



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA YAŞAM  
KALİTESİ İLE CİNSEL YAŞAM ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ebru AYDIN**

**Samsun  
Haziran-2018**





T.C.  
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA YAŞAM  
KALİTESİ İLE CİNSEL YAŞAM ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ebru AYDIN**

**Danışman  
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun  
Haziran -2018**

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ebru Aydın tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Kemoterapi Tedavisi Gören Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişki başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 21/06/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN.....  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN.....  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.../.../2018  
Prof. Dr. Ahmet UZUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğretim Üyesi Seval Ağaçdiken ALKAN ve Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM'a,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, varlığını hep yanımda hissettiğim annem Şükran AYDIN ve babam Nurettin AYDIN'a

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi, sabır ve desteğini benden esirgemeyen ablam Kader AYDIN ve kardeşlerim Merve AYDIN, Büşra AYDIN'a

Yüksek lisans arkadaşlarım Cennet Büşra ALICI, Esra DANACI, Sevil MASAT, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN ve Tuğçe AYAR'a,

Sonsuz teşekkürler...

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.18.003 proje numarası ile desteklenmiştir.

## ÖZET

### KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ İLE CİNSEL YAŞAM ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Amaç:** Bu araştırma kemoterapi tedavisi gören hastalarda yaşam kalitesi ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini 25.06.2017-25.12.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi gören 410 onkoloji hastası oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kadın ve erkek formu ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi ve Pearson Ki-kare testi kullanıldı. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon analizinden yararlanıldı.

**Bulgular:** Hastaların %57,6'sını kadınların, %42,4'ünü erkeklerin oluşturduğu, %85,1'inin çalışmadığı, %41,5'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %24'ünün meme kanseri tanısı aldığı, hastaların %39,8'inin hastalığın 2. klinik evresinde olduğu ve hastaların %21'inde metastaz geliştiği belirlendi. Hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması  $76,9 \pm 16,2$ , Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması  $26,4 \pm 6,5$  olarak belirlendi. Hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden en yüksek puanı sırasıyla yorgunluk, iştahsızlık, endişe ve üzüntü alt boyutlarından aldıkları saptandı.

**Sonuç:** Hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği tüm alt boyut puanlarının azaldığı belirlendi. Ayrıca hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı arttıkça, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ve İştahsızlık alt boyut puanlarının arttığı görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsellik; Kanser; Kemoterapi; Onkoloji; Yaşam kalitesi.

**Ebru AYDIN, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2018**

## ABSTRACT

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LIFE QUALITY AND SEXUALITY IN PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY**

**Aim:** This research was carried out as a cross-sectional and correlational study to determine the relationship between the life quality and sexuality in patients undergoing chemotherapy.

**Material and Method:** The research population consisted of 410 oncology outpatients undergoing chemotherapy at Ondokuz Mayıs University Health, Research and Application Hospital between 25.06.2017-25.12.2017. Research data was collected by the researcher using the patient information form prepared based on the literature, FACT-G Life Quality Assessment Scale, Arizona Sexual Experiences Scale forms for women and men and the Edmonton Symptom Assessment Scale. The congruence of the data with normal distribution, was studied using the Kolmogorov Smirnov test. Kruskal Wallis, Mann Whitney U test and Pearson Chi square test were used when comparing the data not congruent with the normal distribution. Spearman correlation analysis was used to study the relationship between the sub-dimensions of the scales.

**Results:** It was seen that 57.6% of the patients consisted of women and 42.4% of them consisted of men; 85.1% of them were unemployed; 41.5% of them had a chronic disease; 24% of them were diagnosed with breast cancer; 39.8% of them were in the second clinical stage of their disease and 21% of the patients were suffering from metastasis. FACT-G Life Quality Assessment Scale point average of the patients was  $76.9 \pm 16.2$  and Arizona Sexual Experiences Scale point average was  $26.4 \pm 6.5$ . In Edmonton Symptom Assessment Scale, the highest scores were obtained at the sub-dimensions of fatigue, anorexia, anxiety and sorrow, respectively.

**Conclusion:** It was found that, as the total scores obtained by the patients in FACT-G Life Quality Assessment Scale increased, the total scores obtained in all sub-dimensions of Arizona Sexual Experiences Scale and Edmonton Symptom Assessment Scale decreased. On the other hand; as the total scores obtained by the patients in Arizona Sexual Experiences Scale increased, the scores obtained in the fatigue and anorexia sub-dimensions of Edmonton Symptom Assessment Scale increased.

**Keywords:** Chemotherapy; Cancer; Life quality; Oncology; Sexuality;

**Ebru AYDIN, Master Thesis**

**Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2018**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**ACYÖ** : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

**AJCC** : Amerikan Kanser Komitesi

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**ESTÖ** : Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

**FACT-G**:Functional Assesment of Cancer Therapy-General (Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği)

**IARC** : International Agency For Research on Cancer (Uluslar Arası Kanser Ajansı)

**THSK** : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

**TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGE VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Kanser .....	5
2.1.1. Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi .....	5
2.1.2. Kanser Etiyolojisi .....	5
2.1.3. Kanser ve Tedavi Süreci .....	8
2.2. Kemoterapi.....	9
2.2.1. Kemoterapinin Tanımı ve Tarihçesi .....	9
2.2.2. Kemoterapik İlaçların Sınıflandırılması .....	9
2.2.3. Kemoterapötik İlaçların Etki Mekanizmaları .....	10
2.2.4. Kemoterapötik İlaçların Veriliş Yolları .....	11
2.2.5. Kemoterapi Türleri .....	12
2.2.6. Kemoterapinin Yan Etkileri ve Semptom Kontrolü .....	13
2.3. Kemoterapi ve Cinsellik.....	19
2.3.1. Cinsellik Kavramı.....	19
2.3.2. Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler.....	20
2.3.3. Cinsel İşlev Bozuklukları .....	22
2.3.4. Kanserde Cinsel Yaşam .....	24
2.3.5. Kemoterapinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri .....	27
2.4. Yaşam Kalitesi .....	29
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri .....	29
2.4.2. Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi .....	30
<b>3. MATERYAL VE METOD</b> .....	32
3.1. Materyal .....	32

3.1.1 Araştırmanın Şekli .....	32
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	32
3.2.Method .....	32
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
3.2.2. Verilerin Toplanması .....	33
3.2.3. Veri Toplama Araçları .....	34
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi .....	37
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu .....	38
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	38
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>39</b>
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	39
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	40
4.3. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular .....	42
4.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular .....	51
4.5. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne İlişkin Bulgular .....	62
4.6. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Arasındaki İlişki .....	74
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>80</b>
5.1. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması .....	80
5.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması .....	84
5.3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması .....	87
5.4. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması .....	92
<b>6. SONUÇ ÖNERİLER</b> .....	<b>96</b>
6.1. Sonuçlar .....	96
6.2. Öneriler .....	97
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>99</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>111</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>122</b>

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya genelinde çok hızlı bir yayılım gösteren kanser hastalığı, günümüzde önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Uluslararası Kanser Ajansı'nın (IARC) 2012 yılında yayınladığı istatistik verilerinde dünyada 14,1 milyon yeni kanser vakası geliştiği ve kansere bağlı 8,2 milyon ölüm meydana geldiği bildirilmiştir (THSK, 2017). Kanser; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olmakla birlikte nedeni bilinen ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (Olgun ve Şimşek, 2010). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yayınlamış olduğu kanser istatistik verilerine (2014) göre yaşa standardize edilmiş kanser hızının erkeklerde yüz bin kişide 246,8, kadınlarda 173,6 olduğu; 2014 yılında 96,213 erkeğe ve 67,203 kadına kanser tanısı konulduğu bildirilmektedir (THSK, 2017).

Kanser tedavisi; kanserin tutulum gösterdiği bölgeye, hastalığın derecesine ve bireyin genel sağlık durumuna bağlı olarak değişiklik gösterebilmekle birlikte (Kara, 2017), hastaların yaşam süresinin uzatılmasını, tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların kontrol edilmesini ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bu doğrultuda kanserin tedavisinde kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu, kök hücre nakli, cerrahi tedavi ve radyoterapi gibi yöntemlerden yararlanılabilmektedir (Kurt Sadırlı, 2008).

Kemoterapi vücutta kontrolsüz bir şekilde çoğalan kanser hücrelerinin büyümesini durdurmak, yavaşlatmak ve yok etmek amacıyla kemoterapötik ilaçların hastaya verildiği bir tedavi şeklidir (Akçalı, 2010). Kemoterapötik ilaçlar tedavi süresince kanser hücrelerini etkilediği gibi vücuttaki diğer sağlıklı hücreleride etkileyebilmekte ve hastalarda istenmeyen bazı semptomlar gelişmesine neden olabilmektedir (Önal, 2015). Kemoterapi tedavisine bağlı olarak onkoloji hastalarında bulantı, kusma, iştahsızlık, anemi, lökopeni, trombositopeni, saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, ağrı, göz problemleri, halsizlik ve yorgunluk gibi semptomlar ile birlikte cinsel problemler görülebilmektedir (Aslan ve ark., 2006).

Cinsellik doğum öncesi dönemde başlayan, bireyin tutumları, davranışları ve içinde bulunduğu çevreye göre şekillenen bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

cinsel sağlığı “sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu ve sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinselliğin birey üzerinde biyolojik, psikolojik, kişiler arası ve davranışsal başta olmak üzere değişik boyutlarda etkisi bulunmakta, sağlıklı bir cinsel yaşam bu boyutlar arasındaki dengenin korunmasıyla sağlanmaktadır. Hastalık ya da duygusal durum değişiklikleri bireyde cinsellikle ilgili bu dengeyi etkileyebilmekte ve cinsel fonksiyon bozuklukları gelişebilmektedir (Dinđer ve Oskay, 2015; Bozdemir ve Özcan,2011; Akyolcu, 2008). DSÖ cinsel fonksiyon bozukluklarını cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozuklukları, genital yanıt eksikliği, orgazmik disfonksiyon, disparoni ve aşırı cinsel dürtü olarak sınıflandırmaktadır (Akarsu ve Beji, 2016).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kanser ve tedavisi de onkoloji hastalarının cinsel yaşamlarında önemli problemler ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Dinđer ve Oskay, 2015). Literatürde sağlıklı kadınların %43’ünde ve erkeklerin %31’inde cinsel disfonksiyon geliştiği, kanser türüne ve uygulanan tedavi yaklaşımına bağlı olarak onkoloji hastalarında cinsel disfonksiyon gelişme oranının %40 ile %100 arasında değiştiği bildirilmektedir (Can, 2004). Ayrıca cinsel disfonksiyon görölme oranının kanserin türüne göre de farklılık gösterdiği bu oranın meme kanseri ve jinekolojik kanserlerde %50, prostat kanserinde %60-90, Hodking lenfoma ve testis kanserinde ise %25 olduğu belirtilmiştir (Can, 2004).

Onkoloji hastalarının cinsel yaşamı bireyin yaşı, kanser tanısı alma, kanser tedavisine bağlı olarak vücut imajında değişim meydana gelme, infertilite, yorgunluk, uykusuzluk, kabızlık ve ağrı gibi semptomlardan etkilenebilmektedir (Dinđer ve Oskay, 2015). Özellikle kemoterapi tedavisi sonrasında kadınlarda cinsel ilgide azalma, disparoni, vajinal ıslanmada azalma, orgazm olamama ve cinsel çekicilikte azalma; erkeklerde ise özellikle sinir hasarına neden olan kemoterapik ajanların etkisiyle erektil disfonksiyon ve orgazm sırasında ejakülasyon gecikmesi görülebilmektedir (Dinđer ve Oskay, 2015; Can, 2004). Kemoterapi tedavisi sırasında hastayı cinsellikten uzaklaştıracak hiçbir neden olmamasına, kemoterapik ilaçlar bireyin cinsel yaşamını uzun süre etkilememesine karşın, onkoloji hastalarında cinsel istek kaybı ve cinsel ilişki sıklığında azalma ortaya çıkabilmektedir (Dinđer ve Oskay, 2015).

Kemoterapi tedavisi onkoloji hastalarının yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (Gelin ve Ulus, 2015). Yaşam kalitesi kavramı bireylerin kendi

değer sistemleri içerisinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireylerin kendi yaşamlarından algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanları ifade etmektedir (Avcı ve Pala, 2004). DSÖ yaşam kalitesini “bireylerin, yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde, hedeflerine ilişkin yaşamlarındaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri” olarak tanımlamaktadır (Çizmeci, 2013; Soylu, 2015). Günümüzde sadece yaşam süresinin uzatılması değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında önem kazanmıştır (Avcı ve Pala, 2004). Kemoterapinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde onkoloji hastalarının psiko-sosyal sorunlarını, yaşadıkları semptomları ve yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik bazı araştırmalar (Hallaç, 2010; Pekmezci, 2013; Kaya, 2016) yapılmış olmasına karşın kemoterapi tedavisi gören hastaların yaşam kaliteleri ile cinsel yaşamları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Genellikle onkoloji hastaları üzerinde cinsellik ile ilgili olarak yapılan sınırlı sayıda çalışmanın yalnızca genital organ kanserleri boyutunda ele alındığı görülmüştür (Bahıtlı, 2016; Çağlar Ertekin, 2016; Kaya Koca, 2017). Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Bu araştırma sonucunda kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının cinsel yaşamlarına ilişkin yaşadıkları sorunlar ile bu durumun yaşam kaliteleri ile ilişkisi belirlenecektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda onkoloji hastalarının yaşadıkları cinsel problemleri azaltmaya ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik uygun öneri ve stratejiler geliştirilecektir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma kemoterapi tedavisi gören hastalarda yaşam kalitesi ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütüldü.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?

2. Kemoterapi tedavisine bağlı olarak onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomlar nelerdir?
3. Kemoterapi tedavisi nedeniyle onkoloji hastaları cinsel sorunlar yaşamakta mıdır?
4. Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kalitesi nasıldır?
5. Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri ile cinsel yaşamları arasında bir ilişki var mıdır?
6. Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri yaşadıkları semptomları, cinsel yaşamlarını ve yaşam kalitelerini etkilemekte midir?



## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kanser**

#### **2.1.1. Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi**

Kanser bir organ ya da dokudaki hücrelerin büyüme ve bölünmesini kontrol eden genlerin hasar görmesi ve anormal bir şekilde hücre çoğalması ile karakterize olan kompleks bir hastalık grubudur (Dalay ve Buyru, 2015; Ovayolu, 2017). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) kanseri “Belirli bir organ ve dokudaki hücrelerin düzensiz olarak kontrol dışı çoğalması ile karakterize kötü urlar” olarak tanımlamaktadır (THSK, 2017).

Çağımızın hastalığı olarak nitelendirilen kanser dünya genelinde hızlı bir yayılım göstermektedir. Uluslararası Kanseri Ajansı'nın 2012 yılında yayımladığı istatistik verilerinde dünyada 14,1 milyon yeni kanser vakası geliştiği; 8,2 milyon kansere bağlı ölüm meydana geldiği bildirilmektedir. Kanseri artış oranının aynı hızla devam etmesi durumunda 2030 yılına ulaşıldığında dünyada toplam 22 milyon yeni kanser vakasının gelişeceği tahmin edilmektedir. Dünyada en çok tanı konulan kanser türlerinin sırasıyla akciğer (%13), meme (%11) ve kolon (%9,7) kanseri olduğu; kansere bağlı ölümlerin ise en çok akciğer (%19,4), karaciğer (%9,1) ve mide (%8,8) kanseri kaynaklı olduğu belirtilmektedir (THSK, 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde; ülkemizde 2014 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızının erkeklerde yüzde 246,8, kadınlarda yüzde 173,6 olduğu, erkeklerde en sık akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri, kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseri görüldüğü bildirilmektedir. Bununla birlikte aynı verilerde Türkiye’de kanser insidansının erkeklerde dünya insidansının üzerinde, kadınlarda ise dünya insidansından altında olduğu, kanserin tüm ölümlerin yaklaşık %20’sini oluşturduğu, 2015 yılı içerisinde 49,946 erkeğin ve 27,022 kadının ölümüne neden olduğu belirtilmiştir (THSK, 2017).

#### **2.1.2. Kanserin Etyolojisi**

Kanseri oluşumuna neden olan faktörler tam olarak belirlenememekle birlikte biyolojik, fiziksel ve kimyasal birçok etkenin kanseri oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir. Kansere neden olan faktörler bireylerin yaşı, cinsiyeti ve aile öyküsü gibi

değiştirilemeyen etkenler ile sigara, alkol, radyasyon, beslenme, hava kirliliği, virüsler ve diğer biyolojik ajanlar gibi değiştirilebilir etkenler olarak sınıflandırılabilir (Arifoğlu ve ark., 2015; Ovayolu, 2017).

*Genetik ve Ailesel Özellikler:* Birçok kanser tipinin ailesel özelliği olduğu bilinmektedir. Bireylerde bu durumun genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma ve yaşam biçimlerinin benzerlik göstermesine bağlı olarak gerçekleşebileceği düşünülmektedir. Ailesinde kanser öyküsü bulunan kişilerde kanser gelişme riski daha yüksektir. Özellikle meme, kolon ve bazı jinekolojik kanserlerde kanser türlerinin gelişiminde genetik yatkınlık ön plana çıkmaktadır (Arifoğlu ve ark., 2015; Ovayolu, 2017).

*Bireysel özellikler:* Kanserde en önemli risklerden biriside bireyin yaşıdır. Bireylerin yaşının ilerlemesine paralel olarak kanser görülme riski artmaktadır (Demir Göl, 2014). Ayrıca bazı kanser türleri belirli yaş gruplarında daha sık ortaya çıkmaktadır. Örneğin serviks kanseri görülme yaşı 40-59 yaş aralığındaki kadınlarda; prostat kanseri ise 70 yaş ve üzeri erkeklerde daha sık görülmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015).

Kansere neden olan bireysel etkenlerden bir diğeri de bireyin cinsiyetidir. Kanser türü ve görülme sıklığı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri en sık kadınlarda görülürken prostat kanseri ise erkeklerde görülmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de erkeklerdeki kanser insidansının kadınlardan daha yüksek olduğu (Demir Göl, 2014), kadınlarda görülen bazı kanser türlerinin üreme ve cinsel aktivite ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Erken menarş, geç menopoz, doğum sayısı ve sıklığı, gibi faktörler jinekolojik kanserler ve meme kanseri ile ilişkilendirilirken, 16 yaş ve altında cinsel aktiviteye başlamanın servikal kanser gelişim riskini arttırdığı bildirilmektedir (Pekmezci, 2013; Arifoğlu ve ark., 2015)

Bireyin sosyo ekonomik özellikleri de kanserin etiyolojik faktörleri arasında yer almaktadır. Sosyo ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde kansere bağlı ölüm oranı daha yüksek olmakla birlikte, meme kanseri, hodgkin lenfoma gibi bazı kanser türlerinin sosyo ekonomik düzeyi yüksek bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015). Kansere bağlı ölümlerin %10’undan fazlasında ise mesleki risk faktörleri rol oynamaktadır. Bireylerin çalışma ortamında kimyasal ya da fiziksel karsinojenlere maruz kalması sonucu kanser gelişme riski artabilmektedir (Ovayolu, 2017).



*Sigara ve Alkol:* Sigara içiciliği dünyanın ve ülkemizin en önemli sağlık problemlerinden biridir (Mevsim ve ark., 2005). Sigara dumanı içerdiği polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve tütüne özel nitrozaminler ile insanda kansere neden olan en yaygın faktörler arasında yer almaktadır. Sigara-kanser ilişkisi sigaraya başlama yaşı, içilen miktar ve içme süresi ile doğru orantılıdır. Kansere bağlı ölümlerin %30'u sigara kaynaklıdır. Sigara kullanmayan bireylerle karşılaştırıldığında, sigara kullanan bireylerde kansere yakalanma riski 10-20 katartmaktadır. Sigara kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere baş-boyun kanseri (oral kavite, farenks, larenks, nazal kavite kanserleri), alt üriner bölge kanserleri (renal, pelvis, mesane kanseri), sindirim sistemi kanserleri (özefagus, pankreas, mide, karaciğer kanseri) ile ilişkilendirilmektedir. Sigaranın bırakılması kanser riskini tamamen ortadan kaldırmamakla birlikte kanser olma riskini azaltmaktadır (Arifoğlu ve ark., 2015; Ovayolu, 2017 ). Kansere neden olan bir diğer faktör de alkol kullanımınıdır. Alkol başlı başına bir karsinojen olmasının yanısıra sigara içenlerde mukozanın geçirgenliğini artırarak üst solunum sistemi kanserleri ile özefagus kanseri görülme riskini artırmaktadır (Ovayolu, 2017).

*Beslenme:* Kanser sigaradan sonra en çok beslenme ile ilişkilendirilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenen bireylerde kanser riskinin arttığı bildirilmektedir. Özellikle besinlerin kızartılarak, tütsülenerek ve mangalda ateşe yakın tutularak pişirilmesi besinlerde bazı karsinojenlerin oluşumuna yol açmaktadır. Fazla yağlı gıdalar ile beslenme, kolon, uterus ve prostat kanseri riskini artırırken, yüksek oranda lif içeren besinlerin ve tam tahıllı besinlerin kanser görülme riskini azalttığı bildirilmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015; Çevik ve Pirinççi, 2017; Ovayolu, 2017).

*Virüsler, Bakteriler ve Parazitler:* Dünya genelinde virüsler ve diğer biyolojik ajanlar kanser oluşum etyolojisinin %15-20'sini oluşturmaktadır. Kansere neden olan enfeksiyöz ajanlar arasında DNA virüsleri, RNA virüsleri ve bakteriler yer almaktadır. Kansere neden olan virus ve bakterilerden bazıları, HPV (İnsan Papilloma Virüsü), Epstein-Barr virüsü (EBV), Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV), Human Herpes virus-8 (HHV-8), Herpes Simpleks virüsü tip II (HSV-tip II) ve Helikobakter Piloni'dir (Arifoğlu ve ark., 2015; Ovayolu, 2017).

*Radyasyon:* Radyasyon hızlı parçacıklar ya da elektromagnetik dalga yayarak ortamda yayılan enerjidir (Arifoğlu ve ark., 2015 ). Radyasyon kromozonları mutasyona

uğratarak yapısını bozar. Hücrelerin genetik materyallerine hasar vererek kanser oluşumuna neden olur (Pekmezci, 2013; Arifoğlu ve ark., 2015).

### **2.1.3. Kanser ve Tedavi Süreci**

Kanser tedavi süreci onkoloji hastalarının bireysel özelliklerine ve hastalığın prognozuna göre değişmektedir. Günümüzde cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi temel tedavi yöntemleri ile birlikte hormon tedavisi, biyolojik moleküller ve hipertermi gibi diğer yöntemler de kullanılmaktadır (Kizir ve Güveli, 2015; Ovayolu, 2017)

Cerrahi yöntem, kanserin tanı ve tedavi sürecinde sık kullanılan bir yöntemdir. Kanser tedavisi yöntemlerinden biri olan cerrahi tedavi onkoloji hastalarının yaşam süresini uzatmak amacıyla kullanılmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Hasbahçeci ve Müslümanoğlu, 2015). Cerrahi tedavi; primer (çevredeki doku ile beraber tümörün çıkarılması), adjuvant (kanserin ilerlemesini ya da tekrarlama riskini azaltmak için dokunun çıkarılması), sitoredüktif (diğer kanser tedavilerinin etkisini artırmak için tümör volümünün azaltılması), profilaktik (kansere gelişimi için yüksek risk taşıyan yaşamsal olmayan organların çıkarılması) ve kurtarma cerrahisi (lokal hastalık tekrarının ana tedavi yaklaşımının genişliğinin sınırlanması) şeklinde uygulanmaktadır (Ovayolu, 2017).

Radyoterapi, yüksek dozda radyasyon verilerek gerçekleştirilen tedavi şeklidir (Açıkgöz, 2007). Onkoloji hastalarının yaklaşık %50-60'ı tedavi sürecinin bir döneminde primer hastalığın tamamen yok edilmesi (küretif) ya da hastalığa bağlı belirtilerin kontrol altına alınması amacıyla radyoterapi tedavisi görmektedir. Seçilecek olan radyoterapi şekli, dozu ve yoğunluğu; kanserin türü, evresi, bireyin yaşı, beklenen yaşam süresi gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Tedavi amaçlı uygulanan yüksek doz radyasyon tümör hücrelerini etkilediği gibi normal hücrelerde zarar verebilmektedir. Bu duruma bağlı olarak onkoloji hastalarında cilt lezyonları, mukozal lezyonlar, bulantı, kusma, diyare, sistit ve radyosyan pnömonisi gibi olası yan etkiler görülebilmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011; Kizir ve Güveli, 2015).

İmmünoterapi/ biyoterapi, biyolojik kaynaklardan elde edilen biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip ajanlar kullanılarak bağışıklık sisteminin uyarılması ile uygulanan tedavi şeklidir. Bu tedavi yöntemi tüm hücreleri etkilemeyerek yalnızca tek

bir noktaya etki etmeleri nedeniyle onkoloji hastaları tarafından diğer tedavi yöntemlerine göre daha iyi tolere edilebilmektedir (Ovayolu, 2017). Bazı kanser hücreleri (meme, prostat, endometriyum vb.) içerdikleri hormon reseptörleri aracılığıyla östrojen veya testesterona duyarlı olabilmektedir. Bu tür kanserlerin tedavisinde hormonal tedavi yönteminden yararlanılmaktadır (Ovayolu, 2017). Kanser tedavisinde cerrahi tedavi, radyoterapi, hormon tedavisi ve immünoterapinin dışında en sık kullanılan diğer bir tedavi türü ise kemoterapidir.

## **2.2. Kemoterapi**

### **2.2.1. Kemoterapinin Tanımı ve Tarihçesi**

Kemoterapi; kanser hücrelerini yok etmek ya da bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak amacıyla birtakım kimyasal ilaçlar ile uygulanan tedavi şeklidir. Kemoterapi bazen tek başına, bazende cerrahi tedavi, radyoterapi, hormon ve biyoterapi ile birlikte uygulanabilmektedir (Yıldız, 2015).

Tarihsel süreç içerisinde kemoterapi terimi 1900'li yıllarda hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar ile ortaya çıkmıştır. 1940 yılında ikinci dünya savaşında kimyasal ajan olarak kullanılan nitrojen mustard gazına maruz kalan askerlerin lökosit sayılarında belirgin bir düşüş yaşandığı gözlemlendikten sonra, nitrojen mustard antineoplastik olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu buluş kemoterapi tedavisi için bir dönüm noktası olmuştur. Nitrojen mustardın kullanımından bir süre sonra yeni araştırmalar yapılmış ve metotreksat, siklofosfamid ve fluorourasil gibi kemoterapik ilaçlar keşfedilmiştir. Bu ilaçlar modern kemoterapinin temellerini oluşturmuştur. Bugün çok sayıda kemoterapik ilaç kanser tedavisinde kullanılmaktadır (Yener, 2006; Yıldız, 2015).

### **2.2.2. Kemoterapötik İlaçların Sınıflandırılması**

Kemoterapi; alternatif başka bir tedavinin olmadığı kanser türlerinin tedavisinde temel tedavi olarak kabul edilmektedir. Bu tedavi; kanser hücrelerinin bölünme ve çoğalmasını engelleme ilkesini temel almaktadır. Hücre döngüsünün belirli bölümlerini etkileyen kemoterapötik ilaçlar hücre döngüsüne spesifik ilaçlar, hücre döngüsünün belirli bir bölümünde etkili olmayan ilaçlar ise hücre döngüsüne spesifik olmayan ilaçlar olarak adlandırılmaktadır. Hücre döngüsüne spesifik olmayan ilaçlar G<sub>0</sub> evresinde (dinlenme evresi) olan hücreler dahil olmak üzere hücre döngüsünün her

aşamasında etkilidirler. Hücre döngüsünün evrelerinde etki ettikleri mekanizmalara göre kemoterapötik ilaçlar alkilleyici ajanlar, antimetabolitler, antitümör antibiyotikler, doğal ürünler ve analoglar, hormonlar ve hormon antagonistleri olarak sınıflandırılmaktadır (Demiray, 2004; Yalçın, 2012; Yıldız, 2015; Ovayolu, 2017).

*Alkilleyici Ajanlar:* Alkilleyici ajanlar malign tümörleri tedavi etmede kullanılan ilk ilaçlardır. DNA'yı hedef alarak hücrel çöğalmayı engellerler. Sitotoksik, mutajenik ve karsinojeniktirler (Demiray, 2004; Yalçın, 2012; Ovayolu, 2017).

*Antimetabolitler:* Hücre fonksiyonu için gerekli olan normal metabolitlerin kimyasal yapısını taklit ederek DNA ve RNA sentezini bozan kemoterapötik ajanlardır (Yener, 2006; Yalçın, 2012; Ovayolu, 2017).

*Antitümör Antibiyotikleri:* Genellikle mikroorganizmalardan elde edilirler. DNA, RNA ve DNA'ya bağlı protein sentezini inhibe ederek hücre bölünmesini engelleyen kemoterapötik ajanlardır (Yener, 2006; Yalçın, 2012; Ovayolu, 2017).

*Doğal ürünler ve Anologlar:* Bitkilerden elde edilen bu ajanlar hücre bölünmesininin metafaz aşamasını engelleyerek hücre ölümüne neden olurlar. Ayrıca RNA sentezini inhibe ederek hücre çöğalmasını da engellemektedirler (Yener, 2006; Yalçın, 2012; Ovayolu, 2017).

*Hormonlar ve Hormon Antagonistleri:* Tümörlerin köken aldığı ve büyüdüğü çevreye etki ederek tümörlerin büyümesini engellerler. Özellikle meme, testis ve prostat kanseri gibi hormon bağımlı tümörlere karşı etkilidirler (Yalçın, 2012; Ovayolu, 2017).

### **2.2.3. Kemoterapötik İlaçların Etki Mekanizmaları**

Tümör hücreleri normal doku hücrelerinden; kontrolsüz hücre bölünmeleri, çevre dokulara yayılabilmeleri ve uzak organlara tutulum göstermeleri gibi özellikleri ile farklılaşmaktadır. Hücrelerin hızlı çöğalmasını hedef alan kemoterapötik ilaçların seçimi hücre bölünmesinin evrelerine göre belirlenmektedir (Yener, 2006; Yıldız, 2015).

Hücre bölünmesi beş evreden oluşmaktadır. Bu evreler  $G_0$ , (Dinlenme),  $G_1$  (1. Evre), S (Sentez) ve  $G_2$  (2. Evre) evreleridir. Evreler hücrenin yeniden üremesini veya ölümle sonuçlanan farklı hücrel süreçleri tanımlamaktadır.  $G_0$  evresi mitoz ile bölünen olgunlaşmamış hücrelerin dinlendiği evredir. Bu evredeki hücreler hareketsiz oldukları için genellikle kemoterapinin sitotoksik etkilerine karşı dirençlidir.  $G_1$  evresi hücre

bölünmesi için gerekli olan RNA, protein ve enzimlerin salgılanması için hazırlıkların başladığı evredir. Kemoterapötik ajanlar bu evrede etkilidir. S (Sentez) evresi DNA sentezinin olduğu evredir. DNA sentezinin hedef alan kemoterapötikler bu evrede etkindirler. G<sub>2</sub> (2.evre) mitoz bölünme için gerekli olan RNA ve protein sentezinin yapımının hızlandığı evredir. Kemoterapötik ajanlar hücrelerin aktif olduğu bu evrede de etkindir (Yener, 2006; Yıldız, 2015).

#### **2.2.4. Kemoterapötik İlaçların Veriliş Yolları**

Kanserin tipine ve evresine göre şekillenen standart kemoterapi protokolleri vardır. Onkoloji hastasına uygulanacak ilacın şekli, verilme zamanı ve süresi gibi özellikleri bu protokollerde yer almaktadır. Kemoterapötik ilaçların verilmesinde en sık kullanılan yöntem intravenöz veriliş yoludur. Bunun yanısıra kemoterapötik ilaçların verilmesinde oral, subkutan, intramüsküler, intratekal, intraperitoneal, intraplevral ve intraveziküler gibi çeşitli veriliş yolları da kullanılmaktadır (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*Oral yol:* Kanser tedavisinde kullanılan oral kemoterapötikler; taşınabilir, kolay uygulanabilir olması ve hastada bağımsızlık hissini artırması gibi avantajlarının yanı sıra emilimin tam olduğundan emin olunamaması, kusma ile birlikte doz kaybı ihtimali, ilaç-besin etkileşimi, herhangi bir nedenle bırakıldığında sağlık personelinin bu durumdan haberdar olmaması gibi dezavantajları bulunmaktadır (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*Subkutan/ intramüsküler:* Kemoterapötik ilaçların verilişinde; uygulanabilirliğinin kolay olması ve diğer yöntemlere göre daha az yan etkisinin olması gibi avantajlarına karşın emilim için yeterli kas dokusunun olmaması nedeniyle çok sık tercih edilmeyen bir yöntemdir (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*İntravenöz:* Kemoterapötik ilaçların veriliş yolları arasında en sık tercih edilen yöntemdir. İntravenöz yolun enfeksiyon, flebit, ekstremitasyon ve lokal rahatsızlıklar gibi olası yan etkileri bulunmaktadır (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*İntraarteriyel:* Bu yolla verilen kemoterapötikler genellikle radyologlar tarafından uygulanmaktadır. İlaç doğrudan organ içine ya da tümörün içine verilmektedir. Bu yol ile uygulanan kemoterapötikler daha yüksek dozda ilacın verilmesini sağlamaktadır (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*İntratekal/İntraventriküler:* Kemoterapötik ilaçların merkezi sinir sistemine doğrudan verilme şeklidir. Kafa içi basıncın artması, letarji, konfüzyon, bulantı-kusma, ve baş ağrısı gibi yan etkileri bulunmaktadır (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*İntraperitoneal:* Kemoterapötik ilaçların doğrudan peritona verilmesidir. Abdominal ağrı, abdominal distansiyon, kanama ve ileus gibi yan etkileri görülebilmektedir (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*İntraplevral:* Kemoterapötik ilaçların plevral aralığa doğrudan verilmesidir. İntraplevral yolun ağrı ve enfeksiyon gibi yan etkileri bulunmaktadır (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

*İntraveziküler:* Kemoterapötik ilaçların foley kateter ile direk mesaneye verilmesidir. Üriner sistem enfeksiyonu, sistit, hematüri, mesane kontraktürü ve idrar yaparken zorlanma gibi yan etkiler görülebilmektedir (Gündoğdu, 2015; Ovayolu, 2017).

### **2.2.5. Kemoterapi Türleri**

Kemoterapi kanser hücrelerini yok etmek ya da kontrol altına almak amacıyla kemoterapötik ilaçların verildiği bir tedavi şeklidir. Tedavide kullanılan kemoterapi türü hastalığın tipine ve yaygınlığına göre değişmektedir (Pekmezci, 2013; Yıldız, 2015).

*Adjuvan Kemoterapi:* Cerrahi ve radyoterapi tedavisinden hemen sonra uygulanan sistematik kemoterapidir. Bu tedavi yaklaşımının amacı kanser hücrelerinin lokal kontrolünü artırmak ve uzak dokulara metastazı engellemektir (Pekmezci, 2013; Yıldız, 2015, Ovayolu, 2017).

*Neoadjuvan Kemoterapi:* Lokal ve ileri kanser türlerinde radyoterapi ve cerrahi tedavi öncesinde kanser hücrelerini küçültmek amacı ile uygulanan tedavi türüdür (Pekmezci, 2013; Yıldız, 2015, Ovayolu, 2017).

*Kombine Kemoterapi:* İleri evre kanser türünde kullanılan; kanser hücrelerine karşı ek ya da sinerjik etki elde edebilmek için birden fazla kemoterapötik ilacın birlikte verilmesidir. Doğru kullanım olmadığı zaman toksisite ya da ilaca karşı direnç gelişebilmektedir (Yıldız, 2015; Ovayolu, 2017).

*Konkomitan Kemoterapi:* Kemoterapi ve radyoterapinin eş zamanlı olarak uygulandığı tedavi türüdür. Bu tedavide temel amaç radyoterapinin etkisini artırarak hastalığın lokal kontrolünü sağlamaktır (Pekmezci, 2013; Yıldız, 2015).

### **2.2.6. Kemoterapinin Yan Etkileri ve Semptom Kontrolü**

Son yirmi yılda kemoterapi tedavisi alan onkoloji hastalarının destek tedavisinde önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Kanserin patofizyolojisinin anlaşılması, risk faktörlerinin azaltılması ve kanser tedavisinin yan etkilerinin önlenmesi gibi etmenler bu gelişmelerin nedenleri arasında yer almaktadır. Onkoloji hastalarının tedavisi için kullanılan kemoterapötikler kanser hücrelerini etkilediği gibi normal sağlıklı hücreleride etkileyerek çeşitli yan etkilere neden olabilmektedir. Kemoterapötiklerin onkoloji hastaları üzerindeki yan etkileri akut, sınırlayıcı ve ılımlı seyir gösterebildiği gibi kronik, kalıcı ve hayati tehdit edici boyuttada olabilmektedir (Sümbül, 2013). Kemoterapötiklerin yan etkileri acil ve erken dönem, orta dönem ve geç dönem yan etkiler şeklinde sınıflandırılabilir. Erken dönemde uygulama yerinde kızarıklık, ağrı, kardiyak aritmi, bulantı-kusma; orta dönemde anemi, enfeksiyonlara yatkınlık, bulantı-kusma, stomatit, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, alopesi; geç dönemde ise infertilite, libidoda azalma, nöropati, renal sorunlar ve kardiyak sorunlar gibi yan etkiler görülebilmektedir (Pekmezci, 2013).

#### **Ekstravazasyon**

Kanser tedavisi için verilen kemoterapötik ilaçların subkutan dokuya sızması ile gerçekleşen ekstravazasyon doku harabiyeti, deride soyulma, inflamasyon ve ağrıya neden olmaktadır (Demir, 2013). Ekstravazasyon ile ilgili risk faktörleri hasta ile ilgili risk faktörleri, damar içine kateter uygulama ve infüzyon ile ilgili faktörler ve tedavide kullanılan ilaca ilişkin faktörler olarak sınıflandırılabilir. Ekstravazasyonu önlemek için öncelikle ilacı uygulayan sağlık personelinin risk faktörlerini belirlemesi önemlidir. Bireyde ekstravazasyon belirtileri gözlemlendiğinde yapılması gereken ilk şey ilaç infüzyonunun durdurulmasıdır. Daha sonra ekstravazasyonun yönetiminde verilen kemoterapötik ilacı dağıtmak, yaymak ve subkutan dokudan emilimini kolaylaştırmak amacıyla farmakolojik tedavinin yanı sıra, ılık-soğuk uygulama, etkilenen ekstremitenin elevasyonu gibi non-farmakolojik tedavi yöntemleride kullanılabilir (Genç, 2015).

#### **İlaca Karşı Alerjik Reaksiyon Gelişmesi (Anafilaksi)**

Anafilaksi, kemoterapinin akut gelişen yan etkilerinden biridir. Anafilaksi, immün sistemin bir antijen ile uyarılması sonucu gelişebilen hemoraji, yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu ve kardiyapulmoner arrest ile sonuçlanabilen bir durumdur. Bu

doğrultuda anafilaktik etkisi olan kemoterapötik ilaçların deneyimli bir hemşire ve doktor ile uygulanması son derece önemlidir (Yener, 2006; Demir, 2013).

### **Kemik İliğinin Baskılanması**

Kemoterapi tedavisinde kullanılan bazı ajanlar kök hücrelere zarar vererek kemik iliğinin eritrositleri, nötrofilleri ve trombositleri yenileme yeteneğini etkilemekte buna bağlı olarak da onkoloji hastalarında lökopeni, nötropeni, trombositopeni, anemi ve pansitopeni gibi durumlar meydana gelebilmektedir (Atay, 2015; Ovayolu, 2017).

DSÖ'ye göre nötropeni mutlak nötrofil sayısının  $2000/\text{mm}^3$ 'ün altında olmasıdır. Nötrofil sayısının azalması onkoloji hastalarında enfeksiyon riskini artırmakla birlikte bireylerin mortalite oranını yükseltmektedir. Bu nedenle nötropenik hastaya acil müdahale edilmeli ve bireyde enfeksiyon belirtileri gözlemlenmelidir. Diğer yandan hastayla ilgili tüm işlemlerde aseptik tekniklere dikkat edilmeli ve nötrofil sayısı takip edilmelidir. Bununla birlikte hasta ve ailesi, deri bütünlüğünün korunması, ağız bakımı, hijyen, yeterli ve dengeli beslenme ile enfeksiyondan korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir (Atay, 2015; Ovayolu, 2017).

Trombositopeni, kan trombosit sayısının  $150.000 \text{ mm}^3$ 'ün altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır. Trombositopeni kanamaya neden olması nedeniyle onkoloji hastalarında takip edilmesi gereken en önemli semptomlardan biridir. Trombositopeni gelişen onkoloji hastaları ciltte peteşi, ekimoz ve hematom yönünden değerlendirilmelidir. Hasta düşmelerden korunmalı ve bireye güvenli bir çevre sağlanmalıdır. Bireylerin trombosit değerleri takip edilmelidir. Hasta ve ailesi kanamaya neden olabilecek olası etmenler, kanamanın erken belirtileri ve kanamayı kontrol altına alma yaklaşımları hakkında bilgilendirilmelidir (Kayış, 2015; Ovayolu, 2017).

Kemoterapötik ilaçların kemik iliğini baskılaması eritrosit sentezini etkilemekte ve buna bağlı olarak onkoloji hastalarında anemi görülmektedir. Anemi gelişen onkoloji hastalarında hastanın yorgunluk ve aktivite düzeyinin değerlendirilmesi, bireyin laboratuvar bulgularının (tam kan sayımı, periferik yayma, demir, folik asit düzeyi vb.) takip edilmesi son derece önemlidir (Ovayolu, 2017).

### **Ağrı**

Kansere bağlı olarak gelişen ağrı onkoloji hastalarını en çok etkileyen semptomlardan biridir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği ağrıyı "Vücudun belirli bölgesinden kaynaklanan kuvvetli doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın



geçmiş deneyimleri ile ilgili hoş olmayan sensoryal ve emosyonel bir duyum ve davranış” olarak tanımlamaktadır (Yıldırım, 2015). Kansere bağlı ağrı, kanser kitlesine, kanserin tedavi yöntemlerine ve kanserle ilişkili olmayan faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir (Ovayolu, 2017). Günümüzde kanser ve tedavisine yönelik önemli gelişmeler doğrultusunda ağrının azaltılmasına yönelik uygulamalarda ilerlemeler kaydedilmesine karşın onkoloji hastalarında kanser ağrısı etkili bir şekilde yönetilememektedir (Pekmezci, 2013).

Kanser ağrısı sürekli, geçici ya da epizodik şekillerde meydana gelmektedir. Sürekli ağrı günün büyük çoğunluğunda görülen ağrıdır. Epizodik ağrı ise ağrının çeşitli nedenler ile tetiklenmesine bağlı olarak atak şeklinde meydana gelmesidir (Yıldırım, 2015). Kanser ağrısında etkin bir tedavi uygulanabilmesi ağrının etkin bir şekilde değerlendirilmesine bağlıdır (Gülçığ Çapar, 2010).

Kanser ağrısı zaman içerisinde yeri ve şiddeti gibi özellikleri bakımından değişim gösterebilmektedir. Bu nedenle onkoloji hastalarında ağrı sık aralıklarla değerlendirilmelidir (Gülçığ Çapar, 2010). Onkoloji hastalarında ağrı değerlendirmesi; ağrı öyküsü, psikososyal öykü, tıbbi öykü, fizik muayene ve laboratuvar görüntüleme çalışmalarını içermektedir (Yıldırım, 2015). Kanser ağrısının yönetimi çok boyutludur. Kanser ağrısının tedavisinde, farmakolojik (Opioid ve nonopioid analjezikler) yöntemler ve nanfarmakolojik (Akupunktur, masaj, hayal kurma, hipnoz, müzik vb.) yöntemlerin birlikte kullanılması ağrı yönetiminde etkili olabilmektedir (Yıldırım, 2015).

### **Yorgunluk**

Yorgunluk, onkoloji hastaları tarafından en sık bildirilen bir semptom olmakla birlikte (Usta Yeşilbalkan, 2015), onkoloji hastalarının %80 ile %90'ında kemoterapiye bağlı yorgunluk meydana geldiği bildirilmektedir (Ovayolu, 2017). Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) kansere bağlı yorgunluğu, “her zaman yapılan işlevleri engelleyen, kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissi” olarak tanımlamaktadır. Yorgunluk sağlıklı bireylerde yeterli dinlenme ve uyku ile geçmesine karşın, onkoloji hastalarında dinlenmekle geçmemekte ve hastalara oldukça yüksek düzeyde rahatsızlık vermektedir. Kansere bağlı yorgunluk tümörün vücut üzerindeki etkilerine, radyasyon, kemoterapi ve hematopoetik kök hücre nakli gibi

tedavi yöntemlerine bağlı olarak gelişmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2015). Bununla birlikte kemoterapötik ilaçların dozu, süresi ve sıklığı gibi özelliklere bağlı olarak yorgunluğun şiddeti artmaktadır (Açıkgöz, 2007).

Kemoterapötik ilaçlara bağlı olarak gelişen yorgunlukta uygulanabilecek ilk girişim yorgunluğa neden olan ilacın değiştirilmesi ya da dozunun azaltılmasıdır. Bununla birlikte egzersiz, masaj ve iyileştirici dokunuş gibi davranışsal terapilerin uygulanması yorgunluk üzerinde etkili olan tedavi yöntemleridir. Ayrıca kemoterapi gören onkoloji hastalarına aktivite yönetimi, enerjinin korunması ve uyku kalitesini artırıcı yöntemler konusunda eğitim verilmesi de son derece önemlidir (Usta Yeşilbalkan, 2015).

### **Tat ve Koku Almada Değişiklik**

Kemoterapötik ilaçlar onkoloji hastalarının tat alma ile koku reseptörlerini etkileyerek tat ve koku almada değişikliklere neden olmaktadır. Kemoterapötik ajanın türü ve dozu onkoloji hastalarında tat ve koku alma durumunu etkilemektedir (Sözeri, 2015). Onkoloji hastalarında gelişen tat ve koku alma değişiklikleri bireyleri, fizyolojik psikolojik ve sosyal olarak etkilediği ve bireylerin yaşam kalitelerini önemli derecede azalttığı için bu durumun yönetimi son derece önemlidir (Sözeri, 2015). Bireyin tat ve koku alma durumu doğru bir şekilde değerlendirilmeli; bireylere sıvı alımı, baharat, besin aromaları ve tatlandırıcı kullanımı, ağız bakımı, sigara ve alkolden uzak durma, ortamın havasının nemlendirilmesi gibi konulara yönelik eğitim verilmelidir (Pekmezci, 2013).

### **Bulantı-Kusma**

Bulantı epigastrium ve boğazın arkasında deneyimlenen kusma ile sonuçlanabilen ya da sonuçlanmayan hoş olmayan bir duygudur. Kusma ise mide içeriğinin güçlü bir şekilde ağızdan atılmasıdır (Buluş, 2015). Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarında sık görülen yan etkilerden olan bulantı ve kusma kemoterapötik ilaçların beyindeki kusma merkezini uyarması sonucu meydana gelmektedir. Kanser tedavisine yönelik önemli gelişmelere rağmen onkoloji hastalarında bulantı prevalansı %7-49, kusma prevalansı %11-78 arasında değişmektedir (Ovayolu, 2017).

Kemoterapiye başlamadan önce onkoloji hastaları genellikle bulantı ve kusma yaşayacakları konusunda kaygı duymaktadırlar. Bu durum bazen hastayı tedaviyi kesme

noktasına getirebilecek kadar psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Tedavi sürecinde bulantı ve kusmanın engellenmesi onkoloji hastalarının yaşam kalitesini artırdığı gibi onların tedaviye uyumunu da artırmaktadır (Demir, 2013). Bu nedenle onkoloji hastalarında semptom yönetimi son derece önemlidir. Bulantı ve kusma yaşayan onkoloji hastalarına antiemetik tedavi gibi farmakolojik yöntemlerin yanı sıra akupresür, dikkati başka yöne çekme, düş kurma, gevşeme teknikleri, hipnoz ve masaj gibi non farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılması tedaviyi daha etkin hale getirebilmektedir. Bunun yanı sıra onkoloji hastalarına, yaşam tarzlarını değiştirmeleri, az ve sık beslenmeleri, yemekleri oda sıcaklığında tüketmeleri gibi beslenme ile ilgili konularda eğitim verilmelidir (Buluş, 2015).

### **Oral Mukozit**

Oral mukozit onkoloji hastalarının yaşadığı yaygın problemlerden biridir. Oral mukoza hücreleri hızlı bir şekilde büyüme ve bölünme gerçekleştirdiği için kemoterapötik ilaçların etkilerine karşı hassastır. Kemoterapötiklerin oral mukozaya etkisi sonucu ağız içinde yaralar meydana gelmektedir. Oral mukozit gelişme olasılığı kullanılan ilacın çeşidi, dozu ve uygulama protokolüne göre değişiklik göstermektedir (Demir, 2013). Ağız içindeki yaraların son derece ağrılı oluşu ve bireyleri sekonder enfeksiyonlara açık hale getirmesi onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle ağız içi yara oluşumunu en aza indirmek amacıyla kemoterapiye başlamadan önce ve tedavi sırasında hastalar diş hekimi kontrolüne yönlendirilmeli, diş ve diş eti ile ilgili sorunlar tedaviden önce çözümlenmelidir. Onkoloji hastalarına tedavi sırasında uygun ağız hijyeninin sağlanması ile yeterli ve dengeli beslenmenin sürdürülmesi konularında eğitim verilmelidir (Demir, 2013; Karadakovan, 2015).

### **Beslenme Problemleri**

Kemoterapötik ilaçların gastrointestinal sistem üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak onkoloji hastalarında sıklıkla iştahta azalması görülebilmektedir. Diğer yandan ileri evre onkoloji hastalarının %50 ile %80'inde malnutrisyon geliştiği bildirilmektedir. Beslenme problemlerinin yönetiminde öncelikle hastalar kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Değerlendirme sürecinde onkoloji hastalarının beslenme hikayeleri, besin alımları ve antropometrik ölçümleri (boy, kilo, deri kalınlığı ve kol

çevresi ölçümü) gibi konulara dikkat edilmeli bireylere uygun destek verilmelidir (Demir, 2013).

### **Diyare ve Konstipasyon**

Kemoterapi tedavisi bağırsakta aktif olarak çoğalan bağırsak yüzeyini etkilemekte ve bu tabakanın yok olmasına neden olmaktadır. Bu duruma bağlı olarak sıvının bağırsak geçişindeki emilimi sırasında dengesizlikler gelişebilmektedir. Bu durum kemoterapi gören hastalarda diyare gelişmesine neden olabilmektedir. Kemoterapiye bağlı diyare görülme sıklığı, bireye uygulanan tedavi protokolüne bağlı olarak değişmektedir (Tuna Ünsar, 2015). Onkoloji hastalarında konstipasyon, uygulanan tedaviye, tümör gelişimine, tedavide kullanılan opioid ve antiemetiklere bağlı olarak gelişebilmektedir. Hintistan ve arkadaşlarının (2012) bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada onkoloji hastalarının %19.5'inin konstipasyon deneyimlediği bildirilmiştir (Tuna Ünsar, 2015).

### **Nefes Darlığı**

Nefes darlığı bireyin yaşam kalitesinin etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Onkoloji hastalarında %29 ile %70 oranında kanser ve hastalığın tedavisine bağlı nefes darlığı yaşandığı bildirilmektedir (Pekmezci, 2013). Kemoterapötik ilaçların akciğer hasarı meydana getirmesine ya da kemik iliğini baskılamasına bağlı olarak akciğer enfeksiyonları gelişmesi nedeniyle onkoloji hastaları nefes darlığı yaşayabilmektedir (Demir, 2013).

### **Cilt ve Tırnaklarda Değişiklik**

Cilt ve tırnak yatağı değişiklikleri, el, avuç içi, ayak tabanı, kemoterapi uygulamak için kullanılan ven hattı, gibi vücudun çeşitli bölgelerinde meydana gelebilmektedir. Onkoloji hastalarında meydana gelen bu değişiklikler, ağrı ve enfeksiyona yol açmakta ve hastaların yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Kemoterapinin onkoloji hastalarının cilt ve tırnaklarında gelişen etkilerini önlemek için farmakolojik tedavinin yanısıra soğuk uygulama gibi non farmakolojik yöntemler uygulanmalı, hastalara koruyucu önlemler hakkında (el ayakların direk sıcak suyla temasından kaçınmak, yoğun içerikli kimyasal maddelerden kaçınmak, cildin direk güneş ışığından korunması vb.) eğitim verilmelidir (Usta Yeşilbalkan ve Özkaraman, 2015).

## **Allopesi**

Allopesi genellikle tedaviden 2-3 hafta sonra başlayan, tedavi bitiminden ortalama 8 hafta sonra tekrar saçların çıkması ile sona eren bir semptomdur. Allopesi bireylerin beden bütünlüğünü bozarak ciddi psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Allopesi yaşayan hastalara saç kaybının olacağı ancak tedavi bitiminden sonra tekrar saçların çıkacağı açıklanmalı bununla birlikte hastaya peruk, şal, takma kirpik gibi bireyin beden bütünlüğünü tamamlayıcı aksesuarlar önerilmelidir (Dayanç, 2017).

## **Psikolojik Sorunlar**

Kemoterapi alan onkoloji hastalarında hastalığın yarattığı korku, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi ve tedavi ile ilgili belirsizlik bireylerde, anksiyete, depresyon ve hatta deliryum gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Pekmezci, 2013; Bilgiç, 2015). Onkoloji hastalarının %50 oranında psikolojik sorunlar yaşadığı; bu oranın tıbbi, kişisel, kişiler arası ve sosyal etkenlere bağlı olarak değişim gösterdiği bildirilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Onkoloji hastalarında erken dönemde tedavi edilmeyen psikolojik sorunlar bireylerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve hastaların tedaviye uyumunu azaltabilmektedir. Bu nedenle kaliteli bir bakım için hastaların psikososyal ihtiyaçları ele alınmalı, bireyin öz bakımını güçlendirici faaliyetlerde bulunulmalı ve olumlu sağlık davranışı geliştirilmeye çalışılmalıdır (Pekmezci, 2013; Bilgiç, 2015).

## **2.3. Kemoterapi ve Cinsellik**

### **2.3.1. Cinsellik Kavramı**

Cinsellik kavramı; cinsel organların işlevleri ve bireylerin kendi cinsel işlevleri ile ilgili algıları, cinselliği ifade edişleri ve tercihlerini kapsayan; doğum öncesi dönemde başlayıp ömür boyu devam eden önemli bir kavramdır (Bozdemir ve Özcan, 2011; Uysal ve Çakırcalı, 2015). DSÖ cinsel sağlığı “Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (Bozdemir ve Özcan, 2011; Ayaz, 2007). Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik, kültürel, etik ve dini faktörlerin etkileşimi sonucu yaşanan bireyin yalnızca üreme organlarını değil, insan olarak sahip olunan tüm özelliklerini yansıtan bireyin kendisine ve ilişkide olduğu diğer

bireylere karşı kendisini ifadesidir (Gölbaşı, 2003). Cinsellik biyolojik, sosyolojik, psikolojik, ahlaki, dini ve kültürel boyutları olan karmaşık bir bütündür. Bu nedenle cinsellik farklı bakış açıları ile ele alınmalıdır (CETAD, 2007).

Biyolojik bakış açısı ile cinsellik temel bir içgüdüdür. Cinsel işlevler sinir sistemi, duyu organları ve genital organlar başta olmak üzere tüm vücut organlarının katıldığı, hormonlar ve kimyasal maddelerin etkileşimi ile meydana gelen bir süreçtir. Psikolojik bakış açısı ile cinsellik, bireyin kişilik özelliklerini, duygularını, bilişsel işlevlerini, geçmiş yaşantılarını, travmalarını, cinselliğe bakış açısını ve yaklaşımını yansıtmaktadır. Sosyo-kültürel açıdan cinsellik bireyin içerisinde yaşadığı çevre, gelenekler, tutum ve davranışları ile günlük yaşantısı ve cinsel davranışlarını etkilemektedir (CETAD, 2007).

### **2.3.2. Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler**

#### **Yaş**

Cinsel gelişim döllenme ile başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bireylerin fizyolojik, duygusal ve sosyal yönleri ile ilişkili olarak her yaş döneminin cinsel özellikleri birbirinden farklılık göstermektedir. Cinsel yaşam; adölesan dönemde bireylerin kendini keşfetmesi, cinsel kimlik ve rollerinin gelişmesi ile başlamaktadır. Yaşlanma ile birlikte bireylerde görülen, fizyolojik, psikolojik ve cinsel fonksiyonlardaki değişimler bireylerin cinsel yaşamlarını etkilemektedir. Kadınlarda menopoza ve menopoza sonrası dönemde bazı fizyolojik değişimlerin yaşanması (östrojen miktarının azalması, kadın genital organlarda incelme vb.) cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte yaşlanma ile kadınlarda cinsel istekte azalma, orgazma geç ulaşma ya da orgazm olamama, klitorisin küçülmesi, vajinanın yeterince genişleyememesi, uterusun yeterince yükselememesi, dispareni gibi durumlar yaşanırken erkekler de cinsel ilgide, erektil fonksiyonlarda ve libido da azalma ile erken ejakülasyon görülebilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Açıköz, 2007).

#### **Cinsiyet**

Cinsiyet, insanoğlunu kadın ve erkek olarak tanımlayan biyolojik özelliklerin bütünüdür (Gölbaşı, 2003). Kadın ve erkeklerin, sahip oldukları cinsel organlar (penis, testis, vajina, uterus, meme), vücut içerisinde baskın olan hormonlar (Östrojen, testosteron), fizyolojik ve anatomik farklılıklar ile birlikte cinselliğe bakış

açıları, cinsellik talebi ve ilişki sıklığı gibi konularda farklılık gösterdikleri bildirilmektedir. Erkeklerin cinsel istekliliğinin kadınlara göre daha fazla olduğu ve yaşam sürecinde kadınlara oranla cinselliği daha uzun süre devam ettirdikleri saptanmıştır. Bununla birlikte erkeklere oranla kadınların cinsel yaşantısının sosyal, kültürel ve psişik etmenlerden daha fazla etkilendiği bildirilmektedir (Açıkgöz, 2007; Uysal ve Çakırcalı, 2015).

### **Benlik Saygısı**

Benlik bireyin tutum ve inançlarını içeren, bireyin kişiliğine yön veren bir kavramdır. Benlik saygısı ise bireyin kendisine verdiği değeri göstermektedir (Uçar, 2008). Bireylerin benlik kavramı ile cinsel yaşamları arasında güçlü bir ilişki bulunmakla birlikte cinsel bir varlık olarak benlik saygısı yüksek olan bireyler, cinsel yaşantısından daha fazla memnun olmaktadır. Benlik saygısı düşük olan bireylerde ise cinsel işlev bozukluğu ve cinsel isteksizlik gibi olumsuz durumlar görülebilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015).

### **Psikolojik sorunlar**

Psikolojik, sosyal ve biyolojik değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi ile şekillenen cinsel yaşam bu bileşenlerden birinin yokluğunda işlevselliğini yitirebilmektedir. Başta depresyon olmak üzere bireylerin yaşadıkları psikolojik sorunların; cinsel isteği azalttığı ya da geçici bir süre ortadan kaldırdığı bildirilmektedir. Bununla birlikte psikolojik sorunlar, eşler arasında iletişimin bozulmasına neden olarak cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Açıkgöz, 2007; Ovayolu, 2017).

### **Kronik Hastalıklar**

Kronik hastalıklar; dünyada ve ülkemizde önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Kronik hastalıklar sakatlıklara neden olan ve bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Kronik hastalıkların birey üzerindeki olumsuz etkilerinden biride cinsel yaşam kalitesini etkilemesidir (Tanrıverdi, 2017). Kronik hastalık varlığı bireylerin cinsel işlev yeteneklerine (Orgazm bozukluğu, ejakülasyonda yetersizlik, baskılanmış cinsel istek, dispareni vb.) zarar verebilmekte ve bireylerin cinsel ilişkiye girmekten korkmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar ve cerrahi operasyonlar bireylerin beden imajına zarar verebilmekte ve onların cinsel istek ve arzularını etkileyebilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Tanrıverdi, 2017).

### 2.3.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları bireyler arasında çok sık rastlanan problemlerden biridir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde cinsel işlev bozukluğu ile karşı karşıya kaldığı, kadınların %30 ile %60'ının ve erkeklerin %40'ının en az bir kez cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir (CETAD, 2007). Cinsel işlev bozukluklarının genellikle psikososyal, kültürel ve fizyolojik etkilerin karşılıklı etkileşimi ile oluştuğu düşünülmektedir (Tanrıverdi, 2017). Cinsel işlev bozukluğu cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte, erkeklerde erektil fonksiyon bozukluğu, erken boşalma ve cinsel istekte azalma gibi problemler görülürken; kadınlarda, orgazm bozukluğu, cinsel istekte azalma, disparenyaya ve vajinal kuruluk gibi cinsel işlevsel bozuklukları gelişebilmektedir (Ayaz, 2007).

#### **Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları**

*Cinsel İstek Bozuklukları:* Kadınlarda cinsel istek bozukluğu, sürekli ve tekrarlayan bir biçimde cinsel eylem için arzunun olmaması veya zayıf olması durumudur. Cinsel eylemin yanında, cinsel hayaller kurmak, cinsel konular ile ilgilenmek, erotik uyarıları izlemek gibi isteğin olmaması ya da çok seyrek olmasıdır (CETAD, 2007). Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar arasında en yaygın görülen işlev bozukluğudur (Yıldız, 2015). Cinsel istek bozuklukları biyolojik (hastalık, ilaçlar) ve psikolojik (kişilik sorunları, cinsel yönelim sorunları, cinsel fobiler ve kaçınmalar, psikiyatrik rahatsızlıklar, katı dini ahlaki inançlar) faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi bu iki durumun birbirleriyle etkileşimi sonucunda meydana gelebilmektedir (Ayaz, 2007).

*Cinsel Uyarılma Bozuklukları:* Cinsel uyarılma bozukluğu sürekli ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi ve cinsel heyecanın sürdürülememesi durumudur (CETAD, 2007; Ayaz, 2007). Cinsel uyarılma bozukluğu tanısı kadınlarda cinsel ilişki sırasında vajinal kayganlığı sağlayan vajinal sıvının gelmemesi ya da yetersiz olması ile konulmaktadır (Yıldız, 2015). Cinsel uyarılma olmadan cinsel yaşantının sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi zordur. Kadınların %10 ile %20'sinin cinsel uyarılma bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir. Cinsel uyarılma ile ilgili problemler, radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavi gibi tıbbi nedenlerin yanısıra psikolojik nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir (Ayaz, 2007).



*Orgazm Bozuklukları:* Orgazm bozukluğu kadınlarda cinsel uyarılmadan sonra orgazmın gecikmesi ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır (Ayaz, 2007). Kadın orgazmını meydana getiren bir çok faktör (klitoris, vajina içi, meme ucu) vardır. Kadın orgazmının yoğunluğu ve sıklığı bireyde yarattığı memnuniyete göre değişmektedir. Orgazm yeteneği bireyden bireye farklılık göstermektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015). Orgazm bozukluğu yaşayan kadınların cinsel yönden kendilerine daha az güvendikleri ve orgazmın fizyolojik belirtileri ile ilgili farkındalıklarının daha az olduğu bildirilmiştir (Ayaz, 2007).

*Cinsel Ağrı Bozuklukları:* Cinsel ağrı bozuklukları vajinismus ve dispareniya olarak sınıflandırılmaktadır. Dispareniya kadının cinsel aktivite öncesinde veya sırasında labia, vajina ve pelvis içerisinde ağrı hissetmesi durumudur. Dispareni genç kadınlarda %14 ile %35 oranında görülürken ileri yaş kadınlarda bu oran %45'e ulaşabilmektedir. Kadınlar yetersiz cinsel uyarılma, ilaçlar ve enfeksiyon gibi nedenlere bağlı olarak dispareniya yaşayabilmektedir (Ayaz, 2007).

Vajinismus; vajinanın kaslarının cinsel birleşmeyi engelleyecek biçimde istemsiz kasılması ile oluşmaktadır. Vajinismusun genellikle fizyolojik bir nedeni olmamakla birlikte eşe karşı olumsuz duygular besleme, cinsel korku ve fobiler, cinsel travmalardan kaynaklanabileceği bildirilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Ayaz, 2007).

### **Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları**

*Cinsel İstek Bozuklukları:* Erkeklerde cinsel istek bozuklukları kadınlara oranla daha az görülmektedir. Erkeklerde görülen cinsel istek bozuklukları cinsel istekte azalma ve cinsel tiksinti bozukluğu şeklinde sınıflandırılabilir. Cinsel istekte azalma, cinsel etkinlik ve cinsel fantaziye yönelik isteğin zamanla, sürekli ve tekrarlayan biçimde azalması ile meydana gelmektedir. Cinsel tiksinti bozukluğu ise cinsel birleşmeden kaçınma ile birlikte cinsel aktivite söz konusu olduğunda bireyde korku, çarpıntı ve bulantı gibi belirtiler meydana gelmesi durumudur (CETAD, 2007; Ayaz, 2007).

*Eretil Fonksiyon Bozuklukları:* Tatminkar bir cinsel ilişki için yeterli seviyede ereksiyonun oluşmaması ya da sürdürülememesi durumudur. Erkeklerde en sık görülen bozukluklar arasında olan erektil fonksiyon bozukluğu bir çok erkeği rahatsız

eden bir durumdur. Erişkin erkeklerde %52 ile %67 oranında görülebilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015; Ayaz, 2007).

*Erken Ejekülasyon ve Ejakülasyonda Yetersizlik:* Erkeklerde orgazm ve ejakülasyon eş zamanlı olarak meydana gelmektedir. Erken ejakülasyon bireyin çok az uyarılmasına rağmen denetimsiz olarak boşalmasıdır. Erkekler arasında en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğudur. Bu durum bireyi ve cinsel partnerini olumsuz etkilemektedir. Ejekülasyon yetersizliği ise vajinaya boşalamama durumu ile ilgilidir. Cinsel aktivitenin uzun sürdüğü ya da ciltte iritasyon meydana geldiği durumlarda görülebilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015).

*Disparonaya:* Erkeklerde görülen cinsel ilişki öncesi ya da sonrası meydana gelen ağrıdır. Bu ağrı ejakülasyon sırasında da meydana gelebilmektedir. Genellikle üretra, prostat ve mesane enfeksiyonu gibi durumlara bağlı olarak gelişebilmektedir (Ayaz, 2007).

#### **2.3.4. Kanserde Cinsel Yaşam**

Cinsellik bireyin yaşı ve deneyimleri ile zaman içerisinde değişebilen, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan bir kavramdır (Yalçın, 2012; Ayaz, 2007). Hastalık ve tedavi süreci bireylerin cinsel yaşamını etkilemektedir. Onkoloji hastalarının cinsel yaşamı; kanserin biyolojik süreci, uygulanan tedavinin olumsuz etkileri, beden imajında ve cinsel kimlikte değişim gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (Oskay, 2015). Onkoloji hastalarında görülen cinsel işlev bozuklukları kanserin lokalizasyonuna, evresine, tedavisine, beden imajındaki değişimlere ve kansere eşlik eden psikiyatrik problemlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir.

#### **Kanserin Lokalizasyonu ve Cinsellik**

*Jinekolojik Kanserler ve Cinsellik:* Jinekolojik kanserler anatomik fizyolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak onkoloji hastalarının cinsel işlev durumlarını etkilemektedir (Oskay, 2015; Ovayolu, 2017). Jinekolojik kanserli onkoloji hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %20 ile %100'ünde cinsel disfonksiyon görüldüğü bildirilmektedir (Açıkgöz, 2007).

*Meme Kanseri ve Cinsellik:* Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Özellikle meme kanserinin tedavisinde uygulanan cerrahi tedavi onkoloji hastalarının beden imajını olumsuz yönde etkilemekte, cinsel kimliği tehdit olarak algılanmakta, onkoloji hastalarının cinsel açıdan kendisini yetersiz ve eksik hissetmesine neden olmaktadır. Cerrahi tedavi dışında uygulanan diğer tedavilerin neden olduğu semptomlar (saç dökülmesi, vajinal kuruluk, libido kaybı) bireyi cinsel yaşamdan uzaklaştıran faktörlerdir (Oskay, 2015). Meme kanserli hastalar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda meme kanseri tanısı almış kadınlarda orgazm yeteneğinde azalma, disparoni, cinsel istekte azalma gibi cinsel işlev bozuklukları geliştiği ve %50'sinin cinsel yaşamlarında değişiklik yaşadığı bildirilmektedir (Avis ve ark., 2004; Açıkgöz, 2007).

*Erkek Genital Organ Kanseri ve Cinsellik:* Erkek genital organ kanserlerinde özellikle libido ve cinsel doyumda azalma, ejakülasyon ve erektil bozuklukta artma gibi cinsel işlev bozuklukları yaşanabilmektedir (Ovayolu, 2017).

*Kolorektal Kanseler ve Cinsellik;* Kolorektal kanserlerde kullanılan cerrahi tedavi kadın ve erkeklerin beden imajını etkilemekte ve cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olabilmektedir (Oskay, 2015). Kolorektal kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %41'inin ve erkeklerin %47'sinin libido kaybı yaşadığı bildirilmektedir (Hendren ve ark., 2005).

*Baş Boyun Kanseri ve Cinsellik:* Onkoloji hastalarının beden imajlarını önemli ölçüde etkileyen kanserlerden bir diğeri de baş boyun kanserleridir. Genellikle cerrahi tedavi sonrası hastalar cinsel çekiciliklerini kaybettiklerini düşünerek cinsel partnerleri tarafından reddedilme korkusu yaşayabilmektedir (Açıkgöz, 2007).

### **Kanserin Evresi ve Cinsellik**

Onkoloji hastalarında evreleme; kanserli hücrelerin vücutta nereye yerleştiğine, yerleştiği organı ne kadar etkilediğine ya da diğer organlara yayılım gösterip göstermediğine göre tanımlanmaktadır. Farklı tip kanser türleri için farklı evreleme teknikleri kullanılsada yaygın olarak AJCC (Amerikan Kanseri Komitesi) tarafından hazırlanmış TNM (T= Tümör; N=Lenf nodu; M= Metastaz) evreleme sistemi kullanılmaktadır. Evre romen rakamları ile 1'den 4'e kadar yazılmaktadır (Şen ve Aydın, 2015). Onkoloji hastalarında kanserin evresinin bilinmesi hastalığın seyri ve boyutları hakkında bilgi vermektedir. Evrelerin derecesi arttıkça onkoloji hastalarına

uygulanan tedavinin yoğunluğu artmakta ve buna bağlı olarak bireylerde daha fazla cinsel sorun yaşanmaktadır (Açıkgöz, 2007). Prostat kanserli hastalar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda metastatik evredeki hastaların daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları (Kaya ve ark., 2013) ve kanserin evrelerine göre hastalarda cinsel isteğin azaldığı belirlenmiştir (Açıkgöz, 2007).

### **Kanserin Süresi ve Cinsellik**

Kanser tanı koyulma aşamasından itibaren başlayıp tedavi süreci boyunca devam eden bireyin yaşamını önemli ve hayati derecede etkileyen kronik bir hastalıktır. Onkoloji hastaları hastalığın tedavi süreci boyunca psikolojik, sosyal ve fizyolojik bir çok semptom ile karşı karşıya kalmaktadır. Onkoloji hastalarında görülen cinsel problemler tedavi süreci ve sonrasında bireyi etkilemektedir (Oskay, 2015). Açıkgöz ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, hastalık süresi 1 yıldan az olan hastalarda cinsel istekte, cinsel doyumda ve cinsel çekicilikte azalma gibi bozuklukların daha fazla yaşandığı bildirilmiştir.

### **Onkoloji Hastalarında Sık Görülen Cinsel Sorunlar**

Kanserin biyolojik süreci, yapılan tedavilerin olumsuz etkileri, ek sağlık problemleri, kullanılan ilaçlar, dini kültürel normlar, psikolojik sorunlar onkoloji hastalarının cinsel yaşamını ve üreme gücünü etkilemektedir. Kanser ile ilişkili cinsel sorunların temelinde kişiler arası ilişkiler (ilişki uyumsuzluğu, yakınlık korkusu, iletişim eksikliği vb.), biyolojik faktörler (hormonal değişiklikler, vücut bütünlüğünde değişim, ağrı, yorgunluk) psikolojik faktörler (depresyon, anksiyete, beden imajında değişim, negatif düşünme vb.) ve sosyo-kültürel faktörler (dini inançlar, kültürel değerler, sosyal normlar) yer almaktadır. Onkoloji hastalarında en sık görülen cinsel sorunlar, cinsel istekte, cinsel uyarılma ve doyumda, cinsel çekicilikte ve cinsel ilişki sıklığında azalma olarak sınıflandırılabilir (Açıkgöz, 2007; Oskay, 2015, Ovayolu, 2017).

*Cinsel İstekte Azalma:* Onkoloji hastalarında en sık görülen cinsel sorunlardan ilki hem kadın hemde erkeklerde cinsel isteğin azalmasıdır (Oskay, 2015). Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavinin bulantı, kusma, ağrı ve yorgunluk vb. etkileri onkoloji hastalarının cinsel isteklerini olumsuz yönde etkilemektedir. Barni ve Mondin (1997)'in meme kanserli hastalar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada hastaların %64'ünün kanser tanısı almadan önce daha az cinsel isteksizlik yaşadıkları bildirilmiştir. Benzer

şekilde Açıkğöz (2007)'ün yapmış olduğu diğer bir çalışmada, onkoloji hastalarının %85'inde cinsel isteğin azaldığı belirlenmiştir.

*Cinsel Uyarılma ve Doyum Sorunları:* Onkoloji hastalarında kanser tedavisi amacıyla kullanılan radyoterapi, cerrahi tedavi ve kemoterapi gibi yöntemler onkoloji hastalarının genital organlarında hasar ya da değişimler meydana getirebilmektedir. Bu durum kadın ve erkek onkoloji hastalarının cinsel uyarılma ve orgazm yeteneğini etkileyebilmektedir (Açıkğöz, 2007; Oskay, 2015). Erkek hastalarda orşiektomi, prostatektomi gibi cerrahi tedavilerin uygulanması sinir hasarına neden olabilmekte, bireylerde erektil disfonksiyona ve ejakülasyon yetersizliğine yol açabilmektedir. Bu durum bireylerin orgazm olma kapasitesini etkileyebilmektedir. Literatürde testis kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık olarak %20'sinin orgazma ulaşmada güçlük çektiği bildirilmiştir (Dahl ve ark., 2005).

*Cinsel İlişki Sıklığında Azalma:* Kanser ve kanser tedavisinin birey üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri onkoloji hastalarında cinsel istekte azalma ile birlikte bireylerin ilişki sıklığında endişeye yol açabilmektedir (Oskay, 2015; Ovayolu, 2017).

*Cinsel Çekicilikte Azalma:* Kanser ve kanser tedavisinin birey üzerindeki olumsuz etkileri beden algısı ile ilgili sorunlara neden olarak, hastalarının kendilerini cinsel yönden yetersiz hissetmelerine yol açabilmektedir. Prostat kanseri olan hastaların bir çoğunun prostatektomi sonrası kendilerini daha az erkeksi hissettikleri ve cinsel haz alma oranlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte jinekolojik kanser tedavisi gören onkoloji hastalarında kadınlık duygusunda azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi durumlar görülebilmektedir (Oskay, 2015).

### **2.3.5. Kemoterapinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri**

Kemoterapiye bağlı üreme ve cinsel fonksiyon bozuklukları tedavide kullanılan kemoterapötik ilacın tipine, bireyin yaşına, cinsiyetine ve tedavi sonrasında geçen zamana bağlı olarak değişmektedir (Oskay, 2015). Kemoterapinin onkoloji hastalarının cinsel yaşamları üzerindeki etkileri beden imajına, cinsel fonksiyona ve üreme yeteneğine yönelik etkiler olarak sınıflandırılabilir.

### **Beden İmajına Yönelik Etkileri**

Beden imajı bireylerin kendi bedenleri hakkındaki algıları ve düşünceleridir. Beden imajı onkoloji hastalarının cinsel yaşamlarının kalitesi için önemli bir bileşendir. Bireyin beden imajını oluşturan dış görünüşü, giyimi, öz bakım uygulamaları gibi özellikleri bireylerin cinselliğini ifade etmesine yardımcı olmaktadır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2016). Kemoterapötik ilaçlar yorgunluk, ağrı, ishal, kabızlık, halsizlik, psikolojik problemler ve uykusuzluk gibi etkileri nedeniyle bireyin kendi bedenine olan ilgisini etkileri nedeniyle beden imajına zarar vermektedir (Marangoz, 2014; Oskay, 2015). Bununla birlikte kemoterapötik ilaçların neden olduğu tat ve koku almada değişiklik, iştahsızlık, bulantı kusma, hastaların besin alımlarını etkilemekte ve bireylerin kilo kaybı yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durum kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının beden imajını dolayısıyla cinsel yaşamlarını etkilemektedir (Oskay, 2015). Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının beden imajına zarar veren semptomlardan bir diğeri de saç dökülmesidir. Saç dökülmesi onkoloji hastalarının dış görünümünde değişiklik meydana getirmekte ve bireyin benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum bireyin yaşam kalitesini etkilediği gibi cinsel yaşamına da zarar vermektedir (Dayanç, 2017).

### **Üreme Yeteneği ve Cinsel Fonksiyona Yönelik Etkileri**

Onkoloji hastalarında kullanılan kemoterapötik ilaçlar kanser hücrelerini etkilediği gibi testislerde (leyding, sertoli, germ hücreleri), overlerde ve vajinal mukozada hızlı çoğalma yeteneğine sahip olan sağlıklı üreme hücrelerini de etkilemektedir. Kemoterapötik ilaçların erkek üreme hücrelerini olumsuz etkilemesi sonucu erkeklerde oligo, azospermi ve infertilite görülürken; kadınlarda amenore ve vajinal kuruluk görülebilmektedir. Ayrıca doğal menopoza giren kadınlarla karşılaştırıldığında, kemoterapötiklerin kadınların overlerini etkilemesine bağlı olarak onkoloji hastaları daha erken yaşta ve daha uzun süreli menopozal semptomlar yaşayabilmektedir (Demiray, 2004; Açıkgöz, 2007; Yalçın, 2012). Menopoz kadın yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi yaşayan kadınlarda çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar görülebilmektedir. Onkoloji hastalarında görülen menopozal semptomların ilk belirtisi sıcak basmasıdır. Sıcak basması onkoloji hastalarının genel fonksiyonel durumu ile birlikte beden imajını ve cinsel fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir (Oskay, 2015).

## **2.4. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi; bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olma durumu genel ve sürekli iyi olma hali olarak tanımlanan bir kavramdır (Avcı ve Pala, 2004; Atik, 2017). Bu kavram birey ve toplumların genel refahını değerlendirmek için kullanılmaktadır. İlk kez Thorndike tarafından “Sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanan yaşam kalitesi kavramını DSÖ “bireyin yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, kriterleri ve sosyal ilişkilerine yönelik algısı” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’ne göre yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden, içinde bulunduğu çevrenin özelliğinden ve çevre ile ilişkilerinden etkilenmektedir (Atik, 2017).

Yaşam kalitesi; bireylerin beklentileriyle ve yaşantılarıyla ilişkili olduğundan zaman içinde değişim gösteren ve objektif olarak ölçülmesi zor olan bir terimdir. Aristo’ya kadar uzanan felsefi tartışmalardan kaynağını alan bu kavramın değerlendirilmesi ile ilgili ilk araştırmalar 1973’de yayınlanmış, son yıllarda ise sayıları giderek artmıştır (Atik, 2017). Tıp literatüründe ise yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçmiştir. Günümüzde felsefe, sosyoloji, sinema, mimarlık, psikoloji ve politika gibi farklı disiplinlerin üzerinde yoğunlaştığı bir kavram olan yaşam kalitesi sağlık alanında da giderek yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. (Atik, 2017).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; yaşamın biyopsikososyal, spiritüel, fiziksel, zihinsel, duygusal işlevlerle ilgili etki alanlarını içeren bir kavramdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumunun yaşam kalitesine olan etkisini ölçmektedir (Atik, 2017). Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi de hedeflenmektedir (Bölükbaş, 2015).

### **2.4.1. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri**

Fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal işlevlerle ilgili çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesinin belirli göstergeleri bulunmaktadır. Yaşam kalitesinin göstergeleri objektif ve subjektif göstergeler olarak sınıflandırılabilir.

*Objektif Göstergeler*, fiziksel iyilik hali, fiziksel aktivite, fonksiyonel yeterlilik ve çalışma durumu yaşam kalitesinin objektif göstergeleri arasında yer almaktadır. Bireyin yürüme, koşma ve merdiven çıkma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, öz bakım uygulamalarını yerine getirebilmesi ve bireyin bu durumdan doyum alması oldukça önemlidir (Egelioglu, 2007; Akbal Ateş, 2011; Akman, 2016).

*Subjektif Göstergeler*, bireyin psikolojik iyilik hali (yaşam doyumunu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali ve yaşam deneyimleri), sosyal ve bireysel iyilik hali (kişinin eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği, sosyal destek görme, rollerini yerine getirebilme vb.) ve maddi iyilik hali (geleceğe yönelik güvenlik, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi vb.) gibi konuları kapsamaktadır (Egelioglu, 2007; Akbal Ateş, 2011; Akman, 2016).

#### **2.4.2. Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

Onkoloji hastalarına sunulan bakım ve tedavinin amacı, tümörün küçültülmesi, yayılımının engellenmesi ve hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasıdır (Altıparmak ve ark., 2011). Kemoterapötik ilaçlar kanserli hücrelerin ölümüne neden olurken aynı zamanda onkoloji hastalarının sağlıklı hücrelerine de zarar vermektedir (Büker ve Şen, 2015). Diğer yandan kanser uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık olması nedeniyle, kanser tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri çoğu zaman onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini doğrudan doğruya etkileyebilmektedir (Altıparmak ve ark., 2011).

Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastaları genellikle yaşam kaliteleri ile ilişkili kişisel değişiklikler (enerji kaybı, depresyon, alopesi, cinsel istek ve faaliyetin azalması, bulantı, kusma, iştahsızlık, deride döküntüler, hastalığın tekrarlanması ile ilgili endişe), ailevi değişiklikler; (evlenme oranında azalma, boşanma oranının artması, doğurganlığın azalması), sosyal değişiklikler (işe son verilmesi, yeni iş bulma şansının azalması, iş ve sınıf arkadaşları ile yaşanan çatışmalar, sağlık güvencesi problemleri) deneyimlerler. Diğer yandan literatürde hastalığın onkoloji hastaları üzerinde aile ve arkadaşlar tarafından şımartılmak, daha fazla sabır ve hoşgörü, daha fazla iş hırsı, hayata bakış açısının değişmesi, dini inançlara eğilim ve insanlarla ilişkilerin artması gibi bireysel kazançlarında olabileceği bildirilmektedir (Büker ve Şen, 2015).



Kemoterapi tedavisi gören 810 onkoloji hastası üzerinde yürütülen bir çalışmada, kemoterapi tedavisinin hastaların yaşam kalitesini fiziksel, sosyal, psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilediği hastaların özellikle fiziksel rol ve yaşamsallık rollerinde ciddi düşüşler yaşandığı bildirilmiştir (Çağatay Deniz, 2011). Meme kanseri tanısı alan ve erken evrede kümülatif yüksek doz kemoterapi uygulanan 88 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada da hastalarda kemoterapiye bağlı yan etkilerin geliştiği ve bu durumun bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Kaya, 2016). Bununla birlikte bu konuda yapılan diğer araştırmalarda kemoterapi tedavisi gören hastaların yaşam kalitelerinin kemoterapi tedavisi görmeyen hastaların yaşam kalitelerinden daha düşük olduğu (Demir Göl, 2014), kemoterapi alma süresinin bu durumu etkilediği, kemoterapi görme süresi ve sıklığı arttıkça onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin bu duruma paralel olarak düştüğü bildirilmektedir (Kenarış Gürel, 2007; Demir Göl, 2014).

Kemoterapi tedavisi gören hastalar ile kemoterapi tedavisini tamamlayıp sadece kontrole gelen hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı hematolojik malignansili onkoloji hastalarının katıldığı bir çalışmada, kemoterapi tedavisine devam eden hastaların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Sevli Öz, 2006). Kolorektal kanser tanısı alan hasta grubu üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da, kemoterapi tedavisinin bireylerin fonksiyonel durumlarını etkilediği ve yaşam kalitelerinde azalmaya neden olduğu belirtilmiştir (Akman, 2016).

Sonuç olarak kemoterapi tedavisi onkoloji hastalarının fonksiyonel, fiziksel, ruhsal iyilik hallerini, yaşam kalitelerini ve cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen bir tedavi şeklidir. Kemoterapi tedavisi gören hastaların fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik iyilik hallerinin sürdürülmesi, yaşam kaliteleri ile cinsel yaşamlarının bu durumdan etkilenme yüzdesinin en aza indirilmesi son derece önemlidir (Büker ve Şen, 2015; Oskay, 2015). Bu doğrultuda kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri ve cinsel yaşamları arasında bir ilişkiden söz etmek mümkün olmakla birlikte bu ilişkinin incelenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri ile cinsel yaşamları arasındaki ilişki belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilecektir.

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Materyal**

##### **3.1.1 Araştırmanın Şekli**

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde tedavi görmekte olan onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile cinsel yaşamları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

##### **3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma 25.06.2017-25.12.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'ndeki en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup; Samsun ve çevre illerdeki onkoloji hastalarının çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Araştırmanın yapıldığı kemoterapi ünitesinde 3 doktor, 7 hemşire hizmet vermekte ve 30 tedavi koltuğu bulunmaktadır. Kemoterapi ünitesinde hizmet verilen günlük ortalama hasta sayısı 30 kişidir.

#### **3.2. Metot**

##### **3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde Mayıs 2016- Kasım 2016 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan 1150 onkoloji hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$n = \frac{1150 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 (1150-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n=395

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 395 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olabileceği düşünülerek 410 hastaya ulaşıldığında veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya bizimle iletişim kurabilen, soruları cevaplayabilen, kadın ve erkek, 18 yaş üzeri, okuryazar, kanser tanısı alan, araştırmaya katılmasında tıbbi açıdan herhangi bir sakınca olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar (n=82) çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 410 hastanın katılımı ile tamamlanmıştır (%83,3).

### 3.2.2. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Açıkgöz, 2017; Kurt Sadırlı, 2008; Çürük, 2005) hazırlanan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyici hastayı tanıtıcı bilgi formu, FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği (4. Versiyon), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kadın ve erkek formu ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Pilot çalışmaya katılan hastalar araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan hastalara çalışma hakkında bilgi verilip, bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler kemoterapi tedavisi gören hastalara yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Kemoterapi ünitesinde tedavi görmekte olan hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Veri toplama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.2.3. Veri Toplama Araçları**

#### **Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 13 soru (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu.), klinik bilgilerini içeren 25 soru (kronik bir hastalığa sahip olma durumu, cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar, mevcut tanısı, hastalık tanısını ne zaman aldığı, hastalığının klinik evresi, bu güne kadar aldığı tedaviler, metastaz gelişme durumu, hastalığını nasıl algıladığı, şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı, kanser tedavisine ne zaman başladığı, kemoterapiye ilişkin olarak yaşadığı semptomlar, kemoterapi şekli, kemoterapi kür sıklığı, kaçınıcı kemoterapi kürünü aldığı, planlanan tedavi süresi, kemoterapi hakkında bilgi sahibi olma durumu vb.) olmak üzere toplam 38 sorudan oluşmaktadır.

#### **FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (4.Versiyon)**

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (4. Versiyon) onkoloji hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için Cella ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2004 yılında Çetiner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek; Bedeni Durum (7 soru), Sosyal Yaşam ve Ailevi Durum (7 Soru), Duygusal Durum (6 soru) ve Faaliyet Durum (7 soru) olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, bireylerin geçirdikleri son 7 güne göre cevaplanması gereken toplam 27 maddeyi içermektedir. Ölçek maddelerine yanıt vermek için beşli likert tipi skala kullanılmaktadır. Bu skalanın maddelerine verilen cevaplar doğrultusunda Hiç=0 puan, Çok Az=1 puan, Biraz=2

puan, Oldukça=3 puan, Çok Fazla=4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte negatif anlamlı sorular bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 108 puan arasında değişmektedir.

**Bedeni Durum Alt boyutu:** Bu alt boyuttaki 1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. maddelere verilen puanlar ters kodlanarak toplam puan hesaplanmakta ve toplam puanın yüksek olması bedeni durumun yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Gelin ve Ulus, 2015).

**Sosyal Yaşam ve Ailevi Durumu Alt boyutu:** Bu alt boyuttaki tüm madde puanları toplanarak toplam puan hesaplanmakta, toplam puanın yüksek olması bireylerin sosyal destek ve ailevi durumlarının yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer,2013; Gelin ve Ulus, 2015).

**Duygusal Durum Alt boyutu:** Bu alt boyuttaki 1., 3., 4., 5. ve 6. maddeler ters olarak kodlandıktan sonra toplam puan elde edilmekte, toplam puanın yüksek olması duygusal durumun yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Gelin ve Ulus, 2015).

**Faaliyet Durumu Alt boyutu:** Bu alt boyutta tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilmekte, toplam puanın yüksek olması faaliyet durumunun yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kurt ve Savaşer, 2013; Gelin ve Ulus,2015).

Bu ölçekten elde edilen puanın yüksek olması iyi yaşam kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Cella FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89; Beden Durumu Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,82; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,69; Duygusal Durum Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,74 ve Faaliyet Durumu Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,80 olarak saptamıştır. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,90; Beden Durumu Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,67; Duygusal Durum Alt boyutu

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88 ve Faaliyet Durumu Alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak belirlenmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Cella ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-7).

### **Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)**

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği 2000 yılında McGahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilen, cinsel yönelim ve eşle olan ilişki hariç cinsel işlevleri değerlendirmeyi amaçlayan, 5 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçek soruları cinsel yaşamın uyarılma, tahrik olma, penis sertleşmesi/vajina ıslanması, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmdan alınan tatmin gibi bileşenlerini içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Soykan tarafından yapılmıştır (Dağlıöz Karabay, 2011).

ACYÖ'nin kadın ve erkek olmak üzere iki formu bulunmaktadır. ACYÖ'nin kadın ve erkek formları sertleşme/ıslanma ile ilgili sorularda farklılık göstermektedir. ACYÖ likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her soru 1'den 6'ya kadar puanlanmakta, toplam puan 5 ile 30 arasında değişmektedir. Bu ölçekten alınan düşük puanlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğuna işaret ederken, yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir.

McGahuey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölçek kesme puanı, %82 duyarlılık ile 19 olarak hesaplanmıştır. Soykan ise; ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizinde hastanın cinsel işlevlerinin değerlendirilmesinde, sağlık bakım çalışanları ve hastalar arasındaki engelleri ortadan kaldırmak amacıyla ölçek kesme puanını %100 duyarlılıkla 11 olarak hesaplamıştır (Soykan, 2004). Bu çalışmada da ACYÖ'nün kesme puanı 11 alınarak hesaplamalar yapılmıştır. Soykan'ın yaptığı çalışmada (2004) ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,89 ve 0,90 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin kullanımı için ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Soykan'dan izin alınmıştır (Ek-8).

### **Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)**

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği onkoloji hastalarının bakım kalitesini yükseltmek amacıyla Edmonton ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Kurt Sadırlı tarafından yapılmıştır (Yılmaz, 2015).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nde onkoloji hastalarında en sık görülen semptomları içeren 9 soru bulunmaktadır. Bu semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Kurt Sadırlı tarafından diğer sorunlar bölümüne ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma maddeleri eklenmiştir. Ancak bu çalışmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin 9 soruluk formu kullanılmıştır. Ölçekte semptomların değerlendirilmesi için en önemli olan kural hastanın kendi ifadesine göre belirtilen semptomların işaretlenmesidir.

Ölçekte her bir semptomun şiddeti 0 puan ile 10 puan arasında değerlendirilmekte, "0 puan" semptomun olmadığına, "10" puan ise semptomun çok şiddetli olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte 0 puandan 10 puana doğru semptomun şiddeti artmaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde ölçeğin alt boyutunu oluşturmaktadır (Kurt Sadırlı, 2008). Kurt Sadırlı'nın (2008) yaptığı çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kemoterapi öncesi 0,83, kemoterapi sonrası 0,76 olarak hesaplamıştır. Bu çalışmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak belirlenmiştir. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin kullanımı için ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Kurt Sadırlı'dan izin alınmıştır (Ek-9).

#### **3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, Mann Whitney U ve Pearson Ki-kare testi kullanıldı. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizinden yararlanıldı. Güvenirlik analizi çalışmaları Cronbach Alfa ile incelendi. Nicel veriler

ortanca (minimum-maksimum), nitel veriler ise frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alındı.

### **3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (05.05.2017/ Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/923) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-5). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden yazılı (17/05/2017/Sayı:15374210-804.01E.12113) (EK-6) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan da sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

### **3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın yalnızca tek bir hastanenin kemoterapi ünitesinde yapılmış olması ve
- Elde edilen bulguların hastalarla eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. Bu konuda bundan sonra yapılacak çalışmalarda hem nitel hemde nicel araştırma yöntemlerinden yararlanılması, onkoloji hastalarının cinsel yaşamları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla hastalar ve eşleri ile birlikte eş zamanlı olarak odak grup görüşmeleri yapılması önerilmektedir.



## 4.BULGULAR

### 4.1.Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=410)

Özellikler		n	%
Yaş grupları (56,0 ± 12,5)	23-38 yaş	40	9,8
	39-54 yaş	141	34,4
	55-70 yaş	185	45,1
	71 yaş ve üzeri	44	10,7
Cinsiyet	Kadın	236	57,6
	Erkek	174	42,4
Medeni durum	Bekar	6	1,50
	Evli	404	98,5
Eğitim durumu	Okur-yazar	114	27,8
	İlkokul	167	40,7
	Ortaokul	27	6,6
	Lise	51	12,45
	Üniversite	51	12,45
Çalışma durumu	Evet	61	14,9
	Hayır	349	85,1
Gelir durumu	Gelir giderden az	177	43,2
	Gelir gidere eşit	233	56,8
Meslek	Ev hanımı	175	42,7
	İşçi	18	4,4
	Memur	25	6,1
	Serbest meslek	11	2,7
	Emekli	165	40,2
	İşsiz	11	2,7
	Diğer	5	1,2
Sosyal güvence	Var	406	99,0
	Yok	4	1,0
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	203	49,5
	İlçe	172	42,0
	Köy	35	8,5

**Tablo 1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Aile yapısı	Çekirdek aile	223	54,4
	Geniş aile	187	45,6
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	379	92,4
	Hayır	31	7,6
Kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	174	42,4
	Çocukları	10	2,4
	Eşi ve çocukları	220	53,7
	Tek başına	6	1,5

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %57,6’sını kadınların, %42,4’ünü erkeklerin oluşturduğu, %98,5’inin evli, %40,7’sinin ilkokul mezunu olduğu, %85,1’inin çalışmadığı, %56,8’inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu, %42,7’sinin ev hanımı, %40,2’sinin emekli olduğu, %99’unun sosyal güvencesinin bulunduğu, %49,5’inin ilde yaşadığı, %54,4’ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %92,4’ünün çocuk sahibi olduğu, %53,7’sinin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlendi. Hastaların yaş ortalamaları  $56,0 \pm 12,5$ ’dir (Tablo 1).

## 4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 2.** Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=410)

Özellikler		n	%
Mevcut tanısı	Meme kanseri	98	24,0
	Lösemi	71	17,3
	Akciğer kanseri	46	11,2
	Over kanseri	43	10,5
	Kolon kanseri	30	7,3
	Mide kanseri	27	6,6
	Rektum kanseri	10	2,4
	Prostat kanseri	10	2,4
	Safra yolları ile ilgili kanser	10	2,4
	Mesane kanseri	9	2,2
	Karaciğer kanseri	9	2,2
	Diğer	47	11,5

**Tablo 2.** Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler	n	%	
<b>Kronik bir hastalığa sahip olma</b>	Evet	170	41,5
	Hayır	240	58,5
<b>*Cevabı evet ise mevcut kronik hastalıkları (n=170)</b>	Diyabet	80	19,3
	Hipertansiyon	107	26,1
	Kalp hastalığı	53	12,9
	Böbrek hastalığı	11	2,7
	KOAH	1	0,2
<b>Hastalığın klinik evresi</b>	1.evre	18	4,4
	2. evre	163	39,8
	3.evre	83	20,2
	4.evre	146	35,6
<b>*Alınan tedavi türleri</b>	Cerrahi tedavi	226	55,1
	Radyoterapi	73	17,8
	Kemoterapi	410	100
	Hormon tedavisi	2	0,5
<b>Metastaz varlığı</b>	Evet	86	21,0
	Hayır	324	79,0
<b>*Cevabı evet ise hangi organlara yayılım gösterdiği (n=86)</b>	Sürenal bez	17	4,1
	Karaciğer	32	7,8
	Akciğer	20	4,9
	Kemik	16	3,9
	Beyin	3	0,7
	Cilt	9	2,2
<b>*Kemoterapi semptomları</b>	Saç dökülmesi	269	65,6
	Yorgunluk	324	79,0
	Bulantı-kusma	223	54,4
	Ağız yarası	95	23,2
	Kilo kaybı	89	21,7
	Anemi	59	14,4
	İshal	105	25,6
	Kabızlık	182	44,4
	Ağrı	157	38,3

**Tablo 2.** Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
*Kemoterapiye bağlı semptomlar	Uykusuzluk	164	40,0
	İştahsızlık	224	54,6
	Cinsel isteksizlik	105	25,6

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %24,0’ının meme, %17,3’ünün lösemi ve %11,2’sinin akciğer kanseri tanısı aldığı, %41,5’inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %26,1’ine hipertansiyon, %19,3’üne diyabet, %12,9’una kalp hastalığı tanısı konulduğu, %39,8’inin hastalığın 2. evresinde olduğu, %21’inde metastaz geliştiği, metastazın en çok %7,8 ile karaciğerde meydana geldiği, kemoterapi tedavisine bağlı olarak hastaların %79’unda yorgunluk, %65,6’sında saç dökülmesi ve %54,6’sında iştahsızlık meydana geldiği belirlendi (Tablo 2). Hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısı ortalaması  $3,9 \pm 3,1$ ’dir.

### 4.3. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

**Tablo 3.** FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Bedeni Durum	7	$21,8 \pm 6,9$	23	2-53
Sosyal Yaşam ve Ailevi Durum	7	$22,2 \pm 3,9$	24	0-28
Duygusal Durum	6	$16,6 \pm 5,3$	17	1-24
Faaliyet Durumu	7	$16,3 \pm 6,3$	16	0-52
<b>Toplam</b>	27	$76,9 \pm 16,2$	80	29-118

\* $\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve ortanca puanları Tablo 3’te verilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği’nin alt boyutlarından Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu puan ortalaması sırasıyla  $21,8 \pm 6,9$ ,  $22,2 \pm 3,9$ ,  $16,6 \pm 5,3$  ve  $16,3 \pm 6,3$  olarak belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından

Beden Durumu Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu ortanca puanları sırasıyla 23, 24, 17 ve 16 olarak saptandı. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması  $76,9 \pm 16,2$  ve ortanca puanı 80 olarak belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 4.** FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları

<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Ortanca (Min-Mak)</b>
Enerjim düşük	2,6	1,3	4 (0-3)
Bulantım var	3,3	1,1	4 (0-4)
Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum	3,5	1,1	4 (0-4)
Ağrım var	3,3	1,1	4 (0-4)
Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	2,8	1,3	3 (0-4)
Kendimi hasta hissediyorum	3,0	1,2	4 (0-4)
Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	3,1	1,3	4 (0-4)
Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	3,1	1,4	4 (0-4)
Ailemden manevi destek görüyorum	3,9	0,5	4 (0-4)
Arkadaşlarımdan destek görüyorum	3,2	1,4	4(0-4)
Ailem hastalığımı kabullendi	3,9	0,6	4 (0-4)
Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum	3,8	0,6	4 (0-4)
Kendimi hayat arkadaşşıma yakın hissediyorum	3,8	0,8	4 (0-4)
Cinsel hayatım tatmin edici	0,6	1,0	0 (0-4)
Kendimi üzgün hissediyorum	2,6	1,1	3 (0-4)
Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	2,5	0,8	3(0-4)
Hastalığımla olan mücadeleimde ümidimi kaybediyorum	3,1	1,1	3 (0-4)
Kendimi sınırlı hissediyorum	2,2	1,5	2 (0-4)
Ölmekten korkuyorum	3,1	1,0	3 (0-4)
Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	3,1	1,0	3 (0-4)
Çalışabiliyorum	0,7	1,3	3 (0-4)
İşim beni tatmin ediyor	1,2	1,4	0 (0-4)
Hayattan zevk alabiliyorum	2,5	1,2	2 (0-4)

**Tablo 4.** FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaların (devam)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Hastalığımı kabullendim	3,7	0,8	4 (0-4)
İyi uyuyorum	3,1	1,2	4 (0-4)
Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	2,5	1,2	3 (0-4)
Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	2,5	1,2	2 (0-4)

\*Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları Tablo 4’te verilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden hastaların en yüksek puanı “Ailemden manevi destek görüyorum (3,9±0,5).”, “Ailem hastalığımı kabullendi (3,9±0,6).”, ifadelerinden; en düşük puanı “Cinsel hayatım tatmin edici (0,6±1,0).” ve “Çalışabiliyorum (0,7±1,3)” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamalarının 0,6 ile 3,9 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 5.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Beden Durumu	Sosyal	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam	
		Yaşam ve Aile Durumu				
Yaş grupları	23-38 yaş	21,5 (5 - 28)	25 (12 - 28)c	16 (6 - 24)	14,5 (7- 50)ab	79 (47 -117)ab
	39-54 yaş	24 (2 - 53)	24 (0 - 28)a	17 (4 - 24)	18 (4 - 52)b	83 (40 -118)b
	55-70 yaş	24 (2 - 53)	23 (6 - 27)b	17 (3 - 24)	15 (4 - 28)ab	79 (36 -103)ab
	71 yaş ve üzeri	22,5 (4-28)	24 (16 -28)ab	17 (1 - 24)	14 (0 - 25)a	74 (29 - 97)a
<b>Test istatistiği</b>	$\chi^2=5,6$	$\chi^2=58,7$	$\chi^2=2,0$	$\chi^2=16,6$	$\chi^2=10,2$	
<b>p</b>	p=0,134	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,582	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,017</b>	
Cinsiyet	Kadın	23 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	16 (0 - 50)	77 (29 - 118)
	Erkek	24 (5 - 28)	24 (8 - 28)	19 (5 - 24)	17 (5 - 52)	81 (43 - 108)
<b>Test istatistiği</b>	U=15833	U=20055,5	U=16821	U=19111	U=17332	
<b>P</b>	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,679	<b>p=0,002</b>	p=0,230	<b>p=0,007</b>	

**Tablo 5.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Beden Durum	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
<b>Medeni durum</b>	Bekar	24,5 (4 - 27)	24 (6 - 24)	13,5 (8 - 23)	15 (12 - 27)	78,5 (49 - 92)
	Evli	23 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	16 (0 - 52)	80 (29 - 118)
<b>Test istatistiği</b>		U= 1091	U= 1196,5	U= 960,5	U= 1138,5	U= 1054,5
<b>p</b>		p=0,672	p=0,956	p=0,382	p=0,798	p=0,585
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar	21,5 (4-53)a	24 (6 - 26)	15 (1 -23)a	14 (0 - 28)a	73 (29 - 103)a
	İlkokul	23 (2 -28)ab	24 (12 - 28)	17 (324)ab	16 (4 - 52)b	80 (39 -117)ac
	Ortaokul	25 (4 -28)ab	24 (0 - 28)	20 (824)ab	17 (6-27)abc	84 (40 -104)bc
	Lise	25 (6 -28)ab	24 (5 - 28)	19 (5- 24)b	18 (6 - 28)bc	84 (41 -108)bc
	Üniversite	25 (8 - 53)b	24 (16 - 28)	19 (7- 24)b	21 (6 - 28)ca	85 (37 - 118)b
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=15,8$	$\chi^2=8,9$	$\chi^2=15,5$	$\chi^2=37,1$	$\chi^2=28,9$
<b>p</b>		<b>p=0,003</b>	p=0,065	<b>p=0,004</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,000</b>
<b>Çalışma durumu</b>	Evet	25 (6 - 53)	24 (5 - 28)	17 (5 - 24)	21 (6 - 50)	86 (37-118)
	Hayır	23 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	15 (0 - 52)	79 (29 - 104)
<b>Test istatistiği</b>		U=9538,0	U=8112,5	U=10434,5	U=6590,5	U=8016,5
<b>p</b>		p=0,191	<b>p=0,002</b>	p=0,805	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,002</b>
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	23 (2 - 53)	24 (0 - 28)	16 (3 - 24)	15 (2 - 52)	77 (39 - 104)
	Gelir gidere eşit	24 (4 - 53)	24 (5 - 28)	18 (1 - 24)	17 (0 - 50)	81 (29 - 118)
<b>Test istatistiği</b>		U=2,7	U=0,0	U=6,7	U=6,4	U=4,8
<b>p</b>		p =0,102	p =0,889	<b>p =0,010</b>	<b>p =0,012</b>	<b>p =0,028</b>
<b>Sosyal güvence</b>	Var	24 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	16 (0 - 52)	80 (29 - 118)
	Yok	9,5 (5 - 23)	22,5 (16- 25)	8 (7 - 19)	10 (8 - 24)	48 (44 - 87)
<b>Test istatistiği</b>		U=241,0	U=728,5	U=326,5	U=513,5	U=331,5
<b>p</b>		<b>p=0,015</b>	p=0,715	<b>p=0,039</b>	p=0,205	<b>p=0,042</b>

**Tablo 5.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Bedeni Durum	Sosyal			Toplam
		Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	
Yaşadığı İl	24 (2 - 53)	24 (0 - 28)a	19 (3 - 24)a	17 (4 - 50)a	83 (36 - 118)a
yerleşim İlçe	23 (2 - 47)	24 (5 - 28)b	16,5 (1 - 24)ab	14 (0 - 52)b	77 (29 - 104)b
birimi Köy	22 (8 - 28)	24 (16-26)ab	14 (4 - 24)b	14 (2 - 25)b	75 (46 - 96)b
<b>Test istatistiği</b>	$\chi^2=6,0$	$\chi^2=7,2$	$\chi^2=8,9$	$\chi^2=17,1$	$\chi^2=15,4$
<b>p</b>	p =0,050	<b>p=0,027</b>	<b>p=0,012</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>

\*Birden fazla cevap verilmiştir,  $\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b-c aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanları Tablo 5'te karşılaştırılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=10,2$ , p=0,017), cinsiyet (U=17332, p=0,007), eğitim durumu ( $\chi^2=28,9$ , p=0,000), çalışma durumu (U=8016,5, p=0,002), gelir durumu (U=4,8, p=0,028), sosyal güvence durumu (U=331,5, p=0,042) ve yaşadığı yerleşim birimine ( $\chi^2 = 15,4$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların medeni durumuna (U=1054,5, p=0,585) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyeti (U=15833, p<0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=15,8$ , p=0,003) ve sosyal güvence durumuna (U=241,0, p=0,015) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=5,6$ , p=0,134), medeni durum (U=1091, p=0,672), çalışma durumu (U=9538,0 p=0,191) gelir durumu (U=2,7, p=0,102) ve yaşadığı yerleşim birimine ( $\chi^2=6,0$ , p=0,050) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=58,7$ , p<0,001), çalışma durumu



(U=8112,5, p=0,002) ve yaşadığı yerleşim birimine ( $\chi^2=7,2$ , p=0,027) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=20055,5, p=0,679), medeni durum (U=1196,5, p=0,956), eğitim durumu ( $\chi^2=8,9$ , p=0,065), gelir durumu (U=0,0, p=0,889) ve sosyal güvence durumuna (U=728,5, p=0,715) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=16821, p=0,002), eğitim durumu ( $\chi^2=15,5$ , p=0,004), gelir durumu (U=6,7, p=0,010), sosyal güvence durumu (U=326,5, p=0,039) ve yaşadığı yerleşim birimine ( $\chi^2=8,9$ , p=0,012) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=2,0$ , p=0,582), medeni durum (U=960,5, p=0,382) ve çalışma durumuna (U=10434,5 p=0,805) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=16,6$ , p=0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=37,1$ , p=0,000), çalışma durumu (U=6590,5 p<0,001), gelir durumu (U=6,4 p=0,012) ve yaşadığı yerleşim birimine ( $\chi^2=17,1$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=19111 p=0,230), medeni durum (U=1138,5, p=0,798) ve sosyal güvence durumuna (U=513,5 p=0,205) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 5).

**Tablo 6.** Hastaların klinik özellikleri ile FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortalama puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Sosyal				Toplam
		Beden Durumu	Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	
<b>Mevcut tanı</b>	Mide kanseri	24 (8-28)	24 (14-26)	17 (6-24)	14 (5-23)	80 (43-96)
	Meme kanseri	23,5 (2-28)	24 (5-28)	17 (4-24)	17,5 (5-50)	82,5 (37-117)
	Kolon kanseri	22(10-53)	23,5(16-28)	16(7-24)	17(5-24)	80,5(52-118)
	Lösemi	23(4-53)	24(0-28)	18(6-24)	4(4-28)	79(40-103)
	Rektum kanseri	22(5-28)	24,5(20-27)	15,5(6-22)	18(9-52)	81(47-98)
	Mesane kanseri	20(12-28)	24(16-27)	22(10-23)	16(12-26)	76(66-101)
	Akciğer kanseri	22,5(2-28)	22(16-28)	15(3-23)	14(7-24)	77(39-100)
	Karaciğer kanseri	27(9-28)	24(22-25)	20(6-23)	14(9-24)	85(47-99)
	Prostat kanseri	24(15-28)	24(15-25)	21(12-24)	18(11-28)	86(61-103)
	Over kanseri	23(4-28)	24(13-26)	19(1-24)	18(0-28)	81(29-98)
	Safra yolları ile ilgili kanser	23(10-28)	20,5(16-25)	13(6-24)	14(6-17)	67(47-94)
	Diğer	24(5-47)	24(12-28)	17(4-24)	17(4-28)	80(40-108)
	<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=10,059$	$\chi^2=13,427$	$\chi^2=16,149$	$\chi^2=15,783$
<b>p</b>		p=0,525	p=0,266	p=0,136	p=0,149	p=0,386
<b>Kronik bir hastalığa sahip olma</b>	Evet	23 (2 - 47)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	15 (0 - 28)	77,5 (29 -104)
	Hayır	24 (5 - 53)	24 (5 - 28)	17 (5 - 24)	17 (2 - 52)	81 (40 - 118)
<b>Test istatistiği</b>		U=18073,5	U=15875,5	U=20068,0	U=17134,5	U=17428,5
<b>p</b>		<b>p=0,047</b>	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,778	<b>p=0,006</b>	<b>p=0,012</b>

**Tablo 6.** Hastaların klinik özellikleri ile FACT- G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Sosyal				Toplam
		Beden Durumu	Yaşam ve Ailev Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	
Hastalığın klinik evresi	1.evre	24 (2 -28)ab	24 (16 - 28)	20 (8 - 24)	16 (8 - 28)	85 (44-108)ab
	2. evre	23 (4 -53)ab	24 (5 - 28)	17 (4 - 24)	16 (4 - 50)	80 (40-118)ab
	3.evre	23 (4 - 28)a	24 (0 - 28)	16 (1 - 24)	14 (0 - 27)	75 (29 - 104)a
	4.evre	24 (2 - 47)b	24 (15 - 28)	17 (3 - 24)	17 (2 - 52)	81 (39 - 103)b
Test istatistiği		$\chi^2=8,8$	$\chi^2=5,9$	$\chi^2=7,5$	$\chi^2=8,0$	$\chi^2=10,7$
p		<b>p=0,033</b>	p=0,117	p=0,058	p=0,050	<b>p=0,013</b>
Cerrahi tedavi	Evet	23 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	16 (0 - 28)	81 (29 - 118)
	Hayır	23,5 (2 - 53)	24 (5 - 28)	17 (3 - 24)	16 (4 - 52)	79,5 (39 - 117)
Test istatistiği		U=19021,5	U=20267,5	U=20046,5	U=20740,0	U=20644,5
p		p=0,134	p=0,651	p=0,531	p=0,965	p=0,902
Radyoterapi	Evet	22 (5 - 28)	24 (12 - 28)	17 (6 - 24)	16 (5 - 27)	77 (37 - 104)
	Hayır	24 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	16 (0 - 52)	81 (29 - 118)
Test istatistiği		U=10857,0	U=11491,5	U=11723,0	U=12158,5	U=11335,0
p		p=0,112	p=0,364	p=0,528	p=0,877	p=0,293
Metastaz varlığı	Var	21,5 (2 - 47)	24 (16 - 28)	16,5 (3 - 24)	14 (5 - 52)	78 (37 - 104)
	Yok	24 (2 - 53)	24 (0 - 28)	17 (1 - 24)	17 (0 - 50)	80,5 (29 - 118)
Test istatistiği		U=12127,0	U=13515,0	U=13038,0	U=12765,5	U=12741,5
p		p=0,062	p=0,660	p=0,359	p=0,232	p=0,223

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanları Tablo 6’da karşılaştırılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma (U=17428,5, p=0,012) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=10,7$ , p=0,013) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=11,711$ , p=0,386), cerrahi tedavi (U=20644,5, p=0,902) ve radyoterapi görme durumları ile (U=11335,0, p=0,293) metastaz gelişme (U=12741,5, p=0,223) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı ( Tablo 6).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma (U=18073,5, p=0,047) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=8,8$ , p=0,033) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=10,059$ , p=0,525), cerrahi tedavi (U=19021,5, p=0,134) ve radyoterapi görme durumları ile (U=10857,0 p=0,112) metastaz gelişme (U=12127,0, p=0,062) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı ( Tablo 6).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma (U=15875,5, p<0,001) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=13,427$ , p=0,266), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=5,9$ , p=0,117), cerrahi tedavi (U=20267,5, p=0,651) ve radyoterapi görme durumları ile (U=11491,5, p=0,364) metastaz gelişme (U=13515,0, p=0,660) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6 ).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=16,149$ , p=0,136), kronik bir hastalığa sahip olma (U=20068,0, p=0,778), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=7,5$ , p=0,058), cerrahi tedavi (U=20046,5, p=0,531) ve radyoterapi görme durumları ile (U=11723,0 p=0,528) metastaz gelişme (U=13038,0, p=0,359) durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma (U=17134,5, p=0,006)

durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=15,783$ ,  $p=0,149$ ), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=8,0$ ,  $p=0,050$ ), cerrahi tedavi ( $U=20740,0$ ,  $p=0,965$ ) ve radyoterapi görme durumları ile ( $U=12158,5$ ,  $p=0,877$ ) metastaz gelişme ( $U=12765,5$ ,  $p=0,232$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6).

#### 4.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Bulgular

**Tablo 7.** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
İsteklilik	5,3 $\pm$ 1,3	6	1 - 6
Uyarılma	5,3 $\pm$ 1,3	6	1 - 6
İsyanma/Sertleşme	5,3 $\pm$ 1,3	6	1 - 6
Orgazm Durumu	5,3 $\pm$ 1,3	6	1 - 6
Orgazm Tatmini	5,3 $\pm$ 1,3	6	1 - 6
<b>Toplam</b>	26,4 $\pm$ 6,5	30	5 - 30

\* $\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği alt boyut puan ortalaması ve ortanca puanları Tablo 7’de verilmiştir. Bu çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması 26,4 $\pm$ 6,5 ve ortanca puanı 30 olarak belirlendi (Tablo 7).

**Tablo 8.** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın ve Erkek Alt Boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Alt Boyutları	Kadın			Erkek		
	$\bar{x} \pm S.S$	Ortanca	Min-Mak	$\bar{x} \pm S.S$	Ortanca	Min-Mak
İsteklilik	5,4 ± 1,2	6	1 - 6	5,1 ± 1,5	6	1 - 6
Uyarılma	5,4 ± 1,2	6	1 - 6	5,1 ± 1,5	6	1 - 6
İslenme/Sertleşme	5,4 ± 1,2	6	1 - 6	5,1 ± 1,5	6	1 - 6
Orgazm Durumu	5,4 ± 1,2	6	1 - 6	5,1 ± 1,5	6	1 - 6
Orgazm Tatmini	5,4 ± 1,2	6	1 - 6	5,1 ± 1,5	6	1 - 6
<b>Toplam</b>	27,0 ± 5,9	30	5 - 30	25,6 ± 7,3	30	5 - 30

\* $\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın ve Erkek alt boyut puan ortalaması ve ortanca puanları Tablo 8’de verilmiştir. Bu çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması kadınlarda 27,0±5,9 ve erkeklerde 25,6± 7,3 olarak belirlendi (Tablo 8).

**Tablo 9.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	İsteklilik	Uyarılma	İslenme Sertleşme	Orgazm Durumu	Orgazm Tatmini	Toplam
<b>Yaş grupları</b>	23-38 yaş	4 (1 - 6)a	4 (1 - 6)a	4 (1 - 6)a	4 (1 - 6)a	20 (5-30)a
	39-54 yaş	5 (1 - 6)a	5 (1 - 6)a	5 (1 - 6)a	5 (1 - 6)a	25 (5-30)a
	55-70 yaş	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (2 - 6)b	6 (2 - 6)b	30 (9-30)b
	71 yaş ve üzeri	6 (6 - 6)b	6 (6 - 6)b	6 (6 - 6)b	6 (6 - 6)b	30 (30-30)b
<b>Test istatistiği</b>	$\chi^2=111,7$	$\chi^2=113,4$	$\chi^2=112,3$	$\chi^2=113,5$	$\chi^2=114,6$	$\chi^2=114,3$
<b>p</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Erkek	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>	U=18816	U=18603,5	U=18783,5	U=18775,5	U=18633,5	U=18789,5
<b>p</b>	p=0,073	p=0,050	p=0,069	p=0,068	p=0,059	p=0,073

**Tablo 9.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		İsteklilik	Uyarılma	İslanma Sertleşme	Orgazm Durumu	Orgazm Tatmini	Toplam
<b>Medeni durum</b>	Bekar	6 (4 - 6)	6 (4 - 6)	6 (4 - 6)	6 (4 - 6)	6 (4 - 6)	30 (20 - 30)
	Evli	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U= 1045	U= 1055	U= 1041,5	U=1043,5	U= 1041	U= 1034,5
<b>p</b>		p=0,473	p=0,496	p=0,466	p=0,471	p=0,465	p=0,452
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar	6 (3 - 6)a	6 (3 - 6)a	6 (3 - 6)a	6 (3 - 6)a	6 (3 - 6)a	30 (15 - 30)a
	İlkokul	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5 - 30)b
	Ortaokul	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5 - 30)b
	Lise	5 (1 - 6)b	5 (1 - 6)b	5 (1 - 6)b	5 (1 - 6)b	5 (1 - 6)b	25 (5 - 30)b
	Üniversite	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5 - 30)b
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=40,5$	$\chi^2=44,0$	$\chi^2=41,9$	$\chi^2=42,4$	$\chi^2=44,7$	$\chi^2=41,8$
<b>p</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Çalışma durumu</b>	Evet	5 (1 - 6)	5 (1 - 6)	5 (1 - 6)	5 (1 - 6)	5 (1 - 6)	25 (5 - 30)
	Hayır	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=6984,5	U=6929	U=6616,5	U=6570,5	U=6454	U=6544
<b>p</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Gelir gidere eşit	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=20011	U=20058	U=20196	U=20282,5	U=20061,5	U=20088
<b>p</b>		p=0,585	p=0,616	p=0,726	p=0,795	p=0,624	p=0,646
<b>Sosyal güvence</b>	Var	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Yok	6 (5 - 6)	6 (5 - 6)	6 (5 - 6)	6 (5 - 6)	6 (5 - 6)	30 (25-30)
<b>Test istatistiği</b>		U=729	U=736	U=726,5	U=727	U=725,5	U=722,5
<b>p</b>		p=0,663	p=0,687	p=0,655	p=0,657	p=0,651	p=0,643

**Tablo 9.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		İsteklilik	Uyarılma	Islanma Sertleşme	Orgazm Durumu	Orgazm Tatmini	Toplam
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	6 (1 - 6)a	6 (1 - 6)a	6 (1 - 6)a	6 (1 - 6)a	6 (1 - 6)a	30 (5-30)a
	İlçe	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5-30)b
	Köy	6 (1 - 6)b	6 (3 - 6)b	6 (3 - 6)b	6 (3 - 6)b	6 (3 - 6)b	30(14-30)b
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=14,8$	$\chi^2=17,3$	$\chi^2=14,9$	$\chi^2=14,7$	$\chi^2=15,9$	$\chi^2=14,4$
<b>p</b>		<b>p=0,001</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,001</b>
Aile Yapısı	Çekirdek aile	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Geniş aile	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=18461,5	U=18407	U=18294,5	U=18287	U=18122,5	U=18178,5
<b>p</b>		<b>p=0,013</b>	<b>p=0,011</b>	<b>p=0,008</b>	<b>p=0,008</b>	<b>p=0,005</b>	<b>p=0,006</b>
Kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	6 (1-6)a	6 (2 - 6)a	6 (2 - 6)a	6 (2 - 6)a	6 (2 - 6)a	30(10-30)a
	Çocukları	6 (4 - 6)ab	6 (4 - 6)ab	6 (4 - 6)ab	6 (4 - 6)ab	6 (4 - 6)ab	30(20-30)ab
	Eşi ve çocukları	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5 - 30)b
	Tek başına	6 (6 - 6)ab	6 (6 - 6)ab	6 (6 - 6)ab	6 (6 - 6)ab	6 (6 - 6)ab	30(30-30)ab
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=40,6$	$\chi^2=41,6$	$\chi^2=42,6$	$\chi^2=42,7$	$\chi^2=45,5$	$\chi^2=43,3$
<b>p</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>

\*Birden fazla cevap verilmiştir,  $\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanları Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=114,3$ ,  $p<0,001$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=41,8$ ,  $p<0,001$ ), çalışma durumu (U=6544,  $p<0,001$ ), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=14,4$ ,  $p=0,001$ ), aile yapısı (U=18178,5  $p=0,006$ ) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=43,3$ ,  $p<0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=18789,5,  $p=0,073$ ), medeni durum (U=1034,5,



p=0,452), gelir durumu (U=20088, p=0,646) ve sosyal güvence durumuna (U=722,5 p=0,643) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=111,7$ , p<0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=40,5$ , p<0,001), çalışma durumu (U=6984,5, p<0,001), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=14,8$ , p=0,001), aile yapısı (U=18461,5 p=0,013) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=40,6$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=18816, p=0,073), medeni durum (U=1045, p=0,473), gelir durumu (U=20011, p=0,585) ve sosyal güvence durumuna (U=729 p=0,663) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Uyarılma alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=113,4$ , p<0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=44,0$ , p<0,001), çalışma durumu (U=6929, p<0,001), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=17,3$ , p=0,000), aile yapısı (U=18407, p=0,011) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=41,6$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Uyarılma alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=18603,5, p=0,050), medeni durum (U=1055, p=0,496), gelir durumu (U=20058, p=0,616) ve sosyal güvence durumuna (U=736, p=0,687) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İslanma/Sertleşme alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=112,3$ , p<0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=41,9$ , p<0,001), çalışma durumu (U=6616,5, p<0,001), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=14,9$ , p=0,001), aile yapısı (U=18294,5, p=0,008) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=42,6$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İslanma/Sertleşme alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=18783,5, p=0,069), medeni durum (U=1041,5, p=0,466), gelir durumu (U=20196, p=0,726) ve sosyal güvence durumuna (U=726,5, p=0,655) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=113,5$ , p<0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=42,4$ , p<0,001), çalışma durumu (U=6570,5, p<0,001), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=14,7$ , p=0,001), aile yapısı (U=18287, p=0,008) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=42,7$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu

alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=18775,5, p=0,068), medeni durum (U=1043,5, p=0,471), gelir durumu (U=20282,5 p=0,795) ve sosyal güvence (U=727, p=0,657) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Tatmini alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2=114,6$ , p<0,001), eğitim durumu ( $\chi^2=44,7$ , p<0,001), çalışma durumu (U=6454, p<0,001), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=15,9$ , p=0,000), aile yapısı (U=18122,5 p=0,005) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=45,5$ , p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Tatmini alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=18633,5, p=0,059), medeni durum (U=1041, p=0,465), gelir durumu (U=20061,5, p=0,624) ve sosyal güvence (U=725,5 p=0,651) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

**Tablo 10.** Hastaların klinik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	İsteklilik	Uyarılma	İslanma Sertleşme	Orgazm Durumu	Orgazm Tatmini	Toplam
<b>Mevcut tanı</b>						
Mide kanseri	6(2-6)	6(1-6)	6 (2-6)	6 (2-6)	6(2-6)	30(9-30)
Meme kanseri	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	30(5-30)
Kolon kanseri	6(3-6)	6(3-6)	6(2-6)	6(3-6)	6(3-6)	30(15-30)
Lösemi	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	30(5-30)
Rektum kanseri	4(1-6)	4(2-6)	4(2-6)	4,5 (2-6)	4(2-6)	20(10-30)
Mesane kanseri	6(2-6)	6(2-6)	6(2-6)	6(2-6)	6(2-6)	30(10-30)
Akciğer kanseri	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	30(5-30)
Karaciğer kanseri	6 (5-6)	6 (5-6)	6 (5-6)	6 (5-6)	6 (5-6)	30(25-30)
Prostat kanseri	6(4-6)	6(4-6)	6(4-6)	6(4-6)	6(4-6)	30(20-30)
Over kanseri	6(2-6)	6(2-6)	6(2-6)	6(2-6)	6(2-6)	30(10-30)
Safra yolları kanseri	6(4-6)	6(4-6)	6(4-6)	6(4-6)	6(5-6)	30(21-30)
Diğer	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	6(1-6)	30(5-30)
<b>Test istatistiği</b>	$\chi^2 =18,648$	$\chi^2 =18,490$	$\chi^2 =17,693$	$\chi^2 =16,661$	$\chi^2 =17,432$	$\chi^2 =17,387$
<b>p</b>	p=0,068	p=0,071	p=0,089	p=0,118	p=0,096	p=0,097

**Tablo 10.** Hastaların klinik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		İsteklilik	Uyarılma	İslenme Sertleşme	Orgazm Durumu	Orgazm Tatmini	Toplam
<b>Kronik hastalığa sahip olma</b>	Evet	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Hayır	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=14063,5	U=14338	U=13907	U=13881,5	U=14083	U=13855,5
<b>p</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Hastalığın klinik evresi</b>	1.evre	5 (1 - 6)a	5 (1 - 6)a	5 (1 - 6)a	5 (1 - 6)a	4,5 (1 - 6)a	25 (5 - 30)a
	2.evre	6 (1 - 6)ab	6 (1 - 6)ab	6 (1 - 6)ab	6 (1 - 6)ab	6 (1 - 6)ab	30 (5 - 30)ab
	3.evre	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5-30)b
	4.evre	6 (1 - 6)ab	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	6 (1 - 6)b	30 (5-30)b
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2 = 10,5$	$\chi^2 = 12,6$	$\chi^2 = 14,6$	$\chi^2 = 13,6$	$\chi^2 = 16,5$	$\chi^2 = 13,6$
<b>p</b>		<b>p=0,015</b>	<b>p=0,006</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,004</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,003</b>
<b>Cerrahi tedavi</b>	Var	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Yok	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=20657	U=20429,5	U=20266,5	U=20385,5	U=20088,5	U=20352,5
<b>p</b>		p=0,889	p=0,704	p=0,587	p=0,675	p=0,468	p=0,653
<b>Radyoterapi</b>	Var	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Yok	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=12187,5	U=12085,5	U=12240	U=12212	U=12283	U=12288
<b>p</b>		p=0,879	p=0,770	p=0,935	p=0,905	p=0,981	p=0,987
<b>Metastaz varlığı</b>	Var	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
	Yok	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	6 (1 - 6)	30 (5 - 30)
<b>Test istatistiği</b>		U=12404,5	U=12663,5	U=12485	U=12477,5	U=12699	U=12459
<b>p</b>		p=0,053	p=0,105	p=0,068	p=0,067	p=0,120	p=0,065

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortanca puanları Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=13855,5$ ,  $p<0,001$ ) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=13,6$ ,  $p=0,003$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2 =17,387$ ,  $p=0,097$ ), cerrahi tedavi ( $U=20352,5$ ,  $p=0,653$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $U=12288$ ,  $p=0,987$ ) ile metastaz gelişme ( $U=12459$ ,  $p=0,065$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=14063,5$   $p<0,001$ ) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=10,5$ ,  $p=0,015$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2 =18,648$ ,  $p=0,068$ ), cerrahi tedavi ( $U=20657$   $p=0,889$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $U=12187,5$ ,  $p=0,879$ ) ile metastaz gelişme ( $U=12404,5$ ,  $p=0,053$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Uyarılma alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=14338$ ,  $p<0,001$ ) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=12,6$ ,  $p=0,006$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Uyarılma alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=18,490$ ,  $p=0,071$ ), cerrahi tedavi ( $U=20429,5$ ,  $p=0,704$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $U=12085,5$ ,  $p=0,770$ ) ile metastaz gelişme ( $U=12663,5$ ,  $p=0,105$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İslanma/Sertleşme alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=13907$ , $p<0,001$ ) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=14,6$ ,  $p=0,002$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İslanma/Sertleşme alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=17,693$ ,  $p=0,089$ ), cerrahi tedavi ( $U=20266,5$ ,  $p=0,587$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $U=12240$ ,  $p=0,935$ ) ile metastaz gelişme ( $U=12485$ ,  $p=0,068$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=13181,5$ ,  $p<0,001$ ) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=13,6$ ,  $p=0,004$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı

( $\chi^2=16,661$ ,  $p=0,118$ ), cerrahi tedavi ( $U=20385,5$ ,  $p=0,675$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $U=12212$ ,  $p=0,905$ ) ile metastaz gelişme ( $U=12477,5$ ,  $p=0,067$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Tatmini alt boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=14083$ ,  $p<0,001$ ) ve hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=16,5$ ,  $p=0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Tatmini alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=17,432$ ,  $p=0,096$ ), cerrahi tedavi ( $U=20088,5$ ,  $p=0,468$ ) ve radyoterapi görme ( $U=12283$ ,  $p=0,981$ ) durumları ile metastaz gelişme ( $U=12699$ ,  $p=0,120$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

**Tablo 11.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile cinsel işlev durumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Cinsel İşlev Bozukluğu Yok ( $<11$ )		Cinsel İşlev Bozukluğu var ( $\geq 11$ )		Test İstatistiği	p
	n	%	n	%		
	<b>Yaş grupları</b>					
23-38 yaş	7	18,9	30	81,1		
39-54 yaş	13	9	131	91		
55-70 yaş	2	1,1	183	98,9		
71 yaş ve üzeri	-	-	44	100		
<b>Cinsiyet</b>					$\chi^2 = 2,6$	p=0,104
Kadın	9	3,8	227	96,2		
Erkek	13	7,5	161	92,5		
<b>Medeni durum</b>					$\chi^2 = 0,4$	0,557
Bekar	0	0	6	100		
Evli	22	5,4	382	94,6		
<b>Eğitim durumu</b>					$\chi^2 = 18,4$	<b>p=0,001</b>
Okuryazar	-	-	114	100		
İlkokul	8	4,8	159	95,2		
Ortaokul	5	18,5	22	81,5		
Lise	5	9,8	46	90,2		
Üniversite	4	7,8	47	92,2		
<b>Çalışma durumu</b>					$\chi^2 = 2,8$	p=0,093
Evet	6	9,8	55	90,2		
Hayır	16	14,6	333	95,4		
<b>Gelir durumu</b>					$\chi^2 = 0,5$	p=0,501
Gelir giderden az	8	4,5	169	95,5		
Gelir gidere eşit	14	6	218	94		

**Tablo 11.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile cinsel işlev durumlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Cinsel İşlev Bozukluğu Yok (<11)		Cinsel İşlev Bozukluğu var (≥11)		Test İstatistiği	p
		n	%	n	%		
		<b>Meslek</b>	Ev hanımı	7	4		
	İşçi	2	11,1	16	88,9		
	Memur	4	16	21	84		
	Serbest meslek	1	9,1	10	90,9		
	Emekli	5	3	160	97		
	İşsiz	3	27,3	8	72,7		
	Diğer	-	-	5	100		
<b>Sosyal güvence</b>	Var	22	5,4	384	94,6	$\chi^2 = 0,2$	p=0,632
	Yok	-	-	4	100		
<b>Yaşadığı yerleşim birimi</b>	İl	16	7,9	187	92,1	$\chi^2 = 5,7$	p=0,058
	İlçe	6	3,5	166	96,5		
	Köy	-	-	35	100		
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek aile	8	3,6	215	96,4	$\chi^2 = 3,0$	p=0,081
	Geniş aile	14	7,5	173	92,5		
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>	Evet	22	5,8	357	94,2	$\chi^2 = 1,9$	p=0,168
	Hayır	-	-	31	100		
<b>Kimlerle birlikte yaşadığı</b>	Eşi	1	0,6	173	99,4	$\chi^2 = 16,3$	p=0,001
	Çocukları	-	-	10	100		
	Eşi ve çocukları	21	9,5	199	90,5		
	Tek başına	-	-	6	100		

$\chi^2$ : Pearson ki-kare test istatistiği.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile cinsel işlev durumları Tablo11’de karşılaştırılmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesim noktasına göre, hastaların cinsel işlev bozukluğu yaşama durumunun yaş grupları ( $\chi^2=26,4$ ,  $p<0,001$ ), eğitim durumu ( $\chi^2=18,4$ ,  $p=0,001$ ) meslek ( $\chi^2=20,1$ ,  $p=0,003$ ) ve kimlerle birlikte yaşadığına ( $\chi^2=16,3$ ,  $p=0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Cinsel işlev durumunun hastaların cinsiyet ( $\chi^2=2,6$ ,  $p=0,104$ ), medeni durum ( $\chi^2=0,04$ ,  $p=0,557$ ), çalışma

durumu ( $\chi^2=2,8$ ,  $p=0,093$ ), gelir durumu ( $\chi^2=0,5$ ,  $p=0,501$ ), sosyal güvence ( $\chi^2=0,2$ ,  $p=0,632$ ), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2=5,7$ ,  $p=0,058$ ), aile yapısı ( $\chi^2=3,0$ ,  $p=0,081$ ) ve çocuk sahibi olma ( $\chi^2=1,9$ ,  $p=0,168$ ) durumlarına göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 11).

**Tablo 12.** Hastaların klinik özellikleri ile cinsel işlev durumlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsel işlev Bozukluğu Yok (<11)		Cinsel İşlev Bozukluğu Var (≥11)		Test İstatistiği	P		
		n	%	n	%				
		<b>Mevcut tanı</b>							
	Mide kanseri	2	3,7	26	96,3				
	Meme kanseri	7	7,1	91	92,9				
	Kolon kanseri	0	0	30	100				
	Lösemi	6	8,5	65	91,5				
	Rektum kanseri	1	10	9	90				
	Mesane kanseri	1	11,1	8	88,9	$\chi^2 =9,1$	$p=0,616$		
	Akciğer kanseri	1	2,2	45	97,8				
	Karaciğer kanseri	-	-	9	100				
	Prostat kanseri	-	-	10	100				
	Over kanseri	1	2,3	42	97,7				
	Safra yolları kanseri	0	0	10	100				
	Diğer	4	8,5	43	91,5				
<b>Kronik bir hastalığa sahip olma</b>	Evet	2	1,2	168	98,8			$\chi^2 =10,0$	$p=0,002$
	Hayır	20	8,3	220	91,7				
<b>Hastalığın klinik evresi</b>	1.evre	1	5,6	17	94,4			$\chi^2 =3,8$	$p=0,287$
	2. evre	13	8	150	92				
	3.evre	3	3,6	80	96,4				
	4.evre	5	3,4	141	96,6				
<b>Cerrahi tedavi</b>	Var	11	4,9	215	95,1	$\chi^2 =0,2$	$p=0,620$		
	Yok	11	6	173	94				
<b>Radyoterapi</b>	Var	3	4,1	70	95,9	$\chi^2 =0,3$	$p=0,599$		
	Yok	19	5,6	318	94,4				
<b>Metastaz varlığı</b>	Var	7	8,1	79	91,9	$\chi^2 =1,6$	$p=0,199$		
	Yok	15	4,6	309	95,4				
	Yok	15	4,6	309	95,4				

$\chi^2$ : Pearson ki-kare test istatistiği.

Hastaların klinik özellikleri ile cinsel işlev durumları Tablo 12’de karşılaştırılmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesim noktasına göre, hastaların cinsel işlev bozukluğu yaşama durumlarının kronik bir hastalığa sahip olma ( $\chi^2 = 10,0$ ,  $p=0,002$ ) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Cinsel işlev bozukluğu yaşama durumlarının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2 = 9,1$ ,  $p=0,616$ ), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2 = 3,8$ ,  $p=0,287$ ), cerrahi tedavi ( $\chi^2 = 0,2$ ,  $p=0,620$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $\chi^2 = 0,3$ ,  $p=0,599$ ), ile metastaz gelişme durumuna ( $\chi^2 = 1,6$ ,  $p=0,199$ ) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 12).

#### 4.5. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği’ne İlişkin Bulgular

**Tablo 13.** Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puanları

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Ağrı	2,2 $\pm$ 3,2	0	0 - 10
Yorgunluk	4,7 $\pm$ 3,1	5	0 - 10
Bulantı	2,5 $\pm$ 3,0	1	0 - 10
Üzüntü	2,9 $\pm$ 2,6	3	0 - 10
Endişe	3,1 $\pm$ 2,7	3	0 - 10
Uykusuzluk	2,1 $\pm$ 2,9	0	0 - 10
İştahsızlık	3,03 $\pm$ 3,3	2	0 - 10
Kendini İyi Hissetme	2,3 $\pm$ 2,3	2	0 - 9
Nefes Darlığı	1,2 $\pm$ 2,2	0	0 - 10

\* $\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği alt boyut puan ortalaması ve ortanca puanları Tablo 13’te verilmiştir. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği alt boyutlarından Ağrı, Yorgunluk, Bulantı, Üzüntü, Endişe, Uykusuzluk, İştahsızlık, Kendini İyi Hissetme ve Nefes Darlığı puan ortalaması sırasıyla 2,2 $\pm$ 3,2, 4,7 $\pm$ 3,1, 2,5 $\pm$ 3,0, 2,9 $\pm$ 2,6, 3,1 $\pm$ 2,7, 2,1 $\pm$ 2,9, 3,0 $\pm$ 3,3, 2,3 $\pm$ 2,3 ve 1,2 $\pm$ 2,2 olarak belirlendi (Tablo 13).



**Tablo 14.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı
<b>Yaş grupları</b>	23-38 yaş	0,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	4 (0 - 10)a	4,5 (0 - 9)a	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 8)	0 (0 - 9)
	39-54 yaş	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 10)ab	3 (0 - 10)ab	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)
	55-70 yaş	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 10)b	3 (0 - 10)b	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	1 (0 - 9)	0 (0 - 10)
	71 yaş ve üzeri	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 9)ab	3 (0 - 9)ab	2 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 8)	0 (0 - 9)
<b>Test istatistiği</b>		$\chi^2=6,2$	$\chi^2=3,2$	$\chi^2=6,2$	$\chi^2=8,1$	$\chi^2=8,9$	$\chi^2=1,4$	$\chi^2=5,2$	$\chi^2=2,8$	$\chi^2=4,1$
<b>p</b>		p= 0,102	p= 0,362	p= 0,104	<b>p= 0,043</b>	<b>p= 0,031</b>	p= 0,7	p= 0,156	p= 0,423	p= 0,253
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	1 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)
	Erkek	0 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 9)	0 (0 - 10)	1 (0 - 9)	0 (0 - 10)
<b>Test istatistiği</b>		U=16371,0	U=15176,0	U=16129,0	U=17798,5	U=17487,0	U=17882,0	U=17489,0	U=16834,5	U=19132,5
<b>p</b>		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p= 0,019</b>	<b>p= 0,009</b>	<b>p= 0,013</b>	<b>p= 0,007</b>	<b>p= 0,002</b>	p= 0,141

**Tablo 14.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi Hissetme	Nefes Darlığı
<b>Medeni durum</b>	Bekar	0,5 (0 - 6)	6 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2,5 (0 - 8)	2,5 (0 - 8)	1 (0 - 5)	0 (0 - 4)	2 (0 - 7)	0 (0 - 4)
	Evli	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 10)
<b>Test</b>		U= 1207,5	U= 999,5	U= 1191,5	U= 1207,5	U= 1183,5	U= 1205,5	U= 841,5	U= 1201,5	U= 1144
<b>İstatistiği</b>										
<b>p</b>		p=0,986	p=0,457	p=0,940	p=0,987	p=0,920	p=0,980	p=0,175	p=0,970	p=0,768
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)a	2 (0 - 10)	3,5 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)a	2 (0 - 9)a	0 (0 - 9)
	İlkokul	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)ab	2 (0 - 8)ab	0 (0 - 10)
	Ortaokul	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	1 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 9)ab	1 (0 - 7)ab	0 (0 - 7)
	Lise	1 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	0 (0 - 8)	2 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)b	1 (0 - 7)ab	0 (0 - 9)
	Üniversite	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)b	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)ab	1 (0 - 9)b	0 (0 - 9)
	<b>Test</b>									
<b>İstatistiği</b>		$\chi^2=8,2$	$\chi^2=11,8$	$\chi^2=4,8$	$\chi^2=9,9$	$\chi^2=4,3$	$\chi^2=2,5$	$\chi^2=14,2$	$\chi^2=15,6$	$\chi^2=2,3$
<b>p</b>		p=0,085	<b>p=0,019</b>	p=0,310	p=0,050	p=0,364	p=0,645	<b>p=0,007</b>	<b>p=0,004</b>	p=0,683

**Tablo 14.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi Hissetme	Nefes Darlığı
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	1 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)
	Gelir gidere eşit	0 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 9)	0 (0 - 10)	1 (0 - 9)	0 (0 - 10)
<b>Test İstatistiği p</b>		U=8,1 <b>p=0,004</b>	U=6,8 <b>p=0,009</b>	U=5,8 <b>p=0,016</b>	U=1,9 p=0,172	U=3,1 p=0,078	U=3,8 p=0,053	U=0,9 p=0,336	U=8,4 <b>p=0,004</b>	U=3,8 p=0,052
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	2 (0 - 10)a	5 (0 - 10)a	2 (0 - 10)a	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 9)a	0 (0 - 9)
	İşçi	0 (0 - 8)ab	3,5 (0 - 8)ab	0 (0 - 10)ab	3,5 (0 - 8)	4 (1 - 8)	1,5 (0 - 10)	0 (0 - 7)	2 (0 - 6)ab	0 (0 - 6)
	Memur	0 (0 - 10)ab	4 (0 - 10)ab	0 (0 - 10)ab	2 (0 - 9)	2 (0 - 9)	0 (0 - 8)	2 (0 - 9)	1 (0 - 9)ab	0 (0 - 9)
	Serbest meslek	2 (0 - 10)ab	4 (0 - 10)ab	0 (0 - 10)ab	2 (0 - 7)	2 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 10)	1 (0 - 9)ab	0 (0 - 9)
	Emekli	0 (0 - 10)b	5 (0 - 10)b	0 (0 - 10)b	2 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 8)b	0 (0 - 10)
	İşsiz	2 (0 - 10)ab	5 (1 - 10)ab	2 (0 - 8)ab	2 (0 - 5)	2 (0 - 8)	0 (0 - 6)	1 (0 - 6)	2 (0 - 6)ab	0 (0 - 6)
	Diğer	0 (0 - 1)ab	3 (2 - 9)ab	2 (0 - 5)ab	6 (0 - 8)	6 (0 - 8)	0 (0 - 5)	0 (0 - 6)	4 (1 - 8)ab	0 (0 - 0)
<b>Test İstatistiği p</b>		$\chi^2 = 24,0$ <b>p=0,001</b>	$\chi^2 = 19,2$ <b>p=0,004</b>	$\chi^2 = 16$ <b>p=0,014</b>	$\chi^2 = 9,2$ p=0,163	$\chi^2 = 13,6$ p=0,05	$\chi^2 = 11,1$ p=0,086	$\chi^2 = 10,6$ p=0,102	$\chi^2 = 18,9$ <b>p=0,004</b>	$\chi^2 = 5,4$ p=0,492

**Tablo 14.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi Hissetme	Nefes Darlığı
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0 (0 - 10)a	1 (0 - 10)	1 (0 - 9)a	0 (0 - 9)
	İlçe	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)a	2 (0 - 10)	2 (0 - 9)ab	0 (0 - 10)
	Köy	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)b	4 (0 - 10)	3 (0 - 8)b	0 (0 - 9)
Test istatistiği p		$\chi^2=1$	$\chi^2=2,8$	$\chi^2=0,2$	$\chi^2=4,4$	$\chi^2=3,9$	$\chi^2=14,5$	$\chi^2=6,3$	$\chi^2=7,2$	$\chi^2=0,1$
		p=0,592	p=0,243	0,888	p=0,109	p=0,144	<b>p=0,001</b>	p=0,05	<b>p=0,027</b>	p=0,945
Aile yapısı	Çekirdek aile	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 8)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	1 (0 - 9)	0 (0 - 10)
	Geniş aile	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 8)	0 (0 - 9)
Test İstatistiği p		U=18889	U=19960,5	U=20313	U=19066,5	U=18791,5	U=19835,5	U=19724,5	U=18484,5	U=19579,5
		p=0,068	p=0,453	p=0,634	p=0,130	p=0,081	p=0,346	p=0,321	<b>p=0,044</b>	p=0,184

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ortanca puanları Tablo 14'te karşılaştırılmıştır. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet ( $U=16371,0$ ,  $p<0,001$ ), gelir durumu ( $U=8,1$ ,  $p=0,004$ ) ve meslek ( $\chi^2 =24,0$ ,  $p=0,001$ ) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =6,2$ ,  $p=0,102$ ), medeni durum ( $U=1207,5$ ,  $p=0,986$ ), eğitim durumu ( $\chi^2 =8,2$ ,  $p=0,085$ ), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =1,0$ ,  $p=0,592$ ) ve aile yapısına ( $U=18889$ ,  $p=0,068$ ) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet ( $U=15176,0$ ,  $p<0,001$ ), eğitim durumu ( $\chi^2 =11,8$ ,  $p=0,019$ ), gelir durumu ( $U=6,8$ ,  $p=0,009$ ) ve mesleğine ( $\chi^2 =19,2$ ,  $p=0,004$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =3,2$ ,  $p=0,362$ ), medeni durum ( $U=999,5$ ,  $p=0,457$ ), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =2,8$ ,  $p=0,243$ ) ve aile yapısına ( $U=19960,5$ ,  $p=0,453$ ) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet ( $U=16129,0$ ,  $p<0,001$ ), gelir durumu ( $U=5,8$ ,  $p=0,016$ ) ve mesleğine ( $\chi^2 =16$ ,  $p=0,014$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =6,2$ ,  $p=0,104$ ), medeni durum ( $U=1191,5$ ,  $p=0,940$ ), eğitim durumu ( $\chi^2 =4,8$ ,  $p=0,310$ ), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =0,2$ ,  $p=0,888$ ) ve aile yapısına ( $U=20313$ ,  $p=0,634$ ) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =8,1$ ,  $p=0,043$ ) ve cinsiyetine ( $U=17798,5$ ,  $p=0,019$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü alt boyutu ortanca puanının hastaların medeni durum ( $U=1207,5$ ,  $p=0,987$ ), eğitim durumu ( $\chi^2 =9,9$ ,  $p=0,050$ ), gelir durumu ( $U=1,9$ ,  $p=0,172$ ), meslek ( $\chi^2 =9,2$ ,  $p=0,163$ ), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =4,4$ ,  $p=0,109$ ) ve aile yapısına ( $U=19066,5$ ,  $p=0,130$ ) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =8,9$ ,  $p=0,031$ ) ve cinsiyet ( $U=17487,0$ ,  $p=0,009$ ) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe alt

boyutu ortanca puanının hastaların medeni durum (U=1183,5, p=0,920), eğitim durumu ( $\chi^2 =4,3$ , p=0,364), gelir durumu (U=3,1, p=0,078), meslek ( $\chi^2 =13,6$ , p=0,05), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =3,9$ , p=0,144) ve aile yapısına (U=18791,5, p=0,081) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=17882,0, p=0,013) ve yaşadığı yerleşim birimine ( $\chi^2 =14,5$ , p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk alt boyutu ortanca hastaların puanının yaş grupları ( $\chi^2 =1,4$ , p=0,7), medeni durum (U=1205,5, p=0,980), eğitim durumu ( $\chi^2 =2,5$ , p=0,645) gelir durumu (U=3,8, p=0,053), meslek ( $\chi^2 =11,1$ , p=0,086) ve aile yapısına (U=19835,5 p=0,346) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=17489,0, p=0,007) ve eğitim durumuna ( $\chi^2 =14,2$  p=0,007) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =5,2$ , p=0,156), medeni durum (U=841,5, p=0,175), gelir durumu (U=0,9, p=0,336), meslek ( $\chi^2 =10,6$ , p=0,102), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =6,3$ , p=0,05) ve aile yapısına (U=19724,5, p=0,321) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme alt boyutu ortanca puanının hastaların cinsiyet (U=16834,5, p=0,002), eğitim durumu ( $\chi^2 =15,6$ , p=0,004), gelir durumu (U=8,4, p=0,004), meslek ( $\chi^2 =18,9$  p=0,004) yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =7,2$  p=0,027) ve aile yapısına (U=18484,5, p=0,044) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =2,8$ , p=0,423) ve medeni duruma (U=1201,5, p=0,970) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı alt boyutu ortanca puanının hastaların yaş grupları ( $\chi^2 =4,1$ , p=0,253), cinsiyet (U=19132,5, p=0,141), medeni durum (U=1144, p=0,768), eğitim durumu ( $\chi^2 =2,3$ , p=0,683), gelir durumu (U=3,8 p=0,052), meslek ( $\chi^2 =5,4$ , p=0,492), yaşadığı yerleşim birimi ( $\chi^2 =0,1$ , p=0,945) ve aile yapısına (U=19579,5, p=0,184) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo14).

**Tablo 15.** Hastaların klinik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı
Mevcut Tanı	Mide kanseri	0 (0-10)ab	5(0-10)	0(0-10)	3(0-8)	3(0-8)	0(0-9)	3(0-10)	3(0-9)	0(0-5)ab
	Meme kanseri	0 (0-10)ab	5(0-10)	2(0-10)	3(0-9)	3(0-9)	0 (0-10)	1(0-9)	2(0-8)	0(0-9)b
	Kolon kanseri	0 (0-10)ab	4(0-9)	1,5(0-9)	2(0-6)	2(0-8)	1(0-9)	2(0-9)	2(0-9)	0(0-8)b
	Lösemi	0 (0-10)a	5(0-10)	0(0-10)	2(0-8)	3(0-10)	0(0-9)	1(0-10)	1(0-8)	0(0-7)b
	Rektum kanseri	0(0-7)ab	4(0-10)	2(0-8)	3(1-5)	3(0-5)	1,5(0-8)	2(0-7)	1,5(0-5)	0(0-8)ab
	Mesane kanseri	0 (0-10)ab	5(0-8)	2(0-5)	1(0-5)	1(0-7)	3(0-10)	0(0-9)	1(0-5)	0(0-7)ab
	Akciğer kanseri	0 (0-10)ab	5(0-10)	0(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	0(0-10)	3,5(0-10)	2(0-6)	2(0-10)a
	Karaciğer kanseri	0(0-5)ab	5(0-9)	0(0-9)	1(0-10)	1(0-10)	0(0-6)	0(0-9)	1(0-7)	0(0-2)ab
	Prostat kanseri	0 (0-5)ab	2,5(0-6)	0(0-6)	1,5(0-5)	2(0-5)	1(0-5)	0(0-7)	1(0-5)	0(0-1)b
	Over kanseri	3(0-10)b	6(0-10)	2(0-10)	2(0-10)	2(0-10)	2(0-10)	5(0-10)	2(0-8)	0(0-9)ab
	Safra yolları kanseri	0,5(0-6)ab	6(0-9)	3(0-9)	5(0-8)	5(0-8)	0(0-8)	5(0-10)	4(0-7)	0(0-4)ab
	Diğer	0 (0-10)ab	5(0-10)	1(0-10)	2(0-10)	3(0-10)	0(0-10)	1(0-10)	2(0-8)	0(0-9)b
	<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2 = 22,466$	$\chi^2 = 14,495$	$\chi^2 = 13,155$	$\chi^2 = 16,042$	$\chi^2 = 11,070$	$\chi^2 = 15,770$	$\chi^2 = 13,035$	$\chi^2 = 11,028$
<b>p</b>		<b>p=0,021</b>	p=0,207	p=0,283	p=0,140	p=0,437	p=0,150	p=0,291	p=0,441	<b>p=0,000</b>

**Tablo 15.** Hastaların klinik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi hissetme	Nefes Darlığı
<b>Kronik bir hastalığa sahip olma</b>	Evet	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 10)
	Hayır	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)
<b>Test İstatistiği</b>		U=19077,5	U=19049,5	U=19604,5	U=20230	U=20090,5	U=19100,5	U=19039	U=20079,5	U=18442,5
<b>p</b>		p=0,213	p=0,25	p=0,477	p=0,884	p=0,791	p=0,222	p=0,225	p=0,783	p= <b>0,039</b>
<b>Hastalığın klinik evresi</b>	1.evre	0 (0 - 9)	2 (0 - 9)	2 (0 - 9)	3 (0 - 7)	3 (0 - 7)	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)ab	1 (0 - 8)	0 (0 - 5)
	2.evre	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)ab	1 (0 - 9)	0 (0 - 9)
	3.evre	1 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 9)	3 (0 - 10)	0 (0 - 9)	4 (0 - 10)a	2 (0 - 8)	0 (0 - 9)
	4.evre	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 9)b	2 (0 - 9)	0 (0 - 10)
<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2=6,8$	$\chi^2=6,3$	$\chi^2=7,9$	$\chi^2=0,7$	$\chi^2=0,1$	$\chi^2=5,3$	$\chi^2=10,5$	$\chi^2=8,6$	$\chi^2=10,6$
<b>p</b>		p=0,078	p=0,1	p= <b>0,047</b>	p=0,861	p=0,995	p=0,151	p= <b>0,015</b>	p=0,05	p=0,05



**Tablo 15.** Hastaların klinik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi hissetme	Nefes Darlığı
<b>Cerrahi tedavi</b>	Evet	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 10)
	Hayır	0 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2,5 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)
<b>Test İstatistiği</b>		U=18120,5	U=17468	U=17585,5	U=20695	U=20345,5	U=18297	U=17800	U=20611,5	U=20214
<b>p</b>		<b>p=0,013</b>	<b>p=0,005</b>	<b>p=0,005</b>	p=0,934	p=0,704	<b>p=0,020</b>	<b>p=0,008</b>	p=0,878	p=0,546
<b>Radyoterapi</b>	Evet	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 8)	0 (0 - 9)
	Hayır	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 10)
<b>Test İstatistiği</b>		U=11843,5	U=10864	U=11263,5	U=11437,5	U=11591,5	U=11211	U=10924,5	U=11612	U=11334,5
<b>p</b>		p=0,579	p=0,115	p=0,232	p=0,340	p=0,434	p=0,187	p=0,114	p=0,445	p=0,189
<b>Metastaz varlığı</b>	Var	2 (0 - 10)	5 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	1 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)
	Yok	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1 (0 - 10)	2 (0 - 9)	0 (0 - 10)
<b>Test İstatistiği</b>		U=11279,5	U=11612,5	U=12493	U=13554,5	U=13595	U=11783	U=12627	U=12901	U=12727,5
<b>p</b>		<b>p=0,002</b>	<b>p=0,017</b>	p=0,119	p=0,695	p=0,727	<b>p=0,015</b>	p=0,159	p=0,283	p=0,124

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum, a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ortanca puanları Tablo 15’de karşılaştırılmıştır. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=22,466$ ,  $p=0,021$ ), cerrahi tedavi görme ( $U=18120,5$ ,  $p=0,013$ ) ve metastaz gelişme ( $U=11279,5$ ,  $p=0,002$ ) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=19077,5$ ,  $p=0,213$ ), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=6,8$ ,  $p=0,078$ ) ve radyoterapi görme ( $U=11843,5$ ,  $p=0,579$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyutu ortanca puanının hastaların cerrahi tedavi görme ( $U=17468$ ,  $p=0,005$ ) ve metastaz gelişme ( $U=11612,5$ ,  $p=0,017$ ) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=14,495$ ,  $p=0,207$ ), kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=19049,5$ ,  $p=0,25$ ), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=6,3$ ,  $p=0,1$ ) ve radyoterapi görme ( $U=10864$ ,  $p=0,115$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı alt boyutu ortanca puanının hastaların cerrahi tedavi görme ( $U=17585,5$ ,  $p=0,005$ ), hastalığın klinik evresine ( $\chi^2=7,9$ ,  $p=0,047$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=13,155$ ,  $p=0,283$ ), kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=19604,5$ ,  $p=0,477$ ), radyoterapi görme ( $U=11263,5$ ,  $p=0,232$ ) ve metastaz gelişme ( $U=12493$ ,  $p=0,119$ ) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=16,042$ ,  $p=0,140$ ), kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=20230$ ,  $p=0,884$ ), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=0,7$ ,  $p=0,861$ ), cerrahi tedavi ( $U=20695$ ,  $p=0,934$ ) ve radyoterapi görme durumları ( $U=11437,5$ ,  $p=0,340$ ) ile metastaz gelişme ( $U=13554,5$ ,  $p=0,695$ ) durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=11,070$ ,  $p=0,437$ ), kronik bir hastalığa sahip olma ( $U=20090,5$ ,  $p=0,791$ ), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=0,1$ ,  $p=0,995$ ), cerrahi tedavi

(U=20345,5, p=0,704) ve radyoterapi görme durumları (U=11591,5, p=0,434) ile metastaz gelişme (U=13595,5, p=0,727) durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk alt boyutu ortanca puanının hastaların cerrahi tedavi görme (U=18297, p=0,002) ve metastaz gelişme (U=11783, p=0,015) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=15,770$ , p=0,150), kronik bir hastalığa sahip olma (U=19100,5, p=0,222), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=5,3$ , p=0,151) ve radyoterapi görme (U=11211, p=0,187) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyutu ortanca puanının hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=10,5$ , p=0,015) ve cerrahi tedavi görme (U=17800, p=0,008) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=13,035$ , p=0,291), kronik bir hastalığa sahip olma (U=19039, p=0,225), radyoterapi görme (U=10924,5, p=0,114) ve metastaz gelişme (U=12627, p=0,159) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=11,028$ , p=0,441), kronik bir hastalığa sahip olma (U=20079,5, p=0,783), hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=8,6$ , p=0,05), cerrahi tedavi (U=20611,5, p=0,878) ve radyoterapi görme durumları (U=11612, p=0,445) ile metastaz gelişme (U=12901, p=0,283) durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 15).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı ( $\chi^2=40,612$ , p=0,000) ve kronik bir hastalığa sahip olma (U=18442,5, p=0,039) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı alt boyutu ortanca puanının hastaların hastalığın klinik evresi ( $\chi^2=10,6$ , p=0,050), cerrahi tedavi (U=20214, p=0,546) ve radyoterapi görme durumları (U=11334,5, p=0,189) ile metastaz gelişme (U=12727,5, p=0,124) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 15).

#### 4.6. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Arasındaki İlişki

**Tablo 16.** FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği arasındaki ilişki

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği					
İsteklilik	r=-0,045	r=-0,482**	r=-0,073	r=-0,259**	r=-0,236**
Uyarılma	r=-0,067	r=-0,498**	r=-0,087	r=-0,267**	r=-0,255**
İsplanma/Sertleşme	r=-0,040	r=-0,471**	r=-0,069	r=-0,254**	r=-0,228**
Orgazm Durumu	r=-0,046	r=-0,478**	r=-0,073	r=-0,252**	r=-0,230**
Orgazm Tatmini	r=-0,044	r=-0,481**	r=-0,075	r=-0,243**	r=-0,231**
Toplam	r=-0,034	r=-0,478**	r=-0,068	r=-0,243**	r=-0,223**
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği					
Ağrı	r=-0,269**	r=-0,058	r=-0,159**	r=-0,176**	r=-0,228**
Yorgunluk	r=-0,472**	r=-0,148**	r=-0,376**	r=-0,367**	r=-0,472**
Bulantı	r=-0,384**	r=-0,074	r=-0,213**	r=-0,246**	r=-0,315**
Üzüntü	r=-0,326**	r=-0,099*	r=-0,599**	r=-0,441**	r=-0,501**
Endişe	r=-0,358**	r=-0,090	r=-0,578**	r=-0,419**	r=-0,502**
Uykusuzluk	r=-0,367**	r=-0,105*	r=-0,279**	r=-0,381**	r=-0,389**
İştahsızlık	r=-0,401**	r=-0,140**	r=-0,248**	r=-0,330**	r=-0,375**
Kendini İyi Hissetme	r=-0,566**	r=-0,141**	r=-0,634**	r=-0,532**	r=-0,639**
Nefes Darlığı	r=-0,278**	r=-0,039	r=-0,205**	r=-0,263**	r=-0,265**

r: Spearman Korelasyon Katsayısı, \* p<0,05 önem düzeyinde anlamlı, \*\* p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 16'da sunulmuştur. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyut puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı (r=-0,034, p>0,05), İsteklilik (r=-0,045, p>0,05), Uyarılma (r=-0,067, p>0,05), İsplanma/Sertleşme (r=-0,040, p>0,05), Orgazm Durumu (r=-0,046, p>0,05) ve Orgazma Tatmini alt boyut puanları (r=-0,044, p>0,05) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 16).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik (r=-0,482, p<0,01), Uyarılma (r=-0,498, p<0,01), İsplanma/Sertleşme (r=-0,471, p<0,01), Orgazm Durumu (r=-0,478, p<0,01), Orgazma Tatmini alt boyut puanları (r=-0,481, p<0,01) ve toplam

puanı ( $r=-0,478$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 16).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyut puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik ( $r=-0,073$ ,  $p>0,05$ ), Uyarılma ( $r=-0,087$ ,  $p>0,05$ ), Islanma/Sertleşme ( $r=-0,069$ ,  $p>0,05$ ), Orgazm Durumu ( $r=-0,073$ ,  $p>0,005$ ), Orgazm Tatmini alt boyut puanları ( $r=-0,075$ ,  $p>0,05$ ) ve toplam puanı ( $r=-0,068$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 16).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik ( $r=-0,259$ ,  $p<0,01$ ), Uyarılma ( $r=-0,267$ ,  $p<0,01$ ), Islanma/Sertleşme ( $r=-0,254$ ,  $p<0,01$ ), Orgazm Durumu ( $r=-0,252$ ,  $p<0,01$ ), Orgazm Tatmini alt boyut puanları ( $r=-0,243$ ,  $p<0,01$ ) ve toplam puanı ( $r=-0,243$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 16).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik ( $r=-0,236$ ,  $p<0,01$ ), Uyarılma ( $r=-0,255$ ,  $p<0,01$ ), Islanma/Sertleşme ( $r=-0,228$ ,  $p<0,01$ ), Orgazm Durumu ( $r=-0,230$ ,  $p<0,01$ ), Orgazm Tatmini ( $r=-0,231$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları ve toplam puanı ( $r=-0,223$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 16).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $-0,269$ ,  $p<0,01$ ), Yorgunluk ( $r=-0,472$ ,  $p<0,01$ ), Bulantı ( $r=-0,384$ ,  $p<0,01$ ), Üzüntü ( $r=-0,326$ ,  $p<0,01$ ), Endişe ( $r=-0,358$ ,  $p<0,01$ ), Uykusuzluk ( $r=-0,367$ ,  $p<0,01$ ), İştahsızlık ( $r=-0,401$ ,  $p<0,01$ ) ve Nefes Darlığı alt boyut puanları ( $r=-0,278$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Kendini İyi Hissetme alt boyut puanı ( $r=-0,566$ ,  $p<0,01$ ) arasında ise negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 16).

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ( $r=-0,148$ ,  $p<0,01$ ), Üzüntü ( $r=-0,099$ ,  $p<0,05$ ), Uykusuzluk ( $r=-0,105$ ,  $p<0,05$ ), İştahsızlık ( $r=-0,140$ ,  $p<0,01$ ) ve Kendini İyi Hissetme ( $r=-0,141$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. FACT-G

Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,058$ ,  $p>0,05$ ), Bulantı ( $r=-0,074$ ,  $p>0,05$ ), Endişe ( $r=-0,090$ ,  $p>0,05$ ) ve Nefes Darlığı ( $r=-0,039$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 16).

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,159$ ,  $p<0,01$ ), Yorgunluk ( $r=-0,376$ ,  $p<0,01$ ), Bulantı ( $r=-0,213$ ,  $p<0,01$ ), Uykusuzluk ( $r=-0,279$ ,  $p<0,01$ ), İştahsızlık ( $r=-0,248$ ,  $p<0,01$ ) ve Nefes Darlığı ( $r=-0,205$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Üzüntü ( $r=-0,599$ ,  $p<0,01$ ), Endişe ( $r=-0,578$ ,  $p<0,01$ ) ve Kendini İyi Hissetme ( $r=-0,634$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında ise negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 16).

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,176$ ,  $p<0,01$ ), Yorgunluk ( $r=-0,367$ ,  $p<0,01$ ), Bulantı ( $r=-0,246$ ,  $p<0,01$ ), Üzüntü ( $r=-0,441$ ,  $p<0,01$ ), Endişe ( $r=-0,419$ ,  $p<0,01$ ), Uykusuzluk ( $r=-0,381$ ,  $p<0,01$ ), İştahsızlık ( $r=-0,330$ ,  $p<0,01$ ) ve Nefes Darlığı alt boyut puanları ( $r=-0,263$ ,  $p<0,01$ ) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Kendini İyi Hissetme alt boyut puanı ( $r=-0,532$ ,  $p<0,01$ ) arasında ise negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 16).

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,228$ ,  $p<0,01$ ), Yorgunluk ( $r=-0,472$ ,  $p<0,01$ ), Bulantı ( $r=-0,315$ ,  $p<0,01$ ), Uykusuzluk ( $r=-0,389$ ,  $p<0,01$ ), İştahsızlık ( $r=-0,375$ ,  $p<0,01$ ) ve Nefes Darlığı ( $r=-0,265$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Üzüntü ( $r=-0,501$ ,  $p<0,01$ ), Endişe ( $r=-0,502$ ,  $p<0,01$ ) ve Kendini İyi Hissetme ( $r=-0,639$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında ise negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 16).

**Tablo 17.** Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği arasındaki ilişki

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	İsteklilik	Uyarılma	İslanma/Sertleşme	Orgazm Durumu	Orgazm Tatmini	Toplam	
Ağrı	r=-0,054	r=-0,050	r=-0,053	r=-0,049	r=-0,050	r=-0,055	
Yorgunluk	r=0,086	r=0,101*	r=0,102*	r=0,109*	r=0,113*	r=0,100*	
Bulantı	r=0,006	r=0,020	r=0,016	r=0,018	r=0,020	r=0,011	
Üzüntü	r=0,040	r=0,054	r=0,031	r=0,034	r=0,035	r=0,028	
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	Endişe	r=0,017	r=0,032	r=0,007	r=0,012	r=0,011	r=0,006
Uykusuzluk	r=0,047	r=0,065	r=0,036	r=0,043	r=0,031	r=0,028	
İştahsızlık	r=0,165**	r=0,178**	r=0,158**	r=0,160**	0,155**	r=0,154**	
Kendini iyi hissetme	r=0,059	r=0,079	r=0,053	r=0,058	r=0,055	r=0,048	
Nefes darlığı	r=-0,058	r=-0,055	r=-0,039	r=-0,032	r=-0,051	r=-0,051	

r: Spearman Korelasyon Katsayısı, \* p<0,05 önem düzeyinde anlamlı, \*\* p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 17’de sunulmuştur. Bu araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik alt boyut puanı ile Edmonton Semptom tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyut puanı (r=0,165 p<0,01) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İsteklilik alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı (r=-0,054, p>0,05), Yorgunluk (r=0,086, p>0,05), Bulantı (r=0,006, p>0,05), Üzüntü (r=0,040, p>0,05), Endişe (r=0,017, p>0,05), Uykusuzluk (r=0,047, p>0,05), Kendini iyi hissetme (r=0,059, p>0,05) ve Nefes darlığı (r=-0,058, p>0,05) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 17).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Uyarılma alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk (r=0,101 p<0,05) ve İştahsızlık (r=0,178 p<0,01) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Uyarılma alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı (r=-0,050, p>0,05), Bulantı (r=0,020, p>0,05), Üzüntü (r=0,054, p>0,05), Endişe (r=0,032, p>0,05), Uykusuzluk (r=0,065, p>0,05), Kendini iyi hissetme

( $r=0,079$ ,  $p>0,05$ ) ve Nefes darlığı ( $r=-0,055$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 17).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İslanma/ Sertleşme alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ( $r=0,102$   $p<0,05$ ) ve İştahsızlık ( $r=0,158$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İslanma/ Sertleşme alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,053$ ,  $p>0,05$ ), Bulantı ( $r=0,016$ ,  $p>0,05$ ), Üzüntü ( $r=0,031$ ,  $p>0,05$ ), Endişe ( $r=0,007$ ,  $p>0,05$ ), Uykusuzluk ( $r=0,036$ ,  $p>0,05$ ), Kendini iyi hissetme ( $r=0,053$ ,  $p>0,05$ ) ve Nefes darlığı ( $r=-0,039$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 17).

Bu araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ( $r=0,109$   $p<0,05$ ) ve İştahsızlık ( $r=0,160$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,049$ ,  $p>0,05$ ), Bulantı ( $r=0,018$ ,  $p>0,05$ ), Üzüntü ( $r=0,034$ ,  $p>0,05$ ), Endişe ( $r=0,012$ ,  $p>0,05$ ), Uykusuzluk ( $r=0,043$ ,  $p>0,05$ ), Kendini iyi hissetme ( $r=0,058$ ,  $p>0,05$ ) ve Nefes darlığı ( $r=-0,032$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 17).

Bu çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Tatmini alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ( $r=0,113$   $p<0,05$ ) ve İştahsızlık ( $r=0,155$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Orgazm Durumu alt boyut puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,050$ ,  $p>0,05$ ), Bulantı ( $r=0,020$ ,  $p>0,05$ ), Üzüntü ( $r=0,035$ ,  $p>0,05$ ), Endişe ( $r=0,011$ ,  $p>0,05$ ), Uykusuzluk ( $r=0,031$ ,  $p>0,05$ ), Kendini iyi hissetme ( $r=0,055$ ,  $p>0,05$ ), Nefes darlığı ( $r=-0,051$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 17).

Bu araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ( $r=0,100$ ,  $p<0,05$ ) ve İştahsızlık ( $r=0,154$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom



Tanımlama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,055$ ,  $p>0,05$ ), Bulantı ( $r=0,011$ ,  $p>0,05$ ), Üzüntü ( $r=0,028$ ,  $p>0,05$ ), Endişe ( $r=0,006$ ,  $p>0,05$ ), Uykusuzluk ( $r=0,028$ ,  $p>0,05$ ), Kendini iyi hissetme ( $r=0,048$ ,  $p>0,05$ ) ve Nefes darlığı ( $r=-0,051$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 17).



## 5. TARTIŞMA

Kanserin tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi, onkoloji hastalarını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta; ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, endişe ve üzüntü gibi semptomların gelişmesine neden olmaktadır. Kemoterapi tedavisi insan yaşamının temel gereksinimlerinden biri olan cinselliği de etkileyebilmektedir. Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi gören hastaların yaşam kaliteleri ve cinsel yaşamları arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

### 5.1. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada onkoloji hastalarının fiziksel, duygusal, fonksiyonel ve sosyal ailevi iyilik hallerini belirleyen FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması  $76,9 \pm 16,2$  olarak belirlendi. Bu ölçekten en düşük 0, en yüksek 108 puan alınabileceği göz önüne alındığında araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitelerinin orta üstü düzeyde olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularına karşın FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı Bayram'ın (2012) çalışmasında  $63,9 \pm 16$ , Peçtekin ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında  $65,4 \pm 13,4$  ve Temiz'in (2016) çalışmasında  $44,8 \pm 5,5$  olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların yaşam kalitelerinin bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Bayram, 2012; Peçtekin ve ark., 2013; Temiz, 2016) yüksek olduğu görülmüş olmakla birlikte bu durumun çalışmaya katılan hastaların sosyal destek düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim literatürde sosyal desteğin strese karşı önemli bir tampon görevi gördüğü, bireyin hastalıkla baş etme güçlerini ve yaşam kalitelerini artırdığı bildirilmektedir (Ardahan, 2006; Savcı, 2006; Çalışkan ve ark., 2015).

Araştırma kapsamındaki hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı Sosyal Yaşam ve Aile Durumu ile Beden Durumu alt boyutlarından; en düşük puanı ise Duygusal Durum ile Faaliyet Durumu alt boyutlarından aldıkları saptandı. Onkoloji hastalarının sosyal ve ailevi iyilik hallerini değerlendiren Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puan ortalaması  $22,2 \pm 3,9$  olarak belirlendi. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutundan alınabilecek puan 0 ve 28

arasında değişmekle birlikte araştırma kapsamındaki hastaların sosyal yaşam ve ailevi iyilik hallerinin yüksek olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularına karşın Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı Peçtekin ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında  $17,6\pm 3,8$ ; Temiz'in çalışmasında (2016)  $20,55\pm 1,5$  ve Bayram'ın çalışmasında (2012)  $21,57\pm 4,4$  olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada hastaların sosyal yaşam ve ailevi iyilik durumunun bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Bayram, 2012; Peçtekin ve ark., 2013; Temiz, 2016) yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun aileleri ile birlikte yaşamalarından ve kemoterapi semptomlarını düşük düzeyde yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Nitekim literatürde ailesi ile birlikte yaşıyan hastaların sosyal iyilik halinin daha yüksek olduğu (Temiz, 2016), hastalığın ileri evresinde hareket kısıtlılığı ve enerji kaybı nedeniyle hastaların kendilerini sosyal çevrelerinden izole ettiği bildirilmektedir (Karabulutlu, 2009).

Onkoloji hastalarının fiziksel iyilik halini değerlendiren Beden Durumu alt boyut puan ortalaması  $21,8\pm 6,9$  olarak belirlendi. Beden Durumu alt boyutundan alınabilecek puanın 0 ve 28 arasında değiştii göz önüne alındığında araştırmaya katılan hastaların fiziksel iyilik hallerinin yüksek düzey olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularına karşın Beden Durumu alt boyut puanı Peçtekin ve arkadaşlarının çalışmasında (2013)  $18\pm 5,2$ ; Temiz'in çalışmasında (2016)  $9,27\pm 3,44$  ve Bayram'ın çalışmasında (2012)  $14,85\pm 5,6$  olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada hastaların fiziksel iyilik hallerinin bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Bayram, 2012; Peçtekin ve ark., 2013; Temiz, 2016) yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun araştırmaya katılan hastaların hastalığın erken evresinde olmalarından ve metastaz gelişen hasta sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Literatürde erken klinik evre hastalarla karşılaştırıldığında metastatik ve ileri evre onkoloji hastalarının bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu, fizyolojik ve psikolojik sorunları daha sık yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bildirilmektedir (Polat, 2011).

Onkoloji hastalarının duygusal iyilik hallerini değerlendiren Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması  $16,6\pm 5,3$  olarak belirlendi. Duygusal Durum alt boyutundan alınabilecek puanın 0 ve 24 arasında değiştii göz önüne alındığında araştırmaya katılan hastaların duygusal iyilik hallerinin orta üstü düzeyde olduğu söylenebilir.

Araştırma bulgularına karşın Duygusal Durum alt boyut puanı Peçtekin ve arkadaşlarının çalışmasında (2013)  $13,43\pm 4,1$ , Temiz'in çalışmasında (2016)  $9,95\pm 2,77$  ve Bayram'ın çalışmasında  $11,90\pm 4,67$  olarak saptanmıştır. Bu araştırmada hastaların duygusal iyilik hallerinin bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Bayram, 2012; Peçtekin ve ark., 2013; Temiz, 2016) daha yüksek olduğu görülmüş olmakla birlikte bu durum araştırma kapsamındaki hastaların sosyal destek sistemlerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Literatürde kanserin onkoloji hastalarını psikolojik boyutta etkilediği, kaygı düzeylerini arttırdığı, kendilerini yalnız ve terk edilmiş hissetmelerine neden olduğu bildirilmektedir (Albayrak Okçin, 2015). Bu doğrultuda aile, arkadaş ve yakın çevre tarafından sunulan sosyal desteğin hastalığın getirdiği psikolojik problemler ile başa çıkmada önemli bir kaynak olduğu (Savcı, 2006) ve onkoloji hastalarının duygusal durumlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Onkoloji hastalarının fonksiyonel iyilik hallerini değerlendiren Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalaması  $16,3\pm 6,3$  olarak belirlendi. Faaliyet Durumu alt boyutundan alınabilecek puanın 0 ve 28 arasında değiştiği göz önüne alındığında; araştırmaya katılan hastaların fonksiyonel iyilik hallerinin orta üstü düzey olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularına karşın Faaliyet Durumu alt boyut puanı Temiz'in çalışmasında (2016)  $5,03\pm 2,51$  ve Bayram'ın çalışmasında (2012)  $15,57\pm 5,60$  olarak saptanmıştır. Bu araştırmada hastaların fonksiyonel iyilik hallerinin bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Bayram, 2012; Temiz, 2016) daha yüksek olduğu görülmüş olmakla birlikte bu durum araştırma kapsamındaki hastaların hastalığın erken klinik evresinde olmalarından ve kemoterapi semptomlarını düşük düzeyde yaşamalarından kaynaklanabilir. Literatürde hastaların klinik evrelerinin fonksiyonel iyilik hallerini etkilediği (Temiz, 2016) ve kemoterapi semptomlarını oldukça yoğun yaşayan hastaların öz bakım güçlerinin azaldığı belirtilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013; Temiz, 2016).

Bu araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanın hastaların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yerleşim birimi, gelir durumu ve sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. 39-54 yaş grubunda bulunan, çalışan, geliri giderine eşit olan, üniversite mezunu, ilde yaşayan ve sosyal güvencesi bulunan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda kemoterapi

tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin yaş (Kenarış Gürel, 2007; Bayram, 2012), çalışma durumu (Gelin ve Ulus, 2015), gelir durumu (Gelin ve Ulus, 2015), sosyal güvence durumu (Sevli Öz, 2006; Kenarış Gürel, 2007; Bayram, 2012; Gelin ve Ulus, 2015), eğitim düzeyi (Sevli Öz, 2006; Kenarış Gürel, 2007; Bayram, 2012; Gelin ve Ulus, 2015 ) ve yaşadığı yerleşim birimi (Kenarış Gürel, 2007) gibi bazı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise eğitim durumu (Yazgan, 2014), yaş (Reis ve ark., 2006; Demir Göl, 2014; Satan, 2017), çalışma durumu (Reis ve ark., 2006; Demir Göl, 2014; Satan, 2017), gelir durumu (Reis ve ark., 2006; Demir Göl, 2014; Satan, 2017) ve yaşadığı yerleşim birimi (Reis ve ark., 2006; Demir Göl, 2014; Satan, 2017) gibi sosyodemografik özelliklerin hastaların yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmektedir.

Kanser fiziksel ve psikolojik birçok semptomun yanısıra hasta ve yakınlarının ekonomik sorunlar yaşamasına da neden olabilmektedir (Yardım ve ark., 2009). Kanser tedavisinin onkoloji hastaları üzerindeki ekonomik yükü hastaların kaygı düzeyini artırmakta ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Bu doğrultuda onkoloji hastalarının gelir durumunun bireylerin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi ve farkındalığının arttığı (Temiz, 2016), kişiler arası ilişkilerinin güçlendiği (Yılmaz, 2014) ve sosyal statüsünün yükseldiği (Göçgeldi ve ark., 2008) bildirilmektedir. Bu doğrultuda eğitim düzeyi yüksekliğinin gelir durumu gibi onkoloji hastalarının yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadınlarla karşılaştırıldığında erkek hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi. Cinsiyet değişkeninin yaşam kalitesini etkilemediğini bildiren araştırmalar bulunmasına karşın (Yazgan, 2014; Çalışkan ve ark., 2015; Temiz, 2016), araştırma bulgumuzu destekler nitelikte Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında erkek hastaların yaşam kalitesinin kadın hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kadınların sahip oldukları emosyonel özelliklere bağlı olarak aile içinde ve sosyal çevrelerinde sorumluluk düzeylerinin yüksek olmasının ve hastalık gibi kriz durumlarında kaygı, endişe ve

sıkıntıyı daha yoğun yaşamalarının (Cirhinlioğlu, 2014) kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının hastalığın 3. klinik evresinde olan hastalar ile karşılaştırıldığında hastalığın 4. klinik evresinde olan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgumuzu destekler yönde Temiz'in (2016) kemoterapi tedavisi alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada 4. klinik evrede olan hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının hastalığın diğer evresinde bulunan hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kanserin evresi ilerledikçe onkoloji hastalarının bakım gereksinimleri artmasına ve bu duruma bağlı olarak yaşam kaliteleri azalmasına karşın (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013; Üstündağ, 2013), bu çalışmada 4. klinik evrede olan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olması ölüm sürecinin son evresinde olan hastaların depresyon ve öfkeyi daha az yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanının kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık gösterdiği, kronik bir hastalığa sahip olmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda (Egelioğlu, 2007; Demir Göl, 2014) kronik bir hastalığa sahip olmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte kronik bir hastalığa sahip olma durumunun bireylerin yaşam kalitesini etkilemediğini bildiren araştırmalarda bulunmaktadır (Reis ve ark., 2006; Bayram, 2012; Gelin ve Ulus, 2015; Temiz, 2016). Kronik hastalıklar onkoloji hastalarının yaşam tarzları ile sosyal yaşamlarında yetersizliklere neden olabilmekte (Atik, 2017), bireylerin hastalığa ve tedavi sürecine uyumunu azaltabilmektedir (Demir Göl, 2014; Özdemir ve Taşçı, 2013).

## **5.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada hastaların cinsel işlev durumlarını değerlendiren Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması  $26,4 \pm 6,5$  olarak belirlendi. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden alabilecekleri toplam puanın 5 ile 30 puan arasında değiştiği ve hastaların aldıkları yüksek puanın cinsel işlev bozukluğuna işaret ettiği göz önüne alındığında; araştırma kapsamındaki hastaların cinsel işlev durumlarının iyi olmadığı söylenebilir. Araştırma bulgularına karşın Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

toplam puanı Denizgil ve Sönmez'in (2015) çalışmasında  $20,08 \pm 8,73$  ve Cleary ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında  $20,1 \pm 6,4$  olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Cleary ve ark., 2011; Denizgil ve Sönmez, 2015) yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte uzun, zor ve yorucu bir tedavi sürecinde olan onkoloji hastalarının psikolojik problemler yaşadığı, hastaların cinsel işlev durumlarının bireylerin psikolojik durumlarından olumsuz yönde etkilenebileceği söylenebilir (Tanrıverdi, 2017).

Bu çalışmada onkoloji hastalarının Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar doğrultusunda isteklilik, uyarılma, ıslanma/sertleşme, orgazm olma ve orgazm tatmini problemleri yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da kemoterapi tedavisi gören hastalarda cinsel istek azlığı (Açıkgöz, 2007; Reis, 2003; Can, 2004), cinsel doyum (Açıkgöz, 2007), uyarılma bozuklukları, ıslanma/ sertleşme problemleri ve orgazm olamama (Reis, 2003; Can, 2004; Can, 2007; Dinçer ve Oskay, 2015) gibi problemlerin görüldüğü belirtilmektedir. Diğer yandan literatürde cinsellikle ilgili özelliklerin (Uysal ve Çakırcalı, 2015), kanser ve tedavi sürecinin fizyolojik ve psikolojik etkilerinin (Kepçioğlu, 2012) ve kronik hastalıkların (Tanrıverdi, 2017) bireylerin cinsel işlev durumlarını etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yaklaşık olarak yarısının kanser dışında kronik bir hastalığa sahip oldukları gözönüne alındığında, kronik hastalıkların hastaların cinsel işlev durumlarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden alınan puanlar doğrultusunda, erkek hastalar ile karşılaştırıldığında kadın hastaların İsteklilik, Uyarılma, Islanma/Sertleşme, Orgazm Durumu ve Orgazm Tatmini alt boyutlarına ilişkin problemler yaşadıkları belirlendi. Bu durumun toplumun geleneksel yapısından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde erkekler ile karşılaştırıldığında kadınların cinsel yaşamlarının sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlerden daha çok etkilendiği ve erkeklerin cinsel istekliliğinin kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Açıkgöz, 2007; Uysal ve Çakırcalı, 2015). Ayrıca kadına verilen rolün ahlak, din ve toplumsal koşulların etkisi altında olduğu, kadınların cinsellikle ilgili

tutum ve davranışlar açısından kısıtlandığı, toplumun cinsel konulardaki baskısının kadınlar üzerinde daha fazla olduğu belirtilmektedir (Komut, 2011).

Bu araştırmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile tüm alt boyut puan ortalamalarının kanserin klinik evresine ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık gösterdiği, hastalığın 3. ve 4. klinik evresinde bulunan ve kronik bir hastalığa sahip olan hastaların cinsel işlev durumlarının daha kötü olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hastaların klinik evrelerinin (Açıkgöz, 2007) ve kronik bir hastalığa sahip olma durumlarının (Acar, 2009) cinsel işlev durumlarını etkilediği bildirilmektedir. Kronik hastalıklar pulmoner ve kardiyovasküler sistemlerin işleyişini etkilemekte, bireylerin ağrı ve yorgunluğu daha fazla yaşamalarına neden olmakta ve bu durumda bireylerin cinsel işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Özkorumak, 2009). Ayrıca ileri evre onkoloji hastalarının kanser ve tedavi süreci ile ilgili olarak yaşadıkları semptomlarda bireylerin cinsel işlevlerine etki etmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013).

Bu çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaşama durumunun hastaların yaş, eğitim durumu ve yaşadıkları yerleşim birimine göre farklılık gösterdiği; 71 yaş ve üzeri, okuryazar ve ilde yaşayan hastalarda cinsel işlev bozukluğu yaşama oranının daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konudaki çalışmalarda ileri yaşın bireylerin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde cinsel sorun yaşama oranının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Aygın ve Eti Aslan, 2008; Acar, 2009; Yaşar ve ark., 2010). İleri yaşa bağlı olarak kronik hastalık sayısı ile birlikte ilaç kullanımının arttığı (Karakas, 2016), yaşla ilişkili bu değişimlerin bireylerin cinsel işlev durumlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık ve tedavi süreci ile ilgili farkındalığının yüksek olduğu, yaşadıkları semptomları daha iyi yönetebildikleri (Temiz, 2016) ve bu durumuma bağlı olarak da cinsel problemleri daha az yaşayacakları düşünülmektedir. Nitekim bu konuda yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin cinsel konulara ilişkin bilgi gereksiniminin az olduğu (Temiz, 2016), bu doğrultuda cinsel sorunları daha az yaşadıkları bildirilmektedir (CETAD, 2007; Aygın ve Eti Aslan, 2008).



### 5.3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) 'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden alınan "0 puan" semptomun olmadığına, "10 puan" ise semptomun çok şiddetli hissedildiğine işaret etmekle birlikte bu çalışmada hastaların en yüksek puanı ölçeğin Yorgunluk, İştahsızlık, Endişe ve Üzüntü alt boyutlarından aldıkları saptanmıştır. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği kullanılarak hastaların en şiddetli yaşadığı semptomlar; Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında iştahsızlık, bulantı, yorgunluk ve kendini iyi hissetme durumu; Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında kendini iyi hissetme, yorgunluk, iştahsızlık ve bulantı; Seven ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluk olarak saptanmıştır. Kanser ve tedavisine bağlı olarak hastaların yaşadıkları semptomlar yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durum hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinden kaynaklanabilir. Bu doğrultuda onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomları etkin bir şekilde yönetebilmek için bireye özgü bakım planlarının geliştirilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir .

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyut puan ortalamasının  $4,7\pm 3,1$  olduğu ve hastaların yorgunluk semptomunu orta şiddette yaşadıkları belirlendi. Ölçeğin Yorgunluk alt boyut puan ortalaması Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında  $2,8\pm 2,6$  ve Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında  $3,6\pm 3,2$  olarak belirlenmiştir. Onkoloji hastalarının oldukça sık yaşadığı problemlerden biri olan yorgunluk bireyin, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini engelleyen ve yaşam kalitesini azaltan oldukça önemli bir semptomdur (Usta Yeşilbalkan, 2015). Bu nedenle kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarında yorgunluğun erken dönemde belirlenmesi ve uygun girişimlerde bulunulması son derece önemlidir (Aktürk, 2016). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ağrı, beslenme problemleri, solunum problemleri, anemi ve uyku bozukluğu gibi faktörlerin onkoloji hastalarının yorgunluk yaşamasına neden olduğu; kemoterapi kür sıklığı, uygulanan kemoterapi protokolü, klinik tanı ve metastaz gelişme durumlarının da hastaların yaşadıkları yorgunluğun şiddetini etkilediği bildirilmektedir (Saygılı, 2012).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyut puan ortalamasının hastaların cinsiyet, gelir durumu, meslek ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre

farklılık gösterdiği; kadın, geliri giderinden az, okuryazar ve ev hanımı olan hastalarda yorgunluk semptomunun daha şiddetli yaşandığı belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bir çalışmada da hastaların cinsiyet, gelir durumu ve eğitim durumunun hastaların yorgunluk düzeyini etkilediği (Karakoç; 2008), araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise hastaların cinsiyet (Kurt Sadırlı, 2008; Saygılı, 2012), gelir durumu (Kepçioğlu, 2012), mesleği (Usta Yeşilbalkan, 2005) ve eğitim durumu (Usta Yeşilbalkan, 2005; Kurt Sadırlı, 2008) gibi özelliklerinin yorgunluk yaşama durumlarını etkilemediği bildirilmektedir.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyut puan ortalamasının metastaz gelişme durumu ve alınan tedavi şekline göre farklılık gösterdiği; metastaz gelişen ve cerrahi tedavi gören hastalarda yorgunluğun daha yüksek şiddette yaşandığı belirlendi. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bir çalışmada cerrahi tedavi alma ve hastalığın ileri evresinde bulunmanın bireylerin yorgunluk semptomu yaşama durumlarını etkilemediği bildirilmektedir (Kepçioğlu, 2012). Literatürde ileri evre metastatik onkoloji hastalarında yorgunluk prevalansının %75 ile %100 arasında değiştiği, yorgunluğun metastatik kanserli onkoloji hastalarında en sık görülen semptomlardan biri olduğu belirtilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013). Metastatik kanserli onkoloji hastalarının kansere bağlı semptomları daha şiddetli yaşamasının bireylerin bakım gereksinimlerini artıracığı (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013), enerjilerini azaltacağı ve dolayısıyla daha fazla yorgunluk hissetmelerine neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyutu puan ortalamasının  $3,0\pm 3,3$  olduğu ve hastaların iştahsızlık semptomunu düşük şiddette yaşadıkları saptanmıştır. Ölçeğin İştahsızlık alt boyut puan ortalaması Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında  $2,7\pm 2,8$ , Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında  $5,1\pm 5,0$  olarak belirlenmiştir. Onkoloji hastalarında semptom yönetimi ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda bireyin iştahsız olması, yeterli ve düzenli yemek yememesi gibi durumların en çok zorluk yaşanan problem alanlarından biri olduğu (Uğur, 2014); iştahsızlığın hastalığın klinik evresi ve tümörün neden olduğu metabolik değişimler ile ilgili olabileceği, tad almada değişim, bulantı, yutma güçlüğü, depresyon ve anksiyete

gibi faktörlerin de iştahsızlığı etkileyebileceği bildirilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyutu puan ortalamasının hastaların cinsiyet ve eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği, kadın ve okuryazar olan hastaların iştahsızlık semptomunu daha yüksek şiddette yaşadıkları belirlendi. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda bireylerin cinsiyet ve eğitim durumlarının Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği iştahsızlık alt boyut puanını etkilemediği bildirilmektedir (Kurt Sadırlı, 2008; Kepçioğlu, 2012). Literatürde kadınların erkeklere oranla daha fazla psikolojik problem ve anksiyete bozuklukları yaşadıkları, bireylerin yaşadıkları anksiyete ve psikolojik problemlerin beslenme durumlarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013; Tokgöz ve ark., 2008). Bununla birlikte hastaların eğitim düzeyi yüksekliğinin kemoterapi ve tedavi süreci ile ilgili farkındalıklarını artıracacağı (Temiz, 2016), kemoterapi semptomları ile baş etme yeteneklerini güçlendireceği (Temiz, 2016) ve iştahsızlık semptomunu daha az yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyut puan ortalamasının hastalığın klinik evresine göre farklılık gösterdiği; hastalığın 4. klinik evresinde bulunan hastaların iştahsızlık semptomunu daha yüksek şiddette yaşadıkları görüldü. Araştırma bulgularına karşın Kurt Sadırlı (2008) ve Kepçioğlu (2012) hastalığın klinik evresinin Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık alt boyut puanını etkilemediğini bildirmiştir. Literatürde onkoloji hastalarının klinik evrelerinin iştahsızlık semptomunu etkilediği (Uğur, 2014), ileri evre onkoloji hastalarının %30 ile %80'inin iştahsızlık yaşadığı (Kocaman Yıldırım, 2013), hastaların klinik evreleri ilerledikçe bakım gereksinimlerinin arttığı ve semptomlarla baş etme becerilerinin azaldığı bildirilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe alt boyutu puan ortalaması  $3,1 \pm 2,7$  ve Üzüntü alt boyut puan ortalaması  $2,9 \pm 2,6$  olarak belirlendi. Hastaların endişe ve üzüntü semptomu yaşama şiddetlerinin bu konuda yapılan diğer çalışmalardan (Kurt Sadırlı, 2008; Kepçioğlu, 2012) daha yüksek olduğu görüldü. Literatürde kronik hastalıkların bireylerin uyum kapasitesini etkilediği, beden imajında ve yaşam

biçiminde değişimlere neden olduğu, bireylerin kaygı, endişe, üzüntü ve korku gibi psikolojik problemleri yaşamalarına yol açtığı bildirilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu doğrultuda kanser geliştirdiği korku ve gelecek kaygısı nedeniyle onkoloji hastalarının üzüntü ve endişe yaşamalarına neden olabilmektedir (Çivi ve ark., 2011; Temiz, 2016). Bu araştırmada hastaların üzüntü ve endişe semptomlarını düşük şiddette yaşamalarının bireylerin sosyal destek sistemlerinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim literatürde sosyal desteğin bireylerin olumsuz durumlar karşısında dayanma gücünü artırdığı, çevresel stresörlere karşı tampon görevi gördüğü, bireylerin sosyolojik ve psikolojik birçok sorununu çözüme kavuşturduğu bildirilmektedir (Ardahan, 2006).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü ve Endişe alt boyut puan ortalamasının cinsiyete göre farklılık gösterdiği, erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların üzüntü ve endişeyi daha yüksek düzeyde yaşadıkları belirlendi. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetin bireylerin Üzüntü ve Endişe alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği bildirilmiştir (Kurt Sadırlı, 2008; Kepçioğlu, 2012). Bu çalışmada kadınların üzüntü ve endişe yaşama düzeylerinin yüksek olması, hastalığın tedavi ve prognozuna bağlı olarak, aile içi rollerinin değişmesinden, aile içi rol ve sorumluklarını kimin yürüteceği konusundaki bilinmezlikten ve gelecek kaygısından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Günay ve Bener, 2011; İşçi, 2018).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı alt boyut puan ortalamasının hastaların cinsiyet ve gelir durumuna göre farklılık gösterdiği; kadınlarda ve geliri giderinden az olan hastalarda ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetin (Lin ve ark., 2003) onkoloji hastalarının ağrı semptomu yaşama şiddetlerini etkilerken araştırma bulgularına karşın gelir durumunun ise etkilemediği bildirilmektedir (Kurt Sadırlı, 2008; Gülçığ Çapar, 2010; Kepçioğlu, 2012). Literatürde stresin bireylerin ağrı yaşama durumlarını etkilediği (Doksat, 2005), kadınların ağrı ile başetmeye daha yatkın olduğu (Şahin, 2004) bildirilmektedir. Bununla birlikte toplumdaki sosyal rol ve sorumlulukları doğrultusunda kadınların hastalık sürecinde daha fazla stresöre maruz

kaldığı (Günay ve Bener, 2011), bu durumun kadınların yaşadığı ağrı şiddetini artırabileceği düşünülmektedir.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puanının hastaların mevcut tanısı, metastaz gelişme durumu ve tedavi şekline göre farklılık gösterdiği; over kanseri tanısı alan, metastaz gelişen ve cerrahi tedavi gören hastalarda ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak literatürde onkoloji hastalarında ağrı yaşama şiddetinin kanserin yerleşim yeri (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013; Yıldırım, 2015), metastaz gelişme (Kaymaz, 2011; Kurşun, 2011) ve cerrahi tedavi görmeyle (Dağıstan, 2014) yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında ise metastaz gelişme durumunun ve alınan tedavi şeklinin hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır. Metastaz gelişen onkoloji hastalarında kanser tutulum bölge sayısının fazla olmasının nörolojik ve fizyolojik problemleri arttıracığı (Kurşun, 2011), cerrahi operasyon sonrası sinir hasarına bağlı olarak hastaların nöropatik ağrı, inflamasyon ve fontom ağrısı yaşayabileceği (Kurşun, 2011) ve bu durumunda cerrahi tedavi gören hastaların ağrıyı daha şiddetli hissetmelerine neden olabileceği düşünülmektedir.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk alt boyutu puan ortalamasının hastaların cinsiyet ve yaşadıkları yerleşim birimine göre farklılık gösterdiği; kadınlarda ve köyde yaşayan hastalarda uykusuzluk şiddetinin daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda erkeklerle karşılaştırıldığında kadın onkoloji hastalarında uyku probleminin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda bireylerin cinsiyetinin Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk alt boyut puanını etkilemediği bildirilmiştir (Kurt Sadırlı, 2008; Kepçioğlu, 2012). Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının sık yaşadığı problemlerden biri olan uykusuzluk bireylerin yaşam kalitesini etkileyen çok önemli bir faktördür (Pazarcıkcı, 2017). Bununla birlikte hastaların stres düzeylerinin uyku düzenlerini olumsuz yönde etkilediği bu doğrultuda uyku hijyeninin sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin hastaların iyileşme sürecini hızlandıracağı bildirilmektedir (Özmutaf, 2006).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puan ortalamasının hastaların cinsiyet, gelir durumu ve aile yapısına göre farklılık gösterdiği; kadın, geliri giderinden az ve geniş aileye sahip olan hastaların kendilerini iyi hissetmeme durumunun daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularına karşın Kepçioğlu'nun (2012) yapmış olduğu çalışmada bireylerin cinsiyetinin ve gelir durumunun Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme alt boyut puanını etkilemediği bildirilmiştir. Onkoloji hastalarının kendilerini iyi hissetme durumları yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu farklılığın bireyin hastalıkla başetme becerilerinden, kişilik özelliklerinden, ailevi ve sosyal destek sistemlerinden, tedavi sürecine ilişkin moral ve motivasyon düzeylerinden etkilenebileceği düşünülmektedir (Ardahan, 2006; Yılmaz, 2014).

Bu araştırmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı Alt Boyut puan ortamasının hastaların mevcut tanısı ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık gösterdiği; akciğer kanseri tanısı alan ve kronik bir hastalığa sahip olan hastaların nefes darlığı semptomunu daha yüksek şiddette yaşadıkları belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte literatürde de onkoloji hastalarının mevcut tanılarının ve kanser dışında başka bir kronik hastalığa sahip olmalarının nefes darlığı yaşama durumlarını etkileyebileceği (Çakmak, 2012), kalp ve akciğer hastalığı öyküsü bulunanlar ile primer ya da metastatik akciğer onkoloji hastalarının nefes darlığı yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Çakmak, 2012; Yurtsever, 2015).

#### **5.4.FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Bu araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Faaliyet Durumu alt boyut puanları arttıkça Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile İsteklilik, Uyarılma, Islanma/Sertleşme, Orgazm Durumu ve Orgazm Tatmini alt boyut puanlarının azaldığı saptandı. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden alınan yüksek puan cinsel işlev bozukluğuna; FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nden alınan yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğuna işaret etmekle birlikte, bu araştırmada hastaların genel yaşam kaliteleri ile sosyal yaşam ve ailevi durumu ve faaliyet durumuna ilişkin yaşam

kaliteleri yükseldikçe cinsel yanıtlarının daha güçlü, kolay ve tatmin edici olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulgularını destekler nitelikte Temiz'in (2016) kemoterapi uygulanan onkoloji hastalarında yaşam kalitesi ve sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Cinsellik alt boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu ile Faaliyet Durumu alt boyut puanları arasında bir ilişki olduğu; bireylerin cinsellikle ilgili sorunları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca literatürde araştırma bulgularını destekler nitelikte bireylerin yaşam kaliteleri ile cinsel yaşamları arasında bir ilişki olduğu (Bozdemir ve Özcan, 2011; Oskay, 2015) bireylerin sosyal yaşamları, faaliyet durumları ve yaşam kalitelerindeki artışın cinselliğe ilişkin düşünceler ile cinsel yaşamlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Temiz, 2016).

Onkoloji hastaları tedavi sürecinde birçok fizyolojik ve psikolojik problemler yaşamakta ve bu duruma bağlı olarak bireylerin sosyal yaşantıları, fonksiyonel durumları ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Reis, 2006). Yaşam kalitesi düşen bireyler öz bakım gereksinimlerini karşılayamamakta ve bakım gereksinimleri artmaktadır (Altıparmak ve ark., 2011). Bu doğrultuda bakım gereksinimleri artan, öz bakım güçleri azalan onkoloji hastalarının cinsel yaşamlarında bu durumda olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte literatürde beden imajı ve benlik saygısındaki değişimlerin de bireylerin cinsel yaşamlarını etkilediği, beden imajı bozulan, benlik saygısı azalan bireylerin cinsel yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (Uysal ve Çakırcalı, 2015).

Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile Beden Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu alt boyut puanları arttıkça Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı, Yorgunluk, Bulantı, Üzüntü, Endişe, Uykusuzluk, İştahsızlık, Kendini İyi Hissetme ve Nefes Darlığı alt boyut puanlarının azaldığı saptanmıştır. Bununla birlikte FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanı arttıkça Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk, Üzüntü, Uykusuzluk, İştahsızlık ve Kendini İyi Hissetme alt boyut puanlarının azaldığı belirlenmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nden alınan yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğuna; Edmonton

Semptom Tanılama Ölçeği'nden alınan yüksek puan ise yaşanan semptomun şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Bu doğrultuda araştırma kapsamındaki hastaların genel yaşam kaliteleri ile beden durumları, sosyal yaşam ve ailevi durumları, duygusal durumları ve faaliyet durumları arttıkça ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme ve nefes darlığı semptomlarını daha az yaşadıkları belirlenmiştir. Literatürde araştırma bulgularıyla uyumlu olarak kemoterapiye bağlı yorgunluk, bulantı, ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı gibi semptomlar ile psikolojik problemlerin hastaların yaşam kalitesini etkilediği (Dedeli ve ark., 2008; Gelin ve Ulus, 2015; Kaya, 2016; Temiz, 2016), bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırladığı (Kurt Sadırlı, 2008), motivasyonlarını (Kurt Sadırlı, 2008), iletişim yeteneklerini (Kurt Sadırlı, 2008) ve öz bakım güçlerini azalttığı bildirilmektedir (Kara, 2004).

Bu çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile Uyarılma, İslanma/ Sertleşme, Orgazm Durumu ve Orgazm Tatmini alt boyut puanları arttıkça, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk alt boyut puanının arttığı saptanmıştır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden alınan yüksek puanın cinsel işlev bozukluğuna; Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden alınan yüksek puanın yaşanan semptomun şiddetinin arttığına işaret ettiği göz önüne alındığında, bu çalışmada hastaların uyarılma, ıslanma sertleşme, orgazm durumu ve orgazm tatmini problemleri yaşama durumu yükseldikçe bireylerin yorgunluk semptomunu yaşama şiddetinde arttığı saptanmıştır. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Açık göz (2007) halsizliği olan hastaların cinsel doyumlarında %89 oranında azalma olduğunu; Çavdar da (2006) tedavi süresince yorgunluk yaşayan bireylerin cinsel isteklerinin ve cinsel aktivite sıklığının azaldığını bildirmiştir. Onkoloji hastalarının tedavi süresince kendilerini güçsüz hissetmesinin (Özkan ve Çınar, 2009), kaliteli cinsel aktivite için yeterli enerjisinin olmamasının (Usta Yeşilbalkan, 2015), hastaların cinsel partnerlerinin ise cinsel aktiviteden kaçınmasının (Çavdar,2006) hastaların cinsel yaşamlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak kanser bireyin cinsel yaşamını çok boyutlu etkilemesine karşın, kanser tedavisinin cinsel yaşam ve üreme sağlığı üzerindeki etkileri yeterince bilinmemektedir. Sağlık profesyonelleri genellikle bireyin yaşadığı cinsel problemleri önemsememekte, bu alana ilişkin sorgulamayı gerekli görmemekte ve yalnızca



fizyolojik semptomlar üzerine odaklanmaktadır. Oysaki onkoloji hastasının cinsel sağlığını korumak, cinsel fonksiyonuna ilişkin zararı minimuma indirmek, zevk alma ve cinselliği ifade etme yetisini geliştirmek, yeni alternatif yontemler için hastaya yardım ve rehberlik etmek son derece önemlidir (Dinçer ve Oskay, 2015). İnsan yaşamının temel gereksinimlerinden biri olan cinsellik kemoterapi tedavisinden olumsuz yonde etkilenmekte; hastalarda uyarılma, ıslanma/ sertleşme, orgazm durumu ve orgazm tatmini alanlarına ilişkin cinsel problemler ortaya çıkmakta ancak utanma ve çekinme nedeniyle bu alana ilişkin problemler sağlık bakım profesyonelleri ile paylaşılmamaktadır (Dinçer ve Oskay, 2015).

Onkoloji hastalarının yařam kalitesini yukseltebilmek, cinsel problemlerini ve yařadıkları semptomları azaltabilmek için kemoterapi tedavisi goren hastalarda yařam kalitesi ile cinsel yařam arasındaki iliřkinin belirlenmesinin ve elde edilen bulgular dođrultusunda uygun stratejiler geliřtirilmesinin son derece önemli olduđu dűřunlmektedir. Bununla birlikte bu arařtırmadan elde edilen bulgular dođrultusunda hastaların cinsel problemlerini onlemeye yonelik uygun hemřirelik giriřimlerinin planlanabileceđi ve yařam kalitelerinin yukseltilebileceđi dűřunlmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırma kapsamındaki hastaların %24'ünün meme kanseri, %17,3'ünün lösemi tanısını aldığı, hastaların %39,8'inin hastalığın 2. klinik evresinde olduğu, %55,1'ine cerrahi tedavi, %17,8'ine radyoterapi uygulandığı, hastaların %79'unda metastaz geliştiği ve %41,5'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlendi

Araştırmaya katılan hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması  $76,9 \pm 16,2$ , Beden Durumu alt boyut puan ortalaması  $21,8 \pm 6,9$ , Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puan ortalaması  $22,2 \pm 3,9$ , Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması  $16,6 \pm 5,3$  ve Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalaması  $16,3 \pm 6,3$  olarak belirlendi.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması  $26,4 \pm 6,5$ , İsteklilik alt boyut puan ortalaması  $5,3 \pm 1,3$ , Uyarılma alt boyut puan ortalaması  $5,3 \pm 1,3$ , Islanma/Sertleşme alt boyut puan ortalaması  $5,3 \pm 1,3$ , Orgazm Durumu alt boyut puan ortalaması  $5,3 \pm 1,3$  ve Orgazm Tatmini alt boyut puan ortalaması  $5,3 \pm 1,3$  olarak saptandı.

Hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden en yüksek puanı Yorgunluk ( $4,7 \pm 3,1$ ), Üzüntü ( $2,9 \pm 2,6$ ), Endişe ( $3,1 \pm 2,7$ ) ve İştahsızlık ( $3,0 \pm 3,3$ ) alt boyutlarından aldıkları belirlendi.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ( $r=-0,223$ ,  $p<0,01$ ), İsteklilik ( $r=-0,236$ ,  $p<0,01$ ), Uyarılma ( $r=-0,255$ ,  $p<0,01$ ), Islanma/Sertleşme ( $r=-0,228$ ,  $p<0,01$ ), Orgazm Durumu ( $r=-0,230$ ,  $p<0,01$ ) ve Orgazm Tatmini ( $r=-0,231$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,228$ ,  $p<0,01$ ), Yorgunluk ( $r=-0,472$ ,  $p<0,01$ ), Bulantı ( $r=-0,315$ ,  $p<0,01$ ), Uykusuzluk ( $r=-0,389$ ,  $p<0,01$ ), İştahsızlık ( $r=-0,375$ ,  $p<0,01$ ) ve Nefes Darlığı ( $r=-0,265$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Üzüntü ( $r=-0,501$ ,  $p<0,01$ ), Endişe ( $r=-0,502$ ,  $p<0,01$ ) ve Kendini İyi Hissetme ( $r=-0,639$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında ise negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom tanılama Ölçeği Yorgunluk ( $r=0,100$ ,  $p<0,05$ ) ve İştahsızlık ( $r=0,154$ ,  $p<0,01$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ( $r=-0,055$ ,  $p>0,05$ ), Bulantı ( $r=0,011$ ,  $p>0,05$ ), Üzüntü ( $r=0,028$ ,  $p>0,05$ ), Endişe ( $r=0,006$ ,  $p>0,05$ ), Uykusuzluk ( $r=0,028$ ,  $p>0,05$ ), Kendini iyi hissetme ( $r=0,048$ ,  $p>0,05$ ) ve Nefes darlığı ( $r=-0,051$ ,  $p>0,05$ ) alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Kanser tanısı alan onkoloji hastalarının bir bütün olarak değerlendirilmesi, multidisipliner bir yaklaşımla kemoterapiye bağlı sonuçların olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması,
- Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin uygun ölçme araçları ile periyodik aralıklarla değerlendirilmesi,
- Kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastaların da özellikle yorgunluk, iştahsızlık, endişe ve üzüntü semptomlarının uygun skalalar kullanılarak değerlendirilmesi ve bu semptomları azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Onkoloji hastalarının hemşirelik girişimlerini planlarken sosyodemografik ve klinik özelliklerinin göz önünde bulundurulması,
- Sağlık profesyonellerinin kemoterapi tedavisi süresince onkoloji hastalarının yalnızca fizyolojik semptomları üzerine odaklanmaması aynı zamanda cinsel yaşamını da sorgulaması,
- Hasta ile dostça ilişkiler kurulması, korku ve yanlış anlamaların ortadan kaldırılması, hastanın mahremiyet hakkındaki duygularını ifade etmesine izin verilmesi,
- Hastaların cinsel yaşamları hakkında soru sormaları için cesaretlendirilmesi,
- Hastanın cinsel sağlığını korumak, zevk alma ve cinselliği ifade etme yetisini geliştirmek, yeni alternatif yöntemler önermek için hastaların bilgilendirilmesi,
- Hastalara cinsellik hakkındaki düşünceleri, seksüel kaygıları, beden imajı ve tedavinin etkileri hakkında açık ve duyarlı bir tartışma ortamının sağlanması,

iyileştiği ve enerji düzeyi izin verdiği sürece eği/partneri ile birlikte olması konusunda cesaretlendirilmesi,

- Hastanın ihtiyaç duyduğu durumlarda psikolojik rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve
- Türkiye'nin farklı bölgelerinde kemoterapi tedavisi gören onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri ve cinsel işlevlerini değerlendiren karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Acar A. Meme kanseri olan kadınların cinsel fonksiyonları ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2009;40-44
- Açıkgöz F. Düzce ilindeki kanserli hastaların cinsel yaşamlarındaki değişikliklerin ve bilgi gereksinimlerinin saptanması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2007;7-26
- Akarsu Höbek R, Kızılkaya Beji N. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. Androloji Bülteni 2016; 18(65):134-137
- Akbal Ateş S. Kemoterapiye bağlı alopesi algısı ve yaşam kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2011;11-17
- Akçalı Z. Soru ve cevaplarla kanser. 1. Baskı, Ankara, Elif Yayınevi Yayınları. 2010; 114-115.
- Akman G. Kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, Yüksek Lisans Tezi, 2016;34-35
- Aktürk Ü. Kemoterapi alan hastalara watson insan bakım modeline göre verilen bakımın yaşamın anlamı ve semptom yönetimine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Doktora Tezi, 2016;38-46
- Akyolcu N. Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. Journal of Breast Health 2008; 4(2):77-83
- Albayrak Okçin F. Kanser sürecinde hastaya yaklaşım. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 925-933.
- Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi 2011; 50:95-10.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2006; 9(2):68-75.
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral EN. Kanser epidemiyolojisi. Can G. Editör, Onkoloji Hemşireliği, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 19-29

- Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):15-28
- Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim Sanatı. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016, 1083-1099
- Atay S. Nötropeni ve enfeksiyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, 1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 347-35
- Atik D. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörler, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği'nde, 2. Baskı, Adana, Nobel Tıp Kitepevi. 2017; 421-425
- Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30 (2): 81-85
- Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psycho-Oncology 2004; 13:295-308.
- Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde plıssıt modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2007;8-13
- Aydoğann F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 2011: 24(3);4-9.
- Aygın D, Aslan FE. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. Journal of Breast Health, 2008;4(2);105-114
- Bahıtlı B. Jinekolojik kanser tanı ve tedavisine ilişkin bazı özelliklerin kadınların cinsel yaşam kalitelerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2016
- Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. Ann Oncol 1997; 8(2):149-153.
- Bayram Z. Meme kanserli kemoterapi alan hastalarda semptomların ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 65-115.
- Bilgiç Ş. Kemoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2015;4-7
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 551-567

- Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. TJFMPC 2011; 5: 37-46
- Bölükbaş RP. Onkoloji alanında sonuç göstergesi olarak yaşamkalitesinin kullanımı. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 73-93
- Buluş M. Bulantı ve kusma. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 385-395
- Büker N, Şen F. Onkoloji hastasında kemoterapi ve bakım. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 205-215
- Can G, Durna Z, Aydiner, A. Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. Cancer Nurs 2004; 27(2):153-161.
- Can G, Enç N, Akkaya S. Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi. Konsensus 2007; 7:64-66.
- Can G. Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu 2004; (19);355-356.
- CETAD 1998. Cinsel yaşam ve sorunları <http://www.cetad.org.tr> , 2007. Erişim tarihi: 17.05.2018
- Cella DF. Quality of life: the concept. J Palliat Care 1992; 8(3):8-13.
- Cirhinlioğlu FG. Din Psikolojisi. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım. 2010.
- Cleary V, Hegarty J, McCarthy G. Sexuality in Irish women with gynecologic cancer. In Oncology nursing forum 2011; 38(2):87-96
- Craven FC, Hirnle Constance, Jensen S. Cinsel Sağlık. Uysal N, Çakırcalı E. Çeviri Editörleri, Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları (çeviri)'de 7. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2015;1337-1368
- Çağatay Deniz M. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, Uzmanlık Tezi, 2011; 37-102.
- Çağlar Ertekin. Rektum kanseri hastalarında cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası cinsel fonksiyon organlarının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2016.
- Çakmak DE. Kanser dispne ölçeği'nin Türk kanser hastalarında geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2012;26-30.

- Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015; 17(1):27-36.
- Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Journal of Breast Health 2006; 2(2):64-66.
- Çetiner M, Kalaça S, Kalayoğlu S, Soysal T, Sargın D, Ferhanoğlu B. Quality of life assessment of haematopoietic stem cell transplantation patients in İstanbul: a pilot study, 30 th annual meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation, Barcelona Bone Marrow Transplantation, Vol. XXXIII, 2004
- Çevik BA, Piriñçi E. Beslenme ve kanser. Fırat Tıp Dergisi 2017; 22(1):1-7
- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gulhane Medical Journal 2011; 53(4):248-253
- Çizmeci EA. Anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların yatış öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Uzmanlık Tezi; 2013
- Çürük NG, Radyoterapi uygulanan hastaların bakım gereksinimleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2005;64-67
- Dağıstan G. Kanser hastalarında ağrının yaşam kalitesi üzerine olan etkileri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya, Uzmanlık Tezi, 2014;63-71
- Dağlıöz Karabay G. Erkek hastalarda kalp krizi sonrası cinsel işlev bozuklukları ve nedenleri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011; 34-35
- Dahl AA, Mykletun A, Fossa SD. Quality of life in survivors of testicular cancer. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. 2005; 23(3):193-200.
- Dalay N, Buyru N. Kanser biyolojisi. Can G. Editör, Onkoloji Hemşireliği, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 7-19
- Dayanç İ. Kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastaların beden imajı ve benlik saygısının belirlenmesi. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2017;21-23
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(3):132-139.



- Demir Göl N. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 30-48.
- Demir L. Kemoterapi ve hedefe yönelik ajanların yan etkileri. Onat, H. Editör, Kanser Kemoterapi El Kitabı (çeviri)'nda, 8. Baskı, Adana, Nobel Tıp Kitabevi. 2013; 543-565
- Demiray M. Kanser Kemoterapi ajanları. Manavoğlu, O. Editör, Klinik Onkoloji El Kitabı (çeviri) 'nda, 4. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2004; 48-96.
- Denizgil T, Sönmez İ. Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarla Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması. Yeni Symposium DOI: 10.5455/NYS. 2015;53(3):17-25.
- Diñer Y, Oskay Ü. Kanser ve Cinsellik. Androloji Bülteni 2015; 17 (63): 311-314.
- Doksat MK. Stres ve Ağrı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2005; 47:117-147.
- Egelioğlu N. Kemoterapi alan kanserli hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2007;58-59
- Gelin D, Ulus B. Hastanede Kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;6(1); 31-35.
- Genç A. Ekstravazasyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 467-477.
- Göçgeldi E, Babayiğit M. A, Hassoy H, Açıkkel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50(3):172-179.
- Gölbaşı Z. Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: Cinsel sağlık eğitimi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2003; 6(6).
- Gülçığ Çapar S. Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2010;39-75.
- Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(2);343-367.

- Günay G, Bener Ö. Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2011; 15(3);157-171.
- Gündoğdu F. Kemoterapide tedavinin planlanması ve uygulanması. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*,1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 191-205.
- Hallaç S. Genitel organ Kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, başetme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin değerlendirilmesi. Haccetepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2010.
- Hasbahçeci M, Müslümanoğlu M. Genel cerrahi güncel yaklaşımlar. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*,1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 111-119.
- Hendren SK, O'Connor BI, Liu M, Asano T, Cohen Z, Swallow CJ, MacRae HM, Gryfe R, McLeod RS. Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Ann Surg* 2005; 242(2):212-223.
- Hintistan S, Çilingir D, Nural, N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 1(3);153-163.
- İşık NS. Türkiye'de kadın hareketi ve kadına yönelik ekonomik şiddet. *Aile İçi Şiddet, Kadın Çalışmaları Dergisi* 2007;4;112-117.
- İşçi D. Kadınların farklı dönemlerdeki kadınlık algıları ve etkileyen faktörler. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi*, 2018; 9-13
- Kara T. Terminal dönem kanser hastası yakınlarının palyatif bakımla ilgili görüşleri, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2017; 4-5.
- Karabulutlu Ö. Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2009;17(3):218-225.
- Karadakovan A. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*,1. baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 371-385.
- Karakaş S. Yaşlanmanın Anatomisi. *Turkish Family Physician* 2012;3(1):23-29.
- Karakoç T. Ayaktan kemoterapi alan geriatric hastalarda sosyal destek ile yorgunluk arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi*, 2008; 38-46.

- Kaya G. Meme Kanserli kadınlarda yaşam kalitesi ve algılanan aile sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Kaya Koca NÖ. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli kadınların cinsel yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2017.
- Kaya MC, Bez Y, Demir A, Bulut M, Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Türkeri NL. Prostat kanseri hastalarında hastalık evrelerine göre anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi. Journal of Mood Disorders 2013;3(1); 23-27.
- Kayış A. Trombositopeni ve kanama. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 355-365.
- Kaymaz Ö. Prostat kanserli olgularda kemik metastazının ağrı tedavisi üzerine olan etkileri: retrospektif bir çalışma. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Uzmanlık Tezi, 2011;39-56.
- Kenarlı Gürel D. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi Balcalı hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2007;44-59.
- Kepçioğlu N. Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012;88-96.
- Kızır A, Güveli ME. Radyoterapinin etkileri. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 133-147.
- Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireleri Derneği 2013;4(3):153-158.
- Komut, S. Türkiye'de kadın, cinsellik ve kürtaj. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 2011;3(1):87-95.
- Kurşun ZY. Kanser ağrısı olan olgularda metastaz varlığının ağrı tedavisine etkileri: retrospektif bir çalışma. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Uzmanlık Tezi, 2011; 51-66.
- Kurt SA, Savaşer S. Kanserli adölesanların yaşam kalitesi düzeyine Re-Mission video oyununun etkisi. Türk Onkoloji Dergisi 2013; 28(2):51-58.
- Kurt Sadırlı S. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2008;47-70

- Kurt Sadırlı S, Ünsar S. Kanserli hastalarda Edmonton semptom tanılama ölçeği Türkçe geçerlilik çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;11(4).
- Lin CC, Lai YL, Ward, SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. J Pain Symptom Manag 2003; 25(1);29-37.
- Marangoz Ç. Jinekolojik kanserlerde cinsel yaşam ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014;27-31.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther 2000; 26(1): 25-40.
- Mevsim V, Dontlu Ç, Yeniçeri N, Özçakar N, Güldal D. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları sigara ve kanser riski konusunda ne biliyor ve ne yapıyor? Journal of Dependence 2005; 6:65-75.
- Olgun N, Şimşek H. Kemoterapi hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin güvenlik önlemlerini kullanma durumları ve önlem almalarını etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 13-23.
- Oskay Ü. Cinsellik ve Üreme Sorunları. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, 1.Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 497-517.
- Ovayolu Ö. Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörlerr, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar, Adana, Nobel Tıp Kitapevleri. 2017; 285-301.
- Önal A. Kemoterapi uygulayan ve hazırlayan sağlık çalışanlarının korunmaya yönelik güvenlik önlemleri alma durumları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2015;9-11.
- Özaydınlık, K. Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2014; 14(33):93-112.
- Özcan S, Vatansever S. Kanser Kaşeksisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 407-421.
- Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1): 57-72.
- Özkan İ, Çınar S. Kanserli hastalarda yorgunluk. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2009;17(1): 61-68.

- Özkorumak E. Fiziksel/zihinsel engellilerde ve kronik hastalığı olanlarda cinsellik ve cinsel sorunlara yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:37-38.
- Özmutaf NM. Örgütlerde insan kaynakları ve stres: ampirik bir yaklaşım. Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi 2006; 23(1-2): 75-81.
- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Pazarcıkçı F. Kemoterapi alan kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017; 5(1);11-21.
- Peçtekin S, Bumin G, Güngör T, Tunç S. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda algılanan aktivite performansının toplumsal katılım ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2013; 1(2):31-40.
- Pekmezci H. Kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, Yüksek Lisans Tezi, 2013;6-41.
- Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. Türk Onkoloji Dergisi 2011; 26(4):193-198.
- Reis N, Coşkun A, Beji KN. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2):25-35.
- Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7(2); 35-40.
- Satan H. Kemoterapi alan hastaların fonksiyonel durumu ve kemoterapinin yaşam kalitesine etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Savcı AB. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 11-16.
- Saygılı Ü. Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2012;63-75.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. Taf Preventive Medicine Bulletin 2013;12(3):219-224.

- Sevli Öz Z. Kemoterapi alan hematolojik malignansili hastalarda yaşam kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006; 35-57.
- Soykan A. The Reliability and Validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD Patients Undergoing Hemodialysis. *Int J Impotence Research* 2004; (16):531-534.
- Soylu D. Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 29-37.
- Sözeri E. Tat ve koku almada değişim. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*, 1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 365-371.
- Sümbül AT. Kanserli hastaların sistematik değerlendirilmesi ve tedavi sonuçları..Onat, H. Editör, *Kanser Kemoterapi El Kitabı (çeviri)'nda*, 8. Baskı, Adana,Nobel Tıp Kitabevi. 2013; 45-63.
- Şahin Ş. Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı* 2004;16(2);17-25.
- Şen F. Aydıner A. Kanserde tanı sınıflandırma ve evrelendirme. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*, 1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 73-93
- Tanrıverdi D. Kronik hastalıklarda cinsel işlev bozukluğu. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editörler, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği*, 2. Baskı, Adana, Nobel Tıp Kitepevi. 2017; 436-446
- Temiz G. Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2016;47-118.
- Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9(2);59-66.
- Tuna Ünsar S. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*, 1. baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 395-407
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistik Raporu Ankara, 2017
- Uçar T. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2008;20-28.
- Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014; 29(3);125-135

- Usta Yeşilbalkan Ö, Özkaraman A. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, 1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 431-441
- Usta Yeşilbalkan Ö. Kemoterapi uygulanan hastalarda eğitimin yorgunluk düzeyine ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2005;192-199.
- Usta Yeşilbalkan Ö. Yorgunluk. Can G. Editör, Onkoloji Hemşireliği, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 335-347.
- Uysal N, Çakırcalı E. Cinsel Sağlık. Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları (çeviri)'de 7. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2015;1337-1368.
- Üstündağ S. Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013;37-61.
- Yalçın B. Kanser Kemoterapi ajanları. Yalçın, B. Editör, Klinik Onkoloji El Kitabı (çeviri) 'nda, 6. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri. 2012; 46-100.
- Yardım N, Mollahaliloğlu S, Bora Başara B. Türkiye'de kanser durumu ve uluslararası göstergeler ile uyumunun değerlendirilmesi, Tuncer MA, Türkiye'de kanser durumu, Ankara, Koza Matbacılık. 2009; 51-68.
- Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. J Clin Exp Invest 2010; 1(3);235-240.
- Yazgan EÖ. Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014;67-70.
- Yener N. Kemoterapi uygulayan hemşirelerin bilgi düzeylerinin kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2006;13-17.
- Yıldırım Y. Kanser Ağrısı. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, 1.baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 317-335.
- Yıldız İ. Sitotoksik kemoterapi prensipleri. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde,1. baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 169-191.
- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

Yılmaz A. Palyatif bakım biriminde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom kontrolündeki yeri. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Uzmanlık Tezi, 2015;34-35.

Yılmaz HH, Yazıhan N, Tunca D, Güven S, Pamuk H, Arslanhan S, Tuncer AM. Türkiye’de kanser harcamaları ve maliyet etkinlik çalışmaları. Tuncer AM. Editör, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ankara, Koza Matbacılık. 2007;71-95.

Yılmaz MS. Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (iki hastane örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014;90-92.

Yurtsever S. Akciğer kanseri. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği’nde, 1. Baskı Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri 2015; 609-619.





## EKLER

### Ek-1 ANKET FORMU

#### KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ İLE CİNSEL YAŞAM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi tedavisi gören hastalarda yaşam kalitesi ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamamız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

YL Öğrencisi Ebru AYDIN

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

#### HASTA TANITIM FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz: ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite

5. Çalışıyor musunuz?: ( ) Evet ( ) Hayır

6. Mesleğiniz:

( ) Ev hanımı ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Serbest Meslek ( ) Emekli ( ) Öğrenci ( ) İşsiz ( ) Diğer (belirtiniz):

7. Sosyal güvenceniz var mı? ( ) Var ( ) Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: ( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy

9. Aile yapınız: ( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumunuz: ( ) Evet ( ) Hayır

11. Cevabı evet ise sahip olduğu çocuk sayısı:

12. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

( ) Eşim ( ) Çocuklarım ( ) Eşim ve çocuklarım ( ) Tek başına ( ) Diğer (Belirtiniz):

13. Gelir durumunuz: ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla

14. Kronik bir hastalığınız var mı?: ( ) Evet ( ) Hayır

15. Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:

( ) Diyabet ( ) Hipertansiyon ( ) Kalp hastalığı ( ) Böbrek hastalığı ( ) KOAH ( ) Diğer (belirtiniz):

16. Mevcut tanınız:

( ) Mide CA ( ) Özefagus CA ( ) Meme CA ( ) Beyin CA ( ) Kolon CA ( ) Lösemi

( ) Rektum CA ( ) Böbrek CA ( ) Mesane CA ( ) Akciğer CA ( ) Karaciğer CA ( ) Larinks CA

( ) Nazofarenks CA ( ) Prostat CA ( ) Over CA ( ) Uterus CA ( ) Serviks CA

( ) Safra yolları ile ilgili CA ( ) Yumuşak doku CA ( ) Tiroid CA ( ) Diğer (Belirtiniz)

17. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?.....

18. Yakın çevrenizde (aile, akraba, arkadaş) kanser tanısı almış başka birey var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

19. Hastalığınızın klinik evresi:.....

20. Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri (Birden fazla işaretlenebilir):

( ) Cerrahi tedavi ( ) Radyoterapi ( ) Kemoterapi ( ) Hormon terapisi

21. Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı? ( ) Var ( ) Yok

22. Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiği:

( )Sürrenal ( )Karaciğer ( )Akciğer ( )Kemik ( )Beyin ( )Cilt ( )Diğer(belirtiniz):

**23. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?**

- ( ) Tedavi edilemeyen bir hastalık  
( ) Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık  
( )Kolay tedavi edilebilen bir hastalık  
( ) Diğer:.....

**24.Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi:** ( ) Evet ( ) Hayır

**25. Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**

- ( )Çok kötü ( )Kötü ( )Orta ( )İyi ( )Çok iyi

**26.Hastalığınızın tedavisine ne zaman başladınız?.....**

**27. Tedavi süresince size eşlik eden bir yakınınız var mı?**( ) Evet ( ) Hayır

**28.Tedavi süresince(kemoterapi) aşağıdaki olumsuz durumlardan hangisi yada hangileriyle karşılaştınız?**

- ( )Saç dökülmesi ( )Yorgunluk ( )Bulantı-Kusma ( )Ağız yarası ( )Kilo kaybı  
( )Anemi ( )İshal ( )Kabız ( )Ağrı ( )Uykusuzluk ( )İştahsızlık  
( )Cinsel isteksizlik ( )Olumsuz gelişme yok

**29.Kemoterapi sonrası gelişen yan etkilere rağmen tedavinizi devam ettirmek istiyor musunuz?**

- ( )Evet ( )Hayır

**30.Kemoterapiye ne zaman karar verildi?.....**

**31.Kemoterapi şekliniz aşağıdaki seçeneklerden hangisi?**

- ( )Yatarak ( )Ayaktan

**32.Size uygulanacak tedaviye ilişkin bilgiye sahip misiniz?**

- ( )Evet ( )Hayır

**33. 32. Soruya cevabınız evet ise bilgi kaynaklarınız aşağıdakilerden hangisi yada hangileri?**

- ( )Sağlık profesyonelleri ( )Kitep-Broşürler ( )İnternet medya  
( )Arkadaş-Komşu vs. ( )Diğer hasta- hasta yakınları

**34.Tedavinize ilişkin bilgi edinmek istiyor musunuz?**

- ( )Evet ( ) Hayır

**35.En son aldığınız kemoterapi üzerinden ne kadar süre geçti?**

.....gün

**36.Kaçıncı kemoterapi kürünüzü aldınız?.....**

**37.Kemoterapi kür sıklığınız nedir?.....**

**38.Planlanan tedavi süresi ne kadar?.....**

## **EK-2 ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (KADIN FORMU)**

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyiniz.

**1.Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?**

- ( ) 1.Oldukça istekli ( ) 2. Çok istekli ( ) 3. Biraz istekli ( ) 4. Biraz isteksiz  
( ) 5.Çok isteksiz ( ) 6. Tamamen isteksiz

**2.Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?**

- ( ) 1.Oldukça kolay ( ) 2. Çok kolay ( ) 3. Biraz kolay ( ) 4. Biraz zor  
( ) 5.Çok zor ( ) 6. Oldukça zor

**3.Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?**

- ( ) 1.Oldukça kolay ( ) 2. Çok kolay ( ) 3. Biraz kolay ( ) 4. Biraz zor  
( ) 5.Çok zor ( ) 6. Asla olmaz

**4.Ne kadar kolay orgazm olursunuz?**

- ( ) 1.Oldukça kolay ( ) 2. Çok kolay ( ) 3. Biraz kolay ( ) 4. Biraz zor  
( ) 5.Çok zor ( ) 6. Asla boşalamam

**5.Orgazmınız tatmin edici midir?**

- ( )1.Oldukça tatmin edici ( )2. Çok tatmin edici ( )3. Biraz tatmin edici ( )4. Pek tatmin etmiyor ( )5.Çok tatmin etmiyor ( )6. Orgazma ulaşamam

### (ERKEK FORMU)

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyiniz.

#### 1.Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

- ( )1.Oldukça istekli ( )2. Çok istekli ( )3. Biraz istekli ( )4. Biraz isteksiz  
( )5.Çok isteksiz ( )6. Tamamen isteksiz

#### 2.Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

- ( )1.Oldukça kolay ( )2. Çok kolay ( )3. Biraz kolay ( )4. Biraz zor  
( )5.Çok zor ( )6. Oldukça zor

#### 3.Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?

- ( )1.Oldukça kolay ( )2. Çok kolay ( )3. Biraz kolay ( )4. Biraz zor  
( )5.Çok zor ( )6. Asla olmaz

#### 4.Ne kadar kolay boşalılırsınız?

- ( )1.Oldukça kolay ( )2. Çok kolay ( )3. Biraz kolay ( )4. Biraz zor  
( )5.Çok zor ( )6. Asla boşalamam

#### 5.Boşalmanız tatmin edici midir?

- ( )1.Oldukça tatmin edici ( )2. Çok tatmin edici ( )3. Biraz tatmin edici  
( )4. Pek tatmin etmiyor ( )5.Çok tatmin etmiyor ( )6. Hiç boşalamam

### EK-3 FACT-G YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (4. VERSİYON)

FACT-G (Version 4):Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların Önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı belirtmek üzere her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alın veya işaretleyin.	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
<b>BEDEN DURUMU</b>					
1.Enerjim düşük.	0	1	2	3	4
2.Bulantım var.	0	1	2	3	4
3.Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
4.Ağrım var.	0	1	2	3	4
5.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
6.Kendimi hasta hissediyorum.	0	1	2	3	4
7.Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.	0	1	2	3	4
<b>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</b>					
1.Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	0	1	2	3	4

2.Ailemden manevi destek görüyorum.	0	1	2	3	4
3.Arkadaşımdan destek görüyorum.	0	1	2	3	4
4.Ailem hastalığımı kabullendi.	0	1	2	3	4
5.Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
6.Kendimi hayat arkadaşına(veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum.	0	1	2	3	4
7.Cinsel hayatım tatmin edici.	0	1	2	3	4
<b>DUYGUSAL DURUM</b>					
1.Kendimi üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.	0	1	2	3	4
3.Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.	0	1	2	3	4
4.Kendimi sinirli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5.Ölmekten korkuyorum.	0	1	2	3	4
6.Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.	0	1	2	3	4
<b>FAALİYET DURUMU</b>					
1.Çalışabiliyorum.	0	1	2	3	4
2.İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.	0	1	2	3	4
3.Hayattan zevk alabiliyorum.	0	1	2	3	4
4.Hastalığımı kabullendim.	0	1	2	3	4
5.İyi uyuyorum.	0	1	2	3	4
6.Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.	0	1	2	3	4
7.Şuanda hayatımın kalitesinden memnunum.	0	1	2	3	4

## EK-4 EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ(ESTÖ)

Doldurma Tarihi: \_\_\_\_\_ Zaman: \_\_\_\_\_

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Ağrım Yok**

**Ağrım Çok Fazla**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Yorgun Değilim**

**Aşırı Yorgunum**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Bulantım Yok**

**Bulantım Çok Fazla**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Üzüntülü Değilim**

**Üzüntüm Çok Fazla**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Endişeli Değilim**

**Endişem Çok Fazla**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Uykusuz Değilim**

**Uykusuzluğum Çok Fazla**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**İştahsız Değilim**

**İştahsızlığım Çok Fazla**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Kendimi Çok**

**Kendimi Çok**

**İyi Hissediyorum**

**Kötü Hissediyorum**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
| | | | | | | | | | |

**Nefes Darlığım Yok**

**Nefes Darlığım Çok Fazla**

## EK-5 ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

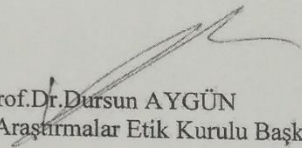
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/923

05.05.2017

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Kemoterapi tedavisi gören hastalarda yaşam kalitesi ile cinsel yaşam arasındaki ilişki** başlıklı OMÜ KAEEK 2017/194 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 04.05.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof.Dr.Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK-6 HASTANE İZİNİ



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-804.01-E.12113  
Konu : Tez Çalışması

17/05/2017

Sayın Ebru AYDIN

İlgi : 17/05/2017 tarihli dilekçeniz.

"Kemoterapi Tedavisi Gören Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişki"  
başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı hastanemizde yapabilme isteğiniz uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Recep SANCAK  
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: [omu@hs01.kep.tr](mailto:omu@hs01.kep.tr)

Fahrettin BEYAZ

[fahrettin.beyaz@omu.edu.tr](mailto:fahrettin.beyaz@omu.edu.tr)

Dahili Tel: 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Evrak teyidi <https://ebyssorgu.omu.edu.tr> adresinden 0Y8E-4NLL-0L7M kodu ile yapılabilir.

**EK-7 FACT-G YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(4. VERSİYON) KULLANIM İZİNİ**

**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT**

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **EBRU AYDIN (“Investigator”)** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **EBRU AYDIN** is granted license to use the **Turkish** version of the **FACT-G** in **one not for profit study**:

This current license is only extended to EBRU AYDIN’s research project subject to the following terms:

- 1) (EBRU AYDIN) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, EBRU AYDIN will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (EBRU AYDIN) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.



- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if EBRU AYDIN engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of EBRU AYDIN's project.
- 10) EBRU AYDIN agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: November 27, 2017

Shannon C Romo  
Assistant Business Manager  
FACIT.org  
381 S. Cottage Hill Avenue  
Elmhurst, IL 60126 USA  
[www.FACIT.org](http://www.FACIT.org)

## EK-8 ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Sn Ebru Aydın;

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz..  
Çalışmalarınızda başarılar.

Prof. Dr. Atilla Soykan

---

**From:** Eebru Aydın <eebru\_aydin555@hotmail.com>  
**To:** "iasoykan@yahoo.com" <iasoykan@yahoo.com>  
**Sent:** Thursday, November 9, 2017 2:16 PM  
**Subject:** ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ HAKKINDA

Sayın Hocam;

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızca yapılmış bulunan "Arizona Cinsel Yaşantılar " ölçeğini "Kemoterapi gören hastalarda yaşam kalitesi ve cinsel yaşam arasındaki ilişkinin incelenmesi " konulu tez çalışmam da kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu tarafınıza en derin saygılarımla arz ederim.

Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

Y.L Öğrencisi Ebru AYDIN  
OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı  
SAMSUN

## **EK-9 EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ**

Sayın Ebru AYDIN,

Ben Öğr. Gör. Dr. Seda KURT ve Prof. Dr. Serap ÜNSAR'ın  
geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız  
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğini  
çalışmanızda kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur.  
Çalışmanızın sonuçlarını bizimle paylaşılırsanız sevinirim.  
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Öğr. Gör. Dr. Seda KURT

Trakya Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik bölümü

## **ÖZGEÇMİŞ**

**Adı Soyadı:** EBRU AYDIN

**Doğum Yeri:** MARDİN

**Doğum Tarihi:** 19/02/1994

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2012-2016

OMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı 2016-

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

İstanbul Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi 2017-

**E-posta:** eebru\_aydin555hotmail.com