IŞIL YILDIZ

← Adınızı soyadınızı giriniz

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya (sol yandaki gibi) olacak .

↓

YÜKSEK LİSANS TEZİ

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ; Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

İSTANBUL-2012

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

STOMASI OLAN VE OLMAYAN KOLOREKTAL KANSER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ, BAŞA ÇIKMA TARZI VE PSİKOSOSYAL UYUM

IŞIL YILDIZ

DANIŞMAN
PROF.DR.GÜLER BAHADIR

PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ PROGRAMI

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı Programında Işıl YILDIZ tarafından hazırlanan "Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarında yaşam kalitesi, başa çıkma tarzı ve psikososyal uyum" başlıklı Yülsek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

09 / 07 / 2012

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Güler BAHADIR/İ.Ü.İstanbul Tıp Fak./Psikiyatri Anabilim Dalı/Danışman

2.Prof.Dr.Sıdıka KURUL/İ.Ü.Onkoloji Enstitüsü/Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı

3.Prof.Dr.Rasim MERAL/İ.Ü.Onkoloji Enstitüsü/Klinik Onkoloji Anabilim Dalı

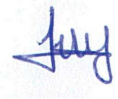
4.Doç.Dr.Behiye ALYANAK/İ.Ü.İstanbul Tıp Fak./Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.Dalı

5.Y.Doç.Dr.Seda BAYRAKTAR/Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi/Psikoloji Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Işıl Yıldız



İTHAF

Canım Babam'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Öncelikle Prevantif Onkoloji Ana Bilim Dalı başkanı Prof.Dr.Sıdıka Kurul'a, böyle önemli ve özel bir alanda eğitim almamıza olanak sağlayan Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı başkanı Prof.Dr.Sedat Özkan'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, yardım ve desteğini esirgemeyen, sadece bilgisinden değil insanlığından da çok şey öğrendiğim tez danışmanım Prof.Dr.Güler Bahadır'a teşekkür ederim. Çok değerli hocalarım Prof.Dr.Mine Özkan'a, Prof.Dr. Rasim Meral'e ve Doç.Dr. Behiye Alyanak'a gerek eğitimim sırasındaki yardımları gerekse tezimi okumak için vakit ayırmalarından ötürü teşekkür ederim. Çalışmamın başlangıç sürecindeki yardımlarından ötürü Uzm.Dr.Kerem Okutur'a, veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Prof.Dr.Faruk Aykan'a ve Yrd.Doç.Dr.Yavuz Dizdar'a, çalışmamın analizinde ve tezimin tamamlanma aşamasında büyük desteğini gördüğüm Yrd.Doç.Dr.Seda Bayraktar'a teşekkürü bir borç bilirim.

Mesleki anlamda ilerlemem için bana fırsat tanıyan, her zaman güvenen ve destek olan Dr.Feray Ayral Eryılmaz'a, Prof.Dr.Gökhan Demir'e, Prof.Dr.Coşkun Tecimer'e ve Uzm.Dr. Gülistan Köksal'a çok teşekkür ederim.

Hayatımda yaşadığım tüm iyi ve kötü günlerimde yanımda olan, sevgisini ve desteğini hissettiren gerçek arkadaşlarıma yüksek lisans sürecimde de beni yalnız bırakmadıkları, hayatımı daha anlamlı kıldıkları için çok teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca desteğini üzerimden eksik etmeyen ve beni her konuda cesaretlendiren en değerli varlığım sevgili anneme ve varlığıyla hayatımı güzelleştiren biricik kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ÖZET ..... İX
ABSTRACT X
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi 4
2.1.1. Kolorektal Kanser Etiyolojisi 5
2.1.2. Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları 6
2.1.3. Prognozu 6
2.1.4. Kolorektal Kanser Tedavisi 7
2.2. Stomanın (Ostomi) Tanımı ve Tipleri 7
2.3. Yaşam Kalitesi 8
2.3.1. Stoma ve Yaşam Kalitesi 11
2.3.2. Kolorektal Kanser ve Yaşam Kalitesi 12
2.4. Stresle Başa Çıkma 14
2.4.1. Stresle Başa çıkma ve Kanser 16
2.5. Hastalığa Psikososyal Uyum 17
2.5.1. Stoma ve Psikososyal Uyum 19
2.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Katılımcılar ve Uygulama Aşaması 22
3.2. Veri Toplama Araçları 22
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu 23
3.2.2. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 23
3.2.3. EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği 24

3.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) 25
3.2.5. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz bildirim Ölçeği (PAIS-SR).....26
4. BULGULAR.....28
5. TARTIŞMA.....47
5.1. Sonuç ve Öneriler 55
KAYNAKLAR 58
FORMLAR 70
ÖZGEÇMİŞ 86

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 : Örneklem Grubuna İlişkin Sosyodemografik Bilgiler 28
Tablo 2: Örneklem Grubunun Çalışma ve Ekonomik Durum, Yaşadığı Yer Bilgileri .. 29
Tablo 3: Kanser Hastalığına İlişkin Bilgiler 30
Tablo 4:Tedaviler ile ilgili Bilgiler 32
Tablo 5: Diğer Hastalıklarla İlgili Bilgiler 33
Tablo 6: Stoması Olan ve Olmayan Hasta Gruplarının EORTC QLQ-C30 ve CR-38 Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Ortalamaları 34
Tablo 7 : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Ölçek Puanlarının Stoma Durumuna göre Mann Whitney U Sonuçları 36
Tablo 8 : Psikososyal Uyum Ölçeğinin(PAİS-SR) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Stoma Durumuna göre T-Testi Sonuçları 37
Tablo 9: Genel Sağlık Durumunun Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu 38
Tablo 10 : Sosyal Fonksiyonun Hastaların Medeni Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu 39
Tablo 11: Sosyal Fonksiyonun Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu 40
Tablo 12: Sosyal Fonksiyonun Hastaların Hastalığın Ortaya Çıkış Sebebi Değerlendirmesine Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu 41
Tablo 13: Gelecek Perspektifinin Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu 42
Tablo 14: Gelecek Perspektifinin Hastaların Çalışma Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu 43
Tablo 15: EORTC Yaşam Kalitesi Puanları ile Psikososyal Uyum Puanları Arasındaki Korelasyon 44

ÖZET

Yıldız, I. (2012). Stoması Olan ve Olmayan Kolorektal Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tarzı ve Psikososyal Uyum. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevantif Onkoloji ABD, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi, stresle başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından farklılıkları olup olmadığını belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla planlanıp gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ele alınan değişkenler, bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenler açısından da karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 60 kolorektal kanser hastası katılmıştır ve hastalara kolayda örnekleme yoluyla ulaşılmıştır. Hastalara Kişisel Bilgi Formu, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği uygulanmıştır. Gruplar arası farklara bakarken t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilere Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı tekniği ile bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; yaşam kalitesi ölçeklerinin genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, bilişsel fonksiyon, idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, mide-bağırsak semptomları ve kilo kaybı boyutlarında iki grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.Bu boyutlarda stoması olan hastaların yaşam kalitesi, stoması olmayan gruba göre daha düşüktür. Stresle başa çıkma tarzları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İki grup da sosyal destek arama, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım gibi etkili stratejileri daha çok kullanmaktadır. İki grubun hastalığa psikososyal uyumu orta düzeyde olmakla birlikte stoması olan hastaların genel psikososyal uyumu, stoması olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha kötüdür. Stoması olan hastalar aile çevresi ve psikolojik alan boyutlarında da stoması olmayan hastalara göre daha fazla uyum sorunu yaşamaktadır. Hastaların yaşam kalitesi ile psikososyal uyumları arasında birçok boyutta anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yaşam kalitesi yükseldikçe hastaların psikososyal uyumunun da arttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Stoma, Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma, Psikososyal Uyum

ABSTRACT

Yildiz, I. (2012). Quality of Life, Ways of Coping and Psychosocial Adjustment in Colorectal Cancer Patients with Stoma and Nonstoma İstanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Psychosocial Oncology Department.Masters Thesis. İstanbul.

This study had been conducted with the aim to determine quality of life, ways of coping with stress and psychosocial adjustment of colorectal cancer patients with stoma and nonstoma amd to evaluate the relationships between these factors. Factors in the study were compared in terms of some sociodemographic and illness factors. 60 colorectal cancer patients contributed to the study. Participants were given a personal information form, EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire, EORTC QLQ-CR38 quality of life questionnaire, Ways of Coping with Stress Scale and Psychosocial Adjustment to Illness Scale. T-test and Mann Whitney-U tests were used in the evaluation of differences among these groups. Spearman correlation was used in the evaluation of relationships between factors. According to the results, patients with stoma were found to be different from the nonstoma group in terms of global health status, physical functioning, cognitive functioning, micturition problems, chemo side-effects, gastrointestinal problems and weight loss and in terms of psychosocial adjustment, domestic environment and psychologic distress. Other factors were similar in the two groups. In addition, there were positive correlations between quality of life and psychosocial adjustment.

Key Words: Colorectal Cancer, Stoma, Quality of Life, Coping, Psychosocial Adjustment

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayınladığı kanser raporuna göre kalın bağırsak kanseri diğer adı ile kolorektal kanser (kolon ve rektum kanseri) dünyada akciğer ve meme kanserinden sonra en yaygın görülen kanser türüdür. Avrupa'da ise en yaygın görülen kanser türü olan akciğer kanserini prostat kanseri ve kolorektal kanser izlemektedir (Boyle ve Levin,2008).Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2006-2008 yılı istatistiklerine göre, kolorektal kanser ülkemizde kadınlarda üçüncü, erkeklerde dördüncü sırada rastlanan kanser tipidir.

Kolorektal kanserlerin tedavi seçenekleri içinde en kabul gören ve küratif tedavi şansını veren yöntem cerrahidir. Cerrahi ile tümörlü kısım ameliyatla çıkarılır ve bağırsak pasajının sağlanması için çıkarılan kısmın alt ve üst uçları tekrar karşılıklı ağızlaştırılır. Ancak rektum kanserlerinin tedavisinde bu durum biraz farklıdır, hastalıklı kısmın çıkarılmasının garantisi için anüs tamamen çıkarılıp iptal edilerek kolon, karın duvarına ağızlaştırılır (stoma), bu işleme kolostomi denir. Stomalar kalıcı ya da geçici olabilir. Geçici stomalar adından da anlaşılabileceği gibi stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılır. Kalıcı stomalar ise yaşam boyu kalır. (CDC,2011).

Bağırsak stoması, hastaların daha uzun süre yaşamalarını sağlayabilmek, sağlıklı, üretken bir yaşama dönmelerine yardımcı olabilmek ve yaşamlarını iyileştirebilmek için açılmaktadır. Ancak stomalı bireyler fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere pek çok problemle karşılaşabilmektedir. Hasta ciddi bir operasyonla, önemli bir vücut fonksiyonunun kaybıyla, beden imajının bozulmasıyla, fiziksel fonksiyonda ve kişisel bakımdaki değişikliklerle baş etmek zorundadır. Bu fiziksel sonuçların hastanın ruhsal sağlığında, sosyal ilişkileri ve aktivitelerinde ve yaşam kaliteleri üzerinde önemli yansımaları vardır. Kolorektal kanser hastalarının büyük kısmında bağırsak stoması açıldığı düşünülürse, kanser ve stoma hastaların hayatını etkileyen iki durumun birlikteliği olarak önem kazanmaktadır (Ayaz,2007b).

Kişiler, fiziksel ve psikolojik sonuçları içeren teşhis, cerrahi ve adjuvan (ameliyata ek uygulanan) tedaviler, yan etkiler, aile ve çevrenin etkileri, takip prosedürleri, iyileşme/nüks belirsizlikleri gibi kansere bağlı stresörlerle yüz yüze gelirler (Dunn ve ark., 2006). Bu stresörler kolorektal kanser hastalarının ruh sağlığını

ve işlevselliğini negatif yönde etkileyebilir. Tüm bu gerekliliklerle yüz yüze gelmek yaşam kalitesinin psikolojik, fiziksel ve psikososyal alanlarını bozabilir (Sprangers ve ark., 1995).

Bireyin doğasının hastalığı algılamayı ve hastalığa verdiği tepkileri etkilediği kadar hastalığın algılanış biçiminin yani psikososyal faktörlerin de sağlık üzerinde birçok etkisi vardır (Schein,Bernard,Spitz,ve Muskin,2003). Tedaviye gösterilen bireysel tepkileri değerlendirmede kullanılan en yaygın değişken yaşam kalitesi olmaktadır (Jofre ve ark., 2000).

Hala anlamı tartışmalı olmasına rağmen iyi bir yaşam kalitesi genellikle yaşam doyumu, mutluluk ve başa çıkma becerisi açısından açıklanır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, bağımsızlık seviyesini, sosyal ilişkilerini ve çevre ile ilişkilerini birçok açıdan etkileyen geniş bir kavramdır (WHO,1993).

Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi ile ilgili literatürde pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bazılarında hasta grupları arasında yaşam kalitesi arasında fark görülürken bazı çalışmalarda herhangi bir fark bulunmamış, her iki grubunda yaşam kalitesinin düşük olduğu gözlenmiştir (Sprangers ve ark.,1995; Sideris ve ark.,2005; Ross ve ark.,2007).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini etkileyen bireysel farklılıkların ve psikososyal faktörlerin neler olduğu sorusu da araştırma konusudur. Bugüne kadar kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkisi olduğu düşünülen çeşitli faktörler araştırılmıştır. Bunlardan bazıları hastanın beden algısı, benlik saygısı, depresyon ve anksiyete düzeyi olarak sıralanabilir (Kılıç ve ark.,2007; Yaşan ve ark.,2008).

Lazarus ve Folkman'ın stres ve baş etme modeli bize yaşam kalitesinde etkisi olan anlamlı olayları içeren prosesi anlamada bir çerçeve sağlar. Buna göre stres, birey - çevre etkileşiminde kişinin iyi uyumunu tehlikeye düşüren ve mevcut kaynaklarını zorlayan ya da aşan taleplerdir (Folkman ve ark.,1986). Çeşitli kaynaklarda, "baş etme yolu", "başa çıkma yolu", "başa çıkma stratejisi" olarak da kullanılan "başa çıkma (coping)" terimi ise, stresörlerin (stres vericiler) uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime direnme amacıyla gösterilen davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünüdür (Fleming ve ark.,1984). Başa çıkma stratejileri iki ana faktörde toplanabilir. **Duygu odaklı başa çıkma**, stresin yarattığı olumsuz duyguları kontrol

altına almaya ve olumlu bir yöne odaklanmaya yönelik davranışları kapsar. **Problem odaklı başa çıkma** ise tehdit edici olayı ortadan kaldırma veya onun etkisini azaltma amacıyla, problem çözme ve işlem yolları üzerinde odaklaşma gibi yollarla, stresli durumun unsurlarını doğrudan değiştirmeye yönelik etkinlikleri içerir (Lazarus ve Folkman, 1984). Kaçınma ise ilgili stres durumunun etkisini azaltma veya ilgili durumdan uzaklaşma şeklinde duygu odaklı başa çıkmada kullanılır (Folkman,1984).

Kanserle baş etmede problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve kaçınmacı yaklaşım olmak üzere 3 büyük strateji öne çıkmaktadır (Roth ve Cohen,1986). Araştırmalar genel olarak problem ve duygu odaklı baş etme yaklaşımlarının daha iyi sonuçları olduğunu göstermiştir, kaçınmacı stratejiler ise negatif sonuçlarla bağlantılıdır (Holland ve Holahan,2003). Bununla birlikte literatürde kanserle baş etme ile ilgili araştırmalarda kısıtlılık vardır ve yapılan araştırmaların büyük bölümü de kadınların meme kanseri ile baş etme stratejilerine odaklanmıştır. Kolorektal kanser teşhisi konan kadın ve erkeklerin kullandıkları baş etme stratejilerini inceleyen az sayıda yayımlanmış çalışmaya rastlanmıştır (Rinaldis ve ark.,2009).

Psikolojik ve sosyal uyum (psikososyal uyum) hastaların psikososyal durumunu değerlendirmede önemli bir faktördür. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiyi içeren tedavilerin fiziksel sonuçlarına ek olarak kanser hastaları kişilerarası ilişkilerde, iş yaşamında ve zihinsel durumlarında değişimler yaşar. Kanser hastaları için psikososyal uyum değişen rollere göre yaşam uyumu sağlamayı içerir. Önceki araştırmalar düşük psikososyal uyumu olan kişilerde yüksek seviyede depresyon ve anksiyete gelişme riski olduğunu göstermiştir (Bekkers ve ark., 1996;Weinryb ve ark.,1997). Bu psikososyal uyumsuzluk anlamlı olarak kötü prognozla ilişkilidir (Bekkers ve ark.,1997). Bu yüzden hastaların yaşam kalitesini geliştirebilmek için psikososyal uyumu da optimize etmek önemlidir (Rowland,1989).

Literatürdeki bilgiler ışığında bu araştırmanın problemi; 'Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastaları yaşam kalitesi, başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından farklılık göstermekte midir?' olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın amacı; stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastaları arasındaki yaşam kalitesi, başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından farklılıkları belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Vücudun her bölgesinde görülebilir ve birçok kanser türü vücutta başka organ ve dokulara metastaz yapma eğilimindedir.

Kanser, yüksek morbidite ve mortalitesi ile tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Kansere yakalanan hasta sayısı her geçen gün hızla artmaktadır. Bu artışın başlıca nedenleri arasında; 1- günümüzde teknoloji alanında kaydedilen ilerlemeler sonucunda tanı koydurucu yeni yöntem ve metotların keşfedilmesi, 2- her iki cinsiyette de daha uzun yaşam süresinin elde edilmesi, 3- çok sayıda çevresel ve kimyasal karsinojenlere olan maruziyet, 4- sigara ve alkol tüketiminin özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızla artması, 5-toplumun kanser ve tanısı ile ilgili bilgi düzeylerinin artması sonucu daha sık hekime başvurmaları gibi faktörler sayılabilir (Kılıçkap,2009).

Kolorektal kanser kolon ve rektumda oluşan kanserdir. Kalın bağırsak kolon ve rektumdan oluşur. Rektum kalın bağırsağı anüse bağlayan bir geçit özelliğini taşır. Kalın bağırsak ince bağırsakta emilemeyen, hazmedilemeyen besinlerin sıvılardan ayrıştığı ve feçesin vücutta depolandığı yerdir. Bağırsak kanserine kolon kanseri, rektum kanseri ya da kolorektal kanser de denir (CDC,2011).

2.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanserler dünyada en sık görülen üçüncü kanser olup, kansere bağlı ölümlerde erkeklerde ikinci, bayanlarda üçüncü sıradadır (Ferlay ve ark.,2000). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılı verilerine göre kolorektal kanserler; en sık görülen kanserler arasında kadınlarda üçüncü, erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; her yıl 945 bin kişi kolorektal kansere yakalanmakta ve 492 bin kişi kolorektal kanser nedeniyle ölmektedir (Boyle ve Levin,2008).

2.1.1. Kolorektal Kanser Etiyolojisi

1.*Coğrafya*: Hastaların dünyadaki dağılımı bölgeler arasında farklılıklar gösterir. Kuzey Amerika ve Yeni Zelanda'da sık iken, Afrika ve Orta Amerika'da daha az görülür.

2. *Yaş:* Kolorektal kanser görülme sıklığı 40 yaşından itibaren artar. ABD'de 93- 95 yılları arasında yapılan bir taramada 40 yaş altındaki hastalarda kolorektal kanser görülme oranı %0.05-0.06 iken aynı oran 40-60 yaş arası %0.6-0.8 ve 60-80 yaş arasında %3-4 olarak bulunmuştur.

3. *Aile hikayesi ve genetik*: Ailede kolorektal kanser bulunması bir diğer risk faktörüdür. Birinci derece bir akrabada kolorektal kanser bulunmasıyla risk 1.7 kat artarken, ikiden fazla kolorektal kanser bulunduğunda risk 2.7 kat ve 45 yaş altı akrabalarda kolorektal kanser varlığında 5.3 kat artar.Kolorektal kanser gelişme riski familyal adenomatöz polipozis (FAP) ve herediter non polipozis kolorektal kanser (HNPCC)'de yüksektir. HNPCC'de kolorektal kanserli hastanın en az üç akrabasında kolorektal kanser vardır ve bu hastaların en az biri 50 yaş altında olup en az biri birinci derece akrabadır ve bu durum en az iki nesilden beri devam etmektedir (Amsterdam Kriterleri).

4. Şişmanlık, yağdan zengin, posalı yiyeceklerden fakir beslenme bilinen risk faktörleridir.

5. Kolorektal kanserle ilişkili diğer durumlar:

• Adenomatöz polipler başta olmak üzere, hamartomatöz ve jüvenil polipozis sendromlarında da kolorektal kanser riski artar.

• Kolorektal kanser saptanan hastalarda senkron veya metakron lezyon gelişme riski yüksektir.

• İnflamatuar bağırsak hastalıklarında kolorektal kanser insidansı artar.

• Meme, over ve uterus kanserlerinde kolorektal kanser gelişme riski iki kat artmıştır.

• Üreterosigmoidostomi ve pelvik radyasyon uygulanması risk faktörleri arasındadır.

• Kolorektal kanserlerin %75'ini ise hiçbir risk faktörü bulunmayan sporadikkanser olgularından oluşur (Karahasanoğlu,2001).

2.1.2. Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları

Kolon-rektum kanserlerinde belli başlı semptomlar şunlardır:

- Aralıklı,bazen kolik tarzında karın ağrısı,
- Bulantı ve kusma,
- Kanama,
- Kabızlık,
- İshal,
- Anemi,
- Kilo kaybı.

En önemli semptom,40 yaşını aşmış bir bireyde dışkılama alışkanlığında değişme gözlenmesidir;bu ishal ya da kabızlık şeklinde olabilir.

Sol kolon tümörlerinde semptom daha çoktur (ağrı,dışkının kalem gibi incelmesi yani 'pencil stool',sık laksatif kullanma) ve bu nedenle erken tanınırlar. Sağ kolon kanserleri ise uzun süren anemi, halsizlik ve güçsüzlüğe yol açar. Bu vakaların 1/3'i metastazla gelir.

Anamnez ve fizik muayeneden sonra laboratuvar tetkikleri içersinde dışkıda gizli kan aranması basit fakat değerli bir incelemedir. Tam kan sayımında anemi saptanabilir.Tanıda en güvenilir yöntem kolon ve rektumun endoskopik incelemeleri (kolonoskopi,endoskopi,retroskopi)dir. Kesin tanı biyopsi ile konur (Aykan,2000).

2.1.3. Prognozu

Kolorektal kanserlerin prognozu tümörün evresine göre değişir. Kolorektal karsinomlu hastalarda küretif rezeksiyondan sonra 5 yıllık sağ kalım oranı %40-60 arasındadır. Hastalık nükslerinin %70'i ilk 2 yılda , %90'ı ise ilk 5 yılda meydana gelir. Uzak metastaz saptandıktan sonra ortalama sağkalım süresi tedavi almayan hastalarda 6-9 ay arasındadır. Günümüzde yeni kullanıma giren kemoterapötik ve hedefe yönelik tedavi uygulamaları ile ortalama sağkalım süreleri 2 yılı geçmiştir (Yıldız,2008).

2.1.4. Kolorektal Kanser Tedavisi

Kolorektal kanserlerin tedavisi öncelikle cerrahidir. Kemoterapi ve radyoterapi diğer tedavi yöntemleridir. Bazı durumlar dışında tedavide ana amaç primer tümörün bölgesel lenf bezleriyle birlikte geniş olarak çıkarılmasıdır. Tümörün ince bağırsak, mide, mesane, uterus, vajina gibi organlara invazyonu, rezeksiyon kararını değiştirmez. Uzak metastaz varlığında bile primer tümör çıkarılabiliyorsa rezeksiyon yapılmalıdır (Karahasanoğlu,2001).Rektum kanserinde tercih edilen cerrahi yöntemler; low anterior rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon, lokal rezeksiyon, fulgurasyon, laser fotokoaggülasyon ve kolostomidir (Akyolcu,2004).

Rektum kanserinde hastaların yaklaşık yarısı sadece cerrahi tedavi ile şifa bulabilir. Hastaların diğer yarısı ise yüksek lokal-bölgesel ve sistemik nüks riski nedeniyle adjuvan tedavilere ihtiyaç duyarlar. Adjuvan tedavi seçenekleri ise radyoterapi, kemoterapi ve eşzamanlı kemoterapi ve radyoterapi (kemoradyoterapi) olarak sayılabilir ve her bir seçenek postoperatif veya preoperatif olarak uygulanabilir (Karadayı ve ark.,2006).

2.2. Stomanın (Ostomi) Tanımı ve Tipleri

Stoma, Yunanca' da 'açıklık' ya da 'ağız' anlamına gelen bir kelimedir. Stoma, hastalık veya travma nedeniyle bağırsağın çıkarılmasını gerektiren ameliyat sonrası dışkı çıkışını sağlamak için açılmaktadır. Bağırsak stoması, ince veya kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır. Normalde stoma yaklaşık 20 mm çapında, nemli, kırmızıya yakın parlak pembe renkli, dışa doğru çıkık olup dokunulduğunda ağrı duyusu yoktur.

Stomalar açıldıkları bağırsak bölümüne göre isimlendirilmekte, kolona açılan stomalara kolostomi, ileuma açılan stomalara ileostomi adı verilmektedir. Her yaş grubunda uygulanabilen stomalardan kalıcı stomalar yaşam boyu görevini yaparken, geçici stomalar stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılmaktadır. Geçici stoma genellikle bağırsağın inflamatuar durumları ve travmatik yaralanmalarında distal bağırsaktaki iyileşmeyi sağlamak için açılmaktadır. Bu durum ortadan kalktıktan sonra kapatılmaktadır. Kalıcı stoma ise doğum defekti veya bağırsak

kanseri gibi bir hastalık nedeniyle rektum ya da anüs fonksiyonunu kaybettiğinde, boşaltımı sağlamak için açılmakta ve yaşam boyu kalmaktadır (Keighley ve ark.,1993;Black, 2000; Potter,2001; Hyland,2002, Collett,2002; Kirkwood,2006).

Kolorektal kanserlerin tanıdan sonra cerrahi tedavi ile stomayla sonuçlanan vaka sayısının dünya çapında tahmini yılda bir milyon yeni vaka olacağı öne sürülmektedir (IARC GLOBOCAN,2005). Bununla birlikte görüntüleme yöntemlerinin kullanımındaki gelişmeler ve cerrahi tekniklerde ve adjuvan terapilerdeki gelişmelerden dolayı son yıllarda tanıdan sonraki beş yıl içinde ölen hastaların sayısında dereceli bir düşüş görülmektedir (American Cancer Society,2007). Bu durumda kanser ve stoma, hastaların hayatını etkileyen 2 durumun birlikteliği olarak önem kazanmaktadır (Ayaz,2007). Vakaların çoğunluğunda cerrahi hayat kurtarıcı bir işlem olmasına rağmen yine de fiziksel ve psikolojik fonksiyona bir tehdit olarak görülür (Bekkers ve ark.,1995; Sprangers ve ark.,1995).

2.3. Yaşam Kalitesi

Tüm insanlık için evrensel bir kavram olan yaşam kalitesi, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiş; 1970'li yıllardan sonra sağlık alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur (Egelioğlu,2007).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike (1939), sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Murrel, Norris, Zautra ve arkadaşları yaşam kalitesini mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlamışlardır (Akt, Akyol 1992).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise yaşam kalitesini "içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması" olarak tanımlamaktadır (The WHOQOL Group,1998).

Günümüzde yaşam kalitesinin herkes tarafından kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Çünkü yaşam kalitesi bireyin geçmişteki yaşam tarzı, gelenekleri, yaşadığı çevre, ekonomik durumu, eğitim durumu, sosyal ve psikolojik faktörler gibi çok sayıda kavramdan etkilenebilir olduğundan dolayı dinamik özelliklere sahip bir

kavramdır. Yaşam kalitesi genel olarak kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin öznel duygu olarak tanımlanabilir (Akyol,1993; Fidaner ve ark.,1999).

Sağlık hizmetlerinde yaşamı destekleyen birçok teknolojik gelişmenin, yeni ilaçların, yeni tedavi ve bakım yaklaşımlarının kullanılmasıyla yaşamı koruyup uzatmak mümkün hale gelirken, bu gelişmelerin yaşama olumlu ya da olumsuz etkilerinin de kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekliliği daha fazla hissedilmeye başlamıştır. Bu gelişmeler yaşam kalitesi kavramının ve yaşam kalitesini değerlendiren ölçeklerin geliştirilmesinde etkili olmuştur (Banta,1993).

Sağlık alanında yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez 1948 Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmaktadır. DSÖ; sağlığı hastalık veya bozukluk olmaksızın fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyi olma hali olarak tanımlamıştır. Tanımından da anlaşılacağı gibi çok boyutlu bir kavram olan sağlık; yaşam süresi, yaşam beklentisi, mortalite hızı ve ölüm nedenleri gibi çok sayıda göstergeyle ifade edilmektedir. Bu göstergelerin yaşanan yılların kalitesinin anlaşılmasında az bir değere sahip olduğu bu nedenle yaşam kalitesinin ölçülmesi gerektiği belirtilmektedir.

Yaşam kalitesinin geniş kapsamı ile klinik tıp için gerekli olan kapsamı arasında ayrım yapabilmek için ‘sağlıkla ilgili yaşam kalitesi’ kavramı günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (Bond ve Corner,2004). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü sadece sağlık ve işlevsellik hakkında bilgi vermemekte aynı zamanda fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik hakkında da bilgi vermektedir (Rettig ve Sadler,1997).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin üç temel boyutu vardır (Cramer,1993). Bunlar:

1- Fiziksel Sağlık: Genel sağlık durumu, fonksiyonel durum, günlük fonksiyonlar, ağrı gibi semptomlar, nöbetler, ilaçların yan etkileri gibi.

2- Mental Sağlık: Duygulanım durumu, özsaygı, sağlık durumunu algılama, stigma (etiketlenme), duygulanım bozuklukları (depresyon, anksiyete), başa çıkma mekanizmaları (kendine yetme, kontrol yeteneği) gibi.

3- Sosyal Sağlık: Sosyal aktiviteler ve ilişkiler, sosyal destekler, toplumsal ilgi.

Yaşam kalitesini çok sayıda faktör olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesini azaltan ve arttıran durumlar aşağıda sıralanmıştır (Akdemir ve Birol,2003):

Azaltan Durumlar:

1- Kronik yorgunluk ve bitkinlik
2- Bireyin kendi geleceği ile ilgili kaygıları
3- Bireyin ailesi ile ilgili kaygıları
4- Kronik sağlık sorunları
5- Temel ihtiyaçların karşılanmasındaki güçlükler
6- Sosyal destek konusundaki yetersizlikler
7- Beden imgesinin değişmesi
8- Cinsel fonksiyonlardaki bozulma
9- Yaşam tarzı değişiklikleri
10- Kişisel bakım ve hijyen sorunları

Arttıran Durumlar:

1- Akraba ve aile desteği
2- Ekonomik güvence
3- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilir olma
4- Vücut fonksiyonlarındaki yeterlilik
5- Yaşanılan çevrenin konforu
6- Aktif bir sosyal yaşam
7- Kendine güven duygusu
8- Sosyal çevreden itibar ve saygınlık görme
9- Hekim ve diğer sağlık personeline olan güven
10- Tedavi ve iyileşme konusundaki inanç

2.3.1. Stoma ve Yaşam Kalitesi

Stomalı hastaların yaşam kalitesini etkileyen en önemli fiziksel sorunlar koku, gaz, dışkı sızıntısı ve cilt irritasyonlarıdır. Bunların yanı sıra hastalar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerine bağlı bulantı, kusma, halsizlik, kilo kaybı gibi sorunlar yaşamaktadır (Camilleri-Brennan ve Steele,2002; Harris ve ark.,2004; Ito ve Kazuma,2005).

Stoma açılması, bireyin yaşam tarzını ve baş etme yeteneğini önemli ölçüde etkilemektedir. Bastırma, saklama, inkar, mantıklı kılma, yerine koyma, yansıtma ve gerileme yaygın olarak kullanılan baş etme yöntemleridir. Stomalı bireyin tanı ile baş edemediği ilk zamanlarda bu önlemler yararlı olabilmektedir (Ayaz,2007a). Birey, geçirdiği ciddi ameliyatın yanı sıra önemli bir vücut fonksiyonunun kaybı, beden imajının bozulması, fiziksel fonksiyonlar ve kişisel bakımın değişmesi gibi durumlarla da baş etmek zorunda kalmaktadır. Özellikle beden imajında oluşan ani değişimi kabullenmesi gerekmektedir. Bireyin kendini nasıl gördüğü veya başkalarının bizim hakkımızda düşündükleri olarak tanımlanan beden imajı; bireyin yaşam kalitesini, davranışlarını ve diğer insanlarla olan ilişkilerini etkilemektedir (Ayaz,2007b).

Stoma açılması ile meydana gelen fiziksel görünümdeki değişiklikler bireylerin cinsel yaşamlarını da etkileyebilmektedir. Beden imajının değişmesi ile stomalı hastalar çekiciliklerinin azaldığını düşünmekte ve stoma bakım ürünlerinin vücutlarını çirkin ve biçimsiz gösterdiğini düşünmektedirler (Ayaz,2007b). Stomalı bir kişi cinsel olarak daha önceki gibi performans gösterme yeteneğini kaybedince de özgüveni zedelenir. Özgüveni düşük hastaların eşleri, arkadaşları ve aileleri tarafından terk edilmek, cinsel olarak çekici bulunmamak gibi korkuları vardır. Normal cinsel aktiviteyi yapamamak veya başlamaktan korkmak, doğurganlığın ve libidonun kaybedilmesi stomalı hastalarda üzüntü, reddediş, kızgınlık, suçluluk hisleri yaratabilmektedir (Mutlu,2006).

Stomaya bağlı yaşanan sorunlar, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi, benlik saygısının azalması, yaşam kalitesindeki değişiklikler bireyin stomaya ve stomalı yaşamaya uyumunu gerektirmektedir. Stomalı bireylerin ameliyat sonrasında stomaya uyumu uzun zaman alabilmektedir. Çünkü bireyin yeni bedeni ile bütünleşmesi ve bedensel değişikliklere alışması oldukça zor bir süreçtir. Stoma açılmasını takiben uyum sürecini; bireyin kendine yetebilme duygusu, sosyal destek faktörleri ve

sosyodemografik özellikleri gibi pek çok faktör etkileyebilmektedir. Stoma açıldıktan sonra yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar uyum sürecini olumsuz yönde etkiler. Uyum sürecinin zorlaşması ve uzaması ise yaşam kalitesini bozmaktadır (Ayaz,2007b).

2.3.2. Kolorektal Kanser ve Yaşam Kalitesi

Kanser hastalarının tedavisinde hedef; genel sağkalımın iyileştirilmesi ve hastalıksız sağkalımın uzatılmasıdır. Ancak en az bu hedefler kadar üzerinde durulması gereken bir diğer konu da hastayı tedavi ederken yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve idamesi olmalıdır (Cella ve Tulsky,1990).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, onkolojide önemli bir konu olarak gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi onkoloji alanında çok amaçlı olarak kullanılmaktadır. En önemlisi, kullanılan tedavi yöntemlerine bağlı gelişen yan etkiler sonucunda yaşam kalitesinin ne kadar etkilendiği tespit edilerek hasta için en uygun yaklaşımın belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle ABD'de Gıda ve İlaç Birliği (Food and Drug Administration, FDA) ve Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology, ASCO), Kanada'da Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute of Canada) tedavi şemalarının geliştirilmesinde yaşam kaliteleri üzerine etkilerini araştırmayı şart koşar (Akt.,Kılıçkap 2009).

Yakın zamana kadar kolorektal kanser hastaları ile ilgili çalışmalarda sağkalım en önemli bitiş noktası olarak görülürken cerrahi tedavi sonrasında fonksiyonel sonuçlar ve yaşam kalitesi ile ilgili konular son yıllarda büyük önem kazanmıştır. Literatür gözden geçirildiğinde stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesiyle ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Çoğu çalışma, stoma hastalarının yaşam kalitesinin stoması olmayan hastalardan daha kötü olduğunu bildirirken, diğerleri karşıt görüş bildirmekte ya da farklılık olmadığından bahsetmektedir.

Bossema ve arkadaşlarının (2011) stoması olan ve olmayan rektal kanser hastalarında yaşam kalitesi ve hastalık kognisyonları arasındaki ilişkiyi kıyaslayan araştırmasında, iki grubun yaşam kalitesi sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine son yıllarda yapılan stomalı ve stomasız rektal kanser hastalarının

kıyaslandığı üç araştırmada çelişkili sonuçlar rapor edilmiştir. Çalışmalardan birinde stoması olan hastaların daha az kabızlık, ishal ve gastrointestinal problemler ile daha iyi bir genel sağlık durumu ve gelecek perspektifine sahip oldukları bildirilirken, diğer iki araştırma stoması olan hastaların stomasız hastalara göre sadece sosyal fonksiyonlarının daha kötü olduğunu rapor etmiştir.

Rauch ve arkadaşlarının (2004) en az 2 yıl önce ameliyat olmuş, hastalıksız sağkalan 121 rektal kanser hastası ile yaptıkları araştırmada stoma hastalarında özgüven ve sosyal fonksiyon skorlarının stoması olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuş, diğer yaşam kalitesi skorlarında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Engel ve arkadaşlarının (2003) operasyon geçirmiş 329 rektal kanser hastasıyla yaptıkları araştırmada, stoması olmayan hastaların diğer gruba kıyasla yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan Camilleri-Brennan ve Steele'in (2002) araştırmasında beden imajı dışında iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. İsveçli kadın ve erkeklerle ostomi ameliyatından 6 ile 12 hafta sonra yapılan fenomonolojik bir çalışmada, kişilere ameliyattan sonraki hisleri, tutumları ve deneyimleri ile ilgili açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Çalışmadan 7 konu ortaya çıkmıştır; bedene yabancılaşma, değişen beden imajı, seksüel yaşama etki, stoma ile yaşamanın belirsizliği, sosyal yaşama etki, spor ve boş zaman aktivitelerine katılımda etkiler ve stomayla ilgili fiziksel problemlerdir. Tüm katılımcılar stomanın yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Katılımcılar bedenlerine yabancılaşma hissini, ameliyattan sonra farklı hissetmeleri ve özgüven ve saygının azalması yönünde tanımlamışlardır. Stomayı ilk gördüklerinde ise tiksinme ve şok gibi hisler yaşadıklarını bildirmişlerdir (Persson ve Hellstrom,2002).

Nugent ve arkadaşları (1999) çalışmalarında kalıcı stomaya sahip olmanın yaşam tarzı üzerindeki etkisini araştırmıştır.1985-1992 yılları arasında yapılan araştırmaya 542 hasta katılmıştır. Katılımcıların %50'sinden fazlası stomaya sahip olmanın iş bulmakta çok az, neredeyse hiçbir etkisi olmadığını belirtmişlerdir. %35'i stomadan sonra işlerini tamamen değiştirdiklerini söylemişlerdir. Katılımcıların yaklaşık %10'u ise beslenme ve giyinme konularında stomadan dolayı ciddi problemler yaşadıklarını rapor etmişlerdir. Hastaların %45'i seks hayatlarında problem yaşamaktadır ve ana problemlerden biri de iktidarsızlıktır. 1995 yılında Sprangers ve arkadaşlarının kolorektal kanser hastalarının tedaviler sonucunda yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyal ve seksüel faktörleri değerlendiren 1969 ve 1992

yılları arasında yayımlanan araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmaya göre, stoması olan hastalarda depresyon, yalnızlık, suisidal düşünceler ve düşük özgüven görülmektedir ve bunlar stoması olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksektir. Stoması olmayan hastaların yaşam kalitesinin birçok alanında stoması olan hastalara göre çok daha iyi olduğu ama bu hastaların da fiziksel, sosyal ve psikolojik bozulmalar yaşadığı sonucuna varılmıştır. Hastalar, sosyal ve boş zaman aktivitelerinde düşüş, evlilik problemlerinde artış ve akraba ve arkadaşlarla daha az iletişim rapor etmişlerdir (Sprangers ve ark.,1995; Vironen ve ark.,2006).

Çalışmalar arasındaki bu farklı sonuçlar nasıl açıklanabilir? Öncelikle, rektal kanserle ilgili birçok çalışma farklı bağırsak bölümlerinden ameliyat geçiren hastaları kapsamaktadır, bu farklılık sonuçlardaki farklılığın bir sebebi olabilir. İkincisi kültürel farklılıklar yaşam kalitesi konularında farklı ülkelerden hastalar arasında yorum yapmayı zor hale getirmektedir. Üçüncü olarak cerrahi tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi hasta ile ilgili yaş, cinsiyet, eğitim ya da medeni durum gibi faktörlere de bağlı olabilir. Kanser hastaları ile ilgili yapılan önceki çalışmalarda yaşam kalitesi skorları ile yaş, eğitim durumu, medeni durum ve sosyal desteğin bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Sideris ve ark.,2005).

2.4. Stresle Başa Çıkma

Stresin kelime anlamı zorlanma, gerilme ve baskıdır. Ortaçağ'da felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmışken, 19.yy'da güçlük, baskı, zorluk gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmaya başlanmıştır. Stres canlının fiziksel ve ruhsal sınırlarına dair var olan tehdite karşılık gelişen bir durumdur. Stresle karşılaşan bireyde yaşanan fiziksel değişimler her bireyde benzer olmakla birlikte, yaşanan psikolojik değişimler bireyin kişiliğine, çevresine vs. göre değişim göstermektedir (Baltaş ve Baltaş,2000).

Lazarus' un stres değerlendirme modeline göre; kişi kaynaklarını zorlayan ve aşırı olarak değerlendirdiği bir olayla karşılaştığında, bunları yönetme çabası şeklinde tanımlanan bir süreç içinde potansiyel stresörü üç aşamalı bir değerlendirmeye tabi tutar. İlk olarak "stresör bir tehdit/tehlike midir" diye değerlendirir. İkinci değerlendirmede kişinin bu tehditle baş edip edemeyeceği belirlenir ve son olarak bu ilk

iki değerlendirmedeki bilgileri kullanarak yapılan yeniden bir değerlendirme söz konusudur. Kişi birincil değerlendirmede stresörün tehlikesini, uyarıcı ve kişisel özellikler belirler. Birincil değerlendirmeye eş zamanlı bir şekilde ikincil değerlendirme olurken kişi, "bu tehdit/tehlikeyle baş edebilir miyim" sorusunu cevaplamaya çalışır (Blonna,2007).

Stresin yarattığı rahatsız edici duygu ve psikolojik uyarılmaları azaltmak için kişi bir şeyler yapmaya güdülenir. Kişinin stres yaratan durumla uğraşma sürecine başa çıkma ya da baş etme denir.

Stresle başa çıkma genel olarak problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma yolları olarak incelenmektedir. Problem odaklı başa çıkma şeklinde kişi, ortaya çıkan sorun ya da durumla, onu değiştirecek ya da gelecekte ondan kaçınacak bir yol bulmaya çalışır. Yani doğrudan stres yaratan durumu anlama ve değiştirme çabası vardır. Folkman ve Lazarus (1980) bu yöntemi stres yaratan durumun ortadan kaldırılmasına veya kişinin stres kaynağıyla ilişkisini değiştirmesine yönelik çabalar şeklinde tarif etmişlerdir. Duygu odaklı başa çıkmada ise kişi stresli durumun yarattığı duygularla başa çıkmaya çalışır. Duygu odaklı başa çıkma tarzında amaç, bireyin duygu, algı ve bilişlerinde öznel değişiklikler yaratarak stres yaratan durumun kabul edilip, birey üzerindeki olumsuz etkisini hafifletmektir.

Sarafino'ya (2006) göre duygu odaklı baş etme ve problem odaklı baş etme yöntemleri şöyledir: **Duygu odaklı baş etme yöntemleri**; kaçınma, inkar, öfkesini başka şeyden çıkarma, dikkati dağıtmak, duygusal yaklaşım, duyguları yok saymak, mizah, aktivite artışı, fiziksel egzersiz, olumlu yaklaşım, dua etmek, kabullenme, anlam arama, kendini eleştirme, madde kullanımı, hayal kurma, korkma.

Problem odaklı baş etme yöntemleri; yüz yüze gelerek baş etme, direkt hareket etme, bilgi arama, mantıksal analizler, planlı problem çözme gibidir.

İnsanların, stresli durumlar karşısında kullanabilecekleri işlevsel olan ya da olmayan çeşitli baş etme stratejileri bulunmaktadır. Her bireyin iyi oluş hali de bu kullanılan stratejilere bağlıdır. Duygu odaklı başa çıkma yollarının, problem odaklı başa çıkmaya göre daha pasif olduğuna dair bulgular olsa da, Dunkel-Schetter ve arkadaşlarına göre (1992), eğer problemi değiştirmekle ilgili bir şey yapılamayacağına dair kanıtlar varsa ve problem odaklı stratejiler başarısız olursa, kişi önemli ölçüde stres yaşayabilir, bu nedenle duygu odaklı stratejileri seçmek daha doğru olacaktır.

2.4.1. Stresle Başa çıkma ve Kanser

Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşmak, birey için günlük yaşamda kullanılan uyum mekanizmalarının sarsılması ya da yeterince kullanılamaması, geleceğe yönelik önemli beklenti ve planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamına gelebilmektedir. Kanser tanısı ve tedavisi almak anlamlı düzeyde stres yaratabilmektedir. (Eylen, 2001).

Kanser, baş edilmesi gereken çok fazla durumu içermektedir. Buna acı verici ya da korkutucu semptomlar, hastalığın gidişatındaki belirsizlik, sosyal ilişkilerdeki değişiklikler gibi örnekler verilebilir. Yaşanan fiziksel rahatsızlıklarla baş etmede problem odaklı stratejiler (doktordan tavsiye istemek ya da ilaç almak) uygun olabilirken, gelecekle ilgili belirsizlikle baş etmek için duygu odaklı başa çıkma yöntemleri (dikkatini başka bir şeye çekme ya da kaçınma) daha uygundur (Dunkel-Schetter ve ark.,1992).

Durumsal faktörler (kanserin bulunduğu organ, hastalığın evresi, tanıdan sonra geçen zaman, kişinin halen tedavi görüp görmediği vb.) de hastaların baş etmesini etkileyen ek etkenlerdendir. Daha akut ve ağır tıbbi şartlarda olan hastaların, durumu daha iyi olan hastalara göre daha farklı ve fazla baş etme stratejilerine başvurması olasıdır. Ancak stres ve baş etme teorileri, stresli durumun öznel değerlendirmesine de vurgu yapmaktadır. Buna göre kanser hastasının var olan stres derecesini algısı, onun nasıl baş ettiğini en az tıbbi durumu kadar etkilemektedir. Sonuç olarak her ikisinin de baş etmede belirleyici faktörler olduğu kabul edilmektedir (Dunkel-Schetter ve ark.,1992).

Kanser hastalarında değerlendirme ve baş etme ile ilgili yapılmış 15 araştırmanın meta-analiz sonuçlarına göre, hastalığını yaşam için tehlikeli bulan, kanseri kayıp veya zarar olarak değerlendiren hastaların duygu odaklı baş etme yollarını ve inkârı daha fazla kullandıkları görülmüştür (Franks ve Roesch,2006). Stresli yaşam olayları hakkında destekleyici şartlarda konuşmak, başarılı başa çıkmanın ve pozitif uyum davranışının anahtar elemanlarından biridir (Pennebaker,1993;Lepore ve ark.,2000). Konuşmak, kişilere deneyimlerini anlamlandırmada yardımcı olur ve duygusal çözüm sağlar (Lepore ve ark.,1996;Smyth,1998). Kerr ve arkadaşlarının (2003) rektal kanser hastalarıyla yaptığı boylamsal araştırmada da psikolojik iyilik hali ile rol ve sosyal fonksiyon arasında bağlantı olduğu görülmüştür.

Kişilerin baş etmesinde önemli diğer bir değişken grubu sosyokültürel özelliklerdir. Yüksek sosyoekonomik durum baş etmenin belli metotlarıyla oldukça tutarlı şekilde bağlantılıdır. Örneğin, Billings ve Moos (1981) çalışmalarında daha eğitimli katılımcıların problem odaklı başa çıkma stratejilerini daha çok kullandığını ve günlük problemlerle uğraşırken baş etme yolu olarak kaçınmayı daha az kullandıklarını bulmuşlardır. Araştırmalar sosyal desteğin de başa çıkma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, Cronkite ve Moos (1984) aile desteği olmayan kadınların kaçınmacı başa çıkmayı daha çok kullandıklarını bulmuştur.

Dunkel-Shetter ve arkadaşları (1992), 668 kanser hastası ile (büyük kısmı meme ve gastrointestinal sistem kanseri olan) yürüttükleri araştırmada hastaların kullandığı beş tane başa çıkma yolu tanımlamışlardır. Bunlar; sosyal destek arama ve alma, bilişsel kaçınma, uzakta tutma (distancing), olumluya odaklanma ve davranışsal kaçınmadır. Katılımcıların kanserle birden çok yolla baş ettikleri ve en çok kullanılan başa çıkma yolunun uzak tutma olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçlarında da görüldüğü üzere kanser hastalığı ile başa çıkmada duygusal ve problem odaklı başa çıkma yollarının ikisi de kullanılmaktadır.

2.5. Hastalığa Psikososyal Uyum

İç ve dış çevreden gelen uyaranlar, gelişimsel ya da durumsal olaylar, kişinin uyumunu gerektirir. Uyum, iç ve dış durumlardaki değişikliklere alışma sürecidir, etkin baş etmeyi ve uzlaşmayı içerir. Uyum kavramı bireyin hem kendisi hem de çevresi ile ilişkiler kurabilmesi ve bu ilişkileri sürdürebilme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Barry,1996; Kaçmaz,2003; Saral,2008).

Bedensel iyilik halinden hastalık durumuna geçiş, hayati önem taşıyan bir dönüm noktasıdır. Bu da insanların olumlu ve umut dolu yaklaşımının aniden değişikliğe uğraması ve hazırlıklı olmadığı bir durumla karşı karşıya kalması demektir (Palabıyıkoğlu,2000). Hastalık ne olursa olsun evrensel olarak emosyonel yanıt uyandırır ve kayıp yaşantısı olarak algılanır. Kişinin işlevlerini, beden imajını, fiziksel ve ruhsal durumunu ve çevre ile ilişkilerini etkiler (Öyke,2008).

Uyum sağlık alanında da tartışılan bir konu olarak, bir hastalığa uyum sağlamak, hastalıkla ve sonuçlarıyla işlevsel olarak başa çıkmayı, tedavi hizmetlerine ve gerekli kaynaklara ve tedavi planına uygun davranışlarda bulunmayı ifade eder (Saral,2008).

Kansere uyumun en önemli göstergesi kişinin yaşadığı psikolojik zorlanma düzeyidir. Uyum süreci bireyin kişisel özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri, olayları değerlendirme ve yorumlama biçimi, sağlık bakımına olan ilgisi, memnuniyeti, sosyal çevresi, sosyal faaliyetlere katılımı, yakın aile ilişkileri, diğer yakınlarıyla ilişkileri ve seksüel ilişkileri ile ilişkilidir. Tüm bu alanlar birbirini etkileyebilir ve birbirinden etkilenebilir. Bu faktörlerin birey üzerinde yarattığı psikolojik baskı düzeyinin azalması olumlu yönde bir uyum artışını gösterir (Hallaç,2010).

Organizmanın bazı uyum mekanizmaları ile bozulan dengesini düzeltmesi çabasında ya da dengeyi sağlayamadığında yardıma gereksinimi olabilir. Uyum bozukluğu, DSM sınıflandırma sisteminin, açık ve özgül bir belirti profili olmayan birkaç kümesinden biridir. Uyum bozukluğu, bir ya da birden çok zorlanmanın ortaya çıkarttığı bir durum olarak düşünülmektedir. Uyum bozukluğunun en sık eşlik ettiği tıbbi hastalıkların kanser, diyabet, AIDS ve hipertansiyon olduğu bildirilmiştir (Gümüş-Babacan,2006).

Anksiyete, depresif duygu durum ve bunun gibi uyum bozukluğu belirtileri genellikle yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıkların seyrinde, özellikle tanının yeni konduğu, yan etki ve zorlukları beklenen bir tedaviye başlandığı, tedavi planının değiştiği, durum iyi bile olsa bir tedavinin sonlandırıldığı, hastalığın seyrinin değiştiği, majör cerrahi müdahalenin planlandığı, hastalığın ilerlediği ve terminal safhaya ulaştığı geçiş dönemlerinde daha sık ortaya çıkmaktadır. Uyum bozukluğunun ortaya çıkmasında zorlanmanın türü ve şiddetinin yanı sıra, hastanın sosyal-çevresel desteklerinin de önemli rolü vardır (Özgüven ve Tuncer,1997).

Green ve arkadaşları kansere uyum ölçeği geliştirmişler ve uyum mekanizmalarını şöyle sıralamışlardır (Akt, Özkan,1993):

1- Savaşma Ruhu (Hastanın tanıyı tamamen kabul etmesi, kanser sözcüğünü rahatlıkla kullanması, iyimser tutum ve hastalığa meydan okuması)

2- Çaresizlik ve umutsuzluk (Tanıdan başka bir şey düşünememe, sürekli ağlama, ölüm düşünceleri, karamsar tutum)

3- Bunaltılı aşırı uğraş (Tanıya çökkünlük eşliğinde yaygın ve belirgin bunaltılı yanıt verme)

4- Kaderci kabulleniş (Tanıyı kabul etme, kaderci ve kabullenici tutum)

5- Kaçınma ve inkar (Hastanın tanıyı kabul etmemesi, kanser sözcüğünü kullanmaması ya da tanıyı kabul etmesi ama önemini yadsıması)

Hastaların ortaya koydukları bu uyum stilleri (inkâr, kadercilik, mücadeleci tutum, çaresizlik/ umutsuzluk, kaygılı meşguliyet ve bekleyiş) belirli düşünce, duygu ve tutumların gelişmesine yol açar. Her maladaptif uyum stilinin belirli bir düşünce stili vardır. Çaresizlik ve umutsuzluk yaşayan bir hasta, tanıyı ölüm cezası gibi yaşar ve yapılabilecek hiçbir şeyin olmadığını düşünür. Hastalığın gidişine ilişkin olumlu göstergeleri küçümser ve tedavi basamaklarını ya hep ya hiç keskinliği içinde yorumlar. Böylece olumsuz düşünceler gelişir. Bu düşünceler hastada gerginlik, kaygı, elem duyguları yaratır, gerçeği ve yaşamı daha karamsar ve umutsuz algılamaya yol açar, hastanın etkili baş etme yöntemleri geliştirmesini ve tedaviye uyumunu güçleştirir (Özkan,1993).

2.5.1. Stoma ve Psikososyal Uyum

Araştırmalar stomanın psikososyal etkisiyle ilgili çelişkili sonuçlar bulmuştur. Borwell (1997), White ve Hunt (1997) ve Nugent ve arkadaşları (1999) stomanın psikolojik morbidite ile sonuçlandığını öne sürmektedir. Diğer bir çalışma ise kanser gibi altta yatan bir sebepten dolayı stoma ameliyatı geçiren insanların stomalarına pozitif bir şekilde uyum gösterdiklerini önermektedir (Jenks ve ark.,1997).

Birçok araştırma stoma ameliyatının ardından, sosyal uyuma ek olarak psikolojik uyumun da zorunlu olduğu sonucuna varmıştır (Nordstrom ve Nyman,1991; Bekkers ve ark.,1997; Piwonka ve Merino,1999).

Bekkers ve arkadaşları (1997) stoması olan ve olmayan hastaların psikososyal uyum sürecini ve sağkalım oranını karşılaştırmak için dört yıl süren bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırmalarında, hastalığa psikososyal uyum ölçeğini (PAIS-SR) kullanmışlardır. 68 hastanın katıldığı araştırmanın sonucunda hem stomalı hem de stomasız hastaların ameliyattan 4 yıl sonra aynı seviyede psikososyal uyuma sahip olduğu görülmüştür. İlginç olan bulgu ise, değişkenlerden biri olan gelir düzeyinin, uyumun toplam puanı üzerinde anlamlı derecede etki sahibi olmasıdır. İstatistiksel

analizlere göre, gelir düzeyi ile hastaların psikososyal uyumu arasında pozitif korelasyon vardır. Buna göre yüksek geliri olan her iki gruptaki hastaların uyumu da daha iyidir.

Piwonka ve Merino'nun (1999) kalıcı stoması olan 60 kişi ile yürüttükleri araştırmada, katılımcıların büyük kısmının 60-70 yaşları arasında, evli, emekli ve düşük sosyoekonomik sınıftan olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre, hastaların beden imajlarından memnun olmadıkları görülmüştür. Katılımcılar,ailelerinden ve arkadaşlarından gördükleri sosyal desteğin stomaya adapte olmalarında temel etken olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası kolostomileri ile bağlantılı olarak evliliklerinde problem yaşadıklarını bildirirken, çoğu katılımcı hastalıklarının sosyal, mesleki ve aile yaşantılarında küçük bir etkisi olduğunu rapor etmiştir. Uyumu belirleyen değişkenler incelendiğinde, kolostomiye uyumu anlamlı düzeyde öngören sosyo-demografik değişkenlerin yaş, eğitim, meslek düzeyi ve sosyal güvenlik sigortası varlığı olduğu saptanmıştır. Psikososyal değişkenlere ek olarak uyumu etkileyen diğer faktörler beden imajı memnuniyeti, aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destektir. Hastalıkla ilgili ameliyattan sonra geçen zaman ve ostomi bakım seviyesi de uyumla ilişkili değişkenler arasındadır.

Kronik hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalar, hastalığı kabullenen ve iyi bir sosyal destek ağı olan kişilerin uyumunun daha iyi olduğunu göstermiştir (Giesse-Davis ve ark., 2000;Abriado-Lanza ve ark.,2004).

2.6. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Giriş kısmında bahsedilen bilgiler ışığında bu araştırmanın amacı, stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastaları arasındaki yaşam kalitesi, başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından farklılıkları belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri saptamaktır.

Hipotez: Stoması olan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi, stresle başa çıkma becerileri ve psikososyal uyumu stoması olmayan hastalara göre daha kötüdür.

Araştırmanın işlemsel hipotezleri şunlardır :

1. Stoması olan kolorektal kanser hastalarının ‘EORTC QLQ-C30’ ve ‘EORTC QLQ-CR38’ yaşam kalitesi semptom alt ölçek puanları,stoması olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olacaktır.
2. İki grubun ‘SBTÖ’ Stresle başa çıkma tarzları alt ölçeklerinden aldığı puanlar arasında anlamlı fark olacaktır.
3. Stoması olan hastaların ‘PAIS-SR’ Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinden aldığı puanlar,stoması olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olacaktır.
4. Hastaların ‘EORTC QLQ-C30’ ve ‘EORTC QLQ-CR38’ yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile ‘PAIS-SR’ Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinden aldığı puanlar arasında pozitif ve negatif korelasyonlar görülecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar ve Uygulama Aşaması

Bu çalışmanın veri toplama yolu kolayda örnekleme yoluyla 60 kolorektal kanser hastası ile yapılmıştır. Çalışmanın veri toplama aşaması Mart 2011-Ocak 2012 olmak üzere on ayda tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan hastalarda 18 yaşından büyük olma, hastalık tanısının süresi 0-7 ay arası olması (psikososyal uyum yönünden daha riskli dönemde oldukları kabul edildiğinden), operasyon geçiren hastalarda operasyonun üzerinden en az 1 ay zaman geçmiş olması, stoması olan hastaların kalıcı stomaya sahip olması, fizyolojik durumunun çalışmaya katılmasına engel olmaması ve gönüllü olma şartı aranmıştır. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar ekstra stres faktörü oluşturabileceği için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Öncelikle hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilip, Yazılı Onam Formu (Ek-1) imzalatılmıştır. Çalışmaya katılan hastalara ölçekler görüşmeci tarafından uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16,0 sürümü kullanılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada beş adet ölçek kullanılmıştır. Bunlar:

1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2)
2. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3)
3. EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)
4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek-5)
5. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Ek-6)

Bu ölçeklerle ilgili detaylı bilgi aşağıda verilmektedir.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini,hastalık bilgilerini (hastalık süresi,uygulanan tedaviler,vb.) ve tıbbi hastalık öyküsünü belirlemeye yönelik sistematize edilmiş ya da açık uçlu maddelerden oluşan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalında kullanılmakta olan 2 sayfalık bir formdur.

3.2.2. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire) yaşam kalitesi ölçeği, kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir. Aaronson ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilen ölçek, Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliği saptanmıştır. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmistir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçegin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

EORTC QLQ-C30, fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyuttan ve 30 maddeden oluşmaktadır.

Fonksiyonel alt boyutu; fiziksel (1-5. sorular), rol (6. ve 7. soru), bilişsel (20. ve 25. soru), emosyonel (21-24. sorular), sosyal (26. ve 27. soru), genel yaşam kalitesi (29. ve 30. soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmamızın değerlendirmesinde bu boyutlar kullanılmıştır.

Semptom alt boyut ölçegi; yorgunluk (10, 12. ve 18. sorular), bulantı ve kusma (14 ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), dispne (8. soru), uyku bozukluğu (11. soru), iştahsızlık (13. soru), konstipasyon (16. soru), diyare (17. soru), ve mali etki (28. soru) semptomlarını içermektedir.

Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) seklinde dört seçenek vardır. Genel yaşam kalitesinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır.

Ölçek maddeleri 0-100'lük puana çevrilmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu ve semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Güzelant ve ark.,2004).

3.2.3. EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ- CR38 kolorektal kansere özel hazırlanmış bir yaşam kalitesi anketidir. Sprangers ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ölçek, Abacıoğlu ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve pilot test çalışması yapılmıştır. Ölçek, hastalık semptomlarını, tedavi yan etkilerini, beden imajını, seksüel durumu ve gelecek beklentisini değerlendiren toplam 38 sorudan oluşmaktadır.

İlk 19 soruyu hastaların tümü cevaplamakta, diğer sorular cinsiyet, seksüel fonksiyon ve kolostomi durumuna göre bölümlere ayrılmakta ve her hasta kendi durumuna uygun bölümleri doldurmaktadır.

EORTC QLQ- CR38 iki fonkiyonel ölçek (beden imajı, seksüel fonksiyon) ve yedi semptom ölçeğinden (idrar problemleri,gastrointestinal sistem sorunları, kemoterapi yan etkileri, dışkılama problemleri, stomayla ilgili problemler, kadın ve erkek seksüel problemleri) oluşmaktadır. Geriye kalan 2 soru gelecek perspektifi ve kilo kaybını sorgulamaktadır.

Her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) seklinde dört seçenek vardır. Ölçeğin skorları, EORTC QLQ-C30 ölçeğinin skorlama el kitabına göre hesaplanmaktadır. Herbir parametrenin 0 ile 100 arasında bir puamı vardır. Fonksiyonel skalada yüksek skor iyi sağlık durumunu gösterirken semptom skalasından alınan yüksek puanlar, semptomların fazlalığını göstermektedir (Sprangers ve ark.,1999).

3.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen bu ölçek (Ways of Coping Inventory), kişilerin genel ya da belirgin stres durumlarını belirlemek amacını taşımaktadır.

Ölçeğin orjinal formu 66 maddedir. Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan çalışmada, literatürdeki bulgulara uygun, 30 maddelik Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Ölçeğin kısaltılmış formu, likert tipinde 0-3 arası derecelendirmeyi gerektirmektedir (0=%0, 1=%30, 2=%70; 3=%100). Sosyal Desteğe Başvurma alt ölçeği puanlarının hesaplanmasında 1. ve 9. Maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise kullanılmamaktadır.

Kendine Güvenli Yaklaşım : Bu faktör ölçekteki 7 maddeden (8,10,14,16,20,23,26) oluşmaktadır. Problemin önemi ve çözüm seçeneklerini değerlendirme,çözümlü,temkinli ve planlı olma, durumu değiştirmeye yönelik aktif,mantıklı ve bilinçli çabaları vurgulamaktadır.

İyimser Yaklaşım : Bu yaklaşım, hem problemlere hem de duygulara yönelik boyutu olan bir faktördür. Olaylara daha hoşgörülü ve iyimser bakma, sorunları daha sakin ve gerçekçi bir şekilde değerlendirmeyi yansıtan bu yaklaşım 5 maddeden oluşmaktadır (2,4,6,12,18).

Çaresiz Yaklaşım : Olaylar ya da sorunlar karşısında enerjinin büyük bir kısmını problemi çözmeye değil, duygulara,başka kaynaklara aktarmayı ifade eder. Toplam 8 maddeden oluşmaktadır (3,7,11,19,22,25,27,28).

Boyun Eğici Yaklaşım : 6 maddeden (5,13,15,17,21,24) oluşmaktadır. Kaderci bir yaklaşımla kendini çaresiz hissetme, çözümü olağanüstü güçlerde aramayı vurgular.

Sosyal Desteğe Başvurma : Sorunları başkalarıyla paylaşma ve çözüm için başkalarından yardım istemeyi içeren bu yaklaşımda sosyal destek aramanın probleme ve duygulara yönelik olarak iki boyutu vardır. Bu yaklaşım biçimi dört maddeden (1,9,29,30) oluşmaktadır.

Üç farklı örneklem kullanılarak gerçekleştirilen faktör analizi sonuçları, ölçeğin stresle başa çıkma tarzını probleme yönelik/aktif ve duygulara yönelik/pasif tarzlar

olarak iki ana boyutta ölçtüğü belirlenmiştir. Aktif tarzları "Sosyal desteğe başvurma", "İyimser yaklaşım" ve "Kendine güvenli yaklaşım" alt ölçekleri; pasif tarzları "Çaresiz yaklaşım" ve "Boyun eğici yaklaşım" alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin "Kendine güvenli" ve "İyimser yaklaşım"ı, başa çıkamayanların ise "Boyun eğici" ve "Çaresiz yaklaşım"ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını gösterir (Şahin ve Durak,1995).

Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan üç ayrı çalışmada, SBTÖ'nün güvenirlik katsayıları; iyimser yaklaşım için .68 ile .49 arasında, kendine güvenli yaklaşım için .62 ile .80 arasında,kendine güvensiz yaklaşım için .64 ve .73 arasında, boyun eğici yaklaşım için .47 ile .72 arasında, sosyal desteğe başvurma için ise .47 ile .45 olarak değişmektedir.

3.2.5. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan çok boyutlu bir ölçektir (Derogatis,1986). Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçen 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu 7 alan ölçeğin alt ölçeklerini oluşturmaktadır. Bu alt ölçekler şunlardır :

1. Sağlık Bakımına Uyum (8 madde)
2. Mesleki Çevre (6 madde)
3. Aile Çevresi (8 madde)
4. Seksüel İlişki (6 madde)
5. Geniş Aile İlişkileri (5 madde)
6. Sosyal Çevre (6 madde)
7. Psikolojik Alan (7 madde)

Ölçeğin her bir maddesinde uyumun değişen seviyelerini belirleyen 4 tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Hastalardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi kişisel

deneyimlerini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçmesi istenmektedir (Derogatis,1986). Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasıdır. Bu ölçekte, düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" göstermektedir. Psikososyal Uyum Ölçeği'nde 35'in altındaki punalar 'iyi' psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar 'orta' derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar 'kötü' psikososyal uyumu ifade eder.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar (1995) tarafından "Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri" adlı doktora tezinde yapılmıştır. Maddelerin korelasyon katsayıları 0.40 ile 0.77 arasında bulunmuştur. Ölçeğin alt grup ortalama puanı ile toplam puan korelasyonlarına bakıldığında her bir alt ölçek için 0.57 ile 0.82 arasında yüksek korelasyon değerleri saptanmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında test-tekrar test korelasyonlarına bakılmış ve 0.89 ile 0.99 arasında yüksek değerlerde bulunurken, ölçeğin tümü için Cronbach Alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur (Adaylar,1995).

4. BULGULAR

Tablo 1 : **Örneklem Grubuna İlişkin Sosyodemografik Bilgiler**

Sosyodemografik Bilgiler		**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	23	38,3
	Erkek	37	61,7
Yaş	34-50	12	20,0
	51-65	28	46,7
	66-80	20	33,3
Eğitim Durumu	Okuryazar	2	3,3
	İlköğretim	17	28,3
	Lise	28	46,7
	Üniversite ve üstü	13	21,7
Medeni Durum	Evli	44	73,3
	Bekar	3	5,0
	Dul	12	20,0
	Boşanmış	1	1,7
Hastanın Kiminle Birlikte	Yalnız	10	16,7
Yaşadığı	Eş ve çocukları ile	23	38,3
	Eş,çocuk yakını ile	1	1,7
	Çocukları ile	5	8,3
	Eşi ile	21	35,0

Tablo 1' de görüldüğü gibi araştırmaya toplam 60 kolorektal kanser hastası katılmıştır. Katılımcıların 23'ü kadın (%38,3), 37'si erkek (%61,7) tir. Katılımcılar 34-80 yaşları arasında yer almaktadır. 34-50 yaş aralığında 12 hasta (%20), 51-65 yaş aralığında 28 hasta (%46,7), 66-80 yaş aralığında da 20 hasta (%33,3) vardır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; okuryazar olan 2 hasta (%3,3), ilköğretim mezunu 17 hasta (%28,3), lise mezunu 28 hasta (%46,7), üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip 13 hasta (%21,7) olduğu görülmektedir. Medeni durum değişkenine

bakıldığında; 44 hasta (%73,3) evli, 3 hasta (%5) bekar, 12 hasta (%20) dul ve 1 hasta (%1,7) boşanmıştır. Hastaların beraber yaşadığı insanlara bakıldığında yalnız yaşayan 10 hasta (%16,7), eşi ve çocuklarıyla yaşayan 23 hasta (%38,3), eş,çocuk,yakını ile yaşayan 1 hasta (%1,7),çocuk(lar) ile yaşayan 5 hasta (%8,3) ve eşi ile yaşayan 21 (%35) hasta vardır.

Tablo 2: Örneklem Grubunun Çalışma ve Ekonomik Durum, Yaşadığı Yer Bilgileri

		N	**%**
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	10,0
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor	10	16,7
	Emekli	32	53,3
	Ev Hanımı	12	20,0
Ekonomik Durumu	Düşük	1	1,7
	Orta	46	76,7
	İyi	13	21,7
Yaşadığı Yer	İstanbul	52	86,7
	İstanbul Dışı	8	13,3

Çalışma durumlarına göre bakıldığında hastaların 6'sı çalıştığını (%10), 10'u hastalık nedeniyle çalışamadığını (%16,7), 32'si emekli olduğunu (%53,3) ve 12'si ev hanımı (%20) olduğunu belirtmiştir. Hastaların ekonomik durumlarına bakıldığında, 1 hasta (%1,7), 46 hasta (%76,7) orta ve 13 hasta (%21,7) yüksek olarak değerlendirmektedir. Hastaların 52'si (%86,7) İstanbul'da, 8'i (%13,3) ise başka illerde yaşamaktadır (Tablo 2).

Tablo 3: Kanser Hastalığına İlişkin Bilgiler

		N	%
Hastalık Süresi	2 ay	19	31,7
	3 ay	19	31,7
	4 ay	13	21,7
	5 ay	3	5,0
	6 ay	2	3,3
	7 ay	4	6,7
Kanser evresi	Evre 1	1	1,7
	Evre 2	36	60,0
	Evre 3	12	20,0
	Evre 4	11	18,3
Metastaz Varlığı	Var	23	38,3
	Yok	37	61,7
Hastalığın Ortaya Çıkış	Psikolojik Atıflar	19	31,7
Sebebi	Risk Etkenleri	23	38,3
	Kaza veya Şans	18	30,0
Alternatif Tedaviye	Var	5	8,3
Başvurma	Yok	55	91,7
Hastalık Hakkında	Evet	48	80,0
Rahat Konuşma	Hayır	12	20,0
Başvuru-Tanı Arasında	1 aydan az	54	90,0
Geçen Zaman	2 ay	3	5,0
	3 ay	2	3,3
	4 ay	1	1,7
Hastalığa İlişkin Bilgi	Yeterli	51	85,0
	Yetersiz	9	15,0
Stoma Durumu	Var	30	50,0
	Yok	30	50,0

Kolorektal kanser hastalarının tanıdan itibaren geçirdikleri süreye bakıldığında; 2 ve 3 ay geçiren hasta 19 (%31,7), 4 ay geçiren 13 hasta (%21,7), 5 ay geçiren 3 hasta (%5,0), 6 ay geçiren 2 hasta (%3,3) ve 7 ay geçiren 4 hasta (%6,7) vardır. Kanser evresine bakıldığında; hastalığı 1.evre olan 1 hasta (%1,7), 2. evrede olan 36 hasta (%60,0), 3.evre de olan 12 hasta ve 4.evrede olan 11 hasta vardır. Hastaların 23 ünde (%38,3) metastaz olduğu, 37 sinde (%61,7) metastaz olmadığı görülmüştür.

Hastalığın ortaya çıkış sebebini neye bağladıkları sorulduğunda ise; 19 hasta (%31,7) psikolojik atıflar (üzüntü, stres, duygusal durumum, kişilik yapısı, olumsuz düşünmem…), 23 hasta (%38,3) risk etkenleri (kalıtım, beslenme, sigara, alkol), 18 hasta (%30,0) kaza veya şans (kaza, yaralanma, nazar, kader) cevabını vermiştir. Hataların sadece 5'i (%8,3) alternatif tedaviye başvurmuştur.

Hastalıkları hakkında rahat konuşabilen hasta sayısı (%80,0), konuşamayan hasta sayısı 12 (%20,0)dir. Hastaların doktara başvurusu ile kanser teşhisi arasında geçen zamana bakıldığında; 54 hastaya (%90) 1 aydan az sürede,3 hastaya (%5,0) 2 ayda, 2 hastaya (%3,3) 3 ayda ve 1 hastaya (%1,7) 4 ayda teşhis konmuştur. Hastalara hastalıklarına ilişkin bilgilerinin yeterliliği sorulduğunda; 51 hasta (%85,0) yeterli, 9 hasta (%15) yetersiz bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Hastaların 30'unda (%50,0) stoma mevcuttur (Tablo 3).

Tablo 4:Tedaviler ile ilgili Bilgiler

		N	%
Cerrahi Tedavi	Var	49	81,7
	Yok	11	18,3
Operasyon Zamanı	1 ay önce	2	3,3
	2 ay önce	18	30,0
	3 ay önce	12	20,0
	4 ay önce	9	15,0
	5 ay önce	4	6,7
	6 ay önce	2	3,3
	7 ay önce	2	3,3
Radyoterapi Tedavisi	Var	16	26,7
	Yok	44	73,3
Radyoterapi Seans	1 seans	1	1,7
Sayısı	7 seans	1	1,7
	8 seans	2	3,3
	10 seans	3	5,0
	12 seans	1	1,7
	15 seans	3	5,0
	20 seans	4	6,7
	25 seans	1	1,7
	26 seans	1	1,7
Kemoterapi Tedavisi	Var	57	95,0
	Yok	3	5,0
Kemoterapi Seans Sayısı	1 Seans	4	6,7
	2 Seans	22	36,7
	3 Seans	16	26,7
	4 Seans	8	13,3
	5 Seans	4	6,7
	6 Seans	2	3,3
	7 Seans	1	1,7
Tedavi Masraflarının	Kendisi	8	13,3
Nasıl Karşılandığı	Sigorta	52	86,7

Hastaların 49'u (%81,7) cerrahi tedavi görmüş,11'i ise (%18,3) görmemiştir. Hastaların operasyon zamanlarına bakıldığında 2'si (%3,3) 1 ay önce, 18'i (%30) 2 ay önce, 12'si (%20) 3 ay önce, 9'u (%15,0) 4 ay önce,4'ü (%6,7) 5 ay önce, 2'si (%3,3) 6 ay önce, 2'si (%3,3) ise 7 ay önce operasyon geçirmiştir. Hastaların 16'sı (%26,7) radyoterapi tedavisi görmüş, 44'ü (%73,3) görmemiştir. Kemoterapi tedavisi gören 57 (%95,0),görmeyen 3 (%5) hasta vardır. Alınan kemoterapi saysısına göre hastaların dağılımı;1 seans tedavi gören 4 hasta (%6,7) , 2 seans gören 22 hasta (%36,7), 3 seans gören 16 hasta (%26,7), 4 seans gören 8 hasta (%13,3), 5 seans gören 4 hasta (%6,7), 6 seans gören 2 hasta (%3,3) ve 7 seans gören 1 (%1,7) hasta vardır. Tedavi masraflarını hastaların 8'i (%13,3) kendi imkanlarıyla,52'si (%86,7) ise sigorta ile karşılamaktadır (Tablo 4).

Tablo 5: Diğer Hastalıklarla İlgili Bilgiler

		N	%
Mevcut Diğer Hastalıklar	Var	28	46,7
	Yok	32	53,3
Hastalık Adı	Tansiyon	21	35,0
	Şeker	3	5,0
	Tansiyon ve Şeker	3	5,0
	Kalp	1	1,7
Sürekli Kullanılan İlaç	Tansiyon	21	35,0
	Şeker	3	5,0
	Tansiyon ve Şeker	3	5,0
	Kalp	1	1,7

Mevcut diğer hastalıkları olan hasta sayısı 28 (%46,7), olmayan hasta sayısı 32 (%53,3)dir. Sahip olunan hastalıklara göre sınıflandırıldığında; 21 hasta (%35,0) tansiyon, 3 hasta (%5,0) şeker, 3 hasta (%5,0) tansiyon ve şeker, 1 hasta (%1,7) kalp hastasıdır ve ilaç kullanmaktadır (Tablo 5).

Tablo 6: **Stoması Olan ve Olmayan Hasta Gruplarının EORTC QLQ-C30 ve CR-38 Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Ortalamaları**

QLQ-C30	**Stoma Var (n=30)**				**Stoma Yok (n=30)**				
	Ort.		**SD**	**Medyan**	**Ort.**		**SD**	**Medyan**	***p*** [a]
Genel Sağlık Durumu	41,07	±	7,56	41,60	52,18	±	10,01	50,00	0,000***
Fiziksel Fonksiyon	68,70	±	12,66	70,50	76,80	±	11,86	74,00	0,026*
Rol Fonksiyon	66,96	±	12,34	67,00	69,06	±	13,47	67,00	0,460
Emosyonel Fonksiyon	72,46	±	11,82	75,00	74,93	±	16,86	75,00	0,581
Bilişsel Fonksiyon	79,40	±	9,76	84,00	87,53	±	12,71	84,00	0,008**
Sosyal Fonksiyon	61,96	±	13,18	67,00	68,13	±	17,42	67,00	0,089
QLQ-CR38	**Ort.**		**SD**	**Medyan**	**Ort.**		**SD**	**Medyan**	
Beden İmajı	67,00	±	17,57	67,00	77,59	±	16,23	78,00	0,053
Gelecek Perspektifi	60,40	±	15,97	67,00	67,95	±	18,48	67,00	0,771
Seksüel Fonksiyon	2,23	±	12,23	,00	4,46	±	16,99	,00	0,557
Seksüel Zevk	…	±	…	…	…	±	…	….	….
İdrar Problemleri	38,51	±	12,62	33,33	34,42	±	16,05	33,30	0,043*
Kemoterapi yan etkileri	25,18	±	9,64	27,77	18,87	±	14,02	22,22	0,014*
Mide-bağırsak semptomları	33,10	±	11,54	33,33	21,76	±	15,54	20,00	0,001**
Dışkılama Problemleri[b]					28,24	±	13,51	28,57	
Stoma Problemleri [b]	32,84	±	9,63	33,33					
Kilo Kaybı	24,44	±	17,35	33,33	13,32	±	16,59	,00	0,001**

[a] Mann Whitney U testi *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

[b] Dışkılama problemleri yalnız stoması olmayan hastalarla, stoma problemleri yalnızca stoması olan hastalarla ilgilidir.

Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının EORTC QLQ-C30 ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, stoması olmayan hastaların genel sağlık durumu alt ölçek puan ortalamaları (52,18±10,01) , stoması olan gruba göre (41,07±7,56) anlamlı düzeyde ($p<0,001$) yüksektir. Fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde, stoması olmayan hastaların puan ortalamaları (76,80±11,86), stoması olan gruba göre (68,70±12,66) anlamlı düzeyde ($p<0,05$) yüksektir. Bilişsel fonksiyon alt ölçeğinde, stoması olmayan hastaların puan ortalamaları (87,53±12,71), stoması olan gruba göre (79,40±9,76) anlamlı düzeyde ($p<0,01$) yüksektir. Rol fonksiyon,emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarında iki grubun arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6).

EORTC QLQ CR38'in alt ölçeklerinden beden imajı, gelecek perspektifi,seksüel fonksiyon puan ortalamaları stoması olan ve olmayan gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$); stoması olan grubun idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri,mide bağırsak semptomları ve kilo kaybı puan ortalamaları stoması olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 6).

İdrar problemleri alt ölçeğinde, stoması olan hastaların puan ortalamaları (38,51±12,62), stoması olmayan gruba göre (34,42±16,05) anlamlı düzeyde ($p<0,05$) yüksektir. Kemoterapi yan etkileri alt ölçeğinde stoması olan hastaların puan ortalamaları (25,18±9,64), stoması olmayan gruba göre (18,87±14,02) anlamlı düzeyde ($p<0,05$) yüksektir. Mide bağırsak semptomları alt ölçeğinde stoması olan hastaların puan ortalamaları (33,10±11,54), stoması olmayan gruba göre (21,76±15,54) anlamlı düzeyde ($p<0,01$) yüksektir ($p<0,01$). Mide bağırsak semptomları alt ölçeğinde stoması olan hastaların puan ortalamaları (24,44±17,35), stoması olmayan gruba göre (21,76±15,54) anlamlı düzeyde ($p<0,01$) yüksektir (Tablo 6).

Tablo 7 : **Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) Alt Ölçek Puanlarının Stoma Durumuna göre Mann Whitney U Sonuçları**

Stoma Takılı Olma Durumu	**Stoma Var (n=30)**				**Stoma Yok (n=30)**				
SBTÖ Alt Ölçekleri	**Ort.**		**SD**	**Medyan**	**Ort.**		**SD**	**Medyan**	***P*** [a]
Kendine Güvenli Yaklaşım	12,06	±	1,52	12,0	11,10	±	2,02	11,0	,072
İyimser Yaklaşım	8,40	±	2,55	8,0	7,50	±	2,25	8,0	,082
Çaresiz Yaklaşım	7,30	±	2,33	8,0	6,63	±	2,89	8,0	,350
Sosyal Desteğe Başvurma	8,30	±	2,10	8,0	8,56	±	2,04	9,50	,640
Boyun Eğici Yaklaşım	6,16	±	1,62	6,0	5,76	±	1,59	6,0	,377

p>0,05

Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadıgına bakılmış ve her bir alt ölçeğe ait puanların homojen olarak dağılmadığı görülmüş ve gruplar Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım,boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 7).

Stresle başa çıkma tarzlarıyla ilgili ortalamaların alt ölçeklerdeki madde sayısına bölünmesiyle elde edilen uyarlanmış ortalamalara bakıldığında; stoması olan (X_1) ve olmayan (X_2) hasta gruplarının stresle başa çıkmada en çok sosyal destek (X_1=2,07, X_2=2,14), kendine güvenli (X_1=1,72, X_2=1,58) ve iyimser (X_1=1,68, X_2=1,50) yaklaşımlarını kullandıkları, boyun eğici (X_1=1,02, X_2=0,96) ve çaresiz (X_1=0,91, X_2=0,82) yaklaşımları daha az tercih ettikleri görülmektedir.

Tablo 8 : **Psikososyal Uyum Ölçeğinin(PAİS-SR) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Stoma Durumuna göre T-Testi Sonuçları**

	Stoma Durumu	N	X	S	sd	t
Psikososyal Uyum Toplam	Var Yok	30 30	47,16 40,83	9,86 13,85	58	2,039*
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Var Yok	30 30	6,03 6,26	2,60 3,26	58	-,306
Meslek/ İş Çevresi	Var Yok	30 30	7,80 6,73	2,64 3,73	58	1,277
Aile Çevresi	Var Yok	30 30	5,93 4,23	1,70 2,64	58	2,959**
Cinsel İlişkiler	Var Yok	30 30	8,90 8,36	5,24 5,37	58	,389
Geniş Aile İlişkileri	Var Yok	30 30	4,06 3,43	1,31 2,50	58	1,228
Sosyal Çevre	Var Yok	30 30	8,26 7,56	2,92 3,58	58	,828
Psikolojik Alan	Var Yok	30 30	6,43 4,53	1,65 2,51	58	3,457**

*p<0,05 **p<0,01

Araştırmaya katılan iki grubun PAIS-SR ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 8'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde stoması olan grubun PAIS-SR ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamasının (47,16±9,86), stoması olmayan grubun ise (40,83±13,85) olduğu görülmektedir. İki grubun da psikososyal uyumu orta düzeyde olmakla birlikte stoması olan grubun toplam puan ortalaması, stoması olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (p<0,05) yüksektir.

Aile çevresi alt boyutunda, stoması olan grubun puan ortalamasının (5,93±1,70), stoması olmayan grubun ise (4,23±2,64) olduğu görülmektedir. Stoması olan grubun aldığı puan, olmayan gruba göre anlamlı düzeyde (p<0,01) yüksektir.

Psikolojik alan alt boyutunda da stoması olan grubun puan ortalaması (6,43±1,65), stoması olmayan grubun puan ortalamasına (4,53±2,51) göre anlamlı düzeyde (p<0,01) yüksektir.

Sağlık bakımına oryantasyon,meslek/iş çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre alt boyutlarında iki grubun puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenlere Göre Verilerin Değerlendirilmesi

Tablo 9: Genel Sağlık Durumunun Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

	Kiminle Yaşadığı	**N**	**Sıra Ort.**	**sd**	**X^2**	**p[a]**
Genel Sağlık Durumu	Yalnız	10	46,60	4	19,56	,001
	Eş ve Çocuklarla	23	31,61			
	Eş,çocuk yakını	1	23,00			
	Çocuklarla	5	7,00			
	Eşiyle	21	27,50			

[a] Kruskal Wallis

Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin genel sağlık durumu alt ölçeğinden aldıkları puanların, birlikte yaşadıkları kişilere göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2(4)= 19,56$, P<0,01). Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, yalnız yaşayan hastaların genel sağlık durumunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla eş ve çocuklarıyla, eşiyle, eş, çocuk yakınıyla ve çocuklarıyla yaşayanların izlediği görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10 : Sosyal Fonksiyonun Hastaların Medeni Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

	Medeni Durum	N	Sıra Ort.	sd	X^2	p[a]
Sosyal Fonksiyon	Evli	44	27,41	3	8,019	0,046
	Bekâr	3	41,50			
	Dul	12	37,12			
	Boşanmış	1	54,00			

[a] Kruskal Wallis

Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt ölçeğinden aldıkları puanların, medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2(3)= 8,019$, $P<0,05$). Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, boşanmış olan hastaların sosyal fonksiyonunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla bekar, dul ve evli olanların izlediği görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 11: Sosyal Fonksiyonun Hastaların Eğitim Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

	Eğitim Durumu	**N**	**Sıra Ort.**	**sd**	**X^2**	**p[a]**
Sosyal Fonksiyon	Okuryazar	2	10,50	3	9,314	0,025
	İlköğretim	17	30,85			
	Lise	28	35,21			
	Üniversite ve üstü	13	22,96			

[a] Kruskal Wallis

Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt ölçeğinden aldıkları puanların, eğitim durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2(3)= 9,314$, $P<0,05$). Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, lise mezunu olan hastaların sosyal fonksiyonunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla ilköğretim, üniversite ve üstü mezunu olanlar ve okuryazarlar olanların izlediği görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 12: Sosyal Fonksiyonun Hastaların Hastalığın Ortaya Çıkış Sebebi Değerlendirmesine Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

	Ortaya Çıkış Sebebi	**N**	**Sıra Ort.**	**sd**	**X^2**	**p[a]**
Sosyal Fonksiyon	Psikolojik Atıflar	19	23,61	2	11,63	,003
	Risk etkenleri	23	38,83			
	Kaza/şans	18	27,14			

[a] Kruskal Wallis

Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt ölçeğinden aldıkları puanların, hastalığın ortaya çıkış sebebi değerlendirmesine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2(2)= 11,63$, $P<0,05$). Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, hastalığın çıkış sebebi olarak risk etmenlerini gören hastaların sosyal fonksiyonunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla hastalığını kaza ya da şansa bağlayanlar ve psikolojik sebeplere bağlayanların izlediği görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13: Gelecek Perspektifinin Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

	Kiminle Yaşadığı	**N**	**Sıra Ort.**	**sd**	**X^2**	**p[a]**
Gelecek Perspektifi	Yalnız	10	41,70	4	13,82	,008
	Eş ve Çocuklarla	23	22,20			
	Eş,çocuk yakını	1	38,00			
	Çocuklarla	5	26,90			
	Eşiyle	21	34,76			

[a] Kruskal Wallis

Hastaların EORTC QLQ-CR38 ölçeğinin gelecek perspektifi alt ölçeğinden aldıkları puanların, birlikte yaşadıkları kişilere göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2(4)= 13,82$, $P<0,01$). Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, yalnız yaşayan hastaların gelecek perspektifi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla eş ve çocuklarıyla, eşiyle, çocuklarıyla ve eş, çocuk yakınıyla yaşayanların izlediği görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 14: Gelecek Perspektifinin Hastaların Çalışma Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu

	Çalışma Durumu	**N**	**Sıra Ort.**	**sd**	**X^2**	**p[a]**
Gelecek Perspektifi	Çalışıyor	6	39,25	3	7,91	,048
	Çalışmıyor(hastalık)	10	19,00			
	Emekli	32	32,52			
	Ev Hanımı	12	30,33			

[a] Kruskal Wallis

Hastaların EORTC QLQ-CR38 ölçeğinin gelecek perspektifi alt ölçeğinden aldıkları puanların, çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($X^2(3)= 7,91$, $P<0,05$). Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, çalışan hastaların gelecek perspektifi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla emekli, ev hanımı ve hastalık yüzünden çalışamayan hastaların izlediği görülmektedir (Tablo 14).

Tablo 15: EORTC Yaşam Kalitesi Puanları ile Psikososyal Uyum Puanları Arasındaki Korelasyon

QLQ-C30 ve QLQCR38		Psikososyal Uyum alt ölçekleri							
		Uyum Toplam	SBO	MİÇ	AÇ	Cİ	GA	SÇ	PA
Genel Sağlık Durumu	r	-,462 **	-,223	-,308**	-,366**	-,231	-,192	-,149	-,329*
	p	,000	,087	,017	,004	,076	,142	,256	,010
Fiziksel Fonksiyon	r	-,244	-,076	-,231	-,219	-,086	-,038	-,362**	-,274*
	p	,060	,563	,076	,093	,513	,773	,005	,034
Rol Fonksiyon	r	-,318	,104	-,273*	-,133	-,320*	,158	-,388**	-,379**
	p	,013	,428	,035	,311	,013	,227	,002	,003
Emosyonel Fonksiyon	r	-,455**	-,056	-,354**	-,370**	-,188	-,289*	-,229	-,596**
	p	,000	,670	,005	,004	,150	,025	,078	,000
Bilişsel Fonksiyon	r	-,120	-,156	,022	-,162	-,035	-,160	,069	-,228
	p	,361	,234	,876	,217	,789	,222	,598	,079
Sosyal Fonksiyon	r	-,536**	-,270*	-,394**	-,322*	-,461**	-,123	-,259*	-,275*
	p	,000	,037	,002	,012	,000	,348	,046	,033
Beden İmajı	r	-,515**	,062	-,454**	-,365**	-,297*	-,210	-,420**	-,647**
	p	,000	,639	,000	,004	,021	,107	,001	,000
Gelecek Perspektifi	r	-,245	-,102	-,151	-,058	-,190	,100	,089	-,052
	p	,059	,440	,249	,657	,147	,449	,496	,692
Seksüel Fonksiyon	r	-,046	,272*	,100	,076	-,157	-,036	-,103	,002
	p	,725	,036	,446	,564	,230	,785	,435	,986
İdrar Problemleri	r	,335**	,063	,346**	,296*	,064	-,030	,392**	,197
	p	,009	,634	,007	,022	,626	,818	,002	,131
Kemoterapi yan etkileri	r	,370**	,018	,408**	,384**	,108	,244	,305*	,496**
	p	,004	,890	,001	,002	,413	,060	,018	,000
Mide-bağırsak	r	,458**	-,022	,341**	,450**	,197	,275*	,306**	,572**
semptomları	p	,000	,869	,008	,000	,131	,034	,005	,000
Dışkılama Problemleri	r	,264	,180	,259	,331	,011	,197	,370*	,063
	p	,158	,340	,167	,074	,956	,297	,044	,740

Stoma Problemleri	**r**	-,437*	-,016	,423*	,285	,292	,208	,208	,496**
	p	,016	,931	,020	,127	,118	,118	,269	,005
Kilo Kaybı	**r**	,040	-,107	,054	,118	-,094	-,094	,109	,206
	p	,763	,416	,684	,371	,473	,473	,409	,114

*p<0,05 **p<0,01

Tablo 15'te yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile psikososyal uyum alt ölçek puanları arasındaki Spearman korelasyon değerleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde yaşam kalitesi alt ölçeklerinden genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon, beden imajı puanları ile psikososyal uyumun toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunduğu görülmektedir (p<0,01).

İdrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve stoma problemleri puanları ile psikososyal uyumun toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır (p<0,05,p<0,01).

Sağlık bakımına oryantasyon (SBO) puanları ile seksüel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon, sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır (p<0,05).

Meslek iş çevresi (MİÇ) puanları ile genel sağlık durumu, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır (p<0,05,p<0,01). Meslek iş çevresi (MİÇ) puanları ile idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve stoma problemleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır (p<0,05,p<0,01).

Aile çevresi (AÇ) puanları ile genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon, idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri ve mide bağırsak semptomları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır (p<0,05,p<0,01).

Cinsel ilişkiler (Cİ) puanları ile rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05$,$p<0,01$).

Geniş aile ilişkileri (GA) puanları ile emosyonel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde, mide bağırsak semptomları ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,05$).

Sosyal çevre (SÇ) puanları ile fiziksel, rol, sosyal fonksiyon ile beden imajı puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon, idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve dışkılama problemleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05$,$p<0,01$). Psikolojik alan (PA) puanları ile genel sağlık durumu, rol ve sosyal fonksiyon ile beden imajı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve stoma problemleri ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,05$,$p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastaları yaşam kalitesi, stresle başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular bu bölümde literatür bilgisi dahilinde tartışılmıştır. Araştırmamızın hipotezi ortaya çıkan sonuçlara göre kısmen doğrulanmıştır. Stoması olan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi ve psikososyal uyumu bazı alt boyutlarda stoması olmayan hastalara göre daha kötü iken iki grubun stresle başa çıkma tarzlarında farklılık saptanmamıştır.

Yaşam kalitesi analizlerinde hastalar fiziksel, fonksiyonel, emosyonel, bilişsel, sosyal, seksüel yaşamlarındaki performans seviyeleri bakımından değerlendirilmektedir. Araştırmada stoması olan ve olmayan hasta gruplarının yaşam kalitesi değerlendirilmesi, EORTC QLQ-C30 ve CR38 yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarından aldıkları puanlara göre yapılmıştır.

İki grup genel sağlık durumu boyutunda değerlendirildiğinde; stoması olmayan hastaların puanları, stoması olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 6). Fiziksel fonksiyon boyutunda stoması olmayan grubun puanlarının, stoması olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 6). Bilişsel fonksiyon boyutunda da stoması olmayan grubun puanlarının, stoması olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,01$) (Tablo 6). EORTC QLQ-C30 ölçeğinin diğer fonksiyon boyutları olan rol, emosyonel ve sosyal fonksiyon puanları açısından değerlendirildiğinde stoması olan ve stoması olmayan iki grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Engel ve arkadaşlarının (2003), 329 rektal kanser hastası ile yaptıkları araştırmada, stoması olmayan hastaların stoması olan gruba göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Sprangers ve arkadaşlarının (1995) kolorektal kanser hastaları ile yaptığı çalışmada stoması olmayan hastaların yaşam kalitesinin birçok alanda stoması olan hastalara göre daha iyi olduğu ama iki grubun da fiziksel, sosyal ve psikolojik bozulmalar yaşadığı sonucuna varılmıştır. Buna karşın Bossema ve arkadaşlarının 2011 yılında stoması olan ve olmayan rektal kanser hastaları ile yaptıkları araştırmada, stoması olan hastaların daha iyi bir genel sağlık durumuna sahip olduğu ama sosyal fonksiyonlarının stoması olmayan gruba göre daha kötü olduğu rapor

edilmiştir. Ross ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonuçlarına göre stoması olan hastalar EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon boyutunda stoması olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük puan almışlardır.Araştırma bulgularımız Engel ve Sprangers'in bulgularını desteklemekte, Bossema, Ross ve arkadaşlarının bulgularını desteklememektedir.

EORTC QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarına göre iki grubun puanları karşılaştırıldığında idrar problemleri ve kemoterapi yan etkileri boyutlarında stoması olan grubun puanları, stoması olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6). Mide bağırsak semptomları ve kilo kaybı alt boyutlarında da stoması olan grubun puanlarının, stoması olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,01$) (Tablo 6). Kolorektal kanserler nedeniyle yapılan stoma ameliyatları sonrasında, hastalara kemoterapi ve radyoterapi önerilmektedir. Stomalı hastalarda kanser tanısı, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri, hastalık konusunda duyulan endişe ve ölüm korkusu ve hastalığın yinelemesi olasılığı hastalarda büyük bir stres nedenidir. Hastaları fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak etkiler ve sonuç olarak hastaların yaşam kaliteleri de etkilenir (Egelioğlu,2007)

Kolorektal kanser hastalığının cerrahisi ve tıbbi tedavisi hastayı fiziksel ve psikolojik olarak etkiler. Ameliyattan sonra hastalar fiziksel olarak yorgunluk ve halsizlik hissederler. Ameliyatından sonra geçen süre arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı yönünde araştırma bulguları vardır. Engel arkadaşlarının (2003) 4 yıllık çalışmasında, zaman içinde kolorektal kanser hastalarının genel olarak tüm yaşam kalitesi puanlarının iyileştiği saptanmıştır. Araştırmamıza katılan hastaların, hastalık süresinin 6 aydan fazla olmaması ve halen tıbbi tedavileri görmeye devam etmeleri daha fazla fiziksel yakınma yaşamalarının sebeplerinden olabilir.

EORTC QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları olan beden imajı, gelecek perspektifi, seksüel fonksiyon puanları açısından değerlendirildiğinde stoması olan ve stoması olmayan iki grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Seksüel zevk ve kadın/erkek seksüel problem alt boyutları ise sorular yeterli sayıda hasta tarafından cevaplanmadığı için istatistiksel olarak değerlendirilememiştir. Bu durum cinsel hayatlarında yaşadıkları sorunların bir göstergesi olabilir. Kılıç ve arkadaşlarının 2007 yılında kalıcı ostomi ameliyatı olan kişilerle yaptığı araştırmada,kişilerin cinsel doyum ve zevk açısından

kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuç çalışmamızla uyumludur. Dışkılama problemleri ve stoma problemleri alt boyutları da her iki grup tarafından cevaplanmadığından karşılaştırma yapılmamıştır (Tablo 6). Rektal kanserli hastaların yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmadaki dışkılama ve stoma problemleri medyanları ile çalışmamızın sonuçları karşılaştırıldığında puanların birbirine yakın olduğu görülmektedir(Palmer ve ark.;2008).

Ross ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonuçlarında stoması olan hastaların beden imajı, gelecek perspektifi, mide bağırsak semptomları, kemoterapi yan etkileri alanlarında stoması olmayanlara göre daha fazla problem yaşadığı ortaya çıkmıştır. Araştırma bulgularımız bu sonuçları kısmen desteklemektedir. Bossema ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında stoması olan hastaların daha az kabızlık, ishal ve gastrointestinal problemler yaşadığı ve daha iyi bir gelecek perspektifine sahip oldukları rapor edilmiştir. Camilleri-Brennan ve Steele (2002), araştırmalarında beden imajı dışında iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Araştırma bulgularımız bu bulguları desteklememektedir.

Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının stresle başa çıkma tarzları açısından değerlendirilmesi Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ile yapılmıştır. Şahin ve Durak'ın (1995) araştırmasının bulguları ışığında, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin probleme yönelik/etkili yollar ile duygulara yönelik/etkisiz yollar olarak adlandırılan iki boyutu olduğu düşünülürse; stresle başa çıkmada kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın probleme yönelik/etkili, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımların duygulara yönelik/etkisiz yollar olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek arama yaklaşımı ise hem probleme hem de duygulara yönelik ve stresle baş etmede etkili olduğu düşünülen bir yaklaşımdır.

Stresle başa çıkmada stoması olan ve stoması olmayan iki hasta grubunun da öncelikli olarak sosyal destek arama, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım gibi etkili stratejileri kullandıkları; daha az etkili olan boyun eğici ve çaresiz yaklaşımları daha az kullandıkları görülmektedir.İki grubun, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 7). Kişi tarafından algılanan sosyal desteğin, hastalık gibi stresli yaşam olaylarında durumun olumsuz etkilerini hafiflettiği bazı çalışmalarda

gösterilmiştir (Hegelson ve Cohen,1996;Koopman ve ark.,1998). Literatürde kolorektal kanser hastalarının baş etme tarzları ile ilgili yapılan bir çalışmada ise hastaların baş etmede pozitif algısal değişim, din, derin düşünce, kabul, mizah, sosyal destek arama ve yaşam tarzını tekrar düzenleme gibi probleme ve duygulara yönelik yöntemler kullandığı saptanmıştır (Rinaldis ve ark.,2009). Araştırma bulgularımız bu sonuçla örtüşmektedir.

Grupların kanser hastalığına psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi 'Psikososyal Uyum Ölçeği' (PAİS-SR) ile yapılmıştır. İki grubun da psikosoyal uyumu orta düzeyde olmakla birlikte stoması olan grubun, psikososyal uyum ölçeğinden aldığı toplam puan, stoması olmayan grubun puanına göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 8). Yani stoması olmayan kolorektal kanser hastalarının hastalığa psikososyal uyumları, stoması olan grubun uyumuna göre daha iyidir. Bu bulgu, literatürde Borwell (1997), White ve Hunt (1997) ve Nugent ve arkadaşlarının (1999) stomanın psikolojik morbidite ile sonuçlandığını önerdikleri çalışmalarla uyumludur. Bekkers ve arkadaşları (1997), stoması olan ve olmayan hastaların psikososyal uyum sürecini karşılaştırmak amacıyla 4 yıl süren bir araştırma yürütmüşlerdir ve sonuç olarak 4 yıl sonra stomalı ve stomasız hastaların aynı seviyede psikososyal uyuma sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç araştırma bulgularımızı desteklememektedir. Bunun sebebi araştırmamızdaki hastaların, hastalık sürelerinin 6-7 ayı geçmemesi olabilir. Literatürde hastalık tanı süresinin arttıkça kanser tanısı konan hastaların duygusal değişimlere uyum sağladıkları, baş etme kapasitelerinin arttığı bildirilmiştir (Özkan ve Turgay,1992; Keller,1998).

Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin aile çevresi ve psikolojik alan alt boyutlarında stoması olan grubun puanlarının, stoması olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,01$) (Tablo 8). Bu sonuç, stoması olan hastaların aile çevrelerinde diğer gruba göre daha fazla uyum sorunu olduğuna ve psikolojik olarak daha fazla problem yaşadıklarına işaret etmektedir. Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin sağlık bakımına oryantasyon, meslek/iş çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile çevresi ve sosyal çevre alt boyutlarında iki grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8). Piwonka ve Merino'nun (1999) kalıcı stoması olan kişilerle yürüttükleri araştırmada, katılımcıların çoğu hastalıklarının sosyal, mesleki ve aile yaşantılarında küçük bir etkisi olduğunu

rapor etmiş ve ailelerinden ve arkadaşlarından gördükleri sosyal desteğin stomaya adapte olmalarında temel etken olduğunu bildirmişlerdir. Wirsching ve arkadaşları (1975) stomaya sahip olmanın anlamlı düzeyde depresyon, yalnızlık ve umutsuzluk ile bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Araştırma bulgularımız bu çalışmalar ile örtüşmektedir.

Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının araştırma çerçevesinde verileri, tek grup halinde sosyodemografik ve hastalığa ilişkin değişkenlere göre de değerlendirilmiş ve belli bulgulara ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan kolorektal kanser hastalarının % 16,7'si (n=10) yalnız, %38,3'ü (n=23) eş ve çocukları ile, %1,7 si (n=1) eş,çocuk yakını ile, %8,3'ü (n=5) çocukları ile ve %35'i (n=21) eşi ile yaşamaktadır. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin genel sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar, birlikte yaşadıkları kişilere göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0,01$) (Tablo 9). Yalnız yaşayan hastaların genel sağlık durumunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla eş ve çocuklarıyla, eşiyle, eş, çocuk yakınıyla ve çocuklarıyla yaşayanların izlediği görülmektedir. Parker ve arkadaşlarının (2003) geniş bir kanser hastası örneklemi ile yaptıkları çalışmada evli olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bizim bulgularımızla kısmen örtüşmektedir.

Hastaların EORTC QLQ-CR38 ölçeğinin gelecek perspektifi alt boyutundan aldıkları puanlar da birlikte yaşadıkları kişiye göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0,01$) (Tablo 13). Yalnız yaşayan hastaların gelecek perspektifi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla eş ve çocuklarıyla, eşiyle, çocuklarıyla ve eş, çocuk yakınıyla yaşayanların izlediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %73,3'ü (n=44) evli, %5'i (n=3) bekar, %20'si (n=12) dul ve %1,7'si (n=1) boşanmıştır. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların, medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 10). Boşanmış olan hastaların sosyal fonksiyonunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla bekar, dul ve evli olanların izlediği görülmektedir. Bu sonuç evli olan kanser hastalarının sosyal fonksiyonunun daha iyi olduğunu ve bekar hastaların risk altında olduğunu gösteren literatürdeki çalışma ile çelişmektedir (Parker ve ark.,2003).

Araştırmaya katılan hastaların % 3,3'ü (n=2) okuryazar, % 28,3'ü (n=17) ilköğretim, %46,7'si (n=28) lise ve %21,7'si (n=13) üniversite ve üstü mezunudur. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların, eğitim durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 11). Lise mezunu olan hastaların sosyal fonksiyonunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla ilköğretim, üniversite ve üstü mezunu olanlar ve okuryazarlar olanların izlediği görülmektedir. Bu sonuç, literatürdeki eğitim seviyesi yüksek olan kanser hastalarının yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu ortaya koyan çalışma ile kısmen örtüşmektedir (Parker ve ark.,2003).

Hastaların % 31,7'si (n=19) hastalığının ortaya çıkışını psikolojik sebeplere, %38,3'ü (n=23) risk etkenlerine, %30'u (n=18) kaza ya da şansa bağlamaktadır. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanların, hastalığın ortaya çıkış sebebi değerlendirmesine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 12). Hastalığın çıkış sebebi olarak risk etmenlerini gören hastaların sosyal fonksiyonunun diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla hastalığını kaza ya da şansa bağlayanlar ve psikolojik sebeplere bağlayanların izlediği görülmektedir.

Hastalar çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde, % 10'unun (n=6) çalıştığı, %16,7'sinin (n=10) hastalık nedeniyle çalışmadığı, % 53,3'ünün (n=32) emekli olduğu %20'sinin (n=12) ev hanımı olduğu görülmektedir. Hastaların EORTC QLQ-CR38 ölçeğinin gelecek perspektifi alt boyutundan aldıkları puanların, çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 14). Çalışan hastaların gelecek perspektifi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, bunu sırasıyla emekli, ev hanımı ve hastalık yüzünden çalışamayan hastaların izlediği görülmektedir.

Yaşam kalitesi puanları ve hastalığa psikososyal uyum puanları arasında yapılan korelasyon analizine göre bazı anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır (Tablo 15). Yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları ile psikososyal uyum toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,01$). Yani hastaların yaşam kalitesi iyileştikçe, psikososyal uyumdaki problemler azalmaktadır. İyi bir sosyal desteğe sahip hastaların uyumunun daha iyi olduğu Parker ve arkadaşlarının (2003)

araştırmasında gösterilmiştir. İdrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve stoma problemleri puanları ile psikososyal uyumun toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05, p<0,01$). Bu da, hastaların hastalıkla ve tedavi ile ilgili yaşadıkları sıkıntı ve semptomlar arttıkça, psikososyal uyumdaki zorlanmaların arttığını göstermektedir.

Genel sağlık durumu, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları ile meslek/iş çevresi puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05, p<0,01$). Bu sonuç, hastanın yaşam kalitesinin arttıkça, meslek/iş çevresi ile uyum sorunlarının daha azaldığına işaret etmektedir. Meslek/iş çevresi puanları ile idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve stoma problemleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05, p<0,01$). Bu da, hastaların yaşam kalitesini düşüren semptomları arttıkça meslek/iş çevresine uyumunun kötüleştiğini göstermektedir.

Genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları ile aile çevresi puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon; idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri ve mide bağırsak semptomları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05, p<0,01$). Bu durum hastaların genel sağlık durumu iyileştikçe, emosyonel ve sosyal alanlarda fonksiyonları arttıkça ve beden imajını iyi buldukça, aile çevresi ile uyum sorunlarının da azaldığını; yaşanan sağlık sorunları ve tedavi yan etkileri arttıkça da hastaların aile çevresi ile uyum sorunlarının arttığını göstermektedir.

Rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları ile cinsel ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05, p<0,01$). Yani hastaların hayatlarında üstlendikleri görevleri, sosyal hayatlarını sürdürmeleri ve beden imajlarını iyi bulmaları, cinsel yaşantılarında daha az sorun yaşamaları ile ilişkilidir.

Emosyonel fonksiyon puanları ile geniş aile ilişkileri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,05$). Hastaların duygusal anlamda iyi oluşu ve geniş aileleri ile ilişkilerinde az sorun yaşaması arasında bağlantı vardır.

Fiziksel, rol, sosyal fonksiyon ile beden imajı puanları ile sosyal çevre puanları ile arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon, idrar problemleri,

kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve dışkılama problemleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05, p<0,01$). Yaşam kalitesini arttıran fiziksel ve sosyal anlamda iyilik hali, kişinin beden imajı algısı iyi olması ile sosyal çevresiyle ilişkilerinin iyi olması birbiriyle pozitif yönde ilişkilidir. Yaşanan sağlık sorunları ve tedavi yan etkileri arttıkça sosyal çevre ile ilişkilerde yaşanan sıkıntılar da artmaktadır.

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin psikososyal ve demografik tahmin edicilerini bulmayı amaçlayan bir çalışmada sosyal destek, psikolojik uyum ve yaşam kalitesi değişkenleri arasında bağlantı olduğu saptanmıştır (Parker ve ark.,2003). Bu sonuç, araştırmamızın korelasyon sonuçları ile örtüşmektedir.

Son olarak genel sağlık durumu, rol ve sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları ile psikolojik alan puanları ile arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı, kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve stoma problemleri ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,05, p<0,01$). Yani, hastaların yaşam kalitesi iyileşmesi ile psikolojik iyilik hali arasında ilişki bulunmaktadır. Stomalı hastalar, fiziksel sorunların başında gelen koku, sızıntı ve gaz problemleri nedeniyle korku ve endişe duymaktadır. Stoma ile değişen beden imajına bağlı olarak bireylerin benlik saygısının azaldığı ve bu bireylerde psikososyal sorunlara yol açarak bireylerin sosyal izolasyonuna neden olduğu literatürde belirtilmektedir (Sprangers ve ark.,1995; Nugent ve ark.,1999).

5.1. Sonuç ve Öneriler

Araştırma stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitesi, başa çıkma tarzları ve psikososyal uyum değişkenleri açısından farklılıklarını belirlemek ve değişkenler arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların %38,3'ü (n=23) kadın, %61,7'si (n=37) erkektir. Hastaların % 80'i (n=48) 50 yaşın üzerindedir. Hastaların %73,3'ü (n=44) evlidir. Hastaların büyük bölümü lise mezunudur ve emeklidir, 8'i dışında hepsinin tedavi masrafları sigorta tarafından karşılanmaktadır.
- Hastalık süreleri 2 ile 7 ay arasında değişen hastaların büyük bölümünün (%60) hastalığı 2. evredir. Hastaların %50'sinde (n=30) stoma vardır. Hastaların büyük bölümü (%81,7) cerrahi operasyon geçirmiştir ve 3 kişi hariç hepsi kemoterapi tedavisi görmektedir.
- Hastaların hastalığının ortaya çıkışını %38,3'ü (n=23) hastalıklarını kalıtım, beslenme, sigara, alkol gibi risk etkenlerine, %31,7'si (n=19) üzüntü, stres gibi psikolojik sebeplere, %30'u (n=18) kader veya şansa bağlamışlardır.
- Hastaların %80'i (n=48) hastalıkları hakkında rahat bir şekilde konuşmakta, %20'si (n=12) ise rahat konuşamamaktadır. Hastaların büyük bölümü hastalıklarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmektedir.
- EORTC QLQ-C30 ve CR38 yaşam kalitesi ölçeklerinin bazı boyutlarında (genel sağlık durumu, fiziksel fonsiyon, bilişsel fonksiyon, idrar problemleri,kemoterapi yan etkileri, mide bağırsak semptomları ve kilo kaybı) iki grup arasından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu boyutlarda stoması olan hastaların yaşam kalitesi stoması olmayan gruba göre daha düşüktür. Yaşam kalitesinin diğer tüm boyutlarına bakıldığında yine stoması olan hastaların yaşam kalitesi,stoması olmayan hastalara göre anlamlı olmasa da daha düşüktür.

- Stresle başa çıkma tarzları (SBTÖ) açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İki grubun da stresle başa çıkmada sosyal destek arama, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım gibi etkili stratejileri daha çok kullandıkları görülmektedir.
- İki grubun hastalığa psikososyal uyumu (PAIS-SR) orta düzeyde olmakla birlikte, stoması olan hasta grubunun genel psikososyal uyumu stoması olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha kötüdür. Stoması olan hastalar aile çevresi ve psikolojik alan boyutlarında da stoması olmayan gruba göre daha fazla uyum sorunu yaşamaktadır.
- Hastaların yaşam kalitesi ile psikososyal uyumları arasında birçok boyutta anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. Genel olarak yaşam kalitesi yükseldikçe, hastaların psikososyal uyumunun da arttığı görülmektedir. Stresle başa çıkma tarzları ile yaşam kalitesi ve psikososyal uyum arasında ise anlamlı bir korelasyon yoktur.

Yapılan araştırmanın sınırlılıkları ile benzer konuda yapılması planlanan araştırmalar için elde edilen bulgulara dayanarak yapılacak öneriler şunlardır:

- Araştırmamızın bulguları kullanılan ölçeklerin güvenirliği ve örneklem grubunda yer alan hastaların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.
- Araştırmamızda incelenen psikolojik faktörler arasındaki korelasyon katsayıları bu faktörler arasındaki ilişkinin sadece boyut ve yönü ile ilgili bilgi vermektedir. İleride yapılacak araştırmalarda ilgili olduğu belirlenen değişkenler arasında sebep-sonuç ilişkisinin bulunup bulunmadığı belirlenebilir. Ayrıca bu araştırma kesitsel bir yöntemle gerçekleştirilmiş olduğundan ölçülen psikolojik faktörler arasındaki nedensel ilişkiler doğrudan test edilememiştir. Bu da bulguların geçerliliği ve genellenebilirliği açısından bazı sınırlılıklar getirmektedir.
- Araştırmamızın örnekleminin küçük olması, araştırmaya katılan hastaların belli sorulara (örn: cinsellik) cevap vermek istememeleri sonucunda bulgularda eksiklikler olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

- Araştırmamız Türkiye'de stoması olan ve stoması olmayan kolorektal kanser hastalarının karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Bu hasta grupları ile ülkemizde daha fazla çalışma yapılması,

- Onkoloji kliniklerinde hizmet veren tedavi ekibinde multidisipliner bir yaklaşımla psikoonkoloji alanında bilgili ve deneyimli psikolog ve psikiyatristlerin de tedaviye dahil edilmesi, stoması olan kanser hastalarının tedavi sürecinde yaşadıkları sıkıntıları göz önüne alarak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve sürdürülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aaronson,N.K., Ahmedzai,S., Bergman,B., Bullinger,M., Cull,A., Duez,N.J., ve diğer.(1992).The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology.*Journal of the National Cancer Institute* ***85***, 365-376.

Abacıoğlu,U., Odabaş, Ö.F., Tezcanlı, E., Çağlar,H., Yumuk, P.F., Şengöz, M. Ve Turhal, S.(2004). Kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede EORTC kolorektal kanser modülü QLQ-CR 38'in Türkçe çevirisi ve pilot-test çalışması. *6. Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi*, S45.

Abriado-Lanza,A., Vasquez, E. ve Echverria,S.(2004).Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal og Counselling and Clinical Psychology*,***72***,91-102.

Adaylar, M.(1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve özbakım yönelimleri.* Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akdemir, L. Birol, L.(2003). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. SANERC Yayın, İstanbul,Vehbi Koç Vakfı Yayınları,18-21.

Akyol, A. (1993). Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, ***9***, 75-80.

Akyol, A. (1992). *Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akyolcu, N.(2004). Koleraktal kanserlerde hemşirelik bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 75-91.

American Cancer Society (2007). Cancer Facts and Figures 2007. American Cancer Society,Atlanta.

Ayaz,S.(2007a). *Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde plissit modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ayaz,S.(2007b).Stomalı bireylerde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, ***27***,86-90.

Aykan, F.(2000). Kolorektal Kanser. İçinde Topuz,E., Aydıner,A. ve Karadeniz,A.N.(Ed.).(2000). *Klinik Onkoloji.* İstanbul: Tunç Matbaası; 90-95.

Babacan Gümüş, A. (2007). *Meme kanserli hastalarda emosyonel destek odaklı hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisinin değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2000). *Stres ve Başa çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Barry, P.(1996). *Psychosocial nursing: Care of physically ill patients and their families*. (3th ed.). Philadelphia: Lippicott.

Banta,H.D.(1993). Quality of life 1 perspectives. *Pharmacy World and Science,****15***(2),45-49.

Bekkers,M.J.,vanKnippenberg,F.C.,vanDulmen,A.M.,vandenBorne,H.W., ve van Berge-Henegouwen, G. P. (1997). Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection:A 4-year follow-up.*Journal of Psychosomatic Research*, ***42***(3), 235-244.

Bekkers,M.J.,van Knippenberg,F.C.,van den Borne,H.W., ve van BergeHenegouwen,G.P. (1996). Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery:The role of self-efficacy.*Psychosomatic Medicine*,***58***(2),183-191.

Bekkers,M.J.,van Knippenberg,F.C.,van den Borne,H.W.,Poen,H.,Bergsma, J. ve van BergeHenegouwen,G.P. (1995). Psychosocial adaptation to stoma surgery:a review. *Journal of Behavioural Medicine*,***18*,**1-29.

Billings, A.G.ve Moos, R.H.(1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine,****4***(2),139-157.

Black,P.(2000). Practical stoma care. *Nursing Standard*, ***14***(41),47-53.

Blonna, R. (2007). *Coping with Stress in a Changing World* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Companies.

Bond, J. ve Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People.* Berkshire: Open University Press.

Borwell,B. (1997). Psychological considerations of stoma care nursing. *Nursing Standard,****11****,* 49–55.

Bossema, E.R., Seuntiëns,M.W., Marijnen,C.A, Baas-Thijssen, M.C.M.,van de Velde C.H.J ve Stiggelbout, A.M. (2011). The relation between illness cognitions and quality of life in people with and without a stoma following rectal cancer treatment. *Psycho-Oncology,****20****(4)*,428-434.

Boyle, P. ve Levin, B. (Ed.).(2008). *Dünya Kanser Raporu*. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu: WHO Press.

Camilleri-Brennan, J. ve Steele, R. J. C. (2002). Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. *Colorectal Disease,****4***(1),61-66.

Cella, D.F., Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology, **4***, 29-38.

Colorectal Cancer Basic Information.Centers for disease Control and Preventation (CDC) http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/index.htm (10.01.2011)

Collett, K. (2002). Practical Aspects Of Stoma Management. *Nursing Standard*, ***17*** (8), 45-52, 54-55.

Cramer,J.A.(1993). A climetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *Epilepsia,**34***(4),8-13

Cronkite, R.C. ve Moos, R.H.(1984). The rol of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior,**25***,372-393.

Donald, J.J. ve Burhenne,H.J.(1993). Colorectal Cancer: Can We Lower The Death Rate in The 1990s?. *Canadian Family Physicion*,***39***, 107-114.

Dunn,J.,Lynch,B.,Rinaldis,M.,ve diğer.(2006). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*,***15***,20–30.

Dunkel-Schetter,C., Feinstein,L.G., Taylor,S.E. ve Falke,R.L.(1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, ***11***(2),79–87.

Derogatis,L.R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *J Psychosom Res*, **30**(1): 77-91.

Egelioğlu, N.(2007). *Kemoterapi alan kanserli hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesinin incelenmesi.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Engel,J., Kerr,J., Schlesinger-Raab,A., Eckel, R., ,Sauer,H. ve Hölzel,D. (2003). Quality of life in rectal cancer patients: A four-year prospective study. *Annals of Surgery,**238**(2),* 203-213.

Eylen, B. (2001). *Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ferlay J, Bray F, Pisoni P, ve diğer. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide http://www.dep.iorc.fr/globocan/globocan.htm

Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Eser, E. ve Göker, E. (1999). Yaşam Kalitesinin ölçülmesi, *WHOQOL–100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi*, ***7***, 5–13.

Fleming, R., Baum, A., ve Singer, J. F. (1984). Toward and integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, ***46***, 839-852.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, ***46***, 839-852.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., ve Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*,***50*** (3), 571-579.

Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. *J Health Social Behaviour*, **21**:219-239.

Franks, H.M. ve Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology,15,*1027-1037.

Giesse-Davis,J., Hermanson,K., Koopman,C., Weibel,D. ve Spiegel,D.(2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology* ***14***, 251–266.

Gümüş-Babacan,A.(2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*,**2**(3):108-14.

Güzelant,A., Göksel,T., Özkök,S., Taşbakan,S., Aysan,T. ve Bottomley,A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: An examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*.,***3***(2):135-44.

Hallaç, S.(2010). *Genital organ kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, baş etme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Harris,R.P., Daly, K.J., Jones, L.S. ve Kiff, E.S.(2004) Stoma formation for functional bowel disease. *Colorectal Disease ,**6***,280-284.

Hegelson,V., Cohen, S.(1996). Social support and adjustment to cancer. *Health Psychol,***15**:135-148.

Holland,K.D. ve Holahan,C.K.(2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychol Health*,*18,*15–29.

Hyland,J. (2002). The Basics of ostomies. *Gastroenterology Nursing*, ***25***(6),241- 244.

International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN (2005) Cancer İncidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC GLOBOCAN,www.dep.iarc.fr/globocan/database.

Ito, N. ve Kazuma, K.(2005). Factors associated with the feeling of stability in the daily life among colostomy patients. *Japan Journal of Nursing Science,**2***,25-31.

Jenks,J.M., Morin,K.H. ve Tomaselli,N. (1997). The influence of ostomy surgery on body image in patients with cancer. *Applied Nursing Research,**10***, 174–180.

Jofre,R.,Lopez-Gomez,J.M., ve Valderrabano,F.(2000).Quality of life for patient groups.*Kidney International*,***57***,121-130.

Kaçmaz, N.(2003). *Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yasayan hastalarda konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemsireliği modeli gelistirme çabaları*. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karadayı,B.,Zincircioğlu,S. ve Dirier,A. (2006). Rektum Kanserinde Adjuvan Kemo-radyoterapi: Postoperatif mi, Preoperatif mi? *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi,**16***,47-53.

Karahasanoğlu, T. (2001). Kolorektal Kanserler: Tanı ve cerrahi tedavi. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu,* 271-279.

Keller, M. (1998).Psychosocial care of breast cancer patients. *Anticancer Research **18***, 2257-2259.

Keighley, M.R. B. ve Williams,N.S.(1993*). Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, Philedelphia: W.B.Soundders Company.

Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab,A., Sauer,H. ve Holzel,D. (2003). Doctor–patient communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. *Diseases of the Colon and Rectum, **46***, 1038–1046.

Kılıç,E., Taycan,O., Belli,A.K. ve Özmen,M.(2007).Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi.*Türk Psikiyatri Dergisi*, ***18***(4),302-310.

Kılıçkap, S. (2009). *Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın klinikopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kirkwood, L. (2006). Postoperative Stoma Care And The Selection of Appliances. *Journal of Community Nursing*, ***20*** (3), 12-18.

Koopman,C., Hermanson,K.,Diamond,S.,Angell,K. ve Spiegel,D.(1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology,***7**(2):101-111.

Lazarus, R.S.,ve Folkman,S.(1984).*Stress,appraisal, and coping*.New York:Springer Publishing.

Lepore,S., Ragan, J.D. ve Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitiveemotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology,****78***, 499–508.

Lepore, S., Silver,R., Wortman,C. ve Wayment,H. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology,****70***, 271–282.

Mutlu, S.(2006). *Kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Nordstrom, G.M. ve Nyman, C.R. (1991). Living with a urostomy. A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychological and sexual life. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, ****138***, 247–251.

Nugent, K., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R. ve Johnson, C. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon and Rectum*,***42***, 1569–1574.

Öyke, N.(2008). *Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özgüven, H.D. ve Tuncer, H.T. (1997). Uyum bozuklugu. *Kriz Dergisi*, ***5***(2), 87-94.

Özkan,S., Turgay,M. (1992). Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite, psikososyal uyum ve kanser, organ kaybı psikopatoloji ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* , ***29***(4), 207-215.

Özkan, S. (1993). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. *Psikiyatrik Tıp*: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche Yayınları; 153-174.

Palabıyıkoğlu, R.(2000). *Kriz ve krize müdahale* (1.Baskı). Ankara: Damla Matbaacılık.

Palmer,G.,Martling,A.,Lagergren,P.,Cedermark,B. ve Holm,T.(2008). Quality of life after potentially curative treatment for locally advanced rectal cancer. *Ann Surg Oncol*; **15**(11):3109-17

Parker, P., Walter,F., Moor,C. ve Cohen,L.(2003).Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*,***12***,183-193.

Pennebaker, J. (1993).Putting stress into words: health, linguistics and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*,***31***,539–548.

Persson,E. ve Hellstrom,A.L. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*,***29***, 103–108.

Piwonka, M.A. ve Merino, J.M. (1999). A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing,* ***26***, 298–305.

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of Nursing*. St. Loise: Mosby Inc

Rauch,P., Miny,J., Conroy,T., Neyton,L. ve Guillemin,F.(2004). Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *Journal of Clinical Oncology,**22**,*354-360.

Rettig, R.A. ve Sadler,J.H. (1997). Measuring and improving the health status of end stage renal disease patients. *Health Care Financing Review, **18**(4)*,77-82.

Rinaldis,M.,Pakenham,K.,Lynch,B. ve Aitken,J.F.(2009). Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: a longitudinal investigation. *Psycho-Oncology* ,***8***,624–633.

Ross,L., Nielsen,AG., Thomsen,B., Karlsen,R., Boesen,E. ve Johansen,C.(2007). Quality of life of danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer,**15***(5),505-513.

Roth,S. ve Cohen,L.J.(1986).Approach, avoidance, and coping with stress.*Am Psychology*,*41*,813–819.

Rowland, J. H. (1989). Developmental stage and adaptation. İçinde Holland,J.C. ve Holland,J.H.(Ed.).,*Handbook of Psychooncology*.NewYork:OxfordUniversity Press, 25-43.

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı: Kanser İstatistikleri; http://sbu.saglik.gov.tr

Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions* (5.baskı).USA: John Wıley&Sons, Inc.

Saral, E. (2008). *Meme kanseri hastalarının kansere uyumlarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Schein,LA,Bernard,H.S.,Spitz,H.I.,ve Muskin,P.R.(Ed.).(2003).*Psychosocial treatment for medical conditions:Principles and techniques.*New York:Brunner-Routledge.

Sideris,L., Zenasni,F., Vernerey,D., Dauchy,S., Lasser,P., Pignon,J.,ve diğer.(2005).Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impact of the type of surgery and patients' characteristics. *Diseases of the Colon and Rectum*,***48***(12),2180-91.

Smyth, J. (1998). Written emotional expression:effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ***66***, 174–184.

Sprangers,M.A.G.,Taal,B.G.,Aaronson,N.K. ve Velde,A.(1995) Quality of life in colorectal cancer: Stoma vs. nonstoma patients. *Dis Colon Rectum*,***38***,361–369.

Sprangers,M.A.G., Velde,A. ve Aaronson,N.K.(1999). The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. *Eur J Cancer*, ***35***(2):238-47.

Şahin, N.H. ve Durak,A. (1995). Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10**(34): 56-73.

Vironen,H., Kairaluoma,M., Aalo,A.M. ve Kellokumpu,I.H. (2006). Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery. *Disease Colon Rectum*,***49***, 568–578.

Weinryb,R.M.,Gustavsson,J.P., ve Barber,J.P.(1997).Personality predictors of dimensions of psychosocial adjustment after surgery. *Psychosomatic Medicine*,***59***(6), 626-631.

White,C.A.ve Hunt,J. (1997). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *British Journal of Surgery, **79***, 3–7.

Wirsching,M., Druner,H.U VE Herrmann,G. (1975). Results of psychosocial adjustment to long-term colostomy. *Pschother Psychosom,**26,***245-256.

World Health Organization(1993). *WHOQOL Study Protocol (MNH/PSF/93.9).* World Health Organization: Geneva.

Yaşan,A.,Ünal,S.,Gedik,E.ve Girgin,S.(2008).Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete.*Anadolu Psikiyatri Dergisi,9*,162-168.

Yıldız, M.K. (2008). *Evre I-III Kolon Kanserinde Prognostik Faktörlerin Araştırılması.* Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.

FORMLAR

EK 1

YAZILI ONAM FORMU

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi psikososyal onkoloji ve eğitim bölümünde, Işıl Yıldız tarafından yapılan ve Prof. Dr. Güler Bahadır tarafından yönetilen kolorektal kanser hastalarına yönelik bir yüksek lisans tezi ile ilgilidir.

Ekteki testleri doldurmak 45 dakika sürmektedir. Çalışmaya karar verirseniz çalışmada ne söylediğiniz ve yaptığınızla ilgili hiçbir bilgi kimseye verilmeyecektir. İsminizi yazmak zorunda değilsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra bile isterseniz bırakabilirsiniz. İstediğiniz soruyu sorabilirsiniz.

Buraya imza atmanız sadece bu formu okuduğunuz ve çalışmaya gönüllü olduğunuz anlamına geliyor.

Katılımcının adı soyadı: Tarih:

İmzası:

EK 2

GÖRÜŞME FORMU

Olgu No:
Hastanın Adı Soyadı: Tarih:
Tel: Prot :
Yaşadığı yer:

I-Sosyodemografik Özellikler

Yaşı :
Eğitim Durumu: 1-Okuryazar 2-İlköğretim 3-Lise 4-Üniversite ve Üstü
Medeni Durumu : 1-Evli 2-Bekar 3-Dul 4-Boşanmış
Kiminle Yaşadığı: 1-Yalnız yaşıyor 2-Anne/baba ile 3-Eşi ve çocukları ile
4- Bir yakını-arkadaşı ile 5-Eş,çocuk,yakını 6-Çocuğu(ları) ile 7-Eşi ile 8-Diğer…
Çalışma durumu: 1-Çalışıyor 2-Hastalık nedeniyle çalışamıyor 3-Emekli
4-İşsiz 5-Ev hanımı
Kişinin kendisine göre ekonomik durumu : 1-Düşük 2-Orta 3-İyi
Tedavi masraflarını kim karşılıyor ? 1-Kendileri 2-Sigorta
Yaşadığı yer :1-İstanbul 2-İstanbul dışı

II-Dosya Bilgisi

Kanser tipi:
Kanser evresi:
Metastaz: 1.Var…… 2.Yok
Uygulanan tedaviler:
Cerrahi ted. 1.Var 2.Yok
Operasyon zamanı:
Operasyon türü:
Cerrahi operasyona bağlı yan etki 1.Var…….2.Yok
Radyoterapi 1.Var 2.Yok
Kaç seans Ne zaman bitti Nereye yapıldı
Kemoterapi 1.Var 2.Yok
Kaç seans Ne zaman bitti
Mevcut diğer tıbbi hastalıklar:1.Var…….. 2.Yok
……

Sürekli kullandığı ilaçlar ……..

III.Tıbbi hastalık öyküsü

Hastanın ifadesiyle fiziksel hastalığı:
Hastalığın süresi:
Doktora başvuru ile tanı konması arasında geçen zaman:
Hastalığınız hakkında ne kadar bilgiye sahipsiniz? 1-Yeterli 2-Yetersiz
Hastalığınızın ortaya çıkışını neye bağlıyorsunuz?1-Psikolojik atıflar(üzüntü,stres,duygusal durumum,kişilik yapısı,olumsuz düşünmem…) 2-Risk etkenleri(kalıtım,beslenme,sigara,alkol) 3-Kaza veya şans(kaza,yaralanma,nazar,kader)
Alternatif tedavilere yöneldiniz mi? 1-Evet 2-Hayır

IV-Psikososyal değerlendirme

Psikiyatrik hastalık öyküsü:1.Var 2.Yok
Var ise:
Psikiyatrik tedavi :1.Var 2.Yok
Ailede psikiyatrik özgeçmiş: 1.Var 2.Yok
Hastalığınız hakkında rahat konuşabiliyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

EK 3



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız: ____
Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl): ____
Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31 ____

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

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kusmanız mı?	1	2	3	4

Geçtiğiniz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	Ishal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

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

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü						Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü						Mükemmel

EK 4



EORTC QLQ – CR38

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en iyi cevabın numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Gün boyunca sık idrara çıktınız mı?	1	2	3	4
32. Gece boyunca sık idrara çıktınız mı?	1	2	3	4
33. İdrar yaparken ağrı ya da yanma hissi oldu mu?	1	2	3	4
34. Karnınızda şişme hissi oldu mu?	1	2	3	4
35. Karın ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
36. Kalçalarınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
37. Gaz nedeniyle rahatsız oldunuz mu?	1	2	3	4
38. Geğirme şikayetiniz oldu mu?	1	2	3	4
39. Kilo verdiniz mi?	1	2	3	4
40. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
41. Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda saçlarınızda incelme veya cansızlaşma oldu mu?	1	2	3	4
42. Yiyecek veya içeceklerin tadı size alıştığınızdan daha farklı geldi mi?	1	2	3	4
43. Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle kendinizi fiziksel açıdan daha az çekici hissettiniz mi?	1	2	3	4
44. Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı / erkeksi hissettiniz mi?	1	2	3	4
45. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duydunuz mu?	1	2	3	4
46. Gelecekteki sağlığınızla alakalı endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
Geçen dört hafta zarfında:	**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
47. Seks ile ne ölçüde ilgilendiniz?	1	2	3	4
48. Cinselolarak ne derece faaldiniz? (birleşmeolarak veya birleşme olmadan)?	1	2	3	4
49. Bu soruyu sadece cinsel açıdan aktif iseniz cevaplayınız: Seks sizin için ne ölçüde zevkliydi?	1	2	3	4

Geçen dört hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
Sadece erkekler için:				
50. Sertleşme olurken yada ereksiyonun sürdürülmesinde sıkıntı çektiniz mi?	1	2	3	4
51. Boşalmada sorunlarınız oldu mu (örneğin kuru boşalma gibi) ?	1	2	3	4
Sadece ilişkiye giren kadınlar için:				
52. Cinsel ilişki sırasında vajinanızda kuruluk oldu mu?	1	2	3	4
53. Cinsel ilişki sırasında ağrınız oldu mu?	1	2	3	4

54. Kolostomi torbanız var mı?	**Hayır**	**Lütfen 55-61 arasındaki soruları cevaplayınız**
(Lütfen Hayır veya Evet'i daire içine alınız)	**Evet**	**Lütfen 55-61 arasındaki soruları atlayın ve 62-68 arasındaki soruları cevaplayınız**

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
Sadece kolostomi torbası OLMAYAN hastalar için:				
55. Gün boyunca sık dışkılamanız oldu mu?	1	2	3	4
56. Gece boyunca sık dışkılamanız oldu mu?	1	2	3	4
57. Hiç dışkı çıkarmadan dışkılama hissiniz oldu mu?	1	2	3	4
58. Hiç istem dışı dışkı kaçırmanız oldu mu?	1	2	3	4
59. Dışkınızda kan gördünüz mü?	1	2	3	4
60. Dışkılamada zorlanma oldu mu?	1	2	3	4
61. Dışkılama sırasında ağrı oldu mu?	1	2	3	4
Sadece kolostomi torbası OLAN hastalar için:				
62. Kolostominizden çıkan sesleri diğer insanlar duyacak diye korktunuz mu?	1	2	3	4
63. Diğer insanlar dışkınızın kokusunu duyacak diye korktunuz mu?	1	2	3	4
64. Kolostomi torbanızın sızdıracağından endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
65. Kolostominizin bakımı ile ilgili sorunlarınız oldu mu?	1	2	3	4
66. Kolostominizin etrafındaki deride tahriş oldu mu?	1	2	3	4
67. Kolostominizden dolayı utandınız mı?	1	2	3	4
68. Kolostominizden dolayı kendinizi eksik hissettiniz mi?	1	2	3	4

EK 5 STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı yada stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışlar için size en uygun olan bölümün altına "X" işareti koyunuz.

Bir sıkıntım olduğunda;	**Hiç Uygun Değil**	**Biraz Uygun**	**Uygun**	**Tamamen Uygun**
1.Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				

20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm.				
24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim.				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum				
27. "Benim suçum ne?" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK 6

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

Açıklama: Bu form sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları içermektedir. Bu hastalığın etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi / durumunuzu en iyi yansıtan ifadelerin yanına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiç biri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şıkkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bu gün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz. Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız bir ailenizin olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz birinin olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın. İkinci bölümde çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğinizin genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer ev hanımıysanız, ev işleri, komşularınızla ilişkileriniz açısından yanıt veriniz. Bu formu doldururken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınızı emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz. Lütfen formu doldurur doldurmaz teslim ediniz.

BÖLÜM 1: SAĞLIK BAKIMINA ORYANTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

a) Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
c) Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
c) Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var.
d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.
c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti., fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel, hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden beklediklerinizhakkında, aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

a) Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
c) Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde, tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
d) Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM 2: MESLEKİ ÇEVRE

1. Hastalığınız mesleğinizi / okulunuzu / ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
c) Bazı ciddi sorunlar var.
d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz / çalışmalarınız / ev işlerinizi vb. yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a) Kötü durumda b) Pek iyi değil c) Yeterli d) Çok iyi

3. Son 30 gün içersinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a) 3 gün ve daha az b) 1 hafta c) 2 hafta d) 2 haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemlimi?

a) Şu an hiç önemli değil
b) Oldukça az bir öneme sahip
c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a) Amaçlarım değişmez
b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti
d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlendi mi?

a) Sorunlarda büyük artış var
b) Sorunlarda orta dereceli bir artış var
c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM 3: AİLE ÇEVRESİ

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

a) İyi b) Fena değil c) Kötü d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

a) Çok kötü b) Kötü c) Fena değil d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

a) Bir engelleme olmadı
b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları halledilecek gibi değil
d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

a) İletişimde bir azalma yok
b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
c) İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum
b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
c) Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a) Önemli ölçüde maddi sıkıntım var
b) Orta derecede maddi sıkıntılarım var
c) Çok az maddi problemim var
d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: SEKSÜEL İLİŞKİ

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a) İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
b) Hastalanmamdan bu yana, birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
c) Hastalanmamdan bu yana, yakınlığımız kesinlikle azaldı
d) Hastalanmamdan bu yana, ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler, hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

a) Hastalığımdan bu yana, kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
b) Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
c) Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var
d) Cinsel aktivite tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
b) Cinsel performansımla ilgili ufak problemler var
c) Önemli cinsel problemlerim var.
d) Cinsellikten tamamen koptum

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var

b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
c) Bazı farklılıklar var
d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V: GENİŞ AİLE İLİŞKİLERİ

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
b) Görüşmeler biraz azaldı
c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

a) Onlarla biraraya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
b) Öncekine oranla ilgi ve isteğim çok azaldı
c) İlgim bir parça azaldı
d) İlgi ve isteğim aynı yada hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve yakın akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikrine ve yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
b) Yeterince yardımcı oluyorlar
c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
c) Bağlılığım biraz azaldı
d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

a) İyi b) Fena değil c) Kötü d) Çok kötü
b)

BÖLÜM VI: SOSYAL ÇEVRE

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

a) İlgim tıpkı eskisi gibi
b) Eskisine göre biraz daha az
c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
d) Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

a) Katılımım çok az ya da hiç yok
b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi

d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3. Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

a) İlgim tıpkı eskisi gibi
b) Eskisine göre biraz daha az
c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
d) İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

a) Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok
b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
c) Katılımım biraz azaldı
d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

a) İlgim tıpkı eskisi gibi
b) Eskisine göre biraz daha az
c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

a) Katılımım çok az ya da yok
b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
c) Katılımım biraz azaldı
d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII: PSİKOLOJİK DİSTRES

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı b) Çok az c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az oldu d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Işıl	**Soyadı**	Yıldız
Doğ.Yeri	İstanbul	**Doğ.Tar.**	30.08.1985
Uyruğu	T.C	**TC Kim No**	53860065924
Email	isilyildizz@gmail.com	**Tel**	0538 313 16 89

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü	2008
Lise	Bahçelievler Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Psikolog	Florence Nightingale Hastanesi	2010-
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi	-	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	70.641	73.468	75.258
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
MS Office	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Yoga, seyahat etmek, dans