

KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTA YAKINLARINDA  
FARKINDALIK, BİLGİ DÜZEYİ VE PSİKOPATOLOJİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE KUNDUZ

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTA YAKINLARINDA  
FARKINDALIK, BİLGİ DÜZEYİ VE PSİKOPATOLOJİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE KUNDUZ

Illinois Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2012  
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA)  
derecesi ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

İŞIK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTA YAKINLARINDA FARKINDALIK BİLGİ  
DÜZEYİ VE PSİKOPATOLOJİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE KUNDUZ

ONAYLAYANLAR:

Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel Işık Üniversitesi  
(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu Işık Üniversitesi

Prof. Dr. Duran Çakmak Arel Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 17.01.2017

# EVALUATING THE AWARENESS, KNOWLEDGE LEVELS AND PSYCHOPATHOLOGY IN RELATIVES OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

## Abstract

**The statement of the problem:** The aim of this study was to determine the awareness and knowledge levels in the first-degree relatives of colorectal cancer (CRC) patients and to investigate their relationship with somatization, depression, and anxiety levels.

**Method:** The study was carried out with the first-degree relatives (parents, siblings, and children) of 52 adult patients, operated for CRC at Istanbul Bezmialem Foundation University, Department of General Surgery. All participants were applied a Socio-Demographic and Medical Information Form, the Symptom Check List (SCL-90-R), and the Health Anxiety Inventory (Short Version).

**Results:** Twenty-seven (%52) of the participants were females and 25 (%48) were males, with a mean age of  $37,52 \pm 11,74$  years. The mean duration of disease was  $14,37 \pm 13,19$  months. The depression and anxiety scores, measured by SCL-90-R, and the health anxiety scores were significantly higher in those participants who were aware of their increased cancer risk. The SCL-90-R depression, anxiety, and Global Severity Index (GSI) scores as well as the health anxiety scores were significantly higher in those participants who accurately knew their patient's stage of cancer. No significant differences were observed between those participants, who were or were not involved in their patient's ostomy care, in their levels of the SCL-90-R depression, anxiety, somatization, GSI scores or the health anxiety scores. Similarly, no significant differences were observed between the participants who accompanied their patient to the chemotherapy or who did not, with respect to neither the SCL-90-R depression, anxiety, somatization, and GSI levels nor the health anxiety scores.

**Conclusion:** In this study, it was observed that psychopathological symptoms increased when the awareness and knowledge levels increased in the first-degree relatives of colorectal cancer patients. From this point forward, it is suggested to take into account

the relatives of patients and to provide psychological support to those in need.

**Keywords:** Colorectal cancer, anxiety, depression, somatization, health anxiety.

# KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTA YAKINLARINDA FARKINDALIK, BİLGİ DÜZEYİ VE PSİKOPATOLOJİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## Özet

**Problem tanımı:** Bu çalışmada amaç, kolorektal kanser (KRK) tanılı hastaların birinci derece akrabalarında bilgi düzeyi ve hastalık hakkındaki farkındalıklarını ölçerek somatizasyon, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ne şekilde ilişkili olduğunu belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışmaya İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda takip edilmekte olan KRK nedeniyle ameliyat edilmiş 52 erişkin hastanın birinci derece yakınları (ebeveyn, kardeş, çocuk) dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik ve Tıbbi Bilgi Formu, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların 27'si (%52) kadın, 25'i (%48) erkekti ve tüm örneklemin yaş ortalaması  $37,52 \pm 11,74$  yıldır. KRK tanılı hastaların ortalama hastalık süresi  $14,37 \pm 13,19$  ay idi. Kendisinde kanser riskinin artmış olduğunu bilen hasta yakınlarında sağlık anksiyetesi, SCL-90-R ile ölçülen depresyon ve anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti. Hastalık evresinin farkında olan hasta yakınlarında sağlık anksiyetesi, SCL-90-R depresyon, anksiyete ve Genel Belirti İndeksi (GBİ) puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti. Ostomi bakımını yapanlar ile yapmayanlar arasında sağlık anksiyetesi, SCL-90-R ile ölçülen depresyon, anksiyete, somatizasyon ve Genel Belirti İndeksi (GBİ) puanları açısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, kemoterapi sürecinde hastalarının yanında bulunanlarda sağlık anksiyetesi, SCL-90-R ile ölçülen depresyon, anksiyete, somatizasyon ve Genel Belirti İndeksi (GBİ) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

**Sonuç:** Bu çalışmada elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, kolorektal kanser tanılı hastaların yakınlarında, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi ve farkındalık arttıkça psikopatolojik belirtilerde de artma gözlenmiştir. Bu noktadan yola çıkılarak, kanser

tanılı hasta ve tedavisinin yanı sıra hasta yakınlarının da dikkate alınması ve gereksinimi olan hastalara psikolojik destek sağlanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kolorektal kanser, anksiyete, depresyon, somatizasyon, sağlık anksiyetesi.

## **Teşekkür**

Öncelikle beni yetiştiren, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan annem ve babama, Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölüm Koordinatörü Prof. Dr. Sayın İ. Ömer SAATÇIOĞLU'na, bu tez çalışmamı bilgi birikimi ve özverisi ile tamamlamamı sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Sayın Feryal ÇAM ÇELİKEL'e, Klinik Psikoloji yüksek lisans eğitimimi sağlayan değerli hocalarıma, çalışmaya dahil olan hastaların cerrahi tedavilerini gerçekleştirmiş ve onkolojik takiplerini yapmakta olan ve yakınlarına ulaşmamı sağlayan Bezmialem Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı öğretim görevlisi, eşim Sayın Op. Dr. Enver KUNDUZ'a teşekkür ederim.

**Psk. Merve Kunduz**



## İçindekiler

İngilizce Özet .....	II
Özet .....	IV
Teşekkür .....	VI
İçindekiler .....	VII
Tablolar Listesi.....	IX
Şekiller Listesi.....	X
Kısaltmalar .....	XI
<b>BÖLÜM 1.....</b>	<b>1</b>
GİRİŞ .....	1
<b>BÖLÜM 2 .....</b>	<b>3</b>
2.1. Kolorektal Kanserler .....	3
2.1.1. Tanım .....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Risk Faktörleri.....	4
2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri .....	4
2.1.3.2. Çevresel Risk Faktörleri.....	5
2.1.4. Kolorektal Kanserlerin Tedavisi ve Tarama .....	5
2.1.4.1. Tedavi.....	6
2.1.4.2. Tarama .....	6
2.2. Farkındalık ve Psikopatoloji .....	7
2.2.1. Kanser Farkındalığı .....	7
2.2.2. Anksiyete .....	7
2.2.3. Sağlık Anksiyetesi.....	8
2.2.4. Somatizasyon .....	8
2.2.5. Depresyon .....	9
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>10</b>
YÖNTEM.....	10
3.1. Evren ve Örneklem .....	10
3.2. Veri Toplama Araçları .....	11
3.2.1. Sosyo- Demografik ve Tıbbi Bilgi Formu .....	11
3.2.2. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) .....	11
3.2.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) (SAÖ).....	12

3.3. İstatistiksel Analiz.....	12
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>14</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>14</b>
4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Bilgileri.....	14
4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Hakkında Bilgisi.....	15
4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Farkındalığı.....	16
4.4. Hasta Yakınlarının Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	18
4.5. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması	18
4.6. Hasta Yakınlarının Somatizasyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması .....	21
4.7. Hasta Yakınlarının Depresyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması .....	23
4.8. Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması .....	26
4.9. Hasta Yakınlarının GBİ Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması.....	29
4.10. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi Genel Psikopatoloji Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	32
<b>BÖLÜM 5.....</b>	<b>34</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>34</b>
<b>BÖLÜM 6.....</b>	<b>39</b>
<b>SONUÇ .....</b>	<b>39</b>

Kaynaklar

Ekler

Özgeçmiş

## **TABLULAR LİSTESİ**

Tablo 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Bilgileri

Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Hakkında Bilgisi

Tablo 4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Farkındalığı

Tablo 4.4. Hasta Yakınlarının Ölçek Puanları

Tablo 4.5. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Hasta Yakınlarının Somatizasyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 4.7. Hasta Yakınlarının Depresyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 4.8. Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 4.9. Hasta Yakınlarının GBİ Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 4.10. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi ve Genel Psikopatoloji Düzeyleri Arasındaki İlişki

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Resim 1. Erkeklerde ve Kadınlarda En Sık Görülen Kanserlerin Sıralaması

## **KISALTMALAR**

**KRK:** Kolorektal Kanser

**DNA:** Deoxyribonucleic acid

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

**SCL:** Symptoms Check List (Belirti Tarama Listesi)

**GBİ:** Genel Belirti İndeksi

**SAÖ:** Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

Kolon ve rektum adenokarsinomu, gastrointestinal sistemin en sık rastlanan kanseridir. Erişkinlerde gözlenen tüm kanserlerin yaklaşık %10'unu kolorektal kanser (KRK) oluşturmaktadır. Tüm dünyada erkeklerde en sık görülen üçüncü, kadınlarda ise ikinci kanser şeklidir (Torre ve ark., 2015). KRK ülkemizde erkeklerde görülen en sık dördüncü, kadınlarda ise en sık üçüncü kanser tipidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu resmi web sitesi- <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslari.html>, 23.03.2016 tarihinde erişildi). Sağlık Bakanlığı ülkemiz için KRK insidansını yüz binde 17 olarak bildirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu resmi web sitesi- [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf), 26.03.2016 tarihinde erişildi).

Toplumda oldukça sık görülmekte olan bu kanser türünün sebebi tam olarak aydınlatılabilmemiş değilse de bazı genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir. KRK tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarında KRK gelişme riski normal popülasyona göre artmıştır (Akhtar ve ark., 2008).

Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada, üçüncü basamak sağlık kuruluşuna KRK taraması için başvuranların %37,3'ünün birinci derece akrabalarında KRK hikâyesi mevcuttur (Pirinççi, Benli ve Okyay, 2015). Bu noktadan bakıldığında, ailede birinci derece akrabada KRK olmasının, hastalık farkındalığı için önemli bir etmen olduğu düşünülebilir.

Kanser, hem hastalar hem de hasta yakınları için önemli bir sağlık sorunudur. Hasta yakınları ve bizzat bakım verenlerin psikolojik olarak etkilendiği, anksiyete ve depresyona sık rastlanıldığı bildirilmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003; Ozyilkan ve ark., 1995; Mhaidat ve ark., 2011).

Bu alışmada, KRK tanısı almış hastaların birinci derece akrabalarında kanser nedeniyle ortaya çıkabilecek psikopatolojik belirtilerin, depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve ayrıca farkındalık ve bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **BÖLÜM 2**

### **2.1. Kolorektal Kanserler**

#### **2.1.1. Tanım**

KRK, kolon ve rektumun iç yüzeyini döşeyen epitel hücrelerinin kontrolsüz ve anormal büyümesi ile apoptozis kaybı sonucu meydana gelir. Büyük çoğunluğu (yaklaşık %98'i), mukus salgılamakla görevli salgı hücrelerinden gelişir ve adenokarsinom şeklinde isimlendirilir.

#### **2.1.2. Epidemiyoloji**

Tüm dünyayı kapsayan epidemiyolojik çalışmalarda, KRK'nin sık görülen kanser tiplerinden olduğu ve yine ölüme neden olmuş kanserlerin sıralamasında da üst sıralarda yer aldığı gösterilmiştir. Tüm dünyada erkeklerde en sık görülen üçüncü, kadınlarda ise ikinci kanser şeklidir (Torre ve ark., 2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'nca yayınlanan 2009 verilerine göre, KRK ülkemizde erkeklerde görülen en sık dördüncü, kadınlarda ise en sık üçüncü kanser tipidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu resmi web sitesi- <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslari.html>, 23.03.2016 tarihinde erişildi).



Dünya ve ülkemiz verilerine göre cinsiyete göre en sık görülen kanserlerin sıralaması Resim 1’de gösterilmiştir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Elli yaş üzerinde görülme sıklığı artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu resmi web sitesi- <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslari.html>, 23.03.2016 tarihinde erişildi; World Cancer Research Fund, 2007).

Resim 1. Erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanserlerin sıralaması.

Erkeklerde En Sık Görülen ilk 5 kanser					
Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre					
No	Türkiye	Dünya	IARC'a üye 24 ülke	AB 28 ülke	ABD
1	Akciğer	Akciğer	Prostat	Prostat	Prostat
2	Prostat	Prostat	Akciğer	Akciğer	Akciğer
3	Mesane	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal
4	Kolorektal	Mide	Mide	Mesane	Mesane
5	Mide	Karaciğer	Mesane	Böbrek	Böbrek

Türkiye birleşik veritabanı, 2009

Kadınlarda En Sık Görülen ilk 5 kanser					
Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre					
No	Türkiye	Dünya	IARC'a üye 24 ülke	AB 28 ülke	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroit	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
4	Uterus korpusu	Akciğer	Uterus Serviksi	Uterus korpusu	Tiroit
5	Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

Türkiye birleşik veritabanı, 2009

### 2.1.3. Risk Faktörleri

#### 2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

KRK gelişmesi bakımından değiştirilemeyen risk faktörleri arasında 50 yaş ve üzerinde yaş (Ozyilkan ve ark., 1995; Ries, Melbert ve Krapcho, 2005; National Cancer Institute websitesi-[http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK\\_Colon.pdf](http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK_Colon.pdf), 23.03.2016 tarihinde erişildi), adenomatöz polipler (Janout, 2001; “American Cancer Society”, 2009; De Jong, Morreau ve Nagengast, 2005; Grande, Milito ve Attina, 2008) ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları (National Cancer Institute web sitesi-[http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK\\_Colon.pdf](http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK_Colon.pdf), 23.03.2016 tarihinde erişildi) sayılabilir. Genetik geçişli sendromlar KRK'nin yaklaşık %5-10'undan

sorumludurlar (Jackson-Thompson ve ark., 2006). Otozomal dominant geçişli bu sendromların en sık bilinenleri Ailevi Polipozis Koli ve Ailevi Non-Polipozis Kolorektal Kanser sendromlarıdır.

KRK tanısı almış olguların birinci derece akrabalarında, normal topluma göre hastalık görülme riski artmıştır (Akhtar ve ark., 2008). KRK olgularının yaklaşık %20'sinin ailesinde bu hastalıktan etkilenmiş bir birey bulunmaktadır (World Cancer Research Fund, 2007). Bir veya daha fazla birinci derece akrabasında KRK öyküsü olan kişiler, artmış risk altındadırlar. Eğer birinci derece akrabasının hastalık yaşı 60'ın altında ise veya yaştan bağımsız olmak üzere iki veya daha fazla birinci derece akrabasında hastalık öyküsü var ise kişi yüksek ailevi risk ile karşı karşıyadır (Boardman, Morlan ve Rabe, 2007). Bu artmış riskin tam olarak nedeni hala bilinmemekle birlikte genetik nedenler, aynı çevrede yaşamış olmak veya ikisinin ortak etkisi sorumlu tutulmaktadır.

#### **2.1.3.2. Çevresel Risk Faktörleri**

Yağdan (özellikle de hayvansal), et ve işlenmiş et ürünlerinden zengin beslenme alışkanlığı KRK gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (Janout ve Kollarova, 2001). Obezite ve sedanter yaşam tarzı da KRK gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Martinez, Giovannucci ve Spiegelman, 1997; Giovannucci, Ascherio ve Rimm, 1995; Zisman, Nickolov, Brand, Gorchow ve Roy, 2006). Sigara ve aşırı alkol tüketimi de KRK gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (National Cancer Institute web sitesi- [http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK\\_Colon.pdf](http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK_Colon.pdf), 23.03.2016 tarihinde erişildi; Zisman ve ark., 2006).

#### **2.1.4. Kolorektal Kanserlerin Tedavisi ve Tarama**

KRK'nin tedavisindeki amaç, mümkünse kanseri daha gelişmeden ortadan kaldırmak ya da gelişmiş bir kanseri henüz erken evredeyken tedavi edebilmek ve hastalısız bir sağ kalım sağlayabilmektir.

#### **2.1.4.1. Tedavi**

KRK'nin tedavisinin ana unsuru cerrahidir. Hastalığın evresine göre ameliyat öncesinde veya sonrasında kemoterapi uygulanmaktadır. Tümör çıkarıldıktan sonra kimi zaman hastalara kalıcı ya da geçici ostomi uygulanabilmektedir (Akçal ve Ertürk, 2010). Ostomi, bağırsağın karın yüzeyine ağızlaştırılarak sindirim sisteminin devamlılığının sağlanması anlamına gelmektedir. Kalıcı olabileceği gibi geçici olarak açılıp, onkolojik tedavinin tamamlanması ardından kapatılarak hastanın sindirim sistemi devamlılığı eski haline getirilir (Alabaz ve Akçam, 2010). Ostomi ile dışkılamanın istemsiz oluşu beraberinde sosyal fobi getirebilmektedir. İstemsiz gaz çıkarma, çevreye koku yayma endişesi içerisinde olan hasta bu durumdan rahatsız olabileceği gibi, kendi ostomi bakımını sağlayamıyor ve ev halkından birisi bu bakımı sağlıyor ise hastada ayrıca kendini yük gibi hissetme duygusu oluşabileceği ileri sürülmektedir (Yaşan, Ünal, Gedik ve Girgin, 2008).

#### **2.1.4.2. Tarama**

Kolon ve rektum genellikle kanser öncülü lezyonları (polipleri) barındırır. Bu organları görüntülemek ve bu lezyonlara ulaşmak nispeten kolaydır. Bu nedenle, KRK erken teşhise uygun bir hastalıktır. KRK'yi gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için tarama testleri kullanılmaktadır. KRK tarama yöntemleri, invazif kanser morbiditesi ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki yöntemlerdendir. Kalın bağırsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüyene kadar belirti vermezler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (prealign) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür (Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Programı Ulusal Standartları web sitesi- <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>, 26.03.2016 tarihinde erişildi).

KRK için uygulanmakta olan tarama testleri; dışkıda gizli kan taraması, sigmoidoskopi ve kolonoskopi, baryumlu kolon grafisi, sanal kolonoskopi ve yeni gelişmekte olan dışkıda DNA analizleridir (Gellad ve ark., 2011; Shaukat ve ark., 2013; Demirbaş, 2010).

Ülkemizde uygulanan ulusal programımıza göre 50 yaş üstü popülasyon programa dahil edilmekte ve belli aralıklarla tetkikler yapılmaktadır. Yüksek riskli gruba mensup kişiler ise tarama programı 40 yaş üzerinde başlatılmaktadır. Yüksek riskli gruptan kasıt, inflamatuvar bağırsak hastalıklı bireyler, polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olanlar ve birinci derece akrabalarında KRK öyküsü bulunan bireylerdir (Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Programı Ulusal Standartları web sitesi-<http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>, 26.03.2016 tarihinde erişildi).

## **2.2. Farkındalık ve Psikopatoloji**

### **2.2.1. Kanser Farkındalığı**

Belli bir kanser türü ve bu kanserin erken yakalanması için uygulanan tarama programları hakkında bilgi sahibi olmaktır. Kişi, aldığı eğitim ve uğraştığı iş gereği aile ve arkadaş çevresinde hasta olan bireyler ve/veya yakınlarının aktardıkları deneyimler ve bilgiler ile televizyon ve sosyal medya yoluyla ve sivil toplum örgütleri ve resmi kurum ve kuruluşların uyguladığı bilgilendirme ve tarama programları aracılığı ile bir veya birkaç hastalık hakkında bilgi alabilir, hastalığın kendisinde de olabileceği farkındalığına ulaşabilir. Sosyal iletişim ağları ve internetin bu denli yoğun kullanıldığı günümüzde kişide farkındalığı ortaya çıkaran en önemli etmenlerden birisi yine kişinin herhangi bir sebeple başvurduğu hekimlerdir.

Çevresel risk faktörleri ve hastalığın genetik geçişli oluşu kanser riskini arttıran nedenlerdendir. Birden fazla aile bireylerinde kanser varlığı mevcut ise kişide kanser olma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada aile içinde kanser olan bireylerin sayısı arttıkça, bireylerdeki kanser farkındalığının da artış gösterdiği bildirilmiştir (Akhtar ve ark., 2007).

### **2.2.2. Anksiyete**

Anksiyete belirli nedenlerden dolayı günlük yaşantıda işlevselliği etkileyen, karar vermede güçlükler yaşanmasına neden olan, tedavi sürecini etkileyebilen bedensel ve/veya duygusal tepkidir. Etkilenen bu durumlar dolayısıyla yaşam kalitesini de düşürmektedir. Kişi kaygılı olduğunda kendini tehdit altında hisseder. Bundan dolayı

kaygılandığı olayın ya üstüne gider ya da ondan kaçınmayı tercih eder (American Psychiatry Association, 2000). Anksiyete belirtilerinden biri olan sıkıntı hissi kanser hastalarında olduğu kadar yakınlarında da görülmektedir. Hasta yakınlarının kanserle yüzleşen yakınlarını fiziksel ve ruhsal olarak yıpranmış görmeleri ciddi düzeyde kaygı yaşamalarına neden olmaktadır (Alacacioğlu, 2007).

### **2.2.3. Sağlık Anksiyetesi**

Belirli bir hastalık ile ilişkili olarak o hastalığa yakalanma korkusu ve endişesi içerisinde bulunma durumu ise sağlık anksiyetesi olarak adlandırılmıştır (Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark, 2002). Sağlık anksiyetesinde, bireyin herhangi bir bedensel hastalığı olmamasına rağmen olağan bedensel duyuların hastalık lehine aşırı yorumlanması görülmektedir (Aydemir, Kırkpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz, 2013). Sağlık anksiyetesi, anksiyete bozukluklarının oluşumunda yer alır. Anksiyete bozukluklarının klinik görünümün şekillenmesinde de rol oynamaktadır (Norton P.J., Sexton, Walker ve Norton G.R., 2005). Sağlık anksiyetesinin bir sonucu olarak sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluktaki bedensel belirtilerin, duyuların ve aşırı uğraşların da oluştuğu bildirilmektedir (Aydemir ve ark., 2013; Norton P.J. ve ark., 2005). Kanser tanılı hastaların tedavi sürecinde yaşadıklarına tanıklık eden ve hastalığın genetik geçişinin bilincinde olan hasta yakınlarının bunlardan etkilenip, kendi sağlığıyla ilgili endişelere kapılması beklenebilir.

### **2.2.4. Somatizasyon**

Somatizasyon, fizyolojik belirtilerin ortaya çıkmasına bağlı olarak yapılan tetkiklerin sonucunda herhangi bir organik neden bulunamaması durumudur. Bu durum kişide üzüntüye, işlevsellikte bozulma ve sağlık kuruluşlarına başvurularının artışına neden olmaktadır (Heinrich, 2004). DSM-5 Tanı Ölçütleri kitabında, “Bedensel Belirti Bozukluğu” başlığı altında tanımlanan klinik tabloyu yaşayan kişilerde başlıca sorunun birçok bedensel belirtinin yanı sıra sağlığıyla ilgili aşırı derecede kaygı duyma ve zamanın büyük kısmını sağlık kaygısıyla geçirme olduğu bildirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **2.2.5. Depresyon**

Depresyon yorgunluk, üzüntü, ihmal, kendini yetersiz görme, suçluluk gibi belirtilerin yaşanmasına neden olur. Sağlık problemleri depresyona yol açan sebeplerden bir tanesidir (Singh ve Mastana, 2015). Kanser gibi bir hastalıkla mücadele etmek hasta için en zorlayıcı süreçlerden biridir. Bu sürece şahitlik etmek durumunda kalan hasta yakınlarında depresyon belirtileri görülebilir. Hastalık nedeniyle hastada oluşan fiziksel değişimler, aile içinde rol değişikliğinin olması, ruhsal çöküntü, çaresizlik gibi zorluklar aile bireylerinde de yorgunluk ve mutsuzluk yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca, bu süreçte tedaviyi karşılamak için birtakım maddi zorluklar yaşanabilmektedir. Mali zorlukları aşabilmek için çabalamak durumunda kalan aile bireyleri stres ve yorgunlukla karşı karşıya kalabilmektedir (Alacacıoğlu, 2007).

## BÖLÜM 3

### YÖNTEM

#### 3.1 Evren ve Örneklem

Ocak 2013-Mayıs 2016 tarihleri arasında, İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, KRK sebebiyle ameliyat edilmiş 510 hastadan, Nisan-Ağustos 2016 tarihleri arasında “Kolon, Rektum ve Anüs Polikliniği'ne” rutin kontrolü için başvuranların birinci derece akrabası (ebeveyn, kardeş, çocuk) olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 52 erişkin yaşta katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Her bir hastanın poliklinik kontrollerinde yanında bulunan birinci derece akrabalarından sadece biri çalışmaya dahil edilmiştir. Ailede KRK tanısı almış hasta haricinde başka bir bireyde KRK öyküsü olması halinde, ailevi geçişli KRK sendromları ile ilişkili olabileceği için, yüksek hastalık riski taşıyabileceklerinden ötürü çalışma dışı bırakılmıştır. Yeni tanı almış ve henüz tedaviye başlanmamış, rutin takip programı dışında ani gelişen bir problem nedeniyle polikliniğe başvurmuş, tedavisi başka bir merkezde devam eden hastaların yakınları ile çalışmaya katılmak istemeyen hasta yakınları çalışma dışında bırakılmıştır.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi “Kolon, Rektum ve Anüs Polikliniği'nde” hasta ve hasta yakınlarına önce çalışma hakkında ön bilgi verilmiştir. Katılımcının bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okuması ve imzalamasının ardından tüm ölçekleri yanıtlayabileceği sakin bir odaya alınarak yalnız başına doldurması sağlanmıştır. Katılımcılara herhangi bir süre kısıtlaması uygulanmamıştır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu Ek A'da sunulmuştur.

## **3.2. Veri Toplama Araçları**

### **3.2.1. Sosyo-Demografik ve Tıbbi Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formudur. Formda, 1.-7. sorularda demografik verilerin, 8.-12. sorularda KRK farkındalığının, 13.-18. sorularda hastalığın tanı, tedavi süreci ve seyri hakkındaki bilgi düzeyinin, 19.-24. sorularda ise KRK hakkında artmış risk, hastalık ile ilgili kaygılar ve endişelerin öğrenilmesi hedeflenmiştir.

Sosyo-Demografik ve Tıbbi Bilgi formu Ek B’de sunulmuştur.

### **3.2.2. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)**

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik tarama aracıdır. Ölçeğin amacı normal kişilerdeki belirti düzeylerini saptamak ve düzeydeki değişikliklerin değerlendirilmesi, klinik değerlendirmelere yardımcı olarak DSM-V tanı gruplarına yerleştirmede kolaylık sağlamaktır. Ölçek, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 madde içerir. Ölçekteki bu 90 madde ile anksiyete, depresyon, somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, bireyler arası duyarlılık, öfke ve düşmanlık, paranoid düşünceler, fobik kaygılar, paranoid düşünceler ve uyku ile yeme bozukluklarının belirti boyutunda değerlendirilmesi yapılmaktadır. Araştırmamızda yalnızca somatizasyon, depresyon ve anksiyete alt boyutları değerlendirilmeye alınmıştır. Her madde üzerinde 0 ile 4 arasında puanlama yapılır. Bireyin farklı bozuklukları sorgulayan soru gruplarına verdiği puanların sayısal değerleri toplamının o bozukluğu sorgulayan soru sayısına bölünmesi ile ölçek puanları belirlenmektedir. Alt ölçek puanları ile semptom dağılımı değerlendirilmektedir. Tüm alt soru gruplarından alınan puanların toplanıp 90’a bölünmesi ile de Genel Belirti İndeksi (GBİ) elde edilir. GBİ'nin l'in üzerinde bulunması, belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir (Aşkın ve ark., 1995). SCL-90-R testi, bir belirti tarama testidir, tanı koydurmamaktadır. SCL-90-R testi Dağ tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe’ye çevrilmiş halinin güvenilirlik çalışması test-tekrar test yapılarak, Cronbach Alfa Güvenirlik kat sayısının 0,63 ile 0,84 arasında değişiklik gösterdiği saptanmıştır (Dağ, 1991). SCL-90-R testi, Ek C’de sunulmuştur.



### **3.2.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon) (SAÖ)**

Sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Salkovskis ve ark., 2002). SAÖ, 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgulayan dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise hastalardan, sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmelerini istemekte ve buna göre de sorgulama yapmaktadır. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Ölçeğin değer aralığı 0-54 arasındadır. SAÖ yüksek güvenilirlik katsayılarına sahiptir. Geçerlilik çözümlenmelerinde ise uzun formunun faktör yapısı hastalığı olduğuna dair inanç, hastalığı konusunda güvence arama, hastalığın olumsuz sonuçlarından kaygı duyma, hastalığa yatkınlık olduğu inancı, bedensel duyumlara aşırı duyarlılık ve korku gibi boyutları içermektedir. Kısa formun faktör yapısı ise iki boyuttan oluşmaktadır. Kısa formun faktör yapısı gövde boyut ve hastalıkların olumsuz sonuçlarıyla ilişkili ek boyut olarak adlandırılmıştır. Gövde boyut ölçeğin temelini oluşturan ilk 14 maddeyi içermektedir, ek boyut ise hastalıkların olumsuz sonuçlarıyla ilişkili olarak eklenen 4 soruyu içermektedir. SAÖ, aktarılmış olduğu SPSS programında incelenmiş ve ortanca değeri 13 olarak hesaplanmıştır. Ortanca değerinin üzerindeki değerler anksiyete yönünden pozitif, ortanca değerinin altındaki değerler ise anksiyete yönünden negatif olarak kabul edilmiştir. Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SAÖ'nün güvenilirlik katsayısına bakıldığında Cronbach iç tutarlılık kat sayısı 0,918 olarak bulunmuştur. Madde - toplam puan bağıntı katsayıları 0,405 ile 0,769 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test yöntemiyle 38 katılımcıya 2 hafta arayla uygulanarak bağıntı kat sayısı  $r=0,572$  ( $p<0,0001$ ) olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark., 2013). Ek D'de Sağlık Anksiyetesi Ölçeği sunulmuştur.

### **3.3 İstatistiksel Analiz**

Sosyo-demografik ve tıbbi veriler, anketlerden elde edilen sonuçlar bilgisayar ortamında oluşturulan Microsoft Office 2010 Excel® dosyasına prospektif olarak kaydedilmiştir. Elde edilen Microsoft Office Excel dosyası SPSS® versiyon 22.0'ye aktırılarak

İstatistiksel çalışmalar yapılmıştır. Sosyo-demografik ve tıbbi verilerin, SAÖ sonucunun, SCL-90-R testinden elde edilen Genel Belirti İndeksi, depresyon, anksiyete ve somatizasyon varlığı arasındaki ilişkinin saptanması için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistik hesaplamaları için Pearson Korelasyon, Varyans Analizi ANOVA, Frekans Dağılımı, Betimsel İstatistikler ve Bağımsız t Testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak p değeri 0,05 ve altında ise anlamlı kabul edilmiştir. Sayısal değerlerin birbirileri ile doğrusal ilişkilerini değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Buna göre p değeri 0,05'den küçük olan karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiş, r değeri 0,2'den küçük olanların çok zayıf, 0,2-0,4 olanlar zayıf, 0,4-0,6 olanların orta, 0,6-0,8 olanların güçlü, 0,8'den büyük olanların ise çok güçlü korelasyon gösterdiği kabul edilmiştir. Pozitif r değeri doğru orantılı, negatif r değeri ise ters orantılı ilişki gösterdiği kabul edilmiştir.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

#### 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Bilgileri

Örneklemin yaş ortalaması  $37,52 \pm 11,74$  yılıdır. Katılımcılar, 27'si (%52) kadın, 25'i (%48) erkek olmak üzere toplam 52 hasta yakını idi. Medeni durumları incelendiğinde katılımcıların 15'i (%28,8) bekar, 37'si (%71,8) evliydi. Çalışmaya katılan 19 katılımcı (%36,5) ilköğretim mezunu, 15'i (%28,8) lise, 18'i (%34,7) ise yüksek öğrenim mezunu idi. Aylık gelir düzeyleri incelendiğinde, 7 (%13,5) katılımcının aylık gelir düzeyi 1300 Türk Lirası altında, 15 (%28,8) katılımcının 1300-2000 Türk Lirası arasında, 30 (%57,7) katılımcının ise 2000 Türk Lirası üzerinde bir gelire sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların 19'unun (%36,5) annesi, 23'ünün (%44,2) babası, 9'unun (%17,3) kardeşi hastayken, 1 (%1,9) katılımcının çocuğu KRK tanısı almıştı. Katılımcıların sosyo-demografik bilgileri, Tablo 4.1'de sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Bilgileri

Yaş ortalaması	37,52±11,74 (19-70)	
	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	27	52
Erkek	25	48
Medeni Durum		
Bekar	15	28,8
Evli	37	71,2
Eğitim Düzeyi		
İlkokul/Ortaokul	19	36,5
Lise	15	28,8
Üniversite	18	34,7
Gelir Düzeyi		
<1300	7	13,5
1300-2000	15	28,8
>2000	30	57,7
Yakınlık Derecesi		
Hasta annesidir.	19	36,5
Hasta babasıdır.	23	44,2
Hasta kardeşidir.	9	17,3
Hasta çocuğudur.	1	1,9

#### 4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Hakkında Bilgisi

KRK tanısı almış olguların ortalama hastalık süresi 14,37±13,19 aydır. Hastalık evresi hakkında bilgisi olmadığını bildiren 29 katılımcı (%55,8), bilgisi olduğunu bildiren 23 katılımcı (%44,2) belirlenmiştir. Katılımcıların 43'ü (%82,7) ameliyat süresinde akrabasının bakımını sağladığını, 9'u (%17,3) ise sağlamadığını bildirmiştir. Katılımcıların 33'ünün (%63,5) yakınına ameliyat esnasında ostomi açılmış ve 15'i (%28,8) ostomi bakımını sağladığını bildirmiştir. Katılımcıların 38'inin (%73,1) yakınına cerrahi tedavi sonrası kemoterapi uygulanmışken, 14'ünün (%26,9) yakını kemoterapi almamıştır. Kemoterapi esnasında 33 katılımcı (%63,5) hastasının yanında bulunmuştur. Birinci derece akrabası KRK tanısı almadan önce de ailesinde kanser tanılı başka hasta olduğunu bildiren dolayısıyla kanser hastalığı ile daha önceden yüzleşmiş 16 (%30,8) katılımcı olduğu belirlenmiştir. Birinci derece akrabası KRK tanısı alırken 36 katılımcı (%69,2) hastasının yanında olduğunu, 16 katılımcı ise (%30,8) yanında olmadığını bildirmiştir. Bulgular Tablo 4.2'de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Hakkında Bilgisi

Hastaların ortalama hastalık süresi	14,37±13,19 ay (2-86)	
	<b>Kişi sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Hastalık evresini bilen	23	44,2
Hastalık evresini bilmeyen	29	55,8
Ameliyat bakımını sağlayan	43	82,7
Ameliyat bakımını sağlamayan	9	17,3
Ostomi bakımını yapan	15	28,8
Ostomi bakımını yapmayan	18	34,7
Kemoterapi sürecinde yanında olan	33	63,5
Kemoterapi sürecinde yanında olmayan	5	9,6
Ailede KRK dışı kanser olan	16	30,8
Ailede KRK dışı kanser olmayan	36	69,2
Tetkik süresince yanında olan	36	69,2
Tetkik süresince yanında olmayan	16	30,8

#### 4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Farkındalığı

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının 14'ü (%26,9) düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını bildirmiştir. Katılımcıların 23'ü (%44,2) 1. derece akrabası KRK olmadan önce de bu hastalıktan haberdar olduğunu belirtmiştir. Hastalık hakkında daha önceden haberdar olan 23 katılımcının 10'u (%19,2) yazılı, görsel ya da sosyal medyadan bu bilgiyi edindiğini, 13'ü (%25) sosyal çevresinden bu hastalığı duyduğunu belirtmiştir. Katılımcılara, KRK tanısı almış olguların birinci derece yakınlarında kanser riskinin normal topluma göre arttığını bilip bilmedikleri sorulduğunda, 36'sının (%69,2) bildiği belirlenmiştir. KRK tanısı almış olguların 1. derece akrabalarında artmış kanser riski farkındalığı irdelendiğinde, 19 katılımcı (%36,5) bu farkındalığın hastasının hekimi tarafından sağlandığını belirtirken 17 katılımcı (%32,6) ise kendisinin araştırarak bu bilgiye ulaştığını söylemiştir. Katılımcılara KRK olmaktan korkup korkmadıkları sorulduğunda, 18'i (%34,7) korkmadığını belirtirken 12'si (% 23,0) yakını kanser olduktan sonra korkmaya başladığını, 22'si (% 42,3) ise yakınının hastalığından önce de korktuğunu bildirmiştir. Katılımcılara, KRK olma ile alakalı olarak, en çok ameliyat olmaktan mı, kemoterapi görmekten mi yoksa kanser nedeniyle ölmekten mi korktukları sorulduğunda, 17 katılımcı (%32,4) ameliyat olmaktan, 6 katılımcı (%11,4) kemoterapi

almaktan, 24 katılımcı (%46,2) kanserden ölmekten, 5 katılımcı (%9,6) ise hiçbirinden korkmadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılara kanser korkusu ile doktora gidip gitmedikleri sorulduğunda 41'i (%78,8) hiç gitmediğini, 8'i (%15,4) yakınının hastalığından sonra gittiğini, 3'ü (%5,8) ise yakını hastalanmadan önce de kanser korkusu ile doktora başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcılara, tarama amaçlı kolonoskopi yaptırmak isteyip istemedikleri sorulduğunda, 42'si (%80,8) doktor gerekli görür ise, 2'si (%3,8) doktor gerekli görmese bile mutlaka kolonoskopi yaptırmak istediğini, 8'i (%15,4) ise kolonoskopiye gerek duymadıklarını bildirmiştir. Bulgular Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Farkındalığı

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Düzenli sağlık kontrolü yaptıran	14	26,9
Düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan	38	73,1
Önceden KRK hakkında bilgisi olan	23	44,2
Önceden KRK hakkında bilgisi olmayan	29	55,8
Bilgi Kaynağı		
Medya olan	10	19,2
Sosyal çevre olan	13	25
Artmış kanser riskini bilen	36	69,2
Artmış kanser riskini bilmeyen	16	30,8
Bilgi Kaynağı		
Hekim olan	19	36,5
Kendisi araştırmış olan	17	32,7
KRK olmaktan korkmayan	18	34,7
Hastasından sonra korkan	12	23,0
Hastasından önce de korkan	22	42,3
Korku nedenleri		
Ameliyat olmak	17	32,7
Kemoterapi almak	6	11,5
Ölmek	24	46,2
Hiçbiri	5	9,6
Kanser korkusu ile doktora gidenler	11	21,2
Yakını hastalandıktan sonra	8	15,4
Yakını hastalanmadan önce	3	5,8
Tarama amaçlı kolonoskopi planlama		
Doktor gerekli görür ise yaptırmak isteyenler	42	80,8
Mutlaka yaptırmak isteyenler	2	3,8
Gerek duymayanlar	8	15,4

#### 4.4. Hasta Yakınlarının Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Ölçeklerden elde edilen puanların ortalama değerleri hesaplanmıştır. Değişkenler, ortalama ölçek puanlarına göre birbiri ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel çalışmalarda  $p \leq 0,05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. SCL-90-R'nin alt dalları arasından sadece anksiyete, depresyon, somatizasyon ve genel belirti indeksi puanları değerlendirilmiştir. Katılımcıların SAÖ'den elde edilen ortalaması ve SCL-90-R testinin alt ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Hasta Yakınlarının Ölçek Puanları

	Ortalama±SS
SAÖ	14,61±8,29
SCL-90-R	
Somatizasyon	1,03±0,83
Depresyon	0,96±0,72
Anksiyete	0,77±0,71
GBİ	0,86±0,60

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; GBİ: Genel Belirti İndeksi

#### 4.5. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Yakınlarının hastalık evresini bilen katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı, hastalık evresini bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,045$ ).

Yakınlarının ameliyat sürecinde yanında bakımını sağlayan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, yakınlarının bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,201$ ).

Yakınlarının ostomi bakımını sağlayan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, ostomi bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,083$ ).

Yakınlarının kemoterapi sürecinde yanında olan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, kemoterapi sürecinde yanında olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,919$ ).

Ailesinde KRK dışı kanser olan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, ailesinde KRK dışı kanser olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,897$ ).

KRK hakkında bilgisi olmayan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, KRK hakkında bilgisi olan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,675$ ).

Yakınlarının tetkik süresince yanında olan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, tetkik süresince yanında olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,093$ ).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,954$ ).

Kanser riskinin arttığını bilen katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı, kanser riskinin artmış olduğunu bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,050$ ).

Yakını hastalanmadan önce de KRK olmaktan korkan katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı, yakını hastalandıktan sonra korkanlar ve KRK olmaktan hiç korkmayan katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,016$ ).



Kendisinde kanser şüphesiyle doktora giden katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı, bu nedenle doktora gitmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,001).

Tarama amaçlı kolonoskopi planlayan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı, kolonoskopiye gerek duymayanların puanına oranla daha yüksek olduğu bulunmuş olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,073). Hasta yakınlarının sağlık anksiyetesi yönünden karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunulmaktadır.

Tablo 4.5. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

	SAÖ Puanı		p
<b>Bilgi Düzeyi</b>			
Hastalık evresini bilen	17,04±7,97	t=-2,061	<b>0,045*</b>
Hastalık evresini bilmeyen	12,41±8,10		
Ameliyat bakımını sağlayan	15,14±8,48	t=-1,297	0,201
Ameliyat bakımını sağlamayan	11,22±6,89		
Ostomi bakımını yapan	16,47±9,05	t=-1,79	0,083
Ostomi bakımını yapmayan	11,33±7,43		
Kemoterapi sürecinde yanında olan	13,58±7,60	t=-0,102	0,919
Kemoterapi sürecinde yanında olmayan	13,20±8,04		
Ailede KRK dışı kanser olan	14,69±7,83	t=-0,13	0,897
Ailede KRK dışı kanser olmayan	14,36±8,60		
Önceden KRK hakkında bilgisi olan	13,91±6,89	t=0,421	0,675
Önceden KRK hakkında bilgisi olmayan	14,90±9,36		
Tetkik süresince yanında olan	15,75±8,03	t=-1,711	0,093
Tetkik süresince yanında olmayan	11,56±8,41		
<b>Farkındalık</b>			
Düzenli sağlık kontrolü yaptıran	14,57±6,97	t=-0,057	0,954
Düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan	14,42±8,82		
Artmış kanser riskini bilen	15,89±8,14	t=-2,01	<b>0,050*</b>
Artmış kanser riskini bilmeyen	10,93±7,84		
KRK olmaktan korkmayan	10,56±7,84	F=4,518	<b>0,016*</b>
Hastasından sonra korkan	13,92±5,58		
Hastasından önce de korkan	17,95±8,67		
Kanser şüphesiyle doktora		t=-4,000	<b>0,001*</b>
Hiç gitmeyenler	12,37±7,49		
Gidenler	22,27±6,44		
Tarama amaçlı kolonoskopi planlama		t=-1,752	0,073
Yaptırmak isteyenler	15,34±8,27		
Gerek duymayanlar	9,63±7,50		

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

\*p ≤ 0,05: istatistiksel olarak anlamlı

#### **4.6. Hasta Yakınlarının Somatizasyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması**

Yakınlarının hastalık evresini bilen katılımcıların ortalama somatizasyon puanı, hastalık evresini bilmeyen katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,101$ ).

Yakınlarının ameliyat sürecinde yanında bakımını sağlayan katılımcıların somatizasyon puanı, yakınlarının bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,476$ ).

Yakınlarının ostomi bakımını sağlayan katılımcıların somatizasyon puanı, ostomi bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,898$ ).

Yakınlarının kemoterapi sürecinde yanında olmayan katılımcıların somatizasyon puanı, kemoterapi sürecinde yanında olan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,852$ ).

Ailesinde KRK dışı kanser olan katılımcıların somatizasyon puanı, ailesinde KRK dışı kanser olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,464$ ).

KRK hakkında bilgisi olan katılımcıların somatizasyon puanı, KRK hakkında bilgisi olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,596$ ).

Yakınlarının tetkik süresince yanında olan katılımcıların somatizasyon puanı, tetkik süresince yanında olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,939$ ).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran katılımcıların somatizasyon puanı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,227$ ).

Kanser riskinin arttığını bilen katılımcıların ortalama somatizasyon puanı, kanser riskinin artmış olduğunu bilmeyen katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,180$ ).

Yakını hastalanmadan önce de KRK olmaktan korkan katılımcıların ortalama somatizasyon puanı, yakını hastalandıktan sonra korkanlar ve KRK olmaktan hiç korkmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,298$ ).

Kendisinde kanser şüphesiyle doktora giden katılımcıların ortalama somatizasyon puanı, bu nedenle doktora gitmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,000$ ).

Tarama amaçlı kolonoskopi planlayan katılımcıların ortalama somatizasyon puanı, kolonoskopiye gerek duymayanların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,001$ ). Hasta yakınlarının SCL-90-R ile ölçülen somatizasyon puanları yönünden karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmaktadır.

Tablo 4.6. Hasta Yakınlarının Somatizasyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

	SCL-90-R Somatizasyon Puanı		p
<b>Bilgi Düzeyi</b>			
Hastalık evresini bilen	1,24±0,74	t=-1,671	0,101
Hastalık evresini bilmeyen	0,85±0,88		
Ameliyat bakımını sağlayan	1,07±0,87	t=-0,719	0,476
Ameliyat bakımını sağlamayan	0,83±0,64		
Ostomi bakımını yapan	0,98±0,79	t=-0,129	0,898
Ostomi bakımını yapmayan	0,94±0,84		
Kemoterapi sürecinde yanında olan	0,92±0,73	t=0,188	0,852
Kemoterapi sürecinde yanında olmayan	0,98±0,48		
Ailede KRK dışı kanser olan	1,16±0,85	t=-0,738	0,464
Ailede KRK dışı kanser olmayan	0,97±0,84		
Önceden KRK hakkında bilgisi olan	1,10±0,84	t=-0,534	0,596
Önceden KRK hakkında bilgisi olmayan	0,97±0,85		
Tetkik süresince yanında olan	1,04±0,79	t=-0,077	0,939
Tetkik süresince yanında olmayan	1,02±0,96		
<b>Farkındalık</b>			
Düzenli sağlık kontrolü yaptıran	1,29±1,01	t=-1,224	0,227
Düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan	0,95±0,77		
Artmış kanser riskini bilen	1,13±0,85	t=-1,362	0,18
Artmış kanser riskini bilmeyen	0,77±0,87		
KRK olmaktan korkmayan	0,78±0,79	F=1,242	0,298
Hastasından sonra korkan	1,08±0,46		
Hastasından önce de korkan	1,20±0,99		
Kanser şüphesiyle doktora Hiç gitmeyenler	0,79±0,64	t=-4,669	0,000*
Gidenler	1,95±0,90		
Tarama amaçlı kolonoskopi planlama			
Yaptırmak isteyenler	1,35±0,87	t=-3,718	<b>0,001*</b>
Gerek duymayanlar	0,48±0,29		

\*p ≤ 0,05: istatistiksel olarak anlamlı

#### 4.7. Hasta Yakınlarının Depresyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Yakınlarının hastalık evresini bilen katılımcıların ortalama depresyon puanı, hastalık evresini bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,004).

Yakınlarının ameliyat sürecinde yanında bakımını sağlayan katılımcıların depresyon puanı, yakınlarının bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,332$ ).

Yakınlarının ostomi bakımını sağlayan katılımcıların depresyon puanı, ostomi bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,516$ ).

Yakınlarının kemoterapi sürecinde yanında olmayan katılımcıların depresyon puanı, kemoterapi sürecinde yanında olan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,602$ ).

Ailesinde KRK dışı kanser olan katılımcıların depresyon puanı, ailesinde KRK dışı kanser olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,509$ ).

KRK hakkında bilgisi olan katılımcıların depresyon puanı, KRK hakkında bilgisi olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,318$ ).

Yakınlarının tetkik süresince yanında olan katılımcıların depresyon puanı, tetkik süresince yanında olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,132$ ).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran katılımcıların depresyon puanı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,656$ ).

Kanser riskinin arttığını bilen katılımcıların ortalama depresyon puanı, kanser riskinin artmış olduğunu bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,020$ ).

Yakını hastalanmadan önce de KRK olmaktan korkan katılımcıların ortalama depresyon puanı, yakını hastalandıktan sonra korkanlar ve KRK olmaktan hiç korkmayan katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,050$ ).

Kendisinde kanser şüphesiyle doktora giden katılımcıların ortalama depresyon puanı, bu nedenle doktora gitmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,001$ ).

Tarama amaçlı kolonoskopi planlayan katılımcıların ortalama depresyon puanı, kolonoskopiye gerek duymayanların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,001$ ). Hasta yakınlarının SCL-90-R ile ölçülen depresyon puanları yönünden karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmaktadır.

Tablo 4.7. Hasta Yakınlarının Depresyon Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

	SCL-90-R Depresyon Puanı		p
<b>Bilgi Düzeyi</b>			
Hastalık evresini bilen	1,29±0,81	t=-3,033	<b>0,004*</b>
Hastalık evresini bilmeyen	0,70±0,54		
Ameliyat bakımını sağlayan	1,01±0,76	t=-0,979	0,332
Ameliyat bakımını sağlamayan	0,73±0,54		
Ostomi bakımını yapan	0,92±0,81	t=-0,659	0,516
Ostomi bakımını yapmayan	0,75±0,62		
Kemoterapi sürecinde yanında olan	0,88±0,77	t=0,527	0,602
Kemoterapi sürecinde yanında olmayan	1,08±0,73		
Ailede KRK dışı kanser olan	1,06±0,76	t=-0,665	0,509
Ailede KRK dışı kanser olmayan	0,91±0,72		
Önceden KRK hakkında bilgisi olan	1,08±0,69	t=-1,009	0,318
Önceden KRK hakkında bilgisi olmayan	0,87±0,76		
Tetkik süresince yanında olan	1,07±0,73	t=-1,534	0,132
Tetkik süresince yanında olmayan	0,74±0,71		
<b>Farkındalık</b>			
Düzenli sağlık kontrolü yaptıran	1,05±0,83	t=-0,448	0,656
Düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan	0,94±0,71		
Artmış kanser riskini bilen	1,12±0,77	t=-2,413	<b>0,020*</b>
Artmış kanser riskini bilmeyen	0,58±0,44		
KRK olmaktan korkmayan	0,62±0,63	F=3,158	<b>0,050*</b>
Hastasından sonra korkan	1,10±0,56		
Hastasından önce de korkan	1,17±0,81		
Kanser şüphesiyle doktora		t=-3,735	<b>0,001*</b>
Hiç gitmeyenler	0,79±0,61		
Gidenler	1,65±0,79		
Tarama amaçlı kolonoskopi planlama		t=-3,746	<b>0,001*</b>
Yaptırmak isteyenler	1,05±0,76		
Gerek duymayanlar	0,49±0,26		

\*p ≤ 0,05: istatistiksel olarak anlamlı

#### 4.8. Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Yakınlarının hastalık evresini bilen katılımcıların ortalama anksiyete puanı, hastalık evresini bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,002).

Yakınlarının ameliyat sürecinde yanında bakımını sağlayan katılımcıların anksiyete puanı, yakınlarının bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,031$ ).

Yakınlarının ostomi bakımını sağlayan katılımcıların anksiyete puanı, ostomi bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,195$ ).

Yakınlarının kemoterapi sürecinde yanında olmayan katılımcıların anksiyete puanı, kemoterapi sürecinde yanında olan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,281$ ).

Ailesinde KRK dışı kanser olan katılımcıların anksiyete puanı, ailesinde KRK dışı kanser olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,721$ ).

KRK hakkında bilgisi olan katılımcıların anksiyete puanı, KRK hakkında bilgisi olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,743$ ).

Yakınlarının tetkik süresince yanında olan katılımcıların anksiyete puanı, tetkik süresince yanında olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,094$ ).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran katılımcıların anksiyete puanı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,518$ ).

Kanser riskinin arttığını bilen katılımcıların ortalama anksiyete puanı, kanser riskinin artmış olduğunu bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,018$ ).



Yakını hastalanmadan önce de KRK olmaktan korkan katılımcıların ortalama anksiyete puanı, yakını hastalandıktan sonra korkanlar ve KRK olmaktan hiç korkmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,084$ ).

Kendisinde kanser şüphesiyle doktora giden katılımcıların ortalama anksiyete puanı, bu nedenle doktora gitmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,000$ ).

Tarama amaçlı kolonoskopi planlayan katılımcıların ortalama anksiyete puanı, kolonoskopiye gerek duymayanların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,001$ ). Hasta yakınlarının SCL-90-R ile ölçülen anksiyete puanları yönünden karşılaştırılması Tablo 4.8'de sunulmaktadır.

Tablo 4.8. Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

	SCL-90-R Anksiyete Puanı		p
<b>Bilgi Düzeyi</b>			
Hastalık evresini bilen	1,10±0,80	t=-3,223	<b>0,002*</b>
Hastalık evresini bilmeyen	0,49±0,52		
Ameliyat bakımını sağlayan	0,83±0,76	t=-2,283	<b>0,031*</b>
Ameliyat bakımını sağlamayan	0,45±0,33		
Ostomi bakımını yapan	0,87±0,91	t=-1,329	0,195
Ostomi bakımını yapmayan	0,52±0,51		
Kemoterapi sürecinde yanında olan	0,69±0,67	t=1,096	0,281
Kemoterapi sürecinde yanında olmayan	1,08±1,12		
Ailede KRK dışı kanser olan	0,82±0,62	t=-0,36	0,721
Ailede KRK dışı kanser olmayan	0,74±0,77		
Önceden KRK hakkında bilgisi olan	0,81±0,68	t=-0,33	0,743
Önceden KRK hakkında bilgisi olmayan	0,74±0,76		
Tetkik süresince yanında olan	0,89±0,74	t=-1,708	0,094
Tetkik süresince yanında olmayan	0,52±0,63		
<b>Farkındalık</b>			
Düzenli sağlık kontrolü yaptıran	0,89±0,72	t=-0,652	0,518
Düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan	0,73±0,72		
Artmış kanser riskini bilen	0,89±0,76	t=-2,478	<b>0,018*</b>
Artmış kanser riskini bilmeyen	0,44±0,48		
KRK olmaktan korkmayan	0,49±0,55	F=2,61	0,084
Hastasından sonra korkan	0,74±0,46		
Hastasından önce de korkan	1,01±0,87		
Kanser şüphesiyle doktora		t=-4,459	<b>0,000*</b>
Hiç gitmeyenler	0,57±0,53		
Gidenler	1,53±0,86		
Tarama amaçlı kolonoskopi planlama		t=-3,63	<b>0,001*</b>
Yaptırmak isteyenler	0,85±0,75		
Gerek duymayanlar	0,34±0,22		

\*p ≤ 0,05: istatistiksel olarak anlamlı

#### 4.9. Hasta Yakınlarının GBİ Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

Yakınlarının hastalık evresini bilen katılımcıların ortalama GBİ puanı, hastalık evresini bilmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,016).

Yakınlarının ameliyat sürecinde yanında bakımını sağlayan katılımcıların GBİ puanı, yakınlarının bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,176$ ).

Yakınlarının ostomi bakımını sağlayan katılımcıların GBİ puanı, ostomi bakımını sağlamayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,684$ ).

Yakınlarının kemoterapi sürecinde yanında olmayan katılımcıların GBİ puanı, kemoterapi sürecinde yanında olan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,563$ ).

Ailesinde KRK dışı kanser olan katılımcıların GBİ puanı, ailesinde KRK dışı kanser olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,706$ ).

KRK hakkında bilgisi olan katılımcıların GBİ puanı, KRK hakkında bilgisi olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,352$ ).

Yakınlarının tetkik süresince yanında olan katılımcıların GBİ puanı, tetkik süresince yanında olmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,227$ ).

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran katılımcıların GBİ puanı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,382$ ).

Kanser riskinin arttığını bilen katılımcıların ortalama GBİ puanı, kanser riskinin artmış olduğunu bilmeyen katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,059$ ).

Yakını hastalanmadan önce de KRK olmaktan korkan katılımcıların ortalama GBİ puanı, yakını hastalandıktan sonra korkanlar ve KRK olmaktan hiç korkmayan katılımcıların puanına oranla daha yüksek olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,109$ ).

Kendisinde kanser şüphesiyle doktora giden katılımcıların ortalama GBİ puanı, bu nedenle doktora gitmeyen katılımcıların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,000$ ).

Tarama amaçlı kolonoskopi planlayan katılımcıların ortalama GBİ puanı, kolonoskopiye gerek duymayanların puanına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p=0,030$ ). Hasta yakınlarının SCL-90-R ile ölçülen GBİ puanları yönünden karşılaştırılması Tablo 4.9'da sunulmaktadır.

Tablo 4.9. Hasta Yakınlarının GBİ Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması

	SCL-90-R GBİ Puanı		p
<b>Bilgi Düzeyi</b>			
Hastalık evresini bilen	1,09±0,67	t=-2,502	<b>0,016*</b>
Hastalık evresini bilmeyen	0,68±0,50		
Ameliyat bakımını sağlayan	0,92±0,64	t=-1,374	0,176
Ameliyat bakımını sağlamayan	0,59±0,35		
Ostomi bakımını yapan	0,81±0,67	t=-0,412	0,684
Ostomi bakımını yapmayan	0,72±0,49		
Kemoterapi sürecinde yanında olan	0,79±0,61	t=0,584	0,563
Kemoterapi sürecinde yanında olmayan	0,96±0,51		
Ailede KRK dışı kanser olan	0,91±0,62	t=-0,379	0,706
Ailede KRK dışı kanser olmayan	0,84±0,62		
Önceden KRK hakkında bilgisi olan	0,96±0,61	t=-0,941	0,352
Önceden KRK hakkında bilgisi olmayan	0,79±0,62		
Tetkik süresince yanında olan	0,94±0,61	t=-1,225	0,227
Tetkik süresince yanında olmayan	0,71±0,61		
<b>Farkındalık</b>			
Düzenli sağlık kontrolü yaptıran	0,99±0,74	t=-0,882	0,382
Düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan	0,82±0,57		
Artmış kanser riskini bilen	0,97±0,64	t=-1,937	0,059
Artmış kanser riskini bilmeyen	0,60±0,46		
KRK olmaktan korkmayan	0,62±0,56	F=2,328	0,109
Hastasından sonra korkan	0,91±0,40		
Hastasından önce de korkan	1,04±0,70		
Kanser şüphesiyle doktora			
Hiç gitmeyenler	0,69±0,48	t=-4,539	<b>0,000*</b>
Gidenler	1,53±0,64		
Tarama amaçlı kolonoskopi planlama			
Yaptırmak isteyenler	0,95±0,63	t=-2,241	<b>0,030*</b>
Gerek duymayanlar	0,44±0,18		

GBİ: Genel Belirti İndeksi

\*p ≤ 0,05: istatistiksel olarak anlamlı

#### 4.10. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi ve Genel Psikopatoloji Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tüm katılımcıların sağlık anksiyetesi ve SCL-90-R ile ölçülen somatizasyon, depresyon, anksiyete ve GBİ puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ölçek puanları arasında korelasyon değerleri Tablo 4.10'da sunulmaktadır.

Tablo 4.10. Hasta Yakınlarının Sağlık Anksiyetesi ve Genel Psikopatoloji Düzeyleri Arasındaki İlişki

	SAÖ	SCL-90-R Somatizasyon	SCL-90-R Depresyon	SCL-90-R Anksiyete
SCL-90-R Somatizasyon	<b>0,683*</b>			
SCL-90-R Depresyon	<b>0,622*</b>	<b>0,767*</b>		
SCL-90R Anksiyete	<b>0,734*</b>	<b>0,801*</b>	<b>0,873*</b>	
SCL-90-R GBİ	<b>0,674*</b>	<b>0,880*</b>	<b>0,936*</b>	<b>0,915*</b>

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; GBİ: Genel Belirti İndeksi

\*p ≤ 0,05: istatistiksel olarak anlamlı

## **BÖLÜM 5**

### **TARTIŞMA**

Çalışmamızda, KKK tanısı almış hastaların birinci derece akrabalarında bilgi ve farkındalık düzeyleri ölçülmüş ve ardından bireyler psikopatolojik açıdan değerlendirilmeye alınmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%69) tetkik ve tedavi sürecinde hastalarının yanında bulunmuşlarsa da bu sürece tanık olmanın sağlık anksiyetesi ve SCL-90-R ölçeklerinden elde edilen puanlar açısından anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir. Ey ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada kanser tanısı konulması sürecinde hasta ve yakınlarında anksiyete, depresif duygudurum, stres gibi bulguların anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir (Ey, Compass, Epping-Jordan ve Worsham, 2008). Benzer şekilde, Elçigil ve Conk'un kanser tanısı almış çocukların anneleri ile yürüttüğü çalışmalarında, tanı anında annelerin aşırı stres altında oldukları ve bu stresle baş edemediklerini bildirilmiştir (Elçigil ve Conk, 2010).

Araştırmamızda, hastalığın süreci farkındalığının sorgulanması amacıyla katılımcılara hastalık evresini bilip bilmedikleri sorulmuştur. Literatürle uyumlu olarak katılımcıların hastalık evresini bilmesi ile sağlık anksiyetesi, GBİ, depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek bulunması arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada kanser hastalığının evresi ilerledikçe hastada oluşan fiziksel yetersizlik ve hastalığın ağırlığına bağlı olarak yakınlarında depresyonda artış olduğu bildirilmiştir (Mhaidat ve ark., 2011). Hastalığın tanı anındaki evresinin hem hasta hem de hasta yakını üzerinde psikolojik etkisi bulunmaktadır. Osborn ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, ileri evrede kanser tanısı almış hastaların yakınlarının yaklaşık %50'sinin psikolojik olarak etkilendikleri belirlenmiştir (Osborn, Demoncada ve Feuerstein, 2006).

Bu çalışmada, kendilerinde kanser riskinin artmış olduğunu bilen hasta yakınlarında sağlık anksiyetesi, depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Birinci derece yakınının KRK tanısı almasıyla beraber kendisinde de riskin arttığı bilinmesinin kişide bu tür psikolojik belirtilere yol açtığı düşünülmektedir. KRK tanısı almış olguların birinci derece akrabalarında, normal topluma göre KRK görülme riski artmıştır (Akhtar ve ark., 2008). Koehly ve arkadaşlarının meme kanseri ve yumurtalık kanseri hastalarının kız kardeşleriyle yapmış olduğu bir çalışmada, hasta yakınlarına hastalığın genetik geçişli olduğu bilgisi verilmesinin ardından katılımcılarda anksiyete ve somatizasyonun ortaya çıktığı bildirilmiştir (Koehly ve ark., 2008).

Çalışmamızda, katılımcılardaki KRK olma korkusu sorgulandığında, 12'sinin yakınlarının hastalığının kendilerinde korkuyu tetiklediği görülürken 22'sinde yakınlarının hastalığından önce de kanser olma korkusu taşıdıkları belirlenmiştir. Yakını hastalanmadan önce de kanser olmaktan korkan katılımcılarda sağlık anksiyetesi ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Lynes ve arkadaşlarının yapmış olduğu KRK risk faktörleri ve tarama programı farkındalığını konu alan toplum bazlı kesitsel çalışmada ise 50 yaş altı toplumun hem yaşam tarzı ile ilişkili risk faktörleri hem de tarama programları hakkında daha az bilgiye sahip oldukları gösterilmiştir (Lynes ve ark., 2016). Ancak kısıtlı katılımın sağlanabildiği bu kesitsel çalışmada demografik bulgular, toplumu temsil edebilecek parametreler olarak değerlendirilmemiştir.

Çivi ve arkadaşlarının kanserli hastaların yakınlarıyla yaptıkları çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik veriler ile depresyon arasında ilişki kurulamamıştır (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011). Çalışmamızda ise örneklemin sayıca kısıtlılığı nedeniyle medeni durum ile ölçülen psikopatolojik belirtiler arasında ilişki incelenmemiştir.

Çivi ve arkadaşları, yürütmüş oldukları aynı çalışmada, ilkökul düzeyinde eğitimi olanlarda Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanlarını daha yüksek bulmuş ve bu



durumu eğitim düzeyi yüksek olan kanserli hasta yakınlarının karşılaştıkları stres ile mücadele etme yöntemlerini daha iyi bilmekte ve uygulamakta olmalarına bağlanmıştır. (Çivi ve ark., 2011). Yine Kızılcı'nın kemoterapi gören 100 hasta ve 100 yakını ile yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (Kızılcı, 1999). Bu çalışmada ise eğitim düzeyi ile psikolojik parametreler arasında örneklem azlığı nedeniyle ilişkiye bakılmamıştır. Literatürün ışığında eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin yükselmesinin psikolojik durumu ve yaşam kalitesini arttıracakları düşünülmektedir.

Düzenli sağlık kontrolü hastalıkların erken tanısı, tanısı konulmuş hastalıkların tedavisinin takibi ve benzeri durumlar nedeniyle önerilmektedir. Periyodik sağlık kontrolleri ülkemizde aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerince yapılmaktadır. Düzenli sağlık kontrolü altında olmanın, kişinin birinci derece akrabasında KKK gelişmesi ve bu artmış risk nedeniyle var olabilecek kaygıyı azaltacağı düşünülse de bu çalışmada düzenli sağlık kontrolüne gitmenin psikolojik belirtiler ile herhangi bir ilişkisi saptanamamıştır. Bu durumun, düzenli sağlık kontrollerinde tanısı konulmuş ve tedavisi süren kronik bir hastalık veya belli yaş gruplarında daha sık görülen hastalıklara yönelik takiplerin yapıldığı, ailede KKK vakası çıktığında ise bireyin yakınının meydana gelen kansere odaklandığını ve düzenli sağlık kontrolünün bunu baskılayamadığına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada birinci derece akrabasında gelişen KKK'den önce, ailesinin herhangi başka bireyinde KKK dışı kanser olup olmadığı sorgulanmıştır. Kanser ismi ile başka bir yakını için daha önceden karşılaşmış olmak, uzaktan veya yakından tanı ve tedavi sürecine tanıklık etmek, yeni gelişen KKK olgusunu kabullenmede kolaylık sağlayabileceği gibi tam tersi aile içerisinde gelişen KKK'nin bireyde "acaba sıra bende mi?" endişesine yol açabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada ailede KKK dışı başka kanser vakası olup olmaması psikolojik değişenler ile ilişkisi saptanamamıştır.

Winner ve arkadaşlarının akciğer ve sindirim sistemi kanserli hastalar ve cerrahları ile yapmış oldukları çalışmada, hastaların cerrahi tedaviye ameliyatı gerçekleştiren

doktorlara göre daha umutla baktıkları bildirilmiştir (Winner, Wilson, Yahanda, Kim ve Pawlik, 2016). Hastaların yanında bulunan akrabalarında ameliyat, tedavi yönünden olumlu bir duygu oluşturabilmektedir. Her ne kadar ameliyat, kanserin tedavisi için hasta ve hasta yakınlarına olumlu etki yaratsa da birinci derece akrabasının hastanede yatması, ameliyat olması, ameliyat sonrası erken dönemde hastasını bakıma muhtaç halde bulmak, damar yolu açılması ve damar içi tedavilere şahit olmak, hasta üzerinde bulunan mesane sondası, cerrahi dren torbası gibi aparatları görmek, pansuman esnasında yarasını izlemek, iyileşme dönemini ve bu esnada gelişebilecek cerrahi komplikasyonlara tanıklık etmek, hasta yakınlarında psikolojik bozukluklara neden olabileceği düşünülmektedir. Artmış riskle beraber birinci derece akraba, hasta yerine kendini koyabilir ve bu sağlık anksiyetesi ve/veya depresyona yol açabilir. Çalışmamızda ise ameliyat esnasında birinci derece akrabasının bakımını sağlayanlarda sağlık anksiyetesi, SCL-90-R ile ölçülen GBİ, depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanları açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Kemoterapi, yan etkileri nedeniyle hastalarda psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Mandel ve Onat, 2002). Kemoterapi süresi uzadıkça da bu bulgularda ağırlaşma görülmektedir (Beser ve Öz, 2003). Grunfeld ve arkadaşları çalışmalarında hasta yakınlarında kemoterapi gören hastalar kadar depresyon bulguları gözlemişlerdir (Grunfeld ve ark., 2004). Baider ve De-Nour'un yaptıkları çalışmada ise meme kanseri nedeni ile kemoterapi alan çiftlerde daha az depresyon ve anksiyete belirlenmiştir (Baider ve De-Nour, 1993). Glasdam ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise kemoterapi almanın, radyoterapi uygulanması ya da takip süresince depresyon ve anksiyete düzeylerinde fark olmadığı bildirilmiştir (Glasdam, Jensen, Madsen ve Rose, 1994). Bu çalışmada ise hastaların kemoterapi alması veya tedavi sırasında yakınının hastanın yanında bulunması ile katılımcıların psikopatolojik belirti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Bu çalışmada katılımcıların 11'i yakınının hastalığından sonra kanser korkusu ile doktora başvurduğunu bildirmiştir. Kanser korkusuyla doktora başvuranlarda sağlık anksiyetesi, GBİ, depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanlarının anlamlı derecede

yüksek olduğu saptanmıştır. Birinci derece akrabasının KRK olması sonrası katılımcılarda gelişen psikolojik bozuklukların bir sonucu olarak kişilerin doktora başvurdukları düşünülebileceği gibi, kanser korkusu ile doktora başvurmanın da bireyde psikolojik bozukluklara yol açabileceği sonucuna varılabilir. Kesitsel bir çalışmada bu iki varsayımdan hangisinin geçerli olduğunu belirtmek olanaksızdır.

Araştırmamızın başlıca sınırlılıkları arasında kesitsel olması, örneklem sayısının az olması ve tüm katılımcıların tek bir merkezde takip edilen hasta yakınlarından oluşması ile kontrol grubunun bulunmaması sayılabilir. Kanser tanı ve tedavisi sırasında hasta ve yakınlarında ortaya çıkabilecek psikolojik bozuklukların belirlenmesi ve düzeltilmesi yönünde psikolojik desteğin sağlanması için prospektif tasarlanmış, daha geniş örneklemlemlerle yürütülecek, kontrol gruplu ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

## BÖLÜM 6

### SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı raporda (2008) onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakım planının bir parçası olmasını ve psiko-onkoloji hizmetlerinin de her bir kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini belirtmiştir. Bu raporda sağlık çalışanları tarafından kanser hastalarına ve yakınlarına tedavi sırasında ve sonrasında psiko-onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanmasının önemi vurgulanmıştır.

KRK tanılı hastaların birinci derece yakınlarında normal topluma göre hastalık riskinin arttığı düşünüldüğünde bu grupta psikopatolojik belirtilere daha sık rastlanması beklenmektedir. Bu amaçla planlanan çalışmamızda KRK tanılı hastaların birinci derece akrabalarında bilgi düzeyi ve hastalık hakkındaki farkındalıkları ile sağlık anksiyetesi, depresyon ve somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Bu noktadan yola çıkılarak, doktorların kanser tanılı hasta ve tedavisinin yanı sıra hasta yakınlarını da dikkate alması önerilmektedir. Bu yönüyle, bilimsel destek ile farkındalık artacak ve gereksinimi olan hasta yakınlarına psikososyal açıdan destek sağlanabilecektir.

## Kaynaklar

- Akçal, T. ve Ertürk, S. (2010). Kolon ve Rektum Kanserleri. Adil Baykan (Ed.) (s. 235-48). Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.
- Akhtar, S., Sinha, S., McKenzie, S., Sagar P. M., Finan P. J. ve Burke D. (2008). Awareness of risk factors amongst first degree relative patients with colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 10 (9), 887-90.
- Alabaz, Ö. ve Akçam, T. (2010). Kolon ve Rektum Kanserleri. Adil Baykan (Ed.) (s. 671-92). Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.
- Alacacioğlu, A. (2007). *Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir). Erişim adresi: [acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/13340/224497.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/13340/224497.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures Special Edition 2005*. Atlanta: American Cancer Society, 2005.
- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4. baskı). Washington, DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s. 163-69.
- Aşkın, R., Ilısu, B., Çilli, A.S., Altuğ, F. B., Kaya, N., Kucur, R. (1995). Lise Öğrencilerinde SCL-90-R ile Semptom Taraması Düşünen Adam. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 8 (1), 43-7.

- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 325-31. doi: 10.4274/npa.y6383
- Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5, 24-3.
- Baider, L., ve De-Nour, A. K. (1993). Impact of cancer on couples. *Cancer Investigation*, 11(6), 706-13.
- Beser, N., Öz, F. (2003) Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete- Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 47-58.
- Boardman, L. A., Morlan, B. W., Rabe, K. G., Petersen, G. M., Lindor, N. M., Nigon, S. K., Goldberg, J. ve Gallinger, S. (2007). Colorectal cancer risks in relatives of young-onset cases: is risk the same across all first-degree relatives?, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 5(10), 1195–98.
- Boyle, P. ve Levin, B. World Cancer Report 2008. Geneva, International Agency for Research on Cancer, [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf) 15.11.2016 tarihinde erişildi.
- Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 248-53.
- Dağ, İ. (1991). Belirti tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için Güvenirliliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1 (2), 45-52.
- De Jong, A. E., Morreau, H., Nagengast, F. M., Mathus-Vliegen, E. M., Kleibeuker, J. H., Griffioen, G., Cats, A., Vasen, H. F. (2005). Prevalence of adenomas among young individuals at average risk for colorectal cancer. *The American Journal of Gastroenterology*, 100 (1), 139–43. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.41000.x
- Demirbaş, S. (2010), Kolon ve Rektum Kanseri. Adil Baykan (Ed.) (s. 39-68). Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.

- Elçigil, A., Conk, Z. (2010). Çocuğu Kanser Olan Annelerin “Aile Yüğü” nün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3 (4), 175-81.
- Ey, S., Compas, B. E., Epping-Jordan, J. E., Worsham, N. (1998). Stress responses and psychological adjustment in patients with cancer and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16 (2), 59-77. doi: 10.1300/J077V16N02\_04
- Gellad, Z. F., Stechuchak, K. M., Fisher, D. A., Olsen, M. K., McDuffie, J. R., Ostbye, T., Yancy, W. S. Jr. (2011). Longitudinal adherence to fecal occult blood testing impacts colorectal cancer screening quality. *The American Journal of Gastroenterology*, 106 (6), 1125-34. doi: 10.1038/ajg.2011.11
- Giovannucci, E., Ascherio, A., Rimm, E. B., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C. (1995). Physical activity, obesity, and risk for colon cancer and adenoma in men. *Annals of Internal Medicine*, 122 (5), 327-34.
- Glasdam, S., Jensen, A. B., Madsen, E. L., & Rose, C. (1994). Support to spouses of patients with cancer. *Ugeskrift for læger*, 156(14), 2078-2082.
- Grande, M., Milito, G., Attinà, G. M., Cadeddu, F., Muzi, M. G., Nigro, C., ... & Farinon, A. M. (2008). Evaluation of clinical, laboratory and morphologic prognostic factors in colon cancer. *World journal of surgical oncology*, 6(1), 98.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., Glossop, R. (2004) . Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), 1795-801.
- Heinrich, T. W. (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *WMJ*, 103 (6), 83-7.
- Jackson-Thompson, J., Ahmed, F., German, R. R., Lai, S. M., & Friedman, C. (2006). Descriptive epidemiology of colorectal cancer in the United States, 1998–2001. *Cancer*, 107 (S5), 1103-11.

- Janout, V., & Kollárová, H. (2001). Epidemiology of colorectal cancer. *Acta-Universitatis Palackianae Olomucensis Facultatis Medicae*, 5-10.
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *C. Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (2), 19-26.
- Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, resmi web sitesi, son erişim: 26.03.2016- <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>.
- Koehly, L.M., Peters, J.A., Kuhn, N., Hoskins, L., Letocha, A., Kenen, R., Loud, J. ve Greene, M. H. (2008). Sisters in hereditary breast and ovarian cancer families: communal coping, social integration, and psychological well-being. *17* (8), 812-21. doi: 10.1002/pon.1373
- Lynes, K., Kazmi, S. A., Robery, J. D., Wong, S., Gilbert, D., Thaha, M. A. (2016) Public appreciation of lifestyle risk factors for colorectal cancer and awareness of bowel cancer screening: a cross-sectional study. *International Journal of Surgery*, 36 (Pt A), 312-18. doi: 10.1016/j.ijvsu.2016.11.002
- Mandel, N. M. ve Onat H. (2002). *Kanser Hastasına Yaklaşım*. (s. 345-54). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Martinez, M. E., Giovannucci, E., Spiegelman, D., Hunter, D. J., Willett, W. C., Colditz, G. A. (1997) Leisure-time physical activity, body size, and colon cancer in women. Nurses' Health Study Research Group. *Journal of the National Cancer Institute*, 89 (13), 948.
- Mhaidat, N. M., Ai-Sweedan, S. A., Alzoubi, K. H., Alazzam, S. I., Banihani, M. N., Yasin, M. O., Massadeh, M. M. Prevalence of depression among relatives of cancer patients in Jordan: a cross-sectional survey. (2011). *Palliative and Supportive Care*, 9 (1), 25-9. doi: 10.1017/S1478951510000519
- National Cancer Institute, What You Need To Know About Cancer of the Colon and Rectum. web sitesi: son erişim: 23.03.2016- [http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK\\_Colon.pdf](http://www.cinj.org/sites/cinj/files/documents/WYNTK_Colon.pdf).



- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R. ve Norton, G. R. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. *34* (1), 50-63. doi: 10.1080/16506070410005401
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *36* (1), 13-34.
- Ozyilkan, O., Karaagaoglu, E., Topeli, A., Kars, A., Baltali, E., Tekuzman, G., Firat, D. (1995). A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey. *Materia Medica Polona*, *27* (4), 153-6.
- Pirinççi, S., Benli, C., ve Okyay, P. (2015). Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *14* (3), 209-14. doi:10.5455/pmb.1-1398327138
- Ries, L. A. G., Melbert, D., Krapcho, M., Stinchcomb, D. G., Howlader, N., Horner, M. J., Mariotto, A., Miller, B. A., Feuer, E. J., Altekruse, S. F., Lewis, D. R., Clegg, L., Eisner, M. P., Reichman, M., Edwards, B. K. (2008). SEER cancer statistics review, 1975- 2005. National Cancer Institute: Bethesda, MD.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, *32* (5), 843-53.
- Shaukat, A., Mongin, S. J., Geisser, M. S., Lederle, F. A., Bond, J. H., Mandel, J. S., Church, T. R. (2013). Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *The New England Journal of Medicine*, *369* (12), 1106-14. doi: 10.1056/NEJMoal300720
- Singh, P., ve Mastana, S. (2015). *Depression : A Silent Culprit in Health and Disease*. Sharjah, U.A.E: Bentham Science Publishers Ltd.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu resmi web sitesi, son erişim: 23.03.2016-<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslari.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu resmi web sitesi, son erişim: 26.03.2016-  
[http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf).

Torre, L., Bray, F., Siegel, R., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Jemal, A. (2015).  
Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 65 (2), 87-108.

Winner, M., Wilson, A., Yahanda, A., Kim, Y., Pawlik, T. M. (2016). A cross-sectional study of patient and provider perception of "cure" as a goal of cancer surgery. *Journal of Surgical Oncology*, 114 (6), 677-83. doi: 10.1002/jso.24401

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.

Yaşan, A., Ünal, S., Gedik, E., Girgin, S. (2008). Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9 (3), 162-68.

Zisman, A. L., Nickolov, A., Brand, R. E., Gorchow, A., Roy, H. K. (2006). Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco: implications for screening. *Archives of Internal Medicine*, 166 (6), 629-34. doi: 10.1001/archinte.166.6.629

## Ek A

### Kolorektal Kanser Tanılı Hastaların Birinci Derece Yakınlarının Psikososyal Yönden Değerlendirilmesi

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırmanın amacı kolorektal kanser tanısı almış ve tedavisi yapılmakta olan hastanın birinci derece yakınlarında artmış ailesel gelişme riskinin ve dolayısıyla hastalık farkındalığının yol açtığı anksiyeteyi etkileyen psikososyal faktörlerin anket yöntemi ile değerlendirilmesidir. Yapılan çalışma yaklaşık 25-30 dakika sürmektedir. Hastanızın, İstanbul Bezmialem Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kolon-Rektum-Anüs Hastalıkları Polikliniği'nde rutin yapılan onkolojik kontrolleri esnasında sizin için özel hazırlanan bir odada, poliklinikte araştırmacı tarafından sizden ilgili anketleri doldurmanız istenecektir. Bilgileriniz tamamen **gizli tutulacaktır.** Araştırmaya katılmanız tamamen isteğe bağlıdır. Testi tamamlayan kişiler, tıbbi açıdan gerekli görülür ise tarama programına alınacaktır. Testi tamamlayan kişinin isteği doğrultusunda psikolojik destek sağlanacaktır. Yapmak istediğimiz araştırmanın herhangi bir risk getirmesi beklenmemektedir. Sizden elde edilecek bilgiler ileride kullanıldığı takdirde, kimliğiniz hiçbir şekilde belirtilmeyecektir. Araştırmayla ilgili herhangi bir endişeniz veya sorunuz olursa araştırmacıya **mervekunduz@yahoo.com.tr** e-posta adresinden ve/veya **(0530) 175 6635** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

---

Bana anlatılanları ve yukarıda yazılanları anladım. Bu formun bir kopyasını aldım. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

**Tarih:** ...../..... /.....

**Katılımcının:**

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**Araştırmacının:**

Adı-Soyadı: Merve Kunduz

Adres: Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Koordinatörlüğü, Büyükdere Caddesi No: 106  
34398 Maslak/İstanbul

Tel: 0 (530) 175 66 35

İmza:

**Sahidin:**

Adı-Soyadı:

Adres: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim  
Dalı Koordinatörlüğü

Tel: 0 (212) 453 17 00

İmza:

## Ek B

### Sosyo-Demografik ve Tıbbi Bilgi Formu

1) Adınız-soyadınız: .....

2) Yaşınız: .....

3) Medeni durumunuz:

Evli

Bekar

Boşanmış/Dul

4) Öğrenim düzeyiniz:

İlkokul/ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

5) Sizce aşağıdaki seçeneklerden hangisi aylık gelir düzeyinizi en iyi ifade etmektedir?

1,300 TL ve aşağısı

1,300 TL- 2,000 TL

2,000 TL ve üzeri

6) Düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırır mısınız?

Evet

Hayır

7) Hastaya olan yakınlık dereceniz nedir?

Hasta  
annemdir.

Hasta  
babamdır.

Hasta  
kardeşimdir

Hasta  
çocuğumdur.

8) Yakınınız kolon rektum kanser tanısı almadan önce bu hastalıktan haberdar mıydınız?

Evet

Hayır

9) **Sekizinci soruya cevabınız evet ise:**

- İnternet'ten haberdardım.
- Televizyondan haberdardım.
- Gazete/dergiden haberdardım.
- Arkadaş/çevre vesilesiyle haberdardım.
- Okul/meslek dolayısıyla haberdardım.

10) Hastalığın evresini biliyor musunuz? Biliyorsanız belirtiniz.-----

11) Hastanızın tanısı netleştikten sonra geçen süre nedir? (Ay/ Yıl belirtiniz)

----- ay ----- yıl

12) Ailede başka bir kanser tanılı hasta var mı?

- Evet
- Hayır

13) Hastanıza tanısız amaçlı tetkikler yapılırken:

- Yanındaydım.
- Yanında değildim.

14) Hastanızın ameliyat olduğu dönemde bakımını:

- Sürekli ben sağladım.
- Ara sıra ben sağladım.
- Ben hiç sağlamadım.

15) Hastanıza ameliyatta ostomi (torba) açıldı mı?

- Evet
- Hayır

16) **On beşinci soruya cevabınız evet ise:**

- Ostomi torbası bakımını ben yaptım.
- Ostomi torbası bakımını arada sırada ben yaptım.
- Ostomi torbası bakımını ben hiç yapmadım.

17) Hastanız ameliyat sonrası dönemde kemoterapi aldı mı?

- Evet
- Hayır

18) **On yedinci soruya cevabınız evet ise:**

- Tedavi süresince ben hep yanındaydım.
- Tedavi süresince arada sırada yanındaydım.
- Tedavi süresince hiç yanında değildim.

19) Ailesinde kolon rektum kanser öyküsü olan bireylerde kanser gelişme riski normal bireylere göre artmıştır.

- Evet biliyorum.  Hayır bilmiyorum.

20) **On dokuzuncu soruya cevabınız evet ise:**

- Yakınım hastalanınca araştırıp öğrendim.  
 Yakınım hastalanınca doktorundan öğrendim.  
 Yakınım hastalanmadan önce de biliyordum.

21) Kolon rektum kanseri olmaktan:

- Korkmuyorum.  
 Yakınım hasta olduğundan beridir korkuyorum.  
 Yakınım hastalanmadan önce de korkuyordum.  
 Kanser olmaktan hep korkarım.

22) Kolon rektum kanser ile alakalı korkularınız nedir? (*Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.*)

- Ameliyat olmak  
 Ameliyatta ostomi (torba) açılması  
 Kemoterapi görmek  
 Kanserden ölmek

23) Kendinizde kanserden şüphelenerek hiç doktora gittiniz mi?

- Hiç gitmedim.  
 Yakınım hastalandıktan sonra gittim.  
 Yakınım hastalanmadan önce gittim.

24) Kolon rektum kanseri taraması amacıyla size kolonoskopi yapılmasını ister misiniz?

- Gerekli duymam.  
 Hekime danışarak gerekiyor ise yaptırırım.  
 Hekim istemezse bile korkumdan mutlaka yaptırırım.  
 Kanser çıkacağı korkusuyla kesinlikle yaptırmam.

## Ek C

### SCL 90-R PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak giriniz.

Hiç: 0 Çok az: 1 Orta derecede: 2 Oldukça fazla: 3 İleri derecede: 4

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ya da baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma



17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendisini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme

42. Adale (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama

67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

## Ek D

### *Sağlık Anksiyetesi Ölçeği*

#### SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.  
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.  
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.  
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim  
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim  
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim  
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.  
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.  
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.  
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.  
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.  
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.  
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.  
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.  
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.  
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.  
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.  
(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.  
(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.  
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.  
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.  
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.  
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.  
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.  
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.  
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.  
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.  
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.  
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.



## Özgeçmiş

Merve Kunduz 12 Haziran 1988’de Bandırma’da doğdu. 2012 yılında Amerika’nın Chicago kentinde bulunan Illinois Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. 2016 yılında Işık Üniversitesi’nde Klinik Psikoloji Yüksek lisans programından mezun olması planlanıyor. 2011-2012 yılları arasında Prof. Dr. Dorothy Espelage’nin “Espelage’s Against Bullying Lab” adlı laboratuvarında zorbacılığa maruz kalan ve cinsel istismar gören lise öğrencileri ile alakalı olarak araştırma asistanı görevi yürütüldü. 2015 yılında Türk Psikologlar Derneği bünyesi altında Nöropsikolojik Test eğitimi alındı. 2016 yılında Prof. Dr. Hakan Türkçapar tarafından Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Eğitim Modülü alındı.