



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



# JİNEKOLOJİK KANSERLERDE CİNSEL YAŞAM VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Çiğdem MARANGOZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ

2014- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# JİNEKOLOJİK KANSERLERDE CİNSEL YAŞAM VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Çiğdem MARANGOZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ

2014- ANKARA

Kabul ve Onay

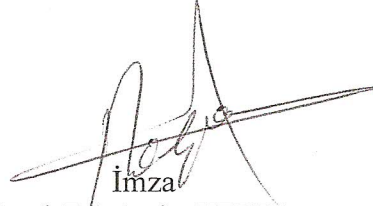
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 08/07/2014



İmza  
Prof. Dr. Ayfer TEZEL  
Ankara Üniversitesi  
Jüri Başkanı



İmza  
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ  
Ankara Üniversitesi  
(Danışman)



İmza  
Doç. Dr. Azize KARAHAN  
Başkent Üniversitesi



İmza  
Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR  
Hacettepe Üniversitesi



İmza  
Yard. Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ  
Ankara Üniversitesi

## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	xi
Çizelgeler	xii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Çalışmanın Amacı	4
1.3. Genel Bilgiler	5
1.3.1. Dünya’da ve Türkiye’de Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi	5
1.3.2. Jinekolojik Kanserlerin Tanı ve Tedavisi	9
1.3.2.1. Serviks Kanseri	9
1.3.2.2. Over Kanseri	12
1.3.2.3. Endometrium Kanseri	14
1.3.2.4. Vulva Kanseri	16
1.3.2.5. Vajina Kanserleri	18
1.3.2.6. Fallopian Tüp Karsinomları (Tuba Uterin Kanseri)	19
1.3.3. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Cinsel Yaşam	21
1.3.3.1. Cinsellik Nedir?	21
1.3.3.2. Kadının Cinsel Eylem Fizyolojisi	21
1.3.3.3. Uygulanan Tedavilerin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi	24
1.3.3.3.1. Cerrahi Tedavinin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi	24
1.3.3.3.2. Radyoterapinin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi	25
1.3.3.3.3. Kemoterapinin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi	27
1.3.3.4. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Ortaya Çıkan Cinsel Sağlık Sorunları	28
1.3.3.4.1. Beden İmajına Yönelik Sorunlar	28
1.3.3.4.2. Cinsiyet Rolüne Yönelik Sorunlar	28
1.3.3.4.3. Cinsel Fonksiyonlara Yönelik Sorunlar	29
1.3.3.4.4. Üreme Yeteneğine Yönelik Sorunlar	31
1.3.3.5. Jinekolojik Kanserli Kadınların Cinsel Yaşamını Değerlendirmede Hemşirenin Rolü	31
1.3.4. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi	37
1.3.5. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Depresyon	40

1.3.6.	Jinekolojik Kanserli Hastalarda Umutsuzluk	42
<b>2.</b>	<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>45</b>
2.1.	Araştırmanın Şekli	45
2.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	45
2.3.	Araştırmanın Örneklemi	48
2.4.	Araştırma Soruları	49
2.5.	Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	49
2.6.	Veri Toplama Aracı	50
2.6.1.	Hasta Tanıtım Formu	50
2.6.2.	Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-VERSION 3.0)	51
2.6.3.	Beck Depresyon Envanteri (BDE)	53
2.6.4.	Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	54
2.6.5.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası	55
2.7.	Ön Uygulama	57
2.8.	Uygulama	57
2.9.	Verilerin Analizi	60
2.10.	Etik İlkeler	61
2.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları	62
<b>3.</b>	<b>BULGULAR</b>	<b>63</b>
3.1.	Birinci Bölüm	63
3.1.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	63
3.1.2.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Geçerlik ve Güvenirlik çalışması	70
3.1.2.1.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Geçerlik Çalışması	70
3.1.2.1.1.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Dil Geçerliği	70
3.1.2.1.2.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Kapsam Geçerliği	70
3.1.2.1.3.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Yapı Geçerliği	71
3.1.2.1.3.1.	Açıklayıcı Faktör Analizi	72
3.1.2.1.3.2.	Doğrulayıcı Faktör Analizi	75
3.1.2.2.	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Güvenirlik Çalışması	77

<b>.1.2.2.1.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın İç Tutarlılığının Belirlenmesi	78
<b>3.1.2.2.2.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Zamana Göre Değişmezliğinin Belirlenmesi	78
<b>3.2.</b>	İkinci Bölüm	80
<b>3.2.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puanlarının Karşılaştırılması	80
<b>3.2.2.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının Karşılaştırılması	91
<b>3.2.3.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	113
<b>3.2.4.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	117
<b>4.</b>	<b>TARTIŞMA</b>	<b>122</b>
<b>4.1.</b>	Birinci Bölüm	122
<b>4.1.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması	122
<b>4.1.2.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalasının Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	125
<b>4.2.</b>	İkinci Bölüm	127
<b>4.2.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puanlarının Tartışılması	127
<b>4.2.2.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının Tartışılması	135
<b>4.2.2.1.</b>	EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Tartışılması	136
<b>4.2.2.2.</b>	EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Tartışılması	138
<b>4.2.2.3.</b>	EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Tartışılması	140
<b>4.2.3.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Tartışılması	142
<b>4.2.4.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Tartışılması	145
<b>5.</b>	<b>SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	<b>147</b>
<b>5.1.</b>	Birinci Bölüm	147
<b>5.1.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	147
<b>5.1.2.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalasının Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar	148
<b>5.2.</b>	İkinci Bölüm	149

<b>5.2.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	149
<b>5.2.2.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	150
<b>5.2.2.1.</b>	EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar	150
<b>5.2.2.2.</b>	EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar	150
<b>5.2.2.3.</b>	EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar	151
<b>5.2.3.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	151
<b>5.2.4.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BeckUmutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	152
<b>5.3.</b>	Öneriler	152
<b>ÖZET</b>		<b>154</b>
<b>SUMMARY</b>		<b>156</b>
<b>KAYNAKLAR</b>		<b>158</b>
<b>EKLER</b>		<b>173</b>
<b>EK-1</b>	Onam Formu	173
<b>Ek-2</b>	Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi- Hasta Tanıtım Formu	174
<b>EK-2A</b>	Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30 -VERSION 3.0), Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği	176
<b>EK-2B</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası	180
<b>EK-3</b>	Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının İlişkisi	182
<b>EK-4</b>	Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) Alt Boyut Puanlarının Yaş, TGS ve AGS ile İlişkisi	183

EK-5	Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) Alt Boyut Puanlarının Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanları ile İlişkisi	184
EK-6	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası izin belgesi	185
EK-7	Etik Kurul İzni	186
EK-8	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi	187
EK-9	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi	188
EK-10	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Belgesi	189
EK-11	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve uygulama Hastanesi İzin Belgesi	190
EK-12	Gazi Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi	191
	<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>192</b>

## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın yöntem ve içerik planlanmasında, yürütülmesinde, istatistiksel analizlerinde emeğini esirgemeyen, bilimsel birikimi ile çalışmama ışık tutan ve desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ'ye,

Veri toplama aşamasında hastaları takip etmemde yardımcı olan ve güler yüzleri ile kendimi rahat hissetmemi sağlayan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum Poliklinik hemşiresi Sayın Saadet ERDOĞAN'a, Kadın-Doğum Kliniği sekreteri Sayın Bahtinur İPEK'e; Kadın-Doğum Hastalıkları Uzmanı Sayın Uzm. Dr. Funda ATALAY'a ve Tıbbi Onkoloji Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nin tüm çalışanlarına; Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nin Kadın-Doğum Kliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesinde çalışan hemşire Sayın Ayşegül DOĞAN ve Neslihan ÇELİK'e; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Jinekoloji Onkoloji Kliniğinde çalışan sağlık memuru Sayın Bünyamin ERDOĞAN'a ve Tıbbi Onkoloji Kliniği ile Gündüz Kemoterapi Ünitesi çalışanlarına; Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesinde çalışan değerli hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya katılarak destek veren tüm bireylere,

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, beni bugünlere getiren, her sıkıntımı benimle kat kat yaşayan, fedakarlıklarını anlatmaya kelimelerin yetersiz kaldığı eşsiz iki insana, annem Ayşe ÇÜRÜK'e ve babam Hasan ÇÜRÜK'e,

Yaşamımın son 11 yılını benimle paylaşan, hayatıma anlam katan ve tez aşamasında da yardımını esirgemeyen, her zaman güç veren değerli hayat arkadaşım Sefa MARANGOZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	American Cancer Society / Amerikan Kanser Derneği
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index / Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
AGS	Ameliyattan sonra geçen süre
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BLND	Bilateral Lenf Nodu Diseksiyonu
BSO	Bilateral Salfingo Ooferektomi
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
CFI	Confirmatory Fit Index / Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CGS	Tedavi ile ilk cinsel ilişki arasında geçen süre
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC QLQ	European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Core Questionnaire / Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
ERT	Eksternal radyoterapi
F	Varyans analizi test istatistiği
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics / Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu
FSFI	Female Sexual Function Index / Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
GFI	Goodness of Fit Index / Uyum İyiliği İndeksi
HPV	Human Papilloma Virus
IFSF	Index of Female Sexual Function / Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi
IRT	İnternal radyoterapi
KMO	Keiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliği ölçüsü
Max.	Maksimum
Min.	Minimum
n	Örneklem sayısı
NFI	Normed Fit Index / Normlaştırılmış uyum indeksi
NNFI	Non-normed Fit Index / Normlaştırılmamış uyum indeksi
p	Önemlilik derecesi
r	Korelasyon katsayısı
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation / Yaklaşık hataların ortalama karekökü
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual / Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamalarının karekökü
SS	Standart sapma
<i>t</i>	İki ortalama arasındaki farkın test istatistiği
TAH	Total Abdominal Histerektomi

TGS	Tanı konulduktan sonra geçen süre
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
U	Mann Whitney U test istatistiği
USO	Unilateral Salfingo Ooferektomi
WHO	World Health Organization
$X^2$	Kruskal Wallis Varyans Analizi test istatistiği
$x^2 / sd$	Ki Kare / Serbestlik derecesi
$\bar{x}$	Ortalama
Z	Mann Whitney U test istatistiği

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1.</b>	Serviks Kanseri FIGO Evrelemesi	10
<b>Şekil 2.</b>	Over Kanseri FIGO Evrelemesi	13
<b>Şekil 3.</b>	Endometrium Kanseri FIGO Evrelemesi	15
<b>Şekil 4.</b>	Vulva Kanseri FIGO Evrelemesi	17
<b>Şekil 5.</b>	Vajina Kanseri FIGO Evrelemesi	18
<b>Şekil 6.</b>	Tuba Kanseri FIGO Evrelemesi	20
<b>Şekil 7.</b>	Araştırmanın Akış Şeması	59
<b>Şekil 8.</b>	Standartlaştırılmış faktör yükleri ile çizilmiş doğrulayıcı faktör analizi Path diyagramı	77

## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 2.6.1.</b>	EORTC QLQ-C30 Puanlarının Dağılımları ve Cronbach $\alpha$ Katsayısı	53
<b>Çizelge 3.1.1.1.</b>	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	64
<b>Çizelge 3.1.1.2.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri	65
<b>Çizelge 3.1.1.3.</b>	Hastaların Cinsel Yaşamına Yönelik Genel Bilgiler	68
<b>Çizelge 3.1.1.4.</b>	Hastaların Cinselliğe Yönelik Sorularını Sormama Nedenleri	69
<b>Çizelge 3.1.1.5.</b>	Hastaların Tanı Öncesi ile Sonrası Cinsel Yaşamlarında Oluşan Değişikliklerin Karşılaştırılması	69
<b>Çizelge 3.1.2.1.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Varimax Döndürme Sonrası Faktör Yük Değerleri	73
<b>Çizelge 3.1.2.2.</b>	Açıklayıcı Faktör Analizi Sonucunda Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun Alt Boyutları ve Maddelerinin Orijinal Skala ile Karşılaştırılması	75
<b>Çizelge 3.1.2.3.</b>	Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	76
<b>Çizelge 3.1.2.4.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puan Dağılımları ve Cronbach $\alpha$ Katsayıları	78
<b>Çizelge 3.1.2.5.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun Alt Boyut Puanları ile Tekrar Test Puanlarının İlişkisi	79
<b>Çizelge 3.1.2.6.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun Test-Tekrar Test Puan Dağılımları	79
<b>Çizelge 3.2.1.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	82
<b>Çizelge 3.2.1.2.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Diğer Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi	84
<b>Çizelge 3.2.1.3.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	87
<b>Çizelge 3.2.1.4.</b>	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Diğer Tıbbi Özelliklerle İlişkisi	91

<b>Çizelge 3.2.2.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	92
<b>Çizelge 3.2.2.2.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	94
<b>Çizelge 3.2.2.3.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	96
<b>Çizelge 3.2.2.4.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	100
<b>Çizelge 3.2.2.5a.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	106
<b>Çizelge 3.2.2..5b.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	111
<b>Çizelge 3.2.3.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BDE Puanlarının Karşılaştırılması	113
<b>Çizelge 3.2.3.2.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BDE Puanlarının Karşılaştırılması	115
<b>Çizelge 3.2.3.3.</b>	Hastaların BDE Puanlarının Yaş, TGS ve AGS ile İlişkisi	117
<b>Çizelge 3.2.4.1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması	118
<b>Çizelge 3.2.4.2.</b>	Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması	119
<b>Çizelge 3.2.4.3.</b>	Hastaların BUÖ Puanlarının Yaş, TGS ve AGS ile İlişkisi	120
<b>Çizelge 3.2.4.4.</b>	Hastaların BUÖ puanı ile BDE Puanının İlişkisi	121

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Poblemin Tanımı ve Önemi

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren bir hastalıktır. Kanser tanısı ve tedavisinde aşamalar kaydedilmekle birlikte genellikle ölüm ile sonuçlanmaktadır ve herkeste gelişebilmektedir (American Cancer Society (ACS), 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde yaygın olarak görülen dört kronik hastalığı bulaşıcı olmayan hastalıklar başlığı altında toplamıştır. Kanser bu dört temel hastalıktan birini oluşturmaktadır. Verilere göre Dünya’da 2008 yılında 57 milyon kişi yaşamını yitirmiştir ve bunların %63’üne bu hastalıklar sebep olmuştur. Bu hastalıklar içerisinde kanser, ölüm nedenleri arasında %27’lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırayı almaktadır. DSÖ, 2008 yılında 12,7 milyon yeni kanser vakası görüldüğünü bildirmektedir. Kanser görülme hızı aynı oranda devam ettiği sürece, 2030 yılında 21,4 milyon insanın kansere yakalanacağı tahmin edilmekte ve 2/3’ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı bildirilmektedir. Mortalite ve morbiditesi bu kadar yüksek olan kanser hastalığının oluşmasında birçok faktör etkili olarak birlikte sigara, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi üzerinde önemle durulmaktadır (World Health Organization-WHO, 2010b).

Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasının yanında mortalitenin önemli etkenlerindedir (Abraham ve ark., 2009). Dünya genelinde 2008 verilerine göre; tüm kadınlarda görülen kanserler içerisinde serviks kanseri üçüncü sırada, endometrium kanseri altıncı sırada ve over kanseri sekizinci sırada yerini almıştır (Arbyn ve ark., 2011; Jemal ve ark., 2011). Over kanseri, tüm jinekolojik kanser türleri içerisinde mortalite oranı en yüksek olanıdır (Dizon ve Campos, 2010). Vulva kanseri tüm jinekolojik kanserlerin

%4'ünü (Abraham ve ark., 2009), vajina kanseri %1-2'sini (Yüce, 2008b), tuba kanseri ise %0,3'ünü (Decherney ve ark., 2010) oluşturmaktadır.

Türkiye'de kanser istatistiklerine yönelik ulaşılabilen en yeni verilere göre; kadınlarda görülen kanser türleri içinde endometrium kanseri yüz binde 8,4'lük görülme sıklığı ile dördüncü sırayı, over kanseri yüz binde 5,9'luk görülme sıklığı ile yedinci sırayı ve serviks kanseri yüz binde 4,9'luk görülme oranı ile dokuzuncu sırayı almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

İnsan yaşamının temel gereksinimlerinden biri olan cinsellik, oldukça karmaşık bir örüntüdür. Bireyin emosyonel, mental ve fiziksel olarak erkeklik ya da kadınlığı deneyimlemesini, sahip olduğu cinsel organların fonksiyonlarını algılamasını, bu fonksiyonları gösterme becerisini ve ifade etme tarzını içeren; biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan bir kavramdır (Kütmeç, 2009). Bir bireyin sağlıklı olmasından söz ederken cinselliğin göz ardı edilmesi mümkün değildir. Cinsellik kültürel değerlerden, bireyin gelişim dönemlerinden ve yaşamındaki değişik olaylardan etkilenmektedir (Mete, 2008).

Diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında kanser daha yüksek oranlarda cinsel problemlere sebep olmaktadır (Oskay ve ark., 2011). Kanser hastalarının %10-90'ı cinsel yaşamları ile ilgili problemler yaşamaktadır (Tan ve ark., 2002). Özellikle jinekolojik kanserlerin tedavi yöntemleri fizyolojik, hormonal, yapısal ve psikolojik değişiklikler ile kadında çeşitli cinsel sorunlara sebep olmaktadır (Kütmeç, 2009). Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi tedavi türleri; kadının cinsel isteğinde, cinsel birleşme sıklığında, vajinal uyarılmasında, cinsel ilişki sonrası memnuniyetinde, vajinal lubrikasyonunda azalmaya sebep olmaktadır (Bergmark ve ark., 1999; Taylor ve ark., 2004; Pieterse ve ark., 2006; Tangjitgamol ve ark., 2007). Bunların yanında, hastaların büyük çoğunluğunun disparoni (koitus sırasında yaşanan ağrı), post koital kanama ve erken orgazm sorunu yaşadığı belirtilmektedir (Kylstra ve ark., 1999; Lindau ve ark., 2007). Üreme organlarının çıkarılmasına bağlı olarak kadınlar üreme yeteneğini de kaybetmektedir (Krebs, 2005).

Radyoterapi tedavisi alan kadınlarda, vajinal kuruluk, vajinal hissizlik, sekse ilgisizlik, disparoni, orgazm problemleri, vajinal elastikiyette ve seks sonrası memnuniyette azalma görülmektedir (Cull ve ark., 1993; Katz ve ark., 2001; Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007). Kemoterapi tedavisinde östrojenin azalmasıyla kadında vajinanın çekilmesi, sıcak basmaları, üriner enfeksiyonlar ve duygusal değişimler meydana gelmektedir. Radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri olan bulantı-kusma, diare, iştahsızlık, mukozit, alopesi, yorgunluk kadının cinsel çekiciliğini büyük ölçüde etkilemektedir (Knapstein ve ark., 2004; Reis ve ark., 2010; White ve ark., 2013).

Tüm tedavi yöntemleri kadında çeşitli psikolojik değişimlere de sebep olmaktadır. Bunlar, beden imajında bozulma (Knapstein ve ark., 2004; Burns ve ark., 2007), kadının kendisi ve ailesi ile ilgili yaşadığı korku ve endişeler (Sekse ve ark., 2010; Bal ve ark., 2013), umutsuzluk (Aslan ve ark., 2007), şiddetli üzüntü, anksiyete ve depresyon (Bodurka-Bevers, 2001) şeklinde kendini göstermektedir. Kadınlar cinsel organlarının çıkarılmasına bağlı olarak kadınlık duygularını yitirebilmektedir (Bal ve ark., 2013). Bunun yanında eş ve anne olarak rollerini yerine getirememekte, bundan dolayı da büyük üzüntü yaşamaktadır (Juraskova ve ark., 2003). Kanser tedavilerinin cinsel yaşamı ve doğurganlığı etkilemesi kadında şiddetli depresyona yol açmaktadır (Carter ve ark., 2005). Çünkü, üreme organları kadınlık kimliğinin belirlenmesinde önemli role sahiptir (Mete, 2008). Diğer taraftan kadın kanser gibi ölümcül bir hastalıkla yüz yüze olduğundan, eşinden ve çocuğundan ayrılma korkusu yaşadığından, cinsel yaşamında meydana gelen olumsuz değişimlerden ve beden imajının etkilenmesinden dolayı umutsuzluk yaşamaktadır (Hamilton, 1999; Hammer ve ark., 2009).

Tüm bu faktörlerle kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonlarının etkilenmesi yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Le ve ark., 2003; Janda ve ark., 2004; Nout ve ark., 2009).

Cinsel yaşamı değerlendirmede primer rolü hemşire üstlenmektedir. Hemşire hastaların cinsel yaşamını değerlendirebilecek, hastadaki depresif belirtileri erken dönemde saptayabilecek ve saptadığı sorunlara yönelik girişimlerini uygulayabilecek

pozisyonda olan sağlık profesyonelidir. Bu konuda hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir (Mete ve nen, 2001; Oskay ve ark., 2011). Ancak, cinsellik mahrem bir konu olmasından, toplumsal ve kültürel etmenlerden etkilenmesinden dolayı konuşulması oldukça zor bir konudur (Stead ve ark., 2003; Algier ve Kav, 2008; Park ve ark., 2009). Bu nedenle göz ardı edilebilmektedir.

Cinsel yaşamı değerlendirmeye yönelik Dünya’da bir çok ölçek kullanılmaktadır (Corona ve ark., 2006). Türkiye’de ise kanser hastaları üzerinde kullanılan lekler, Kadın Cinsel İşlev leği (Female Sexual Function Index-FSFI) ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF)’dir (Kütmeç, 2009). Yapılan literatür taraması sonucu Türkiye’de jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamını geniş çaplı değerlendirecek bir ölçeğe ihtiyaç olduğu saptanmıştır. Bu noktadan hareketle, araştırmamız sonucunda hemşirelerin hastalarının cinsel yaşamını çok yönlü ve sistematik olarak değerlendirebileceği, hastadaki cinsel sorunları kolaylıkla saptayabileceği bir lek Türk diline kazandırılmış olacaktır. Böylece, hemşireler açısından klinik uygulamalarda jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamının değerlendirmesi ve kayıt altında tutulması kolaylaşacaktır. Aynı zamanda oldukça sınırlı araştırmaya sahip olunan bu alanda, çalışmamız ile cinsel yaşamı etkileyen faktörler belirlenerek, hemşirelik bakımının kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Çalışmanın Amacı**

Bu alışma; “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks lm Skalası”nın (Sexuality Scale, Zeng ve ark., 2012) Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenirliğini saptamak ve jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### 1.3. Genel Bilgiler

#### 1.3.1. Dünya’da ve Türkiye’de Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi

Kanser türleri içerisinde jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Abraham ve ark., 2009).

*Serviks kanseri*, tüm kadın kanserlerinin %6’sını oluşturmaktadır (Abraham ve ark., 2009). Dünya genelinde kadınlarda görülen üçüncü en yaygın kanser türü olmakla birlikte ölüm oranlarına göre sıralandığında dördüncü sırada yer almaktadır (Jemal ve ark., 2011). Serviks kanseri, Dünya’da 2002 yılında tüm kanserler içerisinde görülme sıklığı açısından yedinci sırada; kadın kanserleri içerisinde ise ikinci sırada yer almıştır. Dünya genelinde, 2002 yılında 493 243 yeni tanı ile karşılaşmış ve 273 505 kişi bu sebeple yaşamını yitirmiştir (Parkin ve ark., 2005). Dünyada 2008 yılında ise 529 800 yeni tanı ile serviks kanseri üçüncü sırayı almıştır (Arbyn ve ark. 2011; Jemal ve ark., 2011). Bu vakaların 76 100’ü gelişmiş ülkelerde, 453 300’ü gelişmekte olan ülkelerde görülmüştür. Aynı yıl içerisinde 275 100 ölüm serviks kanserine bağlı gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 242 000’i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir. Serviks kanserine bağlı ölüm oranlarının en yüksek olduğu ülkeler; Doğu-Batı ve Güney Afrika’nın yanı sıra, Güney-Orta Asya ve Güney Amerika’dır. Bunları Hindistan takip etmektedir. Oranların en düşük olduğu ülkeler ise Batı Asya, Avusturalya (Yeni Zelanda) ve Kuzey Amerika’dır (Jemal ve ark. 2011).

Serviks kanseri mortalitesi, Avrupa’da 1990-1994 ve 2000-2004 yılları arasında yüz binde 7,1’den yüz binde 5,7’ye düşmüştür. Bu durumun Batı ve Kuzey Avrupa’da başlamış olan tarama programlarına bağlı olduğu bilinmektedir (La Vecchia ve ark., 2010). Yunanistan’da serviks kanseri, kadın kanserleri içerisinde görülme sıklığı açısından beşinci sırada yer almaktadır ve ölüm oranı yüz binde 2,48’dir (Rıza ve ark., 2000). Belçika’da ise yüz bin kadından 4,33’ünde görülmektedir (Arbyn ve ark., 2000).

Amerika’da her yıl 14 000 yeni serviks kanseri tanısı konulmakta ve 5 000 kadın bu sebeple yaşamını yitirmektedir (ACS, 2012). ACS, 2006-2010 yılları arasında 50 yaşından genç kadınlarda serviks kanseri görülme oranının aynı kaldığını ve 50 yaşından büyük kadınlarda %3,1 oranında azalma olduğunu belirtmiştir. Bu azalmada erken tanı ve pap-test izlemlerinin önemi büyüktür (ACS, 2014). Serviks kanserine bağlı, 2009 yılında 20 ile 39 yaşları arasında 438 kadının yaşamını yitirdiği bildirilmektedir (Siegel ve ark., 2011). Amerika’da 2014 yılında 12 360 kadının serviks kanseri tanısı alacağı ve 4020’sinin buna bağlı olarak öleceği tahmin edilmektedir (ACS, 2014).

Türkiye’de 2003-2005 yılları arasında 1364 serviks kanseri vakası ile karşılaşmış ve bu vakaların 726’sı aynı yıllar içerisinde yaşamını yitirmiştir (Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 2009). Serviks kanseri 2006 yılında yüz binde 4,8’lik görülme oranı ile dokuzuncu sırayı almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Türkiye’de kanser istatistiklerine yönelik ulaşılabilen en yeni veriler ise Sağlık Bakanlığı’nın 2011 tarihli raporunda yer almaktadır. Bu rapora göre; 2006-2008 yılları arasında serviks kanseri kadınlarda görülen kanserler içerisinde 10. sırada yerini almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

**Over kanseri**, kadınlardaki tüm kanserlerin yaklaşık %3’ünü oluşturmaktadır. Tüm jinekolojik kanserler içerisinde en yüksek mortalite oranına sahip kanser türüdür (Dizon ve Campos, 2010). Görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde daha fazla bulunan over kanseri, 2002 yılında dünya genelinde kadınlarda görülen tüm kanserler içerisinde ölüm sebepleri açısından yedinci sırayı almıştır (Parkin ve ark., 2005). Dünyada 2008 yılında 140 200 kadının ölümüne sebep olmuştur. Aynı yıl içerisinde, gelişmiş ülkelerin tümünde toplam 100 300 kişi over kanserine yakalanmış ve 64 500 kadın bu nedenle yaşamını yitirmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise 125 200 kişi over kanseri tanısı almış ve bunların 75 700’ü bu sebeple yaşamını yitirmiştir (Jemal ve ark., 2011).

Tüm Avrupa Birliği Ülkeleri’nde 1990-1994 ve 2000-2004 yılları arasında over kanserine bağlı mortalite oranı tüm yaş gruplarında %5 azalma göstermiştir. Bu azalma, ilk Avusturya, İsviçre, Hollanda ve İskandinav Ülkeleri’nde başlamıştır.

Over kanserine bağlı en yüksek mortalite oranları 2000-2004 yılları arasında Danimarka, İrlanda ve Litvanya (yaklaşık yüz binde dokuz)'da görülmüştür. Portekiz ve Romanya over kanseri ile ilişkili en düşük mortalite oranına (yaklaşık yüz binde dört) sahip iki ülkedir. Fransa ve İtalya'da da bu oran oldukça düşüktür (La Vecchia ve ark., 2010).

Amerika'da her yıl 20 000'in üzerinde yeni over kanseri tanısı konulmakta ve 5000 kadın bu hastalık sebebi ile yaşamını yitirmektedir (Dizon ve Campos, 2010). Amerika'da görülme sıklığı açısından 2010 yılında over kanseri kadınlarda görülen kanserler içerisinde dokuzuncu sırayı ve ölüm oranlarına göre sıralandığında beşinci sırayı almıştır (Jemal ve ark., 2010). Over kanseri vakası 2011 yılında ise 21 990'a ulaşmıştır. Aynı yıl içerisinde kadın kanserlerine bağlı ölümlerin %6'sını oluşturarak beşinci sırada yerini almıştır (Siegel ve ark., 2011). Bu oranlara göre, 2014 yılında 21 980 kadının over kanseri tanısı alacağı ve 14 270 kadının buna bağlı yaşamını kaybedeceği tahmin edilmektedir (ACS, 2014).

Türkiye'de 2000 yılında 692 over kanseri vakasına rastlanmıştır (Hamzaoğlu ve zcan, 2006). Yeni over kanseri vaka sayısının 2003-2005 yılları arasında 1628 olduğu ve bu vakaların 1001'inin aynı yıllar içerisinde yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 2009). Over kanseri 2006 yılında yüz binde 5,9 'luk görülme oranı ile yedinci sırayı almıştır (Sağlık Bakanlığı., 2011a). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, 2003-2007 yılları arasında kadınlardaki ölümlerin %8,2'sinin over kanserinden kaynaklandığı saptanmıştır (Nur ve ark., 2007).

***Endometrium kanseri***, günümüzde gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanser türüdür (Jemal ve ark., 2011). Dünya'da, endometrium kanserine bağlı, 2002 yılında 199 000 yeni vakadan 50 000'i yaşamını yitirmiştir. Kuzey Amerika ve Avrupa'da daha çok görülmekle birlikte, Güney ve Doğu Asya'da görülme sıklığı azalmaktadır. Endometrium kanserli hastaların en az olduğu ülke ise Afrika'dır (Parkin ve ark., 2005). Dünya genelinde 2008 yılında endometrium kanseri 281 100 yeni vaka ile altıncı sırayı almıştır (Jemal ve ark., 2011).

Tüm Batı Avrupa Ülkeleri'nde, 2000-2004 yılları boyunca görülme oranı yüz binde altıdan daha azdır. Endometrium kanserine bağlı ölümler ise, Rusya, Romanya, Bulgaristan'da yüz binde beş civarındadır (La Vecchia ve ark., 2010).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde endometrium kanseri, 2010 yılında kadınlarda görülen kanser oranına göre sıralamada dördüncü; ölüm oranına göre sıralama yapıldığında ise sekizinci sırada yer almıştır (Jemal ve ark., 2010). Amerika'da 2011 yılında kadın kanserlerinin %6'sını oluşturmuş ve tüm kadın kanserlerine bağlı ölümler içerisinde sekizinci sırayı almıştır (Siegel ve ark., 2011). Bu oranlar bu şekilde devam ederse, 2014 yılında 52 630 yeni endometrium kanseri tanılacağı ve 8 590 ölüm olacağı tahmin edilmektedir (ACS, 2014).

Türkiye'de ise 2000 yılında 432 endometrium kanseri vakasına rastlanmıştır (Hamzaoğlu ve Özcan, 2006). Endometrium kanserine bağlı 2003-2005 yılları arasında 1391 vakadan 581'i aynı yıllar içerisinde yaşamını yitirmiştir (Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 2009). Endometrium kanseri 2006 yılında yüz binde 8,4 'lük görülme oranı ile dördüncü sırayı almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Türkiye'de 2006-2008 yılları arasında ise kadınlarda görülen kanserler içerisinde beşinci sırada yerini almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

**Vulva kanseri**, nadir görülmektedir. Tüm jinekolojik kanserlerin %4'ünü oluşturmaktadır. ABD'de görülme sıklığı açısından endometrium, over ve serviks kanserinden sonra dördüncü sırada yer almaktadır (Dizon ve Campos, 2010). Dünya'da 2003 yılında 4 000 yeni vaka öngörülmüştür. Türkiye'de 2004-2006 yılları arasında toplam 103 vulva kanseri vakası olduğu belirtilmektedir (Uçar ve Bekar, 2010).

**Vajina kanseri**, jinekolojik kanser türleri içerisinde nadir görülen kanser türüdür. Jinekolojik kanserlerin %1-2'sini oluşturmaktadır (Dizon ve Campos, 2010). Türkiye'de Kocaeli Üniversitesi'nde 1996-2002 yılları arasında beş vajina kanseri vakası saptanmıştır (Özkara ve ark., 2003).

*Tuba kanseri*, en nadir görülen jinekolojik kanser türüdür. Tüm jinekolojik kanserlerin ortalama % 0,3'ünü teşkil etmektedir (Decherney ve ark., 2010; Dizon ve Campos, 2010).

### **1.3.2. Jinekolojik Kanserlerin Tanı ve Tedavisi**

#### **1.3.2.1. Serviks Kanseri**

Serviks kanserleri yaygın olarak görülmekle birlikte tüm jinekolojik kanserler içerisinde tarama programlarına sahip, erken tanı ve tedavi şansı yüksek kanserlerdir (Spencer, 2007). Etiyolojisinde pek çok faktör yer almakla birlikte kesin bir nedeni henüz tanımlanamamıştır. Ancak, serviks kanseri üzerinde yapılan çalışmalar, etiyolojisinde Human Papilloma Virüs (HPV)'ün etkili olduğunu belirtmektedir. Özellikle 30-55 yaşları arasında olan kadınlarda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda, erken yaşta cinsel ilişkiye girenlerde, partner sayısı, gebelik ve doğum sayısı yüksek olanlarda, ilk gebelik ve doğum yaşı 20 ve altında olanlarda, Genital Herpes Simpleks Virüsü ve HPV'si olanlarda, sigara kullananlarda, siyah kadınlarda, genital hijyeni iyi olmayanlarda, vitamin C, beta karoten ve folat eksikliği olan kadınlarda daha sık görülmektedir (Spencer, 2007; Kösebay ve Demirkıran, 2008).

Serviks kanserinin başlangıç evrelerinde genellikle belirti ve bulgular görülmez. Menstruasyon dönemleri arasında olan kanamalar ile postkoital veya postmenopozal kanamalar en sık görülen bulgulardır. Bunların yanında kötü kokulu vajinal akıntı, 10 günden uzun süren menoraji, miksiyon ve defekasyon bozuklukları, daha ileri evrelerde ise pelvik ağrılar ve zayıflama görülebilir. Tüm şüpheli durumlarda biyopsi veya endoservikal küretaj yapılmalıdır. Şüpheli biyopsi materyallerinden sonra, konizasyon (rahim ağzının ortasından koni biçiminde parça çıkarılması işlemi) yapılarak tanı kesinleştirilir. Bunların yanında rutin laboratuvar ve radyolojik incelemeler yapılmaktadır (Dunleavey, 2009).

Serviks kanseri, lenfatik yoluyla lenf nodalarına, komşuluk yoluyla vajina ve endometriuma yayılım göstermektedir. Hematojen yayılım ileri evrelerde görülmekle birlikte daha çok karaciğer, akciğer ve kemiğe metastaz ile görülmektedir (Randall ve ark., 2009). Serviks kanserinde Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO) sınıflaması en çok kullanılan evreleme sistemidir. Şekil 1’de serviks kanserinin evrelemesi verilmiştir (Spencer, 2007; Kösebay ve Demirkıran, 2008).

<b>Evre</b>	<b>Tanım</b>
<b>0</b>	Karsinoma in situ. Servikse sınırlı
<b>IA</b>	Mikroskopik kanser bulgusu
<b>IA1</b>	3 mm’den daha derin ve 7 mm’den daha geniş olmayan stromal invazyon
<b>IA2</b>	3 mm’den büyük ancak 5 mm’den küçük derinlikteki ve 7 mm’den daha geniş olmayan stromal invazyon
<b>IB</b>	Üterin sınırlı klinik olarak görülebilen lezyon
<b>IB1</b>	4 cm’den büyük olmayan klinik olarak görülebilen lezyon
<b>IB2</b>	4 cm’den büyük klinik olarak görülebilen lezyon
<b>II</b>	Uterus dışına uzanan ancak pelvik duvar veya vajenin alt 1/3’ ünü tutmayan karsinom
<b>IIA</b>	Belirgin parametrial tutulum yok
<b>IIB</b>	Belirgin parametrial tutulum
<b>III</b>	Pelvik duvarına uzanım
<b>IIIA</b>	Pelvik duvara uzanımı olmayan ancak vajenin alt 1/3 ‘ünü tutmuş tümör
<b>IIIB</b>	Pelvik duvara uzanım ve/veya hidronefroz ya da fonksiyonunu kaybetmiş böbrek
<b>IV</b>	Gerçek pelvis dışına uzanım veya mesane ya da rektum mukozasında klinik tutulum
<b>IVA</b>	Çevre organlara yayılım
<b>IVB</b>	Uzak organlara yayılım

**Şekil 1.** Serviks Kanseri FIGO Evrelemesi

Hastaların en iyi prognoz göstergesi klinik evreleridir. İkinci önemli prognoz faktörü ise lenf nodu metastazlarıdır. Erken evre serviks kanserinde (IA ve IB1) yaşam oranı %85-100 arasında değişmektedir. Metastazların varlığında prognoz kötüleşmektedir (Dunleavey, 2009). Tümör hacminin büyük olması, histolojik alt grup, endometrium tutulumu ve onkojenlerin artmış olması diğer kötü prognoz faktörleridir (Spencer, 2007).

Serviks kanserinin tedavisinde primer tümör bölgesi ile birlikte komşu doku ve lenf nodlarının da tedavi edilmesi gerekir. Evre IA-1'de tedavi cerrahidir. Çocuk yapma sürecini tamamlamış olan hastalarda tip 1 histerektomi (Sadece uterus çıkarılır-Basit Histerektomi) uygulanır. Doğurganlığının devamını isteyen hastalarda konizasyon (rahim ağzının ortasından koni biçiminde parça çıkarılması işlemi) uygulanır (Taşkın, 2011). Eğer lenfovasküler invazyon varsa tip 2 histerektomi (Uterusla birlikte kardinal ve sakrouterin ligamanın iç yarısı ve 1/3 üst vajen çıkarılır-Modifiye radikal histerektomi) uygulanır (Kösebay ve Demirkıran, 2008; Abraham ve ark., 2009). Evre IA-2'de lenfovasküler invazyon varsa tip 2 veya tip 3 histerektomi (Uterusla birlikte kardinal ve sakrouterin tamamı ve 1/3 üst vajen çıkartılır- Radikal Histerektomi) ve lenfadenektomi standart tedavidir. Evre IIA' da uygulanan standart tedavi radikal histerektomidir. Radikal histerektomi sonrasında saptanan kötü prognostik faktörlere göre olguların yaklaşık %23-45'ine adjuvan radyoterapi tedavisi uygulanır (Kösebay ve Demirkıran, 2008). Evre IB2'de uygulanan tedavilerden biri radikal histerektomidir. Ancak operasyon sonrası olguların önemli bir bölümünde cerrahi sınırdaki tümör, lenfatik yayılım, lenfovasküler invazyon görülür. Bunlara bağlı olarak cerrahi sonrası adjuvan radyoterapi tedavisi gerekebilir. Büyük tümörlerde uygulanan tedavi seçeneklerinden biri de radyoterapi tedavisi ve arkasına uygulanan adjuvan basit histerektomidir. Burada amaç radyoterapi tedavisi sonrası devam eden santral tümör devamlılıklarını ortadan kaldırmaktır. Neoadjuvan kemoterapi ve sonrasında uygulanan radikal histerektomi de denenen bir diğer tedavi yöntemidir (Kösebay ve Demirkıran, 2008; Abraham ve ark., 2009). Amerikan Jinekolojik Onkoloji Cemiyeti, 1999 yılında IB2 ve ileri evre serviks kanserinin tedavisini standart tedavi olarak eş-zamanlı kemo-radyoterapi olarak değiştirmiştir (Kösebay ve Demirkıran, 2008).

Evre IIB, III, IV 'te cerrahi tedavinin uygulanmadığı ileri evrelerde radyoterapi veya kemo-radyoterapi tedavileri uygulanmaktadır. En yaygın kullanılan sitotoksik ajan Cisplatin'dir. Evre IVB'de santral hastalığın ve uzak metastazların palyasyonu için radyoterapi veya kemoradyoterapi kullanılmaktadır. Palyatif kemoterapi tedavisinde ise Cisplatin, Carboplatin, İfosfamid, Paklitaksel, İrinotekan

gibi antineoplastik ajanlar kullanılmaktadır (Spencer, 2007; Kösebay ve Demirkıran, 2008; Abraham ve ark., 2009; Randall ve ark., 2009).

### **1.3.2.2. Over Kanseri**

Over kanserinin sebebi bilinmemektedir. Ancak bazı risk faktörleri tanımlanmıştır: Özellikle 40-65 yaş arası kadınlarda, Asyalı kadınlarda, hiç doğum yapmamışlarda, over veya endometrium kanseri aile öyküsü bulunanlarda, ovulasyon aralıkları uzun olan kadınlarda ve geç menopoza girenlerde daha sık görülmektedir (Dizon ve Campos, 2011).

Over kanserinin erken evrelerinde belirti görülmemektedir. İleri evrelerde ise metastazlara bağlı bulgular ağırlaşmaktadır. Hastalar daha çok karında gerginlik ve baskı hissinden, anormal vajinal kanama, kabızlık ve üriner şikayetlerden yakınmaktadırlar. Ağrı ve karın şişliği genellikle hastalığın ileri evrelerinde görülmektedir (McMeekin ve ark., 2009). Over kanserinde erken tanıya ulaştırabilecek tarama testleri henüz yoktur. Ancak abdomen ultrasonografi tanı koyma amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca serum Ca125 düzeyleri over kanserlerinin erken tanısında yardımcıdır. Over kanseri, peritona dökülme, lenf yolu ve kan yoluyla yayılım gösterir. En erken ve en sık görülen yayılım overdeki malign hücrelerin peritona dökülmeleridir. Daha sonra gözlenen yayılma şekli, pelvik ve paraaortik lenf nodlarına lenf yoluyla yayılımdır. Akciğer ve karaciğer kan yoluyla tutulur (Ayhan, 2008; McMeekin ve ark., 2009). Evreleme cerrahi olarak yapılır ve FIGO evreleme sistemi kullanılır. Over kanserinin cerrahi evrelemesi şekil 2'de verilmiştir (Ayhan, 2008).

<b>Evre</b>	<b>Tanım</b>
<b>I</b>	Overlerde sınırlı
<b>IA</b>	Tek overde sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör veya malign hücre içeren asit ya da yıkama sıvısı yok
<b>IB</b>	Her iki overle sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör veya malign hücre içeren asit ya da yıkama sıvısı yok
<b>IC</b>	Tek veya her iki overle sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör / malign hücre içeren asit ya da yıkama sıvısı mevcut
<b>II</b>	Pelvik yayılım gösteren tek veya her iki overle sınırlı tümör
<b>IIA</b>	Uterus ve / veya tüplere yayılım gösteren tümör
<b>IIb</b>	Diğer pelvik dokulara yayılım gösteren tümör
<b>IIc</b>	Tümör evre II a veya II b; ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde tümör var
<b>III</b>	Pelvis dışında peritoneal implantlar ve/veya retroperitoneal ve / veya lenf nodu tutulumu mevcut
<b>IIIA</b>	Abdominal peritoneal yüzeylerde histolojik olarak kanıtlanmış mikroskopik yayılım; lenf nodu tutulumu yok
<b>IIIB</b>	Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'yi aşmayan makroskopik implantlar mevcut; lenf nodu tutulumu yok
<b>IIIC</b>	Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'nin üzerinde implantlar mevcut; retroperitoneal veya inguinal lenf nodları tutulmuş
<b>IV</b>	Uzak metastaz

### Şekil 2. Over Kanseri FIGO Evrelemesi

Hastanın yaşı, performans durumu, hastalığının evresi ve ilk cerrahiden sonra kalan tümör, prognoz üzerinde etkili faktörlerdir (McMeekin ve ark., 2009). Evre I'in cerrahi tedavisi total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO)'dir. Cerrahi sonrası üç-dört kür adjuvan kemoterapi önerilmektedir. Evre II, III, IV epitelyal over kanserlerinde ilk tedavi olarak "TAH+BSO+lenf nodu diseksiyonu+peritonda görülen tümörlerin temizlenmesi" girişimleri yapılır. Uygun cerrahi sonrası adjuvan veya küratif amaçlı altı kür kemoterapi verilir. İlaç tedavisi bitiminde hala tümör bulunuyorsa; İkinci Bakış Ameliyatı (Second Look Laparotomy) yapılarak kalan tümör temizlenmeye çalışılır (Taşkın, 2011). Kemoterapi tedavisinde en çok Melfalan kullanılmakla birlikte, Cisplatin, Siklofosamid, İfosamid, Adriamisin, Heksametilmelamin, Fluoracil, Taxol ve

Carboplatin gibi ajanlar değişik kombinasyonlarda kullanılmaktadır (Dizon ve Campos, 2011). Radyoterapi tedavisi evre I, II ve III tam rezeksiyonlu hastalarda adjuvan olarak uygulanmaktadır (Ayhan, 2008).

### 1.3.2.3. Endometrium Kanseri

Uterus malignitelerinin %95'ten fazlasını endometrium karsinomları oluşturmaktadır. Özellikle, menopoza 52 yaşından sonra girenler, düşük pariteye sahip olanlar, erken yaşta menstruasyon olanlar, eksojen estrogen alan postmenopozal kadınlar, aile öyküsünde endometrium, meme, barsak ya da over kanseri olanlar, polikistik over sendromu olanlar, obez olan kadınlar, hipertansiyonu, diyabeti ve artriti olanlar, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlar ile infertil kadınlar risk altındadır (Ayhan ve Başaran, 2008a; Acton, 2013).

Hastaların çoğunda anormal vajinal kanama vardır. Vajinal kanama endometrium kanserinin en erken ve en önemli bulgusudur. Özellikle postmenopozal kanamalar önemlidir. Hastaların yaklaşık %10'u alt abdominal bölgede kramplardan ve ağrıdan şikayetçidir (Fuller, 2004; Decherney ve ark., 2010). Endometrial kanserli bir çok hastada rutin laboratuvar bulguları normaldir. Kanamanın uzun süreli ve aşırı olması halinde anemi gelişebilir. Ancak Ca-125 ve CEA genellikle yaygın hastalık durumunda yükselir (Decherney ve ark., 2010). Pelvik muayene, endometrial biyopsi, transvajinal ultrasonografi tanıya yardımcı işlemlerdir (Fuller, 2004).

Endometrium kanseri ilk olarak myometriuma yayılır. Oradan da doğrudan yayılımla uterus çevresindeki yapılara; lenfatikler yoluyla vajene, overe ve pelvik-paraaortik lenf nodlarına; hematojen yolla da akciğer, karaciğer ve diğer organlara yayılım göstermektedir (Acton, 2013). Evreleme tümörün yayılımına göre cerrahi olarak yapılmaktadır. Endometrium kanserinin FIGO evrelemesi şekil 3'te verilmiştir (Ayhan ve Başaran, 2008a).

<b>Evre</b>	<b>Tanım</b>
<b>0</b>	Primer tümör bulunmuyorsa. Karsinoma in situ (preinvaziv hastalık)
<b>I</b>	Tümör korpus uteriye sınırlıdır
<b>IA</b>	Tümör endometriuma sınırlıdır
<b>IB</b>	Tümör myometriyumun ½'sinden azına invazyon göstermektedir
<b>IC</b>	Tümör myometriyumun ½'sinden fazlasına invazyon göstermektedir
<b>II</b>	Serviks tutulumu vardır fakat tümör halen uterusu sınırlıdır
<b>IIA</b>	Sadece endoservikal glandüler tutulum vardır
<b>IIB</b>	Servikal stromal invazyon vardır
<b>III</b>	Lokal ve/veya bölgesel yayılım vardır
<b>IIIA</b>	Serosa ve/veya adneksial tutulumu (direk veya metastatik olarak) ve/veya batın yıkama sıvısında veya asitte kanser hücreleri saptanmıştır
<b>IIIB</b>	Vajinal tutulum (direk veya metastatik)
<b>IIIC</b>	Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodu metastazı varlığı
<b>IVA</b>	Mesane ve/veya barsak mukozası tutulumu
<b>IVB</b>	Uzak metastaz varlığı

### Şekil 3. Endometrium Kanseri FIGO Evrelemesi

En önemli prognostik faktör, hastanın klinik evresidir. Myometriyumda tümör varlığı, histolojik evre, lenfatik tutulum, hücre tipi, reseptör durumu ve hastanın yaşı prognozda önem taşımaktadır (Acton, 2013).

Tedavide, evre I ve II endometrium kanserlerinde genellikle TAH+BSO ve lenf nodu örnekleme uygulanmaktadır (Fuller, 2004). İleri evrelerde TAH+BSO'ya ek olarak pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu (BLND), omentektomi ve peritoneal yıkama yapılır (Taşkın, 2011). Evre IV olup mesane veya rektum tutulumu olduğunda pelvik egzantrasyon (pelvik lenf nodularının diseksiyonu ile mesane, vajina, rektum ve yan destek dokuların birlikte çıkarılması) uygulanabilir. Radyoterapi tedavisi özellikle evre III' te önerilmektedir. Cerrahi sonrasında periton sıvısında tümör hücreleri ya da üst batında metastazlar olduğunda geniş batın ışınlanması uygulanmaktadır (Ayhan ve Başaran, 2008a). Erken evrelerde kemoterapi uygun tedavi yöntemidir. Çok ileri evrelerde, radyoterapi sonrası nükslerde hormon tedavisi veya sitotoksik tedavi seçilir. Progesteron türevi ilaçlarla %20-40 cevap

sağlanır. Kurtarma tedavisinde kullanılan tamoksifone cevap oranları ise %10-25 kadardır. Hormon tedavisine cevap vermeyen hastalarda genellikle Platin içeren kombine kemoterapi tedavileri seçilmektedir (Taşkın, 2011).

#### **1.3.2.4. Vulva Kanseri**

Vulva kanserinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar, HPV-16 antikorunun vulva kanseri riskini artırdığını göstermektedir. Bunun yanında, diyabet, obezite, hipertansiyon ve ateroskleroz, nulliparite, erken menopoza, sfiliz, anormal pap-smear, vulvar distrofi, servikal neoplazi hikayesi ile sigara kullanımı ve immün supresyon kullanımının vulva kanserine zemin hazırladığı belirtilmektedir (Roman ve Muderspach, 2001). Ortalama görülme yaşı 65-75'tir. Olguların %15'i 40 yaşın altında ve yarısı 70 yaş üzerindedir (Ayhan ve Başaran, 2008b).

Vulva kanserine sahip hastalar vulvada kaşıntı, kanama ve ağrıdan yakınmaktadır. Hastaların %20'sinde hiç bir bulgu yoktur ve pelvik muayenede ortaya çıkmaktadır. Tanı genellikle biyopsi ile konulur. En erken dönemde yayılım lenfatik yolla gerçekleşir. Önce yüzeysel inguinaller, sonra derin femoraller ve en sonunda pelvik lenf nodları tutulur. Hastalığın ileri evrelerinde hematojen yayılım görülür. Çoğunlukla organ tutulumu şeklindedir ve lenf nodları bu aşamada sıklıkla pozitifdir. Vajina, anüs, üretra gibi komşu organlara ise doğrudan yayılım olur (Moore ve ark., 2009). Şekil 4'te vulva kanserinin cerrahi evrelemesi verilmiştir (Ayhan ve Başaran, 2008b).

<b>Evre</b>	<b>Tanım</b>
<b>0</b>	Primer tümör değerlendirilemiyor ve primer tümörün kanıtı yok, Karsinoma İn Situ
<b>I</b>	Tümör vulva-perineuma sınırlı, en geniş boyutu 2 cm veya daha azdır
<b>IA</b>	Stromal invazyon 1 mm veya daha azdır
<b>IB</b>	Stromal invazyon 1 mm'den fazladır
<b>II</b>	Tümör vulva-perineuma sınırlı, en geniş boyutu 2 cm'den fazladır
<b>III</b>	Aşağı üretra, vajen veya anüs tutulumu var ve/veya unilateral bölgesel lenf nodu metastazı var
<b>IVA</b>	Mesane mukozası, rektal mukoza, üst üretral mukoza tutulumu veya tümör kemiğe fikse ve /veya bilateral bölgesel lenf nodu metastazı var
<b>IVB</b>	Uzak metastaz (eksternal iliak, hipogastrik, obturator ve iliaca communis tutulumu da uzak metastazdır)

#### Şekil 4. Vulva Kanseri FIGO Evrelemesi

Hastaların prognozu klinik evre ile ilişkilidir. Tedavide amaç, en az şekil bozukluğu ve cinsel sağlığı optimum düzeyde sürdürmeye yönelik tümörden tam arınmadır. Evre 0'da olan hastaların çoğu lokal geniş bir kesiyle yapılan Skining Vulvektomi (vulva derisinin soyularak çıkarılması) ardından greftleme ile cerrahi olarak tedavi edilirler (Ayhan ve Başaran, 2008b). Evre I ve II'de genellikle radikal vulvektomi uygulanır. Bu işlemde labia, deri altı dokusu ile klitoris alınır ve üretra, vajen ya da anüsün lateral kısmı çıkarılır. Lenf nodülleri tutulumu olduğunda çift taraflı kasık nodüllerinin de çıkarılması gerekir. Evre III'te radikal vulvektomiye ek olarak distal üretra ya da vajina gibi organların eksizyonu gerekebilir. Tekrarı önlemek için lokal radyoterapi ya da kemoradyoterapi uygulanabilir (Taşkın, 2011). Evre IV'te radikal vulvektomi ve pelvik egzantrasyon gerekebilir. Metastazı olan hastalar, palyatif olarak radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu ile tedavi edilebilir (Ayhan ve Başaran, 2008b). Kemoterapi tedavisinde tercih edilen ilaçlar Fluoracil ve Cisplatin'dir. Radyoterapinin tek başına etkisinin oldukça düşük olduğu büyük nekrotik vulva tümörlerinde kemoterapi tedavisi radyoterapinin duyarlılığını artırmak için kullanılmaktadır (Eifel ve Burke, 2006).

### 1.3.2.5. Vajina Kanserleri

Vajinal kanserler primer veya sekonder olabilirler. Sekonder malignensilerin görülme oranı oldukça yüksektir ve en fazla serviks ile vulva kanserlerinin metastazı şeklinde görülürler. Vajina kanserleri en sık 50-70 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir ve genellikle belirti göstermemektedir. Postmenapozal kanama veya kanlı akıntı en sık başvuru şikayetidir. İleri evrede, rektum veya mesane basısına bağlı bacak ödemi ve ağrı görülebilir (Cardenes ve ark., 2009). Tanı koymada tam bir öykü ile pelvik muayene, servikal sitolojik inceleme, gereğinde endometrial örnekleme, kolposkopik vajinal inceleme ve biyopsi alınmasını da içeren değerlendirmeler yapılmalıdır (Cardenes ve ark., 2009; Decherney ve ark., 2010). Üç şekilde yayılım gösterir. Doğrudan yolla çevre anatomik yapılara; lenfatiklerle lenf nodlarına ve hematogen yollarla uzak organlara yayılmaktadır (Decherney ve ark., 2010). Evrelemede FIGO evrelemesi kullanılmaktadır. Şekil 5'te vajina kanserinin cerrahi evrelendirmesi verilmiştir (Yüce, 2008b).

Evre	Tanım
<b>0</b>	Karsinoma İn Situ, İntraepitelyal Karsinom
<b>I</b>	Vajinal mukozaya sınırlı
<b>II</b>	Subvajinal doku etkilenmiş ancak pelvik duvara uzanım yok
<b>III</b>	Pelvik duvar tutulmuş
<b>IV</b>	Tümör minör pelvisi geçmiş veya mesane ya da rektumda mukozal tutulum var. Büllöz ödem varlığında olgu evre 4 olarak değerlendirilmez.
<b>IVA</b>	Komşu organlara yayılım
<b>IVB</b>	Uzak organlara yayılım

**Şekil 5.** Vajina Kanseri FIGO Evrelemesi

İnvaziv vajinal kanserlerin primer tedavisi eksternal radyoterapi (ERT) ve internal radyoterapinin (IRT) kombinasyonudur. Ancak cerrahi tedavi de tercih edilir. Evre I ve evre IIA olan hastalara radikal histerektomi ve üst vajinal kısmı içeren vajinektomi yapılabilir (Eifel ve Burke, 2006). Evre III veya IV olan hastaların bazıları operasyondan önce yapılan pelvik radyoterapi ve sonrasında uygulanan radikal cerrahiden fayda görmektedir. Çok küçük veya erken evrede

saptanan lezyonlarda total vajinektomi uygulanabilir (Decherney ve ark., 2010; Taşkın, 2011).

### **1.3.2.6. Fallopian Tüp Karsinomları (Tuba Uterin Kanseri)**

Jinekolojik kanser türleri içinde en az görülen kanser türü olmakla birlikte genellikle 50-60 yaşlar arasında görülmektedir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte Kronik Tüberküloz Salpenjitin, tuba kanserine zemin hazırladığı düşünülmektedir. İnfertil hastalarda tuba kanserinin bilateral olma ihtimali artmaktadır. Etiyolojisi over ve endometrium kanserleri ile benzerlik göstermektedir (Yüce, 2008a).

Çok hızlı yayıldığından erken dönemde tanı imkansızdır. Hastalar vajinal kanamadan sıklıkla şikayet etmektedir. Özellikle postmenopozal kanamalar önemlidir. Kanamaya vajinal akıntı ile ağrı da eşlik edebilir (Yüce, 2008a). Çoğu vakaya, tanımlayıcı laparotomi esnasında tanı konulur. Tanıda pap-smear'ın değeri tartışmalı olmakla beraber sonuçta %0 ila 60 arasında doğruluk verdiği kabul edilmektedir (Decherney ve ark., 2010). Tuba kanserinin kabul edilmiş bir evrelendirme sistemi yoktur. Genellikle FIGO evreleme sistemi kullanılmaktadır. Şekil 6'da tuba kanserinde FIGO evrelemesi verilmiştir (Yüce, 2008a).

<b>Evre</b>	<b>Tanım</b>
<b>I</b>	Karsinom tüp veya tüplerdedir
<b>IA</b>	Tümör tek tüpte, asit yok
<b>IB</b>	Tümör iki tüpte asit yok
<b>IC</b>	Tümör bir veya iki tüpte, asit var veya periton yıkama suyunda neoplastik hücreler var ya da tümör yüzeye çıkmış
<b>II</b>	Karsinom bir veya iki tüpte, komşu pelvik organlara yayılım var
<b>IIA</b>	Uterus ve/veya overlere yayılım var
<b>IIB</b>	Diğer pelvik dokulara yayılım var
<b>IIC</b>	Tümör II a ve II b evresinde, fakat yüzeyde tümör var veya asit var veya periton yıkama suyunda neoplastik hücreler var
<b>III</b>	Periton kavitesi içinde, pelvis dışında tümör var. Retroperitoneal veya inguinal lenf nodları pozitif. Yüzeysel karaciğer metastazları Stage III'tür. Tümör pelviste olduğu halde, ince barsak veya omentumda tümör varsa Stage III sayılır
<b>IIIA</b>	Periton kavitesi içerisinde mikroskobik yayılım
<b>IIIB</b>	Periton yüzeyinde 2 cm'den küçük tümör
<b>IIIC</b>	Periton yüzeyinde 2 cm'den büyük tümör ve/veya pozitif retroperitoneal veya inguinal lenf nodları
<b>IV</b>	Karsinom periton kavitesi dışındadır
<b>IVA</b>	Eğer plevral efüzyon varsa, Stage IV demek için sitoloji pozitif olmalıdır
<b>IVB</b>	Karaciğer parankim metastazları vardır

**Şekil 6.** Tuba Kanseri FIGO Evrelemesi

Yayılım daha çok direk tutulumla olmaktadır. Fallopian tüp, lenf sistemi yönünden zengindir. Bu sebeple, tüm evrelerde paraaortik lenf nodu tutulumu %33 kadardır (Decherney ve ark., 2010). Cerrahi tedavisinde “TAH+BSO” girişimi ile tümör çıkarılır. Hastanın doğurganlığını kaybetmek istemediği durumlarda Unilateral Salfingo Ooferektomi (USO) yapılır. Hastalığın bazı evrelerinde cerrahiye ek olarak radyoterapi de uygulanabilir (Yüce, 2008a).

### **1.3.3. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Cinsel Yaşam**

#### **1.3.3.1. Cinsellik Nedir?**

DSÖ cinselliği; insan yaşamının merkezinde yer alan öğelerden toplumsal kimlik ve rollerini, cinsel yönelimi, erotizmi, zevki, yakınlığı ve üremeyi kapsayan bir kavram olarak tanımlamıştır (WHO, 2010a). Seks ve cinsellik günlük yaşamın önemli parçalarındandır. Cinsellik, dokunma ve yakınlığı da içine alan geniş bir kavram iken; seks, partner ile yapılan aktiviteyi-eylemi ifade etmektedir (ACS, 2013c).

Cinsel sağlık ise; cinsellikle ilgili fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden iyilik halidir. Cinsellik ve cinsel ilişkilere olumlu bir yaklaşım içermenin yanında, zorlama ve şiddetten arınmış keyifli ve güvenli cinsel deneyimleri gerektirir (WHO, 2010a). Aile Planlama Birliği, cinsel sağlığı; istismar, zulüm, fiziksel ve duygusal zarar korkusu olmadan cinselliği ifade etme özgürlüğü olarak tanımlamıştır (French, 2009).

#### **1.3.3.2. Kadının Cinsel Eylem Fizyolojisi**

Vajina salgı bezi içermeyen, kan, lenfatik ve sinir ağınca zengin skuamoz epitel ile kaplı içi boş bir organdır. Cinsel uyarı ile vajen epitelinde kanlanma artar, venöz drenaj azalır ve vazokonjesyon oluşur. Böylece klitoris ile labia minörde genişleme meydana gelir (Cellek ve Güvel, 2004).

Cinsel fonksiyon beyinde başlar, kontrolünü spinal merkez üstlenir (Cellek ve Güvel, 2004). Cinsel işlevden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur (İncesu, 2004). Spinal kord, cinsel organların otonom ve somatik inervasyonlarını sağlar. Cinsel organlardaki duyusal bilgiler, spinal korddaki cinsel yanıtların aktivasyonunu oluşturan internöronlara yansıtılır. Spinal refleks mekanizma birbiri ile bağlantılı supraspinal nükleusların inhibitör ve eksitatör kontrolü altındadır. Nükleusların birçoğu genital duyusal bilgileri de alır. Sonuçta,

duyusal ve kognitif uyarıların yoğunluğu cinsel fonksiyonu kontrol eden supraspinal nükleusların aktivitelerini düzenler (Cellek ve Güvel, 2004). Erkeklerde olduğu gibi kadında da seksüel düşünceler kadını isteğe yönlendirir. Özellikle klitoris olmak üzere vulva, vajina ya da diğer perineal bölgelere verilen uyarı cinsel duyular yaratır. Seksüel uyarılmanın ilk evrelerinde parasempatik uyarılarla erektil doku arterleri genişler. Bu olayda sinir uçlarından salınan asetilkolin, nitrik oksit ve vazoaaktif intestinal polipeptid etkilidir. Parasempatik sinyaller aynı zamanda Bartholin bezlerini de uyararak mukus salgılanmasını sağlar. Mukus sıvısının lubrikasyona katkısı büyüktür. Lokal seksüel uyarılar en yüksek şiddete ulaştığında, beyinden gelen uygun psişik koşulların sinyalleriyle de desteklendiğinde orgazm görülür (Guyton ve Hall, 2007).

Genel olarak kadın cinsel fonksiyon fizyolojisini düzenleyen temel hormonlar östrojen ve androjendir. Östrojen normal cinsel fonksiyonun sağlanmasında gerekli olan kan akımının düzenlenmesini sağlayan bir hormondur. Ayrıca nitrik oksit düzenleyicisidir (Önem ve ark., 2004). Testesteron cinsel istekten sorumlu bir hormondur. Testesteron seviyesi ile cinsel istek ve fantezi sıklığı arasında sıkı bir bağ vardır (İncesu, 2004; Önem ve ark., 2004). Prolaktin ise cinsel isteksizliğe sebep olan bir hormondur (İncesu, 2004).

İnsanda cinsel uyarılara gösterilen fizyolojik tepkiyi Masters ve Johnson 1966 yılında dört evreye ayırmıştır. Bunlar; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evreleridir (İncesu, 2004; Greenberg ve ark., 2011).

*Uyarılma Evresi:* Herhangi bir psikolojik ya da bedensel uyarı ile erotik duygu ve düşüncelerin belirdiği, yaygın vazokonjeksiyon ve myotoni (kas kasılmasının normal, ancak kasıldıktan sonra gevşemenin güç olduğu bir durumdur) ile karakterize ilk evredir (İncesu, 2004). Kalp hızı, kan basıncı ve kas gerginliği bu evrede artış gösterir. Kan abdominal bölgede göllenir ve sonuç olarak klitoral ereksiyon görülür. Labia minör, vajina ve memeler şişer, vajinal lubrikasyon gelişir. Vajinal yapıların rengi kan akımına bağlı koyulaşır (Mete, 2008). Uyarılma evresinin süresi kişiden kişiye değişiklik gösterir (Greenberg ve ark., 2011). Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar.

Kişiye uygun düşen, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarın karşısında uyarılma evresi kısa sürebileceği gibi, fiziksel ya da psikolojik açıdan kişiye uygun düşmeyen cinsel uyarıya karşı uzayabilir ya da kaybolabilir (İncesu, 2004).

*Plato Evresi:* Uyarılma evresinin devamı niteliğinde olan bu evrede, etkili cinsel uyarının sürdürülmesiyle cinsel heyecan artar ve kadın plato sürecine girer. Haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve orgazma geçeceği noktaya ulaşır (İncesu, 2004; Mete, 2008). Kalp hızı ve kan basıncı ilk evreye göre daha da artmış durumdadır. Soluk alıp verme hızlanmıştır. Klitoris, klitoral başlığın altına geri çekilir, iç vajinanın boyu uzar (Greenberg ve ark., 2011).

*Orgazm Evresi:* Süre açısından en kısa ancak haz açısından en yoğun evredir. Bu evrede, kadında perine ve vajina etrafındaki kaslarla vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada yoğunluk kazanır (İncesu, 2004). Kalp hızı, kan basıncı ve kas gerginliği üst seviyelere ulaşır. Pelvik kaslar 3-15 kez kasılır ve kasılmalar bir saniye içinde sonlanır. Zayıf ve yavaş kontraksiyonlar şiddetli kontraksiyonları izler (Mete, 2008; Greenberg ve ark., 2011).

*Çözülme Evresi:* Bedenin bütün bölümünde oluşmuş fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde kaybolduğu son evredir. Bu evrede kaslar gevşer, vajina ve labialar eski haline ve rengine geri döner (Greenberg ve ark., 2011). Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre değişir (İncesu, 2004). Kadınlar çözülme evresinde cinsel uyarının tekrar başlamasıyla yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahiptir (Greenberg ve ark., 2011).

Cinsel tepki üzerine birçok model oluşturulmuştur. Master ve Johnson'nın modeli dışında bifazik modeli Kaplan 1974'te oluşturmuştur. Kaplan, cinsel tepkiyi iki fazda incelemiştir. İlk faz genital organların vazokonjesyonunu içerirken; ikinci faz refleks kasların kontraksiyonu ile oluşan orgazm fazıdır. Kaplan'a göre vazokonjesyondan parasempatik sistem, orgazmdan sempatik sistem sorumludur.

Kaplan 1979'da cinsel tepki sürecini istek, uyarılma ve çözülme evreleri olarak üç evrede ele almıştır (Greenberg ve ark., 2011).

Cinsel tepkinin tüm bu evreleri kişiden kişiye değişiklik gösterdiği gibi birçok faktörden de etkilenmektedir. Diyabet, hipertansiyon, kanser ve tedavi yöntemleri, kadının yaşı, psikolojik durumu, nörolojik ve vasküler nedenlerin yanında kullanılan ilaçlar, eşlerin ilişkisi, sosyokültürel faktörler, cinsel konulardaki bilgi ve tutumlar orgazmı, cinsel isteği, uyarılmayı dolayısıyla cinsel yaşamı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Mete, 2008; Kütmeç, 2009).

### **1.3.3.3. Uygulanan Tedavilerin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi**

#### **1.3.3.3.1. Cerrahi Tedavinin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi**

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tedavi yöntemleri kadının cinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Mete, 2008). Cerrahi tedavi ile seks organları çıkarılmakta, bu esnada seks organlarını besleyen sinirler zarar görmekte (Krebs, 2005), böylece vajinal anatomi ve fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmektedir. Fiziksel değişimlerin yanı sıra yaşanan psikolojik değişimler de cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (Bergmark ve ark., 1999).

Yapılan çalışmalar cerrahi tedavi sonrası seksüel aktivite sıklığında (Bucovic ve ark., 1996; Bergmark ve ark., 1999; Tangjitgamol ve ark., 2007), cinsel istekte (Tangjitgamol ve ark., 2007), vajinal lubrikasyonda (Pieterse ve ark., 2006), vajinal uyarılmada ve cinsel ilişki sonrası memnuniyette azalma (Tangjitgamol ve ark., 2007) yaşandığını göstermektedir. Bunların dışında cerrahi tedavi ile vajinal kurulukta artma, erken orgazm sorunu (Kylstra ve ark., 1999), disparoni ve post koital kanama (Lindau ve ark., 2007) görülmektedir. Over kanserinin cerrahi tedavisi "TAH + BSO + lenf nodu diseksiyonu + omentektomi"dir (Ayhan, 2008). Bu tedaviler sonrası fertilitte kaybı ve menopoz görülmektedir (Krebs, 2005). Taylor ve arkadaşlarının (2004), 233 over kanserli hasta üzerinde yaptığı çalışmada; radikal

histerektomi sonrası kadınların %61'i sevişmek için enerjilerinin yetersiz olduğunu, %80'i vajinal kuruluk, %75'i orgazm sorunu, %62'si cinsel birleşme esnasında ağrı yaşadığını belirtmiştir. Serviks kanserinin en yaygın cerrahi tedavisi salfingo-ooferektomi ile birlikte ya da ayrı radikal histerektomi yapılmasıdır (Krebs, 2005). Radikal histerektomi uygulanmış erken evre serviks kanseri kadınlarda vajinal kayganlıkta azalma, vajinanın kısa hissedilmesi, seyrek orgazm, vajinal elastikiyetin azalması gibi sorunlar görülmektedir (Bergmark ve ark., 1999).

Erken evre jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların cinsel yaşamları tedavi öncesi, tedaviden altı ay sonra ve 12 ay sonra olmak üzere üç kez değerlendirilmiştir. İlk yıl içindeki en önemli değişimin lubrikasyon ve erken orgazm sorunu olduğu belirtilmekle birlikte, izlem süreleri boyunca kanser hastalarında cinsel temas ve sıklıkta, cinsel memnuniyet ve seksüel fantezi kurmada değişiklik olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kylstra ve ark., 1999). Yapılan diğer çalışmalar bunun tam tersini savunmaktadır. Örneğin, cerrahi tedavi sonrası erken evre serviks kanseri tanısı konmuş hastalar 36 ay boyunca takip edilmiş, %56,2'sinde cinsel istekte ve %62,3'ünde cinsel memnuniyette azalma olduğu saptanmıştır (Tangjitgamol ve ark., 2007). Başka bir çalışmada, servikal kanserli hastalarda cerrahi tedaviden ortalama 26 yıl sonra bile seksüel problemlerin devam ettiği belirtilmektedir (Lindau ve ark., 2007). Radikal histerektomi sonrası mesane ve bağırsak fonksiyonlarının yeniden kazanılması gecikmekte ve hasta uzun süre kateter kullanabilmektedir. Bu durum kadının beden imajını dolayısıyla cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (Krebs, 2005).

#### **1.3.3.3.2. Radyoterapinin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi**

Jinekolojik kanserlerde IRT (Brakiterapi) ve ERT uygulanmaktadır. Brakiterapide radyasyon direk tümör içine ya da tümöre yakın bir kaviteye verildiğinden bu durumdan vücudun küçük bir bölümü daha çok etkilenmektedir (ACS, 2013b). Pelvik radyoterapi over yetmezliğine sebep olmaktadır. Bu durumun şiddeti radyoterapi dozuna ve hastanın yaşına bağlı olarak değişmektedir. Olgunlaşmış folikül içindeki oositlere göre ilk folikül içindeki oositler radyoterapiden daha fazla

etkilenmektedir. Over yetersizliğine bağlı östrodiol ve progesteronun azalmasıyla erken menopoz semptomları, libido kaybı, post-koital kanama görülmektedir (Krebs, 2005). Ayrıca radyoterapi geçici de olsa vajinanın epiteline, damar yapılarına ve konnektif doku fibroblastlarına zarar vermekte (Monga, 2002) ve vajinanın duvarında bir takım değişikliklere neden olmaktadır (Krebs, 2005). Bu değişimler birkaç hafta içinde şiddetlenerek skar dokusuna dönüşmekte, vajinada darlığa ve elastikiyetinde azalmaya sebep olmaktadır. Bu durum cinsel birleşme esnasında ağrıya, kanamaya ve diğer seksüel problemlere yol açmaktadır (ACS, 2013b).

ERT ya da IRT uygulaması, vajinal kuruluk ve hissizliğin yanında lubrikasyonda, sekse olan ilgide, seks sonrası memnuniyette azalmaya, disparoni ve orgazm problemlerine sebep olmaktadır (Schover ve ark., 1989; Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007). Erken evre serviks kanserinde uygulanan radyoterapi tedavisinin cerrahi tedaviye göre daha çok seksüel problemlere neden olduğu belirtilmektedir (Cull ve ark., 1993). Serviks kanserli hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise ERT ya da IRT'nin cerrahi tedaviye göre daha az oranda vajinal lubrikasyonda, genital şişlikte ve vajinal elastikiyette azalmaya sebep olduğu bildirilmektedir (Bergmark ve ark., 1999). Bunların dışında jinekolojik kanserlerin tedavisinde uygulanan radyoterapi tedavisi vajinal kısılmaya da sebep olmaktadır (Katz ve ark., 2001).

Uygulanan radyoterapi kişinin yaşam kalitesini düşürmektedir. Tedavi sonrası görülen yorgunluk, bulantı, kusma, diare, beden imajını dolayısıyla cinselliği olumsuz etkilemektedir. Cerrahi tedavi ile karşılaştırıldığında sadece radyoterapi tedavisi alan hastalarda depresif semptomlar ve anksiyete daha yaygın olarak görülmektedir (Frumovitz ve ark., 2005). Bergmark ve arkadaşlarının (2002) evre IB-IIA serviks kanserli 232 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, tedavi sonrası kadınların yaşadığı stresin nedenleri değerlendirilmiştir. Sadece radyoterapi tedavisi gören kadınların %19'u diareye, %19'u disparoniye, %15'i mesane disfonksiyonuna, %15'i ise üriner inkontinansa bağlı stres yaşadığını belirtmiştir. Yaşanan stres orgazm sıklığının azalmasına ve seksüel yetersizliğe neden olmuştur. Bir başka çalışmada da radyoterapi alan hastaların partnerleriyle olan ilişkilerinin bozulduğu,

negatif benlik algısına sahip olduğu ve daha fazla vajinal değişim yaşadığı belirtilmektedir (Donovan ve ark., 2007).

Overleri radyoterapiden korumak oldukça zordur. İki over de radyasyona maruz kaldığında erken menopoza ve kalıcı infertiliteye sebep olmaktadır. Tek bir overe radyoterapi uygulandığında bu durum engellenebilir (ACS, 2013c). BSO yapılan hastalarla kıyaslandığında radyoterapi uygulanan hastalarda sıcak basması, vajinal kuruluk ve üriner problemler gibi menopozal semptomlar daha yaygın görülmektedir (Frumovitz ve ark., 2005).

### **1.3.3.3. Kemoterapinin Kadının Cinsel Sağlığına Etkisi**

Kemoterapi tedavisi overlerin yetersizliğine sebep olmaktadır (Monga, 2002). Kemoterapötik ajanlar overlere direk toksik etki göstererek foliküllere zarar verir (Whilkes, 2001). Foliküllerin olgunlaşmasını engeller ya da ova ve foliküllerin yıkımına sebep olurlar (Monga, 2002). Foliküllerin yıkımının derecesi kadının yaşına, ilacın dozuna ve tedavinin süresine bağlıdır (Meirow ve ark., 2001). Kemoterapötik ajan endometrium duvarında atrofiye, tedavi sonrası menstruasyon düzensizlikleri ve amenoreye sebep olmaktadır. Azalmış östrojen, vajinanın çekilmesine, incelmesine ve elastikiyetini kaybetmesinin yanında vajinal kuruluğa, sıcak basmalarına, üriner enfeksiyonlara, duygusal değişimlere ve yorgunluğa yol açmaktadır (Whilkes, 2001). Ayrıca kemoterapötik ajanlar kadında bulantı, kusma, diare, mukozit, alopesi, yorgunluk ve depresyona neden olmaktadır (Susan ve ark., 2000; Butler ve ark., 2004;). Yaşanan bu fiziksel ve psikolojik değişimler kadının yaşam kalitesini (Susan ve ark., 2000; Butler ve ark., 2004), beden imajını ve dolayısıyla seksüel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (Knapstein ve ark., 2004).

Jinekolojik kanseri olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kemoterapi tedavisinin radyoterapi ile karşılaştırıldığında daha az seksüel problemlere yol açtığı belirtilmektedir (Knapstein ve ark., 2004). Görüşme yöntemiyle verilerin toplandığı başka bir çalışmada 59 yaşında over kanseri olan bir kadın kemoterapi tedavisi sonrası yaşadığı alopesi ve kilo alımının fiziksel görüntüsünü olumsuz algılamasına

yol açtığını belirtmektedir (Reis ve ark., 2010). White ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada; 45 yaşında servikal kanserli bir kadın kemoradyoterapi tedavisi sonrası seksini unuttuğunu ve bir daha seks yapmasa bile önemsemediğini belirtmektedir.

### **1.3.3.4. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Ortaya Çıkan Cinsel Sağlık Sorunları**

#### **1.3.3.4.1. Beden İmajına Yönelik Sorunlar**

Birçok çalışmada jinekolojik kanser tanı ve tedavi yöntemlerinin kadının beden imajında bozulmaya sebep olduğu belirtilmektedir (Bucovic ve ark., 1996; Kullmer ve ark., 1999; Knapstein ve ark., 2004; Burns ve ark., 2007). Jinekolojik kanser tedavilerinden özellikle cerrahi tedavi türlerinin diğer tedavi türlerine kıyasla kadının beden imajında daha çok bozulmaya neden olduğu saptanmıştır (Bucovic ve ark., 1996; Knapstein ve ark., 2004). Knapstein ve arkadaşları (2004), cerrahi tedavi sonrası kadınlarda beden imajı skorlarında azalma, girişkenlik ve kendine güven durumlarında düşme olduğunu saptamıştır. Cerrahi tedavi ve ardından uygulanan adjuvan radyoterapi tedavisi sonrası hastalarda fiziksel görünüme yönelik olumsuz düşünceler ve olumsuz cinsel benlik algısı gelişebilmektedir (Donovan ve ark., 2007). Kemoterapi tedavisi sonrası yaşanan alopesi, yorgunluk, bulantı ve kusma kadının benlik saygısını ve cinsel çekiciliğini etkilemektedir (Stead ve ark., 2007; Reis ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda, jinekolojik kanserli kadınların beden imajını, tedavi sonrası yaşadıkları kilo alımı ve alopesinin daha çok etkilediği belirtilmektedir (Stead ve ark., 2007; Burns ve ark., 2007).

#### **1.3.3.4.2. Cinsiyet Rolüne Yönelik Sorunlar**

Toplumun kadına yüklediği rollerin başında “doğurganlık, annelik ve eş rolü” gelmektedir. Hala çoğu kadın uterusu sahip olmayı, anne olmakla ve çocuk doğurmakla eşdeğer tutmaktadır (Taşkın, 2011). Bazı kadınlar ise bunun aksine

kadınlık kimliğinin doğurganlıkla eş değer olmadığını bilmektedir. Onlara göre ise kadınlık, terbiye ve aileye bakma kapasitesi olarak görülmektedir. Jinekolojik kanser tanısından itibaren uygulanan tedavilerin olumsuz etkilerinden biri, kadınlık kimliğinin önemli unsurlarından olan eş ve annelik rolleri üzerinde olmaktadır (Juraskova ve ark., 2003). Benzer şekilde, Bal ve arkadaşlarının (2013) jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, “Tanı ve tedavi süreci, eş ve annelik görevlerinizi nasıl etkiledi?” sorusuna birçok kadın uterusunu kaybettiği için kadın olmadığını ifade etmiştir. Birkaç kadın kendi ölümlerinden sonra çocuklarını ve eşini kime emanet edeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Sekse ve arkadaşlarının (2010) jinekolojik kanserli kadınların tedaviden beş yıl sonraki yaşamlarını değerlendirdiği çalışmada, uterusun görünmeyen bir organ olması sebebi ile bazı kadınların kadınlık kimliğinin etkilenmediği belirtilmektedir.

#### **1.3.3.4.3. Cinsel Fonksiyonlara Yönelik Sorunlar**

Jinekolojik kanser tedavilerinin en büyük olumsuz etkisi cinsel fonksiyonlara yöneliktir (Mete, 2008). Uygulanan tedavi yöntemleri kadında; korku ve endişeye (Bal ve ark., 2013), cinsel istekte azalmaya (Tangjitgamol ve ark., 2007), cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanmasına, cinsel uyarı ve orgazm sorunlarına sebep olmaktadır (Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007).

***Korku/Endişe;*** hastalar kanser gibi tabu olan bir hastalığa sahip olmaktan dolayı büyük bir korku yaşamaktadır. Bunun yanında tanı ve tedavi yöntemleri kadında fiziksel ve psikolojik birçok değişime sebep olmaktadır. Kadınların yaşadığı korku ve endişelerin başında; operasyonun kendilerine zarar vereceği, hastalık sebebiyle çocuğu ve eşiyile yeterince ilgilenemeyeceği, hastalığın cinsel yolla eşine geçeceği, cinsel birleşme yaşarsa hastalığın daha kötüye gideceği, eşinin kendini beğenmeyeceği (Juraskova ve ark., 2003; Molassiotis ve ark., 2002, Bal ve ark., 2013) ve hastalığın tekrarlayacağı (Sekse ve ark., 2010) düşünceleri gelmektedir.

***Cinsel İstekte Azalma;*** tedavi sürecinde yaşanan bulantı, kusma, diare, mukozit, alopesi, yorgunluk (Susan ve ark., 2000; Butler ve ark., 2004), stres

(Bergmark ve ark., 2002), anksiyete, depresyon (Frumovitz ve ark., 2005), beden imajının etkilenmesi kadında cinsel isteksizliğe sebep olmaktadır (Knapstein ve ark., 2004). Bunlardan dolayı, kadınlar cinsel ilişkiye girecek güç ve enerjiyi kendilerinde bulamamaktadır (Taylor ve ark., 2004). Diğer taraftan östrojenin kaybı vajinal kuruluğa ve atrofiye, üriner inkontinansa, libido kaybına ve depresyona sebep olmaktadır (Whilkes, 2001). Yapılan çalışmalar tedavi sürecinin kadının cinsel isteğinde azalmaya sebep olduğunu açıkça göstermektedir (Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007; Sekse ve ark., 2010; Bal ve ark., 2013).

***Cinsel İlişki Sırasında Ağrı;*** cinsel birleşme sırasında yaşanan ağrının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunun bir nedeni, östrojen kaybına bağlı vajina kayganlığındaki azalma iken; diğer bir sebep radyoterapinin vajen epiteline, damar yapılarına ve konnektif doku fibroblastlarına verdiği zararla ilişkilidir (Monga, 2002). Bu durum vajinanın daralmasına ve elastikiyetini kaybetmesine neden olduğu için cinsel birleşme sırasında ağrı yaşanmasını kaçınılmaz kılmaktadır (ACS, 2013b). Vulva kanserlerinde uygulanan klitirektomi sonrası cinsel uyarım azalacağı gibi, vajinal açıklığın daralması disparoniye sebep olabilmektedir (Wilmoth ve Spinelli, 2000). Yapılan çalışmalar cerrahi tedavinin (Lindau ve ark., 2007), radyoterapinin (Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007) ve kemoterapi tedavisinin cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olduğunu göstermektedir (Bal ve ark., 2013).

***Cinsel Uyarı ve Orgazm Sorunları;*** cerrahi tedavi sonrası pelvik sinirlerin zarar görmesi sebebiyle orgazm yeteneği azalmaktadır (Taşkın, 2011). Radyoterapi tedavisinde ise vajen dokularının elastikiyet yeteneğini kaybetmesiyle uyarılma ve orgazm sorunları yaşanmaktadır (Wilmoth ve Spinelli, 2000). Yapılan çalışmalarda cerrahi (Tangjitgamol ve ark., 2007; Bal ve ark., 2013) ve radyoterapi tedavisi sonrası kadınların çoğunun cinsel uyarı ve orgazm sorunu yaşadığı belirtilmektedir (Schover ve ark., 1989; Bergmark ve ark., 2002; Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007).

#### **1.3.3.4.4. Üreme Yeteneğine Yönelik Sorunlar**

Kanser tedavisi kadının üreme yeteneğini büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle cerrahi tedavide üreme organlarının kaybının yanında, yüksek doz radyoterapi ve kemoterapi, overlerin işleyişinde bozulmalara yol açmaktadır (Schover, 2005). Kanser tedavisinin diğer yüklerinin dışında doğurganlığın kaybedilmesi kadınlarda şiddetli depresyon, üzüntü ve strese yol açmaktadır (Carter ve ark., 2005). Sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldığında infertil kadınlar iki kat depresyon yaşamaktadır (Domar, 1993). Üreme yeteneğinin etkilenmesine bağlı kadınlar; ailesini tamamlayamama (Molassiotis ve ark., 2002), kendini eksik, yetersiz ve kusurlu hissetme, beden imgesi ve öz saygısında azalma (Juraskova ve ark., 2003), karşı cinsle ilişkiye girmekten kaçınma (Molassiotis ve ark., 2002) gibi duygular yaşayabilmektedir. Bu tür duyguları daha çok genç yaşta ve çocuk sahibi olmayan kadınların yaşadığı belirtilmektedir (Molassiotis ve ark., 2002).

Bugün tıptaki ilerlemeler sayesinde bu tür hastalıklarda koruyucu ve titiz bir cerrahi ile fertilitate korunabilmektedir. Özellikle genç ve doğurganlık yaşında olan hastalarda konservatif cerrahi ve kemoterapi tercih edilebilmektedir (Demers, 2001).

#### **1.3.3.5. Jinekolojik Kanserli Kadınların Cinsel Sorunlarını Değerlendirmede Hemşirenin Rolü**

Bilindiği gibi cinsellik, cinsel birleşmenin çok ötesinde bir kavramdır. Bir çok kadın için, dış görünüşleri hakkındaki duygularını, dişiliklerini, çocuk doğurma ve cinsel fonksiyon yeteneklerini yansıtmaktadır. Cinsellik; kadının duygusal, entelektüel ve sosyokültürel bileşenlerini içermekle birlikte yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır. Kadının cinselliğe yönelik duyguları, gelişimsel dönemine, yaşına, çevresel faktörlere, ailesinin gelişim evresine bağlı olarak değişebilmektedir (Wilmoth ve Spinelli, 2000).

Kanser tedavisinin bilinen yan etkilerinin yanında cinselliğin de etkilenmesi hastanın yükünü artırmaktadır. Cinsellik konusunda hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki paylaşım yeterli düzeyde değildir (Park ve ark., 2009). Yapılan çalışmalar, jinekolojik kanserli kadınların bilgi edinmek istediği konulardan biri olan cinsellik hakkında, hemşire ve hekiminden yeterli bilgi alamadığını göstermektedir (Bourgeois-Law ve Lotocki, 1999; Stead ve ark., 2003). Ancak hastalar kanser ve tedavisinin eşi ile arasındaki cinsel yaşantısını nasıl etkileyeceğini merak etmektedir (Papadakos ve ark., 2012). Hemşireler açısından bu paylaşımın yeterli düzeyde olmamasının sebepleri; hemşirelerin cinsellik ile ilgili konuşmaktan utandıkları, hemşirelere göre cinsel bakımın öncelikli olmadığı, eğitim yaşamlarında cinsel bakım ile ilişkili yeterli bilgi almadıkları (Zeng ve ark., 2011a), bu konuda deneyimsiz olmaları, zaman kısıtlılığı, bilgi eksikliği olarak (Stead ve ark., 2003; Algier ve Kav, 2008) belirtilmektedir. Cinsel bakımın karşısında hemşireden kaynaklanan bu engellerin yanında hastalardan da kaynaklanan bir çok engel bulunmaktadır. Çoğu hasta cinsel yaşamına dair sorunları dile getirmekten çekinmektedir (Hill ve ark., 2011; Flynn ve ark., 2012). Hastalar, hemşire/doktorun yoğun olmasından, utandıklarından, hemşire/doktorun karşı cins olmasından, hemşire/doktorun çok genç/yaşlı olmasından dolayı sıkıntılarını dile getirmekte zorlanmaktadır. Bir çok hasta da cinsel sorunlarının ve seks yaşamının yeterince kötü olmadığını düşünmektedir (Hill ve ark., 2011; Flynn ve ark., 2012). Sonuç olarak, hastalar bu engeller sayesinde holistik bir bakım alamamakta, seksüel problemler ya da yetersizlikler fark edilmemekte, üzerinde dahi durulmamaktadır (Katz, 2005).

Hemşire, sağlık ekibinin merkezinde yer alan, hasta ile en fazla zaman geçiren sağlık profesyoneli. Cinsel bakımda önemli role sahiptir (Mete, 2008). Bu konuda hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşirenin önemli bir rolü kadının korkularını değerlendirmektir. Özellikle onkoloji hemşireleri cinsel yetersizliği önlemek adına hastalarıyla cinsel yaşamları üzerine mutlaka konuşmalıdır (Oscay ve ark., 2011). Hemşire için ilk değerlendirme hasta ile karşılaştığı tanı aşamasıdır. Tanı aşamasında hastaların cinsel yaşamları hakkında bilgi alınmalı, tedavi aşamasında bu davranış sürdürülmelidir. Cinsel yaşamında sorunu olan hastaya multidisipliner bir yaklaşımla yardımcı olunmalıdır (Oscay ve ark., 2011). Walton ve arkadaşlarının

(2010), jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların kanser tedavisinde holistik bir bakım istediği belirtilmektedir.

Hasta ile cinselliği tartışmada kullanılan çeşitli modeller bulunmaktadır. Günümüzde, birçok sağlık profesyoneli hasta ile cinselliği tartışmada PLISSIT modelini kendilerine rehber edinmektedir (Audette ve Waterman, 2010; Oskay ve ark., 2011). Bu modelin dört basamağı vardır:

*İzin verme (P-Permission):* Modelin ilk basamağıdır. Bu süreç, hemşirenin hastanın/partnerinin cinsel endişelerini ve düşüncelerini sormasıyla başlar. Burada doğru soruları seçmek önemlidir. Hasta ve eşinin rahat konuşabilmesi için genelden özele doğru seçilen sorular sorulmalıdır. Örneğin; “Hastalığınızdan sonra cinsel yaşamınız nasıl etkilendi?” veya “Bu durumdaki birçok insan cinsel yaşamına yönelik endişe yaşamaktadır. Sizin bu konuda konuşmak istediğiniz ve sormak istediğiniz bir şey var mı?” şeklinde konuşma başlatılabilir. Böylece, hastanın cinselliğine yönelik düşüncelerini ve cinsel problemlerini anlatmasına izin verilir. Bu basamakta sorunlar çözülemiyorsa ikinci basamağa geçilir (Audette ve Waterman, 2010; Oskay ve ark., 2011).

*Sınırlı bilgi (LI-Limited Information):* Hastalığa ve tedavinin yan etkilerine yönelik bilgi vermeyi içerir. Verilen bilgi tüm tedaviyi ve tedavinin yan etkilerini de içine alır. Önemli olan bütünü ele almaktır. Bunların yanında, hemşire yanlış anlaşılımları ve hastanın var olan yanlış bilgilerini düzeltir (Audette ve Waterman, 2010; Oskay ve ark., 2011).

*Özel öneriler (SS- Specific Suggestions):* Doyum verici cinsel aktiviteyi sürdürmeye yönelik verilen önerileri içerir. Verilen öneriler, daha çok davranış değişikliklerini amaçlar. Cinsel ilişki sırasında ağrı ve acıyı azaltmak için uygun pozisyonlar ve vajinal kuruluğu azaltmaya yönelik uygun kayganlaştırıcılar önerilebilir (Katz, 2005).

*Yoğun Tedavi (IT- Intensive Therapy):* Modelin son basamağıdır. Görüşmelerle sorunlar çözülemediyse, daha derin bir danışmanlığa gerek duyulduğunda hastayı

ilgili danışmana yönlendirmeyi içerir (Audette ve Waterman, 2010; Oskay ve ark., 2011).

Hastanın cinsel öyküsü alınırken, çiftlerle ayrı ayrı görüşülebileceği gibi birlikte de görüşme yapılabilmektedir. Görüşmeler esnasında, mahremiyetin sağlandığı rahat bir ortam oluşturulmalıdır. Çünkü cinsellik hastanın ve partnerinin özeldir. Bunun yanında tıbbi terminolojiden uzak, hasta ve partnerinin anlayabileceği düzeyde bir dil kullanılmalıdır (Pınar, 2013; Mete, 2008). Sorulacak sorular özenle seçilmeli, konuşurken rahat ve doğal olunmalı, hemşire kendi düşünce ve yargılarını asla karşı tarafa hissettirmemelidir. Bu konuşmanın normal olduğunu vurgulamalıdır. Özellikle görüşmeye başladığında, “Ben kanser tedavisi gören bir hastamla konuştuğumda, genellikle cinsellikleri ve cinsel fonksiyonlarına yönelik sorular sorarım” şeklindeki ifadesiyle bu konuşmanın normal olduğunu karşı tarafa hissettirebilir (Krebs, 2008). Konuşma biraz ilerledikten sonra açık uçlu sorular ile daha derin bilgi edinilmelidir. Var olan cinsel sorunlar, bunların önemi ve şiddeti hakkında bilgi alınmalıdır (Higgins ve ark., 2006).

Hastaların cinsel fonksiyonları hakkında ayrıntılı bilgi edinmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu formların da yardımı ile kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmaya çalışılmıştır (seksüel ilgi/istek azalması, uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları, disparoni, vajinismus ve seksüel kaygı hastalığı). Kadının cinsel yaşamını değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçeklerin başında; Kadınlar için Kısa Cinsel Fonksiyon İndeksi (Brief Sexual Function Index for Women=BSFI-W), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index=FSFI), Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction=GRISS), Cinsel Fonksiyon Anketi (Sexual Function Questionnaire=SFQ), Cinsel Fonksiyonlarda Değişiklikler Anketi (Changes in Sexual Functioning Questionnaire=CSFQ) ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF) gelmektedir (Corona ve ark., 2006). Türkiye’de en sık kullanılan ölçekler ise, FSFI ve IFSF’dir. Bu ölçeklerin, uluslar arası kabul görmüş olması, geçerli ve güvenilir olması, iç tutarlığının yüksek olması sebepleri ile kullanımı yaygındır (Kütmeç, 2009). Tüm bu envanterlerin/ölçeklerin,

hastanın seksüel yeterliliğinin değerlendirilmesinde ve tedavisinin planlanmasında önemi büyüktür (Yaşar ve ark., 2010).

Değerlendirmeler sonucu, cinselliğe yönelik problemi olan hastalara hemşire çeşitli önerilerde bulunmalıdır. Birçok hasta, kadın anatomisi ve fizyolojisine yönelik bilgiye sahip değildir. Bu sebeple kadınlara, üreme organlarının anatomisi ve cinselliğin fizyolojisi hakkında açık, anlaşılır bir dille bilgilendirme yapılmalıdır. Özellikle overlerin çıkarılmasıyla hastalar post-operatif dönemde menopozal semptomlar yaşayacaktır. Bu sebeple menopozal semptomlar hakkında hasta ve hasta yakınlarının mutlaka bilgisi olmalıdır (Krychman ve ark., 2007).

Radyoterapi sonrası sıklıkla görülen vajinal atrofide, kadınlara öncelikle düzenli bir cinsel ilişkinin önemini açıklanmalıdır (Krychman ve ark., 2007; Denton ve Maher, 2012). Bunun yanında, vajinal dilatörün ne olduğu, nasıl kullanılacağı anlatılmalı ve en az bir yıl boyunca haftada 3 kez, 10 dakika kullanılmasının gerekliliği vurgulanmalıdır (Katz, 2009; Denton ve Maher, 2012). Juraskova ve arkadaşlarının (2003) görüşme yöntemiyle veri topladığı çalışmada, radyoterapi tedavisi gören 11 jinekolojik kanser hastasının vajinal dilatör hakkında bilgi verildiğinden dolayı vajinal dilatör aldığı belirtilmiştir. Ancak, üç hasta ağrılı olduğu ve uygulamayı komik bulma sebepleriyle kullanımda başarılı olamamıştır. Diğer dört hastanın ise hiç kullanma eğilimi göstermediği saptanmıştır. Böyle durumlarla karşılaşılabilen için hastalara önceden açıklama yapılmalı ve gerekli hastalar kullanım yönünden desteklenmelidir. Vajinal kayganlaştırıcıların bu semptomları azaltacağı belirtilerek, uygun bir kayganlaştırıcı önerilmelidir (Katz, 2009; Denton ve Maher, 2012). Birçok kadın tedaviye ve menopoza bağlı vajinal kuruluştan şikayet etmektedir. Bu durumda, vajinal nemliliği sağlamaya yönelik kayganlaştırıcılar, östrojen içeren kremler, E vitamini içeren suppozituarlar önerilmelidir (Krychman ve ark., 2007; Denton ve Maher, 2012). Hormon replasman tedavisi ve düzenli cinsel ilişkinin önemi hakkında açıklama yapılmalıdır (Krychman ve ark., 2007).

Kemoterapi tedavisinde yaşanan yorgunluk ve stres libidoyu azaltmaktadır. Saç dökülmesi, bulantı-kusma, diare, vajinal kuruluk gibi fiziksel semptomların tümü hastanın cinsel isteğini olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple, hemşire hastalarla

görüşmesinde bunları mutlaka ele almalı ve sosyal desteğin önemini mutlaka vurgulamalıdır (Wilmoth ve Spinelli, 2000). Kemoterapi tedavisi alan hastalarda tedavi sırasında 48 saat sonrasına kadar cinsel ilişki esnasında kondom kullanımının önemi açıklanmalıdır. Tedavi sürecinde gebeliği önleyici önlemler hakkında bilgi verilmeli, doğurganlığı devam eden ve çocuk sahibi olmak isteyen kadınlara embriyo dondurma yöntemi açıklanmalıdır (Pınar, 2013).

Basit histerektomi, radikal histerektomi gibi operasyonlar sonrası ortalama dört-altı hafta ya da bazı hastalara hekimin önerdiği süre boyunca cinsel birleşmenin yasak olduğu mutlaka açıklanmalıdır (Wilmoth ve Spinelli, 2000; Taşkın, 2011).

Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşayanlara, kadın için vajinanın derinlik kazanacağı pozisyonlar öğretilmeli, uygun analjezik ve antispazmotik tedavi için hekimine yönlendirilmelidir. Kegel egzersizleri ile pelvik kaslar rahatlamakta ve ağrı azalmaktadır (Taşkın, 2011). Bu nedenle, kadınlara Kegel egzersizleri öğretilmelidir (Audette ve Waterman, 2010). Cinsel isteksizliğe ve libido kaybına yönelik uygun hormonal ve ilaç tedavilerinin yanında hayal kurma, cinsel içerikli dergiler okuma, erotik videolar izleme, masaj, uygun ortam hazırlama, erotik kıyafetler gibi alternatif yöntemler sunulmalıdır. Hasta ve eşine cinsel ilişki öncesi birbirlerine dokunmanın, birbirleriyle konuşmanın önemi açıklanmalıdır (Oskay ve ark., 2011). Hastalıkla yeni karşılaşan bireylerde duygusal destek çok önemlidir. Hastanın, ailesi ve diğer yakınlarından sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Hemşire, bu gibi durumlarda hasta yakınlarına bu konuda uygun açıklamayı yapmalıdır. Diğer taraftan hasta ile olan görüşme boyunca hastanın psikolojik durumu da değerlendirilmeli, gereksinimi olan hastalar psikolojik destek için yönlendirilmelidir (Wilmoth ve Spinelli, 2000; Krychman ve ark., 2007).

Görüldüğü gibi, kadının cinsel yaşamını değerlendirmede hemşirenin rolü yadsınamayacak kadar büyüktür. Ancak, tüm sağlık profesyonelleri hastaların ihtiyaçlarına ve isteklerine karşı duyarlı olmalı, hasta merkezli bir yaklaşımla holistik bir bakım sunulmalıdır (Rasmusson ve Thome, 2008).

#### 1.4. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, çok yönlü bir kavram olmakla birlikte net bir tanımını yapmak oldukça zordur. Pek çok alanı kapsayan çok faktörlü bir kavramdır. İlk kez Thorndike tarafından “Sosyal çevrenin bireye yansıyan şekli” biçiminde tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan, 2005). Daha sonra birçok tanımla birlikte DSÖ Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından, “Bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri” şeklinde tanımlanmıştır (Grant ve Dean, 2012). Kısacası, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlanabilir (Öksüz ve Malhan, 2005).

Sağlık alanında 1960’lı, hemşirelik alanında 1980’li yıllardan beri yaşam kalitesi araştırmaları hız kazanarak devam etmektedir. Özellikle kanser hastalarında yapılan yaşam kalitesi çalışmalarının sayısı her geçen gün artmaktadır. Tıptaki gelişmelerle kanserin tedavi edilebilirliğinin artması, tedavi yöntemlerindeki yeni gelişmeler, kanserli hastaların yaşam sürelerinin artması, tedaviye bağlı şiddetli yan etkilerin olması kanserli hastalarda yaşam kalitesine olan önemin artmasına neden olmaktadır. Hastanın yaşam kalitesinin yüksek olması, tedaviye olan uyumunu ve tedaviye devam etme isteğini artırmaktadır (Grant ve Dean, 2012).

Kanser tedavisinin üç amacı bulunmaktadır; tedavi etmek, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmaktır (Penson ve ark., 2006). Kanser hastalarının yaşam kalitelerinin yüksek tutulması ile, hastalık ve tedavi sürecinden en az zarar görmesi, tedavilerini tamamlamaları, yaşadıkları semptomların kontrol altına alınması ve bu semptomlarla başa çıkmaları sağlanmaktadır (Ferrans ve Hacker, 2011). Yaşam kalitesi çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Bu boyutlar;

*Fiziksel fonksiyon:* Hastanın öz bakım aktivitelerini ve fonksiyonlarını yapıp yapamadığını değerlendirmektedir (Penson ve ark., 2006).

*Rol fonksiyon:* Hastanın evdeki, iş yerindeki ve aile içindeki rollerini ve sorumluluklarını yerine getirip getiremediğini değerlendirmektedir (Penson ve ark., 2006).

*Psikolojik ve bilişsel fonksiyon:* Yaşamdan doyum alma, anksiyete, korku, depresyon, beden imajı, baş etme, algı, eğlenme, iyimserlik, yorum ve önceki deneyimleri içermektedir (Penson ve ark., 2006).

*Sosyal fonksiyon:* Hastanın, aile ve arkadaş ilişkilerini, sosyal destek sistemleri gibi sosyal durumlarını değerlendirmektedir (Penson ve ark., 2006).

*Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar:* İştah, yorgunluk, uyku, dinlenme, ağrı, bulantı-kusma, alopesi, impotans gibi semptomlar ile maddi zorluk yaşama durumunu değerlendirmektedir (Penson ve ark., 2006).

Yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Hastalık ve tedaviye bağlı oluşan bulantı-kusma, anksiyete, depresyon, bireyin ailesi ve kendisi için duyduğu kaygı, beden imajındaki değişim ve cinsel fonksiyonlarında bozulma yaşam kalitesini olumsuz etkilerken (Pınar ve ark., 2008; Bifulco ve ark., 2011); yeterli sosyal destek sistemlerinin varlığı, yaşanılan çevrenin konforu, iyileşme inancı, maddi yeterliliği gibi faktörler olumlu yönde etkilemektedir (Zeng ve ark., 2011b).

Yapılan çalışmalarda, jinekolojik kanser tedavileri olan cerrahi (Janda ve ark., 2004), radyoterapi (Nout ve ark., 2009) ve kemoterapinin (Le ve ark., 2003) kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Zeng ve arkadaşlarının (2011b) serviks kanseri olan hastalardan görüşme yöntemi ile veri topladığı çalışmada, hastaların çoğunun tedaviye bağlı, iştahsızlık, uykusuzluk, sıcak basması, konstipasyon, erken menopoz gibi fiziksel semptomlar yaşadığı ve en büyük olumsuz etkilerden birinin cinsel yaşamları üzerine olduğu bildirilmektedir. Bunların yanında hastaların depresyon, anksiyete, beden imajında bozulma, korku, endişe, izolasyon, iş kaybı gibi sorunlar yaşadığı, böylece psikolojik ve sosyal fonksiyonlarının etkilendiği de belirtilmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2008) toplam 151 jinekolojik

kanser hastası üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların genel yaşam kalitesinin etkilendiği açıkça ortaya konulmuştur. En fazla duygusal ve sosyal fonksiyonların etkilendiği, bunu rol fonksiyonlar, fiziksel fonksiyonlar ve bilişsel fonksiyonların takip ettiği saptanmıştır. Tedaviye bağlı gelişen ağrı ve ekonomik güçlüklerin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada jinekolojik kanserli kadınların psikolojik sağlıklarının ve sosyal ilişkilerinin diğerlerinden daha çok etkilendiği belirtilmektedir (Molassiotis ve ark., 2000).

Hemşireler, fiziksel, psikososyal, spirüal ve kültürel bileşenleri içeren bir bakım vermeye yönelik eğitilmişlerdir. Hemşirelik bakımında, sağlığın yükseltilmesi, sürdürülmesi ve kaybolan fonksiyonların onarılması hedeflenmektedir. Bu hedefler doğrultusunda, hemşire hasta ile en fazla zaman geçiren sağlık profesyoneli olarak, hastanın iyilik halini sürdürmesine yardımcı olmalıdır. Jinekolojik kanser hastalarında tedaviye bağlı oluşan yan etkilerin azaltılmasında ve giderilmesinde hemşirelik bakımı elzemdir. Holistik bir yaklaşım ile hastanın yaşam kalitesi artırılabilir (Grant ve Dean, 2012).

Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden sıklıkla kullanılanlar; Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Core Questionnaire-EORTC QLQ-C30), Kanser Tedavisinin İşlevsel Değerlendirilmesi-Genel Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-General FACT-G), Kanser Tedavisinin İşlevsel Değerlendirilmesi-Over Kanseri Ölçeği (Functional Assessment of Cancer Therapy-Ovarian FACT-O), Kısa form-36 (Short Form 36 (SF-36), Rotterdam Semptom Ölçeği (Rotterdam Symptom Checklist) olarak sayılabilir. Bunların içinde EORTC QLQ en sık kullanılan ölçektir. Yaşam kalitesi ölçümleri böylece sağlık çalışanları için önemli bilgiler sunmaktadır (Jones ve ark., 2006; Penson ve ark., 2006).

Jinekolojik kanser tedavi yöntemleri bireyin yaşam kalitesini dolayısıyla beden imajını, psikososyal durumunu, fiziksel fonksiyonlarını, anne ve eş rollerini böylece cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (Frumovitz ve ark., 2005; Bal ve ark., 2013).

### 1.5. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Depresyon

Günümüzde kanser yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanmaktadır. Tedavisindeki gelişmelere rağmen, kişilerin fazlaca korktuğu bir hastalık olmaya devam etmektedir (ACS, 2012). Erken tanı ve tedavi edilmediğinde ölüme yol açmakta, tedavi sürecinde depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Pasquini ve Biondi, 2007).

Kişi kanserle karşılaştığı ilk anda şaşırır ve bir “şok” durumu yaşar. Bu dönemde olayı algılamaya çalışır. Hastanın durumu anlaması için zaman tanınmalıdır. Sonraki aşamada bu duruma inanamaz ve inkar eder, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duygularla seyreden bu “yas dönemi” birkaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine, umutlara bırakır. Bazı kişilerde de yas dönemi uzar ve bu tablo depresyona dönüşebilir (Mete ve Önen, 2001).

Depresyon, kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında kişide gelişen çökkünlük durumudur. Depresyon belirtileri çoğu zaman kanser tedavisinin yan etkileri ile karıştırılabilmektedir. Gün içinde sürekli üzgün ve umutsuz olan, belirgin kilo kaybı, enerji düşüklüğü ve sürekli yorgunluk yaşayan, çok uyuyan ya da uyuyamayan, bir konuya odaklanma sorunu yaşayan, unutkan, ölümü ve intiharı düşünen hastaların bu durumları iki hafta veya daha fazla sürüyorsa depresyonda olduğunu göstermektedir. Depresyondaki kişi ağlamaklı, neşesiz, bitkin, omuzları çökkün bir görünüm sergiler. Bakışları yere doğru olup, boyun ve gövdeleri öne eğiktir. Bu kişiler intiharı tek çıkış yolu olarak görmektedirler (ACS, 2013a).

Kanserli, hastaların depresyon açısından risk faktörleri; psikiyatrik bir hastalığının olması, düşük benlik saygısı, tanı sırasında fazla duygusal stres yaşanması ve sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması şeklinde sıralanmaktadır (Ateşçi ve ark., 2003). Bunların dışında yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni hali ile kanserin yerleşimi, tedavi türü, prognozu, tedavinin yan etkileri ile

ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ateşçi ve ark., 2003; Ell ve ark., 2005; Suzuki ve ark., 2011; Kutlu ve ark., 2011).

Kanser hastalarında depresyon %20 ile %50 arasında değişen sıklıkta görülmektedir (Pasquini ve Biondi, 2007). Jinekolojik kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklardan depresyon, obsesif kompulsif ve somatizasyon bozuklukları daha sık görülmektedir (Petersen ve ark., 2005). Kanser tedavilerinin kadının cinsel yaşamını ve doğurganlığını etkilemesi kadınlarda şiddetli depresyona yol açmaktadır (Carter ve ark., 2005). Kemoterapinin beyne hızlı ve direk etkisi ile akut depresyon gelişebilmektedir. Ayrıca kemoterapi hormonları etkileyerek erken menopoza, infertiliteye ve cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (Mete ve Önen, 2001). Bunların yanında, kemoterapi tedavisi sonrası yaşanan alopesi, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma gibi semptomlar kadının benlik saygısını ve cinsel çekiciliğini etkilemektedir (Stead ve ark., 2007; Reis ve ark., 2010). Cerrahi ve radyoterapi tedavisi kadının dış görünüşüne yönelik olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olmasına neden olarak benlik imgesini etkilemektedir (Donovan ve ark., 2007). Tüm bunlar kadını depresyona iten nedenlerin başında gelmektedir.

Ell ve arkadaşlarının (2005) 472 jinekolojik kanserli hasta üzerinde yaptığı çalışmada, 114 hastanın majör depresyon yaşadığı saptanmıştır. Bunların %62'sinin orta derecede, %38'inin şiddetli ve %20'sinin intihar düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada, 246 epitelyal over kanserli hastanın %21'inin depresyon yaşadığı belirtilmektedir (Bodurka-Bevers ve ark., 2000). Suzuki ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, 214 jinekolojik kanserli hastanın %55'inde depresif semptomlardan söz edilmektedir. Aynı çalışmada serviks, endometrium ve over kanserine sahip hastaların depresyon puanları arasında fark olmadığı belirtilmektedir.

Jinekolojik kanserli kadınlarda depresyonu değerlendiren ve sıklıkla kullanılan ölçekler; Beck Depresyon Envanteri (BDE-Beck Depression Inventory-BDI), Brief Semptom Envanteri (BSE-Brief Symptom Inventory-BSI) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD-Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) şeklinde sıralanabilir (Massie, 2004; Pasquini ve Biondi, 2007).

Depresyon belirti ve bulgularını en erken dönemde saptayacak ve tedavisinde hastaya primer bakımı sağlayacak sağlık profesyoneli hemşiredir. Bu konuda, hemşire hastanın kaygı ve depresyon semptomlarını mutlaka sorgulamalıdır (Metem ve Önen, 2001). Depresyon belirti ve bulgularını fark eden hemşire ekip ile işbirliği içinde hastanın psikolojik yardım alması gerekiyorsa, bu konuda hasta ve yakınlarını desteklemelidir. Hasta ile konuşmak ve onu dinlemek için mutlaka zaman ayırmalı, konuşmak için belirlediği konulara cinselliği mutlaka eklemeli, hastayı sevdiği aktiviteleri yapması yönünde desteklemeli, kanser tedavisine devam etmek istemeyen hastaları cesaretlendirmeli ve psikolojik tedavi alan hastaların tedavilerini sürdürmelidir (ACS, 2013a).

Görüldüğü gibi kadında cinsel yaşamın etkilenmesi depresyonun önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Bu sebeple jinekolojik kanser hastalarında cinsel yaşam asla göz ardı edilmemelidir.

### **1.6. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Umutsuzluk**

Umut, “Bireyin, yaşamdan beklentileri, istekleri ve bu isteklerine yönelik içinde yaşadığı dinamizm” olarak tanımlanmaktadır. Umutsuzluk kavramı ise, umudun tam tersi olarak “Bireyin geleceği hakkındaki olumsuz beklentileri” şeklinde yorumlanmaktadır (Barracough, 1999). Her iki kavram da kişilerin gelecekteki gerçek amaçlarına ulaşma imkanlarının yansımalarıdır (Dilbaz ve Seber, 1993).

Bir kanser hastasında görülen umutsuzluk, fiziksel durumun kötüleşmesine, uzun süre yaşanan strese veya inanç ve değerlerin kaybolmasına bağlı olarak gelişebilir. Hastanın başkaları ile olan etkileşiminde azalma, aktivitelerinde azalma, iç çekme, umutsuz sözler dile getirme, göz temasından kaçınma, üzgün yüz ifadesine sahip olma, sorulara omuz silerek cevap verme, geleceğe oryantasyonun kaybolması ve olumsuzluk duygularının olması umutsuzluk yaşadığını göstermektedir. Bunların yanında umutsuz hastalarda, iştah ve kiloda değişim, uykuda artma ve sosyal açıdan içe kapanma görülen diğer belirtilerdir (Barracough, 1999).

Umutsuzluk, kanser hastalarının tedaviye uyumlarını yakından etkilemekle birlikte; hastaların iyileşmesi, baş etme becerileri ve yaşam kaliteleri ile yakından ilişkilidir (McClement ve Chochnov, 2008). Hastaların kendilerine olan güvenleri, baş etme becerileri, iyilik hali, aile ilişkileri, sağlık çalışanları ile ilişkileri, arkadaş desteği, sağlık çalışanlarının hastalık hakkında verdiği bilgiden duydukları memnuniyet ve hastanedeki rahatı umut düzeylerini etkilemektedir (Vellone ve ark., 2006). Benzein ve Berg (2005)'in çalışmasında, kanser hastalarının tedavi sonrası yaşadığı yorgunluğun, umutsuzluk düzeyini etkilediği belirtilmektedir.

Kanser tanısı almak hastaların geleceği ile ilgili bir belirsizlik yaşamalarına sebep olmaktadır (Rustoen ve Hanestad, 1998). Kanser hastaları üzerindeki çalışmalar, kanser hastalarının farklı düzeylerde umut ve umutsuzluk yaşadığını göstermektedir. Pehlivan ve arkadaşlarının çalışmasında kanser hastalarının umutsuzluk düzeyleri düşük bulunmuştur (2011). Aslan ve arkadaşlarının (2007) jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların umut düzeyi ortanın üzerinde bulunmuştur. İleri evre over kanserine sahip hastalarda umudun hastalıkla baş etmede ve normal yaşama dönmede anahtar bir rol aldığı belirtilmektedir (Reb, 2007). Jinekolojik kanserli kadınlar için umut; tedavi olabilme, hastalıktan kurtulma, pozitif enerji, yaşamı değiştirme isteği, yaşam tutkusu, iyi aile ilişkileri olarak yorumlanmaktadır. Kadını, kanser gibi ölümcül bir hastalıkla yüz yüze olmak ve çocuğundan ayrılma korkusu umutsuzluğa itmektir. Jinekolojik kanser tedavilerinin ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk gibi yan etkilerinin yanında kadınların annelik ve eş rollerinin etkilenmesinin, cinsel yaşamlarında meydana gelen olumsuz değişimlerin, düşük beden imajının (Hamilton, 1999; Hammer ve ark., 2009), yaşadığı yalnızlık (Pehlivan ve ark., 2011), depresyon ve anksiyetenin umutsuzlukla yakından ilişkisi bulunmaktadır (Gil ve Gilbar, 2001).

Hemşirelik bakımının temel amacı, hastanın hastalıkla baş etmesine yardımcı olmaktır. Bu konuda hemşireler, jinekolojik kanserli hastaların umutlarını sürdürmeleri ve umutsuzluktan kaçınmalarına yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Hemşireler hastalar için en ulaşılabilir pozisyonda olduğundan umudu güçlendirmede önemli rol oynamaktadır. Bu kapsamda, hemşireler hastaların umut ve korkularını dinlemek için zaman ayırmalı ve hastaların umutsuzluk düzeylerini

değerlendirmelidir. Hastaya umut aşılamalı, gelecek birkaç gün için yeni hedefler koymasına yardımcı olmalı, sosyal desteğin ve aile ilişkilerinin önemini yakınlarına açıklamalıdır. Umutsuzluk düzeyini değerlendirmede en sık kullanılan ölçek Beck Umutsuzluk ölçeği (BUÖ)' dir. Böylece, umutsuzluk düzeyi belirlenen hastaya ekibin tüm üyelerince aynı şekilde yaklaşılmalı ve aynı mesaj verilmelidir. Umutsuzluk düzeyi yüksek olan hastalar için gerekli önlemler alınmalı ve psikolojik tedavi alması yönünde desteklenmelidir (Rustoen ve Hanestad, 1998).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Şekli

“Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın (Sexuality Scale, Zeng ve ark., 2012) Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma kesitsel, metodolojik ve tanımlayıcı niteliktedir.

### 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi ile Kadın-Doğum Hastalıkları Kliniği ve Polikliniği, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yürütüldü.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Tıbbi Onkoloji Kliniğinde 14 oda ve 36 yatak kapasitesi mevcuttur. Bu klinikte dört hemşire 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>; iki hemşire 16<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Daha çok son dönem ve destek hastaları takip edilmektedir. Ayrıca kemoterapi de uygulanmaktadır. Jinekolojik kanserli hastalar çok nadir yatmaktadır. Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde sekiz poliklinik odası bulunmaktadır. Her bir poliklinik odasında 50 hasta muayene edilmektedir. Hastaların kontrollerinin ve muayenelerinin yapıldığı bölümde toplam sekiz hekim 08<sup>30</sup>-16<sup>30</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Tıbbi Onkoloji Gündüz Tedavi Ünitesinin toplam 60 hasta kapasitesi bulunmaktadır. Günlük ortalama 70 hastaya kemoterapi uygulanmaktadır. Tedavi gören hastaların çoğunluğu meme kanseridir. Gündüz kemoterapi ünitesine girmeden önce, dışarıda

bir odada hastaların yaşam bulguları ölçülmektedir. Hemşire gözlem formuna yaşam bulguları ve laboratuvar bulgularının kaydı yapıldıktan sonra kemoterapisini almak üzere hastalar üniteye girmektedir. Kemoterapiler robot tarafından hazırlanıp, hazır olarak üniteye gelmektedir. Bu üniteye toplam altı hemşire 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Kadın-Doğum Hastalıkları Kliniğinde toplam yedi oda ve 18 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Gündüz 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> vardiyasında iki ya da üç hemşire, gece 16<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> vardiyasında ise tek hemşire çalışmaktadır. Daha çok pre-op ve post-op hastalar izlenmektedir. Kadın-Doğum Hastalıkları Polikliniğinde iki oda yer almaktadır. Toplam dört uzman hekim ve iki hemşire 08<sup>30</sup>-16<sup>30</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Bir poliklinik odasında günlük ortalama 20 hasta muayene edilmektedir. Öğleden önce muayeneler yapılmakta, öğleden sonra sonuçlar değerlendirilmektedir. Sabah ilk muayene hakkı onkoloji hastalarına tanınmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi; Kadın-Doğum Hastalıkları Kliniğinde 20 oda ve kullanılan 30 yatak bulunmaktadır. Bu klinikte, 08<sup>00</sup>-20<sup>00</sup> vardiyasında üç ve 20<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> vardiyasında iki hemşire çalışmaktadır. Daha çok pre-op ve post-op hastalar izlenmektedir. Kliniğin 85-05 numaralı odasında kadın-doğum kliniğine ait gündüz kemoterapi ünitesi yer almaktadır. Toplam yedi hasta kapasitesi vardır. Burada iki hemşire görev almaktadır. Eczanede hazırlanarak gelmiş olan kemoterapiler uygulanmakta, hastalara kemoterapi ve yan etkilerine yönelik eğitim verilmektedir. Kadın-Doğum Hastalıkları Polikliniğinde bir poliklinik odasında muayene yapılmakta, bir hekim ve bir hemşire görev almaktadır. Günlük ortalama 30-35 hasta muayene edilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Gündüz Tedavi Ünitesi 28 hasta kapasitelidir. Günlük ortalama 100 hasta kemoterapi tedavisini almaktadır. Bu üniteye 14 hemşire 08<sup>00</sup>-17<sup>00</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Kemoterapiler eczaneden hazır bir şekilde üniteye gelmektedir. Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde işlev gören üç poliklinik odasında toplam 11 hekim 08<sup>00</sup>-17<sup>00</sup> saatleri arasında günlük 100 hasta muayene etmektedir. Tıbbi Onkoloji Kliniği'nin yedi hasta kapasitesi mevcuttur. Burada iki hemşire 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>; bir hemşire ise 16<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Daha çok akciğer ve gastrointestinal kanseri olan hastalar bu kliniğe yatmaktadır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi; Tıbbi Onkoloji Kliniği toplam 28 oda ve 35 hasta kapasitelidir. Gündüz 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> vardiyasında dört, gece 16<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> vardiyasında iki hemşire çalışmaktadır. Bu klinikte kemoterapi uygulanmakta, destek hastaları ve son dönem hastaları takip edilmektedir. Jinekolojik kanserli hastalara nadir rastlanmaktadır. Kemoterapiler hemşireler tarafından kabinde hazırlanmaktadır. Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde iki hekim 08<sup>30</sup>-16<sup>30</sup> saatleri arasında iki poliklinik odasında toplam 40 hasta muayene etmektedir. Jinekolojik kanserli hastalar daha çok konsültasyona gelmektedir. Gündüz Kemoterapi Ünitesi 13 hasta kapasitelidir. Burada üç hemşire 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> saatleri arasında çalışmaktadır. Günlük ortalama 30 hastaya kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Kemoterapiler kabinde hemşire tarafından hazırlanmaktadır. Hastanın tedavisine yönelik soruları olduğunda yanıtlanmaktadır. Jinekoloji Onkoloji Kliniği, Kadın-Doğum Hastalıkları binasının birinci katında yer almaktadır. Toplam sekiz oda ve 12 hasta kapasitesi vardır. Gündüz 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> vardiyasında bir, gece 16<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> vardiyasında bir hemşire çalışmaktadır. Bu klinikte pre-op ve post-op jinekolojik kanserli hastalar takip edilmekle birlikte, kemoterapi de uygulanmaktadır. Kemoterapiler kabinde hemşire tarafından hazırlanmaktadır. Ayrıca her haftanın Salı günü jinekolojik kanserli poliklinik hastaları bu klinikteki hekime muayene olarak kontrollerini yaptırmaktadır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi; Tıbbi Onkoloji Kliniğinde dokuz oda ve 17 yatak bulunmaktadır. Gündüz 08<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> vardiyasında üç; gece 16<sup>00</sup>-08<sup>00</sup> vardiyasında bir hemşire çalışmaktadır. Klinikte bir odada kemoterapi kabini bulunmakta ve kemoterapiler hemşireler tarafından hazırlanmaktadır. Daha çok gastrointestinal kanser hastaları yatmaktadır. Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde iki poliklinik odasında iki hekim hastaları muayene etmektedir. Günlük ortalama 35 hastanın muayenesi 08<sup>30</sup>-16<sup>30</sup> saatleri arasında yapılmaktadır. Gündüz Tedavi Ünitesinde dört hemşire görev almaktadır. Ünite 15 hasta kapasitelidir. Günlük ortalama 20-25 hastaya kemoterapi uygulanmaktadır. Ünitenin bir odasında kabin bulunmakta ve kemoterapiler hemşireler tarafından hazırlanmaktadır.

### 2.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, ölçek çalışmalarında örneklem büyüklüğü belirleme yöntemine göre belirlendi. Bu yöntemle göre, araştırmalarda ulaşılmaması gereken örneklem büyüklüğünün, ölçeğin içerdiği değişken sayısının 5 ila 10 katı olması gerekmektedir (Tinsley ve Tinsley, 1987; Fraenkel ve ark., 2012). Araştırmamızda, örneklem sayısı ölçülecek olan değişkenin beş katı alınarak hesaplandı. “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nda 25 değişken bulunmaktadır (uzman görüşü sonrası kalan değişken sayısıdır). Bu doğrultuda 125 ( $25 \times 5 = 125$ ) kişilik bir örneklemin evreni temsil edebileceği belirlendi. Araştırmanın örneklemini 04/04/2013-14/02/2014 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi ile Kadın-Doğum Hastalıkları Kliniği ve Polikliniği’nde; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi’nde tedavi gören jinekolojik kanserli 150 hasta oluşturdu.

#### *Araştırma kapsamına alınan hastaların seçim kriterleri:*

- Primer tanısı; over, endometrium, serviks, vulva, vajina ve tuba kanseri olan,
- 18 yaşından büyük olan,
- Evli ve eşi ile birlikte yaşayan ya da bir partneri olup birlikte yaşayan,
- Cinsel yönden aktif olan,
- İlk tedavisini tamamlamış olan,
  - Hasta kemoterapi tedavisi alıyor ise ilk kürünü tamamlamış olan (Pınar, 2013),
  - Cerrahi tedavi gördüyse ameliyatının üzerinden en az üç ay geçmiş olan (Wilmoth ve Spinelli, 2000),
  - Radyoterapi tedavisi aldı ise üzerinden en az bir ay geçmiş olan (Katz, 2009).

- Terminal dönemde olmayan,
- Okuma yazması olan,
- Anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan,
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formu imzalayan hastalar.

#### **2.4. Araştırma Soruları**

- Jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri ile cinsel yaşamları arasında ilişki var mıdır?
- Jinekolojik kanserli hastaların tıbbi özellikleri ile cinsel yaşamları arasında ilişki var mıdır?
- Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kaliteleri ile cinsel yaşamları arasında ilişki var mıdır?
- Jinekolojik kanserli hastaların depresyon puanı ile cinsel yaşamları arasında ilişki var mıdır?
- Jinekolojik kanserli hastaların umutsuzluk puanı ile cinsel yaşamları arasında ilişki var mıdır?
- “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın Türk toplumu üzerinde kullanımı uygun mudur?

#### **2.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Bağımlı değişkenler; yaşam kalitesi, depresyon ve umutsuzluk puanı ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks ölçüm Skalası’ndan alınan puanlardır.

Bağımsız değişkenler; jinekolojik kanserli hastanın yaşı, eğitim durumu, mesleği, doğduğu coğrafi bölge, gebelik sayısı, doğum sayısı, menopoz yaşı, haneye giren aylık ortalama geliri, ailedeki kişi sayısı, ailedeki çocuk sayısı, yaşadığı yer,

sosyal güvencesi, soy geçmişte kanser öyküsü olma durumu, primer tanısı, tanı konulduktan sonra geçen süre, hastalığın evresi, olunan ameliyatın türü, ameliyattan sonra geçen süre, uygulanan radyoterapinin türü ve süresi, kemoterapi kür sayısı, kemoterapide kullanılan ilaçlar, şu an alınan tedavi gibi hastalara ait değişkenlerdir. Ayrıca cinsel yaşamında oluşan değişikliklere yönelik sorularının olup olmaması, cinsel yaşamı hakkında hekim-hemşire ve eşine danışma durumu, cinsel yaşamına yönelik sorularını sormama nedenleri, cinselliğine yönelik soruları sormada kimi tercih etmek istediği, sorularını hemşireye sormama nedenleri, tedavi ile tedavi sonrası ilk cinsel ilişki arasında geçen süre, cinsel ilişki sırasında herhangi bir yardımcı ürün kullanma durumu gibi değişkenlerdir.

## **2.6. Veri Toplama Aracı**

Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın demografik verilerine ilişkin hasta tanıtım formu (Bkz. Ek-2); ikinci bölümde EORTC QLQ-C30, BDE ile BUÖ (Bkz. Ek-2A); üçüncü bölümde ise Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası yer aldı (Bkz. Ek-2B). Veri toplama aracında kullanılan form ve ölçekler aşağıda sırası ile tanıtılmaktadır:

### **2.6.1. Hasta Tanıtım Formu**

Hasta tanıtım formu üç bölümden oluşmaktadır (Bkz. Ek-2): Birinci bölümde hastanın yaşı, eğitim durumu, mesleği, doğduğu coğrafi bölge, gebelik sayısı, doğum sayısı, haneye giren aylık ortalama geliri, ailedeki kişi sayısı, ailedeki çocuk sayısı, menopoza girip girmediği, menopoza girdi ise menopoz yaşı, sürekli yaşadığı yer, sosyal güvencesi ve soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu gibi sosyo-demografik özellikleri yer aldı (Molassiotis ve ark., 2002; Sekse ve ark., 2010; Stafford ve Judd, 2011).

İkinci bölümde hastanın primer tanısı ve tanı aldığı tarih, hastalığın evresi, daha önce aldığı tedaviler; ameliyat oldu ise tarihi ve türü, radyoterapi aldı ise

uygulanan bölge ve süresi, kemoterapi aldı ise kemoterapi kür sayısı ve kullanılan ilaçlar, şuan aldığı tedavi, başka bir hastalığı olup olmadığı sorgulandı (Liavaag ve ark., 2008; Bifulco ve ark., 2011).

Üçüncü bölümde ise; hastanın tedavi süreci boyunca cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorularının olup olmadığı, var olan sorularını kime sorduğu, sormadıysa sebepleri, var olan sorularını kime sormayı tercih ettiği, sorularını sormada hemşireyi tercih etmek istememesinin sebepleri, ilk tedavisinden ne kadar zaman sonra cinsel ilişkide bulunduğu ve cinsel ilişki sırasında herhangi bir yardımcı ürün kullanıp kullanmadığı, hastanın tanı öncesi ile sonrasını karşılaştırdığında cinsel yaşamında oluşan değişikliklere yönelik sorulara yer verildi (Hill ve ark., 2011; Zeng ve ark., 2012; Flynn ve ark., 2012; Bal ve ark., 2013).

### **2.6.2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-VERSION 3.0)**

Aaronson ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen EORTC QLQ-C30, genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler (fiziksel, rol, bilişsel, duygusal, sosyal) ve semptom skalası (yorgunluk, ağrı, bulantı/kusma, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diare, maddi zorluk) olmak üzere üç alt boyut ve 30 soru içermektedir (Kaasa ve ark., 1995). Ölçek sorularının ilk 28 sorusu dördümlük likert tipidir. Verilen cevaplar; hiç: 1, biraz: 2, oldukça: 3, çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. İlk 28 sorudan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin düşük olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 29. ve 30. soruları genel yaşam kalitesi alanını oluşturan sorulardır. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan geçen haftaki genel sağlığını ve 30. sorusunda geçen haftaki hayat kalitesini 1'den 7'ye kadar verilmiş olan puanlar (1 puan; çok kötü, ..., 7 puan; çok iyi) ile değerlendirmesi istenmektedir. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. (Schwarz ve Hinz, 2001; Kaya, 2006; Cankurtaran ve ark., 2007; Altıparmak ve ark., 2011; Bifulco ve ark., 2011). Ölçekte yer alan sorulardan; fiziksel fonksiyonları 1., 2., 3., 4., ve 5.; rol fonksiyonları 6. ve 7.; duygusal

fonksiyonları 21., 22., 23. ve 24.; bilişsel fonksiyonları 20. ve 25.; sosyal fonksiyonları 26. ve 27.; genel yaşam kalitesini 29. ve 30. sorular değerlendirmektedir. Semptom skalasında, yorgunluk 10., 12. ve 18.; bulantı/ kusma 14. ve 15.; ağrı 9. ve 19.; dispne 8.; uykusuzluk 11.; iştahsızlık 13.; konstipasyon 16.; diare 17.; maddi zorluk 28. maddelerde değerlendirilmektedir (Ertem ve ark., 2009).

Özetle ölçek üç ana alt boyuttan oluşmaktadır. Her ana alt boyutun da alt boyutları olmakla birlikte ölçeğin bütününde toplam 15 alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin puanlaması yüzlük sisteme göre yapılmaktadır. Yani, her bir alt boyuttan 0-100 arasında değişen puanlar alınmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yüzlük sistemde karşılığını bulmaya yönelik uygulanan formüller aşağıda yer almaktadır (Yüce, 2012).

Ham Puan	$= (I_1 + I_2 + I_3 + \dots + I_n) / n$
Genel Yaşam Kalitesi	$= \{ (\text{Ham Puan} - 1) / \text{Dağılım Aralığı} \} \times 100$
Fonksiyonel İşlevler	$= \{ 1 - ((\text{Ham Puan} - 1) / \text{Dağılım Aralığı}) \} \times 100$
Semptom Skalası	$= \{ (\text{Ham Puan} - 1) / \text{Dağılım Aralığı} \} \times 100$

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu, aralıklı olarak EORTC QLQ-C30'u değişik versiyonlar ile yenilemektedir. Türkiye'de Güzelant ve arkadaşları ölçeğin 2.0 versiyonunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini akciğer kanserli hastalar üzerinde yapmışlardır. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach  $\alpha$  katsayısı  $> 0,70$  olarak belirlenmiştir (Güzelant ve ark., 2004). Tek bir kanser türü üzerinde uygulanmış olması ve EORTC QLQ' nun 3.0 versiyonunun oluşturulması sebebi ile Cankurtaran ve arkadaşları (2007), 114 değişik türde kanser hastası üzerinde EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0'ın Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini çalışmıştır. İlgili çalışmada ölçeğin Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,56 ila 0,85 arasında değiştiği bildirilmiştir. Alt başlıkların Cronbach  $\alpha$  katsayıları incelendiğinde; genel yaşam kalitesi 0,81, fiziksel fonksiyon 0,81, rol fonksiyon 0,83, duygusal fonksiyon 0,85, sosyal fonksiyon 0,74, bilişsel fonksiyon 0,56 olarak belirtilmiştir. Bulantı, kusma gibi diğer semptomların güvenilirlik katsayısının  $> 0,70$  olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, ölçeğin Türk toplumu için kullanımının uygun olduğu belirtilmektedir (Cankurtaran ve ark., 2007).

Bu çalışmada elde edilen EORTC QLQ-C30 puanlarının dağılımları ve Cronbach  $\alpha$  katsayıları çizelge 2.6.1.'de sunuldu.

**Çizelge 2.6.1.** EORTC QLQ-C30 Puanlarının Dağılımları ve Cronbach  $\alpha$  Katsayıları

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları	Madde No	$\bar{X}$	SS	Min.	Max.	Cronbach $\alpha$
<b>Genel Yaşam Kalitesi</b>	29, 30	63,00	28,76	0	100	<b>0,98</b>
<b>Fonksiyonel İşlevler</b>						<b>0,87</b>
Fiziksel fonksiyon	1-5	71,20	19,80	6,67	100	0,78
Rol fonksiyon	6,7	75,33	24,01	0	100	0,91
Duygusal fonksiyon	21-24	66,50	26,21	0	100	0,87
Zihinsel fonksiyon	20, 25	75,11	21,04	0	100	0,37
Sosyal fonksiyon	26, 27	73,33	23,17	16,67	83,33	0,85
<b>Semptom Skalası</b>						<b>0,86</b>
Yorgunluk	10, 12, 18	37,70	22,95	0	100	0,86
Bulantı-kusma	14, 15	14,55	21,26	0	100	0,79
Ağrı	9, 19	29,44	25,86	0	100	0,85
Dispne	8	10,44	19,36	0	100	-
Uykusuzluk	11	28,22	29,84	0	100	-
İştah kaybı	13	21,33	27,92	0	100	-
Konstipasyon	16	17,77	26,09	0	100	-
Diare	17	6,22	17,00	0	100	-
Maddi zorluk	28	23,55	25,77	0	100	-
<b>Toplam</b>						<b>0,814</b>

### 2.6.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. BDE'nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada Hisli tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanıldı (Hisli, 1989). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada BDE'nin Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,80 olduğu bildirilmektedir. BDE formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir (Hisli, 1989).

BDE’de toplam değer 9 ve daha az ise “depresyon yok”, 10–16 ise “hafif”, 17–23 ise “orta”, 24 ve daha fazla ise “şiddetli depresyon” olarak değerlendirilmektedir. BDE’nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (Hisli, 1989).

Bu alışmada, BDE’nin Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,82 olduğu belirlendi. Hastaların depresyon puanlarının ortalama  $12,93 \pm 7,06$  (Min:0, Max:41) olduğu saptandı.

#### **2.6.4. Beck Umutsuzluk leği (BU)**

Ölçeğin zgn formu Beck ve arkadaşları tarafından 1974’te geliştirilmiştir. Türkiye’de ölçek üzerine ilk alışma Seber ve arkadaşları tarafından 1991’te yapılmıştır. İntihar girişiminde bulunan ve majör depresyon ve distimik bozukluk (depresif belirtilerin daha hafif düzeyde en az iki yıl sürdüğü klinik tablo) tanılarını alan toplam 37 kişilik çalışma grubu ve 70 kişiden oluşan karşılaştırma grubu ile toplam 107 denekle yürütülen bu çalışmada uyum geçerliği ve korelasyon katsayıları sırasıyla 0,65 ve 0,55 olarak bulunmuştur. Çalışmada ölçeğin güvenirliği için saptanan Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,86 olarak bildirilmiştir (Seber ve ark, 1991). Durak ve Palabıyıkoglu (1993), ölçeğin ikinci kez geçerlik ve güvenirliğini kanser hastalarını da içeren toplam 201 hasta grubu ve 172 kişiden oluşan karşılaştırma grubu üzerinde yapmıştır. Çalışmada güvenirlik katsayısı 0,72-0,78 olarak ifade edilmiştir.

BU, 20 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Maddeler duygusal, motivasyonel ve bilişsel etmenlerden oluşmaktadır. Bireyden kendisine uygun gelen ifadeler için “evet”, uygun gelmeyen ifadeler için “hayır” seçeneğini işaretlemesi istenir. Ölçekteki 1., 3., 5., 6., 8., 10., 13., 15. ve 19. sorulara “hayır”; 2., 4., 7., 9., 11., 12., 14., 16., 17., 18., ve 20. sorulara ise “evet” yanıtı için 1 puan verilir (Durak ve Palabıyıkoglu, 1993). Toplam puan 0 ile 20 arasında değişmektedir. Elde edilen

“aritmetik toplam” “umutsuzluk puanı” olarak kabul edilmiştir. Gelecek ile ilgili duyguları 1., 6., 13., 15., 19. maddeler, motivasyon kaybını 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20. maddeler, gelecek ile ilgili düşünceleri ise 4., 7., 8., 14., 18. maddeler ifade etmektedir (Seber ve ark., 1991).

Bu çalışmada BUÖ'nin Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,84 olduğu belirlendi. Hastaların umutsuzluk puanlarının ortalama  $5,06 \pm 3,92$  (Min:1, Max:19) olduğu saptandı.

### **2.6.5. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası**

Zeng ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiş olan Seks Ölçüm Skalası, Çin'de jinekolojik kanser tanısı almış olan 156 hasta üzerinde uygulanmıştır. Bu çalışmadan yola çıkarak araştırmanın yazarlarından kullandıkları cinsellik ölçeği istendi. Bu çalışmada, yazarlar tarafından gönderilen orijinal ölçek kullanıldı.

Ölçek orijinal hali ile, vücut şekli (5 madde), rol ve ilişki sorunları (5 madde), cinsel eylemler (5 madde), cinsel fonksiyon (10 madde) ve kanser tanısı öncesi ile sonrasında karşılaştırmaya yönelik soruları içeren ek bilgiler (7 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve 32 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi bir ölçektir ve geçen ayı değerlendirmektedir (Zeng ve ark., 2012).

Vücut şekli alt boyutunda; hastanın dış görünüşünden memnun olup olmadığını, kendi görünüşünü olduğu gibi kabullenip kabullenmediğini, çevresindeki insanların ona bakışını, fiziksel olarak kendini çekici hissedip hissetmediğini ve vücudunu seksi bulup bulmadığını sorgulayan beş madde yer almaktadır. Bu bölümde verilen cevaplar; kesinlikle evet: 4, evet: 3, hayır: 2, kesinlikle hayır: 1 olarak puanlanmaktadır (Zeng ve ark., 2012).

Rol ve ilişki sorunları alt boyutunda; kanserin, hastanın kadınsılığında, eşinin yaklaşımında, eş olarak kendi durumunda, annelik rolünde, eşi ile olan genel cinsel ilişkilerinde herhangi bir değişime sebep olup olmadığını sorgulayan beş madde yer

almaktadır. Bu bölümde verilen cevaplar; çok: 4; oldukça: 3; biraz: 2; hiç: 1 şeklinde puanlanmaktadır (Zeng ve ark., 2012).

Cinsel eylemler alt boyutunda; sevişmenin hasta için önemini, bu ay içindeki cinsel etkinliğin olup olmadığını, herhangi bir cinsel etkinlikten zevk alıp almadığını, bu ay içindeki cinsel birleşme sayısını, cinsel birleşme sıklığından memnuniyeti sorgulayan beş madde yer almaktadır. Bu bölümde verilen cevaplar; çok: 4; oldukça: 3; biraz:2; hiç:1 şeklinde puanlanmaktadır. Cinsel birleşme sayısını sorgulayan soruya verilen cevaplar ise; >4 kez: 4, 3-4 kez: 3, 1-2 kez: 2, hiç: 1 şeklinde puanlanmaktadır (Zeng ve ark., 2012).

Cinsel fonksiyon alt boyutunda; hastanın, eşinin ve kendinin cinsel gücünden endişesini, cinsel isteğini, cinsel birleşme sırasındaki vajinal kuruluğu, ağrı ya da rahatsızlığı, kanamayı, cinsel ilişkisinin zorlayıcı olup olmadığını, cinsel birleşmeyi tamamlamakta sıkıntı yaşayıp yaşamadığını, cinsel birleşmede doyuma ulaşım ulaşmadığını ve cinsel birleşme sonrası tatmini sorgulayan 10 madde yer almaktadır. Bu bölümde verilen cevaplar; çok: 4; oldukça: 3; biraz:2; hiç:1 şeklinde puanlanmaktadır (Zeng ve ark., 2012).

Ek konular alt boyutunda, hastadan kanser tanısı öncesini ve sonrasında karşılaştırması istenmektedir. Bu bölümde hastanın cinsel isteğinde, cinsel birleşme sıklığında, cinsel aktivite şekillerine olan yöneliminde, vajinal kuruluğunda, vajina genişliğinde, cinsel birleşme sırasındaki acı derecesinde, cinsel ilişki kalitesindeki değişimleri sorgulayan yedi madde yer almaktadır. Bu bölümde verilen cevaplar; çok değişti: 4; oldukça değişti: 3; biraz değişti: 2; hiç değişmedi: 1 şeklinde puanlanmaktadır (Zeng ve ark., 2012) (Araştırmamızda, ek konular alt boyutu uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçekten çıkarılmıştır).

Zeng ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, cinsel eylemler, cinsel fonksiyon ve ek konular alt boyutlarındaki toplam 20 madde geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,83 olarak belirtilmektedir. Ölçeğin cinsel eylemler alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,74, cinsel fonksiyon alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,77, ek konular alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,86

olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ve ölçekten alınan yüksek puanların olumsuz cinsel sonuçları ifade ettiği belirtilmektedir (Zeng ve ark., 2012).

Bu çalışmada; vücut şekli alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,76; rol ve ilişki sorunları alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,68; cinsel eylem alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,71 ve cinsel fonksiyon alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,82 olduğu belirlendi. Ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,72 olduğu saptandı.

## 2.7. Ön Uygulama

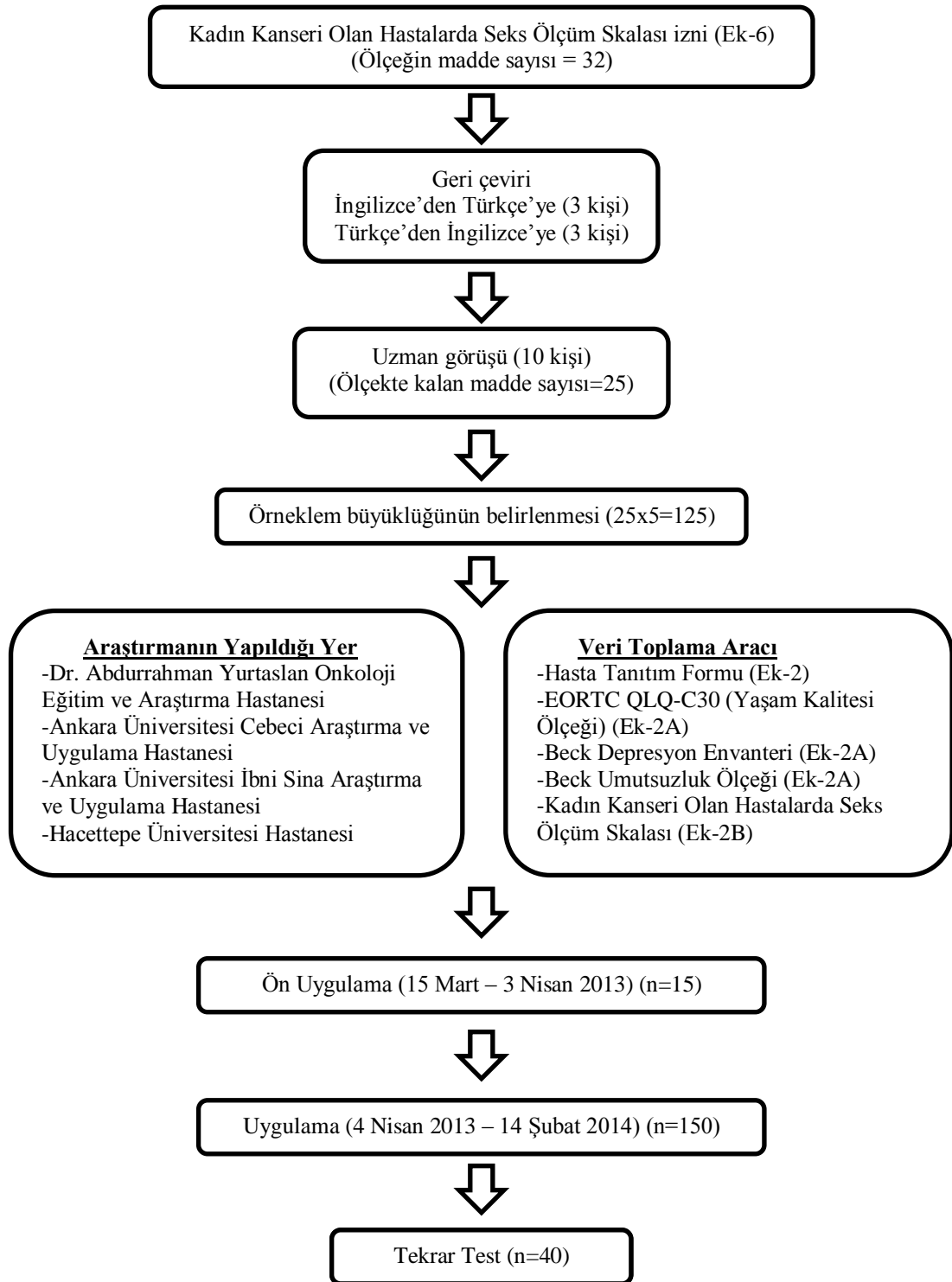
Çalışmanın planlanması tamamlandıktan ve gerekli izinler alındıktan sonra anket formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 15/03/2013-03/04/2013 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin belirtilen kliniklerine başvuran 15 hasta üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamaya alınan hastalara, araştırma konusu hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı (Bkz. Ek-1). Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Ön uygulamadan elde edilen veriler doğrultusunda anket formunda gerekli değişiklikler yapılarak (Bkz. Ek-2) uygulamaya başlandı.

## 2.8. Uygulama

Veri toplama formu, 04/04/2013-14/02/2014 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin belirtilen kliniklerine başvuran 150 hasta üzerinde uygulandı. Karşılaşılan hastalardan 35'i çalışmaya katılmayı reddetti, 10 hasta ise çalışmayı tamamlayamadı.

Öncelikle belirtilen kliniklerde hemşire, hekim ya da sekretere araştırmaya dahil edilebilecek hasta profili hakkında bilgi verildi. Onlardan jinekolojik kanserli olup, evli olan ya da bir partneri olan hastalarla karşılaşıldığında haber vermeleri istendi. Bu kişilerle bir telefon ağı oluşturuldu. Her gün sabah uygulama yapılan tüm klinikler aranarak o gün jinekolojik kanserli olup, kriterlere uygun hasta olup olmadığı sorgulandı. Hasta sayılarına göre bir plan oluşturularak hastalarla görüşmek için hastanelere gidildi. Bir hastanede uygulama yaparken diğer hastanede hasta kaçırmamak için çalışma hakkında bilgi verilen hekim, hemşire ya da sekreterler tarafından o gün görüşülemeyen hastaların adı-soyadı ve telefon numaraları alındı. Elde edilen telefon numaraları aranarak hastaların bir sonraki kontrol ve tedavilerinin zamanı öğrenildi ve o hastalara da anket uygulandı. Uygulama yapılan birimlere o hastanede ulaşılan hasta isimlerini içeren liste bırakıldı.

Uygulama esnasında, hastaların cinsel yönden aktif olup olmadıklarını öğrenmek için öncelikle kısa bir ön görüşme yapıldı. Hastalıkları, tedavileri ve yaşantıları hakkında konuşuldu. Bu görüşme sonrası hasta cinsel yönden aktif ise araştırmaya dahil edildi. Araştırmaya katılacak olan hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Bir anketin doldurulma işlemi 40-45 dakika sürdü. Hastanın demografik verileri ve tıbbi öyküsü kendisine sorularak dolduruldu. Hastalık tanısı, hastalığın evresi, ameliyat türü, ameliyat tarihi, radyoterapi uygulanan bölge ve süresi, kemoterapi kür sayısı, kemoterapide kullanılan ilaçlara yönelik bilgiler hasta dosyasından ve patoloji raporundan elde edildi. Hastalarla görüşme yapılırken hastanın hastalığını bilmeme durumu göz önüne alınarak “kanser” kelimesi kullanılmadı. Bunun yerine “bu hastalık” ifadesi tercih edildi. Hastalar, hasta tanıtım formunun cinsellik üzerine bilgiler bölümünden başlamak üzere EORTC QLQ-C30’u, BDE’ni, BUÖ’ ni ve Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’ nı kendileri doldurdular. Şekil 8.’de araştırmanın akış şeması verildi.



**Şekil 8.** Araştırmanın Akış Şeması

“Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın zamana göre değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test yöntemi kullanıldı (Kimberlin ve Winterstein, 2008). Tekrar test uygulamasında, örneklem grubunun %25-50’sine anketin tekrar uygulanması önerilmektedir (Alpar, 2012; Fraenkel ve ark., 2012). Bu nedenle, tekrar test uygulamasında Seks Ölçüm Skalası iki hafta ara ile örneklem grubunun yaklaşık %27 (n=40)’sine tekrar uygulandı. Seks Ölçüm Skalası ’nın tekrar test uygulaması yine gönüllülük esasına uygun gerçekleştirildi. Anket formlarının uygulandığı ilk gün uygulamayı kabul eden hastaların telefon numaraları kaydedildi. Seks Ölçüm Skalası verilerek dolduracağı tarihte telefonla aranarak doldurulması gereken zamanda doldurmaları sağlandı. Anketi dolduran hastalardan bir sonraki kontrol ya da tedavisinde anketi getirmeleri istendi (Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nın geçerlik ve güvenilirlik analiz sonuçlarına “bulgular” bölümünde yer verildi).

## 2.9. Verilerin Analizi

Hastalardan toplanan veriler kodlanarak SPSS (Statistical package for social sciences for windows 16.0) paket program ile değerlendirildi. Tanıtıcı bilgilere ait verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Verilerin niteliğine göre iki gruba karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student *t* testi) ve verilerin homojen olmadığı durumlarda Mann Whithney U Testi; çoklu grupları karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi ve veriler homojen olmadığında ise Kruskall Wallis varyans analizi uygulandı. Üç ve daha fazla sayıda değişkene sahip olan gruplarda, veriler homojen olduğunda farkı yaratan grubu bulmak için Tukey HSD testi; veriler homojen olmadığında ise Kruskall Wallis varyans analizi sonrasında gruplar arasındaki farkı belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulandı. Çeşitli değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini saptamak için korelasyon analizi yapıldı. Dağılımın normal olduğu durumlarda Pearson korelasyon katsayısı, normal olmadığı durumlarda Spearman korelasyon katsayısı hesaplanarak ilişki düzeyleri belirlendi (Polit ve Beck, 2010; Alpar, 2012).

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın geçerlik analizlerinde; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelendi. Güvenirlik analizinde ise; iç tutarlık ve zamana göre değişmezlik belirlendi. Dil geçerliği için, İngilizce'den Türkçe'ye (ileri düzeyde İngilizce bilen üç kişi tarafından) ve Türkçe'den İngilizce'ye (biri dil bilimci, biri onkolog, diğeri de ana dili İngilizce olan toplam üç kişi tarafından) çeviri; kapsam geçerliliği için, uzman görüşü alma (iki deneyimli onkoloji hemşiresi, bir aile hekimi, bir psikolog, iki onkolog, iki Türk dil bilimci, iki jinekolojik onkolog olmak üzere 10 uzmanın görüşü alındı); yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanıldı. Örneklem faktör analizi yapmaya uygunluğunun belirlenmesinde Keiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliği ölçüsü (KMO) ve Bartlett' in Küresellik testi (Bartlett's Test of Sphericity) kullanıldı. açıklayıcı faktör analizi'nde Varimax döndürme tekniği kullanıldı (Alpar, 2012; Fraenkel ve ark., 2012). Doğrulayıcı faktör analizi hesaplamalarında LISREL bilgisayar programı kullanıldı (Büyüköztürk ve ark., 2012; Yılmaz ve Çelik, 2009). İç tutarlık, Cronbach  $\alpha$  katsayısı ile; zamana göre değişmezliğin belirlenmesinde kullanılan test-tekrar test yöntemi Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplandı (Tezbaşaran, 2004; Alpar, 2012; Fraenkel ve ark., 2012).

## 2.10. Etik İlkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için; Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 627 sayılı ve 13/12/2012 tarihli kurul kararı (Bkz. Ek-7); T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İkinci Bölge Genel Sekreterliği aracılığıyla Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 85346189/1860 sayılı ve 22.01.2013 tarihli kararı (Bkz. Ek-8); Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden B.30.2.HAC.0.70.10.14-40/577 sayılı ve 08.01.2013 tarihli kararı (Bkz. Ek-9); Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 62873195-044-184 sayılı ve 11.01.2013 tarihli kararı (Bkz. Ek-10); Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 93984376-044-490 sayılı ve 25.01.2013 tarihli kararı ile izin alındı (Bkz. Ek-11).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden B.30.2.GÜN.0.H1.02.00/37 sayılı ve 03.01.2013 tarihli kararı ile uygulamaya izin verilmediği bildirildi (Bkz. Ek-12). Bu nedenle Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tedavi gören hastalar örnekleme alınamadı. Çalışmaya katılan hastalara çalışma hakkında açıklama yapıldıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı (Bkz. Ek-1). "Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası"nı Türk diline uyarlamak ve kullanabilmek amacıyla ölçeği geliştiren yazarlardan izin alındı (Bkz. Ek-6).

### **2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmada; kişilerin cinsel yaşamları ile ilgili mahrem konuları paylaşmasının zor olması ve örneklem sayısının (n=150) az olmasının araştırmanın sınırlılığı olduğu düşünüldü.

### 3. BULGULAR

Araştırmanın örneklemini oluşturan toplam 150 kişiden elde edilen veriler iki bölümde ele alındı. Birinci bölümde; hastaların tanıtıcı özelliklerine ve Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın geçerlik ve güvenilirliğine yönelik bulgulara yer verildi. İkinci bölümde; Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası, EORTC QLQ-C30, BDE ve BUÖ ile elde edilen bulgular sunuldu.

#### 3.1. BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerine ve Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın geçerlik ve güvenilirlik bulgularına yer verildi.

##### 3.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların ortalama  $52,19 \pm 8,08$  yaşında olduğu belirlendi. Aynı hastaların, ortalama  $4,28 \pm 2,32$  kez gebe kaldığı,  $3,01 \pm 1,56$  tane çocuğu olduğu, ailelerinde ortalama  $3,71 \pm 1,59$  kişi yaşadığı saptandı. Hastaların ortalama  $45,21 \pm 5,87$  yaşında menopoza girdiği belirlendi.

Çizelge 3.1.1.1.'de hastaların sosyodemografik özellikleri verildi. Buna göre; çalışmaya katılan hastaların %22'sinin sadece okuma yazması olduğu, %52'sinin ilkokul mezunu olduğu, %8'inin lisans mezunu olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %84,7'sinin ev hanımı, %7,3'ünün emekli, %3,3'ünün memur olduğu saptandı. Doğdukları coğrafi bölgeler incelendiğinde, %70'inin İç Anadolu Bölgesi'nde, %18,7'sinin Karadeniz Bölgesi'nde, %3,3'ünün Doğu Anadolu Bölgesi'nde doğduğu belirlendi. Hastaların %65,3'ünün gelirinin giderine eşit, %30,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu belirlendi. Hastaların %49,3'ünün Sosyal Sigortalar Kurumuna, %30'unun Emekli Sandığına bağlı olduğu saptandı. Araştırmaya katılan hastaların %47,3'ünün soy geçmişinde kanser öyküsü

bulunduğu, çoğunluğunun (%64,7) Ankara'da yaşadığı ve %96'sının menopozda olduğu belirlendi.

**Çizelge 3.1.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Okur yazar	33	22,0
İlkokul	78	52,0
Ortaokul	10	6,7
Lise	17	11,3
Lisans <sup>a</sup>	12	8,0
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	127	84,7
Emekli	11	7,3
Memur	5	3,3
Hemşire	2	1,3
Aşçı	2	1,3
Çaycı	1	0,7
Bankacı	1	0,7
Mühendis	1	0,7
<b>Doğduğu Bölge</b>		
İç Anadolu bölgesi	105	70,0
Karadeniz bölgesi	28	18,7
Doğu Anadolu bölgesi	5	3,3
Marmara bölgesi	3	2,0
Akdeniz bölgesi	3	2,0
Güneydoğu Anadolu bölgesi	2	1,3
Ege bölgesi	1	0,7
Azerbaycan	1	0,7
Irak	1	0,7
KKTC	1	0,7
<b>Gelir</b>		
Gelir gidere eşit	98	65,3
Gelir giderden az	46	30,7
Gelir giderden fazla	6	4,0
<b>Sosyal Güvence</b>		
Sosyal sigortalar kurumu	74	49,3
Emekli sandığı	45	30,0
BAĞ-KUR	27	18,0
Yeşil kart	3	2,0
Sosyal güvencesi olmayan	1	0,7
<b>Soy Geçmişte Kansere Öyküsü</b>		
Olan	71	47,3
Olmayan	79	52,7

<sup>a</sup> Ön lisans mezunu olan 3 kişi lisans mezunu grubuna dahil edildi.

**Çizelge 3.1.1. 1. Devam.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

<b>Sürekli Yaşanan Yer</b>		
Ankara	97	64,7
Diğer <sup>b</sup>	53	35,3
<b>Menopoz</b>		
Evet	144	96,0
Hayır	6	4,0
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>

<sup>b</sup> Diğer: Ankara dışındaki illerde yaşayan toplam 53 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

Çizelge 3.1.1.2.’de hastaların tıbbi özellikleri verildi. Buna göre; araştırmaya katılan hastaların %66’sının over, %21,3’ünün endometrium, %12,7’sinin serviks kanseri tanısı ile izlendiği ve %64’ünün “üçüncü evrede”, %8,7’sinin “dördüncü evrede” olduğu belirlendi. Tedavi türleri incelendiğinde, hastaların %67,3’ünün “ameliyat + kemoterapi” tedavisi aldığı, %10,7’sinin sadece “ameliyat” olduğu, %10’unun “ameliyat + radyoterapi + kemoterapi” tedavisi aldığı belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%87,1) “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi” ameliyatı olduğu belirlendi. Hastaların %71,4’ünün “ERT + IRT” tedavisi aldığı ve %7,9’unun “bir kür”, %38,9’unun ise “altı kür” kemoterapi aldığı saptandı. Hastaların büyük çoğunluğunun (%76,2) kemoterapi ilacı olarak “Taxol + Carboplatin” aldığı belirlendi. Hastaların %52’sinin kontrollere geldiği, %40,7’sinin kemoterapi tedavisini sürdürdüğü, %7,3’ünün ameliyat/tekrar ameliyat için klinikte yattığı belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %46’sı kanser dışında başka bir hastalığı olduğunu belirtti. Bunların %40,6’sının hipertansiyonu, %26,1’inin diyabeti, %14,5’inin astımı olduğu saptandı.

**Çizelge 3.1.1.2.** Hastaların Tıbbi Özellikleri

<b>Hastaların Tıbbi Tanıları</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Over Kanseri	99	66,0
Endometrium Kanseri	32	21,3
Serviks Kanseri	19	12,7
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>
<b>Hücre Evrelendirme</b>		
Evre 1	16	10,7
Evre 2	25	16,7
Evre 3	96	64,0
Evre 4	13	8,7
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>

Çizelge 3.1.1.2. Devam. Hastaların Tıbbi Özellikleri

<b>Tedavi Türü</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Ameliyat + Kemoterapi	101	67,3
Ameliyat	16	10,7
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	10,0
Ameliyat + Radyoterapi	8	5,3
Radyoterapi + Kemoterapi	5	3,3
Kemoterapi	5	3,3
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>
<b>Ameliyat Türü</b>		
TAH <sup>a</sup> + BSO <sup>b</sup> + BLND <sup>c</sup> + Omentektomi + Apendektomi	122	87,1
TAH + BSO	10	7,1
TAH + USO <sup>d</sup> + Omentektomi	5	3,6
TAH + BSO + İnguinal Lenf Nodu Diseksiyonu	1	0,7
TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metaztezektomi	1	0,7
Extraperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu	1	0,7
<i>Toplam</i>	<i>140</i>	<i>100,0</i>
<b>Radyoterapi Türü</b>		
ERT <sup>e</sup> + IRT <sup>f</sup>	20	71,4
IRT	4	14,3
ERT	4	14,3
<i>Toplam</i>	<i>28</i>	<i>100,0</i>
<b>Kemoterapi Kür Sayısı</b>		
1 kür	10	7,9
2 kür	8	6,3
3 kür	17	13,5
4 kür	18	14,3
5 kür	12	9,5
6 kür	49	38,9
7 kür ve üzeri <sup>g</sup>	12	9,5
<i>Toplam</i>	<i>126</i>	<i>100</i>
<b>Kemoterapi ilaçları</b>		
Taxol + Carboplatin	96	76,2
Cisplatin	12	9,5
Gemsitabin	5	4,0
Caelyx	4	3,2
Gemsitabin + Cisplatin	2	1,6
Cisplatin + Adriamisin	2	1,6
Tapotekan	1	0,8
Caelyx + Carboplatin	1	0,8
Carboplatin + Etoposid	1	0,8
Cisplatin + Etoposid	1	0,8
Bleomycin + Etoposid + Cisplatin	1	0,8
<i>Toplam</i>	<i>126</i>	<i>100,0</i>

<sup>a</sup>TAH: Total Abdominal Histerektomi.

<sup>b</sup>BSO: Bilateral Salfingo Ooferektomi .

<sup>c</sup>BLND: Bilateral Lenf Nodu Diseksiyonu.

<sup>d</sup>USO: Unilateral Salfingo Ooferektomi.

<sup>e</sup>ERT: Eksternal radyoterapi.

<sup>f</sup>IRT: İnternal radyoterapi.

<sup>g</sup>7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi "7 kür ve üzeri" grubu altında toplandı.

**Çizelge 3.1.1.2. Devam. Hastaların Tıbbi Özellikleri**

<b>Şu an Alınan Tedavi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kontrollere Geliyor	78	52,0
Kemoterapi alıyor	61	40,7
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	7,3
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>
<b>Başka Hastalık Öyküsü</b>		
Olan	69	46,0
Olmayan	81	54,0
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>
<b>Kanser Dışındaki Hastalık</b>		
Hipertansiyon	28	40,6
Diyabet	18	26,1
Astım	10	14,5
Guatr	6	8,7
Bel fitiği	3	4,3
Migren	2	2,9
Kronik Böbrek Yetmezliği	1	1,4
Kalp Yetmezliği	1	1,4
<i>Toplam</i>	<i>69</i>	<i>100,0</i>

Hastaların ortalama  $22,26 \pm 24,27$  ay önce tanı aldığı,  $19,75 \pm 22,95$  ay önce ameliyat olduğu belirlendi. Aynı hastaların ortalama  $26,71 \pm 11,12$  gün radyoterapi tedavisi aldığı saptandı.

Çizelge 3.1.1.3.'te hastaların cinsel yaşamına yönelik genel bilgiler verildi. Araştırmaya katılan hastalardan %66'sının cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorusunun olduğu ve bunların %28,3'ünün var olan sorularını doktora, %14,1'inin hemşireye, %2'sinin eşine sorduğu belirlendi. Cinselliğe yönelik soruları olan hastaların %52,5'inin bu sorularını doktora, %40,4'ünün hemşireye sormayı tercih etmek istedikleri belirlendi. Sorularını hemşireye sormak istemeyen hastaların %44,1'inin cinsellik konusundaki sorularında hemşirenin kendisine yardımcı olabileceğini düşünmediği için hemşireyi tercih etmek istemedikleri belirlendi. Hastaların %8,7'sinin cinsel ilişki esnasında yardımcı ürün kullandığı saptandı. Bunların %61,5'i kayganlaştırıcı kullandığını belirtti.

**Çizelge 3.1.1.3. Hastaların Cinsel Yaşamına Yönelik Genel Bilgiler**

<b>Cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorusu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Var	99	66,0
Yok	51	34,0
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>
<b>Sorularını kime sordu</b>		
Sormadı	55	55,6
Doktora	28	28,3
Hemşireye	14	14,1
Eşine	2	2,0
<i>Toplam</i>	<i>99</i>	<i>100,0</i>
<b>Cinselliğe yönelik sorularını sormada kimi tercih etmek istediği</b>		
Doktor	52	52,5
Hemşire	40	40,4
Eş	7	4,7
<i>Toplam</i>	<i>99</i>	<i>100,0</i>
<b>Cinselliğe yönelik sorularını hemşireye sormayı tercih etmeme nedenleri</b>		
Bu konuda hemşirenin bana yardımcı olabileceğini düşünmüyorum	26	44,1
Hiçbir hemşire şimdiye kadar bana cinselliğime yönelik soru yöneltmedi	16	27,1
Cinselliğim benim için özeldir ve kimse ile paylaşmam	10	16,9
Hemşireler oldukça yoğun olduğu için bana vakit ayıramaz	7	11,9
<i>Toplam</i>	<i>59</i>	<i>100,0</i>
<b>Cinsel ilişki sırasında yardımcı ürün kullanma durumu</b>		
Evet	13	8,7
Hayır	137	91,3
<i>Toplam</i>	<i>150</i>	<i>100,0</i>
<b>Cinsel ilişki sırasında kullanılan yardımcı ürün</b>		
Kayganlaştırıcı	8	61,5
Kondom	4	30,8
Vajinal dilatör	1	7,7
<i>Toplam</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>

Cinselliğe yönelik soruları olup kimseye sormayan hastaların sorularını sormama nedenlerine yönelik genel bilgiler Çizelge 3.1.1.4.'te verildi. Buna göre; hastaların %9,1'inin çevresinin tepkisinden korktuğu, %52,7'sinin bu konuyu konuşmakta kendini rahat hissetmediği, %45,5'inin bu konuların konuşulmayacağını düşündüğü için sorularını dile getirmediği belirlendi.

**Çizelge 3.1.1.4.** Hastaların Cinselliğe Yönelik Sorularını Sormama Nedenleri (n=55)

Neden <sup>a</sup>	Sayı	%
Bu konuyu konuşmak için kendimi rahat hissetmiyorum	29	52,7
Bu konular konuşulmaz	25	45,5
Kime sorabileceğimi bilemedim	17	30,9
Sağlık sorunlarım daha önemli	13	23,6
Bir problem yaratmayacağımı düşündüm	12	21,8
Çevremin tepkisinden korktum	5	9,1

<sup>a</sup> Her bir maddeye verilen “Evet” cevaplarının sayı ve yüzde dağılımları verildi.

Hastaların ilk cinsel ilişkilerini tedavilerinden ortalama 4,27±3,45 ay sonra yaşadığı belirlendi. Çizelge 3.1.1.5’te hastaların tanı öncesi ile sonrası cinsel yaşamlarında oluşan değişikliklerin karşılaştırılması verildi. Buna göre; hastaların %28,7’si cinsel isteğinde, %39,3’ü cinsel birleşme sıklığında, %2,7’si cinsel aktivite şekillerine olan yönelimlerinde, %16’sı vajina kuruluşunda, %9,3’ü döl yolu genişliğinde, %9,3’ü cinsel birleşme sırasında yaşadığı acıda ve %25,3’ü cinsel ilişki kalitesinde “çok” değişiklik olduğunu belirtti.

**Çizelge 3.1.1.5.** Hastaların Tanı Öncesi ile Sonrası Cinsel Yaşamlarında Oluşan Değişikliklerin Karşılaştırılması (n=150)

Değişkenler	1 (Hiç)		2 (Biraz)		3 (Oldukça)		4 (Çok)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel isteğinizde bir değişme oldu mu?	21	14,0	53	35,3	33	22,0	43	28,7
Cinsel birleşme sıklığınız değişti mi?	7	4,7	38	25,3	46	30,7	59	39,3
Cinsel aktivite şekillerine olan yönelimlerinizde bir değişme oldu mu?	124	82,7	19	12,7	3	2,0	4	2,7
Vajina / döl yolu kuruluşunuzda bir değişme oldu mu?	37	24,7	53	35,3	36	24,0	24	16,0
Vajinanızın / döl yolunuzun genişliğinde bir değişme oldu mu?	72	48,0	52	34,7	12	8,0	14	9,3
Cinsel birleşme sırasındaki acı dereceniz değişti mi?	48	32,0	76	50,7	12	8,0	14	9,3
Cinsel ilişki kaliteniz değişti mi?	10	6,7	62	41,3	40	26,7	38	25,3

### **3.1.2. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**

#### **3.1.2.1. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Geçerlik Çalışması**

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın geçerlik çalışmasında; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelendi (Guillemine ve ark., 1993; Tezbaşaran, 2004; Kimberlin ve Winterstein, 2008).

##### **3.1.2.1.1. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Dil Geçerliği**

Seks Ölçüm Skalası' nın dil geçerliği için İngilizce' den Türkçe' ye, Türkçe' den İngilizce' ye çeviri yöntemi kullanıldı. Skala, birbirinden bağımsız, ileri düzeyde İngilizce bilen üç kişiye gönderilerek İngilizce' den Türkçe' ye çevirmeleri istendi. Yapılan çeviriler karşılaştırılarak en uygun ifadeler seçildi ve bir Türkçe ölçek elde edildi. Elde edilen Türkçe ölçek tekrar İngilizce'ye çevrilmesi için biri dil bilimci, biri onkolog, diğeri de ana dili İngilizce olan toplam üç kişiye gönderildi. İngilizce çeviriler karşılaştırılarak en uygun ifadeler seçildi ve bir İngilizce ölçek oluşturuldu. Oluşturulan İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırıldıktan sonra anlam açısından fark olmadığı belirlendi (Guillemine ve ark., 1993).

##### **3.1.2.1.2. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Kapsam Geçerliği**

Kapsam geçerliğini belirlemek için uzman görüşüne başvuruldu. Bu aşamada, elde edilen Türkçe ölçek hakkında görüşlerini almak üzere alanında uzman 10 kişiye (iki deneyimli onkoloji hemşiresi, bir aile hekimi, bir psikolog, iki onkolog, iki Türk dil bilimci, iki jinekolojik onkolog) danışıldı (Guillemine ve ark., 1993; Alpar, 2012). Uzmanlardan Türkçe ifadeleri açıklık, yalınlık, dilin uygun kullanımı ve anlaşılabilirlik

kriterlerini esas alarak değerlendirmeleri istendi (Dede ve Yaman, 2008). Uzman kişiler her bir maddeyi 1'den 4'e kadar verilen puanlar ile değerlendirdi. 1 puan: "uygun değil"; 2 puan: "uygun fakat kucuk değişikliklere ihtiyacı var"; 3 puan: "uygun"; 4 puan: "çok uygun" şeklinde puanlama yapıldı (Yıldırım ve ark., 2012). Uzmanlardan 1 ve 2 puan verdikleri maddelerin hemen altına kendi önerilerini yazmaları istendi. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarını ve maddelerini bütünlük açısından değerlendirmeleri ve önerilerini açıkça yazmaları istendi.

Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda maddelerde gerekli değişiklikler yapıldı. Uzmanların çoğunluğu "ek konular" (Bkz Ek-2) başlığı altında olan toplam yedi maddenin hastanın tanı öncesi ve sonrasını karşılaştırdığı için ölçekten çıkarılmasını önerdi. Çünkü ölçek geçen ayı değerlendiren bir yapıdadır. Öneriler değerlendirilerek ve istatistikçinin de görüşü alınarak "Ek konular" başlığı altındaki maddeler ölçekten çıkarıldı. Ölçekten çıkarılan bu sorular tanımlayıcı veri olarak toplandı ve bu verilere ait bulgulara Çizelge 3.1.1.5.'te yer verildi. Tüm değişikliklerden sonra ölçek ön uygulamaya hazır hale geldi. Ön uygulama 15 hasta ile gerçekteştirildi. Hastaların ölçek maddelerini okuyabilme, anlayabilme durumları değerlendirilerek ön uygulama sonrası ölçekte gerekli değişiklikler yapıldı ve ölçeğe son şekli verildi (Guillemine ve ark., 1993). Ön uygulama yapılan kişiler araştırma kapsamına dahil edilmedi.

### **3.1.2.1.3. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Yapı Geçerliği**

Analizler yapılmadan önce, vücut şekli alt boyutunda yer alan birinci ve dördüncü maddelerin puanları ters çevrilerek hesaplama yapıldı. Çünkü bu alt boyuttaki diğer ifadeler olumlu düşünce, duygu ve yargıları ifade ederken birinci ve dördüncü maddeler olumsuzluğu ifade etmektedir. Böylece alt boyut içinde uyum sağlandı. Araştırmamızda, yapı geçerliğini belirlemek için açıklayıcı ve doğrulamayı faktör analizlerine başvuruldu.

### 3.1.2.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

İncelenen örneklemin faktör analizine uygunluğunu belirlemede KMO ve Bartlett'in Küresellik testi (Bartlett's Test of Sphericity) kullanıldı. Buna göre; KMO testi sonucunun 0,807; Bartlett testi sonucunun ise 985,889 olduğu saptandı. Sonuç olarak, örneklemin faktör analizine uygun olduğu belirlendi ( $p=0,0001$ ) (Alpar, 2012).

Ölçeğin ilişkisiz faktörlere ayrışması beklentisi nedeniyle açıklayıcı faktör analizi'nde Varimax döndürme tekniği kullanıldı. Varimax döndürme sonrası faktör yük değerleri Çizelge 3.1.2.1.'de verildi. Buna göre; ölçeğin dört faktörden oluştuğu belirlendi. Faktör 1'in yük değerlerinin 0,359-0,815; faktör 2'nin yük değerlerinin 0,540-0,771; faktör 3'ün yük değerlerinin 0,454-0,741; faktör 4'ün yük değerlerinin ise 0,556-0,839 arasında değişen değerlere sahip olduğu saptandı. En düşük faktör yük değerlerinin 0,359 ile 17. maddeye ve 0,454 ile dokuzuncu maddeye ait olduğu ve bu değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi. Diğer yük değerlerine bakıldığında; altıncı maddenin yük değerinin 0,540; 14. maddenin 0,556; 12. maddenin 0,564; 21. maddenin 0,618; 13. maddenin 0,649; üçüncü maddenin 0,667 ve bu faktör yüklerinin anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Diğer maddelerin faktör yük değerlerinin ise yapıyı en iyi açıklayan yük değerlerine sahip olduğu belirlendi ( $>0,70$ ) (Tezbaşaran, 2004; Fraenkel ve ark., 2012). Ayrıca maddeler çıkarıldığında Cronbach  $\alpha$  katsayısı değerlerinin düştüğü saptandı.

Temel bileşenler değerlerinin 3,364-2,050 arasında 1'den büyük değerlere sahip olduğu belirlendi (Alpar, 2012; Fraenkel ve ark., 2012). İlk faktörün açıkladığı varyans yüzdesinin 18,69, ikinci faktörün açıkladığı varyans yüzdesinin 17,05, üçüncü faktörün açıkladığı varyans yüzdesinin 11,49 ve son faktörün açıkladığı varyans yüzdesinin 11,39 olduğu saptandı. Bu bulgulara göre; analiz sonucunda ortaya çıkan dört faktörün ölçeğe ait varyansın %58,62'sini açıkladığı saptandı (Çizelge 3.1.2.1.).

**Çizelge 3.1.2.1.** Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Varimax Döndürme Sonrası Faktör Yük Değerleri

Alt boyutlar	Soru No	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Madde silindiğindeki Cronbach $\alpha$
<b>Cinsel Fonksiyon</b>	M20	0,815				0,712
	M23	0,800				0,720
	M22	0,797				0,709
	M19	0,781				0,713
	M21	0,618				0,717
	M17	0,359				0,711
<b>Vücut Şekli</b>	M1		0,771			0,705
	M5		0,753			0,700
	M2		0,744			0,704
	M3		0,667			0,705
	M6		0,540			0,696
<b>Rol ve ilişki sorunları</b>	M8			0,741		0,710
	M7			0,728		0,704
	M9			0,454		0,720
<b>Cinsel Eylemler</b>	M11				0,839	0,696
	M13				0,649	0,706
	M12				0,564	0,703
	M14				0,556	0,706
Temel Bileşenler Değeri		3,364	3,069	2,069	2,050	
Açıklanan Varyans Yüzdesi		18,69	17,05	11,49	11,39	
Açıklanan Birikimli Varyans Yüzdesi		18,69	35,74	47,23	58,62	

**Açıklayıcı faktör analizi sonucunda:** Yedi maddenin faktör yük ağırlıklarının 0,30'dan düşük olduğu tespit edildi. Bu nedenle 4., 10., 15., 16., 18., 24. ve 25. maddeler, ölçeğin faktör sayısını sınırlandırmak ve güvenilirlik düzeyini yükseltmek için ölçme aracından çıkarıldı (Büyüköztürk, 2002). Çıkarılan maddeler; “Fiziksel olarak çekici değildiniz”, “Kanser eşiniz/kocanızla olan genel cinsel ilişkilerinizi etkiledi mi?”, “Bu ay içindeki cinsel birleşmelerinizin sıklığından memnun musunuz?”, “Eşinizin/kocanızın genel cinsel gücünden endişe duydunuz mu?”, “Bu

ay hiç cinsel istek duydunuz mu?”, “Orgazm oldunuz mu?/Doyuma ulaştınız mı?”, “Seks sonrası tatmin olduğunuzu düşündünüz mü?” şeklindedir.

Altıncı maddenin ikinci faktöre (vücut şekli alt boyutu) daha iyi oranda yük verdiği belirlendiğinden ve anlamsal açıdan da bu faktörde yer alması gerektiğinden ikinci faktöre dahil edildi. Ancak ifadelerin anlam bütünlüğü sağlaması bakımından puanlaması ters çevrildi.

Sonuç olarak, ölçekte analizler sonrası kalan madde sayısının 18 olduğu belirlendi. Çizelge 3.1.2.2.’de ölçeğin orijinal haline, Zeng ve arkadaşları tarafından geçerli ve güvenilir bulunan haline ve Türkçe versiyonunun içerdiği maddelere alt boyutları ile yer verildi. Çizelgede de görüldüğü gibi; Zeng ve arkadaşları tarafından, “vücut şekli” ve “rol ve ilişki sorunları” alt boyutları geçerli ve güvenilir bulunamamıştır. Türkçe versiyonunda ise; 1., 2., 3., 5., 6. maddeler “vücut şekli” alt boyutunda; 7.,8.,9. maddeler “rol ve ilişki sorunları” alt boyutunda yer aldı. “Cinsel eylemler” alt boyutu, Zeng ve arkadaşlarının çalışmasında 11., 12., 13., 14., ve 15. maddelerden oluşmuştur. Türkçe versiyonunda ise; “cinsel eylemler” alt boyutunda 11., 12., 13., 14. maddelerin yer aldığı belirlendi. “Cinsel fonksiyon” alt boyut maddeleri Zeng ve arkadaşlarının çalışmasında 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 24., 25. maddelerden meydana gelirken; Türkçe versiyonunda 17., 19., 20., 21., 22., 23. maddelerden oluştuğu saptandı. Zeng ve arkadaşları tarafından ek konular başlığı altındaki 26., 27., 29., 30., 31. maddeler geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Türkçe versiyonunda ise; bu maddeler geçen ayı değerlendirmedeğinden uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçekten çıkarıldı.

Sonuç olarak, ölçeğin 18 maddeden oluşan Türkçe versiyonunda; “vücut şekli” alt boyutundan alınan yüksek puanlar, hastanın olumlu vücut şekli algısına sahip olduğu; “rol ve ilişki sorunları” alt boyutundan alınan yüksek puanlar, hastanın daha fazla rol ve ilişki sorunu yaşadığı; cinsel eylemler ve cinsel fonksiyon alt boyutlarından alınan yüksek puanlar ise, hastaların cinsel eylem ve fonksiyonlarında daha fazla bozulma olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

**Çizelge 3.1.2.2.** Açıklayıcı Faktör Analizi Sonucunda Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun Alt Boyutları ve Maddelerinin Orijinal Skala ile Karşılaştırılması

Seks Ölçüm Skalası' nın orijinal versiyonun alt boyutları	Seks Ölçüm Skalası' nın orijinal versiyonun alt boyut maddeleri	Seks Ölçüm Skalası' nın Zeng ve arkadaşları tarafından bulunan versiyonun alt boyut maddeleri	Seks Ölçüm Skalası' nın Türkçe versiyonunun alt boyut maddeleri
Vücut Şekli	1, 2, 3, 4, 5	-	1, 2, 3, 5, 6
Rol ve ilişki sorunları	6, 7, 8, 9, 10	-	7, 8, 9
Cinsel eylemler	11, 12, 13, 14, 15	11, 12, 13, 14, 15	11, 12, 13, 14
Cinsel fonksiyon	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	17, 19, 20, 21, 22, 23
Ek konular	26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	26, 27, 29, 30, 31	-

### 3.1.2.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi'ne ek olarak doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Burada amaç, açıklayıcı faktör analizi sonucu bulunan dört faktörlü yapının doğrulanıp doğrulanmadığıdır.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesine ilişkin kriterler çizelge 3.1.2.3.'te verildi. Buna göre;  $\chi^2 / sd$  değerinin 1,63 ile iyi uyuma sahip olduğu, RMSEA=0,065, SRMR=0,084, NFI=0,89, NNFI=0,95, CFI=0,95, GFI=0,88 ve AGFI=0,83 değerleri ile kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu belirlendi (Yılmaz ve Çelik, 2009; Büyüköztürk ve ark., 2012).

**Çizelge 3.1.2.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Uyum Ölçüsü	İyi Uyum	Kabul edilebilir uyum	Çalışma sonucu	Yorum
$\chi^2 / sd^a$	$0 \leq \chi^2 / sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2 / sd \leq 3$	1,63	İyi uyum
RMSEA <sup>b</sup>	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,065	Kabul edilebilir uyum
SRMR <sup>c</sup>	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,084	Kabul edilebilir uyum
NFI <sup>d</sup>	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,89	Kabul edilebilir uyum
NNFI <sup>e</sup>	$0,97 \leq NNFI \leq 1,00$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$	0,95	Kabul edilebilir uyum
CFI <sup>f</sup>	$0,97 \leq CFI \leq 1,00$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,95	Kabul edilebilir uyum
GFI <sup>g</sup>	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,88	Kabul edilebilir uyum
AGFI <sup>h</sup>	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,83	Kabul edilebilir uyum

<sup>a</sup>  $\chi^2 / sd$ : Ki Kare/Serbestlik derecesi

<sup>b</sup> RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama karekökü

<sup>c</sup> SRMR: Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamalarının karekökü

<sup>d</sup> NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi

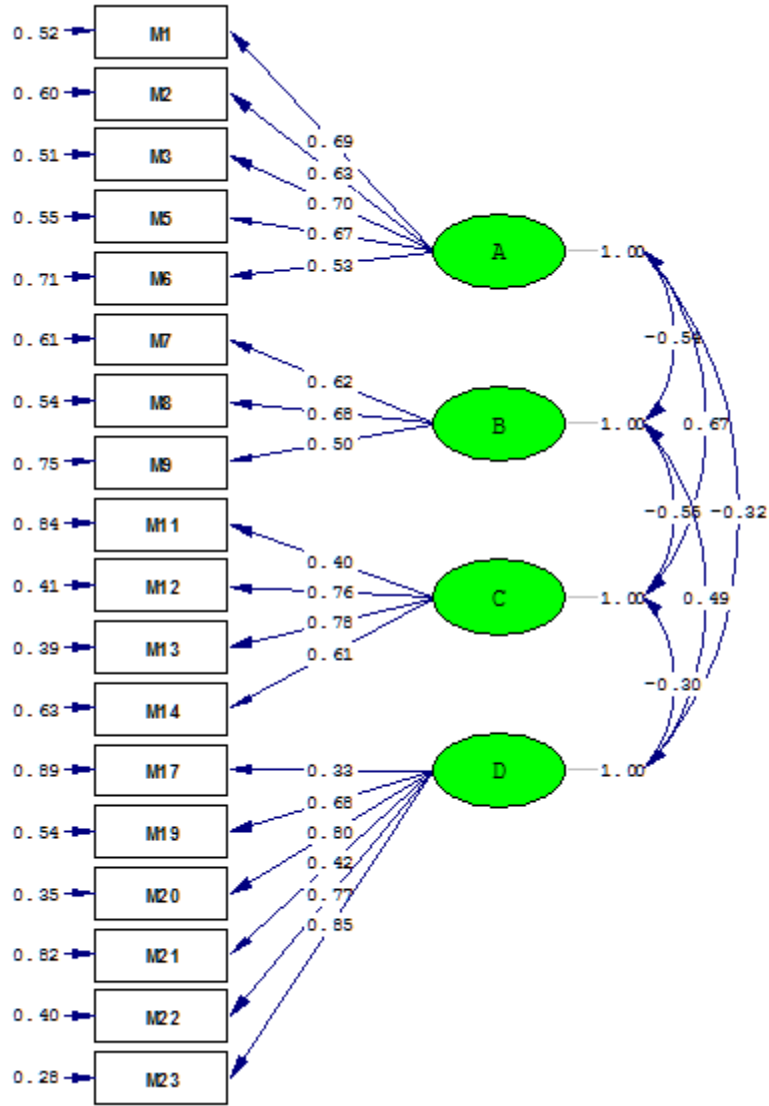
<sup>e</sup> NNFI: Normlaştırılmamış uyum indeksi

<sup>f</sup> CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi

<sup>g</sup> GFI: Uyum iyiliği indeksi

<sup>h</sup> AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi

Doğrulayıcı faktör analizi'nde elde edilen Path diyagramı Şekil 8'de verildi. Buna göre; ölçek maddelerinin dört faktör üzerinde yüklendiği belirlendi. Faktör yük değerlerinin 0,33-0,85 arasında kabul edilebilir düzeyde olduğu saptandı (Yılmaz ve Çelik, 2009; Büyüköztürk ve ark., 2012). Sonuç olarak, açıklayıcı faktör analizi sonucu geçerli bulunan 18 maddenin faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulandı.



**Şekil 7.** Standartlaştırılmış faktör yükleri ile çizilmiş doğrulayıcı faktör analizi Path diyagramı (A: Vücut şekli, B: Rol ve ilişki sorunları, C: Cinsel eylemler, D: Cinsel fonksiyon)

### 3.1.2.2. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Güvenirlik Çalışması

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Türkçe versiyonunun güvenilirliğinin belirlenmesinde iç tutarlık ve zamana göre değişmezlik testleri kullanıldı (Tezbaşaran, 2004; Kimberlin ve Winterstein, 2008).

### 3.1.2.2.1. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın İç Tutarlılığının Belirlenmesi

Araştırmamızda, Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın iç tutarlılığını test etmek için Cronbach  $\alpha$  katsayısı hesaplandı (Alpar, 2012). Çizelge 3.1.2.4.'te Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası puan dağılımları ve Cronbach  $\alpha$  katsayıları verildi. Buna göre; vücut şekli alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,76; rol ve ilişki sorunları alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,68; cinsel eylemler alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,71; cinsel fonksiyon alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,82; ve ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,72 olduğu saptandı.

**Çizelge 3.1.2.4.** Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puan Dağılımları ve Cronbach  $\alpha$  Katsayıları

<b>Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları</b>	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Skor Aralıkları</b>	$\bar{x}$	SS	Min.	Max.	<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>
Vücut Şekli	5	1-4	14,186	2,867	5,00	20,00	0,76
Rol ve İlişki Sorunları	3	1-4	4,726	1,948	3,00	12,00	0,68
Cinsel Eylemler	4	1-4	8,653	2,276	6,00	15,00	0,71
Cinsel Fonksiyon	6	1-4	10,586	3,875	6,00	23,00	0,82

### 3.1.2.2.2. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Zamana Göre Değişmezliğinin Belirlenmesi

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın zamana göre değişmezliğinin belirlenmesinde test-tekrar test yöntemi kullanıldı. Seks Ölçüm Skalası uygulandıktan 14 gün sonra 40 kişiye ikinci kez uygulandı (Alpar, 2012; Fraenkel ve ark., 2012). Çizelge 3.1.2.5.'te Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe versiyonunun alt boyut puanları ile tekrar test puanlarının

ilişkisi verildi. Buna göre; Seks Ölçüm Skalası' nın ilk uygulanmasından alınan puanlar ile tekrar uygulanmasından alınan puanlar arasında pozitif yönde, çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı ( $p=0,0001$ ).

**Çizelge 3.1.2.5.** Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun Alt Boyut Puanları ile Tekrar Test Puanlarının İlişkisi (n=40)

<b>Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları</b>		Vücut Şekli	Rol ve ilişki sorunları	Cinsel Eylemler	Cinsel Fonksiyon
Vücut Şekli	r	0,935*			
	p	0,0001			
Rol ve İlişki Sorunları	r		0,980*		
	p		0,0001		
Cinsel Eylemler	r			0,972*	
	p			0,0001	
Cinsel Fonksiyon	r				0,985*
	p				0,0001

\*Korelasyon 0,0001 düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 3.1.2.6.'da Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun test-tekrar test puan dağılımları verildi. Çizelgede de görüldüğü gibi; Seks Ölçüm Skalası' nın ilk uygulanması ve tekrar uygulanması arasında yüksek derecede benzerlik olduğu belirlendi.

**Çizelge 3.1.2.6.** Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Türkçe Versiyonunun Test-Tekrar Test Puan Dağılımları

<b>Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları</b>		n	Min.	Max.	$\bar{x}$	SS
Vücut Şekli	Test	40	10,00	20,00	15,575	2,550
	Tekrar test	40	10,00	20,00	15,575	2,630
Rol ve ilişki sorunları	Test	40	3,00	10,00	4,700	1,897
	Tekrar test	40	3,00	10,00	4,825	2,135
Cinsel Eylemler	Test	40	6,00	15,00	10,250	2,415
	Tekrar test	40	6,00	15,00	10,175	2,416
Cinsel Fonksiyon	Test	40	6,00	22,00	10,700	4,297
	Tekrar test	40	6,00	23,00	11,025	4,758

Sonuç olarak, Kadın Kanserlerinde Seks Ölçüm Skalası' nın Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı.

## 3.2. İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde; Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası, EORTC QLQ-C30, BDE ve BUÖ ile elde edilen bulgular sunuldu.

### 3.2.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.2.1.1.'de hastaların tanıtıcı özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi. Buna göre; eğitim durumu ile Seks Ölçüm Skalası'nın cinsel eylemler alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=3,587$ ,  $p=0,008$ ). Farkı yaratan grubu saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, lisans mezunu olan hastaların ( $\bar{x}=10,33\pm 2,34$ ) cinsel eylemlerinde diğer gruplara göre daha fazla azalma olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,029$ ). Eğitim durumu ile vücut şekli, rol ve ilişki sorunları ve cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların meslekleri ile cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=3,138$ ,  $p=0,046$ ). Yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, memur olan hastaların ( $\bar{x}=13,16\pm 4,80$ ) cinsel fonksiyonlarında ev hanımı ve emekli olan hastalara göre daha fazla bozulma olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,048$ ). Hastaların meslekleri ile vücut şekli, rol ve ilişki sorunları ve cinsel eylemler alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Hastaların doğduğu bölge ile rol ve ilişki sorunları alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $X^2=12,670$ ,  $p=0,002$ ). Gruplar arasındaki farkı belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, Karadeniz Bölgesi'nde doğan hastaların ( $\bar{x}=3,71\pm 1,32$ ) diğer bölgelerde doğan hastalara göre daha az rol ve ilişki sorunu yaşamasından

kaynaklandığı saptandı ( $p=0,001$ ). Hastaların doğduğu bölge ile vücut şekli, cinsel eylemler ve cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Menopozda olan hastaların cinsel eylemlerinde ( $\bar{x}=8,55\pm 2,24$ ) menopoza girmemiş olanlara göre daha fazla azalma olduğu saptandı ( $U=159$ ,  $p=0,008$ ). Menopoz ile vücut şekli, rol ve ilişki sorunları ve cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Gelir düzeyi, soy geçmişte kanser öyküsü olma durumu ve sürekli yaşanan yer ile Seks Ölçüm Skalası alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları								
	Vücut Şekli			Rol ve ilişki sorunları		Cinsel Eylemler		Cinsel Fonksiyon	
	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Eğitim Durumu (n=150)</b>									
Okur yazar	33	13,93	2,12	4,66	1,61	7,84	2,03	10,66	3,61
İlkokul	78	14,05	2,98	4,93	2,18	8,52	2,30	10,44	4,00
Ortaokul	10	14,20	3,25	4,60	1,34	9,70	2,16	11,20	4,84
Lise	17	14,29	3,53	4,00	1,17	9,00	1,93	10,11	3,49
Lisans <sup>a</sup>	12	15,58	2,60	4,66	2,38	10,33	2,34	11,41	3,80
Değerlendirme		F=0,819*, p=0,515		X <sup>2</sup> =2,425**, p=0,658		F=3,587*, <b>p=0,008***</b>		F=0,285*, p=0,887	
<b>Meslek (n=150)</b>									
Ev hanımı	127	14,08	2,83	4,70	1,97	8,56	2,28	10,41	3,76
Memur <sup>b</sup>	12	15,08	2,87	5,16	2,24	9,58	2,10	13,16	4,80
Emekli	11	14,36	3,26	4,45	1,29	8,63	2,33	9,72	3,31
Değerlendirme		F=0,682*, p=0,507		F=0,415*, p=0,661		F=1,095*, p=0,337		F=3,138*, <b>p=0,046***</b>	
<b>Doğduğu Bölge (n=150)</b>									
İç Anadolu Bölgesi	105	14,29	2,80	4,84	1,79	8,37	2,22	10,30	3,68
Karadeniz Bölgesi	28	14,57	2,68	3,71	1,32	9,46	2,21	10,75	4,21
Diğer <sup>c</sup>	17	12,88	3,35	5,64	2,95	9,05	2,43	12,05	4,35
Değerlendirme		F=2,118*, p=0,124		X <sup>2</sup> =12,670**, <b>p=0,002****</b>		F=2,926*, p=0,057		F=1,540*, p=0,218	

<sup>a</sup> Ön lisans mezunu olan 3 kişi lisans mezunu grubuna dahil edildi.

<sup>b</sup> Analizler yapılırken hemşire, aşçı, çaycı, bankacı ve mühendis olan toplam 7 kişi "memur" grubuna dahil edildi.

<sup>c</sup> Diğer; Analizler yapılırken "Doğu Anadolu Bölgesi", "Marmara Bölgesi", "Akdeniz Bölgesi", "Güneydoğu Anadolu Bölgesi", "Ege Bölgesi", "Azerbaycan", "Irak" ve "KKTC"nde doğan toplam 17 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Homojen dağılım göstermediği için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U tetsti uygulandı.

**Çizelge 3.2.1.1. Devam.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları								
	Vücut Şekli			Rol ve ilişki sorunları		Cinsel Eylemler		Cinsel Fonksiyon	
	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Gelir (n=150)</b>									
Gelir gidere eşit	98	14,14	2,75	4,64	1,74	8,62	2,12	10,32	3,72
Gelir giderden az	46	14,19	3,20	5,02	2,34	8,69	2,63	11,06	4,18
elir giderden fazla	6	14,83	2,13	3,83	1,60	8,83	2,13	11,16	4,16
Değerlendirme			F=0,162*, p=0,850		X <sup>2</sup> =1,823**, p=0,402		F=0,035*, p=0,965		F=0,635*, p=0,531
<b>Soy Geçmişte Kanser Öyküsü (n=150)</b>									
Olan	71	13,98	2,87	4,83	1,97	8,74	2,32	10,42	3,60
Olmayan	79	14,36	2,86	4,63	1,93	8,56	2,24	10,73	4,12
Değerlendirme			t=0,812****, p=0,418		t=0,620****, p=0,536		t=0,474****, p=0,636		t=0,490****, p=0,625
<b>Sürekli Yaşanan Yer (n=150)</b>									
Ankara	97	14,05	2,94	4,81	1,93	8,54	2,21	10,93	3,74
Diğer <sup>d</sup>	53	14,43	2,73	4,56	1,97	8,84	2,39	9,94	4,05
Değerlendirme			t=0,780****, p=0,437		t=0,745****, p=0,457		t=0,777****, p=0,438		t=1,509****, p=0,133
<b>Menopoz (n=150)</b>									
Evet	144	14,13	2,81	4,76	1,97	8,55	2,24	10,59	3,81
Hayır	6	15,50	4,03	3,83	0,98	11,00	1,78	10,33	5,60
Değerlendirme			U=339,0*****, p=0,369		U=326,0*****, p=0,291		U=159,0*****, p=0,008		U=363,0*****, p=0,506

<sup>d</sup> Diğer; Ankara dışındaki illerde yaşayan toplam 53 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\*Tek Yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Homojen dağılım göstermediği için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*\* Student *t* testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Homojen dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi uygulandı.

Çizelge 3.2.1.2.'de Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası alt boyut puanlarının diğer sosyodemografik özelliklerle ilişkisi verildi. Vücut şekli alt boyut puanlarının hastaların yaşı ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu saptandı ( $r=-0,220$ ,  $p=0,007$ ). Cinsel eylemler alt boyut puanlarının ise hastaların yaşı ile negatif yönde orta düzeyde ( $r=-0,428$ ,  $p=0,0001$ ), doğum sayısı ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu belirlendi ( $r=-0,212$ ,  $p=0,009$ ).

**Çizelge 3.2.1.2.** Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Diğer Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları		Değişkenler				
		Yaş* (n=150)	Gebelik Sayısı** (n=150)	Doğum Sayısı** (n=150)	Çocuk Sayısı** (n=150)	Menopoz Yaşı** (n=144)
Vücut şekli	r	-0,220	-0,141	-0,117	-0,093	-0,129
	p	<b>0,007</b>	0,085	0,152	0,256	0,124
Rol ve ilişki sorunları	r	0,063	0,066	0,084	0,039	-0,081
	p	0,444	0,424	0,307	0,639	0,337
Cinsel Eylemler	r	-0,428	-0,149	-0,212	-0,133	-0,186
	p	<b>0,0001</b>	0,068	<b>0,009</b>	0,104	0,026
Cinsel Fonksiyon	r	-0,070	-0,045	0,029	0,068	0,012
	p	0,396	0,586	0,724	0,405	0,882

\*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

\*\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Çizelge 3.2.1.3.'te hastaların tıbbi özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi. Buna göre; hastaların tıbbi tanıları ile cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $X^2=17,860$ ,  $p=0,0001$ ). Farkın belirlenmesi amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, serviks kanseri olan hastaların cinsel fonksiyonlarında ( $\bar{x}=14,63\pm 4,74$ ) endometrium ve over kanseri olan hastalara göre daha fazla bozulma olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,0001$ ). Hastaların tıbbi tanıları ile vücut şekli, rol ve ilişki sorunları ve cinsel eylemler alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Hücre evrelendirme ile vücut şekli alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=3,913$ ,  $p=0,01$ ). Yapılan Tukey testi

sonucunda; farkın, “birinci evrede” olan hastaların ( $\bar{x}=16,31\pm 2,98$ ) diğer gruplara göre daha iyi vücut şekline sahip olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,015$ ). Hücre evrelendirme ile Seks Ölçüm Skalası’ nın diğer alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların aldığı tedavi türü ile cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $X^2=21,312$ ,  $p=0,001$ ). Gruplar arasındaki farkı saptamak amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, sadece “kemoterapi” tedavisi alanların ve sadece “ameliyat” olanların ( $\bar{x}=6,80\pm 1,30$ ;  $\bar{x}=9,25\pm 2,54$ ) cinsel fonksiyonlarının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha iyi olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,002$ ;  $p=0,002$ ). Tedavi türü ile Seks Ölçüm Skalası’ nın diğer alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile rol ve ilişki sorunları ( $F=3,454$ ,  $p=0,004$ ), cinsel eylemler ( $X^2=15,092$ ,  $p=0,02$ ) ve cinsel fonksiyon ( $X^2=23,686$ ,  $p=0,001$ ) alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi. Rol ve ilişki sorunları alt boyutunda, gruplar arasındaki farkı saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “yedi kür ve üzeri” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=6,33\pm 1,72$ ), “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastalardan ( $\bar{x}=4,04\pm 1,42$ ) daha fazla rol ve ilişki sorunu yaşamasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,002$ ). Cinsel eylemler alt boyutunda, gruplar arasındaki farkı belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, “bir kür” ve “iki kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=7,30\pm 1,33$ ;  $\bar{x}=7\pm 1,41$ ) cinsel eylemlerinin “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastalardan ( $\bar{x}=9,36\pm 2,48$ ) daha iyi olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,003$ ;  $p=0,007$ ). Cinsel fonksiyon alt boyutunda ise, gruplar arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, “bir kür” ve “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=8,70\pm 2,40$ ;  $\bar{x}=8,97\pm 2,36$ ) cinsel fonksiyonlarının diğer gruplara göre daha iyi olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,003$ ;  $p=0,002$ ). Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile vücut şekli alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi ilaçları ile cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=7,071$ ,  $p=0,001$ ). Yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “Cisplatin” alan hastaların ( $\bar{x}=13,75\pm 3,46$ ) cinsel fonksiyonlarında “Taxol + Carboplatin” alan hastalara ( $\bar{x}=9,95\pm 3,39$ ) göre daha fazla bozulma olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,002$ ). Hastaların aldığı kemoterapi ilaçları ile Seks Ölçüm Skalası’ nın diğer alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların şu an aldığı tedaviler ile vücut şekli alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=4,709$ ,  $p=0,01$ ). Yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “kontrollere gelen” hastaların ( $\bar{x}=14,83\pm 2,68$ ) diğer gruplara göre daha iyi vücut şekline sahip olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,002$ ). Seks Ölçüm Skalası’ nın diğer alt boyut puanlarının hastaların şu an aldığı tedavilerden etkilenmediği saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların ameliyat türü, başka hastalık öyküsü olma durumu ve kanser dışındaki hastalığı ile Kadın Kanseri Olan Hastaların Seks Ölçüm Skalası alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.1.3. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları								
	Vücut Şekli			Rol ve ilişki sorunları		Cinsel Eylemler		Cinsel Fonksiyon	
	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Hastaların Tıbbi Tanıları (n=150)</b>									
Over Kanseri	99	14,47	2,64	4,66	1,77	8,70	2,16	10,20	3,55
Endometrium Kanseri	32	14,12	2,92	4,18	1,53	8,37	2,49	9,37	2,68
Serviks Kanseri	19	12,78	3,56	5,94	2,85	8,84	2,52	14,63	4,74
Değerlendirme			F=2,831*, p=0,062		X <sup>2</sup> =6,013**, p=0,050		F=0,329*, p=0,720		X <sup>2</sup> =17,860**, p=0,0001***
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>									
1.evre	16	16,31	2,98	5,00	2,39	10,18	2,66	11,43	5,20
2.evre	25	13,80	3,09	4,64	2,01	8,88	2,53	11,40	4,03
3.evre	96	14,07	2,50	4,53	1,67	8,27	1,93	10,09	3,46
4.evre	13	13,15	3,82	6,00	2,70	9,15	2,85	11,61	4,42
Değerlendirme			F=3,913*, p=0,01****		F=2,356*, p=0,074		X <sup>2</sup> =7,789**, p=0,051		X <sup>2</sup> =2,875**, p=0,411
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>									
Ameliyat + Kemoterapi	101	14,31	2,65	4,61	1,74	8,64	2,22	10,23	3,49
Ameliyat	16	15,62	3,28	4,43	2,09	9,31	2,75	9,25	2,54
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	13,20	3,12	5,06	2,08	8,26	2,60	12,13	3,41
Ameliyat + Radyoterapi	8	13,62	2,06	5,87	2,79	7,75	1,16	13,50	6,41
Radyoterapi + Kemoterapi	5	12,20	4,76	5,60	3,71	9,20	1,30	16,40	4,33
Kemoterapi	5	12,80	2,16	4,20	1,09	8,80	2,94	6,80	1,30
Değerlendirme			F=2,047*, p=0,075		X <sup>2</sup> =2,995**, p=0,701		F=0,662*, p=0,653		X <sup>2</sup> =21,312**, p=0,001***

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\* Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\* Tukey testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.1.3. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları									
	Vücut Şekli			Rol ve ilişki sorunları		Cinsel Eylemler		Cinsel Fonksiyon		
	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>										
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	14,22	2,75	4,63	1,77	8,57	2,24	10,33	3,49	
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	15,16	3,015	5,58	2,84	9,25	2,73	12,41	5,33	
Değerlendirme		U=648,5*****, p=0,370		U=659,0*****, p=0,399		U=657,5*****, p=0,404		U=598,0*****, p=0,203		
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>										
1 kür	10	12,90	3,60	4,40	2,11	7,30	1,33	8,70	2,40	
2 kür	8	14,12	2,58	4,50	1,30	7,00	1,41	10,62	3,85	
3 kür	17	13,76	2,68	5,41	1,97	8,41	1,80	12,41	4,43	
4 kür	18	13,61	3,59	4,94	2,46	8,94	2,09	12,22	4,42	
5 kür	12	12,75	2,45	4,66	1,37	8,50	2,35	13,16	3,56	
6 kür	49	14,71	2,30	4,04	1,42	9,36	2,48	8,97	2,36	
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	14,50	3,17	6,33	1,72	7,75	1,95	10,91	4,23	
Değerlendirme		F=1,328*, p=0,25		F=3,454*, p=0,004****		X <sup>2</sup> =15,092**, p=0,02****		X <sup>2</sup> =23,686**, p=0,001***		

<sup>a</sup> Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlara hasta açısından yükü değerlendirilerek; “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi” yapılmış 122 kişi, “TAH + USO + Omentektomi” yapılmış 5 kişi, “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metastazektomi” yapılmış 1 kişi “Çok zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>b</sup> Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlara hasta açısından yükü değerlendirilerek; “TAH + BSO” yapılmış 10 kişi, “TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi ve “Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi “Daha az zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>c</sup> 7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi “7 kür ve üzeri” grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\* Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\* Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.1.3. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları								
	Vücut Şekli			Rol ve ilişki sorunları		Cinsel Eylemler		Cinsel Fonksiyon	
	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>									
Taxol + Carboplatin	96	14,37	2,84	4,61	1,80	8,67	2,25	9,95	3,39
Cisplatin	12	13,08	2,87	4,91	1,78	8,66	2,38	13,75	3,46
Diğer <sup>d</sup>	18	12,88	2,29	4,94	2,26	8,33	2,24	11,72	4,54
Değerlendirme			F=2,955*, p=0,056		F=0,332*, p=0,718		F=0,176*, p=0,839		F=7,071*, p=0,001****
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>									
Kontrollere geliyor	78	14,83	2,68	4,61	1,89	8,94	2,47	10,08	3,60
Kemoterapi alıyor	61	13,60	2,95	4,85	2,05	8,26	1,92	10,98	4,05
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	12,81	2,63	4,81	1,83	8,72	2,49	11,90	4,45
Değerlendirme			F=4,709*, p=0,01****		F=0,264*, p=0,769		X <sup>2</sup> =1,799**, p=0,407		F=1,614*, p=0,203
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>									
Olan	69	13,76	2,73	5,01	2,03	8,36	2,08	10,62	3,63
Olmayan	81	14,54	2,94	4,48	1,84	8,90	2,41	10,55	4,09
Değerlendirme			t=1,660*****, p=0,099		t=1,680*****, p=0,095		t=1,451*****, p=0,149		t=0,106*****, p=0,916

<sup>d</sup> Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından “Gemsitabin”, “Caelyx”, “Gemsitabin + Cisplatin”, “Cisplatin + Adriamisin”, “Tapotekan”, “Caelyx + Carboplatin”, “Carboplatin + Etoposid”, “Cisplatin + Etoposid”, “Bleomycin + Etoposid + Cisplatin” almış olan toplam 18 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*\* Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Student *t* testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.1.3. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları									
	Vücut Şekli			Rol ve ilişki sorunları		Cinsel Eylemler		Cinsel Fonksiyon		
	n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
<b>Kanser Dışındaki Hastalık (n=69)</b>										
Hipertansiyon	28	13,75	3,06	5,07	2,20	8,21	2,26	10,57	3,77	
Diyabet	18	13,61	2,68	5,16	2,22	8,27	2,05	9,88	3,72	
Astım	10	14,20	2,93	4,20	1,31	9,00	2,21	10,70	4,24	
Diğer <sup>e</sup>	13	13,69	2,13	5,30	1,88	8,30	1,75	11,69	2,75	
Değerlendirme		F=0,102*, p=0,959		F=0,651*, p=0,585		F=0,36*1, p=0,781		F=0,613*, p=0,609		

<sup>e</sup>Diğer: Analizler yapılırken “guatrı”, “bel fitiği”, “migreni”, “kronik böbrek yetmezliği” ve “kalp yetmezliği” olan toplam 13 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

\*\*\*Tukey testi uygulandı.

Çizelge 3.2.1.4.'te Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası alt boyut puanlarının diğer tıbbi özelliklerle ilişkisi verildi. Çizelgede de görüldüğü gibi; cinsel eylemler alt boyut puanları ile RT (Radyoterapi) gün sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde ( $r=0,536$ ,  $p=0,003$ ); cinsel fonksiyon alt boyut puanları ile ameliyattan sonra geçen süre (AGS) ( $r=-0,307$ ,  $p=0,0001$ ), tanı konulduktan sonra geçen süre (TGS) ( $r=-0,210$ ,  $p=0,01$ ) ve tedavi ile ilk cinsel ilişki arasında geçen süre (CGS) ( $r=-0,215$ ,  $p=0,008$ ) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

**Çizelge 3.2.1.4.** Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının Diğer Tıbbi Özelliklerle İlişkisi

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyutları	Değişkenler				
	RT <sup>a</sup> Gün Sayısı* (n=28)	AGS <sup>b</sup> * (n=140)	TGS <sup>b</sup> * (n=150)	CGS <sup>c</sup> * (n=150)	
Vücut şekli	r	-0,310	0,040	0,067	0,102
	p	0,109	0,637	0,414	0,212
Rol ve ilişki sorunları	r	0,084	0,017	-0,038	-0,131
	p	0,673	0,842	0,647	0,111
Cinsel Eylemler	r	0,536	0,151	0,185	-0,012
	p	<b>0,003</b>	0,076	0,023	0,885
Cinsel Fonksiyon	r	0,238	-0,307	-0,210	-0,215
	p	0,223	<b>0,0001</b>	<b>0,01</b>	<b>0,008</b>

<sup>a</sup>RT: Radyoterapi.

<sup>b</sup>AGS: Ameliyattan sonra geçen süre (ay).

<sup>c</sup>TGS: Tanı konulduktan sonra geçen süre (ay).

<sup>d</sup>CGS: Tedavi ile ilk cinsel ilişki arasında geçen süre (ay).

\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

### 3.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un genel yaşam kalitesi alt boyut puanlarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.2.1.'de verildi. Buna göre; hastaların gelir düzeyi ile EORTC QLQ-C30'un genel yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $X^2=9,308$ ,  $p=0,01$ ). Farkı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, geliri giderinden fazla olan hastaların genel yaşam kalitesinin

( $\bar{x}=40,27\pm 20,01$ ) diğer gruplara göre düşük olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,015$ ).

Hastaların eğitim durumu, mesleği, soy geçmişte kanser öyküsü olma durumu, sürekli yaşadığı yer ve menopoz gibi diğer tanıtıcı özelliklerinin genel yaşam kalitesini etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.2.1.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Genel Yaşam Kalitesi		
	n	$\bar{x}$	SS
<b>Eğitim Durumu (n=150)</b>			
Okur yazar	33	56,31	25,60
İlkokul	78	64,85	28,32
Ortaokul	10	63,33	33,14
Lise	17	62,74	29,03
Lisans <sup>a</sup>	12	69,44	36,81
Değerlendirme	F=0,672*, p=0,612		
<b>Meslek (n=150)</b>			
Ev hanımı	127	62,72	27,85
Memur <sup>b</sup>	12	61,80	37,68
Emekli	11	67,42	31,05
Değerlendirme	F=0,144*, p=0,886		
<b>Gelir (n=150)</b>			
Gelir gidere eşit	98	67,60	27,36
Gelir giderden az	46	56,15	30,29
Gelir giderden fazla	6	40,27	20,01
Değerlendirme	$X^2=9,308^{**}$ , p=0,01***		
<b>Soy Geçmişte Kanser Öyküsü (n=150)</b>			
Olan	71	63,73	27,28
Olmayan	79	62,34	30,18
Değerlendirme	t=0,295****, p=0,769		
<b>Sürekli Yaşanan Yer (n=150)</b>			
Ankara	97	64,00	28,32
Diğer <sup>c</sup>	53	61,16	29,73
Değerlendirme	t=0,577****, p=0,565		
<b>Menopoz (n=150)</b>			
Evet	144	62,38	28,81
Hayır	6	77,77	25,09
Değerlendirme	U=309,5*****, p=0,235		

<sup>a</sup> Ön lisans mezunu olan 3 kişi lisans mezunu grubuna dahil edildi.

<sup>b</sup> Analizler yapılırken hemşire, aşçı, çaycı, bankacı ve mühendis olan toplam 7 kişi "memur" grubuna dahil edildi.

<sup>c</sup> Diğer; Ankara dışındaki illerde yaşayan toplam 53 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\* Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\* Student t testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Homojen dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi uygulandı.

Çizelge 3.2.2.2.'de hastaların tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un genel yaşam kalitesi alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi. Buna göre; hastaların tıbbi tanıları ile genel yaşam kalitesi alt boyut puanı arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=1,043$ ,  $p=0,020$ ). Gruplar arasındaki farkı belirlemek için yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, endometrium kanseri olan hastaların genel yaşam kalitesinin ( $\bar{x}=74,47\pm 28,55$ ) diğer gruplardan daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,026$ ).

Hücre evrelendirme ile genel yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=3,601$ ,  $p=0,015$ ). Farkı belirlemek için yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “dördüncü evrede” olan hastaların genel yaşam kalitesinin ( $\bar{x}=44,23\pm 26,43$ ) diğer evrelerde olan hastalardan düşük olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,017$ ).

Hastaların şu an aldığı tedaviler ile genel yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=5,389$ ,  $p=0,006$ ). Yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastaların genel yaşam kalitesinin ( $\bar{x}=46,96\pm 32,11$ ), “kemoterapi alan” ve “kontrollere gelen” hastalardan düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,033$ ).

EORTC QLQ-C30'un genel yaşam kalitesi alt boyut puanları ile hastaların tedavi türü, ameliyat türü, kemoterapi kür sayısı, kemoterapi ilaçları, başka hastalık öyküsü olma durumu ve kanser dışındaki hastalığı gibi diğer tıbbi özellikler arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.2.2.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Genel Yaşam Kalitesi		
	n	$\bar{X}$	SS
<b>Hastaların Tıbbi Tanımları (n=150)</b>			
Over Kanseri	99	61,19	28,62
Endometrium Kanseri	32	74,47	28,55
Serviks Kanseri	19	53,07	25,03
Değerlendirme	F=1,043*, p=0,02**		
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>			
1.evre	16	75,52	29,41
2.evre	25	70,00	27,00
3.evre	96	61,63	28,26
4.evre	13	44,23	26,43
Değerlendirme	F=3,601*, p=0,015**		
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>			
Ameliyat + Kemoterapi	101	61,05	28,67
Ameliyat	16	72,39	33,84
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	63,33	25,74
Ameliyat + Radyoterapi	8	73,95	25,75
Radyoterapi + Kemoterapi	5	38,33	18,25
Kemoterapi	5	78,33	20,06
Değerlendirme	F=1,727*, p=0,132		
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>			
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	63,21	28,95
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	64,58	29,54
Değerlendirme	U=767,0***, p=0,994		
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>			
1 kür	10	65,00	23,83
2 kür	8	60,41	23,46
3 kür	17	50,00	32,40
4 kür	18	61,57	26,06
5 kür	12	49,30	27,62
6 kür	49	69,04	25,96
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	52,77	33,95
Değerlendirme	F=1,715*, p=0,123		

<sup>a</sup> Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; "TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi" yapılmış 122 kişi, "TAH + USO + Omentektomi" yapılmış 5 kişi, "TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metastazektomi" yapılmış 1 kişi " Çok zahmetli" grubu altında toplandı.

<sup>b</sup> Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; "TAH + BSO" yapılmış 10 kişi, "TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu" yapılmış 1 kişi ve "Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu" yapılmış 1 kişi "Daha az zahmetli" grubu altında toplandı.

<sup>c</sup> 7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi "7 kür ve üzeri" grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Tukey testi uygulandı.

\*\*\* Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.2. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Genel Yaşam Kalitesi		
	n	$\bar{X}$	SS
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>			
Taxol + Carboplatin	96	62,93	28,18
Cisplatin	12	61,11	22,56
Diğer <sup>d</sup>	18	51,38	30,14
Değerlendirme	F=1,286*, p=0,280		
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>			
Kontrollere geliyor	78	69,76	29,05
Kemoterapi alıyor	61	57,24	25,66
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	46,96	32,11
Değerlendirme	F=5,389*, <b>p=0,006**</b>		
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>			
Olan	69	61,59	25,04
Olmayan	81	64,19	31,68
Değerlendirme	Z=1,185***, p=0,236		
<b>Kanser Dışındaki Hastalığı (n=69)</b>			
Hipertansiyon	28	57,14	25,12
Diyabet	18	67,12	23,87
Astım	10	73,33	26,29
Diğer <sup>e</sup>	13	54,58	23,47
Değerlendirme	F=1,722*, p=0,171		

<sup>d</sup>Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından “Gemsitabin”, “Caelyx”, “Gemsitabin+Cisplatin”, “Cisplatin+Adriamisin”, “Tapotekan”, “Caelyx+Carboplatin”, “Carboplatin+Etoposid”, “Cisplatin+Etoposid”, “Bleomycin+Etoposid +Cisplatin” almış olan toplam 18 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

<sup>e</sup>Diğer: Analizler yapılırken “guatrı”, “bel fıtığı”, “migreni”, “kronik böbrek yetmezliği” ve “kalp yetmezliği” olan toplam 13 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Tukey testi uygulandı.

\*\*\* Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un fonksiyonel işlevler alt boyut puanlarının karşılaştırması Çizelge 3.2.2.3.'te sunuldu. Buna göre; hastaların eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, soy geçmişte kanser öyküsü olma durumu, sürekli yaşadığı yer ve menopoza gibi tanıtıcı özellikleri ile fonksiyonel işlevler alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı (p>0,05).

**Çizelge 3.2.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Fonksiyonel İşlevler										
	Fiziksel Fonksiyon			Rol Fonksiyon		Duygusal Fonksiyon		Bilişsel Fonksiyon		Sosyal Fonksiyon	
	n	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Eğitim Durumu (n=150)</b>											
Okur yazar	33	65,05	21,01	67,17	27,15	66,91	26,14	75,75	22,08	67,17	23,00
İlkokul	78	71,79	20,60	76,49	25,11	65,06	27,29	73,71	21,74	73,71	24,25
Ortaokul	10	72,66	18,71	83,33	15,71	60,83	23,25	71,66	20,86	81,66	19,95
Lise	17	76,86	15,29	77,45	18,57	66,17	26,42	76,47	17,73	71,56	22,64
Lisans <sup>a</sup>	12	75,00	15,60	80,55	15,62	79,86	20,24	83,33	18,80	83,33	15,89
Değerlendirme		F=1,295*, p=0,275		F=1,469*, p=0,215		F=0,956*, p=0,434		F=0,630*, p=0,642		F=1,516*, p=0,20	
<b>Meslek (n=150)</b>											
Ev hanımı	127	70,76	20,14	75,19	24,92	66,01	26,71	75,59	20,76	72,83	23,64
Memur <sup>b</sup>	12	72,22	17,25	79,16	16,08	72,22	25,70	75,00	24,09	76,38	19,40
Emekli	11	75,15	19,57	72,72	21,43	65,90	21,87	69,69	22,13	75,75	22,80
Değerlendirme		F= 0,264*, p=0,769		F=0,217*, p=0,805		F=0,308*, p=0,736		F=0,394*, p=0,675		F=0,192*, p=0,826	
<b>Gelir Düzeyi (n=150)</b>											
Gelir gidere eşit	98	73,53	18,24	77,04	22,64	69,30	24,06	75,51	21,29	75,34	22,22
Gelir giderden az	46	67,53	22,02	72,10	26,77	62,31	29,33	73,55	21,53	69,56	24,92
Gelir giderden fazla	6	61,11	22,47	72,22	25,09	52,77	31,03	80,55	12,54	69,44	25,53
Değerlendirme		F=2,288*, p=0,105		F=0,712*, p=0,493		F=1,993*, p=0,140		F=0,342*, p=0,711		F=1,061*, p=0,349	

<sup>a</sup> Ön lisans mezunu olan 3 kişi lisans mezunu grubuna dahil edildi.

<sup>b</sup> Analizler yapılırken hemşire, aşçı, çaycı, bankacı ve mühendis olan toplam 7 kişi "memur" grubuna dahil edildi.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.3. Devam.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Fonksiyonel İşlevler										
	Fiziksel Fonksiyon			Rol Fonksiyon		Duygusal Fonksiyon		Bilişsel Fonksiyon		Sosyal Fonksiyon	
	n	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Soy Geçmişte Kanser Öyküsü (n=150)</b>											
Olan	71	70,61	19,27	74,41	25,32	63,73	25,39	72,06	22,67	71,59	24,78
Olmayan	79	71,73	20,37	76,16	22,90	68,98	26,85	77,84	19,19	74,89	21,66
Değerlendirme		$t=0,345^{**}$ , p=0,731		$t=0,444^{**}$ , p=0,658		$t=1,228^{**}$ , p=0,222		$t=1,691^{**}$ , p=0,093		$t=0,870^{**}$ , p=0,386	
<b>Sürekli Yaşanan Yer (n=150)</b>											
Ankara	97	72,23	18,50	75,08	23,70	63,65	26,73	74,05	21,37	73,02	23,62
Diğer <sup>c</sup>	53	69,30	22,04	75,78	24,79	71,69	24,64	77,04	20,47	73,89	22,52
Değerlendirme		$t=0,864^{**}$ , p=0,389		$t=0,170^{**}$ , p=0,865		$t=1,808^{**}$ , p=0,073		$t=0,831^{**}$ , p=0,407		$t=0,220^{**}$ , p=0,826	
<b>Menopoz (n=150)</b>											
Evet	144	70,50	19,78	74,88	24,22	66,43	26,29	75,11	20,95	72,80	23,38
Hayır	6	87,77	12,23	86,11	16,38	68,05	26,57	75,00	25,27	86,11	12,54
Değerlendirme		U=204,0***, p=0,051		U=324,5***, p=0,274		U=427,5***, p=0,965		U=426,0***, p=0,953		U=292,0***, p=0,160	

<sup>c</sup> Diğer; Ankara dışındaki illerde yaşayan toplam 53 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\*\* Student *t* testi uygulandı.

\*\*\* Homojen dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi uygulandı.

Hastaların tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un fonksiyonel işlevler alt boyut puanlarının karşılaştırması Çizelge 3.2.2.4.'te verildi. Buna göre; endometrium kanseri olan hastaların duygusal fonksiyon alt boyut puanı ( $\bar{x}=76,30\pm 23,29$ ) diğer grupların puanından daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $X^2=6,367$ ,  $p=0,041$ ). Farkı belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, endometrium kanseri olan hastaların duygusal fonksiyonlarının over ve serviks kanseri olan hastalardan daha kötü olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,027$ ). Hastaların tıbbi tanıları ile fonksiyonel işlevlerin diğer alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

“Dördüncü evrede” olan hastaların rol ve sosyal fonksiyon alt boyut puanının ( $\bar{x}=53,84\pm 32,74$ ;  $\bar{x}=56,41\pm 23,11$ ) diğer grupların puanından düşük olduğu saptandı. Aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=4,402$ ,  $p=0,005$ ;  $F=3,201$ ,  $p=0,025$ ). Farkı saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “dördüncü evrede” olan hastaların rol ve sosyal fonksiyonlarının diğer evrelerde olan hastalara göre daha iyi olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,008$ ;  $p=0,036$ ). Hücre evrelendirme ile fiziksel, duygusal ve bilişsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Tedavi türlerinden “radyoterapi + kemoterapi” tedavisi alan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=2,699$ ,  $p=0,023$ ). Yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “radyoterapi + kemoterapi” tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=49,33\pm 18,01$ ) fiziksel fonksiyonlarının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha iyi olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,019$ ). Duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının ise hastaların tedavi türünden etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ).

Hastaların kemoterapi kür sayısı ile EORTC QLQ-C30'un fiziksel, duygusal ve bilişsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=2,933$ ,  $p=0,011$ ;  $F=3,274$ ,  $p=0,005$ ;  $F=2,565$ ,  $p=0,023$ ). Farkı yaratan grubu saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; fiziksel fonksiyon

alt boyutundaki farkın, “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=78,63\pm16,21$ ) fiziksel fonksiyonlarının “dört kür” kemoterapi tedavisi alan hastalardan ( $\bar{x}=59,62\pm22,92$ ) daha kötü olmasından kaynaklandığı ( $p=0,009$ ); duygusal fonksiyon alt boyutundaki farkın, “yedi kür ve üzeri” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=46,52\pm23,15$ ) duygusal fonksiyonlarının diğer gruplardan daha iyi olmasından kaynaklandığı ( $p=0,006$ ) ve bilişsel fonksiyon alt boyutundaki farkın ise, “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=79,59\pm20,76$ ), bilişsel fonksiyonlarının “yedi kür ve üzeri” kemoterapi tedavisi alan hastalardan ( $\bar{x}=59,72\pm22,98$ ) daha kötü olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,041$ ). Rol ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının ise kemoterapi kür sayılarından etkilenmediği saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların şu an aldığı tedaviler ile fonksiyonel işlevler alt boyut puanları karşılaştırıldığında; fiziksel, rol ve sosyal fonksiyon alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=11,990$ ,  $p=0,0001$ ;  $F=7,439$ ,  $p=0,001$ ;  $F=4,902$ ,  $p=0,009$ ). Farkı yaratan grubu saptamak için yapılan Tukey testi sonucunda; üç alt boyutta da farkın, “kontrollere gelen” hastaların ( $\bar{x}=78,03\pm16,64$ ;  $\bar{x}=82,26\pm22,20$ ;  $\bar{x}=78,84\pm23,05$ ) fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonlarının diğer gruplardan daha kötü olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,002$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,013$ ). Duygusal fonksiyon ve bilişsel fonksiyon alt boyut puanlarının ise hastaların şu an aldığı tedavilerden etkilenmediği saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların ameliyat türü, kemoterapi ilaçları, başka hastalık öyküsü olma durumu ve kanser dışındaki hastalığı ile fonksiyonel işlevler alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.2.2.4. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Fonksiyonel İşlevler										
	Fiziksel Fonksiyon		Rol Fonksiyon		Duygusal Fonksiyon		Bilişsel Fonksiyon		Sosyal Fonksiyon		
	n	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Hastaların Tıbbi Tanımları (n=150)</b>											
Over Kanseri	99	72,12	19,03	75,25	22,25	65,23	24,88	73,56	22,08	72,72	23,13
Endometrium Kanseri	32	73,12	18,89	80,72	23,61	76,30	23,29	79,68	17,82	80,20	22,17
Serviks Kanseri	19	63,15	24,07	66,66	31,42	56,57	33,16	75,43	20,31	64,91	22,83
Değerlendirme		F=1,846*, p=0,162		F=2,074*, p=0,129		X <sup>2</sup> =6,367**, p=0,041***		F=1,025*, p=0,361		F=2,761*, p=0,067	
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>											
1.evre	16	75,41	19,58	82,29	20,60	66,66	29,81	81,25	20,06	81,25	22,66
2.evre	25	73,33	19,43	78,66	23,33	70,00	25,11	72,66	18,55	72,00	24,87
3.evre	96	71,45	19,09	76,21	22,12	67,53	24,34	75,17	22,03	74,65	22,02
4.evre	13	60,00	24,03	53,84	32,74	51,92	34,72	71,79	19,70	56,41	23,11
Değerlendirme		F=1,757*, p=0,158		F=4,402*, p=0,005****		F=1,555*, p=0,203		F=0,670*, p=0,572		F=3,201*, p=0,025****	
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>											
Ameliyat + Kemoterapi	101	71,02	19,87	76,07	22,16	66,74	25,01	74,42	21,41	71,78	23,42
Ameliyat	16	81,25	14,85	83,33	23,57	68,75	29,89	77,08	21,83	83,33	21,94
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	70,66	22,50	72,22	24,93	70,55	25,56	72,22	16,26	72,22	23,28
Ameliyat + Radyoterapi	8	62,50	15,91	81,25	16,51	61,45	34,19	81,25	24,29	77,08	26,63
Radyoterapi + Kemoterapi	5	49,33	18,01	46,66	44,72	61,66	37,08	86,66	13,94	60,00	14,90
Kemoterapi	5	80,00	10,54	63,33	29,81	55,00	24,00	70,00	27,38	83,33	16,66
Değerlendirme		F=2,699*, p=0,023****		X <sup>2</sup> =6,455**, p=0,264		F=0,375*, p=0,865		F=0,595*, p=0,704		F=1,264*, p=0,283	

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\*Tukey testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.4. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Fonksiyonel İşlevler										
	Fiziksel Fonksiyon		Rol Fonksiyon		Duygusal Fonksiyon		Bilişsel Fonksiyon		Sosyal Fonksiyon		
	n	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>											
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	72,44	19,21	77,34	22,30	68,09	25,42	74,47	21,01	73,82	23,35
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	63,33	23,52	70,83	22,61	56,25	30,38	79,16	21,46	69,44	25,45
Değerlendirme		U=597,0*****, p=0,201		U=641,0*****, p=0,314		U=586,5*****, p=0,173		U=660,0*****, p=0,407		U=681,0*****, p=0,499	
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>											
1 kür	10	72,66	15,85	75,00	26,35	55,83	27,79	68,33	25,39	75,00	22,56
2 kür	8	66,66	18,51	66,66	19,92	78,12	21,79	81,25	20,77	70,83	21,36
3 kür	17	65,49	24,97	64,70	24,91	64,70	21,75	66,66	18,63	60,78	21,19
4 kür	18	59,62	22,92	66,66	29,14	62,96	28,47	79,62	14,63	67,59	27,69
5 kür	12	67,77	17,25	75,00	16,66	60,41	18,16	72,22	17,88	72,22	10,85
6 kür	49	78,63	16,21	79,93	24,29	75,17	24,14	79,59	20,76	78,23	21,02
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	63,88	21,35	76,38	20,66	46,52	23,15	59,72	22,98	65,27	30,53
Değerlendirme		F=2,933*, p=0,011****		F=1,336*, p=0,246		F=3,274*, p=0,005****		F=2,565*, p=0,023****		F=1,641*, p=0,142	

<sup>a</sup> Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatların hasta açısından yükü değerlendirilerek ; “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi” yapılmış 122 kişi, “TAH + USO + Omentektomi” yapılmış 5 kişi, “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metastazektomi” yapılmış 1 kişi “ Çok zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>b</sup> Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatların hasta açısından yükü değerlendirilerek ; “TAH + BSO” yapılmış 10 kişi, “TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi ve “Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi “Daha az zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>c</sup> 7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi “7 kür ve üzeri” grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*\*\* Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.4. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Fonksiyonel İşlevler										
	Fiziksel Fonksiyon		Rol Fonksiyon		Duygusal Fonksiyon		Bilişsel Fonksiyon		Sosyal Fonksiyon		
	n	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>											
Taxol + Carboplatin	96	71,11	20,78	75,34	23,81	67,62	25,18	75,69	20,50	72,39	23,91
Cisplatin	12	67,77	18,82	70,83	30,25	68,05	27,71	72,22	19,24	72,22	19,24
Diğer <sup>d</sup>	18	68,88	18,71	68,51	23,49	59,72	25,38	69,44	23,74	68,51	20,52
Değerlendirme		F=0,207*, p=0,813		F=0,700*, p=0,498		F=0,755*, p=0,472		F=0,756*, p=0,472		F=0,216*, p=0,806	
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>											
Kontrollere geliyor	78	78,03	16,64	82,26	22,20	70,08	26,808	76,06	22,08	78,84	23,05
Kemoterapi alıyor	61	65,02	20,49	68,30	24,66	62,56	24,56	74,86	19,15	67,75	22,33
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	56,96	19,17	65,15	18,93	62,87	29,66	69,69	24,51	65,15	20,35
Değerlendirme		F=11,990*, p=0,0001****		F=7,439*, p=0,001****		F=1,531*, p=0,220		F=0,446*, p=0,641		F=4,902*, p=0,009****	
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>											
Olan	69	67,53	19,89	71,98	25,64	63,28	28,16	72,46	21,73	70,53	23,93
Olmayan	81	74,32	19,29	78,18	22,30	69,23	24,28	77,36	20,29	75,72	22,36
Değerlendirme		t=2,116*****, p=0,050		t=1,586*****, p=0,115		t=1,390*****, p=0,166		t=1,427*****, p=0,156		t=1,371*****, p=0,172	

<sup>d</sup> Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından "Gemsitabin", "Caelyx", "Gemsitabin + Cisplatin", "Cisplatin + Adriamisin", "Tapotekan", "Caelyx + Carboplatin", "Carboplatin + Etoposid", "Cisplatin + Etoposid", "Bleomycin + Etoposid + Cisplatin" almış olan toplam 18 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

<sup>e</sup> Diğer: Analizler yapılırken "guatri", "bel fitiği", "migreni", "kronik böbrek yetmezliği" ve "kalp yetmezliği" olan toplam 13 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*\*\*Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*\*Student t testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.4. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Fonksiyonel İşlevler										
	n	Fiziksel Fonksiyon		Rol Fonksiyon		Duygusal Fonksiyon		Bilişsel Fonksiyon		Sosyal Fonksiyon	
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Kanser Dışındaki Hastalık (n=69)</b>											
Hipertansiyon	28	63,80	22,10	64,88	29,86	58,92	29,47	73,21	21,43	65,47	23,53
Diyabet	18	74,81	12,21	75,00	21,57	69,44	27,71	70,37	24,62	73,14	21,49
Astım	10	70,66	23,97	86,66	21,94	70,83	28,66	63,33	23,30	85,00	22,83
Diğer <sup>e</sup>	13	63,07	18,97	71,79	19,70	58,33	25,68	80,76	14,97	66,66	26,35
Değerlendirme		$X^2=3,866^{**}$ , p=0,276		F=1,973*, p=0,127		F=0,879*, p=0,457		F=1,305*, p=0,280		F=1,890*, p=0,140	

<sup>e</sup> Diğer: Analizler yapılırken "guatrı", "bel fitiği", "migreni", "kronik böbrek yetmezliği" ve "kalp yetmezliği" olan toplam 13 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

Hastaların tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un semptom skalasının yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk ve iştahsızlık alt boyut puanlarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.2.5a.'da verildi. Buna göre; hücre evrelendirme, tedavi türü, ameliyat türü, başka hastalık öyküsü olma durumu ve kanser dışındaki hastalık ile semptom skalasının yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk ve iştahsızlık alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile yorgunluk ve iştahsızlık alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=2,754$ ,  $p=0,015$ ;  $F=3,080$ ,  $p=0,008$ ). Aradaki farkı yaratan grubu saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; yorgunluk alt boyutundaki farkın, "altı kür" kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=29,70\pm 20,71$ ) diğer hastalardan daha az yorgunluk ( $p=0,019$ ); iştahsızlık alt boyutundaki farkın ise, "iki" ve "altı kür" kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=8,33\pm 15,43$ ;  $\bar{x}=11,56\pm 22,10$ ) diğer hastalardan daha az iştahsızlık yaşamasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,031$ ,  $p=0,004$ ). Kemoterapi kür sayısı ile semptom skalasının bulantı-kusma, ağrı, dispne ve uykusuzluk alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

"Diğer" grubundaki kemoterapi ilaçlarını alan hastaların iştahsızlık alt boyut puanının ( $\bar{x}=38,88\pm 36,60$ ) diğer grupların puanından daha yüksek ve bunun istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=4,631$ ,  $p=0,012$ ). Farkı belirlemek için yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, "diğer" grubundaki ilaçları alan hastaların daha fazla iştahsızlık yaşamasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,011$ ). Hastaların aldığı kemoterapi ilaçları ile semptom skalasının yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne ve uykusuzluk alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Hastaların şu an aldığı tedaviler ile yorgunluk ( $F=7,442$ ,  $p=0,001$ ), bulantı-kusma ( $F=24,424$ ,  $p=0,0001$ ), dispne ( $X^2=6,645$ ,  $p=0,036$ ) ve iştahsızlık ( $F=4,579$ ,  $p=0,012$ ) alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi. Yorgunluk, bulantı-kusma ve iştahsızlık alt boyutlarında, farkı yaratan grubu saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, tedavisi bitip

“kontrollere gelen” hastaların ( $\bar{x}=31,05\pm 21,21$ ;  $\bar{x}=7,47\pm 16,48$ ; ( $\bar{x}=14,95\pm 24,41$ ) diğer hastalardan daha az yorgunluk ve bulantı-kusma yaşamasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,0001$ ;  $p=0,009$ ). Dispne alt boyutunda farkı yaratan grubu saptamak amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda ise farkın, “kontollere gelen” hastaların ( $\bar{x}=8,11\pm 17,14$ ), “ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastalardan ( $\bar{x}=27,27\pm 32,72$ ) daha az dispne yaşamasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,027$ ).

Çizelge 3.2.2.5a. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Semptom Skalası												
	n	Yorgunluk		Bulantı-Kusma		Ağrı		Dispne		Uykusuzluk		İştahsızlık	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>													
1.evre	16	31,94	25,29	3,12	9,06	16,66	17,21	10,41	15,95	33,33	29,81	14,58	24,24
2.evre	25	32,44	22,66	14,00	20,79	30,66	25,31	8,00	17,42	30,66	27,08	22,66	24,94
3.evre	96	38,88	2,04	15,97	22,41	30,72	25,74	9,72	19,29	27,08	30,70	20,13	27,56
4.evre	13	46,15	25,99	19,23	21,35	33,33	34,02	20,51	25,59	25,64	30,89	35,89	37,17
Değerlendirme		F=1,459*, p=0,228		X <sup>2</sup> =7,762**, p=0,051		F=1,513*, p=0,214		F=1,359*, p=0,258		F=0,287*, p=0,835		F=1,587*, p=0,195	
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>													
Ameliyat + Kemoterapi	101	39,27	23,12	15,67	22,08	30,69	25,46	9,57	19,05	27,39	31,40	20,13	27,92
Ameliyat	16	29,86	21,36	5,20	11,73	22,91	29,73	14,58	24,24	27,08	25,00	16,66	27,21
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	32,59	24,65	14,44	15,25	27,77	27,21	8,88	15,25	22,22	16,26	20,00	21,08
Ameliyat + Radyoterapi	8	43,05	26,18	4,16	11,78	22,91	21,70	12,50	17,25	41,66	34,50	20,83	24,80
Radyoterapi + Kemoterapi	5	37,77	12,66	36,66	32,05	50,00	11,78	20,00	29,81	40,00	27,88	60,00	14,90
Kemoterapi	5	37,77	24,34	16,66	28,86	20,00	29,81	6,66	14,90	33,33	40,82	26,66	43,46
Değerlendirme		F=0,697*, p=0,627		X <sup>2</sup> =11,079**, p=0,050		F=1,135*, p=0,344		F=0,498*, p=0,777		F=0,643*, p=0,667		F=2,170*, p=0,061	

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.5a. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Semptom Skalası												
	n	Yorgunluk		Bulantı-Kusma		Ağrı		Dispne		Uykusuzluk		İştahsızlık	
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>													
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	37,06	23,00	14,32	20,78	30,07	26,12	9,63	19,23	26,30	29,47	19,27	26,65
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	44,44	26,37	6,94	13,21	18,05	20,6	16,66	17,40	41,66	28,86	25,00	28,86
Değerlendirme		U=655,5***, p=0,385		U=620,0***, p=0,217		U=577,0***, p=0,141		U=582,0***, p=0,069		U=524,5***, p=0,051		U=679,5***, p=0,457	
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>													
1 kür	10	37,77	20,42	23,33	31,62	33,33	32,39	13,33	17,21	20,00	23,30	33,33	41,57
2 kür	8	47,22	27,69	16,6	15,43	29,16	19,41	8,33	15,43	20,83	24,80	8,33	15,43
3 kür	17	44,44	23,89	23,52	22,09	37,25	30,91	11,76	26,19	31,37	32,21	33,33	31,18
4 kür	18	46,91	21,40	22,22	22,86	34,25	20,18	11,11	19,80	38,88	36,60	33,33	30,24
5 kür	12	35,18	16,97	19,44	25,45	31,94	30,53	11,11	21,71	30,55	26,43	30,55	26,43
6 kür	49	29,70	20,71	8,84	16,35	25,17	22,08	7,48	17,03	22,44	25,80	11,56	22,10
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	50,00	26,59	19,44	29,15	36,11	31,64	11,11	16,41	33,33	42,64	22,22	25,94
Değerlendirme		F=2,754*, p=0,015****		X <sup>2</sup> =12,670**, p=0,050		F=0,732*, p=0,625		F=0,244*, p=0,961		F=0,967*, p=0,451		F=3,080*, p=0,008****	

<sup>a</sup> Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatların hasta açısından yükü değerlendirilerek ; “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi” yapılmış 122 kişi, “TAH + USO + Omentektomi” yapılmış 5 kişi, “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metastazektomi” yapılmış 1 kişi “ Çok zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>b</sup> Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatların hasta açısından yükü değerlendirilerek ; “TAH + BSO” yapılmış 10 kişi, “TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi ve “Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi “Daha az zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>c</sup> 7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi “7 kür ve üzeri” grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\* Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\* Tukey testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.5a. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Semptom Skalası												
	n	Yorgunluk		Bulantı-Kusma		Ağrı		Dispne		Uykusuzluk		İştahsızlık	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>													
Taxol + Carboplatin	96	38,65	24,60	14,75	22,79	31,59	26,65	9,02	19,02	27,43	32,80	18,05	26,00
Cisplatin	12	29,62	10,94	19,44	24,44	31,94	19,40	8,33	15,07	30,55	17,16	27,77	23,92
Diğer <sup>d</sup>	18	42,59	17,97	23,14	16,30	25,00	23,74	14,81	20,52	25,92	21,55	38,88	36,60
Değerlendirme		$X^2=2,808^{**}$ , p=0,246		F=1,210*, p=0,302		F=0,515*, p=0,599		F=0,748*, p=0,476		$X^2=1,327^{**}$ , p=0,515		F=4,631*, p=0,012****	
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>													
Kontrollere geliyor	78	31,05	21,21	7,47	16,48	25,21	23,06	8,11	17,14	24,78	27,09	14,95	24,41
Kemoterapi alıyor	61	44,62	21,51	22,13	22,91	34,97	28,82	10,38	17,78	32,78	32,48	28,96	30,71
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	46,46	29,73	22,72	26,11	28,78	23,67	27,27	32,72	27,27	32,72	24,24	26,20
Değerlendirme		F=7,442*, p=0,001****		F=24,424*, p=0,0001****		F=2,489*, p=0,086		$X^2=6,645^{**}$ , p=0,036*****		F=1,240*, p=0,293		F=4,579*, p=0,012****	
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>													
Olan	69	41,06	22,49	15,21	21,14	31,64	22,71	11,59	18,80	29,95	31,90	21,25	27,39
Olmayan	81	34,84	23,09	13,99	21,48	27,57	28,27	9,46	19,88	26,74	28,09	21,39	28,53
Değerlendirme		t=1,664*****, p=0,098		t=0,351*****, p=0,726		Z=1,470***, p=0,142		t=0,670*****, p=0,504		t=0,654*****, p=0,514		t=0,031*****, p=0,975	

<sup>d</sup> Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından “Gemsitabin”, “Caelyx”, “Gemsitabin+Cisplatin”, “Cisplatin+Adriamisin”, “Tapotekan”, “Caelyx+Carboplatin”, “Carboplatin+Etoposid”, “Cisplatin+Etoposid”, “Bleomycin+Etoposid+Cisplatin” almış olan toplam 18 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

\* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*\* Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\*\* Student t testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.5a. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Semptom Skalası												
	n	Yorgunluk		Bulantı-Kusma		Ağrı		Dispne		Uykusuzluk		İştahsızlık	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Kanser Dışındaki Hastalık (n=69)</b>													
Hipertansiyon	28	46,03	20,44	11,30	15,74	34,52	23,09	15,47	23,09	38,09	31,05	21,42	27,53
Diyabet	18	34,56	20,83	21,29	25,44	34,25	25,86	9,25	15,36	24,07	29,82	27,77	30,78
Astım	10	28,88	26,29	11,66	27,27	23,33	22,49	10,00	16,10	16,66	23,57	13,33	23,30
Diğer <sup>e</sup>	13	48,71	22,00	17,94	19,79	28,20	17,19	7,69	14,61	30,76	39,58	17,94	25,87
Değerlendirme		F=2,607*, p=0,059		F=0,980*, p=0,408		F=0,767*, p=0,517		X <sup>2</sup> =1,179**, p=0,758		F=1,418*, p=0,245		F=0,672*, p=0,572	

<sup>e</sup> Diğer: Analizler yapılırken “guatri”, “bel fitiği”, “migreni”, “kronik böbrek yetmezliği” ve “kalp yetmezliği” olan toplam 13 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.2.2.5b.'de hastaların tıbbi özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un semptom skalasının konstipasyon, diare ve maddi zorluk alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi. Buna göre; tedavi türü ile diare alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $X^2=13,105$ ,  $p=0,022$ ). Gruplar arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=26,66\pm 27,88$ ) diğer tedavileri alan hastalardan daha fazla diare olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,004$ ). Konstipasyon ve maddi zorluk alt boyut puanlarının ise hastaların tedavi türünden etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ).

Kemoterapi ilaçlarından, “Taxol+Carboplatin” alan hastaların diare alt boyut puanının ( $\bar{x}=5,20\pm 16,98$ ), diğer grupların puanından daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $X^2=7,519$ ,  $p=0,023$ ). Farkı saptamak amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; gruplar arasındaki farkın, “Taxol+Carboplatin” alan hastaların diğer ilaçları alan hastalara göre daha az diare olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,021$ ). Kemoterapi ilaçları ile konstipasyon ve maddi zorluk alt boyut puanları arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastaların şu an aldığı tedaviler ile maddi zorluk alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=4,935$ ,  $p=0,008$ ). Gruplar arasındaki farkı belirlemek için yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “ameliyat /tekrar ameliyat olacak” olan hastaların ( $\bar{x}=45,45\pm 16,81$ ) diğer gruplardaki hastalardan daha çok maddi zorluk yaşamasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,006$ ). Diare ve konstipasyon alt boyut puanlarının ise hastaların şu an aldığı tedavilerden etkilenmediği saptandı ( $p>0,05$ ).

Hastanın kanser dışındaki hastalığı ile diare alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $X^2=8,948$ ,  $p=0,03$ ). Gruplar arasındaki farkı belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; farkın, kanser dışında diyabeti olan hastaların ( $\bar{x}=11,11\pm 216,16$ ), diğer hastalardan daha çok diare olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,027$ ).

Konstipasyon ve maddi zorluk alt boyut puanlarının ise hastanın kanser dışındaki hastalığından etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ).

Hücre evrelendirme, ameliyat türü, kemoterapi kür sayısı, başka hastalık öyküsü olma durumu gibi diğer tıbbi özellikler ile semptom skalasının konstipasyon, diare ve maddi zorluk alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.2.5b.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Semptom Skalası						
	n	Konstipasyon		Diare		Maddi Zorluk	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>							
1.evre	16	18,75	24,24	0,00	0,00	10,41	20,06
2.evre	25	17,33	23,80	6,66	16,66	21,33	25,23
3.evre	96	17,70	25,57	5,90	16,03	25,00	26,49
4.evre	13	17,94	37,55	15,38	29,23	33,33	23,57
Değerlendirme		F=0,010*, p=0,999		X <sup>2</sup> =5,567**, p=0,135		F=2,225*, p=0,088	
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>							
Ameliyat + Kemoterapi	101	17,16	27,73	5,61	17,04	23,76	25,96
Ameliyat	16	29,16	26,87	0,00	0,00	10,41	20,06
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	17,77	21,33	8,88	15,25	31,11	26,62
Ameliyat + Radyoterapi	8	4,16	11,78	8,33	23,57	16,66	25,19
Radyoterapi + Kemoterapi	5	6,66	14,90	26,66	27,88	40,00	27,88
Kemoterapi	5	26,66	14,90	6,66	14,90	33,33	23,57
Değerlendirme		X <sup>2</sup> =10,281**, p=0,068		X <sup>2</sup> =13,105**, p=0,022***		F=1,803*, p=0,116	
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>							
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	17,70	26,76	5,98	16,95	22,91	25,70
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	19,44	26,43	0,00	0,00	19,44	26,43
Değerlendirme		U=731,5****, p=0,753		U=660,0****, p=0,166		U=707,0****, p=0,619	

<sup>a</sup> Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; "TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi" yapılmış 122 kişi, "TAH + USO + Omentektomi" yapılmış 5 kişi, "TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metazektomi" yapılmış 1 kişi "Çok zahmetli" grubu altında toplandı.

<sup>b</sup> Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; "TAH + BSO" yapılmış 10 kişi, "TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu" yapılmış 1 kişi ve "Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu" yapılmış 1 kişi "Daha az zahmetli" grubu altında toplandı.

<sup>c</sup> Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

<sup>d</sup> Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

<sup>e</sup> Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulandı.

<sup>f</sup> Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.2.5b. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Semptom Skalası						
	n	Konstipasyon		Diare		Maddi Zorluk	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>							
1 kür	10	30,00	29,18	6,66	14,05	10,00	22,49
2 kür	8	20,83	35,35	0,00	0,00	29,16	27,81
3 kür	17	21,56	33,21	7,84	25,08	33,33	33,33
4 kür	18	16,66	20,61	9,25	15,36	20,37	25,91
5 kür	12	19,44	22,28	8,33	15,07	25,00	20,71
6 kür	49	10,88	19,70	5,44	14,18	25,85	24,78
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	22,22	38,49	11,11	29,58	33,33	24,61
Değerlendirme		F=1,066*, p=0,387		F=0,442*, p=0,850		F=1,182*, p=0,321	
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>							
Taxol + Carboplatin	96	17,70	26,90	5,20	16,98	24,65	26,15
Cisplatin	12	19,44	22,28	13,88	22,28	27,77	23,92
Diğer <sup>d</sup>	18	12,96	25,91	11,11	16,16	29,62	27,74
Değerlendirme		F=0,293*, p=0,746		X <sup>2</sup> =7,519**, p=0,023***		F=0,317*, p=0,729	
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>							
Kontrollere geliyor	78	16,23	23,87	4,27	13,54	20,08	24,22
Kemoterapi alıyor	61	21,85	29,74	7,10	17,33	24,04	27,30
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	6,06	13,48	15,15	31,13	45,45	16,81
Değerlendirme		X <sup>2</sup> =3,578**, p=0,167		X <sup>2</sup> =3,187**, p=0,203		F=4,935*, p=0,008*****	
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>							
Olan	69	16,90	25,32	4,83	13,13	23,18	25,11
Olmayan	81	18,51	26,87	7,40	19,72	23,86	26,47
Değerlendirme		t=0,376*****, p=0,708		t=0,924*****, p=0,357		t=0,160*****, p=0,873	
<b>Kanser Dışındaki Hastalık (n=69)</b>							
Hipertansiyon	28	15,47	23,09	2,38	8,74	25,00	26,64
Diyabet	18	29,62	34,08	11,11	16,16	22,22	25,56
Astım	10	3,33	10,54	6,66	21,08	20,00	23,30
Diğer <sup>e</sup>	13	12,82	16,87	0,00	0,00	23,07	25,03
Değerlendirme		X <sup>2</sup> =6,609**, p=0,085		X <sup>2</sup> =8,948**, p=0,03***		F=0,107*, p=0,956	

<sup>c</sup> 7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi "7 kür ve üzeri" grubu altında toplandı.

<sup>d</sup>Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından "Gemsitabin", "Caelyx", "Gemsitabin + Cisplatin",

"Cisplatin+Adriamisin", "Tapotekan", "Caelyx+Carboplatin", "Carboplatin+Etoposid", "Cisplatin+Etoposid",

"Bleomycin+Etoposid+Cisplatin" almış olan toplam 18 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

<sup>e</sup> Diğer: Analizler yapılırken "guatri", "bel fitiği", "migreni", "kronik böbrek yetmezliği" ve "kalp yetmezliği" olan toplam 13 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U testi uygulandı.

\*\*\*\*Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*\*Student t testi uygulandı.

### 3.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile BDE puanlarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.3.1.'de verildi. Buna göre; lisans mezunu olan hastaların depresyon düzeyinin ( $\bar{x}=8,91\pm 6,24$ ) diğer gruplardan daha düşük olduğu saptandı. Ev hanımı ve emeklilerin ( $\bar{x}=13,22\pm 7,03$ ;  $\bar{x}=13,09\pm 6,64$ ), geliri giderinden az olanların ( $\bar{x}=13,52\pm 7,61$ ) ve soy geçmişinde kanser öyküsü olanların ( $\bar{x}=13,67\pm 7,35$ ) depresyon düzeyinin diğer gruptaki hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Menopozda olan hastaların depresyon düzeyinin ( $\bar{x}=13,18\pm 7,06$ ) menopoza girmemiş olan hastalardan ( $\bar{x}=7\pm 1,71$ ) yüksek olmasının istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $U=200$ ,  $p=0,026$ ).

**Çizelge 3.2.3.1.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BDE Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Beck Depresyon Envanteri		
	n	$\bar{x}$	SS
<b>Eğitim Durumu (n=150)</b>			
Okur yazar	33	15,12	5,89
İlkokul	78	12,98	7,85
Ortaokul	10	12,20	4,80
Lise	17	11,70	5,90
Lisans <sup>a</sup>	12	8,91	6,24
Değerlendirme	F=1,966*, p=0,103		
<b>Meslek (n=150)</b>			
Ev hanımı	127	13,22	7,03
Memur <sup>b</sup>	12	9,66	7,48
Emekli	11	13,09	6,64
Değerlendirme	F=1,403*, p=0,249		
<b>Gelir (n=150)</b>			
Gelir gidere eşit	98	12,73	6,93
Gelir giderden az	46	13,52	7,61
Gelir giderden fazla	6	11,66	5,27
Değerlendirme	F=0,292*, p=0,747		

<sup>a</sup> Ön lisans mezunu olan 3 kişi lisans mezunu grubuna dahil edildi.

<sup>b</sup> Analizler yapılırken hemşire, aşçı, çaycı, bankacı ve mühendis olan toplam 7 kişi "memur" grubuna dahil edildi.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

**Çizelge 3.2.3.1. Devam.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BDE Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Beck Depresyon Envanteri		
	n	$\bar{x}$	SS
<b>Soy Geçmişte Kanser Öyküsü (n=150)</b>			
Olan	71	13,67	7,35
Olmayan	79	12,26	6,77
Değerlendirme	$t=1,222^{**}$ , $p=0,224$		
<b>Menopoz (n=150)</b>			
Evet	144	13,18	7,06
Hayır	6	7,00	1,71
Değerlendirme	$U=200,0^{***}$ , $p=0,026$		

\*\*Student *t* testi uygulandı.

\*\*\*Homojen dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi uygulandı.

Hastaların tıbbi özellikleri ile BDE puanlarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.3.2.'de verildi. Buna göre; hücre evrelendirme ile depresyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ( $F=4,226$ ,  $p=0,007$ ). Gruplar arasındaki farkı saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucuna göre; farkın, “dördüncü evrede” olan hastaların depresyon düzeyinin ( $\bar{x}=18,15\pm 9,64$ ) diğer evrelerde olan hastalardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,003$ ).

Tedavi türü ile depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olduğu saptandı ( $F=2,506$ ,  $P=0,033$ ). Farkı belirlemek için yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “radyoterapi + kemoterapi” tedavisi alan hastaların depresyon düzeyinin ( $\bar{x}=22\pm 12,08$ ) sadece “ameliyat” olan ve “ameliyat + kemoterapi” tedavisi alan hastalardan ( $\bar{x}=10\pm 6,75$ ,  $\bar{x}=12,64\pm 6,79$ ) yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,011$ ,  $p=0,041$ ).

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısı ile depresyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=2,361$ ,  $p=0,034$ ). Yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $\bar{x}=10,40\pm 6,71$ ) depresyon düzeyinin diğer gruplardan daha düşük olmasından kaynaklandığı saptandı ( $p=0,009$ ).

Hastaların şu an aldığı tedaviler ile depresyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $F=5,809$ ,  $p=0,004$ ). Gruplar arasındaki

farkı saptamak amacıyla yapılan Tukey testi sonucunda; farkın, “kontrollere gelen” hastaların ( $\bar{x}=11,10\pm 6,92$ ) depresyon düzeyinin diğer gruplardan daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,004$ ).

Kanser dışında hastalığı olanların ( $\bar{x}=14,28\pm 7,45$ ) depresyon düzeyinin, kanser dışında hastalığı olmayanlardan ( $\bar{x}=11,77\pm 6,54$ ) daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ( $t=2,198$ ,  $p=0,03$ ). Depresyon düzeyinin hastaların tıbbi tanıları, ameliyat türü, kemoterapi ilaçları ve kanser dışındaki hastalığı gibi tıbbi özelliklerinden ise etkilenmediği belirlendi ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.3.2.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BDE Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Beck Depresyon Envanteri		
	n	$\bar{x}$	SS
<b>Hastaların Tıbbi Tanıları (n=150)</b>			
Over Kanseri	99	12,49	6,55
Endometrium Kanseri	32	12,25	6,76
Serviks Kanseri	19	16,36	9,28
Değerlendirme	F=2,642*, p=0,075		
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>			
1.evre	16	9,06	6,26
2.evre	25	12,96	7,41
3.evre	96	12,86	6,34
4.evre	13	18,15	9,64
Değerlendirme	F=4,226*, p=0,007**		
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>			
Ameliyat + Kemoterapi	101	12,64	6,79
Ameliyat	16	10,00	6,75
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	13,66	6,77
Ameliyat + Radyoterapi	8	14,50	5,70
Radyoterapi + Kemoterapi	5	22,00	12,08
Kemoterapi	5	14,40	4,61
Değerlendirme	F=2,506*, p=0,033**		
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>			
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	12,60	6,79
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	12,00	6,43
Değerlendirme	U=746,0***, p=0,870		

<sup>a</sup> Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi” yapılmış 122 kişi, “TAH + USO + Omentektomi” yapılmış 5 kişi, “TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metastazektomi” yapılmış 1 kişi “ Çok zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>b</sup> Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; “TAH + BSO” yapılmış 10 kişi, “TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi ve “Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu” yapılmış 1 kişi “Daha az zahmetli” grubu altında toplandı.

<sup>c</sup> Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Tukey testi uygulandı.

\*\*\*Mann Whitney U testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.3.2. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BDE Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Beck Depresyon Envanteri		
	n	$\bar{X}$	SS
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>			
1 kür	10	16,80	7,42
2 kür	8	13,75	5,49
3 kür	17	14,88	5,25
4 kür	18	14,83	9,14
5 kür	12	15,16	5,13
6 kür	49	10,40	6,71
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	14,50	7,75
Değerlendirme	F=2,361*, p=0,034**		
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>			
Taxol+Carboplatin	96	12,52	7,20
Cisplatin	12	14,25	6,39
Diğer <sup>d</sup>	18	16,16	6,72
Değerlendirme	F=2,160*, p=0,120		
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>			
Kontrollere geliyor	78	11,10	6,92
Kemoterapi alıyor	61	14,88	7,10
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	15,09	4,25
Değerlendirme	F=5,809*, p=0,004**		
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>			
Olan	69	14,28	7,45
Olmayan	81	11,77	6,54
Değerlendirme	t=2,198****, p=0,03		
<b>Kanser Dışındaki Hastalık (n=69)</b>			
Hipertansiyon	28	16,10	7,94
Diyabet	18	15,50	7,92
Astım	10	9,30	6,76
Diğer <sup>e</sup>	13	12,53	3,97
Değerlendirme	F=2,619*, p=0,058		

<sup>c</sup> 7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi "7 kür ve üzeri" grubu altında toplandı.

<sup>d</sup> Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından "Gemsitabin", "Caelyx", "Gemsitabin + Cisplatin", "Cisplatin + Adriamisin", "Tapotekan", "Caelyx + Carboplatin", "Carboplatin + Etoposid", "Cisplatin + Etoposid", "Bleomycin + Etoposid + Cisplatin" almış olan toplam 18 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

<sup>e</sup> Diğer: Analizler yapılırken "guatri", "bel fitiği", "migreni", "kronik böbrek yetmezliği" ve "kalp yetmezliği" olan toplam 13 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Tukey testi uygulandı.

\*\*\*\*Student t testi uygulandı.

Çizelge 3.2.3.3.'te hastaların BDE puanlarının yaş, TGS ve AGS ile ilişkisi verildi. Buna göre; BDE'den alınan puanlar ile hastaların yaşları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı ( $r=0,281$ ,  $p=0,0001$ ). Depresyon puanlarının TGS ve AGS ile arasında ise istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.2.3.3.** Hastaların BDE Puanlarının Yaş, TGS ve AGS ile İlişkisi

Depresyon Ölçeği		Yaş* (n=150)	TGS <sup>a**</sup> (n=150)	AGS <sup>b**</sup> (n=140)
BDE	r	0,281	-0,095	-0,097
	p	<b>0,0001</b>	0,247	0,256

<sup>a</sup> TGS: Tanı konulduktan sonra geçen süre (ay).

<sup>b</sup> AGS: Ameliyattan geçen süre (ay).

\*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

\*\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

### 3.2.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.2.4.1.'de hastaların tanıtıcı özellikleri ile BUÖ puanları karşılaştırıldı. Buna göre; lise ve lisans mezunu olanların ( $\bar{x}=3,17\pm 2,03$ ;  $\bar{x}=3,58\pm 2,71$ ), memur olanların ( $\bar{x}=3,58\pm 2,57$ ), geliri giderine eşit olanların ( $\bar{x}=4,84\pm 3,81$ ), soy geçmişinde kanser öyküsü olmayanların ( $\bar{x}=4,54\pm 3,29$ ) ve menopoza girmemiş olan hastaların ( $\bar{x}=3,83\pm 3,06$ ) umutsuzluk düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi. Ancak aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.2.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Beck Umutsuzluk Ölçeği		
	n	$\bar{x}$	SS
<b>Eğitim Durumu (n=150)</b>			
Okur yazar	33	5,42	3,14
İlkokul	78	5,62	4,68
Ortaokul	10	4,50	1,64
Lise	17	3,17	2,03
Lisans <sup>a</sup>	12	3,58	2,71
Değerlendirme	X <sup>2</sup> =9,000*, p=0,061		
<b>Meslek (n=150)</b>			
Ev hanımı	127	5,25	4,07
Memur <sup>b</sup>	12	3,58	2,57
Emekli	11	4,54	3,07
Değerlendirme	F=1,096**, p=0,337		
<b>Gelir (n=150)</b>			
Gelir gidere eşit	98	4,84	3,81
Gelir giderden az	46	5,50	4,17
Gelir giderden fazla	6	5,33	4,13
Değerlendirme	F=0,444**, p=0,642		
<b>Soy Geçmişte Kanser Öyküsü (n=150)</b>			
Olan	71	5,64	4,48
Olmayan	79	4,54	3,29
Değerlendirme	Z=1,389***, p=0,165		
<b>Menopoz (n=150)</b>			
Evet	144	5,11	3,95
Hayır	6	3,83	3,06
Değerlendirme	U=332,0****, p=0,333		

<sup>a</sup> Ön lisans mezunu olan 3 kişi lisans mezunu grubuna dahil edildi.

<sup>b</sup> Analizler yapılırken hemşire, aşçı, çaycı, bankacı ve mühendis olan toplam 7 kişi “memur” grubuna dahil edildi.

\*Homojen dağılım göstermediği için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*\*Homojen dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi uygulandı.

Çizelge 3.2.4.2.’de hastaların tıbbi özellikleri ile BUÖ puanlarının karşılaştırılması verildi. Buna göre; serviks kanseri olan hastaların ( $\bar{x}$ =5,84±4,81), “dördüncü evrede” olanların ( $\bar{x}$ =7,69±6,06), “yedi kür ve üzerinde” kemoterapi tedavisi alanların ( $\bar{x}$ =7,41±6,02), başka hastalık öyküsü olanların ( $\bar{x}$ =5,69±4,19), kanser dışında hipertansiyonu ( $\bar{x}$ =6,28±4,17) ve diyabeti ( $\bar{x}$ =6,44±5,42) olan hastaların umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kontrollere gelen hastaların ise ( $\bar{x}$ =4,91±4,09) umutsuzluk düzeyinin diğer gruplardan daha düşük olduğu saptandı. Ancak hastaların tıbbi özellikleri ile BUÖ puanı arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi (p>0,05).

Çizelge 3.2.4.2. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Beck Umutsuzluk Ölçeği		
	n	$\bar{X}$	SS
<b>Hastaların Tıbbi Tanımları (n=150)</b>			
Over Kanseri	99	4,73	3,52
Endometrium Kanseri	32	5,62	4,52
Serviks Kanseri	19	5,84	4,81
Değerlendirme	F=1,043*, p=0,355		
<b>Hücre Evrelendirme (n=150)</b>			
1.evre	16	4,25	2,38
2.evre	25	5,00	4,89
3.evre	96	4,86	3,39
4.evre	13	7,69	6,06
Değerlendirme	$X^2=3,547^{**}$ , p=0,315		
<b>Tedavi Türü (n=150)</b>			
Ameliyat + Kemoterapi	101	4,82	3,70
Ameliyat	16	6,00	4,81
Ameliyat + Radyoterapi + Kemoterapi	15	5,40	4,28
Ameliyat + Radyoterapi	8	5,12	2,90
Radyoterapi + Kemoterapi	5	6,20	6,97
Kemoterapi	5	4,80	2,94
Değerlendirme	F=0,361*, p=0,874		
<b>Ameliyat Türü (n=140)</b>			
Çok zahmetli <sup>a</sup>	128	5,01	3,96
Daha az zahmetli <sup>b</sup>	12	5,25	2,37
Değerlendirme	U=247,0***, p=0,934		
<b>Kemoterapi Kür Sayısı (n=126)</b>			
1 kür	10	5,60	3,30
2 kür	8	5,25	1,66
3 kür	17	4,64	3,12
4 kür	18	5,44	4,57
5 kür	12	4,75	3,04
6 kür	49	4,12	3,60
7 kür ve üzeri <sup>c</sup>	12	7,41	6,02
Değerlendirme	$X^2=9,480^{**}$ , p=0,148		
<b>Kemoterapi İlaçları (n=126)</b>			
Taxol + Carboplatin	96	4,76	3,78
Cisplatin	12	5,08	4,54
Diğer <sup>d</sup>	18	5,83	3,98
Değerlendirme	F=0,586*, p=0,558		

<sup>a</sup>Çok zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; "TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Apendektomi" yapılmış 122 kişi, "TAH + USO + Omentektomi" yapılmış 5 kişi, "TAH + BSO + BLND + Omentektomi + Metazektomi" yapılmış 1 kişi "Çok zahmetli" grubu altında toplandı.

<sup>b</sup>Daha az zahmetli: Analizler yapılırken yapılan ameliyatlardan hasta açısından yükü değerlendirilerek ; "TAH + BSO" yapılmış 10 kişi, "TAH + BSO + İnguinal lenf nodu diseksiyonu" yapılmış 1 kişi ve "Ekstraperitoneal lenf nodu diseksiyonu" yapılmış 1 kişi "Daha az zahmetli" grubu altında toplandı.

<sup>c</sup>7 kür ve üzeri: 7, 8, 9 ve 10 kür kemoterapi tedavisi alan toplam 12 kişi "7 kür ve üzeri" grubu altında toplandı.

<sup>d</sup>Diğer: Analizler yapılırken kemoterapi ilaçlarından "Gemsitabin", "Caelyx", "Gemsitabin+Cisplatin", "Cisplatin+Adriamisin", "Tapotekan", "Caelyx+Carboplatin", "Carboplatin+Etoposid", "Cisplatin+Etoposid", "Bleomycin+Etoposid+Cisplatin" almış olan toplam 18 kişi "Diğer" grubu altında toplandı.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\* Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\* Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

**Çizelge 3.2.4.2. Devam.** Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların Tıbbi Özellikleri	Beck Umutsuzluk Ölçeği		
	n	$\bar{X}$	SS
<b>Şu An Alınan Tedavi (n=150)</b>			
Kontrollere geliyor	78	4,91	4,09
Kemoterapi alıyor	61	5,24	3,87
Ameliyat / Tekrar ameliyat için yatıyor	11	5,18	3,15
Değerlendirme	F=0,129*, p=0,879		
<b>Başka Hastalık Öyküsü (n=150)</b>			
Olan	69	5,69	4,19
Olmayan	81	4,53	3,62
Değerlendirme	t=1,825****, p=0,070		
<b>Kanser Dışındaki Hastalık (n=69)</b>			
Hipertansiyon	28	6,28	4,17
Diyabet	18	6,44	5,42
Astım	10	4,50	3,10
Diğer <sup>e</sup>	13	4,30	2,52
Değerlendirme	X <sup>2</sup> =2,878**, p=0,411		

<sup>e</sup>Diğer: Analizler yapılırken “guatrı”, “bel fitiği”, “migreni”, “kronik böbrek yetmezliği” ve “kalp yetmezliği” olan toplam 13 kişi “Diğer” grubu altında toplandı.

\*Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

\*\*Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

\*\*\*\*Student t testi uygulandı.

Çizelge 3.2.4.3.’te hastaların BUÖ puanlarının yaş, TGS ve AGS ile ilişkisi verildi. Buna göre; BUÖ puanı ile hastaların yaşı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (r=0,213, p=0,009). Umutsuzluk puanı ile TGS ve AGS arasında ise istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olmadığı saptandı (p>0,05).

**Çizelge 3.2.4.3.** Hastaların BUÖ Puanlarının Yaş, TGS ve AGS ile İlişkisi

Umutsuzluk Ölçeği		Yaş* (n=150)	TÜGS <sup>a**</sup> (n=150)	AÜGS <sup>b**</sup> (n=140)
BUÖ	r	0,213	0,048	0,036
	p	<b>0,009</b>	0,562	0,673

<sup>a</sup> TGS: Tanı konulduktan sonra geçen süre (ay).

<sup>b</sup> AGS: Ameliyattan geçen süre (ay).

\*Pearson korelasyon analizi uygulandı.

\*\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

Çizelge 3.2.4.4.’te hastaların BUÖ puanı ile BDE puanının ilişkisi verildi. Buna göre; hastaların umutsuzluk ve depresyon puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi (r=0,650, p=0,0001).

**Çizelge 3.2.4.4.** Hastaların BUÖ puanı ile BDE Puanının İlişkisi (n=150)

<b>Umutsuzluk Ölçeği*</b>		<b>BDE*</b>
<b>BUÖ</b>	r	0,650
	p	<b>0,0001</b>

\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

## 4. TARTIŞMA

Bu bölümde, “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın (Sexuality Scale, Zeng ve ark., 2012) Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulguların tartışması iki bölüm halinde sunuldu. Birinci bölümde: hastaların tanıtıcı özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nın geçerlik ve güvenilirlik bulgularının tartışmasına; ikinci bölümde: Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası bulguları ile EORTC QLQ-C30, BDE ve BUÖ bulgularının tartışmasına yer verildi.

### 4.1. BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nın geçerlik ve güvenilirlik bulguları tartışılmıştır.

#### 4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

*Bu çalışmaya katılan hastaların ortalama 52,19±8,08 yaşında olduğu belirlendi. İleri yaş ile kanser görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (DSÖ, 2008). Türkiye’de 2006 verilerine göre: “45-49” yaşları arasında “uterus korpusu kanseri”nin görülme oranı yüz binde 18,2; “over kanseri”nin görülme oranı yüz binde 10,1; “serviks kanseri”nin görülme oranı yüz binde 7,5; “70-74” yaşları arasında ise “uterus korpusu kanseri”nin görülme oranı yüz binde 34,2; “over kanseri”nin görülme oranı yüz binde 26,2 ve “serviks kanseri”nin görülme oranı yüz binde 14,5’tir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Bu çalışmadaki hastaların yaş ortalaması literatür ile benzerlik göstermektedir.*

*Çalışmaya katılan hastaların %22’sinin sadece okur yazar, %52’sinin ilkökul mezunu, %6,7’sinin ortaokul mezunu, %11,3’ünün lise mezunu, %8’inin lisans*

mezunu olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1.1.). Türkiye İstatistik Yıllığı (TÜİK) (2012) verilerine göre, Türkiye’de eğitim durumları incelendiğinde; en yüksek payı ilkokul mezunlarının oluşturduğu, arkasından sırasıyla ortaokul, lise, hiç eğitim almamış olanlar ve yüksek öğrenim almış insanların oluşturduğu görülmektedir (TÜİK, 2012). Bu çalışmada yer alan hastaların eğitim durumları ile Türkiye’nin eğitim durumunun paralel olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların %84,7’sinin ev hanımı olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1.1.). Bu oranın yüksek olması, kadınların çalışma hayatında erkeklere oranla daha az olmasına bağlı olabileceğini düşündürdü. TÜİK 2012 verilerine göre; kadınların iş gücüne katılım oranı %29,5 gibi düşük bir orana sahiptir (TÜİK, 2012).

Çalışmaya katılan hastaların %66’sının over, %21,3’ünün endometrium, %12,7’sinin serviks kanseri olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.1.2.). Türkiye’de 2006 verilerine göre; kadın kanserleri arasında “uterus korpusu kanseri” yüz binde 8,4’lük görülme sıklığı ile dördüncü sırayı; “over kanseri” yüz binde 5,9’ luk görülme sıklığı ile yedinci sırayı ve “serviks kanseri” yüz binde 4,8’lik görülme sıklığı ile dokuzuncu sırayı almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Çalışmamız sonucunda serviks kanseri olan hastaların sayısının az olması bu oranlar ile benzerlik gösterirken, over ve endometrium kanseri olan hastaların sayısının belirtilen oranlardan farklılık göstermesi tesadüfi olabilir.

Çizelge 3.1.1.3.’te de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan hastalardan %66’sının cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorusunun olduğu ve bunların %28,3’ünün var olan sorularını doktora, %14,1’inin hemşireye, %2’sinin eşine sorduğu belirlendi. Cinselliğe yönelik soruları olan hastaların %52,5’inin bu sorularını doktora, %40,4’ünün hemşireye sormayı tercih etmek istedikleri belirlendi. Bu durumun, hemşirelerin hastaları ile cinsellikleri konusunda konuşmaya istekli olmamalarından ve iş yoğunluğu nedeniyle zaman ayıramamalarından kaynaklandığı düşünülebilir (Stead ve ark., 2003; Algier ve Kav, 2008; Zeng ve ark., 2011a).

*Bu çalışmada, cinsel yaşamına yönelik sorusu olan hastaların %55,6'sının var olan sorularını sormadığı belirlendi. Bunun nedenleri incelendiğinde; %52,7'si bu konuları konuşmakta kendini rahat hissetmediğini, %45,5'i bu konuların konuşulmayacağını düşündüğünü, %30,9'u kime sorabileceğini bilemediğini, %23,6'sı sağlık sorunlarının daha önemli olduğunu, %21,8'i bir problem yaratmayacağını düşündüğünü ve %9,1'i ise çevresinin tepkisinden korktuğu için sorularını sormadığını belirtti (Bkz. Çizelge 3.1.1.4.). Araştırmamız sonucunda elde edilen bu bulgu ile benzer şekilde, Flynn ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, hastaların %69'unun cinsel yaşamına yönelik problemleri hemşireye ya da doktora hiç sormadığı belirtilmektedir. Hastaların %21'inin seks yaşamının çok kötü olmadığını düşündüğünden, %2'sinin hemşire ya da doktorun çok yoğun olduğunu gözlediğinden, %9'unun utandığından, %3'ünün hemşire ya da doktorun karşı cins olmasından, %1'den azının ise hemşire ya da doktorun çok genç olmasından dolayı sorularını dile getirmedikleri belirtilmektedir.*

*Araştırmaya katılan hastaların %28,7'si cinsel isteğinde, %39,3'ü cinsel birleşme sıklığında, %2,7'si cinsel aktivite şekillerine olan yönelimlerinde, %16'sı vajina kuruluşunda, %9,3'ü döl yolu genişliğinde, %9,3'ü cinsel birleşme sırasında yaşadığı acıda ve %25,3'ü cinsel ilişki kalitesinde "çok değişiklik" olduğunu belirtti (Bkz. Çizelge 3.1.5.). Araştırmamız sonucunda elde edilen bu sonuç literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Örneğin, Zeng ve arkadaşlarının (2012) jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların kanser tanısı öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında; %19,9'unun cinsel isteğinde, %10,3'ünün vajina kuruluşunda, %9,6'sının döl yolu genişliğinde, %7,7'sinin cinsel ilişki sırasında yaşadığı acıda ve %19,9'unun cinsel birleşme sıklığında "çok değişiklik" olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde, Kylstra ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, erken evre jinekolojik kanserli hastaların tedavilerinden 12 ay sonrası ile tedavi öncesi karşılaştırıldığında, hastaların cinsel fonksiyonlarındaki en önemli değişimin vajinal kuruluk olduğu bildirilmektedir.*

Pieterse ve arkadaşlarının (2006) erken evre serviks kanseri olan hastalar üzerindeki çalışmasında da hastaların tedavi sonrasında tedavi öncesine göre vajinal kuruluk, kouitus esnasında ağrı, vajinanın kısılması, labialarda hissizlik, cinsel ilişki

sonrası memnuniyetsizlik gibi sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Matulonis ve arkadaşlarının (2008) sadece kemoterapi tedavisi gören over kanseri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise, hastaların tedavi sonrasında tedavi öncesine göre cinsel istek ve aktivitesinde, cinsel çekiciliğinde azalma yaşadığı, koitus sırasındaki ağrıda ise artma olduğu belirtilmektedir.

#### **4.1.2. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması**

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın geçerlik aşamasında öncelikle dilsel eş değerlik sağlandı. Bunun için ölçek önce İngilizce'den Türkçe'ye, sonra da Türkçe'den İngilizce'ye çevrilerek orijinal ölçek ile karşılaştırıldı. Elde ettiğimiz İngilizce ölçek ile orijinal ölçek arasında anlam açısından fark olmadığı saptandı (Guillemin ve ark., 1993).

Kapsam geçerliği için 10 uzmanın (iki deneyimli onkoloji hemşiresi, bir aile hekimi, bir psikolog, iki onkolog, iki Türk dil bilimci, iki jinekolojik onkolog) görüşü alındı. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçekte gerekli değişiklikler yapıldı (Guillemin ve ark., 1993; Alpar, 2012). Uzmanların çoğunluğu "ek konular" başlığı altındaki yedi maddenin jinekolojik kanser hastasının tanı öncesi ve sonrasını karşılaştırdığı, bu maddelerin geçen ayı değerlendirmedeği gerekçesiyle ölçekten çıkarılmasını önerdi. Bu konuda istatistikçinin de görüşü alınarak bu maddeler ölçekten çıkarıldı.

Yapı geçerliğini belirlemek için, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulandı. Öncelikle örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu belirlendi (KMO=0,807; Bartlett testi=985,889). Çizelge 3.1.2.1.'de de görüldüğü gibi, açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %58,62'sini açıklayan dört faktörlü bir yapı elde edildi. Literatürde faktör yük ağırlıklarının en az 0,30 olması önerilmekte ve bu değer altına düşen maddelerin ölçekten çıkarılabileceği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Bu nedenle, faktör yük ağırlıkları 0,30'dan düşük olan 4., 10., 15., 16., 18., 24., 25. maddeler ölçekten çıkarıldı Altıncı madde

ikinci faktöre daha iyi oranda yük verdiği ve anlamsal açıdan da bu faktörde yer alması gerektiğinden ikinci faktöre dahil edildi. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise uyum indeks sınırları göz önüne alındığında modelin kabul edilebilir ve iyi düzeyde uyum verdiği belirlendi (Bkz. Çizelge 3.1.2.3.) (Yılmaz ve Çelik, 2009; Büyüköztürk ve ark., 2012).

Güvenirlilik çalışmasında ölçeğin iç tutarlığı ve zamana göre değişmezliği belirlendi. Bir ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa “ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı” yorumu yapılmaktadır (Alpar, 2012). Araştırmamız sonucunda, Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın cinsel fonksiyon alt boyut Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,82 ile yüksek güvenirliliğe; vücut şekli alt boyut Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,76, cinsel eylemler alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,71, rol ve ilişki sorunları alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,68 ile oldukça güvenilir değerlere sahiptir (Bkz. Çizelge 3.1.2.4.). Ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısının ise 0,72 ile oldukça güvenilir düzeyde olduğu saptandı (Alpar, 2012). Zeng ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, ölçeğin cinsel eylemler alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,74, cinsel fonksiyon alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,77, ek konular alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,86 ve ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,83 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada, ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile belirlendi. Çizelge 3.1.2.5.'te de görüldüğü gibi ölçeğin ilk uygulanması ve tekrar uygulanması arasında pozitif yönde çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı (Alpar, 2012; Fraenkel ve ark., 2012).

Çalışmamız sonucunda, 18 maddeden ve dört alt boyuttan oluşan bir ölçek elde edildi. Araştırmamız sonucunda geçerli ve güvenilir bulunan ölçek maddeleri ile Zeng ve arkadaşları (2012) tarafından geçerli ve güvenilir bulunan ölçek maddeleri arasında bazı farklılıklar mevcuttur (Bkz. Çizelge 3.1.2.2.). Bunların kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sonuç olarak, Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalasının Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı.

## 4.2. İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde sırasıyla Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası, EORTC QLQ-C30, BDE ve BUÖ bulguları tartışılmıştır.

### 4.2.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puanlarının Tartışılması

*Çizelge 3.1.2.4.'te Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın puan dağılımları verildi. Buna göre; vücut şekli alt boyut puan ortalamasının 14,186±2,867; rol ve ilişki sorunları alt boyut puan ortalamasının 4,726±1,948; cinsel eylemler alt boyut puan ortalamasının 8,653±2,276 ve cinsel fonksiyon alt boyut puan ortalamasının 10,586±3,875 olduğu belirlendi. Bu sonuçlar; hastaların vücut şeklinde, rol ve ilişkilerinde, cinsel eylem ve cinsel fonksiyonlarında orta derecede bozulma yaşandığı şeklinde yorumlanabilir. Literatürde bu konuda yapılmış olan bir çok çalışma bulunmaktadır.*

Bu çalışmalar sonucunda; jinekolojik kanser tedavi yöntemlerinin hastanın beden imajında (Kullmer ve ark, 1999; Knapstein ve ark., 2004; Burns ve ark., 2007; Reis ve ark., 2010), anne ve eş rolünde (Bal ve ark., 2013), partner/eş ve (Burns ve ark., 2007) diğer bireylerle olan ilişkilerinde (Kullmer ve ark, 1999) bozulmaya, bunların dışında hastanın vajinal kuruluk, vajinal hissizlik, sekse ilgisizlik, seks sonrası memnuniyetsizlik, koutis sırasında ağrı, orgazm olamama, cinsel birleşme sırasında kanama, vajinal kısılma, infertilite, sıcak basmaları, üriner enfeksiyonlar, duygusal değişimler gibi problemler yaşamasına sebep olduğu saptanmıştır (Schover ve ark., 1989; Knapstein ve ark., 2004; Pieterse ve ark., 2006; Donovan ve ark., 2007).

*Bu çalışmada, lisans mezunu olan hastaların cinsel eylemlerinde diğer gruplara göre daha fazla azalma yaşandığı belirlendi (F=3,587, p=0,008) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1.). Literatürde bizim bulgumuzdan farklı olarak cinsel yaşamın ve*

cinsel birleşme sıklığının eğitim düzeyinden etkilenmediğini belirten çalışmalar olmakla birlikte (Taylor ve ark., 2004; Frumovitz ve ark., 2005); düşük eğitim düzeyi ile cinsel ilgisizlik ve cinsel yetersizlik arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar da yer almaktadır (Donovan ve ark., 2007; Cavalheiro ve ark., 2012). Sağlıklı kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda da düşük eğitim düzeyine sahip kadınlarda daha fazla cinsel problemler yaşandığı belirtilmektedir (Laumann ve ark., 1999; Çayan ve ark., 2002; Abdo ve ark., 2004). Araştırmamızda bulunan bu sonucun ise örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

*Bu çalışmada, memur olan hastaların cinsel fonksiyonlarında, ev hanımı ve emeklilere göre daha fazla bozulma yaşandığı saptandı ( $F=3,138$ ,  $p=0,046$ ) (Bkz. Çizelge 3.1.1.).* Bu konuda, bulgumuzdan farklı olarak Çayan ve arkadaşlarının (2002) sağlıklı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, işsiz olan kadınların daha fazla cinsel yetersizlik yaşadığı belirtilmektedir.

*Bu çalışmada, Karadeniz Bölgesi'nde doğan hastaların diğer bölgelerde doğan hastalara göre daha az rol ve ilişki sorunu yaşadığı belirlendi ( $X^2=12,670$ ,  $p=0,002$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1.).* Karadeniz Bölgesi'nde doğan kadınların daha az rol ve ilişki sorunu yaşamaması, bu kadınların diğer bölgelerde doğan kadınlardan sosyokültürel açıdan farklı olmasından kaynaklanabilir.

*Bu çalışmada, menopozda olan hastaların cinsel eylemlerinde menopoza girmemiş olanlara göre daha fazla azalma olduğu belirlendi ( $U=159$ ,  $p=0,008$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1. Devam).* Benzer şekilde, literatürde de menopozda olan hastaların menopozda olmayan hastalara göre cinsel birleşme sıklığında, cinsel isteğinde mastürbasyon, öpüşme, yakınlaşma, seksüel fantazi kurma gibi cinsel davranışlarında daha fazla azalma olduğu ve daha fazla vajinal darlık ile vajinal kısalık yaşadığı belirtilmektedir (Pieterse ve ark., 2006; Stead ve ark., 2007; Tangjitgamol ve ark., 2007; Tang ve ark., 2010).

*Bu çalışmada, hastaların cinsel yaşamlarının gelir düzeylerinden etkilenmediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.1. Devam).* Bulgumuza benzer şekilde, Donovan ve arkadaşlarının (2007) jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı

çalışmada ve Graumann ve arkadaşlarının (2007) evre IB serviks kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların seksüel fonksiyonlarının gelir düzeylerinden etkilenmediği belirtilmektedir. Bunlardan farklı olarak, Laumann ve arkadaşlarının (1999) 1749 sağlıklı kadın üzerinde yaptığı çalışmada ise sosyoekonomik durumu düşük kadınların sekse olan ilgilerinde azalma, orgazm olamama, seks sonrası tatminsizlik gibi sorunlar yaşadığı saptanmıştır.

*Bu çalışmada, hastaların yaşı arttıkça vücut şeklinde daha fazla bozulma olduğu saptandı ( $r=-0,220$ ,  $p=0,007$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.2.).* Literatürde yer alan çalışmalarda bulgumuzdan farklı olarak genç yaştaki jinekolojik kanserli hastaların ileri yaş hastalara göre daha olumsuz beden imajı ve benlik saygısına sahip olduğu belirtilmektedir (Stewart ve ark., 2001; Jurascova ve ark., 2003; Bifulco ve ark., 2011). Farklı olarak, De Frank ve arkadaşlarının (2007) endometrial kanseri olan hastaları da içeren genel kanser türleri üzerindeki çalışmasında ise, yaş ile beden imajı arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Çalışmamız sonucunda ulaşılan bu sonucun örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

*Bu çalışmada, hastaların yaşı arttıkça cinsel eylemlerinde de artma olduğu saptandı ( $r=-0,428$ ,  $p=0,0001$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.2.).* Bu konuda yapılmış olan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu bulguya benzer şekilde, Bifulco ve arkadaşlarının (2011) serviks, over, endometrium ve meme kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, 45 yaşın altında ve 45 yaşın üstünde olan hastaların cinsel ilgi açısından aralarında fark olmadığı, ancak cinsel aktivitenin ve cinsel ilişki sonrası yaşanan memnuniyetin 45 yaş üzerindeki kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Matulonis ve arkadaşlarının (2008) sadece kemoterapi tedavisi gören over kanseri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da genç hastalarda daha fazla seksüel problemler yaşandığı belirtilmektedir. Stewart ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise 55 yaş altındaki kadınların 55 yaş üstündeki kadınlara göre daha fazla cinsel isteksizlik yaşadığı saptanmıştır. Bulgumuzdan farklı olarak yapılan diğer çalışmalarda ise ileri yaşın, kadının cinsel yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Taylor ve ark., 2004; Lindau ve ark., 2007; Tang ve ark., 2010).

*Bu çalışmada, hastaların doğum sayısı arttıkça cinsel eylemlerinde de artma olduğu saptandı ( $r=-0,212$ ,  $p=0,009$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.2.). Yapılan çalışmalarda ise bulgumuzdan farklı olarak, doğum sayısı ile yaşanan cinsel problemler arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir (Çayan ve ark., 2002; Güvel ve ark., 2003).*

*Bu çalışmada, serviks kanseri olan hastaların cinsel fonksiyonlarında, endometrium ve over kanseri olan hastalara göre daha fazla bozulma olduğu saptandı ( $X^2=17,860$ ,  $p=0,0001$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.3.).* Bu konuda, Bifulco ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, over kanseri olan hastaların cinsel ilişki sonrası yaşadığı memnuniyette, endometrium ve serviks kanseri olan hastalara göre daha fazla azalma olduğu saptanmıştır. Ancak aynı çalışmada, cinsel aktivitede bulunma açısından over, endometrium ve serviks kanseri olan hastalar arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Öte yandan; Tang ve arkadaşlarının (2010) jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamlarını değerlendirdiği çalışmada, tıbbi tanı ile cinsel aktivite ve cinsel memnuniyet arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir. Araştırmamızda bulunan bu sonucun, serviks kanserinin tedavisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü, serviks kanserinde cerrahi tedaviye ek olarak eş zamanlı kemo-radyoterapi uygulanmaktadır. Literatürde daha yoğun ve çoklu tedavilerin cinsel fonksiyonlarda daha fazla bozulmaya sebep olduğu belirtilmektedir (Lutgendorf ve ark., 2000; Knapstein ve ark., 2004; Greimel ve ark., 2009).

*Çizelge 3.2.1.3. 'te de görüldüğü gibi, hastaların tıbbi tanıları ile vücut şekli alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Bu sonuca benzer şekilde, De-Frank ve arkadaşlarının (2007) endometrium kanseri olan hastaların da yer aldığı genel kanser türüne sahip hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, kanser türünün kadının beden imajını etkilemediği belirtilmektedir. Over, endometrium ve serviks kanseri olan hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise; serviks kanseri olan hastaların beden imajının diğer hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Bifulco ve ark. 2011).*

*Bu çalışmada, "birinci evrede" olan hastaların diğer gruplara göre daha iyi vücut şekline sahip olduğu belirlendi ( $F=3,913$ ,  $p=0,01$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.3.)* Benzer şekilde, De-Frank ve arkadaşlarının (2007), endometrium kanserini de içeren

genel kanser türlerine sahip hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, ileri evre kanser hastalarının beden imajında daha fazla bozulma yaşadığı belirtilmektedir.

*Çizelge 3.2.1.3. 'te de görüldüğü gibi, hücre evrelendirmesi ile cinsel eylemler ve cinsel fonksiyon alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Bulgumuzla benzer şekilde literatürde yer alan çalışmalarda da hastalık evresi ile cinsel eylem ve fonksiyonlar arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir (Frumovitz ve ark., 2005; Donovan ve ark., 2007; Tang ve ark., 2010). Bulgumuzdan farklı olarak, Greimel ve arkadaşlarının (2009) servikal kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada ise, ileri evrede olan hastaların erken evrede olan hastalara göre seksüel fonksiyonlarının ve aktivitelerinin daha olumsuz etkilendiği belirtilmektedir.*

*Bu çalışmada, sadece “kemoterapi” tedavisi alanların ve sadece “ameliyat” olanların cinsel fonksiyonlarının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha iyi olduğu saptandı ( $X^2=21,312$ ,  $p=0,001$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.3.). Bu konuda yapılan çalışmalar araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgu ile benzerlik göstermektedir. Bergmark ve arkadaşlarının (2002) erken evre serviks kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, sadece “ameliyat” olan hastaların “ameliyat+radyoterapi” tedavisi alan hastalara göre daha az seksüel sorun yaşadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, “ameliyat+radyoterapi” tedavisi alan hastaların koutis sırasında ağrı, bağırsak disfonksiyonu, diare, vajinal değişimler, orgazm problemleri, seksüel yetersizlik, cinsel ilgisizlik gibi sorunları daha fazla yaşadığı belirtilmektedir.*

Benzer şekilde, Greimel ve arkadaşlarının (2009) “cerrahi”, “cerrahi+radyoterapi” ve “cerrahi+kemoterapi” tedavisi alan serviks kanseri olan hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirdiği çalışmada, “cerrahi+radyoterapi” tedavisi alan hastaların cinsel birleşme sıklığının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha fazla azaldığı belirtilmektedir. Knapstein ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da cerrahi tedavi sonrası adjuvan radyoterapi, kemoterapi ya da kemo-radyoterapi uygulanan serviks kanserli hastaların cinsel fonksiyonlarında, sadece ameliyat uygulanan hastalara göre daha fazla bozulma olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Frumovitz ve arkadaşlarının (2005) serviks kanseri olan hastalar üzerinde

yaptığı çalışmada, radyoterapi tedavisi alan hastaların cerrahi tedavi gören ve sağlıklı kadınlara göre cinsel uyarılmada azalma, vajinal kuruluk, orgazm olamama, koitus sırasında ağrı ve cinsel ilişki sonrası memnuniyetsizlik gibi sorunları daha fazla oranda yaşadığı saptanmıştır.

Pieterse ve arkadaşlarının (2006) erken evre serviks kanserli kadınların cinsel fonksiyonlarını değerlendirdiği çalışmada ise, “cerrahi tedavi+pelvik radyoterapi” tedavisi alan hastaların daha az cinsel aktivitede buldukları belirtilmektedir. Aynı çalışmada, labiada his kaybı, vajinal kuruluk, koitus sırasında ağrı, vajinal darlık ve orgazm olamama gibi sorunlar açısından ise “sadece radyoterapi” uygulananlar ile “cerrahi+radyoterapi” tedavisi alan hastalar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde, Tang ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da, sadece ameliyat olan jinekolojik kanserli hastaların “ameliyat+radyoterapi”, “ameliyat+kemoterapi”, “ameliyat+radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastalara göre cinsel davranışlarında, cinsel eylem ve fonksiyonlarında daha az değişiklik olduğu bildirilmektedir.

*Bu çalışmada, “yedi kür ve üzeri” kemoterapi tedavisi alan hastaların daha fazla rol ve ilişki sorunu yaşadığı belirlendi ( $F=3,454$ ,  $P=0,004$ ). “Bir kür” ve “iki kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların cinsel eylemlerinin ( $X^2=15,092$ ,  $p=0,02$ ); “bir kür” ve “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ise cinsel fonksiyonlarının ( $X^2=23,686$ ,  $p=0,001$ ) diğer gruplara göre daha iyi olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.2.1.3. Devam).* Literatürde, jinekolojik kanser hastalarında kemoterapi kür sayısı ile cinsel yaşamın karşılaştırıldığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak, Stead ve arkadaşlarının (2007) jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamını değerlendirdiği çalışmada, kemoterapinin yan etkileri olan alopesi, yorgunluk, bulantı-kusma ve duygusal değişimlerin kadının cinsel aktivitelerini etkilediği belirtilmektedir. Başka bir çalışmada, kemoterapi tedavisinin hastaların çekiciliğinde, cinsel istek ve cinsel aktivitelerinde azalmaya, cinsel birleşme sırasında ağrı yaşamasına sebep olduğu belirtilmektedir (Matulonis ve ark., 2008).

Cavalheiro ve arkadaşlarının (2012) postmenopozal meme kanser hastalarının kemoterapi tedavisi öncesi ve ilk kür tedavisinden sonraki cinsel fonksiyonlarını

değerlendirdiği çalışmada, bir kür kemoterapi tedavisinin hastaların koutis esnasında yaşadığı ağrıda ve cinsel birleşme sonrası yaşadığı memnuniyetsizlikte artmaya sebep olduğu saptanmıştır. Kemoterapi kür sayısının artması hastanın tedavi sürecinin de uzamasına sebep olmaktadır. Böylece kemoterapiye bağlı yaşanan semptomların da süresi ve sıklığının artması göz önüne alındığında, hastaların cinsel yaşamlarına yönelik olumsuz değişimler yaşaması olası bir sonuçtur.

*Bu çalışmada, kemoterapi ilaçlarından “Cisplatin” alan hastaların cinsel fonksiyonlarının diğer ilaçları alan hastalara göre daha olumsuz etkilendiği belirlendi (F=7,071, p=0,001) (Bkz. Çizelge 3.2.1.3. Devam).* Literatürde, kemoterapi ilaçları ile jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamının kıyaslandığı çalışmalara ulaşılamamıştır. Ancak, kemoterapi tedavisinin over yetersizliğine yol açtığı bildirilmektedir. Over toksisitesi kemoterapinin dozuna, türüne ve tedavinin süresine göre değişiklik göstermektedir. Özellikle alkali ajanların (Bisülfan, Chlorambucil, Dacarbazin, Ifosfamid, Melphalan ve Nitrojen Mustard) overlerin işleyişinde daha çok bozulmaya yol açtığı belirtilmektedir (Tierney, 2008). Böylece, azalmış östrojen, vajinanın çekilmesine, incelmesine ve elastikiyetini kaybetmesinin yanında vajinal kuruluğa, sıcak basmalarına, üriner enfeksiyonlara, duygusal değişimlere ve yorgunluğa yol açmaktadır (Whilkes, 2001). Çalışmamızda serviks kanseri olan hastaların, radyoterapi ile eş zamanlı “Cisplatin” tedavisi aldığı bilinmektedir. Ulaşılan bu sonucun, yoğun ve çoklu tedavinin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

*Bu çalışmada, tedavisi bitip “kontrollere gelen” hastaların, “kemoterapi alan” ve “ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastalara göre daha iyi vücut şekline sahip olduğu belirlendi (F=4,709, p=0,01) (Bkz. Çizelge 3.2.1.3. Devam).* Bulgumuzla benzer şekilde, Stewart ve arkadaşlarının (2001), 200 over kanseri hastanın tedavi bitiminden en az iki yıl sonraki (tedaviden ortalama 7,2 ±4,9 yıl geçmiştir) genel yaşamını değerlendirdiği çalışmada, kadınların beden imajına yönelik olumlu düşünce ve duygulara sahip olduğu belirtilmektedir. Farklı olarak, Chie ve arkadaşlarının (2009), over kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise, tedavisi devam eden hastalarla tedavisi bitmiş olan hastaların beden imajı skorları arasında fark olmadığı saptanmıştır.

*Bu çalışmada, hastalara uygulanan radyoterapi gün sayısı arttıkça cinsel eylemlerinde daha fazla azalma olduğu saptandı ( $r=0,536$ ,  $p=0,003$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.4.).* Literatürde radyoterapi gün sayısı ile jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamlarının karşılaştırıldığı çalışmalara ulaşılamamıştır. Ancak, radyoterapi frekansı ile cinsel fonksiyonlar arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Tierney, 2008). Aynı zamanda, yapılan bir çalışmada pelvik radyoterapi ve brakiterapi alan endometrium kanseri hastaların cinsel yaşamının ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Nout ve ark., 2009). Başka çalışmada, intrakaviter brakiterapi alan hastaların tedavi öncesi, tedavi anında ve sonrasında yaşadığı stres ve anksiyetenin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Warnock, 2005). Görüldüğü gibi, radyoterapiye bağlı yaşanan fiziksel ve duygusal değişimler göz önüne alındığında, radyoterapi gün sayısının artmasıyla cinsel eylemlerin daha fazla azalması mümkün olabilir.

*Bu çalışmada, AGS ( $r=-0,307$ ,  $p=0,0001$ ) ve TGS ( $r=-0,210$ ,  $p=0,01$ ) arttıkça hastaların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu saptandı (Bkz. Çizelge 3.2.1.4.).* Araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz bulguyla benzer şekilde, Sekse ve arkadaşlarının (2010) jinekolojik kanserli hastaların tedaviden beş yıl sonraki yaşamını değerlendirdiği çalışmada, hastaların cinsel birleşme sırasında eskisine oranla daha az kuruluk ve ağrı yaşadığı belirtilmektedir. Stead ve arkadaşları (2007) tarafından da jinekolojik kanserli kadınların tedavisi üzerinden zaman geçtikçe, yeni yaşamlarına uyum sağladığı ve cinsel isteklerinin arttığı bildirilmektedir. Bulgumuzun aksine, Graumann ve arkadaşları (2007) Serviks kanserli hastaların cinsel fonksiyonlarını, radikal histerektomi öncesinde, dört ve sekiz ay sonrasında değerlendirmiştir. Radikal histerektomiden sekiz ay sonra yapılan değerlendirmede daha fazla vajinal kuruluk yaşandığı belirtilmektedir. Kylstra ve arkadaşları (1999) ise erken evre jinekolojik kanserli hastaların cinsel yaşamını tedavi öncesinde, dört ve altı ay sonrasında değerlendirmiştir. Yapılan değerlendirmelerde, hastaların cinsel memnuniyeti açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Bulgumuzla benzer şekilde, jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda tanı üzerinden geçen süre arttıkça hastaların cinsel memnuniyetinde ve cinsel isteğinde artma olduğu belirtilmektedir (Donovan ve ark., 2007; Stead ve ark.,

2007). Ancak literatürde, tanı üzerinden geçen sürenin cinsel yaşamı etkilemediğini belirten çalışmalar da yer almaktadır. (Molassiotis ve ark., 2000; Taylor ve ark., 2004; Tang ve ark., 2010).

*Bu çalışmada, CGS arttıkça hastaların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu saptandı ( $r=-0,215$ ,  $p=0,008$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.1.4.). Çalışmamızda, hastaların ilk cinsel ilişkilerini tedavilerinden ortalama  $4,27\pm 3,45$  ay sonra yaşadığı belirlendi. Bu konuda, Kylstra ve arkadaşlarının (1999) erken evre jinekolojik kanserli hastaları içeren çalışmasında, hastaların ilk tedavilerinden ortalama 9 hafta sonra cinsel birleşme yaşadığı belirtilmektedir. Cerrahi tedavi sonrası, hastalara abdominal hassasiyet ve ağrı nedeniyle, yaklaşık altı hafta kadar cinsel ilişki önerilmemektedir (Witmoth ve Spinelli, 2000). Bu açıdan bakıldığında, tedaviden sonra ilk cinsel ilişki yaşamada geçen süre arttıkça hastaların fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi durumda olacağı düşünülmektedir.*

#### **4.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının Tartışılması**

*Çizelge 2.7.1.'de de görüldüğü gibi genel yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamasının  $63\pm 28,76$  olduğu saptandı. Fonksiyonel işlevler alt boyutunda hastaların daha çok rol, zihinsel ve sosyal fonksiyonlarının etkilendiği belirlendi. Semptomlar skalasında ise, hastaların daha çok yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, maddi zorluk gibi sorunlar yaşadığı saptandı. Bu konuda literatürde yer alan çalışmalar ile bulgularımız arasında benzerlikler ve farklılıklar yer almaktadır. Pınar ve arkadaşlarının (2008) jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, genel yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamasının  $51,5\pm 22,2$  ile düşük olduğu, hastaların bilişsel, fiziksel ve rol fonksiyonlarının daha çok etkilendiği, maddi zorluk başta olmak üzere yorgunluk, ağrı, kabızlık, iştahsızlık gibi semptomların daha çok yaşandığı belirtilmektedir. Matulonis ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise; hastaların duygusal fonksiyonlarının daha çok etkilendiği belirtilmektedir. Greimel ve arkadaşlarının (2009) serviks kanserli hastalar üzerindeki çalışmasında, hastaların en fazla duygusal fonksiyonlarının etkilendiği,*

uykusuzluk, ağrı, yorgunluk, dispne ve maddi zorluğun ise en fazla yaşanan semptomlar olduğu belirtilmektedir.

#### **4.2.2.1. EORTC QLQ-C30'un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarının Tartışılması**

*Çizelge 3.2.21.'de de görüldüğü gibi, hastaların eğitim durumu ile genel yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde, yapılan birçok çalışmada jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesinin hastaların eğitim durumundan etkilenmediği saptanmıştır (Dow ve ark., 1997; Reis ve ark., 2006; Üstündağ, 2013). Ancak literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar da yer almaktadır (Kızılcı, 1999; Pınar ve ark., 2008; Özaras, 2009).*

*Çizelge 3.2.2.1.'de de görüldüğü gibi, hastaların meslekleri ile genel yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). Bulgumuz ile benzer şekilde, Reis ve arkadaşları (2006), çalışanlar ile çalışmayanların yaşam kaliteleri arasında fark olmadığını belirtmektedir. Bulgumuzdan farklı olarak, Pınar ve arkadaşlarının (2008) jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, mesleği olan kadınların mesleği olmayanlara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.*

*Bu çalışmada, geliri giderinden fazla olan hastaların genel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi ( $X^2=9,308$ ,  $p=0,01$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.2.1.). Literatürde bulgumuzdan farklı sonuçlar yer almaktadır. Reis ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, jinekolojik kanserli hastaların gelir durumları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda ise yüksek gelir düzeyinin yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kızılcı, 1999; Molassioitis ve ark., 2000; Matulonis ve ark., 2008). Çalışmamızda bulunan bu sonucun, gelir düzeyi yüksek hastaların sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir ( $n=6$ ).*

*Bu çalışmada, endometrium kanseri olan hastaların, over ve serviks kanseri olan hastalara göre genel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $F=1,043$ ,  $p=0,020$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.2.2.). Bulgumuz literatürdeki diğer çalışmalarla benzer niteliktedir. Bifulco ve arkadaşlarının (2011) endometrium, serviks, over ve meme kanseri hastaları içeren çalışmasında, endometrium ve over kanseri olan hastaların genel yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunmazken, serviks ve meme kanseri olan hastaların genel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da endometrium kanseri olan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Greimel ve ark., 2002; Reis ve ark., 2006).*

*Bu çalışmada, “dördüncü evrede” olan hastaların genel yaşam kalitesinin diğer evrelerde olan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı ( $F=3,601$ ,  $p=0,015$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.2.2.). Literatürdeki çalışmalarda da bulgumuza benzer şekilde, ileri evre hastaların yaşam kalitesinin diğer evrelerdeki hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Le ve ark., 2003; Can ve ark., 2009; Üstündağ, 2013). Çünkü, evre arttıkça kanserin yayılımı da artacak, tedavi türünde, kemoterapinin dozunda değişiklikler olacaktır. Böylece, hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenecektir. Ancak hastalık evresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Greimel ve ark., 2002; Özaras, 2009)*

*Bu çalışmada, “ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastaların genel yaşam kalitesinin “kemoterapi alan” ve “kontrollere gelen” hastalara göre daha düşük olduğu saptandı ( $F=5,389$ ,  $p=0,006$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.2.2. Devam). Literatürde yer alan çalışmalarda farklı sonuçlar yer almaktadır. Örneğin, Pınar ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi devam eden hastaların genel yaşam kalitesinin tedavisi biten hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bodurka-Bevers ve arkadaşlarının (2000) over kanseri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise, kontrollere gelen hastaların aktif tedavi alan hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, ancak aralarında ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda ulaşılan bu sonucun ise örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.*

#### 4.2.2.2. EORTC QLQ-C30'un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarının Tartışılması

*Bu çalışmada, endometrium kanseri olan hastaların duygusal fonksiyonlarının over ve serviks kanseri olan hastalara göre daha kötü olduğu belirlendi ( $X^2=6,367$ ,  $p=0,041$ ) (Bkz. çizelge 3.2.2.4.). Ancak, Bifulco ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, serviks kanseri olan hastaların duygusal fonksiyonlarının endometrium, over ve meme kanseri olan hastalara göre daha kötü olduğu belirtilmektedir. Greimel ve arkadaşlarının (2002) meme, over, serviks ve endometrium kanseri olan hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada ise, ilk tedaviden 3-6 ay ve bir yıl sonrasındaki değerlendirmelerde endometrium kanseri olan hastaların duygusal fonksiyonlarının over ve serviks kanseri olan hastalara göre daha iyi olduğu belirtilmektedir. Ancak aynı çalışmada, hastaların tıbbi tanısı ile duygusal fonksiyonları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır.*

*Bu çalışmada, "dördüncü evrede" olan hastaların rol ve sosyal fonksiyonlarının diğer evrelerde olan hastalara göre daha iyi olduğu belirlendi ( $F=4,402$ ,  $p=0,005$ ;  $F=3,201$ ,  $p=0,025$ ) (Bkz. çizelge 3.2.2.4.). Bir çok çalışmada, hastalık evresinin hastaların fiziksel, sosyal ve duygusal fonksiyonlarını etkilemediği belirtilmektedir (Bodurka-Bevers ve ark., 2000; Özaras, 2009; Üstündağ, 2013). Lutgendorf ve arkadaşlarının (2000) jinekolojik kanserli kadınların yaşam kalitesini ve ruh hallerini değerlendirdiği çalışmada ise, sadece cerrahi tedavi alıp üzerinden en az bir yıl geçmiş erken evre hastalığı olan kadınlarla en az bir yıldır kemoterapi tedavisi devam eden ileri evre hastalığı olan kadınlar kıyaslanmış ve ileri evre kadınların duygusal, fiziksel ve fonksiyonel iyilik hallerinde daha fazla bozulma olduğu, sosyal iyilik hallerinin ise erken evrede olan hastalardan farklı olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, ileri evrede olan hastaların tedaviden daha olumsuz etkilendiği görülürken, sosyal ilişkilerinde ve sosyal yaşantısında bozulma olmadığına şaşırtıcı olduğu bildirilmektedir. Bu sonucun, hastaların yaşam sürecinin azaldığını düşünerek ailesi ve yakınlarıyla daha fazla zaman geçirmek istemesinden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Araştırmamız sonucunda elde edilen bu bulgunun,*

benzer şekilde ileri evrede olan hastaların rol ve sorumluluklarını yerine getirmek istemesi, ailesi ve yakınlarıyla birlikte olmak istemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

*Bu çalışmada, “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların fiziksel fonksiyonlarının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha iyi olduğu saptandı (F=2,699, p=0,023) (Bkz. çizelge 3.2.2.4.). Ancak, Frumovitz ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, “radyoterapi” alan hastaların fiziksel iyilik hallerinin “cerrahi tedavi” alan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Greimel ve arkadaşlarının (2009) serviks kanseri hastalar üzerindeki çalışmasında, sadece “cerrahi tedavi” ve “cerrahi+kemoterapi” tedavisi gören hastaların “cerrahi+radyoterapi” tedavisi gören hastalara göre fiziksel fonksiyonlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Lutgendorf ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da ileri evre kadınların kombine cerrahi ve kemoterapi tedavisi görmesinin fiziksel iyilik hallerini etkilediği belirtilmektedir. Görüldüğü gibi özellikle radyoterapi tedavisi ve kombine tedaviler hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Araştırmamız sonucunda elde edilen bu bulgunun ise örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.*

*Bu çalışmada, “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarının diğer gruplara göre daha kötü olduğu, “yedi kür ve üzeri” kemoterapi tedavisi alan hastaların ise duygusal fonksiyonlarının diğer gruplara göre daha iyi olduğu belirlendi (F=2,933, p=0,011; F=3,274, p=0,005; F=2,565, p=0,023) (Bkz. Çizelge 3.2.2.4. Devam). Literatürde kemoterapi kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin etkilendiğini, duygusal ve sosyal fonksiyonların daha kötü olduğunu belirten çalışmalar yer almaktadır (Carter ve ark., 1997; Bodurka-Bevers ve ark., 2000; Le ve ark., 2003; Yeşilbalkan ve ark., 2005). Bir çok çalışmada da kemoterapi kür sayısının artmasının hastanın fiziksel fonksiyonlarını, sosyal, fonksiyonel ve genel iyilik hallerini ve yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmektedir (Carter ve ark., 1997; Le ve ark., 2003; Zhao ve ark., 2003). Araştırmamız sonucunda bulunan bu bulgunun örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.*

*Bu çalışmada, tedavisi bitip “kontrollere gelen” hastaların “kemoterapi alan” ve “ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastalara göre fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonlarının daha kötü olduğu saptandı (F=11,990, p=0,0001; F=7,439, p=0,001; F=4,902, p=0,009) (Bkz. çizelge 3.2.2.4. Devam). Bulgumuzdan farklı olarak, Bodurka-Bevers ve arkadaşlarının (2000) over kanseri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, tedavisi bitip kontrollere gelen hastaların aktif tedavi gören hastalara göre duygusal ve fonksiyonel iyilik halinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Ancak, aynı çalışmada, tedavisi biten ve devam eden hastaların fiziksel ve sosyal iyilik halleri arasında fark olmadığı bildirilmektedir. Pınar ve arkadaşlarının (2008) jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ise halen tedavi alma durumunun hastanın fonksiyonel durumunu etkilemediği belirtilmektedir. Ulaşılan bu sonucun örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.*

#### **4.2.2.3. EORTC QLQ-C30’un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarının Tartışılması**

*Çizelge 3.2.2.5b.’de de görüldüğü gibi, “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların diğer tedavileri alan hastalara göre daha fazla diare olduğu belirlendi ( $X^2=13,105$ ,  $p=0,022$ ). Benzer şekilde, Cull ve arkadaşlarının (1993) erken evre serviks kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, radyoterapi tedavisi alan hastaların ameliyat olan hastalara göre daha fazla diare olduğu saptanmıştır. Lutgendorf ve arkadaşları (2000) da benzer olarak, kemoterapi tedavisi devam eden ileri evre hastaların erken evre cerrahi tedavi alan hastalara göre daha fazla gastrointestinal sorun yaşadığını belirtmektedir. Bulgumuzdan farklı olarak, Greimel ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise, “cerrahi”, “cerrahi+kemoterapi” ve “cerrahi+radyoterapi” tedavisi gören hastaların diare alt boyut puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır.*

*Bu çalışmada, “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların diğer kür sayılarına sahip hastalara göre daha az yorgunluk yaşadığı; “iki” ve “altı” kür kemoterapi tedavisi alan hastaların diğerlerine göre daha az iştahsızlık yaşadığı belirlendi (F=2,754, p=0,015; F=3,080, p=0,008) (Bkz. Çizelge 3.2.2.5a. Devam).*

Kemoterapi kür sayısı ile iştahsızlık ve yorgunluk alt boyut puanları arasında doğru orantılı bir artış olmadığı görülmektedir. Bu konuda, Carter ve arkadaşlarının (1997) jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, kemoterapi kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinde önemli değişiklikler olduğu belirtilse de yaşam kalitesi ortalamasının sabit kaldığı saptanmıştır. Lakusta ve arkadaşlarının (2001) kemoterapi tedavisi alan over kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise yeni tanı alan hastaların kemoterapi kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin de düştüğü belirtilmektedir.

*Bu çalışmada, kemoterapi ilaçlarından “diğer” grubundaki ilaçları alan hastaların daha fazla iştahsızlık yaşadığı (Bkz. Çizelge 3.4.5a. Devam); “Taxol+Carboplatin” alan hastaların ise diğer ilaçları alan hastalara göre daha az diare yaşadığı (Bkz. Çizelge 3.2.2.5b. Devam) saptandı (F=4,631, p=0,012; X<sup>2</sup>=7,519, p=0,023). Bulgumuzla benzer şekilde, Lakusta ve arkadaşlarının (2001) over kanserli hastalar üzerindeki çalışmasında, “Carboplatin” alan hastalarda “Cisplatin” alan hastalara göre daha az iştahsızlık, bulantı, diare olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Bois ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da, Carboplatin ve Paklitaksel alan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ve yaşanan semptomların daha az olduğu belirtilmektedir. Le ve arkadaşlarının (2003) over kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, cerrahi tedavisi sonrası “Carboplatin+Taxol” alan hastaların “Carboplatin+Siklofosfamid” alan hastalara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Farklı olarak, McGuire ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında ise, gastrointestinal semptomlar açısından “Cisplatin+Siklofosfamid” alan hastalar ile “Cisplatin+Paklitaksel” alan hastalar arasında fark olmadığı belirtilmektedir.*

*Bu çalışmada, tedavisi bitip “kontrollere gelen” hastaların daha az yorgunluk (F=7,442, p=0,001), bulantı-kusma (F=24,424, p=0,0001), dispne (X<sup>2</sup>=6,645, p=0,036) ve iştahsızlık (F=4,579, p=0,012) yaşadığı saptandı (Bkz. Çizelge 3.2.2.5a. Devam). “Ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastaların ise daha fazla maddi zorluk yaşadığı belirlendi (F=4,935, p=0,008) (Bkz. Çizelge 3.2.2.5b. Devam). Bulgumuzla benzer şekilde, Chie ve arkadaşlarının (2010) over kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, tedavisi biten hastaların cerrahi tedavi sonrası*

kemoterapi tedavisi devam eden hastalara göre daha az abdominal ve gastrointestinal sorunlar ile daha az yorgunluk ve bulantı-kusma gibi yan etkiler yaşadığı saptanmıştır. Bulgumuzdan farklı olarak, Matulonis ve arkadaşlarının (2008) sadece kemoterapi tedavisi gören over kanserli hastaları içeren çalışmasında, tedavisi biten hastaların %17'sinin hala uykusuzluk ve yorgunluk yaşadığı belirtilmektedir.

*Bu çalışmada, kanser dışında diyabeti olan hastaların diğer hastalıkları olan hastalara göre daha çok diare sorunu yaşadığı belirlendi ( $X^2=8,948$ ,  $p=0,03$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.2.5b. Devam).* Bu konuda Feldman ve Schiller (1983)'in 136 diyabet hastası üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %22'sinin diare sorunu yaşadığı saptanmıştır. Diyabeti olan hastalarda, bu durumun hastanın kullandığı insülin ve ilaçlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Davidson, 2000).

#### **4.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Tartışılması**

*Bu çalışmada, hastaların depresyon puanlarının ortalama  $12,93 \pm 7,06$  (Min:0, Max:41) olduğu saptandı.* Hisli (1989), 10-16 arasındaki depresyon puanlarına sahip hastaların hafif depresyonda olduğunu bildirmektedir. Ulaşılan bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Suzuki ve arkadaşlarının (2011) jinekolojik kanser hastalarını içeren çalışmasında, hastaların %55,1'inin anksiyete ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir. Kim ve arkadaşlarının (2010) serviks kanseri olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, depresyon düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir. Ell ve arkadaşlarının (2005) meme ve jinekolojik kanser türlerini içeren (n=472) çalışmasında ise, hastaların %62'sinin orta şiddette depresif olduğu saptanmıştır.

*Çizelge 3.2.3.1.'de de görüldüğü gibi hastaların eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi ve soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumunun depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ).* Literatürde yer alan çalışmalarda da bulgumuzla benzer şekilde, hastaların eğitim düzeyinin ve mesleğinin depresyon düzeylerini

etkilemediği belirtilmektedir (Bodurka-Bevers ve ark., 2000; Ell ve ark., 2005; Kutlu ve ark., 2011). Ancak, Kim ve arkadaşları (2010) serviks kanseri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, düşük düzeydeki gelir ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğunu bildirmektedir.

*Çizelge 3.2.3.1.'de de görüldüğü gibi, menopozda olan hastaların depresyon düzeyinin ( $\bar{x}=13,18\pm7,06$ ) menopoza girmemiş olan hastalardan ( $\bar{x}=7\pm1,71$ ) daha yüksek olduğu belirlendi ( $U=200, p=0,026$ ). Bu konuda, Frumovitz ve arkadaşlarının (2005) serviks kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, menopoz ile hastaların depresyon düzeyleri arasında ilişki olmadığı belirtilirken; yapılan diğer çalışmalarda bulgumuzla benzer şekilde menopoz ile depresyon arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Biesseling ve ark., 2009; Kim ve ark., 2010). Post-menopozal dönemde östrojenin azalmasına bağlı olarak kadınlar sıcak basmaları, uykusuzluk, gece terlemeleri, eklem ağrıları, yorgunluk, cinsel isteksizlik gibi sorunlar yaşamaktadır ve bu durumun kadında depresyona yol açtığı belirtilmektedir (Mitchell, 2007).*

*Çizelge 3.2.3.2.'de de görüldüğü gibi, hastaların tıbbi tanılarının depresyon düzeyini etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ). Bizim bulgumuzla aynı şekilde, Petersen ve arkadaşlarının (2005) jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların tıbbi tanıları ile depresyon düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bulgumuzdan farklı olarak, yapılan bir çalışmada over kanseri olan hastaların depresyon düzeyi, endometriyum ve serviks kanseri olan hastalara göre daha düşük bulunmuştur (Molassiotis ve ark., 2000). Bodurka-Bevers ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında ise, over kanseri olan hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Ell ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise, meme kanseri olan hastaların jinekolojik kanser türlerine sahip hastalardan daha depresif olduğu belirtilmektedir.*

*Bu çalışmada, “dördüncü evrede” olan hastaların depresyon düzeyinin diğer evrelerde olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi ( $F=4,226, p=0,007$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.3.2.). Bulgumuzla benzer şekilde, Groot ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, ileri evrede olan serviks kanseri hastaların ve partnerlerinin erken*

evredeki hasta ve partnerine göre daha fazla endişe ve stress yaşadığı bildirilmektedir. Literatürde hastalık evresinin depresyon düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalar da yer almaktadır (Bodurka-Bevers ve ark., 2000; Lutgendorf ve ark., 2000; Petersen ve Quillivan, 2002; Frumovitz ve ark., 2005).

*Bu çalışmada, “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların depresyon düzeyinin ( $\bar{x}=22\pm12,08$ ) sadece “ameliyat” olan ve “ameliyat+kemoterapi” tedavisi alan hastalardan ( $\bar{x}=10\pm6,75$ ,  $\bar{x}=12,64\pm6,79$ ) daha yüksek olduğu saptandı ( $F=2,506$ ,  $P=0,033$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.3.2. Devam). Bulgumuz ile benzer şekilde, Frumovitz ve arkadaşlarının (2005) serviks kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, radyoterapi tedavisi alan hastaların, cerrahi tedavi alanlara göre daha fazla somatizasyon, anksiyete ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir. Bulgumuzdan farklı olarak, Lutgendorf ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, “cerrahi+radyoterapi” tedavisi alan hastalar ile “sadece cerrahi tedavi” alan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Miranda ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, kemoterapi tedavisinin hastaların depresyon düzeyini etkilemediği belirtilmektedir. Aynı şekilde, Kim ve arkadaşları (2010) ile Petersen ve Quillivan (2002)’in çalışmasında da cerrahi tedavi sonrası alınan adjuvan tedavinin depresyon düzeyini etkilemediği bildirilmektedir.*

*Bu çalışmada, “altı kür” kemoterapi tedavisi alan, tedavisi bitip kontrollere gelen ve kanser dışında herhangi bir hastalığı olmayanların depresyon düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı ( $F=2,361$ ,  $p=0,034$ ;  $F=5,809$ ,  $p=0,004$ ;  $t=2,198$ ,  $p=0,03$ ) (Bkz. Çizelge 3.2.3.2. Devam). Bu konuda literatürde yer alan çalışmalar ile bulgumuz arasında benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Bodurka-Bevers ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kemoterapi kür sayısı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı ve tedavisi bitip kontrollere gelen hastaların depresyon düzeylerinin aktif tedavi alan hastalara göre daha düşük olduğu belirtilse de, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde, Groot ve arkadaşları (2005) da tedavisi üzerinden en az bir yıl geçen serviks kanseri hastaların tedavi başlangıcına göre endişe ve stres düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmektedir. Ell ve arkadaşlarının (2005) meme ve jinekolojik kanser türlerini içeren hastalar üzerindeki çalışmasında, kanser dışında artriti olanların*

depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Ancak, Ateşçi ve arkadaşları (2003) kanser dışında ek bir rahatsızlık ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olmadığını bildirmektedir.

*Çizelge 3.2.3.3.'te de görüldüğü gibi, hastaların yaşı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı belirlendi ( $r=0,281$ ,  $p=0,0001$ ). Literatürde yaş arttıkça depresyon düzeyinin de arttığını gösteren çalışmalar yer almaktadır (Gil ve Gilbar, 2001; Kim ve ark., 2010). Ancak, Bodurka-Bevers ve arkadaşlarının (2000) over kanseri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, Ell ve arkadaşlarının (2005) meme ve jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, 50 yaşın altındaki hastaların depresyon düzeyleri 50 yaşın üstündekilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bir çok çalışmada da hastaların yaşı ile depresyon düzeyleri arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir (Cull ve ark., 1993; Petersen ve Quillivan, 2002; Frumovitz ve ark., 2005; Kutlu ve ark., 2011).*

#### **4.2.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Tartışılması**

*Hastaların umutsuzluk puanlarının ortalama  $5,06\pm 3,92$  (Min:1, Max:19) olduğu saptandı. Böylece, hastaların umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu belirlendi. Benzer şekilde, Durak ve Palabıyıkoglu (1993)'nun çalışmasında, kanser hastalarının umutsuzluk puan ortalamasının  $5,74\pm 3,21$  olduğu belirtilmektedir. Vellone ve arkadaşlarının (2006) genel kanser türüne sahip hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların orta düzeyde umudu olduğu belirtilmektedir. Pehlivan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da umutsuzluk düzeyi düşük bulunmuştur ( $6,8\pm 0,4$ ).*

*Çizelge 3.2.4.1.'de de görüldüğü gibi, hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi, soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu ve menopoza gibi tanıtıcı özelliklerinin umutsuzluk düzeyini etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde Vellone ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, hastaların eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi ile umut düzeyleri arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir. Pehlivan ve arkadaşları*

(2011) soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların umutsuzluk düzeyinin soy geçmişinde kanser öyküsü olmayanlardan farklı olmadığını, yüksek eğitim düzeyindeki hastaların umutsuzluk düzeyinin ise daha düşük olduğunu saptamıştır.

*Çizelge 3.2.4.2.'de de görüldüğü gibi, hastaların tıbbi tanısı, hücre evrelendirmesi, tedavi türü, ameliyat türü, kemoterapi kür sayısı, kemoterapi ilaçları, şu an aldığı tedavi, başka hastalık öyküsü olma durumu ve kanser dışındaki hastalık gibi tıbbi özelliklerinin umutsuzluk düzeyini etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde, Vellone ve arkadaşlarının (2006) metastaz durumu, tedavi türü, tanı üzerinden geçen süre ile umutsuzluk arasında; Pehlivan ve arkadaşları (2011) hastaların tıbbi tanıları, tedavi türleri ile umut düzeyleri arasında ilişki olmadığını bildirmektedir. Sanatani ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da palyatif ve küratif tedavi alan hastaların umut düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Gil ve Gilbar (2001) da tanı ve tedavi türünün umutsuzluğu etkilemediğini belirtmektedir. Farklı olarak, Lutgendorf ve arkadaşlarının (2000) jinekolojik kanser türünü içeren çalışmasında, ileri evrede olan hastaların ölüme yönelik daha çok endişe ve korku yaşadığı, hastalıkla savaşıma umudunu kaybettiği belirtilmektedir. Gil ve Gilbar (2001)'in jinekolojik kanser türünü de içeren genel kanser türüne sahip hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da, hastalık evresi ile umutsuzluk arasında ilişki olduğu bildirilmektedir.*

*Çizelge 3.2.4.3.'te de görüldüğü gibi, hastaların yaşı arttıkça umutsuzluk düzeylerinin de arttığı saptandı ( $r=0,213$ ,  $p=0,009$ ). Bulgumuza benzer şekilde, Vellone ve arkadaşlarının (2006), Gil ve Gilbar (2001)'in çalışmasında yaş ile umutsuzluk arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Literatürde hastaların yaşı ile umut düzeyleri arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da yer almaktadır (Benzein ve Berg, 2005; Pehlivan ve ark., 2011).*

*Çizelge 3.2.4.4.'te de görüldüğü gibi, hastaların umutsuzluk düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı saptandı ( $r=0,650$ ,  $p=0,0001$ ). Bu konuda literatürde yer alan çalışmalarda da umutsuzluk arttıkça depresyonun da arttığı belirtilmektedir (Seber ve ark., 1991, Durak ve Palabıyıkoglu, 1993; Gil ve Gilbar, 2001; Vellone ve ark., 2006).*

## 5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

“Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın (Sexuality Scale, Zeng ve ark., 2012) Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 150 hastadan elde edilen veriler doğrultusunda ulaşılan sonuçlar iki bölüm şeklinde sunuldu.

### 5.1. BİRİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerine ve Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin sonuçlara yer verildi.

#### 5.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılan hastaların ortalama  $52,19 \pm 8,08$  yaşında olduğu belirlendi. Hastaların %52’sinin ilkökul mezunu, %84,7’sinin ev hanımı olduğu, %70’inin İç Anadolu Bölgesi’nde doğduğu, %65,3’ünün gelirinin giderine eşit olduğu saptandı. Aynı hastaların %47,3’ünün soy geçmişinde kanser öyküsü bulunduğu, hastaların çoğunluğunun (%64,7) Ankara’da yaşadığı ve %96’sının menopozda olduğu saptandı (Çizelge 3.1.1.1.).

Çalışmaya katılan hastaların %66’sının over, %21,3’ünün endometriyum, %12,7’sinin serviks kanseri tanısı ile izlendiği ve %64’ünün “üçüncü evrede”, %8,7’sinin “dördüncü evrede” olduğu belirlendi. Tedavi türleri incelendiğinde, hastaların %67,3’ünün “ameliyat+kemoterapi” tedavisi aldığı saptandı. Hastaların çoğunluğunun (%87,1) “TAH+BSO+BLND+Omentektomi+Apendektomi” ameliyatı olduğu, %71,4’ünün “ERT+IRT” tedavisi ve %38,9’unun “altı kür” kemoterapi tedavisi aldığı belirlendi. Hastaların büyük çoğunluğunun (%76,2) kemoterapi ilacı olarak “Taxol + Carboplatin” aldığı saptandı. Hastaların %52’sinin kontrollere

geldiği, %40,7'sinin kemoterapi tedavisini sürdürdüğü, %7,3'ünün ameliyat/tekrar ameliyat için klinikte yattığı belirlendi (Çizelge 3.1.1.2.).

Araştırmaya katılan hastalardan %66'sının cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorusunun olduğu ve bunların %28,3'ünün var olan sorularını doktora, %14,1'inin hemşireye sorduğu belirlendi (Çizelge 3.1.1.3.). Cinselliğe yönelik soruları olup kimseye sormayan hastaların %52,7'sinin bu konuyu konuşmakta kendini rahat hissetmediği için sorularını dile getirmediği belirlendi (Çizelge 3.1.1.4.). Çalışmaya katılan hastalar tanı öncesi ile sonrası cinsel yaşamlarını karşılaştırdığında; %28,7'si cinsel isteğinde, %39,3'ü cinsel birleşme sıklığında ve %25,3'ü cinsel ilişki kalitesinde “çok” değişiklik olduğunu belirtti (Çizelge 3.1.1.5.).

### **5.1.2. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası'nın Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar**

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın geçerlik çalışmasında; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelendi. Seks Ölçüm Skalası' nın dil geçerliği için İngilizce'den Türkçe'ye, Türkçe'den İngilizce'ye çeviri yöntemi kullanıldı. Kapsam geçerliğini belirlemek için uzman görüşüne başvuruldu. Yapı geçerliği için Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri uygulandı.

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda ölçeğin dört faktörden oluştuğu belirlendi. Faktör 1'in yük değerlerinin 0,359-0,815; faktör 2'nin yük değerlerinin 0,540-0,771; faktör 3'ün yük değerlerinin 0,454-0,741; faktör 4'ün yük değerlerinin ise 0,556-0,839 arasında değişen değerlere sahip olduğu saptandı. Analiz sonucunda ortaya çıkan dört faktörün ölçeğe ait varyansın %58,62'sini açıkladığı saptandı (Çizelge 3.1.2.1.). Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda;  $\chi^2 / sd$  değerinin 1,63 ile iyi uyuma sahip olduğu, RMSEA=0,065, SRMR=0,084, NFI=0,89, NNFI=0,95, CFI=0,95, GFI=0,88 ve AGFI=0,83 değerleri ile kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu belirlendi (Çizelge 3.1.2.3.).

Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik aşamasında ölçeğin iç tutarlığı ve zamana göre değişmezliği belirlendi. Vücut şekli alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,76; rol ve ilişki sorunları alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,68; cinsel eylemler alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,71; cinsel fonksiyon alt boyutu Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,82 ve ölçeğin toplam Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,72 olduğu saptandı (Çizelge 3.1.2.4.). Seks Ölçüm Skalası uygulandıktan 14 gün sonra 40 kişiye ikinci kez uygulandı. Skalanın ilk uygulanmasından alınan puanlar ile tekrar uygulanmasından alınan puanlar arasında pozitif yönde, çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı ( $p=0,0001$ ) (Çizelge 3.1.2.5.). Sonuç olarak, Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası' nın Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi.

## 5.2. İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde; Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası, EORTC QLQ-C30, BDE ve BUÖ ile elde edilen sonuçlara yer verildi.

### 5.2.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada, lisans mezunu olan hastalar ( $F=3,587$ ,  $p=0,008$ ,  $p=0,029$ ) ile menopozda olan hastaların ( $U=159$ ,  $p=0,008$ ) cinsel eylemlerinde; memur olan hastaların ise cinsel fonksiyonlarında ( $F=3,138$ ,  $p=0,046$ ,  $p=0,048$ ) diğer gruplara göre daha fazla bozulma olduğu saptandı (Çizelge 3.2.1.1.).

Bu çalışmada, serviks kanseri olan hastaların cinsel fonksiyonlarında daha fazla bozulma olduğu ( $X^2=17,860$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ) saptandı. Birinci evrede olan hastaların diğer evrelerde olan hastalara göre ise daha iyi vücut şekline sahip olduğu belirlendi ( $F=3,913$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,015$ ). Sadece “kemoterapi” tedavisi alanların ve sadece “ameliyat” olanların cinsel fonksiyonlarının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha iyi olduğu saptandı ( $X^2=21,312$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,002$ ,

p=0,002). Kemoterapi ilaçlarından “Cisplatin” alan hastaların cinsel fonksiyonlarının diğer ilaçları alan hastalara göre daha kötü olduğu (F=7,071, p=0,001, p=0,002); tedavisi bitip “kontrollere gelen” hastaların ise “kemoterapi alan” ve “ameliyat/tekrar ameliyat olacak” olan hastalara göre daha iyi vücut şekline sahip olduğu belirlendi (F=4,709, p=0,01, p=0,002) (Çizelge 3.2.1.3.).

## **5.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar**

### **5.2.2.1. EORTC QLQ-C30’un Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar**

Bu çalışmada, geliri giderinden fazla olan hastaların genel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi ( $X^2=9,308$ , p=0,01; p=0,015) (Çizelge 3.2.2.1.). Endometrium kanseri olan hastaların, over ve serviks kanseri olan hastalara göre genel yaşam kalitesinin daha yüksek (F=1,043, p=0,020, p=0,026); dördüncü evrede olan hastaların ise genel yaşam kalitesinin diğer evrelerde olan hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi (F=3,601, p=0,015, p=0,017) (Çizelge 3.2.2.2.).

### **5.2.2.2. EORTC QLQ-C30’un Fonksiyonel İşlevler Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar**

Bu çalışmada, endometrium kanseri olan hastaların duygusal fonksiyonlarının over ve serviks kanseri olan hastalara göre daha kötü olduğu ( $X^2=6,367$ , p=0,041, p=0,027); dördüncü evrede olan hastaların rol ve sosyal fonksiyonlarının diğer evrelerde olan hastalara göre (F=4,402, p=0,005, p=0,008; F=3,201, p=0,025, p=0,036); “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların ise fiziksel fonksiyonlarının diğer tedavi türlerini alan hastalara göre daha iyi olduğu belirlendi (F=2,699, p=0,023, p=0,019) (F=2,565, p=0,023, p=0,041) (Çizelge 3.2.2.4.).

### **5.2.2.3. EORTC QLQ-C30'un Semptom Skalası Alt Boyut Puanlarına İlişkin Sonuçlar**

Bu çalışmada, “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların diğer tedavileri alan hastalara göre daha fazla diare olduğu ( $X^2=13,105$ ,  $p=0,022$ ,  $p=0,004$ ) (Çizelge 3.2.2.5b.); “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların diğer kür sayılarına sahip hastalara göre daha az yorgunluk yaşadığı belirlendi ( $F=2,754$ ,  $p=0,015$ ,  $p=0,019$ ) (Çizelge 3.2.2.5a.). Kemoterapi ilaçlarından “diğer” grubundaki ilaçları alan hastaların daha fazla iştahsızlık ( $F=4,631$ ,  $p=0,012$ ,  $p=0,011$ ) (Çizelge 3.2.2.5a.); “Taxol+Carboplatin” alan hastaların ise diğer ilaçları alan hastalara göre daha az diare yaşadığı saptandı ( $X^2=7,519$ ,  $p=0,023$ ,  $p=0,021$ ) (Çizelge 3.2.2.5b.).

### **5.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar**

Bu çalışmada, hastaların eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumunun depresyon düzeyini etkilemediği belirlendi ( $p>0,05$ ). Menopozda olan hastaların depresyon düzeyinin menopoza girmemiş olan hastalardan daha yüksek olduğu saptandı ( $U=200$ ,  $p=0,026$ ) (Çizelge 3.2.3.1.). “Dördüncü evrede” olan hastaların ( $F=4,226$ ,  $p=0,007$ ,  $p=0,003$ ) depresyon düzeyinin diğer evrelerde olan hastalardan; “radyoterapi+kemoterapi” tedavisi alan hastaların ( $F=2,506$ ,  $P=0,033$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,041$ ) depresyon düzeyinin sadece “ameliyat” olan ve “ameliyat+kemoterapi” tedavisi alan hastalardan daha yüksek; “altı kür” kemoterapi tedavisi alan hastaların ( $F=2,361$ ,  $p=0,034$ ,  $p=0,009$ ), tedavisi bitip kontrollere gelen hastaların ( $F=5,809$ ,  $p=0,004$ ,  $p=0,004$ ) ve kanser dışında herhangi bir hastalığı olmayanların ( $t=2,198$ ,  $p=0,03$ ) depresyon düzeyinin ise diğer gruplardan daha düşük olduğu saptandı (Çizelge 3.2.3.2.).

#### 5.2.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada, hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi, soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumu ve menopoz gibi tanıtıcı özellikleri (Çizelge 3.2.4.1.) ile tıbbi tanısı, hücre evrelendirmesi, tedavi türü, ameliyat türü, kemoterapi kür sayısı, kemoterapi ilaçları, şu an aldığı tedavi, başka hastalık öyküsü olma durumu ve kanser dışındaki hastalık gibi tıbbi özelliklerinin umutsuzluk düzeyini etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Çizelge 3.2.4.2.).

#### 5.3. Öneriler

“Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın (Sexuality Scale, Zeng ve ark., 2012) Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Jinekolojik kanser hastalarının cinsel yaşamında oluşabilecek değişikliklere yönelik sorularını dile getirmediği göz önüne alındığında; sağlık profesyonellerinin dile gelmesi zor ve hasta için mahrem olan bu konu hakkında hasta ya da partnerinden mutlaka bilgi edinmesi ve bu bilgiyi bakımına entegre etmesi,
- Hastaların büyük çoğunluğunun cinsel yaşamlarına yönelik sorularını sormada doktoru tercih ettiği göz önüne alınırsa, hemşirelerin hasta ile en fazla zaman geçiren sağlık profesyoneli olarak bu konuda daha aktif bir rol alması için kurumlarda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hastaların tedavi süreçleri boyunca cinsel yaşamlarındaki değişimlerden dolayı takip edilmesi, bu değişimlerin kayıt altında tutulması, hastaların bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve ihtiyaç olan konularda hasta/partnerine gerekli bilginin verilmesi,

- Hemşirelerin hastalarının cinsel yaşamı hakkında yaptığı görüşmede var olan bilgi ve becerilerini kullanması,
- Hastaların cinsel yaşamlarını değerlendirmeye yönelik geçerlik ve güvenilirliği yüksek bulunan ölçeklerin kliniklerde kullanılması,
- Kansere hastasına bakım veren hemşirelerin hastaların duygusal değişimlerini yakından izlemesi ve hastalarına psikolojik destek sağlaması,
- Hastaların cinsel yaşamını, yaşam kalitesini, umutsuzluk ve depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin farklı olması nedeniyle bakım verirken hastaların bireysel farklılıklarının göz önünde bulundurulması,
- Cinsel yaşamı etkileyen faktörleri belirlemek ve “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nı Türk diline uyarlayarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak için daha geniş kitle ve merkezlerde çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## ÖZET

### Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Tanımlayıcı, kesitsel ve metodolojik nitelikte olan bu çalışma, “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası”nın Türk diline uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve jinekolojik kanselerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma, Ankara’da bulunan iki üniversite hastanesi ve bir devlet hastanesinde 04/04/2013-14/02/2014 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın örneklemini: primer tanısı; over, endometrium, serviks, vulva, vajina ve tuba kanseri olan, 18 yaşından büyük, cinsel yönden aktif, ilk tedavisi tamamlanmış, terminal dönemde olmayan, okuma yazma bilen, anket doldurmasına engel nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan 150 hasta oluşturdu. Araştırma için Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan onay ve ilgili kurumlardan yazılı izin alındı. Ayrıca, “Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nın” kullanımı için ölçeği geliştirenlerden izin alındı.

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından hasta için hazırlanan yarı yapılandırılmış bir anket formu ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği-30, Beck Depresyon Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası kullanılarak toplandı. İstatistiksel analizlerde parametrik testlerden; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (*t* testi), tek yönlü varyans analizi-one way ANOVA, Tukey HSD testi; non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi, Kruskall Wallis varyans analizi ve Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulandı. Çeşitli değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini saptamak için korelasyon analizi yapıldı. Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nın geçerlik analizlerinde; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelendi. Güvenirlik analizinde ise; iç tutarlık ve zamana göre değişmezlik belirlendi. Dil geçerliği için İngilizce’den Türkçe’ye ve Türkçe’den İngilizce’ye çeviri; kapsam geçerliliği için uzman görüşü alma; yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanıldı. İç tutarlık Cronbach  $\alpha$  katsayısı ile; zamana göre değişmezliğin belirlenmesinde kullanılan test-tekrar test yöntemi Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplandı.

Çalışmaya katılan hastaların %52’sinin ilkökul mezunu, %84,7’sinin ev hanımı, %65,3’ünün gelirin giderine eşit olduğu saptandı. Hastaların %66’sının over, %21,3’ünün endometrium, %12,7’sinin serviks kanseri tanısı ile izlendiği ve %64’ünün “üçüncü evrede”, %8,7’sinin “dördüncü evrede” olduğu belirlendi. Tedavi türleri incelendiğinde, hastaların %67,3’ünün “ameliyat+kemoterapi” tedavisi aldığı saptandı.

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin 0,359-0,839 arasında değişen yük değerlerine sahip dört faktörden oluştuğu ve bu dört faktörün de ölçeğe ait varyansın %58,62’sini açıkladığı belirlendi. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise uyum indekslerinin iyi ve kabul edilebilir düzeyde olduğu saptandı. Vücut şekli, cinsel eylemler ve cinsel fonksiyon alt boyut Cronbach  $\alpha$  katsayısının  $>0,70$ , rol ve ilişki sorunları alt boyut Cronbach  $\alpha$  katsayısının 0,68 olduğu belirlendi. Sonuç olarak, Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası’nın Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı.

Menopozda olan hastaların cinsel eylemlerinde diğer gruplara göre daha fazla azalma olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Serviks kanseri tanısı ile izlenen hastaların endometrium ve over kanseri olan hastalara göre cinsel fonksiyonlarında daha fazla bozulma olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Hastalığı birinci evrede olanların diğer evrelerde olan hastalara göre daha iyi vücut şekline sahip olduğu; sadece “kemoterapi” tedavisi alan ve sadece “ameliyat” olan hastaların ise cinsel fonksiyonlarının diğer gruplardaki hastalardan daha iyi olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Endometrium kanseri olan hastaların over ve serviks kanseri olan hastalara göre genel yaşam kalitesinin daha yüksek; hastalığı dördüncü evrede olanların genel yaşam kalitesinin ise diğer gruplardaki hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Hastaların eğitim durumunun, mesleğinin, tıbbi tanısının, aldığı kemoterapi ilaçlarının ise depresyon ve umutsuzluk düzeyini etkilemediği saptandı ( $p>0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik ölçeği, cinsel yaşam, depresyon, geçerlik, güvenilirlik, jinekolojik kanserler, umutsuzluk, yaşam kalitesi

## SUMMARY

### **Sexual Life in Gynecologic Cancers and Factors Affecting**

We carried out this descriptive, cross-sectional, and methodological study in order to determine validity and reliability of Turkish version of the Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer and understand sexual life and affecting factors in gynecologic cancer.

The study was in two universities and one state hospital in Ankara during April, 4<sup>th</sup>, 2013-February, 2<sup>nd</sup>, 2014. The samples were patients who were older than 18 years, sexually active, their first therapy completed, and their cancer not in terminal phase, literate, neurologically and psychiatrically capable and volunteered to reply the questionnaire. The primer cancer diagnosis was ovarian, endometrial, cervical, vulvar, vaginal and fallopian tube cancer. All 150 patients signed informed consent. The Ethic Committee of Ankara University and other related organizations provided the written approval. In addition, we obtained the permission from the developers of the Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer.

We collected data by a semi-structured questionnaire we prepared, European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Core Questionnaire-30, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale and The Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer. The statistical tests were parametric ones: two independent samples T test (*t* test), one way ANOVA, Tukey HSD test and non-parametric ones: Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis variance analysis and Mann Whitney U test with Bonferroni correction. We checked the relationships among the variables by correlation. We also checked the validity, language validity, content validity, and construct validity for the Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer. We determined internal consistency and time wise consistency for reliability as well. We translated from English to Turkish and from Turkish to English for language validity, obtained the expertise view for content validity, and applied exploratory factor and confirmatory factor analysis for construct validity. We calculated internal consistency by Cronbach's  $\alpha$  and Product-Moment correlation coefficient by test-retest.

Half of the patients (52.0%) were elementary school graduates, 84.7% housewife, 65.3% with an income to cover their expenses. 66.0% had ovary, 21.3% endometrial, 12.7% cervical, 64% in the third phase, and 8.7% in the fourth phase. When therapy types checked, 67.3% had operation+chemotherapy.

Exploratory factor analysis revealed that the scale had four factors ranging between values of 0.359-0.839 and explaining 58.62% of the variance. Confirmatory factor analysis proved that adaptation indices were good and acceptable. Body image, sexual activities, and sexual function sub-size Cronbach  $\alpha$  constant was  $>0.70$ , role and relationship issues sub-size Cronbach  $\alpha$  constant was 0.68. In short, Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer was dependable and reliable for Turkish people.

Menopausal patients had lower sexual activities than other patients ( $p<0.05$ ). Cervical cancer patients had worsened sexual functions than endometrial and ovarian cancer patients ( $p<0.05$ ). Patients in the first phase had better body image than patients in advanced phases; patients with either chemotherapy or operation had better sexual functions ( $p<0.05$ ).

Endometrial cancer patients had better global health status than ovarian and cervical cancer ones. Patients in the fourth phases had the worst global health status than other patients ( $p<0.05$ ). Education, profession, medical diagnoses, and chemotherapy drugs did not affect depression or hopelessness of the patients ( $p>0.05$ ).

**Key words:** Depression, gynecological cancers, hopelessness, life quality, sexuality scale, sexual life, reliability, validity

## KAYNAKLAR

- AARONSON, N.K., AHMEDZAI, S., BERGMAN, B., BULLINGER, M., CULL, A., DUEZ, N.J., FILIBERTI, A., FLECHTNER, H., FLEISHMAN, S.B., DE HAES, J.C.J.M., KAASA, S., KLEE, M., OSOBA, D., RAZAVI, D., ROFE, P.B., SCHRAUB, S., SNEEUW, K., SULLIVAN, M. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, **85**: 366-376
- ABDO, C.H., OLIVEIRA, W.M., MOREIRA, E.D., FIDIPALDI, J.A. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women results of the Brazilian study on sexual behavior. *Intenational Journal of Impotence Research*, **16**: 160-166
- ABRAHAM, J., ALLEGRA, C.J., GULLEY, J. (2009). Klinik Onkoloji El Kitabı. Çev. E.d.: A. Mayadağlı, C. Parlak, İstanbul: Nobel
- ACTON, Q.A. (2013). Endometrial cancer: New insights fort he health care professionals. Atlanta: Scholarly Editions
- ALGIER, L., KAV, S. (2008). Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments. *Turk J Cancer*, **38**: 135-141
- ALPAR, R. (2012). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay yayınları
- ALTIPARMAK, S., FADİLOĞLU, Ç., GÜRSOY, Ş.T., ALTIPARMAK, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, **50**: 95-102
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2012). Cancer Facts & Figures 2012. Atlanta: ACS. Erişim: [http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf]. Erişim Tarihi: 19.04.2014
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2013a). Anxiety, fear and depression. Erişim: [http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/emotionalsideeffects/anxietyfearanddepression/index]. Erişim Tarihi: 11.04.2014
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2013b). Radiation therapy principles. Erişim: [http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/radiation/radiationtherapyprinciples/index]. Erişim Tarihi: 19.04.2014
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2013c). Sexuality for the women with cancer. Erişim: [http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/sexualsideeffectsinwomen/sexualityforthewoman/sexuality-for-women-with-cancer]. Erişim Tarihi: 19.04.2014
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2014). Cancer Facts & Figures 2014. Atlanta: ACS. Erişim: [http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf]. Erişim Tarihi: 21.04.2014

- ARBYN, M., CASTELLSAGUE', X., DE SANJOSE', S., BRUNI, L., SARAIYA, M., BRAY, F., FERLAY, J. (2011). Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Annals of Oncology*, **22**: 2675-2686
- ARBYN, M., VAN OYEN, H. (2000). Cervical cancer screening in Belgium. *European Journal of Cancer*, **36**: 2191- 2197
- ASLAN, Ö., SEKMEN, K., KÖMÜRCÜ, Ş., ÖZET, A. (2007). Kanserli hastalarda umut. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**: 18-24
- ATEŞÇİ, F.Ç., OĞUZHANOĞLU, N.K., BALTALARLI, B., KARADAĞ, F., ÖZDEL, O., KARAGÖZ, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **14**: 145-152.
- AUDETTE, C., WATERMAN, J. (2010). The sexual health of women after gynecologic malignancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*, **55**: 357-362
- AYHAN, A. (2008). Malign over tümörleri. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. E.d.: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara: Güneş, s.: 1277-1290
- AYHAN, A., BAŞARAN, A. (2008a). Endometrial karsinom. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. E.d.: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara: Güneş. s.: 1241-1268
- AYHAN, A., BAŞARAN, A. (2008b). İnvaziv vulva kanseri. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. E.d.: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara: Güneş. s.: 1145-1162
- BAL, M.D., YILMAZ, S.D., BEJİ, N.K. (2013). Sexual health in patients with gynecological cancer: A qualitative study. *Sex Disabil.*, **31**: 83-92
- BARRACLOUGH, J. (1999). *Cancer and Emotion: A Practical Guide to Psycho-Oncology*. 3rd Ed. England: Jones and Willey, p.:117
- BENZEIN, E.G., BERG, A.C. (2005). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Paliat Med*, **19**: 234-240
- BERGMARK, K., LUNQVIST, E.A., DICKMAN, P.W., HENNINGSOHN, L., STEINECK, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med*, **340**: 1383-1389
- BERGMARK, K., LUNDQVIST, E.A., DICKMAN, P.W., HENNINGSOHN, L., STEINECK, G. (2002). Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **81**: 443-450
- BODURKA-BEVERS, D., BASEN-ENGQUIST, K., CARMACK, C.L., FITZGERALD, M.A., WOLF, J.K., DE MOOR, C., GERSHENSON, D.M. (2001). Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, **78**: 302-308

- BIFULCO, G., DE ROSA, N., TORNESELLO, M.L., PICCOLI, R., BERTRANDO, A., LAVITOLA, G., MORRA, I., DI SPIEZIO SARDO, A., BUONAGURA, F.M., NAPPI, C. (2011). Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors og gynecology early stage cancers. *Gynecologic Oncology*, **124**: 444-451
- BISSELING, K.C.H.M., CHENNAKESEVAN, S.K., BEKKERS, R.L.M., JANDE, A., OBERMAIR, A. (2009). Depression, anxiety and body image after treatment for invasive stage one epithelial ovarian cancer. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **49**: 660-666
- BOIS, A., LUCK, H.J., MEIER, W., ADAMS, H.P., MOBUS, V., COSTA, S. (2003). A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/pactitaxel as first line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst*, **95**: 1320-1329
- BOURGEOIS-LAW, G., LOTOCKI, R. (1999). Sexuality and gynaecological cancer: a needs assessment. *Can J Hum Sex*, **8**: 231-240
- BUCOVIC,D., RUDAN, I., GORSKI, D. (1996). Psychosexual dysfunction following gynecological tumor surgery. *Coll. Antropol*, **20**: 129-137
- BURNS, M., COSTELLO, J., RYAN-WOOLLEY, B., DAVIDSON, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, **16**: 364-372
- BUTLER, L., BACON, M., CAREY, M., ZEE, B., TU, D., BEZJAK, A. (2004). Determining the relationship between toxicity and quality of life in an ovarian cancer chemotherapy clinical trial. *J Clin Oncol*, **22**: 2461-2468
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Eğitim Yönetimi*, **32**: 470-481.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş., ŞEKERCİOĞLU, G., ÇOKLUK, Ö. (2012). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
- CAN, G., EROL, O., AYDINER, A., TOPUZ, E. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, **13**:287-294
- CANKURTARAN, E.S., ÖZALP, E., ÖZER, S., AKBIYIK, D.I., BOTTOMLEY, A. (2007). Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, **17**: 98-104
- CARDENES, H.R., SCHILDER, J.M., ROTH, L.M. (2009). Vagina. In: *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Ed: R.R. Barakat, M. Markman, M. Randall. China: Lippincott Williams and Wilkins, Chapter 21
- CARTER, J., ROWLAND, K., CHI, D., BROWN, C., ABU-RUSTUM, N., CASTIEL, M., BARAKAT, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related fertility. *Gynecologic Oncology*, **97**: 90-95

- CARTER, J.R., CHEN, M.D., FOWLER, J.M., CARSON, L.F., TWIGGS, L.B. (1997). The effect of prolonged cycles of chemotherapy on quality of life in gynaecologic cancer patients. *J Obstet Gynaecol Res*, **23**: 197-203
- CAVALHEIRO, J.A.C., BITTELBRUNN, A.C.C., MENKE, C.H., BIAZUS, J.V., XAVIER, N.L., CERICATTO, R., SCHUH, F., PINHEIRO, C.V., PASSOS, E.P. (2012). Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with Breast cancer. *BMC Women's Health*, **12**: 1-8
- CELLEK, S., GÜVEL, S. (2004). Kadın cinsel fonksiyon fizyolojisi. İçinde: *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. Ed: A. Kadioğlu, M. Başar, B. Semerci, İ. Orhan, R. Aşçı, M.Ö. Yaman, S. Çayan, M.F. Usta, M. Kendirci. İstanbul: Acar Matbaacılık, s.: 601-609
- CHIE, W.C., LAN, C.Y., CHIANG, C., CHEN, C.A. (2009). Quality of life of patients with ovarian cancer in Taiwan: validation and application of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-OV28. *Psycho-Oncology*, **19**: 782-785
- CORONA G., JANNINI E.A., MAGGI, M. (2006). Inventories for male and female sexual dysfunctions. *International Journal of Impotence Research*, **18**: 236–250
- CULL, A., COWIE, V.J., FARQUHARSON, D.I.M., LIVINGSTONE, J.R.B., SMART, G.E., ELTON, R.A. (1993). Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *Br. J. Cancer*, **68**: 1216-1220
- ÇAYAN, S., AKBAY, E., BOZLU, M., CANPOLAT, B., ACAR, D., ULUSOY, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*, **72**: 52-57
- DAVIDSON, J.K. (2000). Clinical diabetes mellitus: a problem oriented approach. 3rd Ed. New York: 333 Seventh Avenue. p:643
- DECHERNEY, A.H., NATHAN, L., GOODWIN, M., LAUFER, N. (2010). Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavisi. 10. Baskı. Çev. E.d.: B. Tıraş. Ankara: Güneş.
- DEDE, Y., YAMAN, S. (2008). Fen öğrenmeye yönelik motivasyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, **2**: 19-37
- DEFRANK, J.T., MEHTA, C.B., STEIN, K.D., BAKER, F. (2007). Body dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, **34**: E36-E41
- DEMERS, D.T. (2001). Intimacy Issues: Sexuality, Fertility and Relationships. *Seminars in Oncology Nursing*, **17**:4: 255-262
- DENTON, A.S., MAHER, J. (2012). Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy (Review). *The Cochrane Library*, **8**: 1-31
- DIZON, D.S., CAMPOS, S.M. (2010). Dx/Rx: Gynecologic Cancer. Ed.: M. A. Shah. Canada: Jones and Bartlett.
- DİLBAZ, N., SEBER, G. (1993) Umutsuzluk kavramı: depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, **1**: 134-138

- DOMAR, A.D., ZUTTERMEISTER, P.C., FRIEDMAN, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, **14**: 45-52
- DONOVAN, K.A., TALIAFERRO, L.A., ALVAREZ, E.M., JACOBSEN, P.B., ROETZHEIM, R.G., WENHAM, R.M. (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology*, **104**: 428-434
- DOW, K.H., MELANCON, C.H. (1997). Quality of life in women with ovarian cancer. *Western Journal of Nursing Research*, **19**: 334-350
- DUNLEAVEY, R. (2009). *Cervical Cancer: A Guide for Nurses*. UK: John Wiley and Sons
- DURAK, A., PALABIYIKOĞLU, R. (1993). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, **2**: 311-319
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2008). Dünya Sağlık Örgütü Uluslar Arası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu 2008. E.d.: P. Boyle, B. Levin. Fransa: Naturoprint. Erişim: [<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/97892832004237-tur-p1-104.pdf>]. Erişim Tarihi: 30.05.2014
- EIFEL, P.J., BURKE, T.W. (2006). Contemporary Treatment of vaginal and vulvar cancers. In: *Gynecologic Cancer*. Ed.: A.U. Buzdar, R.S. Freedman. USA: Springer Science, Chapter 6
- ELL, K., SANCHEZ, K., VOURLEKIS, B., LEE, P.J., JOHNSON, M.D., LAGOMASINO, I., MUDERSPACH, L., RUSSELL, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **23**: 3052-3060
- FELDMAN, M., SCHILLER, L.R. (1983). Disorders of gastrointestinal motility associated with diabetes mellitus. *Ann Intern Medicine*, **98**: 378-384
- FERRANS, C.E., HACKER, E.D. (2011). Quality of life as an outcome of cancer care. In: *Cancer Nursing Principles and Practice*. 7th Ed. Ed: C. H. Yarbrow, D. Wujcik, B. H. Gobel. USA: Jones and Bartlett. Chapter 9
- FLYNN, K.E., REESE, J.B., JEFFERY, D.D., ABERNETHY, A.P., LIN, L., SHELBY, R.A., PORTER, L.S., DOMBECK, C.B., WEINFURT, K.P. (2012). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology*, **21**: 594-601
- FRAENKEL, J.R., WALLEN, N.E., HYUN, H.H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. 8th Ed. Newyork: McGraw-Hill
- FRENCH, K. (2009). *Sexual Health*. 1st Ed. UK: Johns Wiley and Sons
- FRUMOVITZ, M., SUN, C.C., SCHOVER, L.R., MUNSELL, M.F., JHINGRAN, A., WHARTON, J.T., EIFEL, P., BEVERS, T.B., LEVENBACK, C.F., GERSHENSON, D.M. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, **23**: 7428-7436

- FULLER, A.F. (2004). Diagnoses, screening, and staging of endometrial carcinoma. In: *Uterine Cancer*. E.d: A. F. Fuller, S. Young. Spain: BC Decker.
- GIL, S., GILBAR, O. (2001). Hopelessness among cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, **19**: 21-33
- GRANT, M.M., DEAN, G.E. (2012). Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives*. 3rd Ed. Ed.: C. R. King, P. S. Hinds. USA: Jones and Bartlett. Chapter 1
- GRAUMANN, M., ROBERTSON, R., HACKER, N.F., SOMMER, G. (2001). Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. *Int J Gynecol Cancer*, **11**: 372-380
- GREIMEL, E., THIEL, I., PEINTINGER, F., CEGNAR, I., PONGRATZ, E. (2002). Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecologic Oncology*, **85**: 140-147
- GREIMEL, E.R., WINTER, R., KAPP, K.S., HAAS, J. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-Oncology*, **18**: 476-482
- GREENBERG, J.S., BRUESS, C.E., CONKIN, S.C. (2011). Exploring the Dimensions of Human Sexuality. 4th Ed. USA: Johns and Bartlett. s.: 155-156
- GROOT, J.M., MAH, K., FYLES, A., WINTON, S., GREENWOOD, S., DEPETRILLO, A.D., DEVINS, A.D. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer*, **15**: 918-925
- GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C., BEATON, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, **46**: 1417-1432
- GUYTON, A.C., HALL, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. 11. Baskı. Çev. Ed.: H. Çavuşoğlu, B. Ç. Yeğen. İstanbul: Nobel. s.: 1023-1024
- GÜVEL, S., YAYCIOĞLU, Ö., BAĞIŞ, T., SAVAŞ, N., BULGAN, E., ÖZKARDEŞ, H. (2003). Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, **29**: 43-48
- GÜZELANT, A., GÖKSEL, T., ÖZKÖK, S., TASBAKAN, S., AYSAN, T., BOTTOMLEY, A. (2004). The European for research and treatment of cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer Care*, **13**: 135-144
- HAMILTON, A.B. (1999). Psychological aspects of ovarian cancer. *Cancer Investigation*, **17**: 335-341
- HAMMER, K., MOGENSEN, O., HALL, E.O.C. (2009). Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, **13**: 274-279
- HAMZAOĞLU, O., ÖZCAN, U. (2006). Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Ankara: Türk Tabipleri Birliği

- HIGGINS, A., BARKER, P., BEGLEY, C.M. (2006). Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, **12**: 345-351
- HILL, E.K., SANDBO, S., ABRAMSOHN, E., MAKELARSKI, J., WROBLEWSKI, K., WENRICH, E.R., MCCOY, S., TEMKIN, S.M., YAMADA, S.D., LINDAU, S.T. (2011). Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. *Cancer*, **117**: 2643-51
- HİSLİ, N. (1989). Beck Depression Inventory for university students validity and reliability. *Psikoloji Dergisi*, **7**: 3-13
- İNCESU, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, **3**: 3-13
- JANDA, M., OBERMAIR, A., CELLA, D., CRANDON, A.J., TRIMMEL, M. (2004). Vulvar cancer patient's quality of life:a qualitative assessment. *Int J Gynecol Cancer*, **14**: 875-881
- JEMAL, A., BRAY, F., CENTER, M.M., FERLAY, J., WARD, E., FORMAN, D. (2011). Global Cancer Statistics. *Ca Cancer J Clin*, **6**: 69–90
- JEMAL, A., SIEGEL, R., XU, J., WARD, E. (2010). Cancer Statistics. *Cancer J Clin*, **60**: 277–300
- JONES, G.L., LEDGER, W., BONNETT, T.J., RADLEY, S., PARKINSON, N., KENNEDY, S.H. (2006). The impact of treatment for gynecological cancer on health-related quality of life: Asystematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **194**: 26-42
- JURASKOVA, I., BUTOW, P., ROBERTSON, R., SHARPE, L., McLEOD, C., HACKER, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, **12**: 267-279
- KAASA, S., BJORDAL, K., AORANSON, N.,MOUM, T., WIST, E., HAGEN, S., KVIKSTAD, A. (1995). The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQX30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. *Europeann Journal of Cancer*, **31**: 2226-2263
- KATZ, A. (2005). The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, **23**: 238-241
- KATZ, A. (2009). Interventions for Sexuality after pelvic radiation therapy and gynecological cancer. *The Cancer Journal*, **15**: 45-47
- KATZ, A., NJUGUNA, RAKOWSKY, E., SULKES, A., SULKES, J., FENIG, E. (2001). Early development of vaginal shortening during radiation therapy for endometrial or cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*, **11**: 234–235
- KAYA, E. (2006). Larenks kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi
- KIM, S.H., KANG, S., KIM, .M., KIM, B.G., SEONG, S.J., CHA, S.D., PARK, J.Y., YUN, Y.H. (2010). Prevalance and preditors of anxiety and depression among cervical survivors in Korea. *Int. J Gynecol Cancer*, **20**: 1017-1024

- KIMBERLIN, L.C., WINTERSTEIN., G.A. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Society of Health-System Pharmacists*, **65**: 2276-2284
- KIZILCI, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3**:18-26
- KNAPSTEIN, S.H., FUSSHOELLER, C., FRANZ, C., TRAUTMANN, K., SCHMIDT, M., PILCH, H., SCHOENEFUSS, G., KELLEHER, D.K., VAUPEL, P., KNPSTEIN, P.G., KOELBL, HEINZ. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*, **94**: 398-403
- KÖSEBAY, D., DEMİRKIRAN, F. ( 2008). İnvaziv Serviks Kanseri. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. Ed.: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara: Güneş. s.: 1193-1219
- KREBS, L.U. (2005). Sexual and reproductive dysfunction. In: *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 6th Ed. Ed.: C.H. Yarbro, M. Goodman, M.H. Fragne. USA: Jones and Bartlett Publisher. p.: 841-869
- KREBS, L.U. (2008). Sexual assesment in cancer care: concepts, methods and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, **24**: 80-90
- KRYCHMAN, M.K., PEREIRA, L., CARTER, J., AMSTERDAM, A. (2007). Sexual oncology: sexual health issues in women with cancer. *Oncology*, **71**: 18-25
- KULLMER, U., STENGER, K., MILCH, W., ZYGMUNT, M., SACHSSE, S., MÜNSTEDT, K. (1999). Self-concept, body-image, and use of unconventional therapies in patients with gynaecological malignancies in the state of complete remission and recurrence. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, **82**: 101-106
- KUTLU, R., ÇİVİ, S., BÖRÜBAN, M.C., DEMİR, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniv. Tıp Derg.*, **27**: 149-153
- KÜTMEÇ, C. (2009) Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4**: 111-136
- KYLSTRA, W.A., LEENHOUTS, G.H.M.W., EVERAERD, W., PANNEMAN, M.J.M., HAHN, D.E.E., WEIJMAR SCHULTZ, W.C.M., VAN DE WIEL, H.B.M., HEINTZS, A.P.M. (1999). Sexual outcomes following treatment for early stage gynecological cancer: a prospective multicenter study. *Int J Gynecol Cancer*, **9**: 387-395
- LA VECCHIA,C., BOSETTI, C., LUCCHINI, F., BERTUCCIO, P., NEGRI, E., BOYLE, P., LEVI, F. (2010). Cancer mortality in Europe, 2000–2004, and an overview of trends since 1975. *Annals of Oncology*, **21**: 1323–1360
- LAKUSTA, C.M., ATKINSON, M.J., ROBINSON, J.W., NATION, J., TAENZER, P.A., CAMPO, M.G. (2001). Quality of life in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. *Gynecologic Oncology*, **81**: 490-495
- LAUMANN, E.O., PAIK, A., ROSEN, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the U.S. *JAMA*, **281**: 537-544

- LE, T., LEIS, A., PAHWA, P., WRIGHT, K., ALI, K., REEDER, B., HOPKINS, L., FUNG KEE FUNG, M. (2003) Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment. *Gynecologic Oncology*, **92**: 839-844
- LIAVAAG, A.H., DORUM, A., BJORO, T., HALLDIS, O., FOSSA, S.D., TROPE, C., DAHL, A.A. (2008). A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors: A therapeutic approach. *Gynecologic Oncology*, **108**: 348-354
- LINDAU, S.T., GAVRILOVA, N., ANDERSON, D. (2007). Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecologic Oncology*, **106**: 413-418
- LUTGENDORF, S.K., ANDERSON, B., ROTHROCK, N., BULLER, R.E., SOOD, A.K., SOROSKY, J. I. (2000). Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *American Cancer Society*, **89**: 1402-1411
- MASSIE, M.J. (2004). Prevalence of depression in patient with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, **32**: 57-71
- MATULONIS, U.A., KORNBLITH A., LEE, H., BRAYN, J., GIBSON, C., WELLS, C., LEE, J., SULLIVAN, L., PENSON, R. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*, **18**: 1183-1193
- McCLEMENT, S.E., CHOCHINOV, H.M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, **44**: 1169-1174
- McGUIRE, W.P., HOSKINS, W.J., BRADY, M.F., KUCERA, P.R., PATRIDGE, E.E., LOOK, K.Y., PEARSON, D.L.C., DAVIDSON, M. (1996). Cyclophosphamide and Cisplatin compared with Paclitaxel and Cisplatin in patients with satege III and stage IV ovarian cancer. *The New England Journal of Medicine*, **334**: 1-6
- McMEEKIN, D.S., ALEKTIAR, K.M., SABBATANI, P.J., ZAINO, R.J. (2009). Epitelian ovarian cancer. In: *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Ed: R.R. Barakat, M. Markman, M. Randall. China: Lippincott Williams and Wilkins, Chapter 23
- MEIROW D., NUGENT D. (2001). The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction. *Hum Reprod Update*, **7**: 535-543
- METE, H.E., ÖNEN, Ö. (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*, **4**: 184-191
- METE, S. (2008). Kadın ve cinsellik. İçinde: *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. Ed.: A. Şirin, O. Kavlak. İstanbul: Bedray. s.:110-123
- MIRANDA, C.R.R., de RESENDE, C.N., MELO, C.F.E., COSTA, A.L., FRIEDMAN, H. (2002). Depression before and after uterine cervid and breast cancer neoadjuvant chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*, **12**: 773-776
- MITCHELL, J. (2007). Perimenopausal neuropsychiatry: mood, memory, quality of life and the effects of hormone therapy. In: *Menopause*. Ed.: R. Wang-Chang, J. M. Leuner, V. M., Barnaber. USA: Versa Press, Chapter 4

- MOLASSIOTIS, A., CHAN, C.W.H., YAM, B.M.C., CHAN, S.J. (2000). Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers. *Support Care Cancer*, **8**: 414-422
- MOLASSIOTIS, A., CHAN, C.W.H., YAM, B.M.C., CHAN, E.S.J., LAM, C.S.W. (2002). Life after cancer: adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong. *Psycho-oncology*, **11**: 114-123
- MONGA, U. (2002). Sexual functioning in cancer patients. *Sexuality and Disability*, **20**: 277-295
- MOORE, D.H., KOB, W.J., MCGUIRE, W.P., WILKINSON, E.J. (2009). Vulvar cancer. In: *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Ed: R.R. Barakat, M. Markman, M. Randall. China: Lippincott Williams and Wilkins, Chapter 20
- NOUT, R.A., PUTTER, H., JURGENLIEMK-SCHULZ, I.M., JOBSEN, J.J., LUTGENS, L.C.H.W., STEEN-BANASIK, E.M., MENS, J.W.M., SLOT, A., KROESE, M.C.S., BUNNINGEN, B.N.F.M., SMIT, V.T.H.B.M., NIJMAN, H.W., TOL, P.P., CREUTZBERG, C.L. (2009). Quality of life after pelvic radiotherapy or vaginal brachytherapy for endometrial cancer: first results of the randomized PORTEC-2 Trial. *J Clin Oncol*, **27**: 3547-3556
- NUR, N., ÇETİNKAYA, S., YILMAZ, A., İNAN, D., TİREK, N. (2007). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin beş yıllık (2003-2007) kansere bağlı ölüm kayıtlarının değerlendirilmesi. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **29**: 163-167
- OSKAY, Ü.Y., BEJİ, N.K., BAL, M.D., YILMAZ, S.D. (2011). Evaluation of sexual function in patients with Gynecologic cancer and evidence- based nursing interventions. *Sex Disabil.*, **29**: 33-41
- ÖKSÜZ E., MALHAN, S. (2005). Sağlıkla Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi
- ÖNEM, K., AHMEDOV, İ., KADIOĞLU, A. (2004). Kadın cinsel Fonksiyon disfonksiyonunun patofizyolojisi. İçinde: *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. Ed.: A. Kadioğlu, M. Başar, B. Semerci, İ. Orhan, R. Aşçı, M.Ö. Yaman, S. Çayan, M.F. Usta, M. Kendirci. İstanbul: Acar Matbaacılık. s.: 620-627
- ÖZARAS, G. (2009). Jinekolojik onkoloji kliniğinde jinekolojik kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi durumu ve etkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- ÖZKARA, S.K., GÜRBÜZ, Y., MÜEZZİNOĞLU, B., ERÇİN, C., YILDIZ, K. (2003). Kocaeli bölgesinde izlenen kadın genital sistemi tümörleri (1996-2002). *Türkiye Ekopatoloji Dergisi*, **9**: 17-23
- PAPADAKOS, J., COTE, S.B., ABDELMUTTİ, N., CATTON, P., FRIEDMAN, A.J., MASSEY, C., UROWITZ, S., FERGUSON, S.E. (2012). Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, **124**: 452-457
- PARK, E., NORRIS, R.L., BOBER, S.L. (2009). Sexual Health Communication During Cancer Care: Barriers and Recommendations. *Cancer J*, **15**: 74-77

- PARKIN, D.M., BRAY, F., FERLAY, J., PISANI, P. (2005). Global Cancer Statistics, 2002. *Cancer J Clin*, **55**: 74-108
- PASQUINI, M., BIONDI, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, **3**: 1-9
- PEHLİVAN, S., OVAYOLU, Ö., OVAYOLU, N., SEVİNÇ, A., CAMCI, C. (2011). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, **20**: 733-739
- PENSON, R.T., WENZEL, L.B., VERGOTE, I., CELLA, D. (2006). Quality of life considerations in gynecologic cancer. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, **95**: 247-257
- PETERSEN, R.W., GRAHAM, G., QUINLIVAN, J.A. (2005). Psychologic changes after gynecologic cancer. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, **31**: 152-157
- PETERSEN, R.W., QUINLIVAN, J.A. (2002). Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomised controlled trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **109**: 386-394
- PIETERSE, Q.D., MAAS, C.P., TER KUILE, M.M., LOWIK, M., VAN EIJKEREN, M.A., TRIMBOS, J.B.M.Z., KENTER, G.G. (2006). An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*, **16**: 1119-1129
- PINAR, G. (2013). *Sexualite ve yan etkileri. İçinde: Onkoloji Hemşireliği Derneği Kemoterapi Hemşireliği Kurs Kitabı*. Ankara: OHD
- PINAR, G., ALGIER, L., ÇOLAK, M., AYHAN, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *UHOD*, **3**: 141-149
- POLIT, D.F., BECK, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence of Nursing Practice*. 7th Ed. China: Lippincott Williams and Wilkins
- RANDALL, M.E., MICHAEL, H., LONG, H., TEDJARATI, S.C. (2009). Uterine cervix. In: *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Ed: R.R. Barakat, M. Markman, M. Randall. China: Lippincott Williams and Wilkins, Chapter 22
- RASMUSSEN, E.M., THOME, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sex Disabil*, **26**: 207-218
- REB, A.M. (2007). Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*, **34**: 70-81
- REIS, N., BEJI, N.K., COSKUN, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, **14**: 137-146

- REIS, N., COSKUN, A., BEJI, N.K. (2006). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2**: 25-35
- RIZA, E., KYRIAKOGIANNI-PSAROPOULOU, P., KOUMANTAKIS, E., SYMIAKAKI, H., GARAS, I., LINOS, A. (2000). Cervical cancer screening in Greece. *European Journal of Cancer*, **36**: 2227-2232
- ROMAN, L., MUDERSPACH, L.I. (2001). Epidemiology. In: *Cancer of the Female Lower Genital Tract*. Ed.: E. Levenback. Canada: American Cancer Society
- RUSTOEN, T., HANESTAD, B.R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, **7**: 19-27
- SAĞLIK BAKANLIĞI KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ BAŞKANLIĞI (2009). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ed.: M. Tuncer. Ankara: Koza Matbaacılık
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011a). T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2009. Ed.: S. Mollahaliloğlu, B.B. Başaran, Z. Eryılmaz. Ankara: Kalkan
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011b). T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2010. Ed.: S. Mollahaliloğlu, B.B. Başaran, Z. Eryılmaz. Ankara: Kalkan
- SANATANI, M., SCHREIER, G., STITT, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer*, **16**: 493-499
- SCHOVER, L.R. (2005). Sexuality and fertility after cancer. *American Society of Hematology*, 523-527
- SCHOVER, L.R., FIFE, M., GERSHENSON, D.M. (1989). Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer*, **63**: 204-212
- SCHWARZ, R., HİNZ, A. (2001). Reference data for quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *European Journal of Cancer*, **37**: 1345-1351
- SEBER, G., DİLBAZ, N., KAPTANOĞLU, C., TEKİN, D. (1991). Umutsuzluk ölçeği: geçerlik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, **1**: 139-142
- SEKSE, R.J.T., RAAHEIM, M., BLAAGA, G., GJENGEDAL, E. (2010). Life beyond cancer: women’s experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scand J Caring Sci*, **24**: 799-807
- SIEGEL, R., WARD, E., BRAWLEY, O., JEMAL, A. (2013). Cancer statistics, 2011 the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *Cancer J Clin*, **61**: 212-236
- SPENCER, J.V. (2007). Deadly diseases and epidemics cervical cancer. 2nd Ed. Newyork: Infobase Publishing

- STAFFORD, L., JUDD, F. (2011). Long-term quality of life in Australian women previously diagnosed with gynaecologic cancer. *Support Care Cancer*, **19**: 2047-2056
- STEAD, M.L., BROWN, J.M., FALLOWFIELD L., SELBY, P. (2003). Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*, **88**: 666-671
- STEAD, M.L., FALLOWFIELD, L., SELBY, P., BROWN, J.M. (2007). Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **2**: 309-320
- STEWART, D.E., WONG, F., DUFF, S., MELANCON, C.H., CHEUNG, A.M. (2001). What doesn't kill you makes you stronger: An ovarian cancer survivor survey. *Gynecologic Oncology*, **83**: 537-542
- SUSAN K. LUTGENDORF, S.K., ANDERSON, B., ROTHROCK, N., BULLER, R.E., SOOD, A.K., SOROSKY, J.I. (2000). Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*, **89**: 1402-1411
- SUZUKI, N., NINOMIYA, M., MARUTA, S., HOSONUMA, S., NISHIGAYA, Y., KOBAYASHI, Y., KIGUCHI, K., ISHIZUKA, B. (2011). Psychological characteristics of Japanese gynecologic cancer patients after learning the diagnosis according to the hospital anxiety and depression scale. *J Obstet Gynaecol Res.*, **37**: 800-808.
- TAN, G., WALDMAN, K., BOSTICK, R. (2002). Psychosocial issues, sexuality and cancer. *Sexuality and Disability* **20**: 297-318
- TANG, C.S.K., LAI, B.P.Y., CHUNG, T.K.H. (2010). Influences of mastery, spousal support and adaptive coping on sexual drive and satisfaction among chinese gynecologic cancer survivor. *Arch Sex Behav*, **39**: 1191-1200
- TANGJITGMAOL, S., MANUSIRIVITHAYA, S., HANPRASERTPONG, J., KASEMSARN, P., SOONTHORNTHUM, T., LEELAHAKORN, S., THAWARAMARA, T., LAPCHAROEN, O. (2007). Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*, **17**: 1104-1112
- TAŞKIN, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık
- TAYLOR, C.L.C., ENGQUIST, K.B., SHINN, E.H., BODURKA, D.C. (2004). Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, **22**: 881-889
- TEZBAŞARAN, A.A. (2004). Likert tipi ölçeklere madde seçmede geleneksel madde analizi tekniklerinin karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **19**: 77-87
- TIERNEY, D.K. (2008). Sexuality: A quality-of-life issue for cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, **24**: 71-79
- TINSLEY, H.E.A., TINSLEY, D.J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, **34**: 414-214.

- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2012). Türkiye istatistik yılı 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası
- UÇAR, T., BEKAR, M. (2010). Türkiye’de ve Dünya’da jinekolojik kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **13**: 55-60
- ÜSTÜNDAĞ, S. (2013). Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- VELLONE, E., REGA, M.L., GALLETI, C., COHEN, M.Z. (2006). Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing*, **29**: 356-366
- WALTON, L.M., REEVE, J., BROWN, P.M., FARQUHAR, C.M. (2010). Gynaecologic cancer patients’ needs and experiences of supportive health services in New Zealand. *Psycho-Oncology*, **19**: 201-208
- WARNOCK, C. (2005). Patients’ experiences of intracavity brachytherapy treatment for gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, **9**: 44-55
- WHILKES, G.M. (2001). Potential toxicities and nursing management. In: *Cancer Chemotherapy: A Nursing Process-Approach*. 3rd Ed. E.d.: M. Barton- Burkner, G. M. Wilkes, K. Ingwerson. Canada: Jone and Bartlett
- WHITE, I.D., FAITHFULL, S., ALLAN, H. (2013). The re-construction of women’s sexual lives after pelvic radiotherapy: A critique of social constructionist and biomedical perspectives on the study of female sexuality after cancer treatment. *Soc Sci Med*, **76**: 188-196
- WILMOTH M.C., SPINELLI, A. (2000). Sexual implication of gynecologic cancer treatments. *JOGNN*, **29**: 413-421
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2010a). Defining sexual health. Erişim: [www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\_health/sh\_definitions/en/]. Erişim Tarihi: 19.04.2014
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2010b) Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Ed.: A. Alwan. Italy: WHO
- YAŞAR, H., ÖZKAN, L., TEPELER, A. (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Den Ar Derg*, **1**: 235-240
- YEŞİLBAKAN, Ö.U., AKYOL, A.D., ÇETİNKAYA, Y., ALTIN, T., ÜNLÜ, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **21**: 13-31
- YILDIRIM, D., KISA, S., HİSAR, F. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of the Essentials of Magnetism Scale (EOM II). *International Nursing Review*, **59**: 570-576
- YILMAZ, V., ÇELİK, H.E. (2009). Lisrel ile Yapısal Eşitlik Modellemesi 1 (Temel Kavramlar, Uygulamalar, Programlama). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık

- YÜCE, D. (2012). Kanser hastalarında yaşam kalitesi belirleyicileri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- YÜCE, K. (2008a). Fallopian tüp malignansileri. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. E.d.: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara: Güneş. s.: 1313-1319
- YÜCE, K. (2008b). Vajenin malign hastalıkları. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. E.d.: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara: Güneş. s.: 1163-1170
- ZENG, Y.C., LIU, X., LOKE, A.Y. (2011a). Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*, **68**: 280-292
- ZENG, Y.C., LI, D., LOKE, A.Y. (2011b). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences*, **12**: 296-302
- ZENG, Y.C., LIU, Q., LIU, X., LOKE, A.Y. (2012). Chinese women's sexuality concerns after gynecologic cancer. *Cancer Nursing*, **35**: 257-263
- ZHAO, H., KANDA, K., LIU, S.J., MAO, X.Y. (2003). Evaluation of quality of life in Chinese patients with gynaecological cancer: assessments by patients and nurses. *Int J Nurs Pract*, **9**: 40-48

## EKLER

### EK-1

#### ONAM FORMU

**Çalışmanın başlığı:**

**Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**

**Araştırmacılar: Çiğdem ÇÜRÜK**

Araştırmacı tarafından Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi ile Kadın-Doğum Hastalıkları Kliniği ve Polikliniği'ne; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne başvuran hastalar üzerinde "**Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" konulu bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada kanser tedavisi gören hastaların cinsel yaşamı ve etkileyebilecek faktörler tanımlanmaya çalışılacaktır.

Bu çalışma hastalar üzerinde herhangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Hastalar araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt verecek ve araştırmacı tarafından verilen ölçekleri dolduracaktır. Veri toplama formlarında sadece hastanın tıbbi durumuna ilişkin bilgi ile cinsellik, depresyon, umutsuzluk ve yaşam kalitesi ölçeğine verecekleri yanıtlar sorgulanacaktır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtladı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılacağımı bildirmek üzere araştırmacıyı arayabileceğimi biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

**Tarih** :

**Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası** :

**Tanığın Adı-Soyadı ve İmzası** :

**Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası** : Çiğdem ÇÜRÜK

**Çalıştığı Kurum** : A.Ü. Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi

**Telefon Numarası** : 0554 958 88 38



Kanser dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

( ) Evet ise belirtiniz: \_\_\_\_\_

( ) Hayır

**c)Cinsellik Üzerine Bilgiler:**

Tedavi süreciniz boyunca cinsel yaşamınızda oluşabilecek değişikliklerle ilgili sorularınız oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

Var olan sorularınızı kime sordunuz?

( ) Sormadım (Aşağıdaki soruyu cevaplayınız)

( ) Doktor (Aşağıdaki soruyu atlayınız)

( ) Hemşire (Aşağıdaki soruyu atlayınız)

( ) Eşime (Aşağıdaki soruyu atlayınız)

Cinsel yaşantınızla ilgili soruları sormama nedenleriniz nelerdir?

( ) Sağlık sorunlarım daha önemli

( ) Çevrem tepkisinden korktum

( ) Kime sorabileceğimi bilemedim

( ) Bu konuyu konuşmak için kendimi rahat hissetmiyorum

( ) Bu konular konuşulmaz

( ) Bir problem yaratmayacağımı düşündüm

Cinselliğe yönelik sorularınızı kime sormayı tercih ederdiniz?

( ) Hemşire (Aşağıdaki soruyu atlayınız)

( ) Doktor ( Lütfen aşağıdaki soruyu cevaplayınız)

( ) Eşi ( Lütfen aşağıdaki soruyu cevaplayınız)

Cinselliğinize yönelik sorularınızı sormada neden hemşireyi tercih etmek istemiyorsunuz?

( ) Cinselliğim benim için özeldir ve kimse ile paylaşmam

( ) Hemşireler oldukça yoğun olduğu için bana vakit ayıramaz

( ) Hiç bir hemşire şimdiye kadar bana cinselliğime yönelik soru yöneltmedi

( ) Bu konuda hemşirenin bana yardımcı olabileceğini düşünmüyorum

( ) Diğer \_\_\_\_\_

İlk tedavinizden ne kadar zaman sonra cinsel ilişkide bulunabildiniz? \_\_\_\_\_

Cinsel ilişkiniz esnasında kullandığınız herhangi bir yardımcı ürün var mı?

( ) Evet ise belirtiniz: \_\_\_\_\_

( ) Hayır

Kadın kanseri olmadan önceki ve sonraki cinsel yaşamınızı karşılaştırdığınızda lütfen yaşadığınız değişimi belirten cevabı seçiniz;

Yaşanan değişimler	Çok Değişti	Oldukça Değişti	Biraz Değişti	Değişmedi
Cinsel isteğinizde bir değişme oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel birleşme sıklığınız değişti mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel aktivite şekillerine olan yönelimlerinizde bir değişme oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajina/dölyolu kuruluşunuzda bir değişme oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajinanızın/dölyolunuzun genişliğinde bir değişme oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel birleşme sırasındaki acı dereceniz değişti mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel ilişki kaliteniz değişti mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EK-2A

**BÖLÜM 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30 -VERSION 3.0); Beck Depresyon Envanteri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği**

**a) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30 -VERSION 3.0)**

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en doğru cevabı işaretleyiniz.

No	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?				
2	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?				
3	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanırmısınız?				
4	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?				
5	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?				
<b>Geçtiğimiz hafta zarfında:</b>					
6	İşiniz veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mı?				
7	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mı?				
8	Nefes darlığı çektiniz mi?				
9	Ağrınız oldu mu?				
10	Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?				
11	Uyumakta zorluk çektiniz mi?				
12	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?				
13	İştahınız azaldı mı?				
14	Bulantınız oldu mu?				
15	Kustunuz mu?				
16	Kabız oldunuz mu?				
17	İshal oldunuz mu?				
18	Yoruldunuz mu?				
19	Ağrılarımız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?				
20	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?				
21	Gerginlik hissettiniz mi?				
22	Endişelendiniz mi?				
23	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?				
24	Bunalıma girdiniz mi?				
25	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?				
26	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?				
27	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?				
28	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>maddi</u> zorluğa düşmenize yol açtı mı?				

<b>29</b>	Geçen haftaki <u>sağlığınıza</u> genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
	1 2 3 4 5 6 7 Çok Kötü Çok iyi
<b>30</b>	Geçen haftaki <u>hayat kalitenizi</u> nasıl değerlendiriyorsunuz?
	1 2 3 4 5 6 7 Çok Kötü Çok iyi

### b) Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 madde yer almaktadır. Lütfen her maddenin karşısındaki cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan şıkkı işaretleyiniz.

No	Beck Depresyon Ölçeği
<b>1</b>	a) Kendimi üzgün hissetmiyorum. b) Kendimi üzgün hissediyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
<b>2</b>	a) Gelecekte umutsuz değilim. b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Benim için gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
<b>3</b>	a) Kendimi başarısız görmüyorum. b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum. d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
<b>4</b>	a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum. d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
<b>5</b>	a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
<b>6</b>	a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum. b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum c) Cezalandırılmayı bekliyorum d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
<b>7</b>	a) Kendimden hoşnutum b) Kendimden pek hoşnut değilim c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d) Kendimden nefret ediyorum.
<b>8</b>	a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum. b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum. c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

<b>9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.</li> <li>b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.</li> <li>c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.</li> <li>d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.</li> </ul>
<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.</li> <li>b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.</li> <li>c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.</li> <li>d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum</li> </ul>
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Her zamankinden daha sinirli değilim.</li> <li>b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.</li> <li>c) Çoğu zaman sinirliyim.</li> <li>d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.</li> </ul>
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.</li> <li>b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.</li> <li>c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.</li> <li>d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.</li> </ul>
<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.</li> <li>b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.</li> <li>c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.</li> <li>d) Artık hiç karar veremiyorum.</li> </ul>
<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.</li> <li>b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyör ve üzülüyorum.</li> <li>c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.</li> <li>d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.</li> </ul>
<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</li> <li>b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.</li> <li>c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.</li> <li>d) Hiç çalışamıyorum.</li> </ul>
<b>16</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.</li> <li>b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.</li> <li>c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.</li> <li>d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</li> </ul>
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.</li> <li>b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.</li> <li>c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.</li> <li>d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.</li> </ul>
<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) İştahım eskisinden pek farklı değil.</li> <li>b) İştahım eskisi kadar iyi değil.</li> <li>c) Şimdilerde iştahım epey kötü.</li> <li>d) Artık hiç iştahım yok.</li> </ul>
<b>19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.</li> <li>b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.</li> <li>c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.</li> <li>d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.</li> </ul>

<b>20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.</li> <li>b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.</li> <li>c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.</li> <li>d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.</li> </ul>
-----------	--

### b) Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak size uyan cümlelerde “evet”, uymayan cümlelerde ise “hayır” cevabını işaretleyiniz.

No	Beck Umutsuzluk Ölçeği	Evet	Hayır
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3	İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7	Geleceğimi karanlık görüyorum		
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı		
11	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum		
13	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum		
14	İşler birtürlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15	Geleceğe büyük inancım var		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19	Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum		
20	İstediğim bir şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

## EK-2B

## BÖLÜM 3: Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası

Seks insanların temel ihtiyaçlarından biridir. Seks sağlığı genel sağlık ve yaşam kalitesinin önemli yanlarından biridir. Kadın kanserine yakalanmış hastalarda seks açısından belli değişimler beklenebilir. Aşağıdaki sorular bu değişimleri yansıtmaktadır.

*Aşağıdaki soruları lütfen dikkatlice okuyunuz. Size, geçen ay içinde cinsel sağlığınızla ilgili duygu ve yaşadıklarınızı yansıtan en uygun cevabı seçiniz.*

<b>Vücut şekli</b>					
<b>Geçen ay içinde</b>		<b>Kesinlikle Evet</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Kesinlikle Hayır</b>
1	Dış görünüşünüzden memnun değildiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kendi görünüşünüzü olduğu gibi kabul ettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Çoğu insan sizin hoş görüdüğünüzü düşündü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fiziksel olarak çekici değildiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Vücudunuzu seksi buluyordunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rol ve ilişki sorunları</b>					
<b>Geçen ay içinde</b>		<b>Çok</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Biraz</b>	<b>Hiç</b>
6	Kanser, kadınsılığınızı etkiledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kanserden sonra, eşinizin/kocanızın size kadın olarak bakışında bir değişim oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kanser sizin kadın/eş olarak durumunuzu etkiledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kanser, annelik rolünüzü etkiledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kanser, kocanız/eşinizle olan genel cinsel ilişkilerinizi etkiledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cinsel eylemler (Sadece birleşme değil, birleşme dışında öteki yakınlaşmalar da burada sayılabilir (örnek, el ele tutuşma, öpüşme, kucaklaşma ve dokunma))</b>					
<b>Geçen ay içinde</b>		<b>Çok</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Biraz</b>	<b>Hiç</b>
11	“Sevişmek”, hayatınızda önemli bir yer tutar mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Bu ay içinde herhangi bir cinsel etkinliğiniz oldu mu (cinsel birleşme ile sınırlı değildir)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Bu ay içinde herhangi bir cinsel etkinlikten zevk aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Bu ay kaç kere cinsel birleşmeniz oldu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>5 kez yada daha fazla</b>	<b>3-4 kez</b>	<b>1-2 kez</b>	<b>Hiç</b>
15	Bu ay içindeki cinsel birleşmelerinizin sıklığından memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cinsel fonksiyon</b>					
<b>Geçen ay içinde</b>		<b>Çok</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Biraz</b>	<b>Hiç</b>
16	Eşinizin/kocanızın genel cinsel gücünden endişe duydunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Kendinizin genel cinsel gücünüzden endişe duydunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Bu ay, hiç cinsel istek duydunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<b>Çok</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Biraz</b>	<b>Hiç</b>
19	Cinsel birleşme sırasında dölyolu/vajinanızda kuruluk oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Cinsel birleşme sırasında hiç ağrı ya da rahatsızlık oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Cinsel birleşme sırasında kanama oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Cinsel birleşmenin dölyolu/vajinanızı küçük hissetmeniz yüzünden rahatsız edici/zorlayıcı olduğunu düşündünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Cinsel birleşmeyi tamamlamakta sıkıntı yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Orgazm oldunuz mu?/Doyuma ulaştınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Seks sonrası tatmin olduğunuzu düşündünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EK-3. BUÖ, BDE ve EORTC QLQ-C30 Puanları ile Kadın Kanseri Olan Hastalarda Seks Ölçüm Skalası Alt Boyut Puanlarının İlişkisi (n=150)**

Ölçekler*		Vücut Şekli	Rol ve ilişki sorunları	Cinsel Eylemler	Cinsel Fonksiyon	
EORTC QLQ-C30	BUÖ	r	-0,492	0,365	-0,352	0,190
		p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,0001
	BDE	r	-0,624	0,402	-0,432	0,371
		p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
	Fiziksel	r	0,259	-0,268	0,280	-0,393
	Fonksiyon	p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
	Rol	r	0,277	-0,321	0,352	-0,273
	Fonksiyon	p	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
	Duygusal	r	0,316	-0,362	0,040	-0,262
	Fonksiyon	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,625	<b>0,001</b>
	Zihinsel	r	0,318	-0,289	0,083	-0,113
	Fonksiyon	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,312	0,169
	Sosyal	r	0,280	-0,358	0,297	-0,191
	Fonksiyon	p	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,019
	Yorgunluk	r	-0,241	0,285	-0,293	0,311
		p	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
	Bulantı-	r	-0,232	0,230	-0,213	0,180
	Kusma	p	<b>0,004</b>	<b>0,005</b>	<b>0,009</b>	0,027
	Ağrı	r	-0,208	0,178	-0,195	0,219
		p	<b>0,011</b>	0,030	0,017	<b>0,007</b>
	Dispne	r	-0,197	0,275	-0,105	0,083
		p	0,016	<b>0,001</b>	0,200	0,315
	Uykusuzluk	r	-0,168	0,211	-0,187	0,226
		p	0,040	<b>0,009</b>	0,022	<b>0,005</b>
	İştahsızlık	r	-0,319	0,338	-0,210	0,252
		p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,01</b>	<b>0,002</b>
	Konstipasyon	r	-0,038	-0,035	0,030	0,107
		p	0,648	0,670	0,716	0,191
	Diare	r	-0,130	0,087	-0,061	0,031
		p	0,112	0,289	0,460	0,703
Maddi Zorluk	r	-0,213	0,163	-0,157	0,098	
	p	<b>0,009</b>	0,046	0,055	0,234	
Genel Yaşam	r	0,275	-0,276	0,310	-0,323	
Kalitesi	p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	

\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

**EK-4. Hastaların EORTC QLQ-C30 Alt Boyut Puanlarının Yaş, TGS ve AGS ile İlişkisi**

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları		Yaş* (n=150)	TGS <sup>a**</sup> (n=150)	AGS <sup>b**</sup> (n=140)
Fiziksel fonksiyon	r	-0,122	0,190	0,253
	p	0,136	0,020	<b>0,003</b>
Rol fonksiyon	r	-0,156	0,197	0,233
	p	0,057	0,016	<b>0,006</b>
Duygusal fonksiyon	r	0,032	-0,084	-0,020
	p	0,697	0,310	0,817
Zihinsel fonksiyon	r	-0,016	0,019	0,043
	p	0,844	0,821	0,613
Sosyal fonksiyon	r	-0,142	-0,017	0,020
	p	0,082	0,833	0,811
Yorgunluk	r	0,018	-0,222	-0,273
	p	0,824	<b>0,006</b>	<b>0,001</b>
Bulantı-Kusma	r	-0,046	-0,113	-0,170
	p	0,576	0,168	0,044
Ağrı	r	0,008	-0,177	-0,190
	p	0,918	0,030	0,025
Dispne	r	-0,072	0,028	0,032
	p	0,766	0,736	0,710
Uykusuzluk	r	0,025	-0,172	-0,188
	p	0,766	0,036	0,026
İştah Kaybı	r	0,004	-0,107	-0,121
	p	0,957	0,193	0,155
Konstipasyon	r	0,047	-0,038	0,014
	p	0,566	0,645	0,868
Diare	r	-0,022	-0,020	-0,078
	p	0,791	0,805	0,358
Maddi zorluk	r	0,009	-0,035	-0,068
	p	0,912	0,668	0,426
Genel Yaşam Kalitesi	r	-0,069	0,179	0,253
	p	0,401	0,028	<b>0,003</b>

<sup>a</sup> AGS: Ameliyattan sonra geçen süre (ay).

<sup>b</sup> TGS: Tanı konulduktan sonra geçen süre (ay).

<sup>\*</sup> Pearson korelasyon analizi yapıldı.

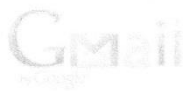
<sup>\*\*</sup> Spearman korelasyon analizi yapıldı.

**EK-5. Hastaların EORTC QLQ-C30 Alt Boyut Puanlarının BDE ve BUÖ Puanları ile İlişkisi**

EORTC QLQ-C30'un Alt Boyutları*		BDE*	BUÖ*
Fiziksel fonksiyon	r	-0,498	-0,325
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Rol fonksiyon	r	-0,466	-0,290
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Duygusal fonksiyon	r	-0,484	-0,512
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Zihinsel fonksiyon	r	-0,350	-0,368
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Sosyal fonksiyon	r	-0,453	-0,290
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Yorgunluk	r	0,442	0,304
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Bulantı-Kusma	r	0,358	0,129
	p	<b>0,0001</b>	0,117
Ağrı	r	0,284	0,070
	p	<b>0,0001</b>	0,397
Dispne	r	0,330	0,343
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Uykusuzluk	r	0,340	0,217
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,008</b>
İştahsızlık	r	0,529	0,248
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,002</b>
Konstipasyon	r	0,087	0,100
	p	0,290	0,222
Diare	r	0,191	0,016
	p	0,019	0,844
Maddi zorluk	r	0,341	0,208
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,011</b>
Genel Yaşam Kalitesi	r	-0,503	-0,340
	p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>

\*Spearman korelasyon analizi uygulandı.

## EK-6



çığdem çürük &lt;crkcigdem@gmail.com&gt;

**your sexuality scale**

Ayten Demir Zencirci <aytendemirankara@gmail.com>  
Kime: çığdem çürük <crkcigdem@gmail.com>

14 Mart 2013 14:56

----- Forwarded message -----

From: **Alice Yuen LOKE [SN]** <hsaloke@inet.polyu.edu.hk>  
Date: 2012/10/10  
Subject: Re: your sexuality scale  
To: Ayten Demir Zencirci <aytendemirankara@gmail.com>

Dear Ayten,

I received your and your student's email, but have been extremely busy in all my work with research students and seek for research funding.

Here is the scale that my MPhil student used in her study:

Zeng YC, Liu XY & Loke AY\*(2012) Addressing sexuality issues of women with gynecological cancer: Chinese nurses' attitudes, beliefs and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 280-292.

please make sure you reference this when using this questionnaire.

Prof. Alice Yuen LOKE  
Professor,  
Division Head,  
Family & Community Health Division,  
School of Nursing  
The Hong Kong Polytechnic University  
Hung Hom, Kowloon, Hong Kong  
(852) 2766 6386  
Tel: (852) 2766 6386  
Email: [hsaloke@polyu.edu.hk](mailto:hsaloke@polyu.edu.hk)

**EK-7****ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KURULU  
KARAR ÖRNEĞİ**

**Karar Tarihi** : 13/12/2012

**Toplantı Sayısı** : 139

**Karar Sayısı** : 627

627- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Çiğdem Çürük**'ün "Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı tezine ilişkin 18/10/2012 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Çiğdem Çürük**'ün "Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tezinin, araştırma protokolüne uyulmak koşuluyla, uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR  
13/12/2012**



**EK-8**

T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :85346189/  
Konu : Çiğdem ÇÜRÜK'ün Araştırma Çalışmaları

...01.2013


1860 22.01.2013

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi: a) Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'nun 07.01.2013 tarih ve 829838 sayılı yazısı

İlgi (a) sayılı yazıda belirtilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrenciniz Çiğdem Çürük'ün tez projesine ilişkin çalışmasının Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

  
Uzm. Dr. U. Murat PARPUCU  
Genel Sekreter a.  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK:

1- Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'nun 07.01.2013 tarih ve 829838 sayılı yazısı

## EK-9



HACETTEPE | Erişkin Hastanesi  
ÜNİVERSİTESİ | İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi  
HASTANELERİ | Onkoloji Hastanesi



Sayı :B. 30. 2. HAC.0.70.10.14 - 40 / 577

08.01.2013

T.C.  
Ankara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 03.12.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.42.00.00/6913 sayılı yazımız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Çiğdem Çürük'ün "Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Etkilenmesi" adlı tez projesine ilişkin çalışmalarını Onkoloji Hastanesinde yapması uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Evren ÖZDEMİR  
Onkoloji Hastanesi Başhekimi

**EK-10**

T.C  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 62873195-044-184  
Konu : Çiğdem ÇÜRÜK hk.


Ankara

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 03.12.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.42.00.00/6911 sayılı yazınız.

Enstütünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Çiğdem ÇÜRÜK'ün "Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkileyen Faktörlerin Etkilenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

  
Prof.Dr.Bahaddin GÜZEL  
Başhekim

**EK-11**

T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 93984376-044-490  
Konu : Çiğdem Çürük'ün Tez Projesi Hk.

2151 25.01.2013

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 03.12.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.42.00.00-6910 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Çiğdem Çürük'ün "Jinekolojik Kanselerde Cinsel Yaşam ve Etkiliyen Faktörlerin Etkilenmesi" adlı tez projesine ilişkin çalışmalarını Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.Gülfem Elif ÇELİK  
Dekan a.  
Dekan Yardımcısı

## EK-12



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN.0.H1.02.00  
Konu :

137

03/01/2013

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ: 03.12.2012 tarih ve 6912 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile sorulan, Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Çiğdem ÇÜRÜK'ün tez projesini Hastanemiz Onkoloji Ünitesinde yapması talebiniz uygun bulunmamıştır.

Bilgilerinize rica olunur.

Prof.Dr. Mustafa BENEKLİ  
Başhekim

## ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel bilgiler

Adı: Çiğdem

Soyadı: MARANGOZ

Doğum yeri ve tarihi: ANKARA, 16/04/1985

Uyruğu: T.C:

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: [cigdemcrk@hotmail.com](mailto:cigdemcrk@hotmail.com); 05549588838

### II. Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce

2003-2008 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

1999-2003 Cumhuriyet Anadolu Lisesi

1991-1999 Hacı Bayram İlköğretim Okulu

### III. Ünvanı

Hemşire

### IV. Mesleki deneyimi

2008-2009 Bayındır Hastanesi Dahiliye Kliniği

2009-2012 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

2012-... Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi -Gözetmen Hemşire

### V. Üye olduğu bilimsel Kuruluşlar

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 2012- Devam

**VI. Bilimsel İlgi Alanları**

ÇÜRÜK, Ç. (2012). Port kateter sistemi ve vaka sunum. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İletî Hemşire Bülteni, 13: 13-22

ÇÜRÜK, Ç., DEMİR ZENCİRCİ, A. (2013). Metotreksat tedavisi alan osteosarkom tanılı hastada hemşirelik bakımı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İletî Hemşire Bülteni, 15: 19-37

**VII. Bilimsel etkinlikleri**

“Araştırma Kursu” Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 2012, Ankara

“Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 10. Klinik Sorumlu Hemşireleri Sempozyumu”, 2014, Trabzon

**VIII. Diğer Bilgiler**

“Leonardo da Vinci Projesi ile yurt dışı deneyimi”, 2006, Romanya