen erken yaşta hamileliğin hangi mekanizmayla kanser riskini azaltıcı etki gösterdiği henüz açıklığa kavuşmamıştır. 4-12 ay arası emziren kadınlarda riskin %11, iki sene veya daha fazla emzirenlerde ise %25 oranında azaldığı gösterilmiştir (39). Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (44). Ayrıca emzirmeyen kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu da bilinmektedir(45).

- Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptif kullanımının kadınlarda meme kanseri riskini artırdığına dair kesin bir kanıt yoktur. Fakat düşünülenin aksine olarak meme kanseri tanısı konduğunda hastalık klinik olarak oral kontraseptif kullananlarda veya kullanmış olanlarda hiç kullanmamış olanlara göre daha erken evrede bulunmuştur (50).

- Hormon Replasman Tedavisi

Hormonların özellikle de östrojenlerin meme dokusunu uzun süre etkilemesinin meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Erken menarş, geç menapoz, doğum yapmama ya da ilk doğumu 30 yaşından sonra yapma östrojenlerin meme dokusunu etkileme sürecini uzatır. Bu nedenle geç menarş, 30 yaş öncesi doğum, emzirme ve erken menapozun meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir. Mc Credie ve arkadaşları 30 yaşından önce doğum yapmanın meme kanseri rölatif riskini RR= 1.8 arasında azalttığını belirlemişlerdir(62).

Bu konu 50'den fazla vaka-kontrol ve kohort çalışmalarında tartışılmıştır. Başlangıçta sonuçlar karmaşık görünürken daha sonra meta analizlerin değerlendirilmesiyle özellikle uzun süreli kullanımda hormon replasman tedavisinin (HRT) meme kanseri gelişmesinde 1.3-1.4 görece risk oluşturduğu gösterilmiştir. Son zamanlarda yapılan 51 epidemiyolojik çalışmanın değerlendirildiği analizde uzun süreli HRT alanlarda görece risk 1.31 olarak bulunmuştur (51).

5-ÇEVRESEL ETKENLER

- Beslenme

Dünya üzerinde meme kanseri görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göç eden insanlarda artan meme kanseri sıklığının (göç ettikleri ülkedekine uyan bir sıklığa erişmesi) sadece genetik nedenlerle açıklanamaması, dikkatlerin çevresel etkenler ve özellikle beslenme üzerine toplanmasına neden olmuştur (36).

Liften zengin gıdanın bilier sistemden barsağa dökülen östrojenlerin reabsorbsiyonunu inhibe ederek meme kanseri oluşumuna karşı koruyucu bir etkisinin olabileceği ileri sürülmüştür. Hayvan çalışmalarında da liften zengin besinlerin meme tümörü sıklığını azalttığı gösterilmiştir (61).

- Vitaminler

A vitamininin içinde bulunduğu karotenoidler antioksidan özelliklere sahip olduklarında DNA hasarına yol açan reaktif oksijen radikallerine karşı hücrel savunmayı artırabilirler (54). A vitamininin meme kanseri oluşumu konusundaki koruyucu etkisinin değerlendirildiği bir meta analizde A vitamininin anlamlı bir koruyucu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (43).

Yine antioksidan etkiye sahip olan E vitamini ile yapılan çalışmalarda meme kanseri konusunda koruyucu bir etki gözlenmemiştir (56).

C vitamini ile yapılan çeşitli çalışmalarda C vitamininin meme kanseri oluşumundaki koruyucu etkisi konusunda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada olumlu etki bildirilirken (57), ABD’de yapılan bir çalışmada uzun süre C vitamini alanların 14 yıllık takibi sonucunda risk azalması gözlenmemiştir (58).

- Alkol Alımı

Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda alkol alımının kadınlarda meme kanseri gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir. Bu risk artışı içilen alkollü içeceklerin türüne bağlı olmayıp, içilen miktara bağlıdır. Erken yaşta alkole başlamak önemli bir risk faktörü olabilir. Premenopozal kadınlarda alkol alımı total östrojen düzeylerinin ve

östrojen biyoyararlanımının artışına yol açar. Alkol alımı ve postmenopozal obezite birlikteliği plazma östrojen düzeylerinde değişikliğe yol açarak meme kanseri gelişme riskine katkıda bulunabilir. Son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, alkol alımına bağlı meme kanseri gelişme riski artışının folat alımı ile azaltılabileceğini göstermiştir (59).

- Radyasyona Maruz Kalma

İyonize radyasyon maruziyeti meme kanseri için bilinen bir risk faktörüdür. Atom bombasına maruz kalanlarda ve doğum sonrası mastit, akne, hirsutizm gibi nedenlerle radyoterapi alanlarda düşük veya orta derece radyasyon dozlarından sonra meme kanseri gelişme riskinde artış gözlenmiştir(59).

3.4.Meme Kanserinde Prognostik Faktörler

Meme kanserinde tanıdan sonraki doğal seyir hastalar arasında farklılıklar göstermektedir. Aynı tümör çapına sahip olan ve takip edilen hastalardan bazılarında tümör nüksü çok kısa sürede ortaya çıkmakta iken diğerleri sağlıklı olarak yaşamaya devam etmektedir. Bundan dolayı meme kanseri olan hastalardaki bu klinik ve biyolojik davranış farklılıklarını ve hastalığın hızla gelişebileceği yüksek risk grubunu belirlemek için prognostik faktörler kullanılır:

Tablo 1:Meme Kanserinde Prognostik Faktörler

-
- Tümör çapı
 - Aksiller lenf gangliyonu tutulumu
 - Histolojik tümör tipi, histolojik grade
 - Hormon reseptörleri (Östrojen ve Progesteron reseptörleri)
 - Tümör proliferasyon hızı (mitoz sayısı, Timidin işaretleme indeksi, S-faz reaksiyonu, immun histokimyasal işaretleyeciler)
 - Moleküler prognostik faktörler (enzimler, c-erb- B2, onkosüpresör genler)

Bunlardan bazılarının (tümör çapı, koltuk altı tutulumu, tümörün histolojik özellikleri, hormon reseptörleri) prognoz belirlemedeki rolü çok iyi bilinmesine rağmen; bazıları (c-erb B2, tümör baskılayıcı genler) ise henüz araştırılmaktadır.

3.5.Meme Kanserinde Tarama

Hiçbir şikayeti olmayan kadınlarda meme kanserini yakalamaya yönelik yapılan çalışmalar “tarama” olarak adlandırılır. Bu yöntemler mamografi, doktor muayenesi, kendi-kendine muayene olmak üzere 3 grupta incelenir. Tarama yöntemleri, taraması yapılan organdaki kanseri veya prekanseröz lezyonları göstermede başarılı, ucuz ve pratik olmalı, hasta ve hekim tarafından tercih edilmelidir. Tarama yöntemi tekrarlanan aralıklarla kullanılacağı için uygulama hastaya zorluk vermemeli, uzun zaman almamalıdır.

Kanser tarama testleri hastalığın daha erken ve tedavi edilebilir aşamasında saptanmasını amaçlamaktadır. Kanser taraması için öncelikle elimizde basit, kolay uygulanabilir ve güvenli bir test yönteminin (laboratuar, fizik muayene, vb) olması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki tarama testleri tanı testi değildir. Tüm tarama testlerinden son amaç toplumda taranan kanser türünde mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (29).

Meme kanseri tarama testleri için önerilen aralıklar (30):

1-Mamografi: 50 yaş üzerindeki kadınlarda yılda bir yapılması önerilirken, 40 yaş altında meme dokusu daha yoğun olduğu için şüpheli kitleleri gösterme başarısı daha düşüktür. Bu yaşlar arasında yapılıp yapılmayacağı, yapılacaksa da hangi sıklıkla yapılması gerektiği tartışmalıdır. Amerikan Kanser Cemiyeti mamografi çekimlerinin 40 yaşında başlamasını ve her yıl tekrarlamasını önermektedir.

2- Doktor Muayenesi: Klinik muayene, meme kanseri tarama programının bir parçası olabilir, ancak tek başına etkili bir yöntem olduğunu gösteren çalışma yoktur. Çalışmalarda tek başına klinik muayene ile kanser teşhisi için çok değişik oranlar bildirilmiştir (% 3-57). Mamografi ile klinik, muayene birlikte kullanıldığında kanser teşhis oranı artmaktadır (% 74), bununla birlikte kanserlerin çoğu (% 96) çok küçük olduklarında sadece mamografi ile tespit edilmektedir. Klinik meme muayenesi: 20-40

yaş arası 2-3 yılda bir, 40 yaş üzerindeki kadınlarda ise her yıl doktor tarafından yapılması önerilir.

3-Kendi kendine meme muayenesi:20 yaşından itibaren her ay yapılması önerilir. Uygun dönem, adet sonrası ilk haftadır. Lokal ileri meme kanser oluşumunu % 35 azalttığı gösterilmiştir. Ancak bu sonuçlara rağmen kendi kendine meme muayene yönteminin tam olarak incelendiği ve gerçek değerinin ortaya konulduğu söylenemez.

Tanıda kullanılan diğer testler:

Ultrason: Tek başına bir tarama testi değildir. Gerekli görüldüğünde diğer testlere eklenmelidir.

Meme MR'ı: Ailesinde meme kanseri olan, yüksek riskli kişilere faydalı olduğu düşünülmektedir. Bu kişilere tarama testi olarak kullanımı inceleyen çalışmalar devam etmektedir.

Tablo2:Tarama Şeması

Yaş	Yöntem
< 20	KKM(ayda bir)
20-40	KKM (ayda bir) +3 yılda bir FM
40-49	KKM (ayda bir) + FM (6 ayda bir) +MG (yılda bir)
>50	KKM (ayda bir) + FM ve MG (yılda bir)

KKM: kişinin kendi kendini muayenesi

FM: Klinisyenin fizik muayenesi

MG: Mamografi

(61)

3.6.Meme Kanseri Tipleri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ,1981 yılında yaptığı bir çalışmada 17 değişik histolojik tip meme kanseri olduğu açıklanmıştır. Meme kanserlerinin yaklaşık % 65 - 80 i duktal kanserlerdir.

Tablo 3: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Meme Kanseri Histolojik Sınıflandırılması

1. İnvazif Duktal kanser
2. İnvaziv duktal kanser +yaygın insutu kanser
3. İnvaziv lobüler kanser
4. Medüller kanser
5. Müsinöz kanser
6. İnvaziv papiller kanser
7. Tübüler kanser
8. Metaplastik kanser
9. Glikojenden zengin kanser
10. Lipidden zengin tümör
11. Salgısal (Jüvenil) kanser
12. Apokrin kanser
13. Adenoid kistik kanser
14. Kistik hipersekretuar kanser
15. Endokrin farklılaşma gösteren kanser
16. İnvaziv kribriform kanser
17. Osteoblasta benzer dev hücreleri olan kanser

Meme kanserinin histolojik tipleri, iyi veya kötü prognozu gösterebilir. Tübüler, kribriform, müsinöz, medüller, invaziv lobüler ve papiller kanser iyi prognozu, metaplastik (sarkomatoid) inflamatuvar ve lipidden zengin kanser ise kötü prognozu göstermektedir.

3.7.Meme Kanseri Evrelemesi

Evreleme, kabul edilen bir plan uyarınca hastaları, hastalıklarının yaygınlık derecesine göre gruplara ayırma işlemidir. Tedavi planının yapılması , prognoz tayini, tedavi için uygulanan çeşitli yöntemlerin tedavi gücünün karşılaştırılması için her hastanın kesinlikle evrenmesi gerekir. Klinik evreleme için kullanılan çeşitli sistemler vardır. Dünyada ve ülkemizde en çok kullanılan UICC (Union International Contre Cancer) ve AJCC (American Joint Commite on Cancer) 'nin biçimlendirdiği TNM sistemidir. Buna göre tümör T, koltukaltı lenf gangliyonu N, uzak metastazlar M ile temsil edilir.

Primer Tümör: T

Tx: Primer tümör değerlendirilemeyebilir.

To: Primer tümör bulgusu yok

Tis: Tümör bulgusu olmayan Pagat hastalığı ,insitu tümör

T1: Tümör 2 cm veya daha küçük

T1a : Tümör 0.5 cm veya daha küçük

T1b: Tümör 0. 5 den büyük, fakat 1 cm yi aşmamış

T1c: Tümör 1 cm den büyük, fakat 2 cm yi aşmamış

T2: Tümör 2 cm den büyük fakat 5 cm yi aşmamış

T3: Tümör 5 cm yi aşmış

T4a: Toraks duvarına ulaşmış

T4b: Meme derisinde ödem (Peau d'orange dahil),ülserleşme ,tümörlü memede yandaş deri lezyonları

T4c :T4a+T4b

T4d: İnflamatuar kanser

Bölgesel lenf gangliyonları : N

Nx: Bölgesel lenf gangliyonları değerlendirilemeyebilir (örn .daha önce çıkarılmıştır)

N0:Bölgesel lenf bezi metastazı yoktur.

N1:Aynı taraf koltukaltında bir ya da fazla mobil lenf gangliyonuna metastaz
N2:aynı taraf koltukaltında bir yada fazla lenf gangliyonunda etastaza ;fakat bu lenf gangliyonları birbirlerine ya da dokulara yapışık
N3:Tümörün bulunduğu taraftaki iç mamaria lenf ganglion grubuna metastaz

Uzak metastazlar: M

Mx: Uzak metastazların varlığı değerlendirilemeyebilir

M0:Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastazlar mevcut

3.8.Meme Kanserinde Cerrahi

Hastanın psikososyal yapısı (kültürel ve ekonomik düzeyi) oturduğu il ve düzenli olarak kontrollere gelip gelemeyeceği, MKC yapılması planlanan hastalarda dikkatlice sorgulanmalıdır.

MKC: Geniş tümör eksizyonu ve koltuk altı lenf bezi diseksiyonunu içerir. MKC için uygun kriterler taşıyan hastaların seçimi önemlidir; hastalara mutlaka MKC nin riskleri ve sonuçları anlatılmalı, tartışmalı ve tercih hastaya bırakılmalıdır.Hiçbir hekim kendini hasta yerine koyup karar vermemelidir.

Radikal Mastektomi: Meme dokusu, pektoral kasları ve koltukaltı lenf gangliyonlarının blok olarak çıkartıldığı bir girişimdir.

Meme kanserinin güncel cerrahi tedavisi: Hastalıklı organın kısmen veya tamamen çıkartılmasına ek olarak yapılan aksiler diseksiyon esasına dayanır. Bununla hem hastalığın bölgesel tedavisi hem de tümörün tiplendirilmesi ve evrelendirilmesi yapılabilmektedir.

PSİKOONKOLOJİ

Kanser, çağdaş tıbbın ve bilim dünyasının son 30- 40 yıldır üzerinde en çok araştırmalar yapılan ve uğraş verilen alanıdır. Tıptaki gelişmelere paralel, hastaların yaşam süresi uzadıkça yaşam kalitesinin tartışılması da ön plana çıkmıştır. Kanserinin cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımı yanında ruhsal tedavi ve bakımı bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Hastanın, hastalık evresinin her döneminde yaşadığı psikolojik tepkilerin ve psikososyal ortamın hastanın uyumunda ve tedavinin seyrinde etkili olduğu anlaşılmıştır.(65)

Kanser tanısı, hatta olasılığı hastanın en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Bu sarsılmada hastalığın hasta için öznel anlamı ve hastalığın algısal çevresini oluşturan unsurlar merkezi rol oynar. Hastalığın ve tedavi yöntemlerinin özellikleri, hastanın psikolojik yapısı çevrenin hastayı ve hastalığı algılaması, tüm bunların karşılıklı etkileşimi kanserin o hasta için ne anlama geldiğini ve ne tür tepki ortaya çıkaracağını belirler.

Kanserli hastada tanı ve aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar.(66) Hasta kaynaklı faktörler arasında, hastanın kişilik yapısı, emosyonel olgunluk düzeyi, baş etme potansiyeli ve hastanın yaşam dönemi önemlidir. Kanserinin niteliği, tuttuğu organ, evresi, yapılması gereken girişimler ve tedaviler önem taşımaktadır.

Günümüzde kanser, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır (68) . Kanser tanısı öğrenildiğinden itibaren hem hasta hem de ailesi için birçok güçlüğü beraberinde getirmektedir. Bu süreçte, her hastada çeşitli emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilmektedir (69,70).

Kanser insan yaşamını çeşitli yönleriyle etkilemekte ve kanser olan kişi çeşitli dönemlerden geçmektedir. Kubler – Ross (Akt Özkan ve Turgay 1995) bu dönemleri şöyle sıralamıştır.

- 1.İnkar ve izolasyon
- 2.Öfke
- 3.Pazarlık
- 4.Depresyon
5. Kabullenme

Kanserde ortaya çıkan emosyonel davranışsal reaksiyonları değişik araştırmacılar gruplandırmışlardır. Kübler Ross'unki üzerinde en çok durulandır. Hasta tanıyı ilk öğrendiği zaman bir şok ve inkar dönemi yaşar. Burada kullanılan inkarın dinamiği psikanalitik literatürde kullanılanlardan farklıdır. Kanser tanısı alan bir kişi de sık sık “ Bu gerçek olamaz”, ”Ben kanser olmam” gibi cümlelerle inkarını dile getirir .İnkar mekanizmasının bozulması hastanın depresyona girmesine neden olur (71). İlk şok, duygusal uyuşma hali geçtikten sonra inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamaları görülür. Bazen bir dönemde takılma ya da daha önce geçilmiş bir döneme geri dönüş olabilir (72). Daha sonra öfke dönemi diye tanımlanan “niye ben”, “başkaları sağlıklı iken, hayat devam ederken neden ben, neden şimdi” duygusunun yaşandığı ikinci dönem gelir. Bu dönemi takiben hasta pazarlık dönemine girer. Pazarlık döneminde hasta işbirliği yapar, biraz daha zaman için tedavilere uyum, gerekenleri yapa ve çaba gösterme önemlidir (72). Tedavi uzadıkça relaps oldukça bir depresyon dönemi yaşanır. Hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir. Son olarak hasta bir kabullenme dönemi içine girer. Bu dönemde hastalık kabullenilir. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır (72).

Meme kanseri tanısı fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda kadınların yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen bir kriz durumu yaratır. Bu kriz durumunda yaşa, etnik gruba ve hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için bazı tepkiler evrenseldir.

Ve bu tepkiler genel olarak iki alanda yoğunlaşmaktadır. İlk tepkiler kanserin yayılma olasılığı, belirsizlik, acı çekme ve ölümlle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybıyla ilişkili olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle bağlantılı sorunlardır (67,68).

Al-Ghazal ve arkadaşları (1999) primer meme kanseri tedavisinde kozmetik sonuçların ruhsal ve sosyal alanlara etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, yapılan ameliyatın kozmetik sonuçların ruhsal ve sosyal alanlara etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, yapılan ameliyatın kozmetik sonuçlarının iyi olduğu hasta grubunda, anksiyete -depresyon, beden algısı, benlik saygısı ve cinsellik ile kozmetik sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki gözlediklerini belirtmişlerdir (76). Kanser hastalarının psikolojik durumu ile ilgili görüşler iki uç arasında yer almaktadır: “Bütün kanser hastaları depresiftir ve psikiyatrik girişime gereksinim duyarlar” görüşü ile “hastalar bu durumla iyi başa çıkarlar, çok azı yardıma gereksinim duyarlar” görüşü. Fakat prevalans çalışmaları her iki tutumun karşısındadır (77)

Yapılan bir çalışmada ise kanser hastalarında depresyon prevalansı incelenmiş, şu sonuçlara varılmış:

Tablo 4:Elde edilen depresyon verileri

%24 de ağır depresyon
% 18 de orta derecede depresyon
% 14 de “üzüntü” olarak ortaya çıkan depresif belirtiler
% 44 de hiçbir depresyon belirtisi bulunamıştır.

(77)

Meme Kanserinde psikososyal sorunlar

- Psikolojik sorunlar

Kanser tanısı almak, geleceğe yönelik tehdit olarak algılanmaktadır. Meme kanseri ise kadınlar tarafından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Literatürde, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete,

depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu bildirilmiştir (74).

Bazı kanser tiplerinin daha fazla ruhsal sorunlara yol açtığı, örneğin, mastektomi sonrası, özellikle de kemoterapi eklenirse psikiyatrik bozukluk oranının arttığı bildirilmiştir (Hardman ve ark 1989) (71).

Tablo 5 : Meme kanserli kadınların yaşadığı psikososyal sorunlar

Psikolojik sorunlar: Anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, yaşam isteği, ölüm korkusu
Beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle ilgili sorunlar: Beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, over eksikliği, erken menopoza girme, hormonal bozulma ve cinsel sorunlar
Fiziksel uyum sorunları: Enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri
Aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar: Sosyal geri çekilme, sosyal izolasyon , sosyal rol ve etkileşimlerde değişiklikler, damgalama
Mesleki ve ekonomik sorunlar: Sağlık güvencesinin olmaması, tekrar iş yaşamına girme, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma, iş ayrımcılığı, ekonomik güçlükler

Spiegel'in (1997) belirttiğine göre, meme kanserli hastaların % 80 i, ilk tedavi esnasında kanserin tekrarlayacağına ilişkin anksiyete, ölüm anksiyetesi ve cinsel sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir (79). Keller (1998) tanıdan sonraki bir yıl içinde kadınların % 20- 30' unun meme kanseri ile yaşamaya uyum sağlayamadığını (87), Ward ve ark. ise meme kanseri tedavisinden sonra kadınların % 30 unun psikolojik distres yaşadığını bildirmiştir (88).

Hastalığın tekrarlamasına ilişkin belirsizlik, ölüm korkusu ve yaşama isteği meme kanserli kadınlar arasında en yaygın olarak belirtilmiştir (90). Landmark ve ark. (2001) yaptıkları bir araştırmada meme kanserli kadınlarda yaşama isteği ile bağlantılı varoluşsal farkındalığın ana fenomen olduğunu ortaya çıkarmışlardır (91). Literatür gözden geçirildiğinde, mastektomi sonrası genç kadınların hastalığın tekrarlamasına ilişkin daha fazla korku duydukları ve meme kaybına ilişkin daha yoğun duygular yaşadıkları, buna karşın ileri yaş grubundaki kadınların, meme kanserini gelecek yaşamlarında daha az tehdit edici olarak algıladıkları belirtilmiştir (92) .

-Beden İmajı, Benlik Algısı ve Cinsellikle İlgili Sorunlar

Kanserde cerrahi tedavi sonucu dıştan görülen bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi, hastalar için yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Birçok toplumda kadının memesi estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mastektomi ile yaşanan meme kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır (95).

Psikolojik açıdan beden imajı insanın kendi bedeninden ne ölçüde hoşnut ve memnun olduğunu ifade eder(71). Mastektomi sonrası meme kaybının ruhsal ve cinsel yaşam üzerine belirgin etkileri olmaktadır (Jamison ve ark.1978,Poivy 1977). Meme protezleri, dışarıdan bakıldığında bu algısının bozulmasını engellemekte ve kadının

hissettiği deforme olma, bozulma duygusunu onarmamaktadır (Al-Ghazal ve ark. 2000) (76).

Al-Ghazal ve arkadaşları (2000) yaptıkları başka bir çalışmada meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan meme koruyucu ameliyat, total mastektomi ve total mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ameliyatlarının psikolojik etkilerini ve hasta memnuniyetini araştırmış; beden algısı, benlik saygısı, depresyon-anksiyete, cinsel doyum açısından en iyi sonucu meme koruyucu ameliyatların verdiğini, bunu meme rekonstrüksiyonunun izlediğini, bu bağlamda meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olduğunu belirtmişlerdir. Oysa Rowland ve arkadaşları (2000) benzer metodoloji ile yaptıkları çalışmalarında beden algısı, cinsellik, depresyon, yaşam kalitesi ve eş uyumu açısından en iyi sonuçların meme koruyucu ameliyatlara alındığını belirtirken, bu açıdan meme rekonstrüksiyonunun total mastektomiye üstün olmadığını belirtmişlerdir.

Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda yaş, menopoz, ek ilaç kullanımı gibi cinsel işlevler üzerine etkilerinin olduğu bilinen faktörler kontrol edilmemiştir ve bu nedenle, meme kanseri tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde ameliyat tipinden kaynaklanan faktörlerin etkisinin olup olmadığı tam olarak aydınlatılamamıştır (76).

Meme kanserinde uygulanan ameliyat tiplerinin beden algısı, benlik saygısı, cinsel işlevler ve eş uyumuna etkilerini araştıran yeterli randomize kontrollü çalışmalar bulunmasa da (Harcourt ve Rumsey 2001) bazı çalışmalar meme rekonstrüksiyonunun bu açılardan total mastektomiye üstün olduğunu belirtirken (Pozo ve ark. 1992, Noguchi ve ark. 1993, Schlebusch 1998, Al-Ghazal ve ark. 1999, Al-Ghazal ve ark. 2000) bazıları anlamlı bir farklılık saptamamışlardır (Ganz ve ark. 1989, Ganz ve ark 1998, Levy ve ark 1992, Schover ve ark. 1995, Reaby ve Hort 1995, Rowland ve ark.2000, Harcourt ve ark. 2003) (97).

Yapılan çeşitli araştırmalarda mastektomi olan hastaların önemli bir bölümünde ruhsal sorunların bir yılı aşkın sürelerde devam ettiğine ilişkin bulgulara rastlanmıştır.

Bu konuyla ilgili olarak Hutchinson, Ferndon ve Wilson (1979) yaptıkları bir araştırmada bir yıl önce memesi alınmış hastaların %39 unda yüksek düzeyde kaygı, çökkünlük ve cinsel problem olduğunu tespit etmişlerdir (71).

Meyer ve Aspergen (1988) radikal mastektomi yapılmış bir grup hasta ile, göğsü korunarak ameliyat edilmiş aynı zamanda radyoterapi alan bir grup hastayı yıl boyunca incelemişlerdir. Psikiyatrik bozukluk, eliliğe uyum ve kanserin tekrarlama korkusu bakımından mastektomi olmuş kadınların % 30'u ve göğsü korunarak ameliyat edilmiş kadınların % 29'u benzer sonuçlar göstermişlerdir. Fakat göğsün korunması, kadının dişilik kimliğini ve vücut görüntüsünü kabullenmeyi kolaylaştırır (71).

Konuyla ilgili diğerk bir araştırmada Wolberg ve ark (1989) tarafından yapılmıştır. Bu karşılaştırılmış, iki grup arasında ameliyat sonrası uyumları, psikopatolojileri ve seksüel problemleri bakımından çok küçük farklar bulunmuştur. Yani psikolojik sorunlar ameliyatla göğsün korunması ile ortadan kaldırılamamıştır (71).

Aygin ve Aslan 'ın (2005) yaptığı çalışmada, meme kanserinde uygulanan tedaviler sonrasında hastaların % 57.9 unda cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır (97).

Kemoterapotiklerden alkile edici ajanlar sıklıkla cinsel problemlere neden olurlar. Cinsel sorunlar ise depresyon için önemli bir risk faktörüdür (72).

Cinsel doyumu eşiğinde insanın bir armoni eşiğinde beraberliklerini içeren; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanan cinsellik (80) bireysel sürdürülebilmesi için mutlaka doyurulması zorunlu olmayan, fakat türün sürekliliği için gerekli olan bir gereksinimdir. Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan geniş bir kavramdır. Cinselliği direkt ya da dolaylı olarak etkileyen sağlık sorunları cinsel işlevi bozmakta ve dolayısıyla bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (83).

Amerika'da 18-59 yaş arası sağlıklı kadınlarda cinsel problemler üzerine yapılan bir çalışmada kadınların % 33.4'ünün cinselliği önemsemediği, % 24.1'inin orgazma ulaşamadığı, % 21.2'sinin cinsel haz alamadığı, % 14.4'ünün ağrı hissettiği, % 18.8'inin vaginal nemlenmede sorun yaşadığı saptanmıştır (84).

Meme kanseri tanısı konan bir kadının cinselliği sağlıklı bireylerden farklı değildir. Kanser tedavisi gören kadınların da tüm bireyler gibi sevgi, yakınlık, dokunma, sıcaklık, güven, ait olma, şefkat ve bağlanma gereksinimleri vardır. Bu gereksinimler evrenseldir ve her yaş ve her durum için geçerlidir(85).

Meme cerrahisi uygulanan kadınlar çekindikleri ve utandıkları için cinsellik hakkında sorular sormada kendilerini rahat hissetmeyebilirler. Böyle durumlarda :

- *Hasta ile dostça ilişki kurulmalı,
- *Korku ve yanlış anlamalar ortadan kaldırılmalı,
- *Hastanın mahremiyet hakkındaki duygularını açıklamasına izin verilmeli,
- *Cinsellik hakkındaki düşünceleri, seksüel kaygıları, beden imajı ve tedavinin etkisi hakkında açık ve duyarlı bir tartışma ortamı sağlanmalı,
- *İyileştiği ve enerji düzeyi izin verdiği zaman eşi ile beraber olması konusunda cesaretlendirilmelidir (94).

Takahashi ve Kai(2005), meme kanseri tedavisinden sonra cinselliği araştırdıkları çalışmalarında, cinselliğin kanser tanısının konulmasını izleyen dönemde ihmal edildiğini, özellikle Asya'da gerçekleştirilen çalışmalarda bu sonucun gözlemlendiğini vurgulamışlardır (98). Ganz ve arkadaşları, mastektomi uygulanan kadınların konservatif meme tedavisi uygulananlardan beden imajlarının daha bozuk olduğunu ve mastektomili kadınların giyimde/giysi seçiminde daha çok zorlandıklarını ifade etmişlerdir (99). Bir çalışmada, aktif kanser tedavisi altındaki hastaların % 82'si sağlık çalışanları ile seksüel endişelerini paylaştıklarını, geri kalan hasta grubu ise kanser tedavisi olurken cinselliğin akıllarına gelen en son şey olduğunu ifade etmişlerdir (100).

Wellisch (1981), tanı öncesi evlilik ilişkileri güçlü olan erkeklerin hastanede daha sık eşlerinin yanında olduğunu, daha çabuk seksüel aktivitelerine başladıklarını ve eşlerini çıplak görmeye daha istekli olduklarını bildirmiştir(101).

Günümüzde meme kanseri tedavisinde sağlanan ilerlemelerin yaşam süresini uzattığı dolayısıyla da yaşam süresi uzayan hastalarda yaşam kalitesinin yükseltme çabaları giderek önem kazanmıştır. Burada amaç yalnız hastanın hayatını kurtarmak değil, kurtarılan hayatı anlamlı ve kaliteli kılmaktır. Cinsel sağlık ise yaşam kalitesinin ayrılmaz bir parçasıdır (85).

Meme kanseri tedavi sürecinde; Memede ağrı ve ödemin tedaviyi takiben 1 hafta içinde meydana gelebileceği, şiddetinin azalmasıyla birlikte radyoterapi bitimini takiben aylarca devam edebileceği, hastaya bu ağrının normal olduğu söylenir ve destekleyici sütyen kullanımı önerilir. Bulantı-kusma cinselliğe ilgiyi azaltacağından cinsel ilişkiden önce ağır yemeklerden kaçınması önerilir. Sıcak basmasını önlemek için hastaya pamuklu hafif kıyafetler giymesi, sentetik ve yünlü kıyafet kullanımından kaçınması, aşırı sıcak ortamlardan uzak durması, çay, kahve tüketimini azaltması, gevşeme egzersizlerini yapması, yatmadan önce ılık bir duş alması önerilebilir (84).

Vaginal kuruluğun kemoterapinin bir yan etkisi olduğu, sorunun iyi bir kayganlaşma yardımıyla aşılabileceği ve hekimin önerdiği Replen ve Lubrin gibi ilaçların hastayı rahatlatacağı belirtilmelidir (102).

Disparonide, hasta cinsel birleşme sırasında meydana gelebilecek ağrıdan korkabilir ve bu partneri üzerinde de rahatsızlığa ve distrese neden olabilir. Disparoniden kaçınmak için cinsel birleşme esnasında su bazlı lubrikant kullanımı tavsiye edilebilir(102).

Radyoterapi ve kemoterapiye bağlı yorgunluk hastanın cinsel isteğini ve aktivitesini azaltır. Hastanın eşi hastayı yormamak, hastanın radyoterapi dönemini rahat geçirmesini sağlamak ve hastanın radyoaktif almasından dolayı kendini de etkileyebileceğini düşünerek hastayla birlikte olmak istemeyebilir. Bu durumda;

- * Hasta ve eşi radyoterapi süreci, yan etkileri ve yan etkilerin cinselliğe etkisi hakkında bilgilendirilir,
- *Özellikle hastanın eşine tedavi sonrası hastanın radyoaktif almadığı, eşine rahatça sarılabileceği,
- *Hasta kendisini enerjik hissettiğinde eşiyle beraber olması,
- *İlişi sırasında eforu azaltan pozisyonlar (yatma, üstte olma) önerilir,
- *Cinsel ilişkiden önce ve sonra dinlenmesi tavsiye edilir (84).

-Fiziksel Uyum sorunları

Kanserde uygulanan çeşitli tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Tedavilerin yol açtığı yan etkiler içinde enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri en sık karşılaşılan sorunlar olup, hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir (103).

Genellikle ileri yaş grubundaki kadınlar, meme kanseri tanısından sonra ilk tedaviye başlama konusunda daha fazla tereddüt yaşamaktadır. Özellikle iletişim becerileri ve sosyal destek yönünden yetersiz olan ileri yaş grubundaki kadınların, tedavi kararları konusunda daha pasif rol üstlendikleri ve tedavi kararlarını daha çok hekime bıraktıkları bildirilmiştir (104).

- Aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar

Mastektomi, meme kanserli bireylerin beden imgelerinin zedelenmesine neden olmakla kalmayıp, bu zedelenme depresyon, anksiyete, korku, öfke gibi duygular yaratabilmekte yakın ilişi ve evliliklerde bozulmalara yol açabilmektedir. Ailenin destek verme ve iyimser gözükme çabası içerisinde kaygı, umutsuzluk ve korkularını saklamaları, üzüntülerini bile ifade edememeleri onları daha da zor bir duruma sokacak ve yas gelişimini kolaylaştıracaktır (Özkan 1992,Anuk 1999) (78).

Sosyal işlevsellikteki bozulma sadece bireyin kendisini değil evliliğini, ailesini ve iş çevresini de etkilemektedir. Bu bozulma sıklıkla semptomatik iyileşmeden sonra

da kalmaktadır ve tedavi edilmezse prognozun kötüleşmesine neden olur (Hirschfeld ve ark. 2000) (78).

Meme kanseri aile üyeleri, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklar üzerinde olumsuz psikososyal etkilere sahiptir. Bu süreçte bazı hastalar aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir.

Meme kanseri tanısı konmuş kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (Hilton 1988) belirsizliğin gelecekte ne olacağını bilememekten, güven duyamamaktan, şüpheli bir yaşam içinde olmaktan, müphemlik algılamaktan ve kararsız olmaktan kaynaklandığı belirtilmiştir (105).

Meme kanseri erken dönemde teşhis ve tedavi edilirse iyileşme şansına iyimser bakılsa bile, kadınların yaşam kalitelerini önemli ölçüde değiştirebilen bir hastalıktır. Meme kanseri yaşayan kadınlar arasında belirsizlik, tanı koyma evresinden hastalıkla yaşamayı öğrenmeye kadar gelişen dinamik bir süreç olarak yaşanır. Meme kanserinin belirsizliğiyle yaşa yalnızca hasta bireye değil, bakım veren kişilere de birçok güçlükler getirir. Mastektomi sonrası yaşanan değişimlerden kaynaklanan bu güçlükler:

- Beklenmedik bir duruma uyum sürecinin uzaması (insizyona bakamama),
- Meme kaybına bağlı olarak gelişen bedensel değişikliklerden utanma, sosyal çekilme
- Meme kaybına bağlı olarak benlik saygısında azalma,
- Geleceğe ilişkin belirsizlik ve ölüm korkusu yaşama durumlarıdır (Hilton 1988) (105).

İnsanların belirsizlik ile nasıl baş ettiği büyük oranda sahip oldukları kaynaklara bağlıdır. Bunlar; olaylara ilişkin düşünce biçimi-pozitif düşünme, sosyal destek ve parasal kaynaklardır. Lazarus ve Folkman (1984) pozitif düşünmenin bireylerin hastalıklarına daha olumlu bir şekilde bakabilmelerini ve belirsizlikten uzaklaşmalarını sağladığını ileri sürmüşlerdir. Ayrıca, sosyal desteği ve parasal kaynakları yeterli olan bireylerin psikolojik stresle daha iyi baş ettiklerini de savunmuşlardır. Mishel ve Sorenson (1991) jinekolojik kanser tanısı alan hastalardaki uyumu, uzunlamasına

yaptıkları bir çalışmada araştırmışlardır. Sonuçta, tedavinin ilk aşamasından sonraki belirsizlik ile sosyal destek arasında yüksek düzeyde ters oranda bir ilişki bulunmuştur. Yani sosyal desteğin yeterli olduğu durumda belirsizlik daha az yaşanmaktadır. Literatürde belirsizlikle baş etmenin maneviyat, dini inanç, manevi huzur, algılanan yaşam kalitesi, benlik saygısı, aile beraberliği, kişisel özgürlük ve yaşanan ümitle doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (Crigger 1996) (105).

- Mesleki ve Ekonomik Sorunlar

Mastektomi sonrasında kadınlarda belirsizlik ve kaygı arasındaki ilişki konusunda yapılan bir çalışmada (Wong ve Bramwell 1992), belirsizlik ve kaygı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Yani belirsizlik durumunun artması kaygı düzeyini de artırmaktadır. Kaygının yüksek olması ise öğrenmeyi engelleyicidir. Araştırmaya katılan kadınların çoğu, ameliyat öncesi dönemde çok sayıda sorularının olduğunu fakat sormaktan korktuklarını ya da sormak istemediklerini belirtmişlerdir. Belirsizliğin yoğunluğu kadınların yaşamlarını ve geleceklerini kontrol edebilme becerilerine bağlı olarak farklılıklar göstermiştir. Aynı çalışmada kadınların belirsizlik durumunda yaşadıkları duyguların üstesinden gelmek için, genellikle belirsiz geleceğe ilişkin düşüncelerini baskıladıkları belirtilmektedir (105).

-Meme Kanserinin İlk Belirtilerinin Tanımlanması ve Tıbbi Konsültasyonun Gecikmesi

Meme değişikliklerine duyarsızlık, memedeki kitlenin önemini kavrayamama, kitlenin kaybolabileceği ile ilgili ümit içerisinde olma, mali endişe duyma, ağrı duyma, kanserden korkma gibi nedenlerle tıbbi konsültasyon dönemi geciktirilebilir (106).

-Tanı alma Dönemindeki Bekleyiş

Hastanın ilk görüşme sırasında korku ve endişelerinden söz etmesini sağlamanın çeşitli yararları olabilir. Bu durum hastanın emosyonel duygulanımlarından çıkış noktası bulması açısından bir fırsattır. Hastanın duygu ve düşüncelerinin saklayarak

distres ile başa çıkmada sorunlar yaşayabileceği ve özellikle eşin incinebilen ve hassas bir yapıda olabileceği unutulmamalıdır (107).

İlk ziyaret geciktirilmiş olabilir. Bekleme sürecinde duyulan korkular gittikçe artar. Bazı hastalar, meme kanseri tanısı konamayan dönemde beklerken, tümörün yayılım gösterebileceği endişesi duyabilmekte veya hastalıkla mücadele konusunda planlar yapabilmektedir(106).

-Tanı Konusunda Bilgilendirme

Bu çalışmaya alınan hastaların ancak % 5 nin tanılarını bilmedikleri bulunmuştur. Elbi ve arkadaşlarının (1992) radyoterapi bölümünde psikiyatri konsültasyonu istenen kanser hastalarında yaptıkları çalışmada tanısını bilmeyenlerin oranı %37 bulunmuştur. Biyopsi sonucunun pozitif olduğu durumlarda, hekim ve hemşire duyarlılıklarını, hastalarının yanında olduklarını /olacaklarını hissettirmelidirler. Böylece hastanın huzur duyması sağlanarak, iletişim kurulması kolaylaştırılacaktır (108). Schou ve arkadaşları, pozitif lenf nodu, ileri evre kanser tanısı gibi hastayı üzebilecek haberlerin, depresyon düzeyi ve optimizm– pesimizm duygulanımı üzerinde stabilite oluşturduğunu bildirmektedir (109).

Hekim ve hemşire, şaşkınlık duygulanımının normal olduğunu, şok durumunun hastayı koruyabileceğini ve hastalığa uyumda bir etken olabileceği unutmamalıdır. Hasta, tolere edebileceği şekilde, sürede ve süreçte bilgilendirilmelidir (110).

Özellikle tanısı yeni konulan hastaların yaşam kalitesinin, psikososyal faktörler nedeniyle bozulduğu Lehto ve arkadaşlarının çalışmasında vurgulanmaktadır(111).

-Mastektomiye Karşı Verilen Reaksiyonlar

Uyum sürecinde yaş, önemli bir etken olup, özellikle meme kaybı yaş gruplarını sıklıkla etkilemektedir. Genç meme kanserli bireylerin tanıyı izleyen yıllarda yaşam kalitesinde önemli bozulmalar olduğu, menapoz belirtilerine odaklanan, cinsel işlev, vücut imajı ve ilişkileri ile ilgili sorunların giderilmesi yönündeki girişimlere gereksinim duyulduğu; yaşlı kadın hastaların, mastektomiden kaynaklanan travmaya

karşı hassasiyetlerinin ön plana çıktığı, orta yaşlarda ise, hastaların yaşamın kendilerine gösterdiği değişikliklere uyum sağlamak zorunda olduklarını düşünebildikleri bildirilmektedir. Hastaların bu tür düşüncelere kapılabileceklerini bilen hemşireler, red bulgularını gözlemlemeli ve hastanın kendi sorunları ile yüzleşmesine yardımcı olmalıdır (106).

Tedavinin uzun sürmesi durumunda belirsizlik daha yoğun yaşanır ve belirsizlik içinde ümitsizlik hissettiklerinde hastalarda sıklıkla depresyon görülür. Güven vermesi ve belirsiz geleceklerdeki ümidi beslemesi nedeniyle bireylere yaşam olaylarına karşı pozitif bakış açısı kazandırma oldukça önemlidir. Aile beraberliği, arkadaşlar ve sağlık çalışanları, ümidi azalmış bireyleri destekleyerek ve bilgi vererek ümidi arttırabilir. Ancak bireyin gereksiniminden fazla verilen bilgi, dikkati pozitif yönden daha çok negatif yöne kaydırabilir. Gereksinimden az verilen bilgi de bireyde korku ve kaygı yaratabilir; ümidi ümitsizliğe dönüştürebilir. Bu nedenle, hastanın gereksindiği kadar bilgi vermek ve hastanın da verilen bu bilgiye hazır oluşu çok önemlidir (Nelson 1996). Aynı kaynakta yer alan meme kanserli bir hastanın bu konudaki deneyimini anlatma biçiminin çarpıcı olacağı düşünülmüştür. Tüm tetkik sonuçları ve dosyamla geldiğimde doktorum bana, Meme kanserisin, bunu durdurmak ya da önlemek için yapılabilecek hiçbir şey yok. Biri sana kanser olmadığını söylese yalan söylüyor demektir. Kemoterapi alabilirsin, bu sana biraz zaman kazandırır, ama bu zamanın kaliteli olup olmayacağını bilmiyorum. Bu zamanı isteyip istememe kararını sen vereceksin dedi. Yaşamımın geri kalan kısmında bu doktorla işbirliği yapmayacağıma karar verdim ve odadan çıktım. Çünkü bu doktor ümidimi elimden alıyordu (106).

-Meme Kanseri ve Öfke

Öfkenin meme kanseri tanısına gösterilen en yaygın reaksiyonlardan biri olduğu, hastaların ameliyat öncesi bu duyguyu daha kolay ifade ettikleri ve öfkenin daha çok kadının kendisini haksızlığa uğramış olarak algıladığı zaman ortaya çıktığı, ilgili kaynaklarda yer almaktadır (Watson ve Greer 1983 ,Elbi 1997 ,Diener ve ark. 1985, Bredin 1999).

Eşlerde de öfke mastektomi öncesi ve sonrasında anlamlı farklılık oluşturmuştur. Mastektomi sonrasında eşlerin öfke duygusunu daha çok içe attıkları ve ifade etmedikleri görülmüştür. Çalışmalar, hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli devrede hastanın yakınlarında korku, kaygı ve kızgınlık yaşadıklarını ancak eşlerin genellikle bu duyguları koruyucu rol oynamaya ve güven vermeye çalıştıkları için bastırdıklarını belirtmektedir (fiendil 1991, Anuk 1999, Kaymakçı 2001, Gail ve ark. 2001).

Weissman ve arkadaşları (1971), hastaların klinik görüşme sırasında hostilete göstermemelerine rağmen özellikle yakınlarına karşı davranışlarında hostile olabileceklerini bildiriyorlar. Buna dayanarak hostilitenin self-report envanterlerle daha duyarlı bir şekilde saptanmasının mümkün olduğu söylenmektedir (Fava 1986). Depresyon araştırmalarında sıkça kullanılan Beck Depresyon Envanteri'nde öfke yalnızca bir soruyla irdelenmektedir: a) Her zamankinden daha sinirli değilim b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum c) Çoğu zaman sinirliyim d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum. Bu seçenekler incelendiğinde, sonuncu seçeneğin sinirlilik düzeyinden çok depresyonun şiddetiyle bağlantılı bir durumu sorguladığı görülmektedir (64).

Mastektomi öncesi mutsuzluğun daha çok yaşanması hastalıkla ilgili belirsizlik ve kaygılı bekleyişle ilişkili olabilir. Mastektomi sonrası hem hastaların hem de eşlerin bu duyguları ifade etmekten çekindikleri görülmüştür. Genel olarak değerlendirdiğimizde, hem hastaların hem de eşlerinin yaşadıkları öfke, kaygı ve mutsuzluk gibi duygularını çoğunlukla içe attıklarını ve mastektomi sonrasında ise duyguların ifade etmekten daha çok kaçındıkları görülmüştür.

DEPRESYON

Ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan başka bir hastalık yoktur. Son araştırmalar, toplum içinde depresyonların toplumun %20 sini etkilediğini göstermektedir. Depresyon sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir (112).

Depresif duygular (depresif duygu durumu , “mood”) sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen “ depresif bozukluk “duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur. Temel özellikleri arasında kederli ve karamsar duygu durumu, kötümser düşünme, gelecek hakkında umutsuzluk, hayattan zevk alamama, enerji azlığı, psikomotor yavaşlama, iştah ve uyku düzensizlikleri gibi vejetatif belirtiler yer alır (113).

Depresyon etyolojisine yönelik olarak yapılan nörokimyasal ve nöroendokrinolojik çalışmalar bu alanda önemli adımlar atılmasına yol açmıştır. Yine depresyonda beynin yapısal durumunun incelenmesi, belli beyin bölgelerinin hastalığıdaki rolü için ilgi çekici oluşmuştur(114).

Depresyonun patofizyolojisinde en fazla yeri olan biyolojik amin serotonin ve nörepinefrin dir. Postsinaptik ve beta adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma olduğu saptanmıştır. Dopamin aktivitesi depresyonda azalmıştır. Kortizol hipersekresyonu olmuştur. Depresif bozukluğu olan hastaların üçte birinin tirotropin releasing hormona (TRH), tirotropin (tiroid stimüle edici hormon (TSH)salıverme yanıtı vermediği gösterilmiştir (62).

Lansky ve arkadaşlarının (1985) çalışmasında, psikiyatrik depresyona göre kanser hastalarındaki depresyonlarda suçluluk duygusu, obsesif ve hipokondriak uğraşlar, anksiyetenin somatik bulguları ve psikomotor retardasyon daha az görülürken; daha sık insomni, daha fazla iştah bozukluğu ve kilo kaybı gösterdikleri, daha fazla anksiyete, çaresizlik, gelecekle ilgili kaygılar hissettikleri bildirilmektedir. Bu çalışmanın önemli sonuçlarından birisi de kanser hastalarındaki depresyonlarda daha fazla ağrı ve fiziksel performansta daha fazla bozulma bildirilmesidir. Araştırmacılar özellikle bir hastanın fiziksel beceri kaybının depresyonun güçlü bir göstergesi

olduğunu söylemektedirler. Bu bulguların sebep sonuç ilişkisi içinde yorumlanması iki yönde de yapılabilir: daha fazla ağrı ve fiziksel performans kaybı, depresyonun sonucu olabileceği gibi, tersi de doğru olabilir. Araştırmacılar fiziksel performansın ciddi bir şekilde bozulduğu ve fazla etkilenmediği grupların psikolojik uyum açısından farklı değerlendirilmesi gerektiğini söylüyorlar. Araştırmacılar hastalık öncesi depresyona yatkınlığı kanser tanısına cevabı önemli oranda belirlediğini ve hastaların diğer stres verici diğer yaşam olaylarıyla nasıl baş etmişlerse kansere de aynı şekilde uyum gösterdiklerini (ya da gösteremediklerini) söylüyorlar (63).

Depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır. Herhangi bir zamanda depresif belirtiler gösterenlerin oranı yaklaşık % 15 -20 dir. Bu oran içinde yer alanların en az % 12'sinin yaşamlarında herhangi bir zamanda tedavi gerektirecek kadar ağır depresyonlu olduğu saptanmaktadır. Yetişkin nüfusun yaklaşık % 20 si yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır (115).

Bir depresyon atağının ortaya çıkması için her zaman çok etkileyici ani bir olayın olması gerekmez. Süregelen stres veya çevresel kökenli çökkünlük hipotalamus – hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtında katekolaminerjik sistemde değişimler ortaya çıkarabilir (112).

Depresyon; normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar bir çok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu affektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür (116).

I.MAJOR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM –IV TANI ÖLÇÜTLERİ:

A.İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş

olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duygu duruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

- (1) ya hastanın kendisinin bildirilmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirti, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.
- (2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
- (3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin, ayda, vücut kilosunun %5 inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not : Çocuklarda , beklenen kilo alımının olmaması
- (4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması
- (5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğu bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir.)
- (6) Hemen her gün, yorgunluk –bitkinlik ya da enerji kaybının olması
- (7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (h ezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
- (8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir .)

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

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (117)

II. Klinik özellikler

Depresif bir duygudurum ile ilgi ve zevk almanın kaybı depresyonun anahtar kelimeleridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum sıklıkla kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlarlar. Depresif hastalar bazen iyileştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınır (124).

1. Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

- a. Anhedoni-zevk alamama,
- b. Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma,
- c. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücü azalır,
- d. Vejetatif belirtiler:
 - i. libido kaybı.

- ii. iştahsızlık ve kilo kaybı.
 - iii. iştah artışı ve kilo alma.
 - iv. düşük enerji düzeyi, yorgunluk.
 - v. adet düzensizliği.
 - vi. sabah erken uyanma (terminal insomnia) çökkün hastaların yaklaşık % 75' i uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluklarına sahiptir.
 - vii. gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir).
- e. Kabızlık.
 - f. Ağız kuruluğu
 - g. Baş ağrısı

2. Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

- a. Genel görünüm ve davranış:** psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.
- b. Duygulanım:** sıkıntılı.
- c. Duygudurum:** çökkün.
- d. Konuşma:** azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.
- e. Düşünce içeriği:** çökkün hastaların % 60' ında özkıyım düşünceleri ve % 15' inde tamamlanmamış özkıyım; obsesif yinelemeler; yaygın umutsuzluk; değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşlar; kararsızlık; içerik yetersizliği; varsanı ve sanrılar (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi); kendiliğindenlikte azalma.
- f. Duyum:** çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu bozulabilir.
- g. İlgörü ve yargılama:** kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozulur.

3. Eşlik Eden Bulgular:

- a. Bedensel yakınmalar:** depresyonu maskeleyebilir; özellikle kalp, sindirim sisteme, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.
- b. Var olduğunda, sanrı ve varsanılarının içeriği çökkün duygudurumla uyumlu olmaya**

eğilimlidir; en yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uyumsuz sanrılar, belirgin duygudurumla açık olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler, örneğin çökkün durumlarla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrılarıdır.

4. Yaşa Özgü Bulgular: Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir.

a. Puberte öncesi: Somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

b. Ergenlik: Madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz temizlik.

c. Yaşlılık: Bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödodemans ya da depresyonun demans sendromu, apati, çelinebilirlik)(118).

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyona işaret etse bile, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken 3 şey vardır :

- Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırmak. Bu iyi bir fizik ve nörolojik muayene ve çalışanları kurumun yetenekleri çerçevesinde yapılacak laboratuvar incelemeleri ile sağlanabilir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır.

-Belirtilerin herhangi bir ilaç veya kanun dışı madde kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayrılabilir.

-Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturularak veya mümkünse psikolojik testlerle tespit edilebilir

KANSER VE DEPRESYON

Kanser hastalarının % 25 ile 33 de tanının öğrenildiği ilk iki yıl içinde genel anksiyete bozukluğu, major depresyon ya da uyum bozukluğu gelişmektedir. Önemli bir uzvunu ya da işlevini kaybetmiş hastaların, % 25 de fiziksel görünümüne ait sorunlar oluşurken, cinsel problemler hastaların % 25 ila 33' ünü etkilemektedir (119). Kanser hastalarında somatik belirtilerle depresyon tanısına gitmek yanıltıcı olabilir. Tanı daha çok psikolojik belirtilere dayandırılmalıdır (120).

Depresyon, son dönem hastaları da içeren ve tanı ölçütleri kullanmayan değişen oranlar bildirilmiştir. Uyum bozukluğunu ayıran ve fiziksel olarak iyi durumda olan hastalarla yapılan çalışmalarda ise düşük oranlar bulunmuştur. Depresyon ile en fazla paralellik hastanın günlük işlerini yapabilme gücüdür (118).

Bir depresyon atağının ortaya çıkması için her zaman çok etkileyici ani bir olayın olması gerekmez. Sürengen stres veya çevresel kökenli çökkünlük hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtında katekolaminerjik sistemde değişmeler ortaya çıkarabilir.

Psikososyal etkilerin nörofizyolojik etkenler üzerine etkileri araştırılmaktadır. Yapılan deneylerde annelerinden uzun süre ayrılan maymun yavrularının bazılarında nörobiyolojik değişiklikler görülmüştür. Değişmeler noradrenerjik reseptörlerin duyarlılığında, hipotalamik serotonin salınımında ve plazma kortizol düzeylerinde ısrarlı artış gibi değişiklikleri içermektedir. Beyin opiat reseptörlerinin duyarlık ve sayısında da tekrarlanan ayrılmalardan dolayı önemli etkilenmeler olmaktadır. Anneleriyle ya da kardeşleriyle tekrar biraraya getirilirse yavru maymunların bazı değişiklikleri geri dönmekte, bazıları ise geri dönmemektedir. Ayrılıkların belirli gelişimsel dönemlerde az ya da çok hasar yaptığı görülmektedir (112).

Önceleri kanserli hastalarda depresyon oranının fizik olarak aynı derecede hasta diğer tıbbi hastalığı olan kişilerle aynı olduğu düşünülmüşse de son çalışmalar bu

görüşü desteklememektedir. Maguire ve Morris Mastektomili hastalarda % 25 oranında major depresyon, kalp hastalarında ise % 10 major depresyon bildirmiştir. Derogatis ve arkadaşlarının 1988 de yayınlanan bir araştırmalarında 215 kanserli hastada % 53 normal uyum, % 47 klinik düzeyde psikiyatrik bozukluk gözlenmiş, psikiyatrik bozuklukların % 68 i uyum bozukluğu, % 13 'ü major depresyon, % 8 'i organik beyin sendromu ve diğer psikiyatrik bozukluklar olarak saptanmıştır. Massie ve Holland (1989) ise konsultasyon istenen 546 kanser hastasında % 54 uyum bozukluğu, % 9 major depresyon saptamıştır (121) .

Radyoterapi hastaları ile yapılan bir araştırmada konsultasyon istenen 70 hastada, % 38 oranında major depresyon, % 43 uyum bozukluğu, rastgele alınan 30 hastalık kontrol grubunda ise % 13 uyum bozukluğu, % 7 major depresyon gözlenmiştir. Jenkins ve arkadaşları lokal rekürrensi olan mastektomili hastalarda % 45.5 oranında depresyon bildirmiştir.

Anksiyete hastalığın kötü gidişi ile artar. Fakat anksiyete belirtileri fizik belirtilerle karışık olduğu için ayırt edilmesi güçtür. Anksiyetesi olan hastalar gergin, huzursuz, tedirgin, tartışmacı, dikkat dağınıklığı, uykusuzluk halinde olabilirler.

İleri dönem hastalarının ağrı, acı çekme ve ölümle ilgili endişeleri de anksiyete nedeni olabilir. Aşırı suçluluk duygusu ve işe yaramazlık düşünceleri normal mutsuzlukla depresyon arasındaki farkı belirler. Burada birçok ilacın tümör türünün ya da hastalığa eşlik eden patolojilerin depresyona yol açabileceği unutulmamalıdır.

Bir hasta için sorun sinyalleri:

- Endişeli ifade
- Sorunları çözememe
- Dikkatini toplayamama
- Sıkıntı
- Gerginlik
- Ağız kuruluğu
- Öfke nöbetleri (72).

Kanser tanısına normal yanıt inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve uyum dönemleri olarak gözlenebilir. Bazı hastalar inkar dönemini hiç geçmezken bazı hastalarda depresyon dönemi uzayabilir (121).

Kanser hastalarının birçoğu intihar fikrine sahiptir. İntihar riskini artırdığı düşünülen faktörler:

- Kontrol edilemeyen ağrı
- Depresyon
- Eski psikiyatrik hastalıklar
- Aile sorunları ,ailede intihar öyküsü

Genel olarak kanser semptomları kontrol altına alındığında bu fikir kaybolmuştur(122)

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü bir çok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri) sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını kariyer, evlilik, aile gibi) nasıl etkilediği ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler (123).

Depresif hastalar tedaviyi reddetme eğiliminde olabilirler. Colleoni ve arkadaşları (2000) meme kanserinden opere olmuş ve psikolojik yardım alan 39 hasta ile aynı evre opere olmuş meme kanserli fakat psikiyatrik sorunu olmayan 78 hastadan oluşan kontrol grubunda depresyon ve kemoterapiyi kabul etme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Depresif hastaların yarısı tedaviyi kabul ederken kontrol grubunun % 92 si tedaviyi kabul etmiştir. Bu ve benzeri çalışmaların ortak sonuçları mevcut depresyonun tanınıp tedavi edilmesinin uygulanacak tedavinin kabul edilmesinde önemli bir etken olduğudur (118).

Tablo 6. Kanserde organik depresif sendrom nedenleri

Tümör etkisi : Hormon salgılayan tümör, SSS tümör
Tıbbi durumlar: Üremi, elektrolit dengesizliği, anemi, B 12 eksikliği, ateş, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm, adrenal yetmezlik
İlaçlar: Kemoterapotikler:İnterferon tamoksifen, vinkristin,vinblastin, prednizon, prokarbazin, L asparaginaz, deksametazon, amfoterisin B, östrogen, ağrı kesici ve diğer ilaçların (antihipertansif ,benzodiazepin ,beta bloker gibi) etkileşimi ile depresyon

Kanserli hastada depresyon tanısı için, bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği ve tedavilerin yan etkilerinin depresyon belirtilerine benzeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (118).

Kanserli bir hastada depresyon tanısı koyarken bazı belirtiler öncelik taşır,,iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüven kaybı, çaresizlik ,değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri ile tanı koyulması önerilmiştir. Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma) çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve sağaltıma uyumsuzluk gibi . Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenlerini araştıran çalışmalarda nevrotik özelliklerin fazla oluşu, psikiyatrik hastalık öyküsü, aile desteğinin olmayışı, ağrı, disfori, hastalığın ilerlemiş aşamalarından söz edilmiştir (123).

Tanı Güçlükleri

Kanserli hastaların psikiyatrise başvurmada çekinceleri olduğu ya da kanserli hastalarla çalışan ekibin ruhsal sorunları tanıma ve psikiyatri konsültasyonu istemede güçlükleri olduğu bilinen bir gerçektir. Hastaların bilgilendirilmesi, onkoloji birimleri ile liyezonun gelişmesi, böylece sorunların tanınması ve konsültasyon oranlarının

artması sağlanabilir. Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında, zaman yitirmeden sağaltıma başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlar (123).

Ayrırcı Tanı ve Klinik

Kanserli hastada depresyon tanısı için eşik değerin ne olacağı ve bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği, sağaltımın yan etkilerinin, laboratuvar bulgularının depresyon belirtileri ile örtüşebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Tanıyı güçlendirmek için biyolojik ayırt edicilerden yararlanılması önerilmiştir. Kanserde organik depresif sendrom nedenleri Tablo 6' da özetlenmiştir. Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, mutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve sağaltıma uyumsuzluk gibi.

Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenlerini araştıran çalışmalarda nevrotik özelliklerin fazla oluşu, psikiyatrik hastalık öyküsü, aile desteğinin olmayışı, ağrı, disfori, hastalığın ilerlemiş aşamalarından söz edilmiştir. Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Hastaların çoğu ağrının kötüleşme belirtisi olduğuna inanır. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, irritabilite, işbirliği yapmama, öfke, akut anksiyete, insomni ağrıya tepki olabilir ve ağrının sağaltımı ile düzelebilir (123).

Farmakolojik Sağaltımlar

Nedeni ne olursa olsun depresyon sağaltılabilir. Tüm antidepresanları kullanmak mümkündür. Antidepresan seçimi hedef belirtiler, hastanın tıbbi durumu ve ilaç yan etkilerine göre yapılır. Ayrıca ilaç etkileşimleri de dikkate alınmalıdır. Genellikle antidepresanlar kemoterapötiklerle etkileşmezler. Amitriptilin, kanser hastalarında ağrı sağaltımında sık kullanılmıştır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram) toksisite açısından daha güvenli kullanımları ve yan etkilerinin daha az oluşu ile son yıllarda kanserli hastalarda

yoğun olarak kullanıma girmiştir. Antikolinergik ve sedatif yan etkilerinin olmamasına karşın, başlangıçta anksiyete artması, gastro intestinal yan etkiler, bulantı, iştahsızlık sorun olabilir; yan etkiler genellikle bir iki haftada geçer. Antidepresanların kontrendike olduğu, hastaların yanıt vermediği ya da hastanın üç hafta vaktinin olmadığı durumlarda psikostimülanlar kullanılabilir. Tipik olarak hastalar 1- 2 ay ilaç alır, daha sonra yaklaşık üçte ikisi depresif belirtiler tekrarlamadan ilacı bırakabilir. Tolerans gelişebilir ve doz düzenlemesi gerekebilir. Benzodiazepinler anksiyolitik ve antidepresan olarak kullanılabilir. Karaciğer toksisitesi düşük olan oksazepam, lorazepam, alprazolam tercih edilmelidir. Alprazolamın anksiyete giderici olduğu kadar, etkin bir antidepresan olduğu da belirtilmektedir ve özellikle depresyon ve anksiyete belirtilerinin birlikte olduğu hastalarda yararlı olabilir (62).

BECK DEPRESYON İNDEKSİ

BDÖ: Beck ve ark tarafından geliştirilen (1961) farklı kültürlerde bu testin geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmıştır (Tashakkori ve ark 1989). Tegin tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (Tegin,1980;Hisli, MMPI–D kullanılarak birlikte geçerliği $r=0,50$ (pearson korelasyon katsayısı)olarak buluştur (Hisli ,1989).

Ölçeğin Özellikleri

Ölçtüğü nitelik: Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek.

Ölçek türü: Kendini değerlendirme ölçeği.

Uygulanacak grup : Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları

Kapsamı: Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Materyal: Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Uygulama İçin Pratik Bilgiler

Uygulama : Anlaşılabilirliği uygulanan gruplara göre değişkenlik göstermektedir ve hastalar kendi başlarına doldururlar.

Yönerge: Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldurulurken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir.

Puanlama: Her madde 0- 3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir.

Yorumlama: Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenirlilik makalesinde kesme puanını 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

Ölçek Bilgileri

zgn adı: Beck Depression Inventory (BDI)

Geliştirenler: Beck

zgn makale: Beck AT (1961) An inventory for measuring depression .Arch Gen Psychiatry 4:561-571

Türkçe formunun adı: Beck Depresyon Envanteri

Uyarlayanlar: Nesrin Hisli

Türkçe formunun güvenirliliği: Güvenirlilik alışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme gvenirliliğinde , r-0,74 olarak belirlenmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile birlikte MMPI depresyon alt leği uygulanıştır ve aralarındaki korelasyon r-0.50 olarak elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları,

üçüncü faktörde bedenssel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

Türkçe formunun makalesi: Hisli N:Beck Depresyon Envanterinin Üniversite öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği, Psikolojik dergisi , 1989 ,7-3 -13.

HASTALAR VE METOD

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesine, Tıbbi Onkoloji Polikliniğine Aralık 2007- Mart 2008 tarihleri arasında meme kanseri tanısı ile MRM veya MKC operasyonu olan tıbbi onkoloji polikliniğinden takipli 100 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalardan ayrıntılı anamnez alınmasını takiben muayene edildi. Hastalara başvuru anında sosyo-demografik form(hasta bilgi formu), anket formu ve Beck Depresyon Envanteri anketleri uygulandı. Bu formlar sırayla ek -1, ek-2, ek-3 de yer almaktadır.

A.Bilgi Formu

“Hasta Bölümü” den oluşmaktadır. Bilgi formunda demografik veriler, hastalıkla ve tedaviyle ilgili hastanın bilgi düzeyi; ekiple ilişkiler, tedaviye uyum ve tanının söylenmesiyle ilgili tutum ve düşünceleri hakkında bilgi toplanmıştır.Bilgi formu Ek -1 de yer almaktadır.

B.Anket Formu

Self –report anket formu biri çok seçenekli olmak üzere toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Anket formundaki sorular konsultasyon -liyezon ekibi tarafından literatür ve kanser hastalarıyla daha önce yapılmış olan konsultasyonlardaki klinik gözlemlere dayanarak hazırlanmıştır.

1.Öfkeyle ilgili 7 madde bulunmaktadır (8. ,11. ,17. 18., 22. ,24. ve 30. maddeler)Bu maddeler hazırlanırken öfkenin sözel ya da fiziksel dışavurumunu derecelendirmek için hazırlanmış olan Sosyal Disfonksiyon ve Agresyon Ölçeğinden (Bech 1996) yararlanılmıştır.

2.İnkarla ilgili 14 madde bulunmaktadır (1. ,2. ,3. ,4. ,6. ,7., 9.,13.,19.,20.,23.,27.,29. ve 32. maddeler)

3.Major depresyon tanısıyla ilişkili olabileceği düşünülen 12 madde bulunmaktadır (5., 10. ,12.,14.,15 .,16.,21.,25.,26.,28.,31. ve 33. maddeler).DSM –IV major depresyon kriterleri Ve Beck Depresyon Envanteri ‘ndeki sorulara ek olarak bu soruların hazırlanmasının nedeni, kanser hastalarında major depresyonun psikiyatrik popülasyondaki major depresyondan farklı görünülerinin olabileceğinin düşünülmesidir.Böylece kanser hastalarında depresyonun daha iyi tanınmasını sağlayacak sorular hazırlanmıştır.Hastalardan, cümleleri okuduktan sonra evet veya hayır şıklarından birisini işaretlemesi istenmiştir.

Anket formu Ek – 2 de yer almaktadır.

C.Beck Depresyon Envanteri(BDT)

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (Beck ve ark. 1961, Beck ve ark. 1988). Bu çalışmada Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanan 1978 versiyonlu Beck formu kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir.

Beck tıbbi sorunları olan hastalarda depresyonun taranması amacıyla çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (Craven 1988, Littlefield 1990). BDE’nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (Hisli 1988).

BDT anketi hastalara tıbbi onkoloji polikliniğine başvurduklarında uygulandı. Bu testin hastaların depresyonda olup olmadıklarını ve ne derecede depresif olduklarını değerlendirdiği hastalara anlatıldı. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulandı. Anlayamadıkları soruları boş bırakmaları ve cümle grubunda kendilerini

anlatan birden fazla cümle varsa işaretlemeleri söylendi. Hastalara, anlamadıkları sorular açıklandı ve uygun şık işaretlendi.

Beck depresyon testi anketi Ek- 3 de yer almaktadır.

D. İstatiksel Değerlendirme

Çalışmanın veri analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) (SPSS13.0) istatiksel yazılım programı kullanıldı. $P < 0.05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edildi. İkili karşılaştırmalarda 4gözlü tablolarda Fisher 'sexact test, çok gözlü tablolarda chi- square testi kullanıldı.

20- 65 yaş grubu arasında bulunan, meme kanseri olan meme koruyucu veya mastektomi sonrası tıbbi onkoloji polikliniğinden takipli hastalar alındı. 20 yaş altı ve 65 yaş üstü hasta grubu olanlar, o an için ölçek doldurmasına engel olacak ruhsal (psikotik bozukluk vs.) ve sistemik (demans vs.) hastalığının olanlar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR

Çalışmamızda hastalarımızdan 80'ine modifiye radikal mastektomi yapıldı. 20 hastaya ise meme koruyucu cerrahi uygulandı. Hastaların demografik özellikleri ve öykülerinde bulunan özelliklerin cerrahi tercihleri üzerine olan etkileri araştırıldı.

Yaş ile cerrahi tercihler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,025$). (Tablo 7).

Yaş	MKC	MRM
<50	18	42
≥ 50	4	36

$P=0,025$

Doğum sayısı ile uygulanan cerrahi arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,004$), (Tablo 8)

Doğum Sayısı	MKC	MRM
0	5	4
1-3	17	56
>4	0	18

$p=0,004$

Emzirme ile uygulanan cerrahi arasında emzirme öyküsü olan hastaların daha az meme koruyucu cerrahiye tercih ettikleri önünde anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,007$), (Tablo 9)

Emzirme	MKC	MRM
Yok	6	4
Var	16	74

($p=0,007$)

Hastalıkları ve uygulanacak cerrahi yöntem konusunda farklı bir doktordan 2.görüş alan hastalara daha fazla memekoruyucu cerrahi uygulanmıştır (p=0,023) (Tablo 10)

2.görüş	MKC	MRM
Var	10	15
Yok	12	63

p=0,023

Meme kanseri açısından aile öyküsü olan hastalar daha çok radikal mastektomiyi tercih etmiştir. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da bu yönde bir tercih sözkonusudur (p=0.088) (Tablo 11).

Aile Öyküsü	MKC	MRM
Yok	13	29
Var	9	49

p=0.088

Hastaların medeni durumları, sosyal güvenceleri, ilk doğum yaşı ve eğitim durumu ile cerrahi yöntem tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Hastaların % 95'i tanısını biliyor.

Beck depresyon testi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresyona eğilimim daha fazla olduğu görüldü (p=0,099) (Mann-Whitney U Testi).

Öfke, inkar ve major depresyonla ilgili olabilecek sonuçlarda (Bilgi ve anket formu) her iki cerrahi uygulanan grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

TARTIŞMA

Meme kanseri kadınların en sık görülen kanseri olup, kadınlar arasındaki kanser ölümlerinin de birinci nedenidir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde MKC tüm dünyada giderek artan oranda MRM'nin yerini almaktadır. Buna karşın gelişmiş toplumlarda bile MKC beklenen oranlara ulaşmamıştır. Ülkemizde batı ülkelerine göre MKC' nin geç kabul görmesi, öncelikle bölgesel ve sosyoekonomik değişkenlere bağlanmaktadır.

Hastaların cerrahi yöntem seçimi, sosyal, ekonomik, sağlık güvencesi ve eğitim farklılıkları, medikal olanaklar arası farklar hastaları MRM tercihinine yönlendirdiği görülmektedir.

Ayrıca ülkemizde hastaların cerrahi yöntem konusunda hastanın doktorunun bu konudaki yönlendirmeleri de önemli gözükmektedir. Bu yönlendirme genelde hastalığın evresine bağlı olmakta, bazen de hastanın memesinin boyutu, meme/tümör oranı ve kozmetik beklenti de önem kazanmaktadır. Madan ve arkadaşları, ileri yaşa bağlı MKC yerine MRM seçiminin doktorlara bağlı olduğunu ve eğitimle önlenebileceğini ileri sürmüşlerdir (125).Doktorlarında hastaları yönlendirme aşamasında verdikleri bilgileri anlama kapasitesi hastanın sosyokültürel durumuna çok bağlı olup cerrahi tipini belirlemede tercihin hangi yöne kayacağı belirlemektedir.

Meme kanseri açısından aile öyküsü olan hastalar daha çok radikal mastektomiye tercih etmiştir. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da bu yönde bir tercih söz konusudur($p=0.088$),(Tablo 11).Biz bu yönde çıkan bir sonucu hastanın ailesinde kanser olan ,o kişilerin ve/veya o kişilerin çevresindekilerin yaşadığı sıkıntılardan dolayı tümöral yapıdan tamamen kurtulma psikolojisine bağlamış bulunmaktayız.

Meme kanserinde yaş önemli bir risk faktörüdür. Hasta yaşının genç olması, sınır durumundan bağımsız lokal nüks gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir(128). Çalışmamızda MKC yapılan hastaların yaş ortalaması MRM yapılan hastalara göre daha düşük idi. 50 yaş ve üzerindeki ile 50 yaş altındaki hastalarda MKC oranı arasında 50 yaş altında MKC tercihi yönünde anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,025$).

Emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir. Ayrıca emzirmeyen kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu da bilinmektedir (126).Bizi ülkemizde meme kanseri riskini azaltmada emzirmenin etkisini belirlemeye ilişkin bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak emzirmenin meme kanseri riskini azaltmadaki etkisi düşünüldüğünde, çocuk sahibi olan kadınların % 95 inin emzirmesi ülkemiz kadınları için bir avantaj olarak düşünülebilir (127).

Çalışmamızda doğum sayısı ile uygulanan cerrahi arasında bir ilişki saptandı ($p=0.004$).Doğum sayısı arttıkça hastaların tercihleri MKC den daha çok MRM yönünde olmaktadır diyebiliriz. Çalışmamızda emzirme ile uygulanan cerrahi arasında emzirme öyküsü olan hastaların daha az meme koruyucu cerrahiye tercih ettikleri önünde anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,007$).Bu noktada emzirme ile oluşan muhtemel kozmetik olumsuzluğun MKC'nin tercih edilmemesinde etken olduğu ileri sürülebilir.

Bu çalışmaya alınan hastaların % 95 i tanısını bildikleri ancak % 5 dilime sahip hastalarının tanılarını bilmedikleri saptanmıştır. Elbi ve arkadaşları radyoterapi bölümünce psikiyatri konsültasyonu istenen kanser hastalarında yaptıkları bir çalışmada tanısı bilmeyenlerin oranı % 37 olarak bulunmuştur (108) .

Meme kanserli hastalarda tanıyı bilme oranı bizim hasta grubumuzda oldukça yüksek bulunmuştur. Meme kanserinin lokalizasyon olarak daha fark edilir olması,

toplumdaki yaygınlığı ve bu konudaki yoğun bilgilendirme meme kanserli hastaların diğer kanser türlerine göre tanılarını daha fazla oranda bilmelerini sağlamaktadır.

Hastalıkları ve uygulanacak cerrahi yöntem konusunda farklı bir doktordan 2.görüş alan hastalara daha fazla meme koruyucu cerrahi uygulanmıştır ($p=0,023$) (Tablo 10).Bu bize organını /memesini kaybetmeye razı olan hastalar her şeyi kabul edip MRM yi tercih ederken, memesini kaybetmek istemeyen hastalar başka bir doktor görüşüne başvurup MKC yi tercih ediyor şekilde düşünmemize sağlayabilir.

Kanser hastalarında depresyon hem normal populusyona hem de diğer tıbbi hastalıklara göre daha sık rastlanılmaktadır. Kanser hastasındaki depresif semptomların, tedavisi mümkün olan bir psikiyatrik bozukluğun işareti mi yoksa kanser hastalığının fiziksel semptomları mı olduğunun ayırt edilmesi konsültasyon –liyezon psikiyatrisinin pratiğinde sık karşılaşılan bir sorundur.

Çalışmamızda Beck depresyon testi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresyona eğilimim daha fazla olduğu görüldü ($p=0,099$). Hastalarımızda suçluluk, değersizlik duyguları ve anerji semptomları hakim olarak izlemiş olmaktadır. Öfke, inkar ve major depresyonla ilgili olabilecek sonuçlarda (Bilgi ve anket formu) her iki cerrahi uygulanan grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hastaların medeni durumları, sosyal güvenceleri, ilk doğum yaşı ve eğitim durumu ile cerrahi yöntem tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Mastektomi sonrası meme kaybının ruhsal ve cinsel yaşam üzerine belirgin etkileri olmaktadır (Jamison ve ark.1978, Poivy 1977).Yapılan çalışmalarda MRM olan kadınların cinsellik algısı MKC ye göre diğerlerinden farklı olarak bulunmuştur. Bu farklılıklar, cinsel duyarlılığın belirtilerinde ve cinsel aktivitelerinde düşüş saptanmıştır.

Bundan dolayı MRM olanlarda davranışsal bozukluk olma oranı MKC ye oranla daha fazla olmaktadır. Hem cinsellik hem de vücut değişikliği duyarlılığın saptanması için yapılan analizlerde kişinin içinde bulunduğu psikolojik durumlar da bunu etkilemektedir (129). Çalışmamızda bizde istatistiksel olarak anlamlı bir oran saptayamamış olsak bile mastektomi olan hastalarımızda beden algısının bozulduğunu, cinsel işlevlerinde düşüklük saptandığı gözlenmiştir. Bazı çalışmalarda bu cinsel yaşamdaki huzursuzluklar kemoterapinin bir sonucu olduğu yorumlanmış ve kemoterapi alan hastaların cinsel yaşamlarındaki birlikteliklerinin yarı yarıya azalmış olduğu izlenmektedir (130).

Psikiyatrik bozukluk, işlevselliğe uyum ve kanserin tekrarlama korkusu bakımından mastektomi olmuş kadınların % 30'u ve göğsü korunarak ameliyat edilmiş kadınların % 29'u benzer sonuçlar göstermişlerdir. Fakat göğsün korunması, kadının dişilik kimliğini ve vücut görüntüsünü kabullenmeyi kolaylaştırır (71). Bazı çalışmalarda da yine mastektomi grupları MKC ye göre daha çok fiziksel problem yaşadığı tespit edilmiş olmakla beraber cinsel yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini etkilemediği gözlenmiştir (131).

ÖZET

Onkoloji kliniğinde takip edilen hastaların önemli bir bölümünü meme kanserleri oluşturmaktadır. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, sosyoekonomik düzey arttıkça sıklığı artmaktadır. Meme kanseri tarama yapılabilen ve erken tanı konabilen az sayıdaki kanserden biridir. Mastektominin veya meme koruyucu cerrahinin tercih edilmesinde rol oynayan olumlu özelliklerinin yanı sıra ameliyat sonrası hastalar fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok sorunla karşı karşıya kalımlıdır.

Yapılan çalışmalar meme kanserinin oluşumunda çeşitli faktörlerin rol oynadığını ve sosyo-demografik verilerin kişiler arasında farklı olduğunu ortaya koymuştur. Meme koruyucu cerrahi veya mastektomi sonrası meme kanseri hastalarında organ kaybına sekonder psikolojik sorunların oluşabileceği gösterilmiştir. Biz bu araştırmamızda , meme koruyucu cerrahi veya mastektomi uygulanan iki grup arasında sosyo demografik ve psikiyatrik sorunlar açısından fark olup olmadığı araştırarak, eğer istatistiksel olarak anlamlı bulgular saptanırsa koruyucu hekimlik açısından hastalara daha fazla destek programı nasıl yapılır konusunda yardımcı olmak ve psikiyatrik sorunların yüksek olduğu gruba uygun tedavi desteği konusunda bilgiler sunmaktır.

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesine, Tıbbi Onkoloji Polikliniğine Aralık 2007- Mart 2008 tarihleri arasında meme kanseri tanısı ile MRM veya MKC operasyonu olan tıbbi onkoloji polikliniğinden takipli 100 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalardan ayrıntılı anamnez alınmasını takiben muayene edildi.

Hastalara başvuru anında sosyo demografik form(hasta bilgi formu), anket formu ve Beck Depresyon Envanteri anketi uygulandı.

Çalışmaya katılan kadınların yaşları 20-65 yaş grubu arasında bulunan, meme kanseri olan meme koruyucu veya mastektomi sonrası takipli hastalar alındı.

Çalışma grubuna 20 yaş altı ve 65 yaş üstü hastalar, o an için ölçek doldurmasına

engel olacak ruhsal (psikotik bozukluk vs.) ve sistemik (demans vs.) hastalığının olması durumundaki hastalar çalışma grubuna alınmadı.

Çalışmaya alınan hastaların 80 'inine modifiye radikal mastektomi yapıldı.20 hastaya ise meme koruyucu cerrahi uygulandı. Hastaların demografik özellikleri ve öykülerinde bulunan özelliklerin cerrahi tercihleri üzerine olan etkileri araştırıldı.

Yaşı 50 yaş altı olanların daha çok MKC yi tercih ettiği gözlemlendi. Yaş ile cerrahi tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,025).

Yine doğum sayısı ile cerrahi tercihi arasındaki ilişkiye baktığımızda doğum sayısı arttıkça mastektominin daha çok tercih edildiği belirlenmiştir. (p=0,004).

Çalışmamızda emzirme öyküsü olan hastaların 16'sı MKC yi, 74 'ü MRM yi tercih ederken, emzirme öyküsü olmayan hastaların 6'sı MKC 'yi tercih ederken, 4' ü MRM ' yi tercih etmiş bulunmaktadır (p=0,007).

Çalışmamızda uygulanacak cerrahi yöntem konusunda farklı bir doktordan 2.görüş alan hastaların daha çok MKC yi tercih ettikleri saptanmıştır. (p= 0.023).

Meme kanseri açısından aile öyküsü olan hastalar daha çok radikal mastektomiyi tercih etmiştir. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da bu yönde bir tercih söz konusudur (p=0.088).

Meme kanserli hastalarda tanıyı bilme oranı bizim hasta grubumuzda oldukça yüksek bulunmuştur. .Hastaların % 95 inin tanısını bildikleri görülmüştür.

Hastaların medeni durumları, sosyal güvenceleri, ilk doğum yaşı ve eğitim durumu ile cerrahi yöntem tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Beck depresyon testi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresyona eğilimim daha fazla olduğu görüldü (p=0,099) .

Tüm bu bulgular ışığında kozmetik açıdan daha olumlu sonuçları olduğu kanaatine vardığımız MKC nin uygulanması konusunda hastalarımızın aydınlatılması ve teşvik edilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır.

EKLER:

Ek -1 :

A- HASTA BİLGİ FORMU

İyi günler ben doktor..... Aile Hekimi doktoruyum. Hastanede polikliniğe başvuran hastalardaki sıkıntı ve stresle ilgili bir araştırma yapıyoruz. Bu araştırma sayesinde hastalara nasıl daha iyi yardım edebileceğimizi öğrenmeyi düşünüyoruz. Burada konuştuklarımız yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, başka hiç kimse burada konuşulanları duymayacak. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizinle yaklaşık yarım saat – kırk beş dakikalık bir görüşme yapacağız. Şimdi size bazı sorular soracağım. Lütfen içinizden geldiği şekilde bu soruları cevaplayınız.

1 Adı, Soyadı:

2 Cinsiyet: E-1 / K-2

3 Kaç yaşındasınız?

4 Medeni durumunuz? 1)Evli 2)Ayrı yaşıyor 3)Boşanmış 4)Dul 5)Bekar

5 Nerede oturuyorsunuz?1) Şehir 2)İlçe 3) Köy

6 Telefonunuz var mı?

7 Kimlerle oturuyorsunuz?

8 Çocuğunuz var mı?.. (Yaşları;)

9 Ne iş yapıyorsunuz? (Ne zamandan beri?

10 Tahsiliniz nedir? 1)İlk 2)Orta 3)Lise 4)Yüksek okul/Üniv 5)Okur-yazar 6)Okur-yazar değil

11• Hastanede bulunma (yatma) nedeniniz nedir,tanınızı biliyormusunuz?.....

- 12• Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?
- 13• Peki doktorlar bu hastalığa bir isim koydular mı?.....
- 14• Hastalığınızın belirtileri ilk olarak ne zaman ortaya çıktı?.....
- 15• Bu şikayetler nedeniyle ilk olarak ne zaman doktora başvurduunuz?.....
- 16• (Hasta tanısının ne olduğunu biliyorsa) Ne zaman teşhis kondu?.....
- 17• (Tanısını biliyorsa) Tanınızı kimden öğrendiniz? a)Doktor b)Hemşire c)Bir yakınımından d)Yapılan tetkiklerin raporlarından e)Tahmin f)Diğer
- 18• Tanınızın doğru olup olmadığını öğrenmek için başka bir doktora veya hastaneye başvurduunuz mu? a)Evet b)Hayır
- 19• Yakınlarınızla hastalığınız veya tedavinizle ilgili olarak konuşuyor musunuz?
Kiminle?
- 20• Doktorlar hastalığınızla ve tedavinizle ilgili olarak size açıklamada bulundular mı?
Neler anlatıldı?.....
- 21• Sizce yapılan açıklamalar yeterli mi?
(Hayır ise) Başka neler bilmek istersiniz?.....
- 22• (Eğer bu noktaya kadar verdiği cevaplarla bu konuda bir şey anlatmadıysa sorulacak)
Şu anda hastalığınız ne durumda?.....
- 23• Doktorlara veya hastaneye güvensizlik hissettiğiniz oldu mu?
(Evet ise) Nasıl?.....

24• Hastanede yatariken (ayaktan hasta ise, Hastaneye gelip giderken) doktor veya hemşirelerle hiç tartıştığınız mı?

Peki diğer hastalarla veya hasta yakınları ile hiç tartıştınız mı ? Kaç kez?

25• Hastalığınızla ilgili olarak sizi en çok üzen ne oldu? [Peki, hastanede yatariken (ayaktan hasta ise, hastaneye gelip giderken) sizi üzen şeyler oldu mu hiç?]......

26• Şu anda size uygulanan tedavi nedir?1)KT 2) RT 3) tedavi tamamlandı
İleride uygulanacak olan tedaviyle ilgili bildiklerinizi anlatır mısınız?.....
Tedavinin yan etkileriyle ilgili neler biliyorsunuz?.....

27• Ne zaman tamamen eski sağlığınıza kavuşacağınızı düşünüyorsunuz?

a)Bir veya iki ay içinde b)Altı ay içinde c)Bir yıl içinde d)Hiç bir zaman e)Bilmiyorum

28• Daha önce bir tanıdığınız ya da bir yakınınızda benzer bir hastalık oldu mu?

(Evet ise) Kim?.....Hastalığı neydi?.....

Şu anda ne durumda? a)Çok iyi b)İyi c)Kötü d)Öldü

29• Yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan yakın zamanda kaybettiğiniz kimse oldu mu? Ne zaman? ... Hangi nedenle?

30• Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan kimse var mı? Kim? Hastalığı nedir?

31• Hiç sinirsel bir rahatsızlık geçirdiniz mi? (Ya da ruhsal bir sıkıntı?)

Ek -2 :Anket formu

B. ANKET FORMU

Aşağıda 33 tane cümle verilmiştir. Lütfen bu cümleleri dikkatle okuyunuz. Eğer sizin durumunuza uygun ise “evet”, değilse “hayır” cevabını işaretleyiniz.

- 1 • Bu hastalık neden beni buldu? diye düşünüyorum. a) Evet b) Hayır
- 2 • Bütün bunlar kötü bir rüya olmalı. a) Evet b) Hayır
- 3 • İnanıyorum ki bu hastalığı yalnızca kendi çabamla yenebilirim. a) Evet b) Hayır
- 4 • Kimi zaman insanlarla konuşurken dalıp gittiğimi, karşımdakinia) Evet b) Hayır dinlemediğimi farkediyorum.
- 5 • Artık bu hastalıkla uğraşmaktan bıktım. a) Evet b) Hayır
- 6 • Hasta olduğuma inanasım gelmiyor. a) Evet b) Hayır
- 7 • Çoğu kez hiç hasta değilmişim gibi davranmayı başarabiliyorum. a) Evet b) Hayır
- 8 • Son günlerde eskisine göre daha çabuk sinirleniyorum. a) Evet b) Hayır
- 9 • Kimi zaman diğer insanlar, çevremdeki eşyalar gerçek değilmiş gibia) Evet b) Hayır geliyor.
- 10 • Sağlığıma dikkat etseydim bu hastalık başıma gelmezdi. a) Evet b) Hayır
- 11 • Kendimi kaybedip birilerinin canını yakabilirim. a) Evet b) Hayır
- 12 • Sık sık ümitsizliğe kapılıyorum. a) Evet b) Hayır
- 13 • Kimi zaman aynaya baktığımda kendimi tanımakta zorlanıyorum. a) Evet b) Hayır
- 14 • Doktorlar benimle yeterince ilgilenmiyorlar. a) Evet b) Hayır
- 15 • Çoğu zaman hiç bir tedavinin faydası olmayacakmış gibi geliyor. a) Evet b) Hayır
- 16 • Hastalığın beni ne kadar üzdüğünü yakınlarıma belli etmemeyea) Evet b) Hayır çalışıyorum.
- 17 • Kendimi tutamayıp yakınlarıma kötü davranıyorum. a) Evet b) Hayır
- 18 • İçimden eşyaları kırıp dökmek geçiyor. a) Evet b) Hayır
- 19 • Sık sık içimden bir ses “Şimdi doktor gelecek ve aslında hastaa) Evet b) Hayır olmadığımı” söyleyecek diyor.
- 20 • Çok yakında tamamen iyileşip eski sağlığıma kavuşacağımaa) Evet b) Hayır

inaniyorum.

- 21 • Doktor ve hemşirelerin bana daha anlayışlı davranmalarına) Evet b) Hayır istiyorum.
- 22 • Son zamanlarda öfkemi kontrol etmekte zorlanıyorum. a) Evet b) Hayır
- 23 • Sık sık sabah uyandığım da her şeyin yalnızca bir rüya olduğunua) Evet b) Hayır farkedecekmişim gibi geliyor.
- 24 • Çevremdeki insanlara için için kızıyor ama belli etmemeyea) Evet b) Hayır çalışıyorum.
- 25 • Hasta olmam şansızlıktan başka birşey değil. a) Evet b) Hayır
- 26 • Hasta olup çoluk çocuğumla ilgilenemediğim için suçluluğa) Evet b) Hayır duyuyorum.
- 27 • Hasta olduktan sonra eskiden değer verdiğim pek çok şeyin aslındaa) Evet b) Hayır önemsiz olduğunu anladım.
- 28 • Diğer hastaların durumu beni umutsuzluğa itiyor. a) Evet b) Hayır
- 29 • Hastalığım da sağlık kadar yaşamın bir parçası olduğuna inanıyorum. a) Evet b) Hayır
- 30 • Benimle yeterince ilgilenmedikleri için doktor ve hemşirelere içina) Evet b) Hayır için kızıyorum.
- 31 • Benim hastalığım yüzünden yakınlarımlarımın düzeninin bozulması benia) Evet b) Hayır çok üzüyor.
- 32 • Sık sık herşeyden kaçmak, uzaklaşmak istiyorum. a) Evet b) Hayır
- 33 • Durumumun giderek kötüleşmesinden çok korkuyorum. a) Evet b) Hayır

EK SORU:

- 1 • Bu hastalığınızın tedavisi için şu yöntemlere hiç başvurduunuz mu? (Birden fazla işaretleyiniz)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bitkisel ilaçlar (çaylar, otlar vs) | <input type="checkbox"/> Hocaya git yazdırma |
| <input type="checkbox"/> Yatıra gitmek | <input type="checkbox"/> Kurban kesmek |
| <input type="checkbox"/> Kurşun döktürmek | <input type="checkbox"/> Bioenerji |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Özel ruhsal |

(meditasyon)

() Özel diyetler

() Özel egzersizler

() Bunların dışında varsa belirtiniz:.....

Ek -3:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir, çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a)Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b)Kendimi üzgün hissediyorum.
(c)Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d)Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a)Gelecekte umutsuz değilim.
(b)Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d)Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a)Kendimi başarısız görmüyorum.
(b)Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c)Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d)Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a)Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b)Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c)Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d)Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a)Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b)Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c)Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d)Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a)Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b)Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(c)Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d)Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a)Kendimden hoşnudum.
(b)Kendimden pek hoşnut değilim.
(c)Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

(d)Kendimden nefret ediyorum.

8. (a)Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b)Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c)Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d)Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b)Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c)Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. (a)Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b)Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c)Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d)Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. (a)Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b)Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c)Çoğu zaman sinirliyim.
(d)Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12. (a)Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b)Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c)Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d)Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. (a)Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b)Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c)Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d)Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a)Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b)Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c)Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d)Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. (a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c)Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d)Hiçbir iş yapamıyorum.

16. (a)Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b)Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (a)Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b)Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c)Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d)Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.

18. (a)İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b)İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c)Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d)Artık hiç iştahım yok.

19. (a)Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b)Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c)Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d)Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20. (a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (a)Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b)Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c)Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d)Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

KAYNAKLAR:

1. Donegan WL. History of Breast Cancer in Breast Cancer DJ Winchester, DP Winchester, CA Hudis and L. Norton. Editors. DC Decker Inc. Ontario 2006, p.1-14.
2. Baring CC, Squires TS ,Tang T .Cancer Statistics 1993 .CA .Cancer J Clin .43 ;4-26 :1993
3. Hoover R.Breast Cancer :Geographic,Migrant ,And Time –Trend Patterns.In :Fortner JSP,ed.Accomplishments in cancer research .New York :Lippincott –Raven; 403-25:1996.
4. Sivenberg E,Lubera J:Cancer Statistics 1987 ,CA Cancer J Clin :37 ;19:1987.
5. Beenken SW, Wanger FB, Bland K1. History of the therapy of breast cancer in The Breast, KI Bland and EM Copeland III. Saunders – Elsevier, St.Louis 2004, p.3-18
6. Sanders-Goebel S. Crisis and Controversy: Historical Patterns in Breast Cancer Surgery. CBMH/BCHM 8:77-99; 1991.
7. Sorlie T, Tibshirani R, Parker J et al. Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. Proc Natl Acad USA 100:8418-23, 2003.
8. Spratt JS ,Tabin GR .Gross anatomy of the breast.In :Donegan WL, Spratt JS, eds.Cancer of the breast .4th edition .Philedelphia.London :W.B.Saunders 22-42 :1995.
9. Kalaycı G,Acarlı K, Demirkol K,Ertekin C.Meme anatomisi ve gelişmesi .Genel cerrahi cilt 1.Türkiye ,İstanbul .Nobel:537-542;2002.
10. Cooper sir AP .The anatomy and disease of the breast .Philedelphia :Lea and Blanchard,1845 .
11. Haagensen CD.Physicians role in detection and diagnosis of breast disease.In :Haagensen CD ,ed.Disease of the breast .3rd edition .Philedelphia ,london .W .B.Saunders :516-576;1986
12. Osborne MP.breast development and anatomy .In :Haris JRb,Helleman S,Henderson IC ,Kinve DW ,eds .Breast disease .2nd edition .Philedelphia :J.B Lippincott :1-13 ;1991
13. Romrell LJ ,Blend KI .Anatomy of the breast ,axilla ,chest wall and related metastatic sites.In: Blend KI ,Copeland EM, eds .The breast comprehensive management of benign and malignant disease .2nd edition .Philedelphia, London .W.B.Saunders :16-21;1995

14. Kuhns JG, Ackermann DM. Microscopic anatomy of the breast. In: Donegan WL, Spratt JS, eds. *Cancer of the breast*. 4th edition. Philadelphia, London. W.B.Saunders: 16-21; 1995.
15. Habel L, Shak S, Jacobs MK et al. A population – based study of tumor gene expression and risk of breast cancer death among lymph node – negative patients *Breast Cancer Res*. 31; 2006 May 8(3):R25.
16. Batson OV. The role of the vertebral veins in metastatic process of the breast cancer. *Ann. Int Med*; 16-38: 1942.
17. Miller MR, Kasahara M. Cutaneous innervation of the human breasts. *Anat Rec*. 135: 153-167;1959.
18. Halsell JT, et al. Lymphatic drainage of the breast demonstrated by vital dye staining and radiography. *Ann Surg*. 162: 221; 1965.
19. Hultborn KA, Lorsen KG, Ragnhult I. The lymph drainage from the breast to axillary and
20. Boring CC, Squires TS, Tong T: *Cancer Statistics 1993*. C.A. *Cancer J Clin* 1993;43: 4-26,
21. Sivenberg E, Lubera J. *Cancer Statistics 1987*. C.A. *Cancer J Clin* 37: 19,
22. Greenlee RT, Murray T, Bolden S. *Cancer Statistics, 2000*. C.A. *Cancer J Clin* , 2000; 50: 7-33,
23. Spratt JS ,Spratt SW .Medical and legal implications of screening and follow –up procedures for breast cancer .*Cancer* 66:1351-1362;1990
24. Skrabonek P. False premises and false promises of breast cancer screening. *Lancet*: 316-320; 1985.
25. Spratt JS, Donegan W. *Cancer of the breast*. Philadelphia W.B.Saunders 133: 1971.
26. Nemoto T, Natarajan N, Bedwani R, et al. Breast cancer in the medial half: results of the 1978 National Survey of the American College of Surgeons. *Cancer* 51: 1333; 1983.
27. Fisher B, Slock N, Ausman R, et al. Location of breast carcinoma and prognosis. *Surg Gynecol Obstet* 129: 705; 1969.
28. Howard R: *Mammography screening for breast cancer in women under 50years* .*Fam Pract* 17:272-5,2000.

29. Cancer Management A Multidisciplinary Approach ,Edit ;Pazdur R,Coia LR,Hoskins WJ ,Wagman LD The Oncology Group ,New York ,2003 Kansere yaklaşımı kanıta dayalı bilgi platformunda tartışan el kitabı
30. Weber ES. Questions & answers about breast cancer diagnosis. *AJN*1997; 97:34-38.
31. Vogel V. Assessing risk of breast cancer. *Postgraduate Medicine* 1999; 105:63-69.
32. Mincey BA. Genetics and the management in women at high risk for breast cancer. *Oncologist* 2003; 8(5): 466-473.
- 33 Hulka BS, Stark AT. Breast cancer: cause and prevention. *Lancet* 1995; 346:883-887.
34. Burke W, Daly M, Garber J, Botkin J, Ellis Kahn MJ. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. II.BRCA1 and BRCA2. *JAMA* 1997; 277:997-1003.
35. Whittemore AS, Gong G, Itnyre J. Prevalence and contribution of BRCA1 mutations in breast cancer and ovarian cancer: results from three U.S. population – based case- control studies of ovarian cancer. *American Journal of Human Genetics* 1997; 50:496-504.
36. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, 2003.
- 37 Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast- feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic Literature 2000; 92 (4) : 302- 312.
38. Newcomb PA. Lactation and breast cancer risk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*, 1997; 2 (3): 311-318
39. Wrensch M, Chew T, Farren G, Barlow FB, Clarke C, Erdmann CA, Lee M, Maghadassi M, Peskin – Mentzer R, Quesenberg CP, Sounders- Mason V, Spence L, Suzuki M, Gould M. Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. *Breast Cancer Res* 2003;5(4): 88-102.
40. Struwing JP, Hartge P, Wacholder S, et al. The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. *N Engl J Med* 1997; 336: 1401-1408.
41. Thorlacius S, Struwing JP, Hartge P, et al. Population-based study of risk of breast cancer in carriers of BRCA2 mutation. *Lancet* 1998; 352: 1337-1339.
42. Futreal PA, Liu Q, Shattuck-Eidens D, et al. BRCA1 mutations in primary breast and ovarian carcinomas. *Science* 1994; 266: 120-122.

43. Jardines L, Haffty GB, Doroshow H, et al. Breast Cancer Overview: Risk factors, screening, genetic testing, and prevention. In Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD. (eds): *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*, 6th edition. New York: NRR Inc, 2002, 149-172.
44. Wooster R, Neuhausen SL, Mangion J, et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, BCRA2, to chromosome 13q. *Science* 1994; 265: 2088-2090.
45. Willard W, Borgen P, Bol R, et al. Cowden's disease. A case report with analysis at molecular level. *Cancer* 1992; 69: 2969-2976.
46. Hall N, Williams M, Murday V, et al. Muir-Torre syndrome: a variant of the cancer family syndrome. *J Med Genet* 1994; 31: 627.
47. Vogel VG. Breast Cancer Prevention: A Review of Current Evidence. *CA Cancer L Clin* 2000; 50: 156-170.
48. Darendeliler E, Ağaoğlu FY. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. (eds): *Meme Kanseri*, 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003, 13-33.
49. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, et al. Lactation and reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 81-87.
50. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 47: 1713.
51. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350: 1047-1059.
52. Armstrong B, Doll R. Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries, with special reference to dietary practice. *Int J Cancer* 1975; 617: 15-21.
53. Cahen LA, Kendall ME, Zang E, et al. Modulation of N-nitrosomethyluracil-induced mammary tumor promotion by dietary fiber and fat. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83: 496-498.

54. Lubin F, Ruder AM, Wax Y, et al. Overweight and changes in weight throughout adult life in breast cancer etiology. *Am J Epidemiol* 1985; 579: 122-126.
55. Graham S, Marshall J, Mettlin C, et al. Diet in the epidemiology of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 68-70.
56. Rohan TE, Howe GR, Friendenrich CM, et al. Dietary fiber, vitamins A,C and E and risk of breast cancer. A cohort study. *Cancer Causes Control* 1993; 4: 29-35.
57. Hunter DJ, Manson JE, Colditz GA, et al. A prospective study of consumption of vitamin C,E and A and breast cancer risk. *N Engl J Med* 1993; 329: 234-239.
58. Graham S, Hellmann R, Marshall J, et al. Nutritional epidemiology of postmenopausal breast cancer in New York. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 552-554.
59. Margolese RG, Fisher B, Hortobagyi GN, Bloomer WD. Neoplasms of The Breast. In Holland FJ, Frei E (eds): *Cancer Medicine*, 5th edition. Ontario: B.C.Decker Inc, 2000, 1735-1822.
60. Jamal A, et al. 2006 American Cancer Society Inc. Surveillance Research. *CA Cancer J Clin* 56:108-130, 2006.
61. İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Genel Cerrahi, Cilt 1
62. Psikozoloji , Tanılayıcı klinik psikiyatri ; Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu 254-277
63. Lansky SB, List MA, Herrmann CA, Ets-Hokin EG, DasGupta TA, Wilbanks GD, Hendrickson FR. Absence of major depressive disorder in female cancer patients. *J Clin Oncol* 1985; 3: 1553-1560.
64. Fava GA, Kellner R, Munari F, et al. Losses, hostility and depression. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170:474-478.
65. Özkan Sedat :”Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser”. *Konsultasyon-Liyeron Psikiyatrisi, Rhe*, 153-174, 1993
66. Holland JC:”Psychological aspects of cancer “In JF Holland and E:Frei III(eds)*Cancer Medicine* ,2nd ed. Philadelphia:Lea & Febiger ,1175-1203,1982
67. Kara B , Fesci H .Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi .*Hematoloji –Onkoloji* 2004; 6(3):124-129.
68. Patterson P , Moylan E, Bann S, Salih F. Needs analysis of cancer education program in South western Sydney .*Cancer Nursing* 2000;23(3) :186-192.

- 69.Özkan S . Hastalıklara psikolojik tepkiler . 5 .Ulusal Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı ,2001,İstanbul,27-30
- 70.Özkan MB.Psikoonkoloji .4.Ulusal konsultasyon –Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı,1996,21-26
- 71..Kriz dergisi,2000:8(1):39-46;Ruşen Nur Arıkan :Travmatik bir yaşantı :Meme kanseri ve Mastektomi
72. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri ,Türkiye de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar ;Sempozyum dizisi No:62 .Mart 2008 S:197-200;Prof. Dr. Çiğdem Papilla
- 73.Holmberg SK,Scott LL,Alexy W ,Fife BL.Relations issues of women with breast cancer.Cancer Nursing 2001;24 (1):53-60
- 74.Landmark BT ,Wahl A.Living with newly diagnosed breast cancer :A qualittative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer ,Journal of Advanced Nursing 2002;40(1):112-121
- 75.Sammarco A.Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer .Cancer Nursing 2001;24(4):272-277
76. Al-Ghazal SK ,Followfield L,Blamey RW (1999)Does cosmetic outcome from teratment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity ? Eur J Surgical Oncology, 25:571-573
77. Hekimler Yayın Birliği , Psikosomatik Bozukluklar , Prof .Dr. Abdulkadir Çevik ;78-90,1996
- 78.Türk Psikiyatri Dergisi:Depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirti yatıyitimim ile ilişkisi:3 aylık izlem;2007;18(4):323-332; Dr. Banu Özyüksel ,Dr. Berna Uluğ
- 79.Spiegel D.Psycosocial aspects of breast cancer treatment .Seminars in oncology 1997; 24(1)(Supply 1):36-47
- 80.Aygin D.Meme kanseri ve cinsel fonksiyon.2.Uluslararası -9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu,Antalya,2003;95-103.
81. Eti Aslan F,Gürkan A,Şelimen D.Stomalı hastaların cinsel sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımları I.Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu,İstanbul,1995;32-34
- 82.Kilpatrick MG, Kristjanson LJ , Tatryn DJ ,Franser VH.Information needs of husbands of women with breast cancer .Oncol Nurs Forum 1998 ;25:1595-1601.

- 83.** Henson HK.Meme Kanseri ve Cinsellik. *Sexuality and Disability* 20(4)2002:261-275,Çeviri:D.Aygin,Androloji Bülteni,sayı:19,2004;366-7
- 84.** Can G.Meme kanseri tanısı ile radyoterapi,kemoterapi hormonoterapi alan hastalarda cinsellik.2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu,Antalya,2003;105-117.
- 85.** Dikencik K B.Jinekolojik kanser ve cinsel disfonksiyon.2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu,Antalya,2003;79-94.
- 86.**Ferrell BR,Grant M,Funk B et al.Quality of life in breast cancer :Part II .Psychological and spiritüel well –being .*Cancer Nursing* 1998;21(1):1-9
- 87.**Keller M .Psychosocial care of breast cancer patients .*Anticancer Research* 1998 ;18 (3C):2257-2259.
- 88.**Ward SE ,Viergutz G, Tormey D et al .Patienn’ reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy.*Nursing Research* 1992 ;41(6) :362-366
- 89.**Rusteon T,Wiklund I ,Hanestad BR ,Moum T .Nursing intervention toincrease hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients.*Cancer Nursing* 1998 ;21(4) :235-245
- 90.**Wang X, Cosby LG Harris MG ,Liu T.Major concerns and needs of breast cancer patients.*Cancer Nursing* 1999 ;22(2) :157-163
- 91.**Landmark BT,Stranmark M ,Wahl AK .Living with diagnosed breast cancer- The meaning of existentiel issues .*Cancer Nursing* 2001;24(3):220-226.
- 92.**Ferrell BR ,Grant M,Funk B et al .Quality of life in breast cancer survivors :implications for developing support sevices.*Oncol Nurs Forum* 1998 ;25 :887-895
- 93.**Wyatt G,Friedman L.Physical and psychosocial outcomes of midlife and older women following surgery and adjuvant threapy for breast cancer .*Oncol Nurs Forum* 1998;25 : 116-121
- 94.** Roux G.Breast Cancer Care.CME Resurce-Breast Cancer Care Course Text,4/1/2001.Available at:<http://www.netce.com/?Course=305>.Accessed September 2,2004.
- 95.**Ataseven A,Kutaniş R .Meme hastalıkları .Güney Matbaası ,1990 ,İstanbul ,369-371
- 96.**Bredin M. Mastectomy body image and threrapetutic massage:A qualitative study of women’s experience .*Journal of Advanced Nursing* 1999;29(5):113-1120

- 97.** Al-Ghazal SK ,Followfield L,Blamey RW (2000) Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery ,simple mastectomy and breast reconstruction .Eur J Cancer ,36:1938-1943
- 98.** Takahashi M&Kai I.Sexuality after breast cancer treatment :changes and coping strategies among Japanese survivors.Soc Sci Med 2005;61:1278-90.(PMID:15970237)
- 99.** Ganz PA,Rowland JH,Desmond K,Meyerowitz BE,Wyatt GE.Life after breast cancer :understanding women's health-related quality of life and sexual functioning.J Clin Oncol,1998;16:501
- 100.** Heather S.There is sex after breast cancer. 30.08.2005, <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token>.
- 101** Wellisch DK.Family relations of the mastectomy patient:interactions with the spouse and children,Isr J Med Sci 1981 sep-oct,17(9-10)993-6
- 102.** Thors CL,Broeckel JA,Jacobsen PB.Sexual Functioning in Breast Cancer Survivors,Cancer Control, 8 (5),2001;442-448
- 103.**Kara B,Fesci H .Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi .Hematoloji-Onkoloji 2004;6(3):124-129
- 104.**Ferrell BR,Grant M,Funk B et al.Quality of life in breast cancer survivors :implications for developing support services .Oncol Nurs Forum 1998 ;25:887-895
- 105.**Turkish Journal of Psychiatry (Psikiyatri Dergisi) Dr .Fatma ÖZ ;2001;12 (1) :61-68
- 106** National Institute of Health. The Breast Cancer Digest: A Guide to Medical Care, Emotional Support, Educational Programs, and Resources. 2nd ed., U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Bethesda, Maryland.: National Cancer Institute, 1984 .
- 107.** Barron CR, Foxall MJ, Houfek JF. Coping style and women's participation in breast and gynecological screening. Health Care Women Int. 2005; 26: 247-61. (PMID: 15804696)
- 108** Durna Z, Can, G. Meme kanserli hastalarda hemşirelik bakımı ve yaşam kalitesi. İçinden: Topuz E, Aydın A, Dinçer M, ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 691-711.

109. Tanrıverdi,D. 20-65 yaş grubu kardiyovasküler cerrahi hastalarının preoperatif bakım döneminde genel anesteziye ilişkin beklentilerinin araştırılması, Hemşirelik Bülteni , (Özel Sayı:25-26 :32, 1992.(Yüksek Lisans Tezi)
- 110.Özkan S. Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, yaşam kalitesi. İçinden: Topuz E, ed. Meme Kanseri: Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavi. İstanbul: İ.Ü Onkoloji Enstitüsü Yayınları, No 3, 1997: 501-511.
111. Kadmon I, Woloski-Wruble A, Yongqin J, et al. Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. Eur J Oncol Nurs 2004; 8:131-7. PMID: 15171972 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 112.Gabbard GO .Mood disorders :Psychodynamic etiology .HI Kaplan ,BJ Sadock (eds).Comprehensive Textbook of psychiatry . 6 ed .Baltimore :Williams and Wilkins Comp ;1995 . p1116-23
113. 1. Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 5-11, 2003
- 114.Duygudurum Dizisi 2001 ;4:184-191:Kanserli hastalarda depresyon ;Prof. Dr. Hayriye Elbi METE ,Dr.Özen ÖNEN
- 115.Weissman MM , Klerman GL .Psychiatric nosology and Midtown Manhattan study .Arch Gen Psychiatry 1980 ;37 :229-30
116. Karasu TB .Toward a clinical model of psychotherapy for depression .An integrative and selective treatment approach .Am J Psychiatry 1990;147:269 -78
117. 12. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Köroğlu E (Çeviren) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998.
118. Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 20-32,2003.
- 119.Prof. Dr. Sedat Özkan , Konsultasyon –Liyazon Psikiyatrisi 1994-1995 ;kanser ile ilişkili Psikolojik Morbiditenin Önlenmesi ve tedavisinin geliştirilmesi :Peter Magure: 45-50
- 120.Hekimler Yayın Birliği , Psikosomatik Bozukluklar , Prof .Dr. Abdulkadir Çevik; 78-90,1996
121. Konsultasyon – Liyazon Psikiyatrisi 1996-1997 ;kanserli hastada depresyon ;H.Elbi ,31-35

122. Duygudurum Dizisi 2001 ;4:184-191:Kanserli hastalarda depresyon ;Prof. Dr. Hayriye Elbi METE ,Dr.Özen ÖNEN
123. Psikiyatri Dünyası 2001 ;5:5-10H.Elbi
124. Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, second edition, New York: New York University Medical Center, press Williams and Wilkins. 97-112, november 1995.
125. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ. Age bias: a cause of underutilization of breast conservation treatment. J Cancer Educ 2001; 16:29-32. (PMID: 11270896)
126. Brinton LA, Potischman NA, Swanson CA, Schoenberg JB, Coates R, Gammon MD, Malone KE, Stanford JL, Dailing JR. Breast- feeding and breast cancer risk. Cancer Causes Control 1995; 6 (3):199- 208.
127. Demographic and Health Survey 1998. Hacettepe University Institute of population Studies, Ankara Turkey, 1999.
128. Gajdos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ, Bodian C. Stage 0 to stage III breast cancer in young women. J Am Coll Surg 2000;190:523-529.
129. Debora Yurek, William Farrar, and Barbara L. Andersen ,Breast cancer Surgery : Comparing surgical Groups and Determining Individual Differences in Postoperative Sexuality and Body Change Stres;J Consult Clin Psychol ,2000 August ;68 (4):697-709
130. Neeraj K. Arora ,David H.Gustafson ,Robert P.Hawkins ,Fio McTavish,David F.Cella ,Suzanne Pingree,John H.Mendenhall,David M.Mahvi; İmpact of surgery and Chemothreapy on the Quality of life of YoungerWomen with Breast Carcinoma ;2001 American Cancer Society ;1288-1298
131. Julia H.Rowland ,Katherine A. Desmond ,Beth E. Meyerowitz ,Thomas R.Belin, Gail E.Wyatt ,Patricia A. Ganz;Role of breast Rekonstructive surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors;JOURNAL of the National Cancer

Institute ,Vol .92 ,No.17 ,September 6 ,2000