



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI**

**TIP ETİĞİ AÇISINDAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN  
ÖNEMİ: EPIC SORGULAMA FORMU ÖRNEĞİ**

**ŞAHİN KABAY**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. ÖMÜR ŞAYLIGİL**

**Eskişehir**

**2021**





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI**

**TIP ETİĞİ AÇISINDAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN  
ÖNEMİ: EPIC SORGULAMA FORMU ÖRNEĞİ**

**ŞAHİN KABAY**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. ÖMÜR ŞAYLIGİL**

**Eskişehir**

**2021**

## TEŐEKKÜR

Tıp Tarihi ve Etik doktora tez çalıőmam için katkılarını esirgemeyen tüm hastalarımaya teőekkür ederim.

Prof. Dr. şahin KABAY

05.07.2021

## ÖZET

### **Tıp Etiği Açısından Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Önemi: EPIC Sorgulama Formu Örneği**

**Amaç:** Bu çalışmada prostat kanserli hastaların tedavi sonrasındaki işlevleri değerlendiren dünyada farklı dillerde yaygın olarak kullanılan The Expanded Prostate Cancer Index Composite sorgulama formunun Türkçe sürümünün kültürel uyarlamasının yapılması, güvenilir, geçerli, kullanılabilir olup olmadığının araştırılması, farklı tedavi yöntemi kullanılmış olan hastaların yaşam kalitesi özelliklerinin saptanması ve tıp etiği açısından yaşam kalitesi ölçeklerinin öneminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu araştırmaya prostat kanseri tanısı alan ve cerrahi tedavi olarak radikal retropubik prostatektomi, laparoskopik radikal prostatektomi, robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi operasyonu yapılan hastalar ile cerrahi tedavi haricinde radyoterapi ve radyoterapi ile birlikte hormonal tedavi alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. The Expanded Prostate Cancer Index Composite sorgulama formunu Türkçe versiyonun oluşturulabilmesi amacıyla, orijinal formdan kültürel uyarlama yöntemiyle dil çevirisi gerçekleştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Radikal retropubik prostatektomi (n=220), laparoskopik radikal prostatektomi (n=39), robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi (n=12), yapılan, radyoterapi (n=66), radyoterapi ile birlikte hormon tedavisi (n=86) alan 423 PK hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 63.1±6.75 idi. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayıları üriner işlev için 0,919, bağırsak alışkanlıkları için 0,901, cinsel işlev için 0,930, hormonal işlev için 0,940 ve sorgulama formunun geneli için 0,813 olarak hesaplanmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizlerinde Düzey I ve Düzey II model uyum kriteri, uyum iyiliği indeksleri, ölçek uyum iyiliklerinin oldukça iyi olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** The Expanded Prostate Cancer Index Composite sorgulama formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, The Expanded Prostate Cancer Index Composite sorgulama formunun orijinal halini yansıtacak şekilde geliştirilmiştir. Türk kültürüne ve diline uyarlanması gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik ve geçerliği sağlanmış olduğundan Türkçe konuşan prostat kanserli hastalarda tedaviyle ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek için doğrulanmış bir ölçek olarak kullanılabilir. Ayrıca, prostat kanseri ile ilgili çeşitli tedavi yöntemlerini karşılaştırmak için objektif bir referans olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıp Etiği, Yaşam Kalitesi, Prostat Kanseri, The Expanded Prostate Cancer Index Composite

## SUMMARY

### **Importance of the Quality of Life Scales: EPIC Questionnaire Form Example**

**Objective:** In this study, it was aimed to make a cultural adaptation of the Turkish version of The Expanded Prostate Cancer Index Composite questionnaire, which is widely used in different languages in the world, which evaluates post-treatment functions in prostate cancer patients, to investigate whether it is reliable, valid and usable, determines the quality-of-life (QoL) characteristics of patients who have used different treatment methods and to evaluate the importance of quality of life scales in terms of ethics.

**Method:** In this study, patients who were diagnosed with prostate cancer and underwent radical retropubic prostatectomy, laparoscopic radical prostatectomy, robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy as surgical treatment, radiotherapy and radiotherapy as well as hormonal were included in the study. In order to create the Turkish version of the The Expanded Prostate Cancer Index Composite questionnaire form, language translation was performed from the original form using the cultural adaptation method, and exploratory and confirmatory factor analysis was performed to determine its validity and reliability.

**Results:** Radical retropubic prostatectomy (n=220), laparoscopic radical prostatectomy (n=39), robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy (n=12), radiotherapy (n=66), radiotherapy included in the study were 423 prostate cancer patients who received hormone therapy (n=86) together with. The mean age of the patients was  $63.1 \pm 6.75$ . In our study, Cronbachs alpha coefficients were calculated as 0.919 for urinary function, 0.901 for bowel habits, 0.930 for sexual function, 0.940 for hormonal function, and 0.813 for the general questionnaire form. Level 1 and level 2 model fit criteria, goodness of fit indices, scale goodness of fit was found to be quite good in confirmatory factor analyzes in validity and reliability studies.

**Conclusion:** The Turkish validity and reliability study of the The Expanded Prostate Cancer Index Composite questionnaire form has been developed to reflect the original version of The Expanded Prostate Cancer Index Composite questionnaire form. It has been adapted to Turkish culture and language. Since its reliability and validity has been provided, it can be used as a validated scale to evaluate treatment-related quality-of-life in Turkish-speaking prostate cancer patients. It can also be considered as an objective reference to compare various treatment modalities related to prostate cancer.

**Key Words:** Medical Ethics, Quality of life, Prostate cancer, The Expanded Prostate Cancer Index Composite



# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ve ONAY SAYFASI</b> .....	iv
<b>ÖZET</b> .....	vi
<b>SUMMARY</b> .....	viii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	x
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	xiii
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	xv
<b>SİMGE ve KISALTMALAR</b> .....	xvi
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. Etik ve Tıp Etiği İlkeleri.....	7
2.1.1. Yararlık İlkesi.....	13
2.1.2. Zarar Vermeme İlkesi.....	13
2.1.3. Özerkliğe Saygı İlkesi.....	13
2.1.4. Özerkliğe Saygı İlkesinin Uygulamadaki Karşılığı Olarak: Aydınlatılmış Onam.....	15
2.1.5. Adalet İlkesi.....	15
2.2. İnsan ve Hasta Hakları.....	16
2.3. Prostatın Embriyolojisi, Histolojisi ve Anatomisi.....	18
2.4. Prostat Kanseri.....	19
2.4.1. Genel özellikler.....	19
2.4.2. Klinik özellikler.....	19

2.4.3. Tanı.....	20
2.4.4. Evreleme.....	22
2.4.5. Tedavi.....	24
2.5. Yaşam Kalitesi.....	26
2.5.1. Genel Bilgiler.....	26
2.5.2. Kansere ve Yaşam Kalitesi.....	31
2.5.3. Yaşam Kalitesinin Önemi.....	33
2.5.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar.....	33
2.5.5. Kansere Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri.....	35
2.5.6. Prostat Kanserinde Yaşam Kalitesi.....	38
2.5.7. Prostat Kanserinde Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Genel Değerlendirmesi.....	46
2.5.8. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi ve Kansere Tıp Etiği İlkeleri Açısından Değerlendirilmesi.....	47
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>52</b>
3.1. Araştırmanın Amacı.....	52
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	52
3.3. Araştırmanın Tipi.....	53
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	53
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	53
3.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	53
3.7. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Neden Seçildiği.....	53

3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Kültürel Uyarlaması ile Geçerlik Güvenirlik ve Kültürel Uyarlama Yöntemi.....	55
3.9. Çok Örneklemli Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	56
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>61</b>
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	61
4.2. EPIC Sorgulama Formu Ölçüm Verilerinin Analizleri.....	66
4.3. Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	76
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>90</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>102</b>
<b>7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....</b>	<b>105</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ.....</b>	<b>122</b>
8.1. EPIC Sorgulama Formunun İngilizce.....	123
8.2. EPIC Sorgulama Formunun Türkçe.....	132
8.3. Etik Kurul İzni.....	141
8.4. EPIC Sorgulama Formu Çalışma İzni.....	150
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>151</b>

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b>	Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği Grade Grupları.....	21
<b>Tablo 2.2.</b>	Prostat Kanseri TNM Evrelemesi.....	22
<b>Tablo 2.3.</b>	Prostat Kanseri Evrelemesi.....	23
<b>Tablo 2.4.</b>	Lokal ve lokal ileri prostat kanseri grupları.....	23
<b>Tablo 2.5.</b>	Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Genel Ölçekler.....	37
<b>Tablo.2.6.</b>	Prostat Kanserin 'de Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	40
<b>Tablo 3.1.</b>	Model Uyum Kriteri Uyum İyiliği İndeksi Referans Aralıkları.....	59
<b>Tablo 4.1.</b>	Çalışmaya Alınan Prostat Kanserli Hastaların Demografik Özellikleri.....	61
<b>Tablo 4.2.</b>	Prostat Kanserli Hastalarının Tedavi Gruplarına Göre Yaş Dağılımları.....	62
<b>Tablo 4.3.</b>	Prostat Kanserli Hastaların Klinik ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımları.....	63
<b>Tablo 4.4.</b>	Prostat Kanserli Hastalarının Tedavi Gruplarına Göre Klinik Evrelerinin Dağılımı.....	64
<b>Tablo 4.5.</b>	Prostat Kanserli Hastalarının Tedavi Gruplarına Göre PSA Değerleri Dağılımları.....	65
<b>Tablo 4.6.</b>	Prostat Kanserli Hastaların Klinik Evreye Göre PSA Dağılımları.....	65
<b>Tablo 4.7.</b>	Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	66
<b>Tablo 4.8.</b>	Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Yaş Grupları ile İlişkili Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67
<b>Tablo 4.9.</b>	Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Yaş Grupları ile İlişkili Çoklu Karşılaştırma Tukey HSD Analiz Sonuçları.....	68
<b>Tablo 4.10.</b>	Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Grupları ile İlişkili Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	69
<b>Tablo 4.11.</b>	Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Grupları ile İlişkili Çoklu Karşılaştırma Tukey HSD Analiz Sonuçları.....	71

<b>Tablo 4.12.</b> Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Memnuniyeti ile İlişkili Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	73
<b>Tablo 4.13.</b> Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Memnuniyeti ile İlişkili Çoklu Karşılaştırma Tukey HSD Analiz Sonuçları....	75
<b>Tablo 4.14.</b> EPIC Sorgulama Formuna İlişkin Güvenirlik Analiz Sonuçları.....	77
<b>Tablo 4.15.</b> EPIC Sorgulama Formunun Diğer Dillerde Yapılmış Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Cronbach's Alfa Değerleri.....	78
<b>Tablo 4.16.</b> Faktör Analizi Uygunluk Testleri Sonuçları.....	79
<b>Tablo 4.17.</b> Faktör Ortak Varyans (communalities) Veri Sonuçları.....	81
<b>Tablo 4.18.</b> Toplam Faktör Ortak Varyans Değer ve Yüzdelerinin Sonuçları.....	82
<b>Tablo 4.19.</b> Dört Faktörün İçerdiği Maddeler Bakımından Faktör Döndürme Sonuçları....	84
<b>Tablo 4.20.</b> Çok Faktörlü Birinci Düzey Ölçek Uyum İyiliği İndeksleri.....	87
<b>Tablo 4.21.</b> Çok Faktörlü İkinci Düzey Ölçek Uyum İyiliği İndeksleri.....	89

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 4.1. Faktörlerle İlişkili Toplam Varyansı Gösteren Yamaç Grafiği.....	79
Şekil 4.2. Çok Faktörlü Düzey I Modeli.....	86
Şekil 4.3. Çok Faktörlü Düzey II Modeli.....	88

## SİMGE VE KISALTMALAR

EPIC:	The Expanded Prostate Cancer Index Composite
GBPD:	Genişletilmiş Prostat Kanseri Dizini
PK:	Prostat Kanseri
YK:	Yaşam Kalitesi
RRP:	Radikal Retropubik Prostatektomi
LRRP:	Laparoskopik Radikal Prostatektomi
RLRRP:	Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi
RT:	Radyoterapi
HT:	Hormonoterapi
DRM:	Dijital Rektal Muayene
PSA:	Prostat Spesifik Antijen
TRUS:	Transrektal Ultrasonografi
ED:	Eretil Disfonksiyon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
UCLA:	University of California, Los Angeles
UCLA-PCI:	UCLA Prostat Kanseri İndeksi
BT:	Bilgisayarlı Tomografi
MR:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
Aİ:	Aktif İzlem

BG:	Bekle-Gör Tedavisi
KDPK:	Kastrasyona Dirençli Prostat Kanseri
EORTC:	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ASCO:	American Society of Oncology
FDA:	Food and Drug Administration
NCI:	National Cancer Institutes
SHIM:	Sexual Health Inventory for Men
IIEF-5:	International Index of Erectile Function
HADS:	Hospital Anxiety and Depression Scale
HIFU:	High Intensity Focused Ultrasound
PORPUS:	Patient Oriented Prostate Utility Scales
PC-QoL:	Prostate Cancer–Quality of Life)
PCTO-Q:	Prostate Cancer Treatment Outcomes – Questionnaire
WPAI: CRPC:	Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Cancer-Resistant Prostate Cancer
FACT-P:	Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Cancer
FAPSI-8:	FACT Advanced Prostate Symptom Index
PROSQOLI:	Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument
MAX-PC:	Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer
EuroQol EQ-5D:	European Quality of Life Questionnaire
AFA:	Açımlayıcı Faktör Analizi



DFA:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
KMO:	Kaiser-Meyer-Olkin and Barlett's Tests
Chi-Square $\chi^2$ :	Ki Kare Uyum Testi
GFI:	Goodness of Fit Index
RMSEA:	Root Mean Square Error of Approximation
S-RMR:	Standardized Root Mean Square Residual
CFI:	Comparative Fit Index
Tukey HSD:	Tukey Honestly Significant Difference

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tıp etiğinin klinik uygulamalardaki temel yaklaşımı uygun bir yöntem geliştirerek, tutarlı ve rasyonel bir şekilde ilkelerine kavramsal bir netlik kazandırmasıdır. Yaşam kalitesi (YK) tanımı ve ölçülmesi zor bir kavramdır. Yaşam kalitesi çeşitli çalışma alanlarının konusu olabilmektedir. Sosyolojiden psikolojiye, felsefeden sağlık bilimlerine kadar birçok disiplin tarafından değişik boyutları ile tartışılmaktadır. Gündelik hayatta karşılık olarak mutluluk ve refah kelimeleri ile tanımlanan YK kavramı politika, sosyoloji gibi sosyal bilimlerde “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak ifade edilmektedir. Sağlık bilimlerinde ise “insanın ümit ve beklentisinin mevcut durumla örtüşmesi” olarak anlaşılmaktadır (Edisan & Kadioğlu, 2011). Bu özelliklerinden dolayı bir başka ifade ile kişisel “iyi oluş”un belirtilmesi olan YK’nin sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel ilişkileri YK kavramının tanımlanması zorlaşmaktadır (Akyol, 1993).

Tıbbın eriştiği nokta dikkate alındığında teknolojik olanaklar ölümle son bulan birçok durumda yaşamı kurtardığı gibi yaşam süresini de uzatmaktadır. Uzamış/uzatılmış yaşamlar tıp etiği açısından yeni durumun değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Yaşamın uzatılmış olmasının yanında yeni durumda karşılaşılan kimi yeti yitimi, ağır sakatlıklar, ağrı, öz bakım konusunda gereksinimler hastanın biyolojik varlığının devamı yanında yaşamın kalitesi konusunu tekrar gündeme getirmektedir. Hastanın YK’ni artıran, çeşitli yakınmaları ortadan kaldıracak olan yaşamı değerli kılan bakımın/girişimlerin YK açısından değerlendirilmesi ve sonuçlarının hasta için gözden geçirilerek güncellenmesi tıp etiği açısından hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluk üstlenerek başkaları için faydalı olabilmeyi öncelikleri üzerine temellenmektedir.

Hastalığa özgü yaşam kalitesini kaydetme yöntemleri, belirli bir hastalıktaki baskın semptomları ön plana koyar, böylece her bir vakada, dikkate alınması gereken semptomları ve etkileri gerçekten kimin tanımladığı tam olarak kontrol edilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü ise (DSÖ) yaşam kalitesini kişinin yaşamındaki bireysel algılama, hedefleri, beklentileri, endişeleri, beden sağlığı, ruhsal durumu, serbestlik seviyesi, bireysel iletişimi ve inançlarını kapsayacak geniş bir yelpazede tanımlamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirmesi, hasta

değerlendirmesinde, hastalık, sağlık ve tedavi gibi tüm yönlerini içermeli ve bunların etkilerini kontrol edebilmelidir. Sağlık için YK farklı hastalıklarda uygulanan tedavinin hastanın işlevsel yetisini, kendini nasıl hissettiğini, ne ölçüde etkilediğini, fiziksel, ruhsal durumunu ve toplumsal ilişkilerini ayrıca değişik tedavi yaklaşımlarının sonuçlarının yönlerine ilişkin yorumlar ve değerlendirmeleri içerir (Newton vd., 2006; Lazovich vd., 2009). YK'nin tüm yönlerine ilave olarak ruhsal durum, cinsel durum ve beden imajı da dahil edilmelidir. Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçekler spesifik ve evrensel yönleri ölçmek ve analiz etmek amacıyla YK'ni öznel verilere dönüştürmek için yararlıdır. Sağlık durumunun tıbbi olarak değerlendirilmesinin yanı sıra hastanın günlük aktivitesi ile birlikte stres, yaşamdan doyum alma, ruhsal durumu, kendine bakabilme ve işinde çalışabilme gibi faktörleri de değerlendiren ölçekler zaman içinde geliştirilmiş ve çok sayıda yeni araştırma ölçekleri de önerilmiştir. Sağlıkla ilişkili YK'ne genel anlamda bakıldığında kişinin sağlığının sosyal ve duyu durumuyla ilişkili işlevlerini, fiziksel yeterliliğini etkileyip etkilemediğini göstermek için tanımlanmıştır (Ware&Sherbourne, 1992). Ancak bu durum sıklıkla kişinin gerçek bedensel algısından bağımsız olarak ortaya çıkmakta ve kendine özgü durumları ile beklentileri farklılıklar göstermektedir (Taylor vd., 2000; Wallston, 2004; Lau&Hartman, 1983). Bu farklılık sıklıkla kişilerin yaşam hakkındaki edindikleri algılarından kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda öznel iyilik halinin nesnel yaşam gereksinimlerinin ötesinde, bu gereksinimlerden yeterince tatmin olup olmamasına bağlı olduğu sonucuna varılmıştır (Atkinson, 1981; Flanagan, 1982; Campbell, 1976; Cox, 1992).

Çalışmamız da yaşam kalitesini değerlendireceğimiz Prostat kanseri (PK) son yıllarda önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Prostat kanseri ikinci sıklıkla tanı konulan kanser tipidir. Tüm kanserlerin yaklaşık %15'ni oluşturmaktadır (Ferlay vd., 2012). Prostat kanseri için artan yaş, etnik köken, kalıtım gibi üç iyi bilinen risk faktörü vardır. Erken evrelerde konulan tanı ve tedaviler kanser kontrolünde iyi sonuçlar alınmasını sağlamaktadır. Prostat kanseri hastalarında alt üriner sistem semptomları olarak adlandırılan zor idrar yapma, idrar gücünde azalma, incelleme, çatalanma gibi sorunlar ile menide veya idrarda kan görülmesi, kemik metastazına bağlı ağrılar görülebilir. Bu belirtiler iyi huylu prostat büyümesi, üriner sistem enfeksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak da görülebilir. Prostat kanserinin tanısı dijital rektal muayene (DRM), serum Prostat Spesifik Antijen (PSA) düzeyi, transrektal

ultrasonografi (TRUS) ve biyopsi ile konulmaktadır. Tanı cerrahi örnekler veya prostat biyopsi parçalarının patolojik olarak incelenmesi ile konulur.

Prostat kanserinin tedavisi hastalığın evresine, histopatolojik bulgularına, hastanın yaşı ve hastanın genel durumuna bağlı olarak değişmektedir. Lokalize tümörlerde radikal prostatektomi, radyoterapi, brakiterapi uygulanabilmektedir. Lokal ileri hastalıkta ise cerrahi ya da hormonoterapi ile radyoterapi kombinasyonları kullanılabilir. Metastatik hastalıkta hormonoterapi hastalığın ilerlediği dönem de ise kemoterapi uygulanmaktadır. Her tedavi yönteminin kendine özel yan etkileri olmakla birlikte erektil disfonksiyon (ED), inkontinans, barsak problemleri gibi etkiler de görülebilmektedir.

Prostat kanserinin erken tanınmasının getirdiği beklenen yaşam süresinin artması kanser tedavisinde yaşam kalitesini (YK) önemli bir hale getirmiştir. Yukarıda bahsedildiği gibi tedavi yöntemlerinin çeşitli olması bazı durumlardaki tedavi yöntemlerinin bir diğerine üstün olmaması hastanın tedavi seçiminde YK'si beklentilerini ön plana çıkarmaktadır.

Kanser, görülen hastalıklar içinde yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Zaman içerisinde çeşitli tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresinde uzamalar sağlanmıştır. Ancak bazı tedavi yöntemleri hastaların yaşam kalitelerinde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu durum hastaların tedaviye uyumunu ve başarısını etkileyebilmektedir. Kanser tedavisi için yaşam süresi ve etkinliği benzer olan iki tedavi yönteminin seçimin de yaşam kalitesinin durumu hastanın hangi tedaviyi seçeneğini karar vermede yarar sağlayabilir. Kanser hastalarının tedavisinde değerlendirilmesi gereken en önemli konulardan biri sadece sağkalım sürelerinin uzatılması değil aynı zamanda hastaların YK'nin korunması olmalıdır. Her kanser türü için farklı yaşam kalitesi sorgulama formları oluşturulmuştur ve her form farklı özellikleri değerlendirmektedir. Ancak birçoğunda ortak olarak hastaların fiziksel, psikolojik ve semptomatik durumları farklı yönleri ile irdelenmektedir.

Prostat kanserinde farklı tedavi yöntemlerinin uygulanması, bu tedavilere bağlı olarak yaşam süresinin uzaması ve gelişen komplikasyonlar nedeni ile prostat kanserinde YK değerlendirilmeleri ilgi gören alanlardan biri haline gelmiştir. Prostat kanseri tedavisinde radikal prostatektomi, radyoterapi, brakiterapi, hormonoterapi ve tüm bu tedavilerin farklı teknikleri (laparoskopik, robotik) gibi tedavi yöntemi

seçenekleri mevcuttur. Bu tedavi yöntemleri yöntemin türüne göre genitoüriner, gastrointestinal sistemlerde komplikasyonlara yol açarak hastanın sosyal ve işlevsel hayatında YK'ni etkileyebilmektedir. Hastalara tedavi önerisinde bulunurken cinsel, üriner, barsak ve hormonal işlevler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle PK'nin klinik seyir ve tedaviye bağlı olarak çeşitli şekillerde YK'nin değerlendirilmesi önemli hale gelmiştir. Bu amaçla kullanılmak üzere farklı türlerde sorgulama ölçekleri oluşturulmuştur.

The Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) sorgulama formu Michigan ve UCLA (University of California, Los Angeles) üniversitesi araştırmacıları tarafından geliştirilmiştir. EPIC sorgulama formu sağlıkla ilgili YK'ni değerlendirmek için UCLA-PCI (UCLA Prostate Cancer Index)'nin prostat kanserinin tedavi ile ilgili belirtileri ve bunların olumsuz etkilerini daha hassas yansıtmak amacıyla genişletilerek geliştirilmiştir. UCLA-PCI önceki dört haftada yaşanan sorunları değerlendiren 20 maddelik prostat kanserine özgü bir sorgulama formudur. İşlevleri kapsayan altı alt ölçeğe sahiptir. İdrar, cinsel ve bağırsak alanlarının her birini ayrı ayrı inceler. EPIC UCLA PCI'nin bir önceki sürümde eksik olduğu düşünülen önemli konuları içeren gözden geçirilmiş ve genişletilmiş bir sürümüdür. Bu ölçek PK nedeniyle tedavi gören hastaların YK'i üzerine tedavinin etkisini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. EPIC sorgulama formunun içeriği hastalardan ve klinik uzmanlardan gelen verilerle yapılmıştır. EPIC sorgulama formunun başlıca kategorileri, PK tedavisinin ardından hastaların karşılaştığı üriner sistem, bağırsak ve cinsel durum semptomlarını içermektedir. Ek olarak da sıklıkla hormonal baskılama tedavisi ile ilişkili hormonal semptomları ve bunların yaşam kalitesi sonuçlarını değerlendiren bir bölüm eklenmiştir. Üriner, bağırsak, cinsel ve hormonal alanlar için ayrı işlev ve sorunları değerlendiren sorular mevcuttur. EPIC sorgulama formu hastanın kendisinin cevapladığı bir sorgulama ölçeğidir. EPIC sorgulama formu üriner sistem, barsak, cinsel ve hormonal semptomları sorgulayan dört bölüm 32 sorudan oluşur, 5 seçenekli Likert tipi ölçeği içerir (Wei vd., 2000). Her etki alanı işlevsel ve sorun düzeyinin derecelerini değerlendiren alt sorular ile iki kategoriye ayrılmıştır. Ayrıca, üriner alanı semptom özelliklerine göre inkontinans ve irritatif/obstrüktif alt bölümlere ayrılmıştır. Toplam skor 0-100 arasında değerlendirilir ve skor yükseldikçe YK'i o kadar artar. EPIC sorgulama formu, klinisyenlere YK'nin fiziksel ve zihinsel yönlerini aynı anda değerlendirilme imkânı sağlar (Mark vd., 1998). EPIC sorgulama

formunun her bir alan için işlev ve sorun düzeyinin birbirleriyle yüksek oranda korelasyon gösterdiği ancak Medical Outcomes Study Short Form 12 Physical Component Score (SF-12 PCS) ve Medical Outcomes Study Short Form 12 Mental Component Score (SF 12 MCS) arasında düşük ile orta derecede korelasyonlar olduğu gözlemlenmiştir. EPIC sorgulama formunun tüm parametreleri ile Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Cancer (FACT-P) skorları ile orta derecede korelasyon bildirilirken Functional Assessment of Cancer Therapy General module (FACT-G) skorları arasında yüksek bir korelasyon bildirilmiştir (Wei vd., 2000). Üriner işlev ve sorun düzeyleri ile Uluslararası Prostat Semptom Skoru (International Prostate Symptom Score, IPSS)'nin korele olduğu gösterilmiştir (Ash vd., 2007). Cinsel işlevler açısından sinir koruyucu ve sinir koruyucu olmayan cerrahi teknikler ve yaş (<67 yaş) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Cinsel işlevler açısından radyoterapi ile birlikte hormon tedavisi alan veya almayan hastalar arasında da farklılık gösterilmiştir (Wiygul, Harris, & Dahm 2005; Hollenbeck vd., 2004). Brakiterapi tedavisi sonrası hastalarda idrar ve cinsel işlev ölçüm verilerinde istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler görülürken barsak işlev ölçüm verileri açısından bir fark bulunamamıştır (Ash vd., 2007). Ancak radikal prostatektomi sonrası barsak işlev ölçüm verilerinde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler görülmüştür (Dahm vd., 2003). Radikal prostatektomi sonrası tüm cinsel ve üriner işlev ölçüm verilerinde istatistiksel olarak anlamlı bozulma yönünde değişiklikler bildirilmiştir (Wiygul, Harris, & Dahm 2005). EPIC sorgulama formu ayrıca klinik kullanım için ve kısa formları'da geliştirilmiştir.

Etik açıdan bakıldığında YK ölçeklerinin klinik pratikte kullanılmaları hasta özerkliğini arttıran bir işlev ortaya çıkmakta, önce zarar vermeme ilkesi gereğince hastaya en az zarar verme açısından korumakta ve hasta-sağlık çalışanları arasındaki iletişimi artırmaktadır. Ancak sağlık politikaları ve sağlık ekonomisi açısından kullanılmaları ise ayrımcılığa ve adalet ilkesinin zarar görmesine neden olabilmektedir.

Geliştirildiğinden bu yana, EPIC sorgulama formu yaygın olarak kullanılan, kullanışlı, sistematik ve kapsamlı bir araç olarak kabul edilmektedir. EPIC sorgulama formu İngilizce konuşan ülkelerde yaygın bir kullanım alanı bulmuştur. EPIC sorgulama formu Fransızca, İspanyolca, Korece, Çince ve Almanca dillerine çevirileri,

geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Ferrer vd., 2009; Kyung vd., 2010; 2013; Anota vd., 2016; Lee vd., 2018; Umbehr vd., 2018).

Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde PK tedavisine bağlı gelişen işlev bozukluklarını değerlendirmek için YK ölçekleri kullanılmakta ve yenileri geliştirilmeye çalışılmaktadır. Ülkemizde bu amaçla kullanılan geçerlik ve güvenilirliği yapılmış çok az sayıda ölçek bulunmaktadır.

Bu çalışmada PK hastalarında tedavi sonrasındaki işlevleri değerlendiren dünyada farklı dillerde yaygın olarak kullanılan EPIC sorgulama formunun Türkçe sürümünün kültürel uyarlamasının yapılması, güvenilir, geçerli ve kullanılabilir olup olmadığının araştırılması ve farklı tedavi yöntemi kullanılmış olan hastaların YK özelliklerinin saptanması ve tıp etiği açısından yaşam kalitesi ölçeklerinin öneminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Etik ve Tıp Etiği İlkeleri

Biyoetik terimleri sözlüğünde ‘’karakter, alışkanlık, gelenek, töre, anlamlarına gelen Yunanca ethos sözcüğünden türeyen etik sözcüğü bugün hem kimi ilişki, eylem ve nitelenmek için bir sıfat olarak kullanılmakta hem de bir bilgi alanının adı olarak kullanılmaktadır’’ (Oğuz vd., 2005).

Günümüzde etik alanında kimi etik görüşler normları temellendirmeye çalışmaktadır (örneğin: yararçılık). Kimi etik görüşler var olan normların ötesinde üst normlar ortaya koyma çabasıdır. Kimi etik görüşler bir tür meta-etik ortaya koyma çabası içinde iken bazıları da özellikle normlarla uğraşıp, onları temellendirme çabası içinde olan bir çeşit bilimsel etkinlik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Etik ya da ahlak felsefesi felsefenin değerlerle ilgili olan normatif disiplindir. Ahlak toplumlar tarafından insanların davranışlarını düzenlemek amacıyla geliştirilmiş normlar, kurallar ve değerler bütünü iken etik; ahlak ve ahlaklılık olgusu üzerine felsefi bir düşünüm ya da sorgulama olarak ortaya çıkmıştır. Ahlak ve etik arasındaki en önemli fark ahlakın yerel ancak etiğin evrensel olmasından ortaya çıkmaktadır. Etik pratik felsefenin temel bir alt dalı olarak hep teorik bir faaliyet ya da disiplin olagelmıştır.

Bununla birlikte etik etik uzun bir süreç içinden geçerek günümüze kadar uzanan uygulanabilir ilkelerden oluşan gerçekçi bir durumu ifade eder. Etik akıl yürütme ise güvenilir gerçeklere, gerçeklerden yola çıkan mantığa, genel kabul görmüş deneyimlere, içgüdülere dayanmaktadır. Eleştirel ve disipline edilmiş bir sorgulama olarak etik, düşünce yüklü bir değerlendirme, çıkarsama yapma konusundaki yargılarımıza aracılık eder (Büken & Büken, 2002). İlgilenilen konu açısından etik ilgili konunun yapısının izin verdiği ölçü de doğru ve kesin bilgilere ulaşmayı amaçlamaktadır (Tepe, 1992).

Pieper’e göre etik kendini ahlaki eylemin bilimi olarak anlar. Ahlakilik kavramını temellendirmek üzere insan pratiğini ahlakilik koşulları açısından araştırır (Pieper,1999).



Billington'a göre ise etik felsefenin en önemli ilgi alanlarından biridir, doğru ve yanlış davranış teorisi. Bir kişinin belli bir durumda ifade etmek istediği değerlerle ilgilidir (Billington, 1997).

Tarihsel ve epistemolojik süreç açısından Etiğin üç türe ayrıldığını görmekteyiz.

1. Betimleyici etik: Ahlak alanına bilimsel yaklaşımın uygulanmasının bir sonucudur. Betimleyici etik alanındaki bilimsel ya da materyalist yaklaşımı tanımlar. Yahut bilimsel ya da tasviri yaklaşımın ahlak alanına uygulanmasını ifade etmektedir. Bu etik anlayışı norm bildirmek ya da kural koymak yerine sadece insan eylemlerini gözleyerek eylemlerin sonuçlarını betimlemektedir. Dolayısı ile olgusal önermelerden meydana gelen bir etik türüdür.

2. Normatif etik: Tepe'nin de ifade ettiği gibi "Normatif etik, hangi türden şeylerin veya benzerlerinin iyi, doğru veya yükümlülük olduğunu ortaya çıkarmaya yönelmiştir. Hangi yargı ve ilkelerin kabul edilmesi ve ne için kabul edilmesi gerektiğini araştırmayı amaçlamaktadır" (Tepe, 2011).

3. Meta-etik: Analitik felsefenin etik alanındaki yaklaşımı olarak dilin mantıksal analizi veya kavram çözümlemesini yapan etik türüdür (Cevizci, 2008).

William K. Frankena ise ahlakla ilgili üç tür düşünmenin birbirinden ayırt edilmesi gerektiğini söylemektedir. Bunlardan birincisi antropologlar, tarihçiler, psikologlar ve sosyologlar tarafından yapılan tarihsel bilimsel betimleyici araştırmaların temelindeki düşünmedir. İkincisi ise Sokrates'in Kriton'da bir örneğini sergilediği doğru, iyi, gerekli ya da yükümlülük olanın ne olduğunu soran her kişinin yürüttüğü normatif akıl yürütmedir. Üçüncü olarak çözümleyici eleştiren veya meta-etik düşünme vardır. Frankena etiğin hem normatif hem meta-etik yanlarını ifade eden ikili etik görüşünü ortaya atmıştır. Frankena etiği bir yanda yalnız meta-etik olarak görme çabalarına karşı çıkararak diğer yandan meta-etiki normatif etik için ön koşul olduğunu belirterek meta-etikin, etik için önemini de vurgulamıştır. Frankena için etiğin ikili bir yapısı vardır etik tek başına ne normatif ne de meta-etiktir (Tepe,1992).

Ahlaki değerler felsefesi bakımından farklı zamanlarda, farklı filozoflarca farklı görüşler öne sürülmüştür. Bu bakımdan birbirlerinden bazı temel farklılıklar gösteren Erdem etiği, Yarar etiği, Ödev etiği, Haklar etiği gibi farklı etik yaklaşımlarından bahsedilebilir. Tarihsel olarak bakıldığında antikçağ ahlak öğretilerinin, insan eylemlerinin nihai hedefini mutluluk olarak nitelendiren "eudaemonist" (mutluluk ahlakı) bir anlayışta olduğu görülmektedir. Bu anlayış bazen "hedonizm"e ("hazcılık")

olarak karşımıza çıkmaktadır. Eudaemonism'in yeni yüzyılda bireycilikten çıkararak toplumun mutluluğu haline dönüştüğü görülmektedir. Bu yaklaşımın hedefi olabildiğince çok sayıda insanın, olabildiğince çok mutlu olmasıdır. Jeremy Bentham (1748- 1832) ve John Stuart Mill (1806-1873) ile birlikte erek yarar açısından temellendirilerek ‘‘yararlı olma’’ ilkesi yaklaşımı ortaya konulur. Yararlı olma ilkesine göre bir eylemin doğru ya da yanlış olduğunu belirlemek için nesnel bir ölçüt olan ‘‘yarar’’ kullanılır. Yarar ölçütüne göre ahlak ilkesi "en çok sayıda insana en yüksek düzeyde mutluluk sağlayan eylem, doğru eylemdir" (Büken & Büken, 2002). Bentham ‘‘elden geldiğince çok insanın elden geldiğince çok mutlu olması’’ formülünde objektif ölçüyü bulmuş olduğuna inanır. Stuart Mill göre de eylemlerimiz mutluluğu göz önünde bulundurup sağladıkları ölçüde doğru, mutluluğun tersine yol açtıkları ölçüde de doğru değildir. İnsan doğasının öyle bir yapısı vardır ki ya doğrudan doğruya mutluluğun kendisini (hiç değilse bir kısmını) ya da mutluluğa vardırıran bir aracı elde etmek ister. Bu olguda yararlı olma ilkesinin olabilen tek kanıtı olmaktadır (Gökberk, 1974).

J.Bentham ‘‘bütün eylemlerin haz isteği ve acıdan sakınma arzusu ile güdülendiği genellemesinden yola çıkarak sadece haz ve acının neyi yapmak zorunda olduğumuza ve neyi yerine getirmemiz gerektiğine ilişkin yasa koyduğunu vurgular’’ (Cevizci, 2007). Oysa I. Kant insanı aklın pratik kullanımını ile ilgili olarak yasa koyucu bir özne olarak ifade etmiş, özgürlük yasalarına bağlı bir varlık olarak kabul etmiştir. Pratik akıl Kant tarafından teknik pratik akıl ve saf pratik akıl olmak üzere ikiye ayırmıştır. Kant’a göre teknik pratik akıl amacı insanın ihtiyaç ve isteklerinin karşılanarak doyurulmasıdır. Tüm ihtiyaçlar ve istekler karşılanarak doyurulur ise insanın mutluluğu ve yararında birleşirler. Bu bakımdan mutluluk ahlakı ve yararcılık mutluluğu için araçlar arayan yalnızca teknik pratik akıl sahibi bir varlık olarak ortaya çıkarır. Teknik pratik akıl insanın doğası ve isteklerinden ortaya çıkan bir iradenin kontrolündedir. İstemeyi iradeyi güden istekler ve eğilimler değil ise saf pratik akıl söz konusu olur (Tuğcu, 2000). Kant Pratik akıl yürütme ve karar vermenin önemini vurgulamayı hiçbir sınır olmadan, doğrudan doğruya ve her koşul altında "iyi" olarak kabul edilebilecek, salt değeri olan biricik şeyi "iyi istenç" olarak tanımlamıştır. Kant iyi istenç tanımını geliştirmek için "ödev" kavramından söz eder. Kant doğal ihtiyaç ve arzuların meydana gelen eylemleri ahlaklı eylemlerin karşısına koymaktadır. Saf pratik aklın yönettiği istemelerden gelen eylemlere ödev dayanan eylemler olduğunu

ifade eder. Ödev ve eğilim birbirine karşıttır. Fakat Kant her ahlaklı eylemin eğilimlere karşıt olması gerektiğini söylememektedir. Yalnız öyle durumlar vardır ki orada ödev eğilimlerin karşısında bulunur ve yapılması gereken insandan beklenen, insanın eğilimlerini bastırmaya zorlamaktadır. İşte bu noktada isteklerin nasıl derin bir şekilde ahlaklı istemeden, iradeden ayrıldığı görülmektedir. Kant verdiği bir örnekte ödevde uygun eylemlerden söz eder. “Ödevde uygun” eylemde “ödevde dayanan” eylemin tersine buyruğa uygunluk ile yarar ve çıkar birleşmiştir. Örneğin bir satıcı dürüst davranır ki alıcı çoğalsın istemektedir. Fakat bu Kant'ın dediği gibi sadece ödevde, yasaya uygun bir davranıştır. Gerçek ahlaklılık insandan “ödevde dayanan” ödev bilerek yapılan bir eylemdir. Gerçekten iyi niyet işte budur ancak ödev buyruğunun yönettiği bir irade “iyi niyete” dayanır (Heimsoeth, 2018). Kant ödevden kaynaklanan bir eylemin kendi başına iyi olabileceğini ve ahlaksal değer taşıyabileceğini savunur. Eylemin iyi olmasının ölçüsü başardığı sonuç değil, dayandığı ilkedir. Kant'ın ahlaksal buyruk olarak gördüğü "kategorik imperatif" ya da zorunlu buyruk, hiçbir koşula bağlı olmayan buyrukları tanımlar. Eylemi yapmaya götüren herhangi bir eğilim değil de ödev ise, o eylemin ahlaksal değeri vardır ve ahlaksal eylemleri belirleyen, yasa karşısındaki saygı yaşantısıdır. Kant'ın kategorik imperatif'te açıkladığı genel ilkeler şunlardır; öyle bir eylemde bulunulmalıdır ki istencin temelindeki ilke her zaman aynı zamanda genel bir yasa ilkesi olabilsin. Yani aynı zamanda genel bir yasa olması istenen bir ilkeye göre hareket edilmelidir. İnsanın kendisi ya da başkası olsun hep bir amaç gibi görerek hiçbir zaman yalnızca bir araç olarak kullanmayacak şekilde eyleme geçmelidir. Her zaman insan onuruna saygı gösterilmelidir. İsteme, akıl sahibi olmaları bakımından, canlı varlıkların bir tür nedenselliğidir. Özgürlük, doğa yasalarına bağlı bir istemenin özelliği olmamakla birlikte, bundan dolayı hiç de yasadışı değildir; böylece ahlak yasası saf pratik aklın özerkliğinden, yani özgürlüğün özerkliğinden başka bir şey ifade etmez. Ahlak yasası özerklik ilkesine göre istemeyi belirler. (Kant, 1999). Değer (saygınlık) kavramı da Kant'a göre ancak akıllı varlığa, ahlaklılığa ve özerkliğe elverişli olan kişiye uygundur. İnsanın karşısına buyruklarla çıkılabiliyorsa ve eylemleri iyi-kötü olarak yargılanabiliyorsa onun özgür olduğu, akıyla seçim yapabildiği, özerklik kapasitesine sahip olduğu varsayılmalıdır. Ters durumda ahlaki açıdan kişiler kararlarından ve bu kararlar doğrultusunda gerçekleştirdikleri eylemlerden sorumlu tutulamazlar (Akarsu, 1999).

Klinik etik, Hippokrates'in (M.Ö. 460-370) ortaya koyduğu ilkelerinden hareketle günümüze kadar geliştirilmiştir. Tıp etiğinde kullanılmakta olan ilkeler Hippocrates'e kadar uzanmaktadır. Hippokrates'in "primum non nocere" (her şeyden önce zarar vermeme) ilkesi bunlardan en ünlü olanıdır. Avrupa'da üniversitelerin kurulması ve sistemli bir Tıp eğitiminin başlaması aynı zaman da Avrupa'da Rönesans düşüncesi ve eski Yunan kültürünü arayış çabaları Hippokrates'in ilkelerini tekrar gündeme taşımıştır. 19. yüzyıla gelindiğinde yüzyılın şartları içerisinde Hippokrates'in tıp metninden yola çıkarak daha gelişmiş ifade ve söylem biçimleri ile hekimlerin etik sorumlulukları tanımlanmaya çalışılmıştır. Bugün için etik değerlerimizin bilimsel ve teknolojik çalışmalar ile olan ilişkisinin irdelendiği başta gelen alanlardan birinin tıbbi uygulamalar olduğu bilinmektedir. Tıp, bilim ve teknolojinin getirdiği güçle çok büyük başarılar elde ederken bu noktada etik değerlerimiz birçok konuda tartışılmaktadır (Aydın, 2001).

Tıp etiği incelemelerinin dönüm noktalarından biri William David Ross'un (1877-1971) temel ilkeler hususunda ortaya koyduğu görüşleridir. William David Ross "What Makes Right Acts Right?" isimli eserinde "prima facie duty" (ilk bakışta ödev) "conditional duty" (koşullu görev) kavramlarını önermiştir. Ross, "yükümlülük" ve "ödev" kavramları üzerinde durmuştur. Bayoğlu'nun ifade ettiği gibi "William David Ross ahlaki görüşlerini "doğru eylemleri doğru kılan nedir?" sorusuna cevap bulma olarak ortaya koymuştur. Açık bir biçimde doğru olan, kendilerinde bu anlamda öznel hiçbir unsur bulunmadığına ve ortalama insanın ahlaki inanç ve kanaatlerini yansıttığına inandığı "ilk bakışta ödev" kavramlarını sınıflamıştır" (Bayoğlu Kına, 2018). Bayoğlu, Ross'un ödev kavramlarını şu şekilde aktarmıştır;

1. *Sadakat ödevi*: Gerçeğin söylenmesi, verilen sözün yerine getirilmesi ödevidir. Bazı ödevler daha önceki ödevlere dayanırlar. Bu ödevler açık ya da üstü örtük sözlerin sonucunda ortaya çıkan ödevlerdir. Birinin söz verdiği eylemi yapma gerekliliğidir.

2. *Telafi ödevi*: Başkalarına karşı yaptığımız yanlışların düzeltilmesi ödevidir. Daha önceki yanlış eylemlere dayanan ödev türüdür. Eğer birisi öncesinde başka bir insana zarar verdiyse ve şimdi bu zararı "telafi etmeye" hizmet edecek bir ödev yerine getirebilmesidir. Eylemin geçmişteki bir yanlış telafi edeceği gerçeği bu tür bir eylemde bulunmak için ahlaki bir gerekçe sağlar.

3. *Minnettarlık ödevi*: Bazı ödevler de başka insanların daha önce yaptıkları fiillerde, yani onların yaptıkları iyiliklerden doğan ödevlerdir. Eğer birisi öncesinde bir iyilikte

bulunduyorsa ya da bir şekilde bir yararı dokunduyorsa ve şimdi ona geçmişteki nezaketinden ötürü karşılık mahiyetinde bir eylemde bulunabiliyorsa, o zaman bunu yapmak bir ödevidir.

4. *Adalet ödevi*: Mutluluk ve memnuniyetin paylaşılması ödevidir. Bu kısım ödevlerde, erdem, haz ve mutluluğun uygun bir dağılımı olgusu veya imkânına dayanır. Böylesi durumlarda bu tür bir dağılımı bozma ya da engelleme ödevi doğar. İyiliklerin adaletsiz dağılımı noktasında eğer gücümüz bunu engellemeye yetiyorsa bunun bizim ahlaki bir gerekçemiz olduğunu kastedilir. Eğer birinin hak ettiğinden daha fazlasını almasını engelleyebilirse, bunu yapmak bir ödevidir.

5. *Yardımsızlık ödevi*: Erdem, akıl ve mutluluk açısından başkalarının durumuna katkı sağlamaya yardımcı olma ödevidir. Bazı ödevler ise, dünyaya erdem, akıl, mutluluk bakımından durumlarını daha iyi kılabilceğimiz insanlar bulunduğu olgusuna dayanmaktadır. Erdem, akıl ve mutluluğun öz olarak iyi olduğu düşünüldüğünden başkalarının bu iyiliklerden olabildiğince yararlanmalarını sağlamaya çalışmak gerekir. Bu yüzden eğer başkalarını daha erdemli, akıllı ya da mutlu etmeye yardım edebilirse, o zaman bunu yapmak ödevidir.

6. *Kendini geliştirme ödevi*: Erdem ve akıl açısından kendimizi daha iyi kılma ödevidir. Bazı ödevler ise, bizim kendi durumumuzu değerli şeyler açısından daha gelişmiş hale getirebileceğimiz olgusuna dayanır.

7. *Başkalarına zarar vermeme ile ilgili ödev*: Her şeyden önce başkalarına zarar vermemeyi öğütler. İlk bakışta ödevlerin son grubuna zarar vermeme ödevleri denmektedir. Başkalarını incitmekten sakınmak için en azından bir tane iyi ahlaki nedenimiz vardır” (Bayoğlu Kına, 2018).

Etik ilkelerin tıp etiği uygulamaları ile ilgili ilkesel yaklaşımları ortaya koymuş olan, Tom L. Beauchamp ve James F. Childress'in çalışmaları çok önemlidir. *Principles of Biomedical Ethics (Biyomedikal Etiğin İlkeleri)* isimli kitaplarında Beauchamps ve Childress etik teorinin türlerini açıkladıktan sonra, öncelikli bir önem ya da sıralama vermeden her bir temel ilkenin önemini söyleyen ve kendilerinin “uyum teorisi” olarak adlandırdıkları bir teori önermişlerdir. Önerdikleri temel ilkeler; yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi, adalet ilkesidir (Beauchamp&Childress, 2019). Bununla birlikte, dört ilkesi farklı ahlak teorilerden alınmıştır: özerklik Kant'tan, faydacılık Mill'den, adalet Rawls'dan ve zarar vermeme ilkesi, Clouser ve Gert'in ortak ahlak teorisinden geliştirilmiştir

(Azambuja&Garrafa, 2015). Günümüzde bunlara ek olarak; Aydınlatılmış onam(rıza) ilkesi, Gizliliğe saygı ilkesi, Kötü davranmama ilkesi, Sadakat ilkesi, Sır saklama ilkesi, Sözünde durma ilkesi, Eşitlik ilkesi, Gerçeği söyleme ilkesi, Özgürlük ilkesi de tıp etiği içerisinde değerlendirilmektedir. Ancak bu ilkeler içinden bazılarını ön planda değerlendirmekte mümkündür. Bunlar;

1-Yararlılık İlkesi

2-Zarar vermeme ilkesi

3-Özerkliğe saygı ilkesi

4-Aydınlatılmış onam ilkesi

5-Adalet ilkesidir (Erdemir Demirhan & Şayligil, 2000).

### **2.1.1.Yararlılık İlkesi**

Yararlılık kişilere sadece kararlarına saygı duyularak ve onları zararlardan koruyarak değil, aynı zamanda esenliklerini güvence altına almak için çaba sarf ederek etik bir şekilde davranmaktır. Bu tür bir davranış yararlılık ilkesine girmektedir. “Yararlılık” terimi genellikle katı yükümlülüğün ötesine geçen iyilik veya hayırseverlik eylemlerini kapsayacak şekilde anlaşılır. Hâlbuki yararlılık daha güçlü bir anlamda, bir yükümlülük olarak anlaşılmaktadır. Yararlılık ilkesi, insan gönüllüleri ile yapılan araştırma alanında genellikle iyi tanımlanmış bir gerekçelendirme rolüne sahiptir. Ancak yararlılık ilkesinin rolü her zaman bu kadar açık değildir. Claude Bernard, başkalarına yararları ne olursa olsun bir kişiye zarar verilmemesi gerektiğini söyleyerek bunun tıp etiğindeki önemini hatırlatmaktadır. Ancak zarardan kaçınmak bile neyin zararlı neyin yararlı olduğunu öğrenmeyi gerektirmektedir. Bu arada bilgilerin elde edilme sürecindeki kişiler zarar görme riskine maruz kalabilmektedir. Ayrıca, Hipokrat Yemini, doktorların hastalarına “en iyi kararlarına göre” fayda sağlanmasını gerektirir. Aslında neyin fayda sağlayacağını öğrenmek, kişileri riske atmayı gerektirebilir. Bu bağlamda eylemlerimizi (1) zarar vermeme ve (2) yararları mümkün olduğunca artırmak ve zararları en aza indirme şeklinde olmalıdır (Iserson, 1999).

### **2.1.2. Zarar vermeme ilkesi**

Latince “primum non nocere” cümlesi yani öncelikle zarar verme ilkesi Hipokrat döneminden günümüze kadar devam etmektedir. Zarar vermemek evrensel bir değerdir. İnsana zarar vermek eylemle olabileceği gibi ihmal sonucu da gerçekleşebilir. İlke olarak zarar vermemek kötülük yapmamak, başkalarına kötülük yapmamızı ve zarar vermememizin gerektiğini belirlemektedir. Zarar vermemek ilkesi ile yararlı olmak ilkesi birbiri ile paralellik göstermektedir. Çoğu zaman yararlı olmak zarar vermemeyi yahut zarar vermemek yararlı olmayı içermektedir (Aydın, 2001). Bu ilke hastayı, hekimi, üçüncü kişileri ve toplumu ele almaktadır. Bazı tıbbi uygulamalar vardır ki bunlar diğer uygulamalar yanında daha az zarar verirler ve daha az riskli olabilir. Bu tip ikilemler de daha az riskli zararlar seçilebilir. Eğer zarar riski fazla ise bu tercih hastanın kendi seçimine yani özerklik ilkesine saygıya bırakılmalıdır (Erdemir Demirhan & Şayligil, 2000).

### **2.1.3. Özerkliğe saygı ilkesi**

Beauchamp ve Childress'e göre, özerkliğe saygı ilkesi, aşağıdakiler de dahil olmak üzere bir dizi daha özel kuralı içermektedir:

1. Doğruyu söyleyin.
2. Başkalarının mahremiyetine saygı gösterin.
3. Gizli bilgileri koruyun.
4. Hastalarla yapılacak müdahaleler için onay alın.
5. Sorulduğunda, başkalarının önemli kararlar almasına yardımcı olun.

Hasta tıbbî kararların gerekliliği nedeniyle tıbbî bağlamda özgürlükten mahrum edilmemelidir. En çok üzerinde durulması gereken soru şudur: Bu hastanın seçimi (kararı) özerk midir? İlk olarak, hastanın özerk bir kişi olduğu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirilmenin yapılabilmesi için hastanın küçük veya kısıtlı olmaması, yasal ve klinik yeterliliğe sahip olması, iletişim kurma, kendisine verilen bilgiyi anlama ve sonuç çıkarma yeterliliğine sahip olması gerekir. Özerk bir seçim olabilmesi için hastanın seçiminin gönüllü olması gerekir. Bu, “başkaları tarafından kontrol edilen

kısıtlamalardan” bağımsız olması gerektiğini söylemenin başka bir yoludur. İkinci olarak, bir hastanın seçimi bilgilendirilme üzerine kurulu olmalıdır. Karar verme kapasitesinden veya yeterliliğinden yoksun olma durumlarında ise hasta özerkliği bakımından sağlık bakım profesyonellerinin hastalara karşı yükümlülükleri bulunmaktadır. Bir hastanın seçiminin özerk bir seçim olması için hastanın seçimini gönüllü olarak yapması, seçiminin yeterince bilgilendirilmesi ve hastanın karar verme kapasitesine sahip olması gerekir yani, yetkin olmalıdır (Iserson, 1999).

#### ***2.1.4. Özerkliğe Saygı ilkesinin uygulamadaki karşılığı olarak: Aydınlatılmış onam***

Bilgilendirilmiş ya da aydınlatılmış onam sürecinde hekim tarafından hastaya tedavinin riskleri, yararları ile alternatifleri anlatılmaktadır. Tedavi yönteminin yeterince ve uygun tarzda anlatılmasından ayrıca hasta tarafından tamamen anlaşılmasından sonra tedavi yönteminin hasta tarafından gönüllü olarak kabul edilmesidir. Aydınlatılmış onam özerkliğe saygı ilkesi ile hayata geçer. Hastaların hastalıkları tedavileri ile uygulamalarda verilecek tıbbi karara katılmaları için onlara tıbbi bilgilerin açıklanmasını sağlayan bu yaklaşım aydınlatılmış onam sürecinde yaşanmaktadır. Aydınlatılmış onam da hekim kendisine güvenen ve inanan bir kişinin iyi niyetine bağlı kalarak onun yararına davranmak durumundadır. Hekimin mesleki bilgisi hastanın hastalığı konusundaki bilgisizliği ve çaresizliği hasta-hekim ilişkisini güvene dayanan bir ilişki şekline sokabilmektedir. Böyle bir ilişkide ilk olarak hekim hastalık ve tedavi ile ilgili tüm gerçekleri hastasına açıklama ödevini yüklenmektedir. İkinci olarak ise yasaca yeterli olan bireyin kendi hastalığı üzerinde karar verme hakkını kullanarak hasta isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır. Çünkü özerkliği saygı ilkesine göre kararını özgürce verebilmelidir (Erdemir Demirhan & Şayligil, 2000). Aydınlatılmış onam ve özerklik hastanın yeterlik (kapasite) durumuyla ele alınmadığı takdirde tedavinin uygulanmasında zorluklar görülebilmektedir. Yasal yeterlilikte hasta tedavinin risklerini yararlarını ve alternatiflerini tam olarak uygun ve mantıklı bir şekilde anlamış olmalıdır. Klinik yeterlikte ise klinisyen hastanın isteğinin uygun olup olmadığını belirlemelidir.

#### ***2.1.5. Adalet ilkesi***

Adalet kavramı, kısaca “herkese kendine uygun düşeni, kendi hakkı olanı vermek” olarak tanımlanabilir. Beauchamp ve Childress, adalet kavramını, “bireylerin



talep ettiği veya onlara borçlu olunan veya sunulması gerekenlerin eşit, adil ve hakkaniyetli olarak dağıtılması” olarak betimlemiştir (Ekmekçi & Arda, 2015).

Her ülkede sağlık hizmetlerine ve sağlık sigortasına erişimdeki eşitsizlikler ve sağlık hizmetlerinin maliyetindeki çarpıcı artışlar, sosyal adaletin gerekliliğini göstermektedir. Tüm yaş grupları sağlık hizmetleri kaynaklarına eşit şartlarda sahip olmalıdır. İlave olarak sağlık hizmetlerine eşit erişim, bir sağlık planı seçme özgürlüğü ve sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi ve geliştirilmesi bu ilkenin sosyal temellerini oluşturmaktadır. Ayrıca tıp etiğinde öne sürülen adalet ilkesi, zarar vermeme ve fayda sağlama gibi diğer ilkelere farklı ve bağımsız değildir. Adalet, yetkilendirilen kişilerin hizmet verilecek olanların hakları istikametinde adil, hakkaniyetli ve uygun muamele olarak yorumlanmaktadır. Kişilerin başka birinin eylemlerinden zarar görmeleri gibi durumlarda adaleti sağlayacak standartlarına ihtiyaç duyulur. Dolayısıyla bir adaletsizlik, insanların haklarına sahip oldukları yararları inkâr eden veya yükleri haksız bir şekilde dağıtan haksız bir eylem veya ihmal içerebilmektedir (Beauchamp & Childress, 2019).

## **2.2. İnsan ve Hasta Hakları**

İnsan hakları dil, din, sınıf, cinsiyet ve etnik köken gibi ayrımları gözetmeksizin herkesin yasalarla korunan gereksinim ve çıkarlarını ifade etmektedir. İnsan, özgürlüğünün eşitsizliğinin, bilincine vardıkça; eşit ve özgür insan, eşitlikçi ve özgürlükçü toplumsal yaşam saflarını ortaya atmakta bunların arayışını sürdürmektedir. İnsan hakları kavramı tarih içinde başlıca üç aşamadan geçerek günümüze ulaşmıştır Birinci kuşak insan haklarının içinde eşitlik, özgürlük, kişi güvenliği ve siyasi haklar sayılabilir. İkinci kuşak insan hakları 19. yüz yılın ikinci yarısına doğru ortaya çıkmış ekonomik sosyal ve kültürel niteliktedir. Üçüncü kuşak insan hakları ise 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren görülmüştür. Ulusların siyasi ekonomik, kültürel, geleceklerini belirleme ve bilme hakkı ile sosyal gelişme kalkınma ve hasta hakları ise üçüncü kuşak haklar dizisi içinde yer almaktadır (Erdemir Demirhan & Şayligil, 2000). Dünyada genel olarak hasta hakları hareketinin gelişimi tek bir ülkeyle sınırlı olmamıştır. Ancak hasta hakları hareketinin ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde gündeme geldiği kabul edilmektedir. İlk hasta hakları bildirgesi de bu ülkede yayınlanmıştır. Bu ülkede hasta hakları hareketini başlatan itici

gücün Amerikan mahkemeleri ve özel sağlık sektörü olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde alınan bazı mahkeme kararları ile Amerikan Hastaneler Birliği'nin girişimleri hareketin doğmasında etkili olmuştur. Amerikan Hastaneler Birliği (AHA) 1972 yılının sonlarında, “*bakım kurumsal bir yapı içinde verildiğinde geleneksel hekim-hasta ilişkisinin yeni bir boyut kazandığı, kurumun da hastaya karşı sorumluluğu bulunduğu*” öncülüne dayanan bir Hasta Haklar Bildirgesini benimsemiştir. 1970'li yıllarda başlayan süreç, 20 yıllık bir hazırlık döneminden sonra 1993'te Finlandiya'nın “Hasta Hakları Kanunu” nu kabul etmesiyle tamamlanarak somut neticelerini vermiştir. Bu ülkeyi sırasıyla İsrail (1996), Litvanya (1996), İzlanda (1997), Danimarka (1998), Norveç (2000), Gürcistan (2000), Fransa (2002), Estonya (2002), İsviçre (2003) gibi ülkeler takip etmiştir. Avrupa Konseyi, DSÖ ve Dünya Hekimler Birliği (DHB) de konuyla ilgili çalışmalar yürüterek çeşitli bildirge ve öneriler yayınlamışlardır (Güvercin, 2007). Hasta hakları konusunda ilk uluslararası belge, DHB'nin 1981 yılında Lizbon'da yapılan 34. toplantısında kabul edilen Lizbon Bildirgesidir. Dünyada yaygın olarak “Hasta Hakları Bildirgesi” olarak tanınmasının nedeni, hasta haklarının evrensel ölçekte çerçevesini belirleyen ilk belge olması ile açıklanabilir. Kısa bir giriş ve altı maddeden oluşan bu metin, bir sürecin ilki olması nedeniyle gerek toplumsal yönü gerekse devletler düzeyinde kabul görmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bildirgenin tam metni şu şekildedir: “Hekim pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak, her koşulda vicdanının sesini dinlemeli ve hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirge hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar ya da hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlarda hekimler, uygun yollarla bu uygulamaları düzeltmeye ya da ortadan kaldırmaya çalışmalıdır. 1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. 2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilmek hakkına sahiptir. 3. Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı vardır. 4. Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir. 5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölme hakkı vardır. 6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve manevi teselli kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.” (Türkmen, 2014). Daha sonra Avrupa'da “Hasta Hakları Geliştirilmesi” için 28-30 Mart 1994 tarihleri arasında yapılan toplantı ile Amsterdam Bildirgesi kabul edilmiştir.

Amsterdam’da düzenlenen “Hasta Hakları Konusunda Avrupa Danışmanlığı” konulu toplantıda bu bildirme kabul edilmiştir. Bu bildirgenin amacı, Dünya Sağlık Örgütü’ne üye Avrupa ülkelerindeki hasta haklarının gelişimini sağlamaktır. Bildirme, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Ekonomik Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi ve Avrupa Sosyal Şartı ışığında hazırlanmıştır. Bildirgenin bölgesel nitelikte olması eleştiri konusu olmasına rağmen, burada kabul edilen hasta haklarına ilişkin ilkelerin DSÖ tarafından Avrupa dışındaki ülkeleri de kapsayacak şekilde uygulaması olumlu gelişme olarak nitelendirilmektedir. Bildiride belirlenen ilkeler altı başlık altında toplanmıştır: 1. Sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri, 2. Bilgilendirme, 3. Onay, 4. Mahremiyet ve özel hayat, 5. Bakım ve tedavi, 6. Başvurudur. 1995 Dünya Tabipler Birliği Bali Hasta Hakları Bildirgesi: Lizbon Bildirgesi’nin eksiklikler Dünya Tabipler Birliği’nin 1994 ve 1995 yıllarında yayınladığı bildirimlerle giderilmeye çalışılmıştır. Bu düzenlemeler şunlardır: 1. Nitelikli Sağlık Bakımı Hakkı, 2. Seçim Özgürlüğü Hakkı, 3. Kendi Adına Karar Verme Hakkı, 4. Bilinci Kapalı Hasta, 5. Yasal Olarak Karar Verme Yetkisi Olmayan Hasta, 6. Hastanın İsteği Dışında Prosedürler, 7. Bilgilendirme Hakkı, 8. Gizlilik Hakkı, 9. Sağlık Eğitimi Hakkı, 10. Onur Hakkı, 11. Dini Yardım Alma Hakkıdır (Aydın, 2008).

### **2.3. Prostatın Embriyolojisi, Histolojisi ve Anatomisi**

Prostat fetal testislerden androjenlerin salınımıyla başlar ve mezonefrik kanal da bulunan üretral epitelyum tomurcuklarından gelişir. Bu gelişim süreci 5 $\alpha$ -redüktaz enzimi ile testosterondan oluşan dihidrotestosteron (DHT) ile gerçekleşir.

Normal prostat yaklaşık 18-20 gram ağırlığında, 3x4x2 cm boyutlarında olup içinden prostatik üretra geçer. Kollajen, elastin, düz kas yapısından oluşan bir kapsül ile çevrilidir. Kavernöz sinirler, paryetal pelvik fasyanın içinde prostatın posterolateralinde seyrederek. Prostat apeksi çizgili üretral sfinkter ile devam eder. Genel olarak prostatın arteriyel dolaşımı inferior vezikal arterden köken alır. Prostatın venöz drenajı periprostatik pleksusta çok yoğundur. Lenfatik drenaj primer olarak obturator ve internal iliak nodlardır. Pelvik pleksustan gelen sempatik ve parasempatik innervasyon prostata kavernöz sinirler aracılığıyla ulaşır. Parasempatik sinirler asinuslarda sonlanırlar ve sekresyonu başlatırlar. Sempatik lifler ise kapsülün ve stromanın düz kaslarının kontraksiyonuna neden olurlar. Prostattan çıkan afferent

nöronlar pelvik pleksus aracılığıyla pelvik ve torakolomber spinal merkezlere ulaşırlar (Chung, 2012).

## **2.4. Prostat Kanseri**

### **2.4.1. Genel özellikler**

Prostat kanseri dünyada en sık beşinci, erkeklerde ise ikinci en yaygın görülen malignitedir. Genel olarak bakıldığında yeni kanser olgularının gelişmiş ülkelerde %19'unu, gelişmekte olan ülkelerde ise %5,3'ünü oluşturur. İnsidans ve mortalite oranları farklı ülkelerde ve aynı ülkenin farklı bölgelerinde ırk, diyet alışkanlığı, yaşam tarzı, coğrafya, tarama çalışmaları ve önleyici tedavi gibi nedenlerden dolayı değişkenlik gösterebilmektedir. Bununla birlikte, prostat kanseri tanısı büyük oranda PSA testinin kullanıma girmesi ve yaşlanan nüfus nedeniyle Avustralya/Yeni Zelanda ve Kuzey Amerika'da (111.6/100.000), Batı ve Kuzey Avrupa'da ise (94.9/100.000) olarak görülmektedir. Doğu ve Güney-Orta Asya'da insidans daha düşük (10.5/100.000 ve 4.5) olarak tespit edilirken diğer bölgelerde bir artışın olduğu da görülmektedir (Haas vd., 2008).

Mortalite oranları benzer şekilde ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Yaşa standardize 5-yıllık sağkalım oranları verilerine göre en yüksek sağkalım oranı ABD'de %92, Avustralya ve Kanada'da %80, Danimarka, Polonya ve Cezayir'de ise %40 olarak bildirilmiştir (Muir, Nectoux & Staszewski, 1991).

### **2.4.2. Klinik özellikler**

Prostat kanserinin kansere özgü bir bulgusu olmamakla birlikte alt üriner sistem semptomları şeklinde kendini gösterebilir. Prostatik üretra ve trigona yayılan tümörlerde hematüri görülebilir. Ejakulatuar kanal tutulması ise hemospermi veya azalmış ejakülat volümü şeklindedir. Rektumun tutulması ile kabızlık, karın ağrısı, rektal kanama ve aralıklı ishal, penis tutulumu olursa priapizm, penil endürasyon görülebilir. Prostat kanserinin büyümesine bağlı obstrüksiyon ve artmış rezidü idrar miktarı sonucunda böbrek yetmezliği ve akciğer ödemi görülebilir. Bölgesel lenf nodlarına ve kemiğe metastaz ileri evre prostat kanserinde görülen sistemik bulgulardır. Vertebra ve iliak kemiğe metastaz sonucu sırt ve gluteal bölge ağrısı

görülebilmektedir. Epidural metastaz sonucu gelişen akut spinal kord kompresyonu ürolojik bir acildir. İleri evrelerde akciğer ve karaciğer tutulumu, paraneoplastik sendromlar, hematolojik komplikasyonlar (anemi, dissemine intravasküler koagülasyon) nadiren de olsa görülebilir (Stacy & Herbert, 1981).

### **2.4.3. Tanı**

Prostat kanseri ön tanısıyla değerlendirilen hastalar fizik muayene (DRM) biyokimyasal testler, görüntüleme yöntemleri, prostat biyopsisi, histopatolojik değerlendirmeler ile yapılmaktadır.

#### **2.4.3.1. Prostat Spesifik Antijen (PSA)**

Serum PSA'sı prostat kanseri tanısında önemli bir role sahiptir. Ancak iyi huylu prostat büyümesi, üretral girişimler ve üriner sistem enfeksiyonları PSA'ı yükselttikleri için PSA PK'î tanısı için spesifik değildir. Bu nedenlerden dolayı PSA'nın PK'î tanısındaki etkinliğini artırmak için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunlar; zamana bağlı PSA değişim oranı, PSA'nın prostat hacmine olan oranı, yaşa bağlı değişen PSA değeri, PSA ikilenme zamanı (PSADT), Prostat Kanseri Geni 3 (PCA3) ve PSA'nın serbest ve proteine bağlı türleridir (Catalona vd., 1994; Carter vd., 2006; Deras vd., 2008).

#### **2.4.3.2. Prostat biyopsisi**

Ultrasonografi eşliğinde transrektal (TRUS) olarak yapılan prostat biyopsisi, rektal parmakla muayene de şüpheli olan ve/veya yüksek PSA düzeyli hastalarda veya muayenesi normal olan ve yüksek PSA seviyeli hastalarda endikedir (Scattoni vd., 2010).

#### **2.4.3.3. Görüntüleme yöntemleri**

Görüntüleme yöntemleri PK'nin yaygınlığı ve evrelemesi için yapılmaktadır. Bu amaçla gerekli durumlarda akciğer grafisi, direkt üriner sistem grafisi, intravenöz

pyelografi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), endorektal MR görüntüleme ve kemik sintigrafisi yapılabilmektedir.

#### **2.4.3.4. Prostat kanserinin patolojisi**

Prostat malign tümörlerinin %95'ini adenokarsinom oluşturur (Presti, 2008). Prostat adenokarsinomun da günümüzde Gleason grade sistemi kullanılmaktadır. Bu sistemde atipi göz önüne alınmaz sadece yapısal diferensiasyon değerlendirilir. Yapısal diferensiasyon 5 patern altında toplanır ve en iyi diferensiyeye olan patern grade 1, en az diferansiyeye olan patern de grade 5 olacak şekilde gradelenir. Gleason grade'leri 1 ile 5 olarak değerlendirildiği için gleason skoru da 2 ile 10 arasında değişir. Gleason skoru hesaplaması en fazla görülen patern ile ikincil en sık görülen patern gradenin toplanmasıyla elde edilir. Son yapılan gleason skor ve grade grupları Tablo 2.1'de gösterilmiştir (Epstein vd., 2005; Gleason, 1992; Epstein vd., 2015).

**Tablo 2.1.** Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği Grade Grupları

Gleason Skor	Grade Grup
2-6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8 (4+4) veya (3+5) veya (5+3)	4
9-10	5

#### 2.4.4. Evreleme

Prostat kanseri evrelemesinde TNM (tümör, lenf nodu, metastaz) sistemi önerilmiştir (Tablo 2.2, Tablo 2.3, Tablo 2.4), (Brierley vd., 2017).

**Tablo 2.2.** Prostat Kanseri TNM Evrelemesi

<b>Primer Tümör (T)</b>
Tx- Primer tümör değerlendirilemiyor
T0- Primer tümöre ait bulgu yok
T1- Klinik olarak saptanamayan tümör (palpe edilemiyor, görüntülenemiyor)
T1a- Rezeksiyon materyalinin %5 veya daha azında rastlantısal (insidental) histolojik tümör
T1b- Rezeksiyon materyalinin %5'inden çoğunda rastlantısal (insidental) histolojik tümör
T1c- PSA yüksekliği nedeniyle yapılan iğne biyopsisinde saptanan tümör
T2- Prostata sınırlı tümör
T2a- Bir lobun yarısı veya daha azını tutan tümör
T2b- Bir lobun yarısından çoğunu tutan ancak iki lobu tutmayan tümör
T2c- Her iki lobu tutan tümör
T3- Prostat kapsülü dışına yayılım gösteren tümör
T3a- Tek veya iki taraflı prostat kapsülü dışına uzanan tümör (mikroskopik mesane boynu invazyonu dahil)
T3b- Tek veya iki taraflı seminal vezikül invazyonu
T4- Tümör fiske veya seminal vezikül dışı yapılara invazyon gösteriyor (eksternal sfinkter, rektum, levator kasları ve/veya pelvik duvar)
<b>N-Bölgesel lenf düğümleri</b>
Nx- Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemiyor
N0- Bölgesel lenf düğümü metastazı yok
N1- Bölgesel lenf düğümü metastazı var
<b>M- Uzak metastaz</b>
Mx. Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0: Uzak metastaz yok
M1a- Bölgesel olmayan lenf nodu metastazı
M1b- Kemik(ler) metastazı
M1c- Diğer uzak metastaz

**Tablo 2.3.** Prostat Kanseri Evrelemesi

<b>Evre I</b>	T1a N0 M0 G1
<b>Evre II</b>	T1a N0 M0 G2,3,4
	T1b N0 M0 Herhangi bir G
	T1c N0 M0 Herhangi bir G
	T1 N0 M0 Herhangi bir G
	T2 N0 M0
<b>Evre III</b>	T3 N0 M0 Herhangi bir G
<b>Evre IV</b>	T4 N0 M0 Herhangi bir G
	T1-T4 N1 M0 Herhangi bir G
	T1-T4 N1-N3 M1 Herhangi bir

**Tablo 2.4.** Lokal ve lokal ileri prostat kanseri grupları

Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek risk	
PSA <10 ng/ml ve GS<7 (ISUP grade 1) ve cT1-2a	PSA 10-20 ng/ml veya GS 7 (ISUP grade 2/3) veya cT2b	PSA>20 ng/ml veya GS> 7 (ISUP grade 4/5) veya cT2c	Herhangi bir PSA Herhangi bir GS cT3- 4 or cN+ Herhangi bir ISUP grade
Lokal Prostat Kanseri			Lokal ileri



## 2.4.5. Tedavi

### 2.4.5.1. Prostat kanserinde aktif izlem ve bekle-gör tedavisi

Gelişen labarotuar ve görüntüleme yöntemleri ile birlikte çok sayıda yapılan biyopsi oranları lokalize ve iyi diferansiye PK insidansının artmasına neden olmuştur. Uygulanan aşırı tedavilerin neden olduğu komplikasyonlar, yan etkiler hastaların yaşam kalitesini bozabilmekte ve morbiditeyi arttırabilmektedir. Aşırı tedavi ihtimalini azaltmak için iki konservatif yaklaşım önerilmiştir; aktif izlem (Aİ) ve bekle gör (BG) tedavisidir (Adolfsson, 2008; Brierley vd., 2017).

Aktif izlemin amacı hastanın tedavisinin ertelenerek yakından takip edilmesidir ancak hastanın küratif tedavi imkânı saklı tutulur. Genellikle klinik olarak organa sınırlı hastalık (T1-T2), Gleason skoru<7 ve PSA<10-15 ng/ml olan hastalar aktif izleme alınmaktadır. Aktif İzlem'deki hastanın, hastalığının ilerlemesi, PSA'da artış, gleason skorunda yükselme veya palpe edilebilir tümörün boyutunda artış küratif tedaviye karar vermede önemlidir (Soloway vd., 2010; Tosoian vd., 2011).

Prostat kanserinin yavaş ilerlemesi nedeniyle başka hastalıkları olan ve bu hastalıkların neden olabileceği riskleri de içeren yaşlı hastalarda bekle gör yöntemi uygulanabilir. Bekle gör tedavisindeki amaç hastayı içerdiği risklerden dolayı tedavi vermemek ve gerekirse palyatif tedavisinin yapılmasıdır (Adolfsson, 2008).

### 2.4.5.2. Lokalize prostat kanseri tedavisinde radikal prostatektomi

Radikal prostatektomi lokalize PK'ı tedavisinde altın standart tedavi yöntemidir. Kullanılan diğer tedavi yöntemlerine göre üstünlüğü prostatı çevreleyen dokuların korunarak prostatın bütünüyle çıkarılabilmesidir. Radikal prostatektominin en sık görülen komplikasyonları inkontinans ve erektil disfonksiyondur (ED). Erektile disfonksiyon oranlarını azaltabilmek için sinir koruyucu radikal prostatektomi yöntemleri kullanılabilir. Ayrıca radikal prostatektominin komplikasyon oranlarının azaltılması üroloğun tecrübesi, hastanın yaşı ve sinir koruyucu ameliyatın tek ya da çift taraflı olması gibi durumlarla ilişkilidir. Radikal prostatektomi ameliyatı açık ameliyat, laparoskopi veya robot yardımlı laparoskopi teknikleri kullanılarak yapılabilmektedir. Laparoskopik ve robot yardımlı laparoskopi yöntemlerinde cerrahi

alanın büyütülerek daha iyi bir görüntünün sağlanması, ağrı ve kanamanın daha az olması ayrıca hastanede daha kısa süre kalınması açık cerrahiye göre avantajlardır. Radikal prostatektomi için kullanılan cerrahi tekniklerin hedefi ED'nun oluşmaması, kontinansın sağlanması ve tümörün tamamen ortadan kaldırılması olarak adlandırılan "trifecta"yı sağlayabilmektir. Ancak bugünkü veriler yukarıda ifade edilen hedeflerin sağlanmasında bu tekniklerden hangisinin üstün olduğu konusunda yeterli değildir ancak üroloğun tecrübesi, teknik olanaklar ve yapılan ameliyat sayıları ile bağlantılıdır (Takenaka vd., 2004; Menon vd., 2007).

#### ***2.4.5.3. Lokalize prostat kanseri tedavisinde radyoterapi***

Radyoterapi (RT), diğer kanser türlerinde de yıllardır kullanılan bir tedavi yöntemi olmasına rağmen günümüzde RT tekniklerinin ilerlemesi ve yeni yazılımlar ile birlikte brakiterapi, üç boyutlu konformal radyoterapi, Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi, Görüntü Eşlikli Radyoterapi gibi modern radyoterapi teknikleri prostat kanseri tedavi alternatiflerini oluşturmaktadır (Michalski vd., 2012; Peeters vd., 2006). Cerrahi yöntemler ile kıyaslandığında benzer sağkalım süreleri ve PSA kontrol imkânı veren bir teknik olarak görülmektedir (Michalski vd., 2012). Radyoterapi tek başına kullanılabilirdiği gibi bazı vakalar da radyoterapi öncesi hormon tedavisi ile birlikte kullanılabilir. Hormon tedavisi ile tümör hacminin azaltılması, prostatın küçültülmesi ve buna bağlı olarak daha küçük bir volüm oluşturması nedeniyle bazı vakalarda uygulanabilmektedir. Definitif tedavinin başarısının artması ve uzun dönem olumlu veriler radyoterapi öncesi başlanan, tedavi sırasında ve sonrasında devam edilen en az 6 aylık hormon tedavisi orta ve yüksek risk grubu hastalar için uygun bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (D'Amico vd., 2008).

#### ***2.4.5.4. Lokal ileri ve metastatik prostat kanserinde tedavi***

Yapılan çalışmalarda genel sağkalım oranlarında artış sağlanması nedeniyle radyoterapiye ilave olarak aynı anda ve sonrasında adjuvan hormon tedavisi verilmesi önerilmektedir. Tedavi başarısı 74 Gy'de artmakla birlikte radyoterapiye bağlı yan etkilerde artmaktadır. Lokal ileri prostat kanseri tedavisinde uygun hastalarda hormon tedavisinin radyoterapi ile kombine edilerek verilmesi tedavi etkinliğinin artırılması

açısından önemlidir (Lowrance vd., 2011; Bolla vd., 2010). Metastatik prostat kanserinde standart tedavi androjen ablasyonudur. Metastatik prostat kanserinde uygulanan androjen ablasyon tedavisi sonrasında hastalığın 12-18 ay içerisinde ilerlediği görülmektedir. Androjen baskılama tedavisi bilateral orşiektomi ile cerrahi olarak ya da ilaçlarla yapılabilmektedir. LHRH agonistleri hipofizden LH salınımını baskılar ve testislerden testosteron yapımını engellerler. Bu grupta kullanılan LHRH reseptör agonistleri (leuprolin, goserilin, triptolin, buserilin ve histerilin) androjen baskılama tedavisinde genellikle uygulanmaktadır. LHRH antagonistleri olan Aberilix ve Degarilix gibi ilaçlar ise doğrudan baskılama ile etki gösterirler. Bir diğer ilaç grubu ise antiandrojenlerdir (crypterone asetat, megestrol asetat, medroxyprogesteron asetat, bicalutamid, nilutamid, flutamid). Etki mekanizmaları androjen reseptörleri üzerindedir ve bu reseptörlere bağlanarak testosteron ve dihidrotetosteron üretimini azaltırlar. Androjen baskılama tedavisi sonrasında cinsel istekte azalma, impotans, sıcak basması, jinekomasti gibi yan etkiler görülebilmektedir (Maxwell & Peter, 2012; Mottet vd., 2017; Cannata, Kirschenbaum & Levine, 2012).

#### ***2.4.5.5. Kastrasyona dirençli prostat kanseri***

Metastatik prostat kanseri tedavisinde kullanılan androjen baskılama tedavisi sonrasında testosteron seviyesinin kastre değerlerde olmasına rağmen, PSA değerinde artış olması veya radyolojik olarak gösterilebilen ilerleyici hastalık olması kastrasyona dirençli prostat kanseri (KDPK) olarak tanımlanmaktadır (Kim, 2011).

## **2.5. Yaşam Kalitesi**

### ***2.5.1. Genel Bilgiler***

Yaşam Kalitesi (YK) kavramı tarihinin sosyolojik ve tıbbi uzun bir geçmişinin olduğu görülmektedir. Aristo mutluluğun doğasına ve “iyi bir yaşam” için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Platon’un “Devlet”, Aristo’nun “Nikomakhos’a Etik” isimli eserleri, yaşam kalitesi etrafındaki tartışmaların bugün olduğu gibi antik dönemde de var olduğunu göstermektedir. Platon’un (M.Ö. 427- 347) ideal devlet anlayışını ortaya koyan “Devlet” adlı diyalogunun 3. kitabında O’nun, hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili görüşlerinin yansımalarını görmek olanaklıdır. Platon bu

eserinde günümüzde de yaşam kalitesine bağlı olarak ortaya çıkan, “hayatın değeri” ve “yaşamın süresinin mi kalitesinin mi öncelenmesi gerektiği” gibi önemli tıp etiği sorunlarını örneklerle ele alıp değerlendirmektedir. Platon, ciddi bir hastalıktan muzdarip kimsenin hayatının yaşanmaya değer bir hayat olmadığını belirtmekte ve kronik hastalığa sahip olan ve bu nedenden dolayı işini devam ettiremeyen bir marangozu örnek olarak vermektedir. “Hastalanan bir doğramacı” dedim, “hekime gidip kusturucu veya ishal verici bir ilaçla hastalığımı içinden çıkarmasını ya da dağlama veya yarma yoluyla derdine çare bulmasını ister. Ama hekim ona, başında sargısını, ıvır zıvırıyla uzun bir bakıma girmesi gerektiğini söylerse, hiç düşünmeden, hasta olmaya vakti olmadığını, böyle yaşamakta hiçbir zarar görmediğini, önündeki işi yüzüstü bırakıp sırf hastalığıyla uğraşamayacağını söyler. Hekimi savar, sonra da her günkü yaşayışına dönerek ya sağlığına yeniden kavuşur, sanatıyla uğraşarak yaşar gider. Yahut bedeni dayanacak güçte değilse ölür dertten kurtulur. Platon’un devlet modeline göre sağlıkçıların görevi ancak iyileşebilecek olan hastalıkları tedavi etmektir. Tıp sanatı, uzun süreli kötü bir yaşamı beraberinde getiren kronik hastalıkları değil, kısa sürede iyileşebilecek hastalıkları iyileştirmeye hizmet etmelidir. Bu doğrultuda Platon yıllar süren tedavileri benimsememekte ve ölümlü olan savaşında diyet ve egzersiz yardımıyla uzun yıllar yaşayan Herodikos’u kınamaktadır (Edisan & Kadioğlu, 2013).

Aristo’nun ‘Nikomakhos’a Etik’i yaşam kalitesi tanımına etki eden en erken kaynaklardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışma mutluluğun doğasını incelemekte ve günümüzde “mutlu ve yaşamdan hoşnut”, “yüksek kalitede bir yaşam sürmek”le aynı anlamı taşıyan “iyi yaşam”ın nasıl elde edileceğine dair bir el kitabı niteliği taşımaktadır. Aristo’nun yaşam kalitesiyle ilgili düşünceleri onun bu kitapta yer alan “eudaimonia” kavramı çerçevesindeki felsefi söylemlerine dayandırılmaktadır. Sözcük anlamı “iyi bir ruh tarafından kutsanmış olmak”, “iyi bir ruh tarafından yönetilmek” ve “kutsal koruma” olan eudaimonia farklı tanımlarla ele alınmaktadır. Bunlardan bazıları; hayattaki en yüksek ve en mükemmel iyi, kendine yetme, iyi yaşamak, iyi eylemek, genel olarak iyi olma hali, kişinin ihtiyaçlarını karşılamasının ve doğasını gerçekleştirmesinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan durum, insanın ulaşabileceği en yüksek kalite, insanın nihai ve en yüksek hedefi olan kendini tam olarak gerçekleştirme ve mutluluk halidir. Aristo’ya göre insan eylemlerinin temel amacı, şartların el verdiği en yüksek duruma veya iyiye erişmektir.

Bu amacı gerçekleştiren kişi aynı zamanda en yüksek yaşam kalitesine de ulaşmaktadır (Edisan & Kadioğlu, 2013; Işık & Metin, 2010). Çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı, en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olmuş kabul edilir. (Osterfeld, 1994). Hipokrat ise hastanın iyilik halini en üst düzeye çıkarmanın, hekimlerin temel amacı olduğunu vurgulamıştır (Levine, 1996). Yıllar içerisinde yaşam kalitesi anlayışı psikolojik ve sosyolojik bir alandan kullanılan ilaçlar, tedavinin türü ve etkinliği, hastanın sağlık algısı ve iyi oluşunu ölçümlendiren birçok faktörün eklendiği bir kavram haline gelmiştir (Aaronson vd., 1991; Sherbourne vd., 1992). Bu değişkenlik ve çok boyutluluk, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve mental gibi alanlarda kendini göstermiştir (Donovan, Sanson-Fisher&Redman, 1989).

Sağlıkla, YK'nin birlikte değerlendirilmesi kavramı DSÖ tarafından ilk kez ifade edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak 1948 yılında tanımlamıştır (Constitution of the WHO, 1948). Sağlık durumunun tıbbi olarak değerlendirilmesinin yanı sıra hastanın günlük aktiviteleri, kendine bakabilme ve işinde çalışabilme gibi faktörleri değerlendiren ilk ölçeklerden biri 1947’de önerilen Karnofsky Performans Ölçeğidir. Yaşam kalitesi kelimesi ilk olarak Long’un 1960 yılındaki “On the Quantity and Quality of Life” isimli yazısında görülmektedir (Long, 1960). Sonraki yıllarda Barthel İndeksi gibi fonksiyonel durum ve günlük yaşam aktivitelerini ölçen formlar ortaya konulmuştur. Sağlığı bir bütün olarak algılayan ve bedensel fonksiyonel gücü ile birlikte stres, hayattan haz alma, psikolojik durumu dahil eden Sickness Impact Profile ve Nottingham Sickness Profile gibi ölçekler 1970’lerde geliştirilmiştir. Günümüzde en sık kullanılan ölçeklerden biri olan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS) ise 1976 yılında tanımlanmıştır. Zaman içerisinde çok sayıda yeni araştırma ölçekleri önerilmiştir.

Kavramsal olarak YK, kişi için önemli olan yaşam boyutunda doyumla ve mutlulukla kendini gösteren bilişsel bir tecrübe olarak tanımlanmaktadır (Vallerand & Payne, 2003). Sağlıkla ilişkili YK’i kavramı ise genel olarak hastanın sağlık durumunun çeşitli sosyal ve ruhsal durumu ile ilgili fiziksel yeterliliği ve kapasitesini etkileyip etkilemediğini göstermek için tanımlanmıştır (Ware & Sherbourne, 1992). Şu da unutulmamalıdır ki kişinin ilgili sağlık algısı, sıklıkla gerçek bedensel

durumundan bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (Taylor vd., 2000). Hastaların sağlık durumlarıyla ilgili öngörülerini, hastalığın akut veya kronik olması ile ilgili algıları ve kendine özgü durumları ile beklentileri farklılıklar gösterebilir (Wallston, 2004; Lau & Hartman, 1983). Yaşam Kalitesi'nin fiziksel ve zihinsel olarak hangi alan üzerine daha fazla etkisinin olduğu konusunda yapılan psikoloji çalışmalarında yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi ön plana çıkmıştır. Buradan hareketle bu ayrım genel itibari ile kişinin yaşam ile ilgili edindiği algısı üzerine kurulmaktadır. Bu çalışmalarda öznel iyilik halinin nesnel yaşam gereksinimlerinin ötesinde, bu gereksinimlerden yeterince tatmin olup olmamasına bağlı olduğu sonucuna varılmıştır (Atkinson, 1981; Flanagan, 1982). Bireyin yaşam durumu nesnel olarak uygun değilse bile öznel olarak hissettiği iyilik hali ve buna bağlı olarak da YK yüksek olabilmektedir (Campbell, 1976; Cox, 1992). Hastalığı ile ilişkili tüm uyarıların oluşturduğu algıyı hisseden kişi, düşsel olarak hastalığa karşı bir tehdit imgesi meydana getirir. Buradan ortaya çıkan bilişsel ve duyu durumunun ürettiği imgeler, hastalık temsillerinin oluşmasını sağlar (Leventhal, Nerentz & Steele, 1984; Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). Tüm bu durumlara karşı hastanın bireysel, bilişsel ve duyu durumu temsillerini ortaya koyarak, hastalığın neden olduğu sorunları en aza indirmek için müdahaleler ve tasarımlar oluşturulabilir (Fowler vd., 2007).

Yaşam kalitesi bireyin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, yaşamdan haz duyması, kendini toplumsal alanlarda kâfi hissetmesi, kişisel ve toplumsal ilişkiler kurabilmesi, kendine saygı, edinmiş olduğu bilgi ve deneyimlerini içermektedir. Ayrıca yaşam kalitesinin kapsamlı ve çeşitli durumuna psikolojik yapı, mevcutsa kişinin ilgileri, cinsellik durumu, bedenin algılanmasının eklenmesi, uygun YK ölçme yöntemlerinin geliştirilmesinde önemlidir.

Son yıllarda YK'ne olan ilgi giderek artmaktadır. Genel bir tanımlamayla YK; "Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı" olarak tanımlanmaktadır (WHOQOL, 1993). Hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta tarafından değerlendirilmesi sağlık alanındaki YK olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamayla YK yeni tedavi yöntemlerinin etkinlik, maliyet ve faydalarının değerlendirilmelerinde

önemli ve geçerli bir araç haline gelmiştir (Thier, 1992; Mantzavinis vd., 2006). Yaşam kalitesini değerlendirmedeki temel kavramlar kişinin deneyimleri, inançları, yaşamdan beklentileri, sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal durumları ile maliyet gibi alanlardaki farklılıkları belirleyebilmektedir. Yaşam kalitesi öznedir ve çok yönlü işlevsel yapısıyla, psiko-sosyal iyilik hali, sağlığı algılama biçimi ve tedavi ile ilişkili semptomları içerir. Sağlık için YK farklı hastalıklar için uygulanan tedavi yöntemlerinin hastanın işlevsel yetisini, kendini nasıl hissettiğini, ne ölçüde etkilediğini, hastalığın getirdiği bedensel, psikolojik, sosyal iyilik hali ve değişik tedavi yaklaşımlarının sonuçlarının yönlerine ilişkin yorumları ve değerlendirmeleri gerektirmektedir. Tedavinin amacı hastalığın ve buna bağlı bulguların giderilmesi ile birlikte YK'de düzelme ve yaşam süresinin uzatılmasıdır (Newton vd., 2006; Lazovich vd., 2009).

Yaşam kalitesi hastanın azami gereksinimlerinin karşılanmasının yanı sıra yaşamdan haz duyması, bireysel ve sosyal ilişkilerinde yeterli olması, kendine saygı, bilgi ve deneyimlerini kapsamaktadır. Yaşam kalitesinin bu tanımlamalarına ilaveten psikolojik durum, cinsel durum ve fiziki imajı da dahil edilmelidir. Tüm bu durumları içine alacak şekilde yaşam kalitesinin değerlendirilmesine uygun ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanılması önemli hale gelmektedir (Gültekin vd., 2008; Yeşilbalkan vd., 2005).

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC) genel veya hastaliksız yaşam beklentisinde önemli bir fayda sağlamasa da YK'nin en az bir alanında önemli farklılık veya düzelme beklenen durumlarda, yaşam süresinde belirgin uzama sağlamasına rağmen, toksik etkilerin fazla gözleendiği tedavi yöntemleriyle ilgili araştırmalarda, tedavi olsun veya olmasın kötü prognoza sahip hastalarda, tedavinin hasta açısından zor olduğunun bilindiği hastalıklarda, yeni invaziv tedavi yöntemlerinin araştırılmasında YK ölçümünün gerekli olduğu konusunda öneriler de bulunmaktadır (Kiebert & Kaasa, 1996). Bu yönüyle bakıldığında yaşam kalitesi günümüzde sağlık çıktılarının önemli bir değerlendirme kriteri haline gelmiştir ve durum tıp alanının öncelikli hedeflerinden birisi kişinin sağlığı ile birlikte YK'nin de iyileştirilmesidir.

### **2.5.2. Kanser ve yaşam kalitesi**

Kanser tanısı almış ve/veya tedavi gören hastalarda, kanserin algısal olarak getirdiği ölüm duygusu ile birlikte, korku, ağrı çekme ve hastalığı konuşmama gibi sorunlar görülmektedir. Sadece bu durumlardan hastanın kendisi değil birlikte yaşadığı veya ona bakan aile bireyleri de kanserden olumsuz olarak etkilenmektedir.

Günümüzde erken tanı ve gelişen tıbbi müdahalelerle bu hastaların beklenen sağkalım sürelerinde artışlar kaydedilmektedir. Tıbbi müdahalelerle sağlanan sağkalım süresindeki artışlar hastaların yaşam kalitelerinde de bozulmalara neden olabilmekte bu durum ise tedavinin devamlılığı ve başarısını düşürebilmektedir. Gelişen tıbbi müdahalelerle kanser hastalarının yaşamlarını, tedaviye olan yanıtlarını analiz ederken “Hastalısız Yaşam Süresi”, “Beklenen Yaşam Süresi” gibi kavramlar kullanılmıştır. Ancak gelişen ihtiyaçlar doğrultusunda son yıllar da özellikle bu hastalarla ilgili yapılacak yorumlarda diğer kullanılan kavramların yanısıra “Yaşam Kalitesi” kavramını kullanma ihtiyacı doğmuştur. Birçok çalışmada esas hedefler arasında yerini almıştır. American Society of Oncology (ASCO) kriterlerine göre kanser tedavilerinin değerlendirilmesinde, kanser cevabı; tam cevap, kısmi cevap, cevap süresi ise hastalığın progresyonu için geçen süre olarak tanımlanırken, hasta cevabı; yaşam süresi ve yaşam kalitesi ile değerlendirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde FDA (Food and Drug Administration) ve ASCO, Kanada’da NCI (National Cancer Institutes), tedavi protokollerinin geliştirilmesinde yaşam süresi yanı sıra YK’ne etkilerini de araştırmayı şart koymuştur. Yaşam kalitesini ölçmek klinik olarak kanser tedavisinin risk ve faydalarını ortaya koyan son aşamalardan biri olarak değerlendirilebilir. Tedavi seçenekleri açısından yaşam süresi aynı olan iki tedavi tipinin seçiminde yaşam kalitesi yorumları hastanın hangi tedavi seçeneğini karar vermede yarar sağlayacaktır. Kanser hastalığının doğası gereği ölüm oranları yüksektir bu nedenle hastaların YK’ni artırmak için büyük çaba harcanmaktadır ve hastaların kendilerinin bildirdiği YK’nin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Bu sebeplerden dolayı kanser hastalarının tedavisinde göz önünde bulundurulması gereken en önemli noktalardan biri sadece sağkalım sürelerinin uzatılması değil aynı zamanda hastaların YK’ni de korumak olmalıdır. Diğer bir husus ise kanserli hastalarda hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek ve yaşantısını bozabilecek tedavilerin seçilmesinde karar vermeye olanak sağlaması gerekliliğidir. Kanser



hastalarının YK'nin değerlendirilmesi için her kanser tipine ait birçok farklı ölçek mevcuttur. Bunun altında yatan temel neden kanser hastalarının YK ve kendi durumları hakkındaki öznel ifadelerine bağlı bir değerlendirme nedeniyledir. Yaşam kalitesi değerlendirme ölçeklerindeki bu çeşitliliğin nedeni yaşam kalitesinin tam bir tanımının ortaya konulamamasından ve hastaların kendi durumları hakkındaki subjektif bildirimlerine dayalı bir değerlendirme olmasından kaynaklanmaktadır. Farklı YK ölçekleri farklı özellikleri değerlendirmektedir. Ancak birçoğunda ortak olarak hastaların fiziksel, psikolojik ve semptomatik durumları farklı yönleri ile değerlendirilmektedir.

Kanser hastaların YK'ni değerlendiren sorgulama formlarında önemli olan bir diğer hususta bu ölçümlerin bir kez olarak değil, uygulanan tedavinin tüm takiplerinde düzenli bir biçimde yapılması gerektiğidir. Bu amaçla gerçekleştirilecek değerlendirmelerin ise her seferde ayrı ayrı değil, tedavi süresince devamlı surette takip edilmeleri daha büyük önem taşımaktadır. Genel olarak bakıldığında hastaların fiziksel, psikiyatrik ve kansere bağlı bulguların farklı yönlerinin değerlendirildiği görülmektedir. Her hastanın etkilendiği kanser ve bu kanserin boyutuna bağlı olarak farklı sağlık beklentileri ile birlikte bedenın göstereceği iyilik durumuyla ilgili durumlar yaşam kalitesi değerlendirmelerinde bireye özgü sonuçlara neden olmaktadır. Sağlıkla ilgili hastanın algıladığı değerlendirmeler içinde işlevsel yetersizlik ile yaşam kalitesi birbiri içine geçmiş kavramlardır. Bu nedenle işlevsel yetersizliği değerlendiren ölçekler de YK ölçekleri içinde değerlendirilirler. Örneğin; idrarını tutamamak bir işlevsel yetersizlik iken, idrarı tutamamanın hastanın yaşamı üzerindeki bilişsel algısının etkisi YK'dir. Bu hastalarda YK değerlendirilirken hastanın özellikle de kanser hastalarında hastalığın farklı evrelerinde bulunabileceği ve zaman içerisinde YK ile beklentilerinin değişebileceği de unutulmamalıdır. İlerlemiş kanserli hastaların YK'ni etkileyen faktörlerin tespit edilmesi hem tedavilerin planlanması hem de belirli alt grupların belirlenmesini sağlayarak bu hastalardaki yaşam kalitelerinin daha iyi değerlendirilmesine imkân verebilir. Kanser hastalarındaki bir diğer durum da artık tüm tedavilere yanıt vermeyen palyatif bakıma ihtiyaç gösteren hastalardır. Palyatif bakım DSÖ tanımlamasına göre "hastalığı küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların aktif bakımları" olarak tanımlanmaktadır (Report of the WHO, 1989). Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımına göre palyatif bakımın amacı kanser hastaları ve aileler için en iyi YK'ni sağlamaktır (Sepúlveda vd., 2002).

Bu YK'ni sağlamannn yolu ise palyatif bakıma ihtiyaçı olan hastaların sorunları ve semptomlarını iyi değerlendirmektir.

### **2.5.3. Yaşam kalitesinin önemi**

Günümüzde geçmişre göre yaşam süresi uzamış ancak bununla birlikte kronik hastalıklar da artmıştır. Kişinin sağlığını en iyi şekilde gerçekleştirmek ve bununla birlikte YK'nin yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar son zamanlarda hızlı bir şekilde artmaktadır (Usta vd., 2005). Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin sübjektif olmasından dolayı değerlendirmek güçtür. Kanserli hastalarda YK etkileyen faktörlerden dolayı hastalar olumsuz olaylar yaşamaktadırlar. Ayrıca hastalık ve tedavinin yan etkileri ve öz bakım ihtiyaçları gibi durumlarda hastanın YK'ni düşürmektedir (Ertem, 2009). Yaşam kalitesi zamana, hastanın bulunduğu yere göre değişebilen ve kişisel farklılıklar gösteren genel olarak memnuniyet, mutluluk, bağımsız davranma, saygı ve moral gibi kavramları içermektedir. Kanser hastalarının aldığı kemoterapi tedavisi hastanın durumuna göre hastanede veya ayaktan uygulanmaktadır. Bu nedenle hastalar tüm problemlerini kendi başlarına yaşamakta ve çözmeye çalışmaktadırlar. Bu çözümler ise genellikle etkisiz olabilmektedir. Etkili çözümlerin bulunabilmesi için hastaların YK'nin hastalıklarına uyumlu ölçeklerle ortaya konulması önemlidir. Kişilerin YK'nin ölçülmesi, ihtiyaç duydukları gereksinimlerin ve bakımın verilebilmesini sağlayabilir.

### **2.5.4. Yaşam kalitesini etkileyen durumlar**

Yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal durum, beden imgesi, ümitsizlik, gelecek ve ölüm kaygısı gibi birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Uygulanan kanser tedavilerinin ağır yan etkileri nedeniyle hastanın fiziksel durumunu olumsuz etkileyerek YK'ni azaltmaktadır. Kanser tedavisi alan hastalarda ağrı, bulantı, kusma, enerji kaybı, yorgunluk, uyku sorunları gibi bulgular hastanın günlük aktivitelerini bozarak YK'ni azaltmaktadır. Uzun süre devam eden bu bulgular hastada ek olarak psikolojik, sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle fiziksel durum ile hastanın psikolojik ve sosyal durumlarını birlikte değerlendirmek önemlidir (Babacan Gümüş & Çam, 2008; Tuna Malak vd., 2010; Güngörmüş & Bulut Erdem, 2014).

Kanser düşüncesi hastanın tüm yaşamını etkileyen etkenlerden biridir. Kanser fiziksel bir hastalık olmasına rağmen hastayı hem psikolojik hem de sosyal yönlerden etkileyen bir durumdur. Bu nedenle kanserli hastalarda fiziksel durum ve psikososyolojik etkilenme arasında bir ilişki düzeyi vardır. Bu durumda hastanın YK oldukça olumsuz yönde etkilemektedir (Ateşçi vd., 2003). Kanser tanısı alan hastalar önce yadsıma, yalıtma, öfke, pazarlık ve depresyon gibi psikolojik tepkiler vermekte, daha sonra ise kabullenmektedirler. Kanser hastası ailesini ve çevresini de etkilemektedir. Hastanın ailesinde gerginlik, stres ve hatta depresyon görülebilmektedir (Güleç & Büyükkınacı, 2011). Depresyon kanser hastalarında sık olarak görülmektedir. Depresyon çökkün duygu durumunu anlatmak için kullanılır. Çökkünlük, derin üzüntü, bunaltı ile birlikte düşünce, konuşma, fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile ortaya çıkan bir durumdur. Kanserli hastalar da depresyon oldukça yoğun görülebilen bir durum olup, depresyonda hastanın tüm yaşantısında olumsuzlar oluşabilmektedir. Depresyon karşısında hastanın bundan kurtulma çabaları yetersiz kalmakta ve kişinin YK azalmaktadır (Çivi, Kutlu & Çelik, 2011; Kutlu vd., 2011).

Anksiyete kanserli hastalarda bireyi rahatsız eden, zarar görme ve acı duygusunun yaşandığı, hastaların yaşamını negatif yönde bozabilen bir gerginlik durumudur. Bunun kaynağı kanser tanısı alan hastanın kanser hakkındaki kavram karmaşasıdır. Bu karmaşa kansere yakalandıkları zaman ve ne zaman ortaya çıkacağı ya da tedavi sürecinden sonra tekrar yakalanıp yakalanmayacağını verdiği belirsizlikten kaynaklanmaktadır. Hastalar bu nedenlerden dolayı gerginlik, sinirlilik, üzüntü duygularını yaşarlar ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenir.

Beden imgesi, bedenin dış görünümünün içsel bir sunumudur. Bu sunum bireyin kendi bedeninin öznel algısına dayanır. Bu içsel sunum duygu ve düşüncelerle ilgili olup, kişinin belli durumlar karşısındaki davranışlarını şekillendirmektedir. Bazı durumlarda kişinin dış görünüşünden kaynaklanan duygular olumlu veya olumsuz (depresyon, davranış bozuklukları vb.) olabilir. Beden imgesi kişinin zihninde oluşan bir beden formudur ve sürekli değişme özelliğine sahiptir ve bedenin büyümesi, travma, çöküş, sosyal çevreyle olan etkileşim gibi nedenlerle değişebilir (Öngören, 2015). Kanser hastalarında beden imgesi oldukça sık etkilenmektedir. Tedavide

kullanılan kemoterapi ilaçları ile saçın dökülmesi, kilo kaybı, bulantı ve kusma, ekstremiteler ve/veya organ kaybı, cerrahi operasyona bağlı insizyon, kolostomi, amputasyon, mastektomi gibi değişiklikler hastanın beden imgesini bozmaktadır. Bu durum hastanın günlük ve sosyal hayatını etkileyerek, yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Kişi tarafından istenilen ya da arzu edilen bir şeyin beklentisi ümit olarak tanımlanmaktadır. Ümitsizlik ise herhangi bir sorun karşısında kişinin kendisini çözümsüz hissettiği ve istekleri yerine getirilemediğinde çaresiz olduğu ve gerçekleştirmek için gereken enerjiyi alamadıklarında hissettikleri duygu durumudur. Kişinin ümitli olması geleceğe daha olumlu bakmasına neden olmaktadır. Kanser hastalarında fiziksel ve fizyolojik işlevlerin bozulması, sorunları ile başa çıkamama, beden imgesinde bozulma gibi faktörler ümitsizliği ortaya çıkarmaktadır. Kanserin seyri nedeniyle hastalar da yaşanan belirsizlik korku, öfke ve kendini çaresiz hissetmesine sebep olur, bu da hastanın ümidini kesmesine neden olmakta ve tedaviye bağlı kötü duygulanım durumu bireyin ümitsizlik durumunu artırmaktadır (Yıldız, Dedeli & Çınar Pakyüz, 2016).

#### ***2.5.5. Kanser hastalarında yaşam kalitesi değerlendirme ölçekleri***

Uygulandıkları hasta gruplarına göre YK ölçekleri genel ve özgün olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir. Genel yaşam kalitesi ölçekleri toplumdaki tüm bireylerin sağlık durumunu tanımlamada kullanılabilirler. Bu ölçekler, YK'ni ilgilendiren geniş ve genel işlev kaybı ile birlikte rahatsızlık alanını içermeleri nedeniyle toplumun bütün kesimlerinde hastalıklar ve durumlarda, çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılabilirler. Genellikle herhangi bir hastalığa ya da sağlık durumuna özgü değildirler. Diğer YK ölçekleri gibi sağlık durumunu fiziksel işlev, ruhsal durum, günlük ve sosyal etkinlikler gibi genel ana başlıklar altında incelerler. Genel ölçeklerin en önemli avantajı, farklı hastalık grupları ve bu gruplarla toplum arasında karşılaştırmaları sağlayabilmesidir. Ancak belirli bir grup hastalık için geliştirildiklerinden bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle YK'deki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En çok kullanılan genel ölçekler arasında Sickness Impact Profile (Hastalık Etki Ölçeği), Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Ölçeği), SF-36, WHOQOL ve EQ-5D (EuroQol) sayılabilir. Bu ölçekler kendi içinde de "Sağlık profilleri" ve "Yararlılık Ölçümleri" olarak iki bölüm halinde incelenebilir. Sağlık profilleri, sağlık durumunun değişik yönlerini inceler,

girişimler arası karşılaştırmalar yapar ve tek bir ölçekten oluşur. Ancak ilgi alanına yeterince girmemesi ve küçük değişiklikleri saptayamaması, dezavantajları olarak sayılabilir.

Özgün ölçekler belirli bir hastalık hakkında hasta algılarını değerlendiren ölçekleridir. Hastalık algısını değerlendirme açısından duyarlıdır ve küçük değişimleri saptayabilir. Ancak bu ölçeklerin dezavantajı da uygulanacak topluluğa veya girişime bağlı olmasıdır. Ayrıca çeşitli durumlar arasında karşılaştırma yapılamamaktadır. Belirli bir nüfus grubuna özel örneğin; çocuklara, yaşlılara, ergenler vb. ait ölçekler de mevcuttur. Ayrıca hemen her hastalığa, duruma ve işleve ait özel ölçekler de bulunmaktadır. Özgün ölçekler belirli hastalıkların (örneğin stres inkontinans), hastalık gruplarının (kanser gibi), işlevsel bozukluklarının (cinsel işlev bozukluğu gibi) ya da bir bulgunun (ağrı gibi) YK'ne etkilerini araştırmak için geliştirilmişlerdir. Özgün ölçekler, ölçülen hastalıkla ilgili durumlara odaklandıklarından YK'deki ufak değişimleri saptayabilirler. Bu ölçeklerdeki puanlama sistemlerinin farklı olmasının yanısıra diğer hastalıklarla da karşılaştırma yapılmasını zorlaştırmaktadır. Son yıllar da özgün YK ölçeklerinin sayısı artmasına rağmen çoğu hastalık için özgün ölçekler yoktur. Bu ölçeklerden en çok bilinenleri Avrupa Kanser Sağaltımı ve Araştırmaları Örgütü tarafından geliştirilen ve kansere özgü EORTC QLQ-C30, pediatrik astım yaşam kalitesi anketi (PAQLQ), McGill ağrı anketi, hastane bunaltı ve depresyon ölçeği (HADS) ve Barthel engellilik indeksidir (Eser, 2006). Kanser hastalarında, hastalığa ve kemoterapi tedavilerine bağlı yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla sık olarak kullanılan bazı genel ölçekler tablo 2.5'de verilmiştir.

**Tablo 2.5.** Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Genel Ölçekler

Ölçek Adı	Geliştirilme	Ölçeğin İçeriği	Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği
Nottingham Sağlık Profili	Hunt&McEwen, 1981.	Hastanın enerji seviyesi, ağrı, duyuşsal reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivite olmak üzere altı farklı parametre değerlendirilir. 38 sorudan oluşturulmuştur.	Küçükdeveci vd., 2000.
Rotterdam Semptom Checklisti	Trew&Maguire, 1982	Fiziksel rahatsızlık, psikolojik semptom, günlük yaşam aktiviteleri ve genel yaşam kalitesi olmak üzere toplam 39 sorudan ve likert tipi puanlama ile oluşturulmuştur.	Can, 2001.
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Rand Corporation, 1992, Bowling, 1997.	Sağlığın hem zihinsel hem de fiziksel yönlerini ölçer. Fiziksel, sosyal ve emosyonel sorunlara bağılı rol kısıtlılık, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanmasını değerlendirir. 36 sorudan oluşturulmuştur.	Koçyiğit vd., 1999.
Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği	Ferrans&Powers, 1992.	Sağlık-işleyiş, sosyo-ekonomik, ruhsal, psikolojik ve aile gibi 4 faktörün etkilenme düzeyinin belirlenmesi amacı ile 33 sorudan oluşturulmuştur.	Özer, 2002.
WHOQOL BREF 27 Yaşam Kalitesi Ölçeği	DSÖ, 1992.	WHOQOL bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre ile ilişkili dört bölüm 27 sorudan ve 5'li likert tipi puanlama ile hazırlanmıştır.	Eser vd., 1999.
Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G)	Cella vd., 1993.	Kanser tedavisine bağılı fiziksel, işlevsel, sosyal ve duygusal iyilik halinin yanı sıra doktor memnuniyeti değerlendirilir. Prostat kanseri için FACT-P modülü vardır. Beşli Likert ölçeği içeren 33 sorudan oluşturulmuştur.	Başarık, 2012. (FACT-L) Arlı vd., 2016. (FACT-Br)
EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu, Aaronson vd., 1993.	Genel iyilik hali, işlevsel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt grup ve 30 madde içermektedir. 30. maddesinde genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir.	Guzelant vd., 2004.
European Quality of Life Questionnaire (EuroQol EQ-5D)	Brazier vd., 1993.	Hastanın hareket durumu, öz bakımı, olağan işlev durumu, ağrı ve/veya rahatsızlık ve endişe ve/veya depresyon olmak üzere beş madde ölçütü olarak değerlendirir.	Kahyaoğlu, 2009.

### **2.5.6. Prostat kanserinde yaşam kalitesi**

Prostat kanseri tanısında PSA'nın ölçülmeye başlaması ile birlikte PK tanısı lokal hastalık aşamasında tespit edilebilmektedir. Prostat kanserini erken evre de yakalamak beklenen yaşam sürelerini uzatmakta ve hastaların önemli bir kısmı başka nedenlerden dolayı yaşamlarını yitirmektedir (Quek & Penson, 2005). Prostat kanseri hastalığın evresine ve çok çeşitli tedavilere bağlı olarak çok fazla değişik semptom vermektedir. Tanı konulma sırasında, tanı sonrası çok seçenekli tedavi yöntemleri ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle, PK YK açısından araştırılan bir konu haline gelmiştir. Bu nedenle üroonkolojik hastalıklarda en fazla çalışma PK ile yapılmaktadır. Lokalize PK'inde tedavi sonrasında yaşam süresinin uzun olmasından dolayı yaşam kalitesi bu hastalar için daha önemli hale gelmektedir. Ayrıca bu hastalar için radikal prostatektomi, radyoterapi veya brakiterapi gibi tedavi yöntemi seçenekleri de mevcuttur. Bu tedavi yöntemleri de yöntemin türüne göre genitouriner, gastrointestinal sistemlerde komplikasyonlara yol açarak hastanın sosyal ve işlevsel hayatında YK'ni etkilemektedir.

Klinik olarak lokalize PK'de hem cerrahi hem de radyoterapi tedavisi uzun dönem kansere bağımlı sağkalımda artış göstermiştir. Her ikisi de kanser tedavisinde uygun tedavilerdir. Her iki tedavi yöntemi de benzer sonuçlara sahipse bu noktada soru YK ve işlevsel sonuçlar üzerindedir. Günümüzde bu iki yöntemi uzun dönem işlevsel sonuçları açısından birbirini karşılaştıran randomize prospektif bir çalışma yoktur. Bu nedenle hastalara tedavi önerisinde bulunurken cinsel, üriner ve barsak işlevlerini de göz önünde bulundurmalıdır. Bu değerlendirmeler ile tedavi yönteminin seçimi hastanın cinsel, üriner, barsak sorunlarını önemli oranda düşürecektir. Prostat cinsel işlev açısından önemli bir organ olup PK'ne bağlı cerrahi ve medikal tedaviler cinsel sorunlara neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar ile etkilenen cinsel işlevlerin YK'ni etkilediği gösterilmiştir (Clark vd., 2003; Bacon vd., 2002). Prostat kanserinin evresine göre psikolojik problemler ve cinsel sorunların düzeyleri YK'ni farklı oranlarda etkilemektedir (Rosenfeld vd., 2004).

Androjen supresyon tedavisi ileri evre PK tedavisinde kullanılmakla birlikte son yıllarda lokal ileri evre PK hastalarında da kullanılmaktadır. Erken hormonal tedavi hastaların beklenen yaşam sürelerinin uzamasını sağlayabilmektedir. Hormonal tedavi etkili bir yöntem olmasına rağmen yan etkileri de dikkate alınmalıdır. Hormonal

tedavide kısa dönemse sıcak basmaları, libido kaybı ve halsizlik, uzun dönemde osteoporotik kırıklar, anemi, obezite ve depresyon gibi yan etkiler görülmektedir. Hormonal tedavinin bu yan etkileri YK'ni olumsuz yönde etkilemektedir. Bunlar dikkate alındığında hastaların YK'ni etkileyen sorunlar en aza indirilebilecektir. Lokalize PK tedavisinde hormonal ve Aİ tedavisinin karşılaştırıldığı çalışma da fiziksel kısıtlılık ve hastalardaki huzursuzluk durumu sebebiyle hormonal tedavi grubunda YK seviyesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir (Walsh vd., 2001; Potosky vd., 2002). Yapılan çalışmalarda androjen supresyon tedavisinin dikkat eksikliği ve hafıza gibi bilişsel yetileri bozduğu anlaşılmıştır (Green vd., 2002). Düşük testosteron seviyelerinin depresyona neden olduğu, testosteron replasman tedavisiyle depresyon bulgularının düzeldiği bildirilmiştir (Almeida vd., 2004). Androjen supresyon tedavisi sonucu vazomotor bulgular, sıcak basmaları tedaviye başladıktan 3 ay sonra belirginleşmeye başlar ve YK'ni önemli derecede etkiler (Mottet vd., 2015). Hormonal tedaviye bağlı YK'ni etkileyen bir diğer etken ise kemik yıkımına bağlı olarak kemik kırığı riskinin artmasıdır (Smith vd., 2006). Prostat kanserin 'de yan etki ve YK'ni artırmak için aralıklı hormonal tedavi uygulanmaktadır bu hastalar da yan etkiler azalırken YK'de artış izlenmektedir. Aralıklı hormonal tedavi protokolüne geçen hastalarda YK'deki düzelmelerin 9-12. aylarda en üst seviyeye çıktığı, depresyon ve anksiyete üzerinde olumlu yönde etki yaptığı gösterilmiştir (Spry vd., 2006; Almeida vd., 2004).

Aralıklı monoterapi ile androjen supresyon tedavisinin sonuçlarının karşılaştırıldığı araştırmada birinci yılda aralıklı monoterapi verilen hastaların %29'unda cinsel işlevlerde düzelmeler görülürken, androjen supresyon tedavisi verilen grupta ise %9 olarak bildirilmiştir (Da Silva vd., 2005). Aralıklı hormonoterapi verilen hastalarda jinekomasti ve sıcak basmalarının daha az olduğu gösterilmiştir. Aralıklı hormonal tedavide YK'nin bozulmaması yan etkilerin az olması YK açısından aralıklı hormonal tedaviyi önemli bir yöntem haline getirmektedir (Calais da Silva vd., 2014). Prostat kanserinin bahsedilen klinik seyir ve tedaviye bağlı olarak çeşitli şekillerde YK'nin değerlendirilmesi önemli hale gelmiştir. Bu amaçla kullanılmak üzere farklı türlerde sorgulama formları oluşturulmuştur (Tablo 2.6).



**Tablo 2.6.** Prostat Kanserin 'de Kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

<b>MAX-PC:</b> Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer
<b>PROSQOLI:</b> Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument
<b>FAPSI-8:</b> Functional Assessment of Cancer Therapy-Advanced Prostate Symptom Index
<b>FACT-P:</b> Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Cancer
<b>PC-QoL:</b> Prostate Cancer Quality of Life scale
<b>EORTC QLQ-PR25:</b> EORTC Quality of Life Questionnaire-Prostate Cancer Module
<b>WPAI: CRPC:</b> Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Cancer-Resistant Prostate Cancer
<b>WPAI: CRPC-CG:</b> Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Cancer-Resistant Prostate Cancer Caregiver.
<b>PCTO-Q:</b> Prostate Cancer Treatment Outcomes – Questionnaire
<b>PC-QoL:</b> Prostate Cancer – Quality of Life
Prostate Cancer Related Quality of Life
<b>PORPUS:</b> Patient Oriented Prostate Utility Scales
<b>UCLA-PCI:</b> UCLA Prostate Cancer Index
<b>UCLA-PCI-SF:</b> UCLA Prostate Cancer Index Short Form
<b>EPIC-CP:</b> Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice

### **MAX-PC: Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer**

Prostat kanseri ile özellikle ilgili kaygıyı yeterince gösterebilen bir ölçeğe sahip olmak önemlidir. Prostat kanserine özgü anksiyeteyi değerlendirmek için PK için anksiyete ölçeği olarak MAX-PC geliştirilmiştir (Roth vd., 2003). MAX-PC'nin diğer genel anksiyete ölçümleri kullanılarak gözden kaçırılabilen PK olan erkeklerde kaygıyı yakaladığını, örneğin PSA seviyesindeki değişikliklerle ilgili daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Roth vd., 2006). MAX-PC dört boyutlu Likert tipi bir ölçek olup 18 maddeliktir, “prostat kanseri hakkında erkekler tarafından yapılan yorumların” ne kadar kesin olduğu sorusuna yanıt vermiştir. Her madde 0'dan 4'e, “hiç değil” den “sık” a kadar olan işaretle puanlanır. Ölçek, tüm maddeleri toplayarak ya da özet puanlarını prostat kanseri kaygısı (11 madde), PSA kaygısı (3 madde) ya da yeniden tekrarlama korkusu (4 madde) olarak gruplandırarak puanlanabilir. Toplam skor 0 ile 54 arasında değişmekte olup, 54 maksimum kaygıyı göstermektedir. 3 ölçekli skorlar sırasıyla 0 ile 33, 0 ile 9 ve 0 ile 12 arasındadır. Toplam MAX-PC, “PSA kaygısı” alt ölçeğinin güvenilirliğinin orijinal yayında zayıf olmasına rağmen, prostat kanseri ile ilgili kaygının üç özel yönüne değinmek üzere tasarlandığından üç alt ölçeğe ayrılmıştır.

### **PROSQOLI: Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument**

Hormona dirençli PK'li hastalarda sağlıkla ilişkili YK'ni değerlendirmek için Stockler ve arkadaşları tarafından 1999'da geliştirilmiştir. PROSQOLI, hastanın algılanan sağlıkla ilgili (ağrı, fiziksel aktivite, yorgunluk, iştah, idrar sorunları ve kabızlık) fiziksel durumlarını, duygusal durumlarını, sosyal ilişkilerden ve genel sağlıktan yararlanma yeteneklerini değerlendiren 10 maddeden oluşmaktadır (Stockler vd., 1999). Dokuz doğrusal analog öz değerlendirme ölçeğiyle (LASA) yapılandırılmıştır. Ağrının mevcut şiddetini değerlendiren 6-noktalı ölçeği McGill Ağrı Anketinden alınmıştır.

### **FACT Advanced Prostate Symptom Index (FAPSI-8)**

İlerlemiş PK'ne özgü olarak geliştirilmiştir. Ağrı, yorgunluk, kilo kaybı, idrar yapmada zorluk, kötüleşmeye ilişkin endişeler ile ilgili sekiz FAPSI maddesinden oluşturulmuş bir ölçektir. FAPSI, sosyal aile refahı dışındaki tüm FACT-G alanları ile orta ile güçlü korelasyon gösterdiği ek olarak FACT-P özet skoru ve EORTC global skoru ile ağrı ve yorgunluk ölçekleri arasında güçlü korelasyonlar bildirilmiştir. Tek

boyutluluğa ait testler, faaliyetleri sınırlandıran idrar yapma ve zorlama güçlükleri için öğelerin diğer 6 maddeyle tutarlı olmadığını, ancak bu unsurları elimine etmenin iç tutarlılığı geliştirmediğini göstermektedir (Susan vd., 2003).

### **FACT-P: Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Cancer**

Genel versiyonu (FACT-G)'i destekleyen 12 maddelik prostat kanserine özgü bir ölçektir. Prostata özgü 12 madde, 5'li Likert ölçeklerini 1 (hiç değil) 4'e (çok fazla) kullanır; skorlar bir özet prostat kanseri skoru (PCS) üretmek için toplanır. Spesifik olarak 12 maddeden üretilen skor ile FACT-G'nin fiziksel ve işlevsel etki alanlarının toplanmasıyla PK skoru (PKS) ve Tedavi Sonuç Dizini (TSD) hesaplanabilir. Prostat spesifik sorunların YK'ni nasıl etkilediğine ilişkin 10 dereceli Likert ölçeğinde isteğe bağlı ek global derecelendirme vardır. Tüm maddelere verilen yanıtlar "hiç de değil" ile "çok fazla" arasında değişir. Öğeler, hastalarla ve FACT-G geliştiricilerinin iş birliği içinde geliştirilmiştir. Ölçeğin tamamlanması yaklaşık 14 dakika sürmektedir. İlaç çalışmalarının da zayıf tamamlama oranları kaydedilmiştir (Esper vd., 1997; Cella vd., 2008). FACT-P sosyal refah dışındaki tüm alan skorlarında hastalığın durumu ve lokal/metastatik hastalığı aynı zamanda performans durumu değerlendirmesi kullanılarak ayırabilir (Rosenfeld vd. 2004; Yount vd., 2003). FACT-P skorları ile EPIC ve SF-12 PCS, MCS ve FACT-G arasında orta ile yüksek korelasyon rapor edilmiştir (Wei vd., 2000). Durumu stabil olan veya PSA değerleri normalleşen hastalarda toplam skorlarda istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme bildirilmiştir (Esper vd., 1997). Başka bir çalışmada, 22 haftadan sonra istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliğin olmadığı ancak YK'nin daha iyi veya daha kötü olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler bildirilmiştir (Stone vd., 2008). Total skorlar, radyoterapi sırasında egzersiz programı uygulayanlar ile uygulamayanlar arasında karşılaştırıldığında küçük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme saptamıştır (Monga vd., 2007). Brakiterapi uygulanan hastalarda benzer durumlar bildirilmiştir (Hoskin vd., 2007). Tedaviye devam eden ilerlemiş kanserli hastalarda ve metastatik hastalıkta küçük, fakat istatistiksel olarak önemsiz bir toplam puan değişimi bildirilmiştir. Adjuvan hormon tedavisi alan hastalarda bir fark bulunmamıştır (Stephens vd., 2007; Sullivan vd., 2007).

## **European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-PR25)**

EORTC QLQ-PR25, EORTC QLQ-30 ölçeğine eklenmesi amaçlanan 25 maddelik PK'ne özgü bir ölçektir. Üriner, bağırsak, inkontinans yardımcılarının kullanımı, tedaviye bağlı semptomlar, cinsel aktivite ve işlev alanlarını değerlendiren alanları vardır. QLQ-PR başlangıçta İsveç'te geliştirilmiştir. Daha sonra İngilizce ve çoklu dil versiyonları kullanılarak tamamlanmıştır. Anketin tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürmektedir ve bazı katılımcılar yardıma gereksinim duymaktadır. Başlangıç ölçeğinde katılımcıların %80'i yüksek bir cevap vermiş olmakla birlikte, 6 ay sonra bu oran %57'e düşmüştür. Cinsel işlevsel öğelerle ilgili olarak hastalardan bazı olumsuz geri bildirimler görülmüştür. Ölçekteki maddeler klinisyen ve hastalarla yapılan görüşmelerden oluşturulmuştur. Madde puanları toplanır ve 0-100 ölçeğine dönüştürülür; iki cinsel alan için daha yüksek puanlar, daha yüksek işlevsellik gösterir, ancak semptom ölçekleri için daha yüksek puanlar daha kötü YK'ni temsil eder (Borghede & Sullivan, 1996; van Andel vd., 2008).

## **WPAI: CRPC: Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Cancer-Resistant Prostate Cancer**

İş Verimliliği ve Aktivite Bozukluğu (WPAI) anketi, hem ücretli işlerde hem de ücretsiz işlerde meydana gelen bozulmaları ölçen bir araçtır. Son yedi gün içinde sağlık sorunu nedeniyle devamsızlığı, mevcut durumu ve ödenmeyen faaliyetlerdeki bozulmaları ölçmektedir. Astım, sedef hastalığı, irritable bağırsak sendromu, ankilozan spondilit ve Crohn hastalığı gibi birçok hastalık için iş bozukluklarını ölçmek üzere doğrulanmıştır. Ek olarak, WPAI anketi klinik çalışmalarda veya farklı hastalık şiddeti düzeylerine sahip gönüllüler arasında tedavi grupları arasındaki iş bozukluklarını karşılaştırmak için kullanılmıştır. Kendi kendine uygulanan WPAI anketi Reilly tarafından geliştirilmiştir. WPAI anketi, işten kaybedilen zaman, işte iken üretkenliği azaltma ve normal günlük aktiviteler yaparken verimliliği azaltma gibi soruları içerir. Ölçek, müdahale çalışmalarında da kullanılabilir ve sonuçlar hem tanımlayıcı amaçlar hem de ekonomik değerlendirmeler için kullanılabilir. Birçok hastalık için kullanılan bu ölçeğin PK modülünde geliştirilerek kullanıma sunulmuştur (Reilly, Zbrozek & Dukes, 1993).

## **Prostate Cancer Treatment Outcomes – Questionnaire (PCTO-Q)**

PCTO-Q, 41 maddelik PK'ne özgü bir araçtır. Etki alanı ölçekleri bağırsak (10 madde), idrar (22 madde) ve cinsel (9 madde) işlevlerdeki spesifik değişikliklerdir ve bunların sıklığını ve şiddetini değerlendirir. Maddelerin dört veya beş yanıt seçeneği vardır, puanlar her alan için toplanır; daha yüksek puanlar daha iyi YK'ni temsil etmektedir. Prostat kanserli hastalarının almış oldukları farklı tedaviler arasında (prostatektomi ve radyoterapi gibi), bağırsak, idrar ve cinsel işlev alanlarını ayırmıştır. Radyoterapi grubunda daha kötü bağırsak işlevi olduğu görülürken prostatektomi hastalarında idrar ve cinsel işlevin daha kötü olduğu bildirilmiştir (Rodgers vd., 2006).

## **Prostate Cancer–Quality of Life (PC-QoL)**

PC-QoL, önceki dört haftada yaşanan sorunları değerlendiren 10 alan ölçeğine sahip 52 maddeli prostat kanserine özgü bir araçtır. İdrar, bağırsak ve cinsel sorunların her biri için işlev ve rol aktivitesi kısıtlamalarını değerlendirir (Giesler vd., 2000). Ayrıca bir alanda da PK ve tedavisi ile ilgili endişe/anksiyeteyi değerlendirir. Ölçekler için iyi tartışılmış ve bir kavramsal gerekçe sağlanmıştır. Her maddenin 5 puanlık bir Likert yanıt ölçeği vardır; madde puanları toplanır ve daha yüksek puanların (0-100) daha iyi YK'ni temsil eder. Bu aracın gözden geçirilmiş 46 maddelik bir versiyonu da yayınlanmış olup, yeterli iç tutarlılık ve tekrar test güvenilirliği ile ayrımcı, yakınsak ve iraksak geçerliliği bildirilmiştir (Befort vd., 2005).

## **Prostate Cancer Related Quality of Life**

Prostat kanseri ile ilgili YK'ni değerlendiren bu ölçek, idrar kontrolü, cinsel ilişki, cinsel güven, evlilik sevgisi, erkeğin öz saygı, sağlık endişesi, PSA endişesi, kanser kontrolü, bilinçli karar, pişmanlık ve bakış açılarını içerir. Maddeler, kalitatif çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak oluşturulmuştur. Bu çalışmaların PK'i tanısı konulan ve 24 aydan daha az süre takipte olan grupları içerdiği belirtilmiştir (Clark vd., 1997; Clark vd., 2003).

## **Patient Oriented Prostate Utility Scales (PORPUS)**

PORPUS, PK'ne özgü sağlık durumunu ve faydasını ölçmek için tasarlanmış 4-6 seviyeli 10 maddelik sağlık durumu sınıflandırmasıdır. Ağrı, enerji, psiko-sosyal ve sosyal refah, doktor ile ilişkiyi değerlendiren beş genel madde ve cinsel işlev, arzu, idrar sıklığı, idrar kaçırma ve bağırsak işlevini değerlendiren beş prostat spesifik maddeden oluşturulmuştur. Literatür taramasından elde edilen veriler, klinisyen görüşü ve 80 hasta ile görüşme ile ölçek maddeleri yapılmış ve son taslak versiyonu da hastalar ve klinisyenler tarafından onaylanmıştır (Krahn vd., 2007). PORPUS'dan profil skoru (PORPUS-P) hesaplanabilir veya çeşitli tercih ağırlıklandırma sistemleri kullanılarak oluşturulan başka skor ölçekleri (PORPUS-U) yapılabilir. PORPUS ile FACT-P, UCLA-PCI ölçek skorları arasında uygunluk gösterilmiştir (Ritvo vd., 2005). Farklı tedavi alan hastalardan (radyoterapi ile veya radyoterapi olmadan hormon tedavisi) farklı fayda skorları elde edilmiştir (Konski vd., 2005).

## **UCLA-PCI: UCLA Prostate Cancer Index**

Prostat kanseri klinisyenler için tanı ve tedavi sırasında çeşitli zor kararlar ile ortaya çıkabilmektedir. Bazı prostat kanserleri klinik önemsiz olabilir ve tedavi gerektirmeyebilir, bazıları ise oldukça agresiftir ve hastaların aylar içinde ölümüne neden olabilirler. Prostat kanserinde geniş kapsamlı tedavi seçenekleri mevcuttur. Bu seçenekler invaziv cerrahi müdahaleden aktif izleme kadar geniş bir yelpazede bulunmaktadır. Her tedavi potansiyel bir faydası ve zarar riski taşır. Yaşam kalitesi tüm hastalar için merkezi bir öneme sahiptir ve birçok kişi için sağkalım süresinden daha önemlidir. Prostat kanseri tedavisinin de YK'ne ilgi arttıkça, araştırmacılar geçerliği ve güvenilirliği onaylanmış ölçekleri, daha iyi çalışma tasarımı ve daha titiz analitik yöntemler için kullanmaya başlamıştır. Bu ilerlemeler ile PK tedavisinden sonra HRQOL'un daha doğru değerlendirilmeleri literatürde yer almaya başlamıştır (Tannock, 1990). Yaşam kalitesini değerlendirmek için tasarlanan ölçekler, bu idealin gerçekleşmesine katkıda bulunan sağlık alanlarını değerlendirmelidir. En uygun YK ölçümü, fiziksel, duygusal ve sosyal işlevsellik ve refahı geçerli bir şekilde değerlendirmelidir (Tulsky, 1990). Ayrıca PK'li erkeklerde YK'nin bir ölçüsü, PK'li hasta ve onunla yaşayanlar için önemli olan spesifik etkilerini yakalamalıdır. Bunu

doğru bir şekilde yapmak için, hastalardan ve yakınlarından ve/veya eşlerinden doğrudan girişi içermelidir.

UCLA-PCI, önceki dört haftada yaşanan sorunları değerlendiren 20 maddelik prostat kanserine özgü bir araçtır. İşlevleri kapsayan altı ölçek vardır ve idrar, cinsel ve bağırsak alanlarının her birini ayrı ayrı inceler.

UCLA-PCI, yaklaşık 20 dakikada kendi kendine uygulanabilen lokal PK olan erkekler için YK'nin kapsamlı bir ölçümüdür. Altı hastalık hedefinin işlevini ölçen, üriner, cinsel ve bağırsak bölgelerindeki rahatsızlıkları içine alan bir test olmakla birlikte SF-36'nın sekiz genel alanı ile birlikte kullanıldığında en yararlı bilgileri verir (Mark vd., 1998). SF-36 ile işlev ve alt grup parametreleri arasında orta düzeyde, idrar sıkıntısı, cinsel sağlık, bağırsak, genel sağlık için ise düşük ile orta düzeyde korelasyon olduğu bildirilmiştir (Litwin vd., 1998a). Tümör evreleri arasında ayırım bulunmazken, prostatektomi, radyoterapi ve ikincil tedavi gören hastalar gibi farklı tedaviler alan hastalar arasında alan puanlar arasında farklılıklar olduğu gösterilmiştir (Hu vd., 2006).

### ***2.5.7. Prostat kanserinde kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin genel değerlendirmesi***

Kanser ve PK'ne özgü ölçekler arasında birkaç ölçeğin öne çıktığı literatürde görülmektedir. Mevcut literatür kanıt miktarlarının lehine EORTC ve FACT ölçeklerini ön plana çıkarmaktadır. Bu ölçeklerin her ikisi de çok boyutlu bir yapıya ve PK'ne özgü modüller içerir. UCLA-PCI ve ondan elde edilen EPIC sorgulama formu da oldukça kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir. Ölçekler arasındaki önemli farklardan biri, EORTC, UCLA-PCI ve EPIC sorgulama formunun idrar, bağırsak ve cinsel işlevler için farklı ölçeklere sahip olmasıdır. FACT-P ise bu sorunları tek bir "prostat" skorunda birleştirmektedir. PC-QoL, idrar, bağırsak ve cinsel alanların her biri için fizyolojik işlev, rahatsızlık ve ilişkili rol sınırlamaları için üç alt ölçek içerir. Bu nedenle, PC-QoL, dokuz potansiyel alt alan skoru ve bir özet skoru ile PK'ne özgü sorunların kapsamlı bir değerlendirmesini sunar. Bununla birlikte, PC-QoL duyarlılık açısından test edilmemiştir ve bu sınırlama, araç önerilmeden önce değerlendirilmelidir. Birlikte ele alındığında, ölçekler arasında herhangi bir seçim yapılırken, istenen toplam ve alan puanlarının sayısı, türü ve ayrıntı seviyesi dikkate

alınmalıdır. EQ-5D'nin kısa bir ölçek tercih edilmesi durumunda belirli avantajları vardır. EORTC QLQ-C30&PR25, FACT-P, UCLA-PCI ve EPIC gibi bazı duruma özgü araçların PK ile ilişkili olarak destekleyici kanıtları vardır. Bununla birlikte, bu duruma özgü ölçeklerin hiçbirinin önemli ölçüde birbirine üstün olduğuna dair daha destekleyici kanıtlara sahip değildir. Ek olarak, PK ile ilişkili olarak daha uzun süreli hayatta kalma ile ilgili iyi planlanmış bir ölçeğin de oluşturulması gerekmektedir (Morris, Elizabeth & Fitzpatrick, 2009).

#### ***2.5.8. Sağlık alanında yaşam kalitesi ve kanserin tıp etiği ilkeleri açısından değerlendirilmesi***

Sağlık alanında YK ölçeklerinin kullanılması ve geliştirilmesinde etik değerlendirilmelerin yapılması önemli konulardan biridir. Yaşam kalitesi ölçekleri etik açıdan olumlu katkılar sağlarken bazı alanlarda ise etik sorunlara neden olabilmektedir. Sağlık alanında YK'nin tanımı yaşam, öznenin (hasta) algısı ve iyilik durumu olmak üzere üç temel kavram üzerine kurulmuştur. Ayrıca bu üç kavram, etiğin temel tartışma alanlarını da oluşturmaktadır.

Sağlık alanında YK tıp etiği açısından değerlendirildiğinde yararlılık ilkesi ve özerklik ilkesinin öne çıktığı görülmektedir. İyilik durumunun istenmesiyle yararlılık ilkesine, kişinin kendi durumu hakkındaki algısına başvurulmasıyla da özerklik ilkesine gönderme yapılır. Ancak, sağlık alanında YK ile ilgili etik sorunları tartışmak, hasta hekim ilişkisine odaklanmış tıp etiği ile sınırlı değildir.

Özerklik tıp etiğinde hastanın kendisine uygulanacak her türlü tıbbi müdahale ve girişimler için karar vermesini zorunlu kılmaktadır. Klinik uygulamalara ise aydınlatılmış onam kavramı ile yansımıştır (Munson, 2012). Aydınlatılmış onam kavramını, “karar verme yetisine sahip bir hastanın tanı, tedavi veya rehabilitasyon amacıyla kendisine uygulanması düşünülen tıbbi yöntemin ne olduğuna, olası sonuçlarına, bu yöneme alternatif olan diğer tıbbi uygulamaların neler olduğuna ve bunların olası sonuçlarına ilişkin bilgilendirildikten sonra, söz konusu tıbbi uygulamanın yapılmasına izin vermesi olarak” tanımlanmaktadır (Oğuz vd., 2005). Hekim hasta ilişkisinde, aydınlatılmış onamın uygun bir şekilde alınması özerkliğe saygı ilkesinin etik problemlere neden olmadan gerçekleşmesini sağlayabilir.

Yaşam kalitesi hastanın beden, zihin, duygu ve sosyal alanda amaç ilgi alanlarındaki beklentisi ve bunu konumlandırmadaki algısı ile kültürel sosyal,



psikolojik ve çevresel kavramlarla bütünleşmiş nitel ve öznel bir değerlendirme olmasının yanı sıra aynı hasta için bile zamana, yere ve şartlara göre değişim gösterebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı YK ölçeklerinin soru maddelerinin önceden belirlenmediği, bireyin kendi açısından önemli gördüğü YK'si kriterlerinin ölçeğe dâhil edilebildiği ve hastanın hastalığının kendi yaşam alanlarındaki etkilerini ortaya koyabildiği bireyselleştirilmiş ölçeklerde olduğu gibi hastanın kendi tarafından belirlenmesi özerklik açısından önemlidir. Yaşam kalitesi ölçekleri hastanın hastalığını algılayışını ve verilen tedaviyi anlama tarzını belirlemektedir. Aynı zamanda hasta, hastalığın getirdiği problemleri görerek buna göre önceliklerini ve tercihlerini saptamaktadır. Bir yönüyle de sağlık çalışanları ile iletişim artmaktadır. Bu iletişimin artması ile hastalık sürecinde verilen kararlara hastanın aktif olarak katılması sağlanarak paternalizm önlenmekte ve hasta özerkliği artırılmaktadır (Calman, 1984; Fitzpatrick vd.,1998; Higginson & Carr, 2001; Robinson, Carr & Higginson, 2003).

Yaşam kalitesinden elde edilen bilgilerle hastada gelişen farklı durumlar ve hastanın tedaviye verdiği yanıtlarda ölçülerek benzer etkinliğe sahip diğer tedavi yöntemleri kullanılarak hastaya en az zarar veren tedavi yöntemlerinin durumunu değerlendirme imkânı da elde edilebilir. Hastalığa ve hastaya ait problemlerin ortaya konması ve bu problemlere yönelik uygulanan yöntemlerin etkinliği ile hastaya zarar ve yarar değerlendirmesi yapılarak yararlı olup olunmadığı da YK'si ölçeklerinin bir diğer etik yönünü oluşturmaktadır (Robinson, Carr & Higginson, 2003; Tahamiler, Edizer & Çanakçıoğlu, 2006).

Yaşam kalitesi ölçekleri sağlık ekonomisi verilerinin oluşturulması ve bu bağlamda sağlık politikalarının belirlenmesinde de kullanılabilir. Bu verilerle sağlık kaynaklarının dağıtım öngörülere, farklı tedavi maliyetlerinin getirileri oluşturulmaktadır (Saka, Fidan, & Yıldırım, 2006; Hirskyj, 2007). Yeni gelişen cihaz ve/veya tedavi yöntemlerinin getirdiği yüksek maliyet nedeni ile bu verilerle maliyet-zarar analizleri elde edilmeye çalışılmaktadır. Bu durum bazı etik tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Özellikle fayda ölçekleri en çok tartışılan etik sorunları oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisine Daly (disability adjusted life years), Quality (quality adjusted life years) gibi ölçeklerin girmesi ve kaynak dağıtımında bu gibi ölçekler ile maliyet fayda analizi yapılarak karar verilmesi faydacı etik çerçevesinde gerçekleşen uygulamalardır. Fayda ölçekleri bir tarafı ile kaynakların dağıtımı ile

kararların alınması bir diğerk tarafı ile de farklı tedavi seçenekleri arasındaki kararın verilmesinde yardımcı olur (Fitzpatrick vd.,1998). Bu ölçeklerden elde edilen sayısal bir değerk olan QALY (Quality Adjusted Life Year) tedavi sonucunda yaşam kalitesinde oluşan değışikliklerin ve yaşamın sayısal olarak değerklendirilmesini sağlar (Marra vd., 2005). QALY farklı tedavi yöntemlerinin fayda ve fayda-maliyet oranlarını verir (Hyder & Morrow, 2006). QALY'ın maliyetler ve kaynaklar açısından kullanılmasını ekonomistler savunurken etikçiler ise karşı çıkmaktadırlar (La Puma & Lawlor, 1990). Sağlık ekonomistlerinin bu görüşü savunmalarının temel nedeni faydacı etik açısından tedavilerin en fazla kişinin en fazla yarar göreceğı başka bir deyiş ile toplumun toplam QALY'ni artıracak şekilde planlanmasını savunmalarından kaynaklanmaktadır (Cubbon, 1991; Dolan, 2001; Anand, 2005). Faydacı etik açısından olumlu bir QALY için en az maliyetin elde edildiğı sağlık hizmeti faydalı olarak görülmekte ve her bir QALY'a göre maliyetin arttığı hizmete göre öncelikle ve ayrımcılığa yol açabilmektedir. Bazı araştırmacılara göre QALY'lar yaşamdan çok yaşam süresini göz önüne almakta ve yüksek yaşam kalitesini önemsemektedir. Bu durum daha uzun yaşam beklentisi olan genç hastaların öncelenmesine neden olmaktadır. Ancak yaşı ne olursa olsun her bir bireyin yaşam hakkı vardır ve hayatı kendisi için değerklidir. Eşitlik ilkesi gereğince de bireylerin birbirlerine üstünlükleri yoktur (Harris, 1987; Atıcı 2006). Bir başka yönü ile de ırk ve cinsiyet ayrımcılığına da neden olabilmektedir. Bazı tedaviler cinsiyet ve ırklar arasında farklı yanıtlar verebilmekte ve negatif QALY neden olabilmektedir. Maliyet açısından daha az harcamaya neden olan ırk veya cinsteki bazı hastalıkların tedavilerinin tercihi çoğunluk için azınlığın göz ardı edilmesi ile ayrımcılığa neden olacaktır (Harris, 1987).

Etiğın temel ilkelerinden adalet kavramı “herkese kendine uygun düşeni, kendi hakkı olanı vermek” olarak kısaca tanımlanabilir (Adnan, 2001). Adalet kavramını tıp etiğı uygulamalarının önemli isimlerinden Tom L. Beauchamp ve James F. Childress “bireylerin talep ettiğı veya onlara borçlu olunan veya sunulması gerekenlerin eşit, adil ve hakkaniyetli olarak dağıtılması” olarak tanımlamışlardır (Beauchamp & Childress, 2019). Bu tanımlamalardan anlaşacağı üzere, adalet kavramını bireylerin veya toplumların mal ya da hizmet şeklinde bir şeye ulaşabilmek ya da sahip olabilmek için hak talebinde bulunmaları ve bunu vermekle yükümlü olanların hak edilen “şeyi” hak edenlere vermekle sorumlu olduğu bir kavram olarak da görebiliriz. Bu tanımlar her

ne kadar genel adalet kavramı için geçerli olsa da sağlık alanındaki adalet kavramını karşılamak için yeterli olmayabilir. Sağlık hizmetleri sosyal hizmetler gibi benzer etik değerlere göre incelenir ise yeterli bir tanımlama olarak görülebilir. Ancak sağlık hizmetlerinin eğitim, barınma, istihdam gibi farklı bir etik değeri ile karşılaştığında bu tanımlamalar yeterli olamayacaktır. Bu bakımdan sağlık alanında adaletin sağlanması sadece kaynakları kısıtlı sağlık hizmetlerine ulaşmak olarak değil sağlığın tüm sosyal yönlerinin dağıtımındaki adalet olarak geniş bir açıdan bakmak daha iyi bir yaklaşım gibi durmaktadır (Ekmekçi & Arda, 2015a).

Günümüze kadar geliştirilen etik kuramlar etik değerler açısından doğru eyleme karar verebilmek için hangi değer noktalarından hareket edilmesi konusunda kendi temellendirmelerini ve ilkelerini geliştirmişlerdir. Bu ilkeler geliştirilen etik kuramın içinde ilgili konuyu tutarlı olarak savunabilirler. Bu açıdan bakıldığında örneğin faydacı kuramda adalet kavramının tanımlanması ile Kant etiğinde adalet kavramının tanımlanması ve taşıdıkları değerlerin birbirinden farklı olduğunu söylenebilir. Bu sebeplerden dolayı öncelikle temel etik kuramlar ve bu kuramlar ışığında adalet kavramının nasıl ele alındığını incelemek gereklidir (Erdemir vd., 2001; Ekmekçi & Arda, 2015a).

Kanser tanısının hasta üzerinde oluşturduğu düşünsel olumsuzluk, hastalık yaşantısında belirsizlik, hasta hekim ilişkisinde tıp etiği ilkelerinin uygulanmasında problemlere neden olabilmektedir. Hastalar ölüm duygusuyla ve yoğun tedavi yöntemleri ile karşı karşıya kaldıklarında karar verme süreçlerinde etik ilkeler daha önemli hale gelmektedir. Günümüzde hastaya uygulanacak tıbbi müdahale seçenekleri hasta-hekim görüşmeleri sonucunda karar alma yönündedir. Zaman içerisinde paternalistik yöntemden özerkliğe ve hastanın kendi kararını kendisinin vermesi yönünde bir değişim gerçekleşmiştir. Aydınlatılmış onam kanser tanısı gerçeğinin söylenmesini sağlamakla kalmamış hastanın tedavi süreçlerine karar verme imkanını da sağlamıştır.

Kanser tedavisinde başarının ölçüsü yaşam beklentisi ile değerlendirilirken yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasite artışının da bu kritere eklenmesi ile hastayı odak alan yaklaşım açısından uyumluluk göstermeye başlamıştır. Kanser hastası ve hekim ilişkisinde en önemli konular dürüstlük, doğruyu söyleme, bilgilendirme, hasta özerkliğine saygı, zarar vermeme, sağlık hizmetlerinden eşit ve adaletli olarak yararlanma olarak sıralanabilir. Kanser hastası hekim arasındaki ilişkide etik

yaklaşımın önemi hastanın tüm yönlerden bir bütün olarak tam iyilik halinin sağlanmasında doğru eylemin, doğru iletişimin nasıl olması gerektiği çabasıdır. Ancak tüm bu çabalara rağmen etik sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar gerçeği gizleme, hastanın yerine bir başkasının karar vermesi, tedaviden bilinçli olarak kaçınmak, uzman olan hekimlere güvenmemek olarak sıralanabilir. Bunlara ilave olarak aydınlatılmış onamın kim tarafından nasıl alınacağı, hastaya verilecek bilginin düzeyi, verilen bilgiyi hastanın anlamasının nasıl sağlanacağı, hastanın verilen bilgiyi kavramadaki yeterliliği ve bunun nasıl ölçüleceği, verilecek olan sağlık hizmetinin nasıl adaletli olarak dağıtılacağı ve ulaşılabileceği, özerkliğe saygı, hastayı odak alan hasta hekim ilişkisinin nasıl sağlanacağı gibi durumlar kanser hastaları için cevaplanması gereken soruları oluşturmaktadır. (Demirhan, 1995). Kanser hastalarının tedavisinde karşılaşılan etik sorunlar kanser tedavisinin kesin kriterlerinin olmayışı, farklı tedavi seçeneklerinin önerilmemesi, maliyeti yüksek tedavi yöntemlerinin seçilmesi, kemoterapi gibi tedavilerin kısa ve uzun dönem yan etkilerinin açıklanmaması, cerrahi tedavi alan hastalara cerrahinin getirdiği komplikasyonlar ya da sorunlar hakkında yeterince bilgilendirmenin yapılmaması, kesinleşmemiş tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılmaksızın hastanın yönlendirilmesi, her bir tedaviye ulaşmada eşitlik ve adalet, sosyal güvenlik kurumlarının bazı sınırlayıcı yaklaşımları olarak sayılabilir.

Kanser tedavisi yönetiminde hekimlerin genel tercihleri verdikleri tedavide daha uzun bir yaşam ve daha az nüks olması yönünde olmaktadır. Hasta tarafından bakıldığında ise yaşam süresi kadar yaşam kalitesi de ön plana çıkmaktadır. Bu durumda yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesinin de bozulmadığı tedavi seçenekleri amaçlanmalı ve hasta ile paylaşılmalıdır. Kanser tedavisi sırasında etik ilkeler çerçevesinde hasta hekim ilişkisinin kurulması kanser tedavisinde önemli bir role sahiptir (Atıcı, 2008).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Sağlık alanında gelişen testler ve görüntüleme yöntemleri ile PK tanısı erken evrede konulabilmektedir. Erken evrede tespit edilen PK başarılı bir şekilde tedavi edilebilmekte ve tedavi sonrası ise yaşam süresi uzamaktadır (Quek & Penson, 2005). Tanının konulmasından sonra çeşitli seçeneğe tedavi seçenekleri ve her bir tedavi seçeneğinin özelliğine bağlı olarak gelişen üriner, barsak, hormonal, cinsel işlev bozuklukları nedeniyle YK PK açısından önemli bir durumdur. Bu sistemlerde meydana gelen bu komplikasyonlar hastanın sosyal ve işlevsel hayatında YK'ni etkilemektedir. Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde PK tedavisine bağlı gelişen işlev bozukluklarını değerlendirmek için YK ölçekleri kullanılmakta ve yenileri geliştirilmeye çalışılmaktadır. Ülkemizde bu amaçla kullanılan geçerlik ve güvenilirliği yapılmış çok az sayıda ölçek bulunmaktadır.

Bu çalışmada PK hastalarında tedavi sonrasındaki işlevleri değerlendiren dünyada farklı dillerde yaygın olarak kullanılan EPIC sorgulama formunun Türkçe sürümünün kültürel uyarlamasının yapılması, güvenilir, geçerli ve kullanılabilir olup olmadığının araştırılması, farklı tedavi yöntemi kullanılmış olan hastalarının YK'si özelliklerinin saptanması ve tıp etiği açısından yaşam kalitesi ölçeklerinin önemini değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

Prostat Kanseri tedavi yöntemlerinin çeşitli olması bazı durumlardaki tedavi yöntemlerinin bir diğerine üstün olmaması ve tedavilere bağlı sorunlarla birlikte hastanın tedavi seçiminde YK'si beklentilerini değerlendirmek önemlidir.

Sağlık alanında YK ölçeklerinin kullanılması ve geliştirilmesinde etik değerlendirilmelerin yapılması önemlidir. Yaşam kalitesi ölçekleri etik açıdan olumlu katkılar sağlarken bazı alanlarda ise etik sorunlara neden olabilmektedir.

Değerlendirmeler ile PK tedavisi gören hastaların tedavi ve tedavi sonrası yaşadıkları işlev bozuklukları saptanabilir.

Prostat Kanseri tedavi sürecinde yaşanan farklı işlev bozuklukları yaşam kalitesini etkiler.

### **3.3. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, prostat kanseri tanısıyla tedavi gören hastaların yaşam kalitelerindeki değişimin hangi boyutta değiştiğinin belirlenmesi amacı ile yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

### **3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırmaya Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalına Mart 2015 ile Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran ve PK tanısıyla takip ve tedavi edilen hastalar dahil edildi.

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu araştırmaya PK tanısı alan ve cerrahi tedavi olarak radikal retropubik prostatektomi (RRP), laparoskopik radikal prostatektomi (LRRP), robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi (RLRRP) operasyonu yapılan hastalar ile cerrahi tedavi haricinde radyoterapi (RT) ve radyoterapi ile birlikte hormonal (RT+HT) tedavi alan toplam 423 hasta dahil edildi.

### **3.6. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

Prostat kanseri tanısı ile tedavi edilen hastalara Türkçe çevirisi yapılan ve son şekli verilen EPIC sorgulama formu yaşam kalitesi ölçeğininin Türkçe versiyonunu doldurmaları istenilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce, çalışma için hazırlanan protokol, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulup onay alındı (4/03/2015 tarih ve 80558721/92 sayılı karar) ve tüm görüşmeler hastaların bilgilendirilmiş onamını aldıktan sonra gerçekleştirildi.

### **3.7. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Neden Seçildiği**

Bu araştırmamızda EPIC sorgulama formunun Türkçe 'ye çevrilmiş versiyonu kullanıldı. EPIC sorgulama formu Michigan ve UCLA (University of California, Los Angeles) üniversitesi tarafından geliştirilmiştir (Wei vd., 2000) (EK 1). EPIC sorgulama formu sağlıklı ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için UCLA-PCI (UCLA prostat kanseri indeksi)'nin prostat kanserinin tedavi ile ilgili belirtileri ve bunların olumsuz etkilerini daha hassas yansıtmak amacıyla genişletilerek oluşturulmuştur. EPIC sorgulama formu hastanın kendisinin cevapladığı bir sorgulama formudur. Bu sorgulama formu prostat kanseri nedeniyle tedavi gören hastaların

yaşam kalitesi üzerine tedavinin etkisini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. EPIC sorgulama formu üriner sistem, barsak, cinsel ve hormonal semptomları sorgulayan 32 sorudan oluşur. Beş seçenekli Likert tipi ölçektir. Her alan, semptom tipini ve etkilenme derecesini değerlendiren işlevsel ve sorun olmak üzere iki kategoriye ayırır. Ek olarak, üriner bölüm, semptom özelliklerine göre inkontinans ve irritatif/obstrüktif alt ölçeklere ayrılır. Üriner işlev bölümünde ilk beş soru idrar yapma ile ilgili durumu, 6. ve 7. sorular varsa sorunun şiddetini değerlendirmektedir. Bağırsak alışkanlıkları bölümü 9 sorudan oluşmaktadır, ilk 7 soru barsak alışkanlıklarını son iki soru ise bunun ne kadar sorun teşkil ettiğini araştırmaktadır. Cinsel işlev bölümü de 9 sorudan oluşmakta yine son iki soru sorunun şiddetini değerlendirmektedir. Hormonal işlevler kısmında 7 soru bulunmakta ilk 6 soru hormonal durumun belirtilerini son soru ise bu belirtilerin ne kadar sorun olduğunu içermektedir. EPIC sorgulama formunun son sorusu genel bir değerlendirme olup hastanın tedaviden ne kadar tatmin olduğunu incelemektedir. Her soru, 0'dan 100'e kadar olan puanlama ölçeği formatındadır. Skorun yüksek olması yaşam kalitesinin de iyi olduğunu gösterir. İşlev ölçekleri çoklu soru içerirken, sorun düzeyini belirleyen ölçekler tekli sorular içerir. Hastaların farklı sayıda seçenekleri olan Likert tipi sorulara cevaplar verilmesi istenir. Altı alan soru puanının tümü ve soru puanları işlev ölçekleri için toplanır ve 0-100 ölçeğine dönüştürülür.

Prostat kanseri tedavisi yöntemlerinin türüne göre genitoüriner, gastrointestinal sistemlerde sorunlara yol açarak hastanın sosyal ve işlevsel hayatında YK'ni etkilemektedir. Bu nedenle hastalara tedavi önerisinde bulunurken cinsel, üriner, barsak ve hormonal işlevler de göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer sorgulama ölçeklerine göre daha ayrıntılı ve PK tedavisine bağlı gelişen bu tür sorunları da içermesi PK'nin klinik seyir ve tedaviye bağlı olarak çeşitli şekillerde YK'ni değerlendirdiği düşünülmüştür.

EPIC sorgulama formu İngilizceden Fransızca, Almanca, Korece, Çince, İspanyolca 'ya çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Wei vd., 2000; Ferrer vd., 2009; Kyung vd., 2010; Aota vd., 2016; Lee vd., 2018; Umbehr vd., 2018). Dünyada yaygın olarak kullanılan bu dillere çevrilmesi ve kullanım alanı bulması da bu testin seçilmesinde önemli bir kriter olmuştur. Bahsedilen bu nedenlerle

kullanılmak üzere geliştirilen İngilizce EPIC sorgulama formunun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği araştırılmak istenilmektedir.

### **3.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Kültürel Uyarlaması ile Geçerlik Güvenirlik ve Kültürel Uyarlama Yöntemi**

Bir sorgulama formunu başka bir dile uyarlamak karmaşık bir süreçtir. Kültürel farklılıklar nedeniyle basit bir çeviri yapılamaz. Başka bir dile uyum sürecinde, dil, kültürel bağlam ve yaşam tarzı dikkate alınarak, kültür ve ülke farklı düşünülmalıdır. Bu nedenle, bir enstrümanı başka bir dile uyarlamak için teknik, dilsel ve anlambilimsel hususlar dikkate alınmalıdır. Bu nedenle çalışmamız uluslararası önerilen kültürel uyumla birlikte çevirisi aşağıda belirtildiği üzere yapılmıştır (Alexandre & Guirardello, 2002).

Bu çalışmamızda EPIC sorgulama formunun İngilizceden Türkçeye çevirisi birlikte geçerlik, güvenilirlik ve kültürel uyarlama çalışması başlatılmıştır. Türkçeye çeviri, geçerlik ve güvenilirlik yöntemi ilk çeviri, çeviri sentez, uzmanlar komitesi inceleme kurulu ve geri çeviri olmak üzere dört aşama olarak tamamlandı. İlk çeviri; çalışma hedefleri hakkında bilgilendirilmiş akıcı İngilizce bilen iki bağımsız çevirmenler tarafından yapıldı. Çeviri sentez aşamasında orijinal sorgulama formu aynı temel özelliklerini koruyarak, araştırmacılar tarafından yürütülen iki çevrilmiş sürümleri değerlendirildi. Uzmanlar komitesi inceleme kurulu akıcı İngilizce bilen beş ürolog tarafından oluşturuldu. Komite her bir sorunun orijinal ve çevrilmiş sürüm arasında anlamsal, deyimsel, kültürel ve kavramsal benzerleri için değerlendirmeler yaptı. Geri çeviri sırasında sorgulama formu akıcı İngilizce bilen çalışmanın hedef ve amaçlarını bilmeyen iki bağımsız çevirmen tarafından Türkçeden İngilizceye çevrilerek iki dil arasındaki tutarsızlıklar değerlendirildi (FORM 2). Tüm basamaklar tamamlanarak testin geçerlik güvenilirliğini çalışmak amacıyla hasta uygulamalarına geçildi.

Güvenirlik bir test veya ölçme aracı ile belli bir evren ya da örneklemden elde edilen verilerin tutarlılık yani özelliğin değişmemesi ve tekrarlandığında aynı kararlılığı gösterebilmesi başka ifade ile ölçülen özelliğin olabilecek hatalardan korunmuş olması durumudur. Biyolojik ve soyut kavramların özelliklerini ölçmede güvenilirliğin tam olarak elde edilmesi değişken sonuçlar nedeniyle her zaman



sağlanamayabilir. Geçerlik belli bir evren ya da örneklemin bir test ya da ölçme aracı ile elde edilen verilerin uygunluğu ve yeterliliği olarak tanımlanabilir. Güvenirlik ve geçerlik kullanılan ölçme aracının ölçümlerinin özelliğidir (Bademci, 2011). Bu iki kavram arasındaki temel fark geçerli bir test güvenilir bir test iken her zaman güvenilir bir test geçerli bir test olmayabilir. Aynı şartlarda ve aynı ölçüm aracı ile kimin ölçtüğüne bakılmaksızın tekrarlanan ölçümler de aynı veya benzer sonuçlara ulaşılsa bile ölçüm aracı hatalı ise elde edilen bu sonuçlar doğru kabul edilebilir sonuçlar değildir.

Güvenirlik analizi, ölçmede kullanılan testlerin, anketlerin ya da ölçeklerin özelliklerini ve güvenilirliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenirlik analizleri için en sık kullanılan modellerden birisi Alfa ( $\alpha$ ) modelidir. Cronbach Alfa yöntemi, ölçekte yer alan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamları genel varyansa oranlaması ile elde edilir. 0 ile 1 arasında değer alır. Alfa ( $\alpha$ ) katsayısı  $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$  oldukça güvenilir ve  $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (Kalaycı, 2010). Item-Total Correlation, belirlenen ölçekteki maddenin ölçme gücünün saptanması için madde ile bu madde dışında kalan maddelerin toplanması ile elde edilen yeni değişken arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Bu yöntem ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanma gücünü artırmak için yararlanılan istatistik yöntemlerinden biridir. Elde edilen korelasyon katsayısının eksi işaretli olmaması ve +0.25'ten büyük olması gerekir. Bu şartları sağlamayan maddelerin ölçekten çıkarılması istenilir (Alpar, 2010).

### **3.9. Çok Örneklemli Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi**

Faktör analizi, bir veri matrisinin temelini oluşturan yapıyı tanımlamayı amaç edinen temel işlevleri dışında değişkenli istatistiksel yöntemin uygulanmasında önemli roller üstlenebilen çok değişkenli bütünün genel adıdır. Genel anlamda; aralarında ilişki bulunan p sayıdaki değişkenle açıklanan yapıyı, kendi içlerinde ilişkili ancak aralarında ilişki bulunmayan daha az sayıdaki ( $k < p$ ) yeni değişkenle açıklamaya yarayan yöntemler bütünüdür (Alpar, 2011). Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) araştırmacının araştırma yaptığı konuyla ilgili olarak değişkenler arasındaki ilişkiye

yönelik olarak herhangi bir fikrinin olmaması sebebiyle değişkenler arasındaki muhtemel ilişkileri ortaya koymaya çalışmasıdır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ise, araştırmacı tarafından daha önceden belirlenen bir ilişkinin doğruluğunu test etmeye çalışmasıdır (Altunışık vd., 2010).

I. Düzey Çok Faktörlü Model; Gözlenen değişkenlerin birden fazla, birbiriyle bağlantısız faktör altında toplandığı modeldir. Teorik olarak belirlenmiş veya açıklayıcı faktör analiziyle elde edilmiş modeller de olabilir. Her iki durumda DFA ile test edilebilir.

II. Düzey Çok Faktörlü Model; Gözlenen değişkenler birden fazla, birbiri ile bağlantısız faktör altında toplandıktan sonra, bu faktörlerde daha geniş ve kapsayıcı bir faktör altında birleşir

Analizler verilerin faktörlenebilir bir yapıda olup olmadığı, gerekli varsayımları ve kısıtlayıcıları sağlanıp sağlanmadığı, özdeğerler, yamaç grafikleri, faktör döndürme, faktör yükleri matrisi ve tümel yorumlama ile faktör analizinin temel aşamaları takip edilerek yapılmıştır (Alpar, 2011).

Faktör analizi tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin faktör analizi uygunluğu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO and Barlett's Tests) testi yapılmıştır. KMO örneklem yeterliliği ölçütü, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO oranının (0,5)'in üzerinde olması gerekir. Oran ne kadar yüksek olursa veri seti faktör analizi yapmak için o kadar uygundur. 0,70 İyi, 0,80 Çok İyi, 0,90 Mükemmel uyumu göstermektedir. Barlett testi, korelasyon matrisinde değişkenlerin en azından bir kısmı arasında yüksek oranlı korelasyonlar olduğu olasılığını test eder. Barlett's testinin anlamlı çıkması değişkenler arasında yüksek korelasyonlar olduğunu gösterir (Kalaycı vd., 2010).

Scree test grafiği (yamaç grafiği) her faktörle ilişkili toplam varyansı gösterir. Grafiğin yatay şekil aldığı noktaya kadar olan faktörler, elde edilecek maksimum faktör sayısı olarak kabul edilir (Kalaycı vd., 2010). Bu yaklaşımda, eğimin azaldığı değişmediği ya da çok azalan değerlere ulaştığı noktadaki özdeğer sayısı kadar faktörün dikkate alınması önerilir (Alpar, 2011). Özdeğer her bir faktörün faktör yüklerinin kareleri toplamı, her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının

hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede kullanılan katsayıdır. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıklandığı varyans da yükselir (Tabachnick&Fidell, 2001). Özdeğer istatistiği 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak kabul edilir. Özdeğer istatistiği 1'den küçük olan faktörler dikkate alınmaz (Kalaycı vd., 2010).

Belirlenen varyans oranı, analize dahil değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3'ü kadar miktarının ilk olarak kapsandığı faktör sayısı, önemli faktör sayısı olarak değerlendirilir (Büyüköztürk, 2005). Özdeğerlerin bulunması sonrasında “önemli özdeğer” sayısına karar vermek için varyans yüzde ölçütü kullanılır. Bu çerçevede  $p \geq 2/3$  veya  $p \geq 0.66$  koşulunun sağlanması önemli temel bileşen sayılı olarak belirlenir (Alpar, 2011). Faktör yükleri birer korelasyon katsayısı olmakla birlikte standart hataları normal korelasyon katsayılarına göre daha büyük çıkma eğilimindedir. Bu nedenle, yüklerin istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı normal korelasyon katsayısı için kullanılan yaklaşım yerine daha çok testin gücünü ve örneklem genişliğini dikkate alan bir yaklaşımla yapılmaktadır. Faktör yükleri için 0.40 ve üzeri yeterlidir (Alpar, 2011). Altunışık ve arkadaşları (2010)'a göre ise  $n=200$  örneklem büyüklüğü için faktör yük değerlerinin 0.40 olması yeterlidir. Açıklanan Varyans (Determinasyon Katsayısı) değişkenlerden birinde gözlenen değişkenliğin ne kadarının diğer değişken tarafından açıklandığını yorumlamada kullanılır ve korelasyon katsayısının karesine eşittir. Doğrulayıcı Faktör Analizin 'de uyum iyiliğinin değerlendirilmesi kullanılan en yaygın Ki Kare testidir.

**Ki Kare Uyum Testi (Chi-Square  $\chi^2$ );** Verilerden elde edilen değerlerde mükemmel uyum için değer 0'a yakın olması ve p değerinin anlamlı olmaması gerekmektedir. Bir diğer önemli ölçüt serbestlik derecesidir.  $\Delta X^2/sd$  oranının 5'den küçük olması iyi uyumun göstergesidir.

**Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI);** Araştırma için kullanılan örneklem genişliğinden bağımsız olarak veri uyumunun değerlendirilebilmesi kullanılmaktadır. GFI modelin örneklemdeki varyans-kovaryans matrisinin ne kadar oranda olduğunu gösterir ve modelin açıklandığı örneklem varyansı olarak kabul edilir. GFI değeri 0-1 arasındadır ve örneklem büyüklüğüne bağlı olduğundan büyük örneklemde de daha küçük değerler verebilir. İyi uyum değeri olarak 0.90 ve üzeri değerler kabul edilir.

**Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA);** Modelde önerilen değişkenler ile gözlenen değişkenler arasındaki kovaryansla farkın, hatanın miktarını değerlendirir. RMSEA “0” a ne kadar yakın ise uyum o kadar fazladır. Mükemmel uyumu 0.05’e eşit ya da daha küçük olana değerler gösterirken 0.08 ve 0.05 arasındaki değerlerde kabul edilebilir uyumu gösteren değerler olarak değerlendirilir.

**Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual, S-RMR);** Verilerden elde edilen ortalama hataların kare kökünün hesaplanarak yorumlandığı bir değerdir. Kabul edilebilir model-veri uyumunu için 0.05’e eşit ya da daha küçük olan değerler elde edilmelidir.

**Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI);** Modelin ürettiği kovaryans matrisi ile önerilen YEM modelinin ürettiği kovaryans matrisininin karşılaştırılması ile elde edilir. İyi uyum olarak 0.90 ve üzerindeki değerler kabul edilir.

**Tablo 3.1.** Model Uyum Kriteri Uyum İyiliği İndeksi Referans Aralıkları

<b>Model Uyum Kriteri</b>	<b>İyi Uyum</b>	<b>Kabul Edilebilir Uyum</b>
$X^2$ Uyum Testi	$0,05 < p \leq 1$	$0,01 < p \leq 0,05$
CMIN / SD	$X^2 / sd \leq 3$	$X^2 / sd \leq 5$
<b>Karşılaştırılmalı Uyum İndeksleri</b>		
CFI	$,97 \leq CFI$	$,95 \leq CFI$
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$
<b>Mutlak Uyum İndeksleri</b>		
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$
<b>Artık Temelli Uyum İndeksleri</b>		
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$

Çalışmanın tüm istatistiksel analizleri için SPSS (22.0 K, SPSS, Chicago, IL, ABD) kullanıldı. DFA ve AFA için Amos programı kullanıldı (IBM SPSS Amos v27). Her bir alanın işlev, sorun ölçekleri ile kavramsal bağımsızlığı için ölçeklerin her biri arasındaki değerlendirme Pearson korelasyon katsayıları hesaplandı. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçek maddelerine ilişkin her bir madde ile örtük değişken arasındaki ilişkinin gücünü belirleyen çoklu korelasyonun karesi ( $r^2$ ) değeri ve ilişkiyi gösteren  $t$  değerleri ve ölçek maddelerinin faktör yapısı için uyum iyilik indeksleri hesaplandı.

## 4. BULGULAR

Prostat kanseri tanısı ile cerrahi, radyoterapi+hormonoterapi ve radyoterapi tedavisi alan 423 hasta çalışmaya alınmıştır. Bulgular çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri, EPIC sorgulama formu ölçüm verilerinin analizleri ve Türkçe 'ye çevrilmiş versiyonu için Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analiz sonuçları olmak üzere üç kısım halinde sunulmuştur.

### 4.1.Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1.** Çalışmaya Alınan Prostat Kanserli Hastaların Demografik Özellikleri

	<b>Toplam (n=423)</b>
<b>Yaş</b>	63.1±6.75
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	375 (%88.6)
Bekar	9 (%2.1)
Boşanmış	18 (%4.3)
Dul	21 (%4.9)
<b>Eğitim</b>	
Yok	19 (%4.5)
İlköğretim	249 (%58.8)
Lise	96 (%22.7)
Üniversite	59 (%13.9)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	42 (%9.9)
Emekli	358 (%84.6)
İşsiz	23 (%5.4)

Hastaların yaş ortalaması 63.1±6.75 olarak bulundu. Çalışmamıza katılan hastaların 375'i (%88.6) evli, 249'u (%58.8) ilköğretim mezunu ve 358'i (%84.6) emeklidir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Prostat Kanseri Hastalarının Tedavi Gruplarına Göre Yaş Dağılımları

		YAŞ				
		ORTALAMA (63.1±6.75)	EN BÜYÜK	EN KÜÇÜK	STANDART SAPMA	HASTA SAYISI
TEDAVİ	RRP	61.42	78	51	6,27	220
	LRP	60.54	72	48	5,22	39
	RLRP	59.50	69	55	4,32	12
	RT+HT	68.38	78	55	5,04	86
	RT	64.30	78	52	7,55	66

**RRP**=Radikal retropubik prostatektomi, **LRRP**=Laparoskopik radikal prostatektomi, **RLRRP**=Robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi, **RT**=Radyoterapi, **RT+HT**=Radyoterapi ile birlikte hormon tedavisi

Çalışmamıza alınan hastalar arasında en düşük yaş 48 ile LRP grubunda en yüksek yaş ise RT ve RT+HT grubunda görüldü. Tedavi gruplarına göre yaş ortalamaları ve hasta sayıları Tablo 4.2’de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Prostat Kanseri Hastaların Klinik ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımları

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>DEĞERLER</b>
Ortalama yaş±SD	63.1±6.7 (48-78)
Ortalama PSA±SD (ng/ml)	6.9 ±4.9 (1.6-29.9)
<b>TEDAVİ</b>	
RRP	220 (%52)
LRP	39 (%9.2)
RLRP	12 (%2.8)
RT	66 (%15.6)
RT + Hormonoterapi	86 (%20.4)
<b>GIEASON SKOR</b>	
≤6	238 (%56.2)
7	138 (%32.7)
≥8	47 (%11.1)
<b>KLİNİK EVRE</b>	
T1	257 (%60.7)
T2	115 (%27.2)
T3	51 (%12.0)

**RRP**=Radikal retropubik prostatektomi, **LRRP**=Laparoskopik radikal prostatektomi, **RLRRP**=Robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi, **RT**=Radyoterapi, **RT+HT**=Radyoterapi ile birlikte hormon tedavisi, **PSA**=Prostat Spesifik Antijen

Hastaların 220'si (%52) retropubik radikal prostatektomi (RRP), 39'u (%9.2) laparoskopik retropubik prostatektomi, 12'si (%2.8) robot yardımcı laparoskopik prostatektomi, 66'sı (%15.6) radyoterapi, 86'sı (%20.4) radyoterapi ve hormonoterapi tedavisi almıştır. Lokalize PK tedavi seçenekleri arasında en sık ve yaygın olarak



kullanılan yöntem RRP kullanıldığı için çalışmamızın en fazla hasta grubunu oluşturmuştur. TNM sınıflamasına göre 257 (%60.7) hasta T1, 115 (%27.2) hasta T2, 51 (%12.0) hasta T3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Prostat Kanserli Hastalarının Tedavi Gruplarına Göre Klinik Evrelerinin Dağılımı

		KLİNİK EVRE			TOPLAM
		T1	T2	T3	
		HASTA SAYISI			
TEDAVİ	RRP	171	44	5	220
	LRP	35	4	0	39
	RLRP	9	2	1	12
	RT+HT	8	36	42	86
	RT	34	29	3	66
TOPLAM		257	115	51	423

**RRP**=Radikal retropubik prostatektomi, **LRRP**=Laparoskopik radikal prostatektomi, **RLRRP**=Robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi, **RT**=Radyoterapi, **RT+HT**=Radyoterapi ile birlikte hormon tedavisi

Klinik evrelemeye göre T1 evresindeki hastalarımız prostat kanserinin doğal süreci nedeniyle çalışmamızın büyük bir kısmını oluşturmuştur. Toplam 271 hastamıza cerrahi tedavi uygulanmıştır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Prostat Kanserli Hastalarının Tedavi Gruplarına Göre PSA Değerleri Dağılımları

		PSA				
		ORTALAMA	EN BÜYÜK	EN KÜÇÜK	STANDART SAPMA	HASTA SAYISI
TEDAVİ	RRP	4,97	9,90	1,90	2,13	220
	LRP	4,01	8,80	1,60	1,86	39
	RLRP	4,10	16,40	2,60	3,90	12
	RT+HT	13,10	29,90	2,50	6,54	86
	RT	7,57	17,60	2,50	3,88	66

**RRP**=Radikal retropubik prostatektomi, **LRRP**=Laparoskopik radikal prostatektomi, **RLRRP**=Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi, **RT**=Radyoterapi, **RT+HT**=Radyoterapi ile birlikte hormon tedavisi, **PSA**=Prostat Spesifik Antijen

Tüm hastaların ortalama PSA değeri ise  $6,90 \pm 4,97$  ng/ml'dir. RT+HT ve RT grubundaki hastaların cerrahi tedavi uygulanan hastalara göre daha ileri evrede olması nedeniyle PSA ortalama değerleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Tedavi grupları ve klinik evrelere göre PSA değerleri Tablo 4.5'de ve 4.6'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Prostat Kanserli Hastaların Klinik Evreye Göre PSA Dağılımları

		PSA				
		ORTALAMA	EN FAZLA	EN AZ	STANDART SAPMA	HASTA SAYISI
KLİNİK EVRE	T1	4,45	18,70	1,60	1,97	257
	T2	8,90	23,90	2,00	4,10	115
	T3	14,87	29,90	2,70	6,88	51

**PSA**=Prostat Spesifik Antijen

## 4.2. EPIC Sorgulama Formu Ölçüm Verilerinin Analizleri

EPIC sorgulama formu ölçüm verilerinin ortalamaları arasında anlamlı ilişkiye ait korelasyon analizi yapıldı.

**Tablo 4.7.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		(Y <sub>1</sub> )	(Y <sub>2</sub> )	(Y <sub>3</sub> )	(Y <sub>4</sub> )
Üriner İşlev (Y <sub>1</sub> )	Korelasyon (r)	1			
Bağırsak Alışkanlıkları (Y <sub>2</sub> )	Korelasyon (r)	,102*	1		
Cinsel İşlev (Y <sub>3</sub> )	Korelasyon (r)	,017	,264**	1	
Hormonal İşlev (Y <sub>4</sub> )	Korelasyon (r)	,053	,073	-,156**	1

\* p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı, \*\* p<0,01 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

EPIC sorgulama formu ölçüm verileri ortalamaları arasında anlamlı ilişkiye ait korelasyon analiz sonuçları incelendiğinde; üriner işlev ölçüm verileri ile bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri arasında ( $r=+.102$ ,  $p<0,05$ ) doğrusal ve istatistiki olarak anlamlı zayıf bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Üriner işlevin artması, bağırsak alışkanlıklarını da artırmaktadır. Bu veriler üriner işlevin düzelmesinin bağırsak alışkanlıklarının da düzelmesini sağladığını göstermektedir. Bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri ile cinsel işlev ölçüm verileri arasında ( $r=+.264$ ,  $p<0,01$ ) doğrusal ve istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bağırsak alışkanlıklarının artması, cinsel işlevi de artırmaktadır. Bu veriler bağırsak alışkanlıkları düzelen hastaların cinsel işlevinin de düzeldiğini ortaya koymaktadır. Cinsel işlev ölçüm verileri ile hormonal işlev ölçüm verileri arasında ( $r=-.156$ ,  $p<0,01$ ) ters yönlü ve istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Bu analiz hormonal işlevdeki bozuklukların cinsel işlevin azalmasına neden olduğunu göstermektedir.

#### 4.2.1. Yaş grupları ile ilişkili bulgular

Üriner işlev, bağırsak alışkanlıkları, cinsel işlev, hormonal işlev ve yaş grupları ile ilişkili olarak EPIC sorgulama formu ölçüm verileri ortalamaları arasında anlamlı farklılığa ilişkin tek yönlü varyans analizi yapıldı (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Yaş Grupları ile İlişkili Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		N	$\bar{X}$	S	F	p
Üriner İşlev	48-58 Yaş	120	29,66	6,49	3,002	,051
	59-68 Yaş	205	28,98	5,91		
	69 Yaş ve Üzeri	98	30,95	7,75		
Bağırsak Alışkanlıkları	48-58 Yaş	120	26,84	3,09	12,261	,000*
	59-68 Yaş	205	29,21	6,21		
	69 Yaş ve Üzeri	98	30,92	8,42		
Cinsel İşlev	48-58 Yaş	120	43,27	5,75	9,019	,000*
	59-68 Yaş	205	40,18	7,33		
	69 Yaş ve Üzeri	98	39,94	7,34		
Hormonal İşlev	48-58 Yaş	120	33,18	6,59	,134	,875
	59-68 Yaş	205	33,47	6,67		
	69 Yaş ve Üzeri	98	33,62	6,64		

\*  $p < 0,05$  anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Yaş grupları ile ilişkili üriner işlev, bağırsak alışkanlıkları, cinsel işlev ve hormonal işlev ölçüm verileri ortalamalarına ilişkin tek yönlü varyans analiz sonuçları incelendiğinde; üriner işlev ölçüm verileri [ $F_{(2-420)}=3.002$ ,  $p > 0.05$ ] ve hormonal işlev ölçüm verileri [ $F_{(2-420)}=.134$ ,  $p > 0.05$ ] yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Öte yandan bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri [ $F_{(2-420)}=12.261$ ,  $p < 0.05$ ] ve cinsel işlev ölçüm verileri [ $F_{(2-420)}=9.019$ ,  $p < 0.05$ ] yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (Tablo 4.8). Anlamlı farklılık gösteren faktörlerin grupları arasında anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırmalara imkân tanıyan çoklu mukayese testi Tukey honestly significant difference (Tukey HSD) yapılmıştır. Bağırsak alışkanlıkları ve cinsel işlev ölçüm verileri çoklu karşılaştırma Tukey HSD analiz sonuçları Tablo 4.9'de verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Yaş Grupları ile İlişkili Çoklu Karşılaştırma Tukey HSD Analiz Sonuçları

			Ortalama Fark	Standart Hata	p
Bağırsak Alışkanlıkları	48-58 Yaş	59-68 Yaş	-2,37297*	0,70685	,002
		69 Yaş ve Üzeri	-4,07670*	0,83729	,000
	59-68 Yaş	48-58 Yaş	2,37297*	0,70685	,002
		69 Yaş ve Üzeri	-1,70373	0,75524	,063
	69 Yaş ve Üzeri	48-58 Yaş	4,07670*	0,83729	,000
		59-68 Yaş	1,70373	0,75524	,063
Cinsel İşlev	48-58 Yaş	59-68 Yaş	3,08618*	0,79577	,000
		69 Yaş ve Üzeri	3,32789*	0,94262	,001
	59-68 Yaş	48-58 Yaş	-3,08618*	0,79577	,000
		69 Yaş ve Üzeri	0,24171	0,85024	,956
	69 Yaş ve Üzeri	48-58 Yaş	-3,32789*	0,94262	,001
		59-68 Yaş	-0,24171	0,85024	,956

\* p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Tukey HSD analiz sonuçları incelendiğinde; bağırsak alışkanlıkları ölçüm verilerinde yaş değişkenine göre 48-58 yaş grubu ile 59-68 ve 69 yaş üzeri gruplar arasından kaynaklanmaktadır. Betimsel istatistik analiz sonuçları incelendiğinde bağırsak alışkanlıkları ölçüm verilerinde 69 yaş ve üzeri grubun lehine bir artış söz konusudur. Yaş gruplarına göre 69 yaş ve üzeri hastaların bağırsak alışkanlıklarının daha çok etkilendiği görülmektedir. Öte yandan cinsel işlev ölçüm verilerinde yaş değişkenine göre 48-58 yaş grubu ile 59-68 ve 69 yaş üzeri gruplar arasından kaynaklanmaktadır. Betimsel istatistik analiz sonuçları incelendiğinde cinsel işlev ölçüm verilerinde 48-58 yaş grubun lehine bir artış söz konusudur. Cinsel işlev yönünden 48-58 yaş grubunun daha iyi bir cinsel işleve sahip oldukları analizler sonucu görülmektedir.

#### 4.2.2. Tedavi grupları ile ilişkili bulgular

Üriner işlev, bağırsak alışkanlıkları, cinsel işlev, hormonal işlev ve tedavi grupları ile ilişkili EPIC sorgulama formu ölçüm verileri ortalamaları arasında anlamlı farklılığa ilişkin tek yönlü varyans analizi yapılmıştır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Grupları ile İlişkili Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		N	$\bar{X}$	S	F	p
Üriner İşlev	Radikal Retropubik Prostatektomi	220	29,43	6,34	,665	,574
	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	51	28,94	6,02		
	Radyoterapi ve Hormonoterapi	85	29,88	6,76		
	Radyoterapi	67	30,48	7,50		
	Radikal Retropubik Prostatektomi	220	28,12	5,22		
Bağırsak Alışkanlıkları	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	51	28,37	5,47	7,277	,000*
	Radyoterapi ve Hormonoterapi	85	31,72	8,60		
	Radyoterapi	67	28,52	5,92		
	Radikal Retropubik Prostatektomi	220	41,41	6,79		
	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	51	40,41	6,60		
Cinsel İşlev	Radyoterapi ve Hormonoterapi	85	39,41	8,56	2,387	,068
	Radyoterapi	67	42,12	5,80		
	Radikal Retropubik Prostatektomi	220	33,04	6,40		
	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	51	33,57	6,71		
	Radyoterapi ve Hormonoterapi	85	34,78	7,18		
Hormonal İşlev	Radyoterapi	67	32,87	6,48	1,604	,188
	Radikal Retropubik Prostatektomi	220	29,43	6,34		
	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	51	28,94	6,02		
	Radyoterapi ve Hormonoterapi	85	29,88	6,76		
	Radyoterapi	67	30,48	7,50		

\* p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Tedavi gruplarına göre üriyer işlev, bağırsak alışkanlıkları, cinsel işlev ve hormonal işlev ölçüm verileri ortalamalarına ilişkin tek yönlü varyans analiz sonuçları incelendiğinde; üriyer işlev ölçüm verileri [ $F_{(3-419)}=.665$ ,  $p>0.05$ ], cinsel işlev ölçüm verileri [ $F_{(3-419)}=2.387$ ,  $p>0.05$ ] ve hormonal işlev ölçüm verileri [ $F_{(3-419)}=1.604$ ,  $p>0.05$ ] operasyon değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Öte yandan bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri [ $F_{(3-419)}=7.277$ ,  $p<0.05$ ] operasyon değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Anlamlı farklılık gösteren faktörlerin grupları arasında anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırmalara imkân tanıyan çoklu mukayese testi Tukey HSD yapılmıştır. Bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri çoklu karşılaştırma Tukey HSD analiz sonuçları Tablo 4.11'de verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Grupları ile İlişkili Çoklu Karşılaştırma Tukey HSD Analiz Sonuçları

		Ortalama Fark	Standart Hata	p	
<b>Bağırsak Alışkanlıkları</b>	Radikal Retropubik Prostatektomi	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	-0,25437	0,95974	,993
		Radyoterapi ve Hormonoterapi	-3,59947*	0,78867	,000
		Radyoterapi	-0,40421	0,86170	,966
	Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	Radikal Retropubik Prostatektomi	0,25437	0,95974	,993
		Radyoterapi ve Hormonoterapi	-3,34510*	1,09380	,013
		Radyoterapi	-0,14984	1,14758	,999
	Radyoterapi ve Hormonoterapi	Radikal Retropubik Prostatektomi	3,59947*	0,78867	,000
		Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	3,34510*	1,09380	,013
		Radyoterapi	3,19526*	1,00888	,009
	Radyoterapi	Radikal Retropubik Prostatektomi	0,40421	0,86170	,966
		Laparoskopik&Robotik Prostatektomi	0,14984	1,14758	,999
		Radyoterapi ve Hormonoterapi	-3,19526*	1,00888	,009

\*p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Tukey HSD analiz sonuçları incelendiğinde; bağırsak alışkanlıkları ölçüm verilerinde operasyon değişkenine göre Radikal Retropubik Prostatektomi ile Radyoterapi ve Hormonoterapi arasından Laparoskopik&Robotik Prostatektomi ile Radyoterapi ve Hormonoterapi arasından Radyoterapi ve Hormonoterapi ile Radikal Retropubik Prostatektomi arasından Radyoterapi ile Radyoterapi ve Hormonoterapi arasından kaynaklanmaktadır. Betimsel istatistik analiz sonuçları incelendiğinde Radikal Retropubik Prostatektomi ve Laparoskopik&Robotik Prostatektomi grubu lehine bir artış söz konusudur. Bu sonuçlar açık ya da Laparoskopik&Robotik Prostatektomi ameliyatlarının bağırsak alışkanlıklarını etkileme açısından daha iyi olduğunu göstermektedir.



#### 4.2.3. Tedavi memnuniyeti ile ilişkili bulgular

Üriner işlev, bağırsak alışkanlıkları, cinsel işlev, hormonal işlev ve tedavi memnuniyeti ile ilişkili EPIC sorgulama formu ölçüm verileri ortalamaları arasında anlamlı farklılığa ilişkin tek yönlü varyans analizi yapılmıştır (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Memnuniyeti ile İlişkili Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		N	$\bar{X}$	S	F	p
Üriner İşlev	Hiç Tatmin Olmadım	30	28,50	4,58	1,718	,145
	Tatmin Olmadım	30	30,07	7,14		
	Emin Değilim	32	31,72	8,54		
	Tatmin Oldum	77	28,47	4,77		
	Çok Tatmin Oldum	254	29,80	6,85		
Bağırsak Alışkanlıkları	Hiç Tatmin Olmadım	30	33,77	9,82	28,310	,000*
	Tatmin Olmadım	30	30,30	6,08		
	Emin Değilim	32	35,91	9,52		
	Tatmin Oldum	77	30,47	7,20		
	Çok Tatmin Oldum	254	26,86	3,22		
Cinsel İşlev	Hiç Tatmin Olmadım	30	35,73	5,97	26,900	,000*
	Tatmin Olmadım	30	37,13	4,60		
	Emin Değilim	32	34,59	9,01		
	Tatmin Oldum	77	39,27	7,25		
	Çok Tatmin Oldum	254	43,41	5,81		
Hormonal İşlev	Hiç Tatmin Olmadım	30	34,57	7,30	1,035	,389
	Tatmin Olmadım	30	33,53	6,53		
	Emin Değilim	32	34,94	7,30		
	Tatmin Oldum	77	33,84	6,64		
	Çok Tatmin Oldum	254	32,96	6,46		

\*p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Tedavi memnuniyetine göre üriner işlev, bağırsak alışkanlıkları, cinsel işlev ve hormonal işlev ölçüm verileri ortalamalarına ilişkin tek yönlü varyans analiz sonuçları incelendiğinde; üriner işlev ölçüm verileri [ $F_{(4-418)}=1.718$ ,  $p>0.05$ ], hormonal işlev ölçüm verileri [ $F_{(4-418)}=1.035$ ,  $p>0.05$ ] memnuniyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Öte yandan bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri [ $F_{(4-418)}=28.310$ ,  $p<0.05$ ] ve cinsel işlev ölçüm verileri [ $F_{(4-418)}=26.900$ ,  $p<0.05$ ] memnuniyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Anlamlı farklılık gösteren faktörlerin grupları arasında anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırmalara imkân tanıyan çoklu mukayese testi Tukey HSD yapılmıştır. Bağırsak alışkanlıkları ölçüm verileri çoklu karşılaştırma Tukey HSD analiz sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Üriner İşlev, Bağırsak Alışkanlıkları, Cinsel İşlev, Hormonal İşlev ve Tedavi Memnuniyeti ile İlişkili Çoklu Karşılaştırma Tukey HSD Analiz Sonuçları

		Ortalama Fark	Standart Hata	p	
Bağırsak Alışkanlıkları	Hiç Tatmin Olmadım	Tatmin Olmadım	3,46667	1,45248	,121
		Emin Değilim	-2,13958	1,42960	,565
		Tatmin Oldum	3,29913	1,21071	,052
		Çok Tatmin Oldum	6,90446*	1,08602	,000
	Tatmin Olmadım	Hiç Tatmin Olmadım	-3,46667	1,45248	,121
		Emin Değilim	-5,60625*	1,42960	,001
		Tatmin Oldum	-0,16753	1,21071	1,000
		Çok Tatmin Oldum	3,43780*	1,08602	,014
	Emin Değilim	Hiç Tatmin Olmadım	2,13958	1,42960	,565
		Tatmin Olmadım	5,60625*	1,42960	,001
		Tatmin Oldum	5,43872*	1,18317	,000
		Çok Tatmin Oldum	9,04405*	1,05523	,000
	Tatmin Oldum	Hiç Tatmin Olmadım	-3,29913	1,21071	,052
		Tatmin Olmadım	0,16753	1,21071	1,000
		Emin Değilim	-5,43872*	1,18317	,000
		Çok Tatmin Oldum	3,60533*	0,73182	,000
Çok Tatmin Oldum	Hiç Tatmin Olmadım	-6,90446*	1,08602	,000	
	Tatmin Olmadım	-3,43780*	1,08602	,014	
	Emin Değilim	-9,04405*	1,05523	,000	
	Tatmin Oldum	-3,60533*	0,73182	,000	
Cinsel İşlev	Hiç Tatmin Olmadım	Tatmin Olmadım	-1,40000	1,63191	,912
		Emin Değilim	1,13958	1,60620	,954
		Tatmin Oldum	-3,53939	1,36027	,072
		Çok Tatmin Oldum	-7,67612*	1,22018	,000
	Tatmin Olmadım	Hiç Tatmin Olmadım	1,40000	1,63191	,912
		Emin Değilim	2,53958	1,60620	,510

		Tatmin Oldum	-2,13939	1,36027	,516
		Çok Tatmin Oldum	-6,27612*	1,22018	,000
	Emin Değilim	Hiç Tatmin Olmadım	-1,13958	1,60620	,954
		Tatmin Olmadım	-2,53958	1,60620	,510
		Tatmin Oldum	-4,67898*	1,32933	,004
		Çok Tatmin Oldum	-8,81570*	1,18558	,000
	Tatmin Oldum	Hiç Tatmin Olmadım	3,53939	1,36027	,072
		Tatmin Olmadım	2,13939	1,36027	,516
		Emin Değilim	4,67898*	1,32933	,004
		Çok Tatmin Oldum	-4,13672*	0,82223	,000
	Çok Tatmin Oldum	Hiç Tatmin Olmadım	7,67612*	1,22018	,000
		Tatmin Olmadım	6,27612*	1,22018	,000
		Emin Değilim	8,81570*	1,18558	,000
		Tatmin Oldum	4,13672*	0,82223	,000

\*p<0,05 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Tukey HSD analiz sonuçları incelendiğinde; bağırsak alışkanlıkları ölçüm verilerinde memnuniyet değişkenine göre hiç tatmin olmadım ile çok tatmin oldum grupları arasından kaynaklanmaktadır. Betimsel istatistik analiz sonuçları incelendiğinde hiç tatmin olmadım ve emin değilim grupları lehine bir artış söz konusudur. Cinsel işlev ölçüm verilerinde memnuniyet değişkenine göre hiç tatmin olmadım ile çok tatmin oldum grupları arasından kaynaklanmaktadır. Betimsel istatistik analiz sonuçları incelendiğinde tatmin oldum ve çok tatmin oldum grupları lehine bir artış söz konusudur. Memnuniyet değişkenine göre bağırsak işlevleri açısından hasta memnuniyetinin yeterli olmadığı ancak cinsel işlev açısından hastaların memnun oldukları görülmektedir.

### 4.3. Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Çalışmamızda AFA ve DFA analizi yapılmadan önce veri tabanındaki (n=423) çoklu normallik dağılım varsayımı kontrol edilmiştir. Verilerden Mahalanobis, Cook's ve Leverage değerleri elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre (n=67) verinin çoklu normalliğe uyum sağlamadığı görülmüştür. Bu veriler dışlandıktan sonra (n=356) veri ile analize devam edilmiştir. Tabachnick&Fidell'in önerileri doğrultusunda da madde

sayısı minimum 5 maksimum 20 olarak seçilmiştir (Tabachnick&Fidell, 2001). Randomize olarak n=356 veri içerisinde n=191'i AFA n=165 ise DFA analizi için kullanılmıştır.

#### 4.3.1. Güvenirlik analizi

Güvenirlik analizleri için en sık kullanılan modellerden birisi Alfa ( $\alpha$ ) modelidir. Cronbach Alfa katsayısı  $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$  oldukça güvenilir ve  $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (Kalaycı, 2010).

**Tablo 4.14.** EPIC Sorgulama Formuna İlişkin Güvenirlik Analiz Sonuçları

Ölçek Boyutları	Orijinal Önerme Sayısı	Kalan Önerme Sayısı	Cronbach's Alfa
Üriner İşlev	7	7	,919
Bağırsak Alışkanlıkları	9	9	,901
Cinsel İşlev	9	9	,930
Hormonal İşlev	6	6	,940
Genel	31	31	,813

Çalışmamızın güvenirlik analiz sonuçları incelendiğinde genel olarak ölçek için tüm alt boyutların ve ölçek genelinin yüksek güvenilir olduğu görülmektedir. Bu haliyle ölçeğin yapı ve kapsam geçerliliğinin sağlanmış olduğu görülmüştür (Tablo 4.14).

EPIC sorgulama formunun Dünya'da yaygın bir kullanım alanı bulması ile birlikte birçok dil için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapıldığı görülmektedir. EPIC sorgulama formunun diğer diller 'de yapılmış güvenirlik analiz sonuçlarının karşılaştırması tablo 4.15'de sunulmuştur.

**Tablo 4.15.** EPIC Sorgulama Formunun Diğer Dillerde Yapılmış Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Cronbach's Alfa Değerleri

EPIC	Cronbach's Alfa						
	İngilizce	Türkçe	Korece	İspanyolca	Fransızca	Çince	Almanca
Üriner İşlev	,88	,91.9	,86.1	,73	,88	,76	,87
Bağırsak Alışkanlıkları	,92	,90.1	,84.4	,75	,92	,78	,80
Cinsel İşlev	,93	,93.0	,92.3	,89	,93	,78	,92
Hormonal İşlev	,82	,94.0	,82.7	,66	,82	,78	,81

EPIC orijinal formu için yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayıları üriner işlev için 0,88, bağırsak alışkanlıkları için 0,92, cinsel işlev için 0,93 ve hormonal işlev için 0,82 olarak bildirilmiştir. Kore diline yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayıları üriner işlev için 0,86, bağırsak alışkanlıkları için 0,84, cinsel işlev için 0,92 ve hormonal işlev için 0,82 olarak, İspanyolca için yapılan çalışmada üriner işlev için 0,73, bağırsak alışkanlıkları için 0,75, cinsel işlev için 0,89 ve hormonal işlev için 0,66 olarak, Fransızca üriner işlev için 0,88, bağırsak alışkanlıkları için 0,92, cinsel işlev için 0,93 ve hormonal işlev için 0,82 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda da tüm alanların iç tutarlılığı Cronbach'ın alfa katsayılarına göre çok yüksekti ayrıca literatürle karşılaştırıldığında bunlarla uyumlu olduğu görülmüştür (Wei vd., 2000; Kyung vd., 2010; Ferrer vd., 2009; Anota vd., 2016; Lee vd., 2018; Umbehr vd., 2018) (Tablo 4.15).

#### 4.3.2. Açıklayıcı faktör analizi

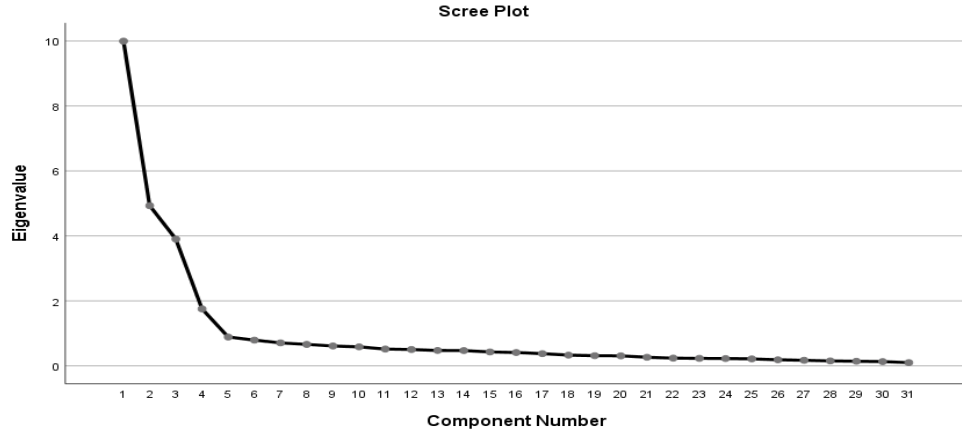
Çalışmamızdaki verilerin faktör analizi uygunluğu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO and Bartlett's Tests) testi yapılmıştır.

**Tablo 4.16.** Faktör Analizi Uygunluk Testleri Sonuçları

<b>Kaiser-Meyer-Olkin and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,901
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3705,816
	df	465
	Sig.	,000

Yaklaşık Ki-Kare değerinin 3705,816 olduğu ve 423 serbestlik derecesinde  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür. Bu değerler EPIC sorgulama formu verilerinin faktör analizi için çok uygun olduğunu göstermektedir. KMO değeri ,80'den yüksek ve Bartlett testi ise anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 4.16).

Yapılan yamaç grafiği (Şekil 4.1) incelemesin de özdeğeri 1'den büyük olan dört faktörün var olduğu görüldü.



Şekil 4.1. Faktörlerle İlişkili Toplam Varyansı Gösteren Yamaç Grafiği

Faktör ortak varyansı (communalities) verileri (Tablo 4.17) (Tablo 4.18) ve yamaç grafiği incelendiğinde analize alınan 31 sorunun öz değeri 1'den büyük olan bu dört faktör altında toplandığı görülmektedir.



**Tablo 4.17.** Faktör Ortak Varyans (communalities) Veri Sonuçları

Communalities		
	Initial	Extraction
s1	1,000	,666
s2	1,000	,744
s3	1,000	,705
s4	1,000	,712
s5	1,000	,768
s6_a_f	1,000	,540
s7	1,000	,653
s8	1,000	,510
s9	1,000	,525
s10	1,000	,647
s11	1,000	,529
s12	1,000	,596
s13	1,000	,515
s14	1,000	,697
s15_a_f	1,000	,579
s16	1,000	,608
s17_a_c	1,000	,620
s18	1,000	,621
s19	1,000	,645
s20	1,000	,656
s21	1,000	,755
s22	1,000	,780
s23	1,000	,594
s24_a_c	1,000	,557
s25	1,000	,705
s26	1,000	,824
s27	1,000	,847
s28	1,000	,830
s29	1,000	,725
s30	1,000	,696
s31_a_f	1,000	,729

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Tablo 4.18.** Toplam Faktör Ortak Varyans Değer ve Yüzdelerinin Sonuçları

<b>Total Variance Explained</b>									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,993	32,237	32,237	9,993	32,237	32,237	5,717	18,441	18,441
2	4,930	15,904	48,141	4,930	15,904	48,141	5,204	16,787	35,228
3	3,902	12,587	60,727	3,902	12,587	60,727	4,940	15,934	51,162
4	1,753	5,656	66,383	1,753	5,656	66,383	4,718	15,221	66,383
5	,887	2,860	69,243						
6	,792	2,554	71,797						
7	,706	2,279	74,076						
8	,661	2,131	76,207						
9	,611	1,972	78,178						
10	,585	1,887	80,066						
11	,517	1,667	81,732						
12	,503	1,623	83,355						
13	,473	1,527	84,882						
14	,470	1,518	86,400						
15	,429	1,383	87,783						
16	,410	1,323	89,106						
17	,375	1,211	90,317						
18	,330	1,065	91,382						
19	,313	1,010	92,392						
20	,308	,992	93,384						
21	,264	,851	94,236						
22	,238	,766	95,002						
23	,230	,743	95,745						
24	,225	,725	96,470						
25	,215	,693	97,163						
26	,186	,600	97,763						
27	,172	,554	98,317						
28	,151	,488	98,805						
29	,141	,454	99,259						
30	,130	,421	99,679						
31	,099	,321	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Bu veriler ile  $\lambda_1=9,993$  toplam varyansın %32,237'sini  $\lambda_2= 4,930$  toplam varyansın %15,904'ünü  $\lambda_3=3,902$  toplam varyansın %12,587'sini ve  $\lambda_4=1,753$  toplam varyansın %5,656'sını açıklamaktadır. Birikimli yüzde satırından da toplam varyansın %66,383'ünün bu dört faktör tarafından açıklandığı görüldü.

Maddeler ile ilgili tanımlanan dört faktörün ortak varyansları (communalities) ise 0,510 ile 0,847 arasında değiştiği gözlemlenmektedir. Buna göre analizde önemli faktör olarak ortaya çıkan dört faktör ile birlikte, maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansı çoğunluğunu açıkladıkları görülmektedir. Bileşenler Matrisi incelendiğinde bu 31 maddenin tamamına yakının birinci ve ikinci faktör yük değerlerinde yer aldığı ve yük değerlerinin 0,480 ve üzerinde olduğu görüldü. Bu bulgu ölçeğin genel bir faktöre sahip olduğunu göstermektedir. Döndürme öncesinde birinci faktörün yol açtığı varyansın %32,237 olması da genel bir faktörün varlığının bir başka göstergesidir. Faktör yükleri birer korelasyon katsayısı olmakla birlikte standart hataları normal korelasyon katsayılarına göre daha büyük çıkma eğilimindedir. Bu nedenle, yüklerin istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı normal korelasyon katsayısı için kullanılan yaklaşım yerine daha çok testin gücünü ve örneklem genişliğini dikkate alan bir yaklaşımla yapılmaktadır. Altunışık ve arkadaşları (2010)'a göre ise n=200 örneklem büyüklüğü için faktör yük değerlerinin 0.40 olması yeterlidir. Bizim araştırmamız için faktör yük değeri n=191 için 0,40 ve üzeri baz alınmıştır. Dört önemli faktörün içerdiği maddeler bakımından daha kolay tanımlanabilmesi için faktör döndürme (rotated component matrix) analizi yapılmıştır (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19.** Dört Faktörün İçerdiği Maddeler Bakımından Faktör Döndürme Sonuçları

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>				
	Component			
	1	2	3	4
s1			,764	
s2			,826	
s3			,808	
s4			,828	
s5			,857	
s6_a_f			,679	
s7			,800	
s8		,644		
s9		,691		
s10		,712		
s11		,662		
s12		,729		
s13		,689		
s14		,750		
s15_a_f		,750		
s16		,771		
s17_a_c	,714			
s18	,684			
s19	,758			
s20	,735			
s21	,770			
s22	,795			
s23	,717			
s24_a_c	,670			
s25	,785			

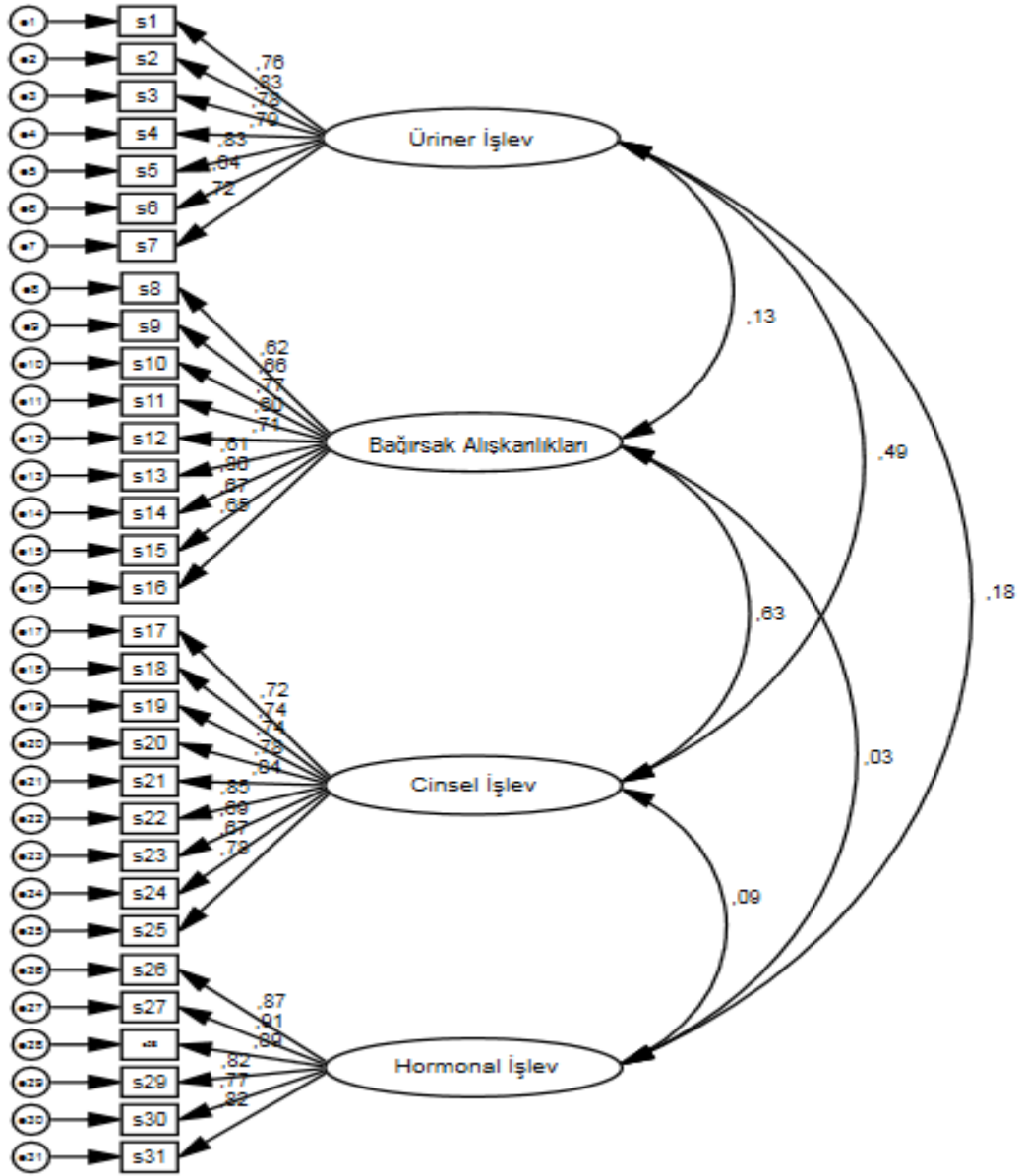
s26				,906
s27				,916
s28				,898
s29				,846
s30				,824
s31_a_f				,846
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. <sup>a</sup>				
a. Rotation converged in 6 iterations.				

Faktör döndürme sonuçları incelendiğinde; üriner işlev alt boyutu n=7 (.679-.857) madde bağırsak alışkanlıkları alt boyutu n=9 (.644-.771) madde cinsel işlev alt boyutu n=9 (.670-.795) madde ve hormonal işlev alt boyutu n=6 (.824-.916) maddeden oluşan yüksek faktör yük değerlerine sahip dört faktörlü geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.19). Bu çalışmamız da determinasyon katsayısı 2,95E-011 olarak hesaplanmıştır ve bu değer 0.00001 değerinden büyük bulunmuştur.

#### 4.3.3. Doğrulayıcı faktör analizi bulguları

Açımlayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda oluşan çok faktörlü Düzey I ve Düzey II modelleri çizilmiştir.

Çalışmamız da kullanılan ölçeğin geçerliğini test etmek için çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi (Düzey I) yapılmıştır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Çok Faktörlü Düzey I Modeli

Çok faktörlü birinci düzey ölçek uyum iyiliği indeks verileri tablo 4.20’de sunulmuştur.

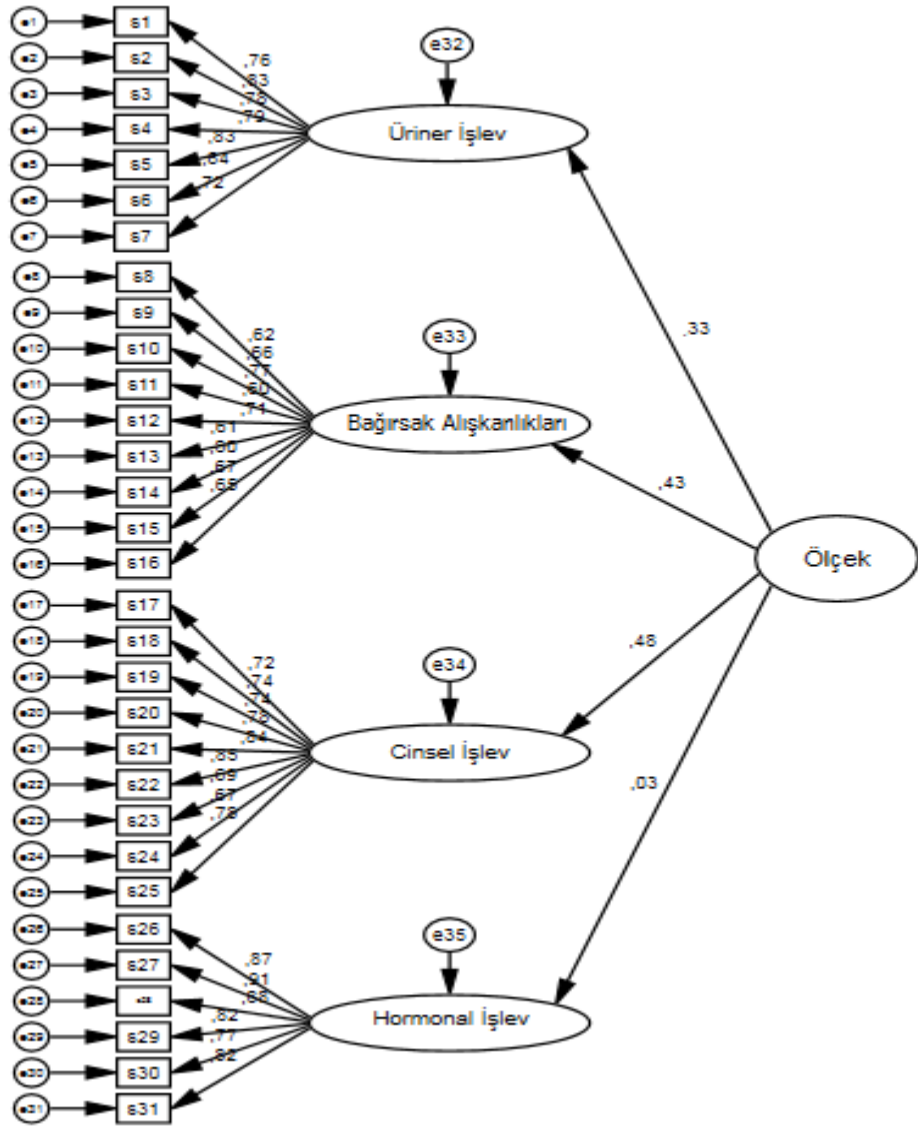
**Tablo 4.20.** Çok Faktörlü Birinci Düzey Ölçek Uyum İyiliği İndeksleri

Ölçek Modeli	$\Delta X^2$	sd	p	$\Delta X^2/sd$	GFI	CFI	RMSEA	RMR
Bağımsız Model (Düzey I)	527.021	415	.000	1.270	.852	.970	.038	.002

\*p<0,01 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Çok faktörlü birinci düzey ölçek uyum iyiliği indeksleri verileri değerlendirildiğin de  $p$  değeri anlamlı olarak bulunmuştur.  $X^2$  (527.021)/df (415) değerinin 0 ile 2 arasında olması iyi uyumu göstermektedir. Analiz sonucu ( $X^2/df=1,270$ ) değeri iyi uyum değeridir. Karşılaştırmalı uyum indekslerinin, mutlak uyum indekslerinin ve artık temelli uyum indekslerinin tamamı iyi uyum değerlerine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.20).

Çalışmamız da kullanılan ölçeğin geçerliğini test etmek için çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi (Düzey II) yapılmıştır (Şekil 4.3)



Şekil 4.3. Çok Faktörlü Düzey II Modeli



Çok faktörlü ikinci düzey ölçek uyum iyiliği indeks verileri tablo 4.21’de sunulmuştur.

**Tablo 4.21.** Çok Faktörlü İkinci Düzey Ölçek Uyum İyiliği İndeksleri

Ölçek Modeli	$\Delta X^2$	sd	p	$\Delta X^2/sd$	GFI	CFI	RMSEA	RMR
Bağımsız Model (Düzey II)	536.635	417	.000	1.287	.851	.968	.039	.002

\*p<0,01 anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Çok faktörlü doğrulayıcı faktör analiz (Düzey II) sonucunda  $p$  değeri anlamlı olarak bulunmuştur.  $X^2$  (536.635)/df (417) değerinin 0 ile 2 arasında olması iyi uyumdur. Analiz sonucu ( $X^2/df=1,287$ ) değeri iyi uyum değeridir. Karşılaştırmalı uyum indekslerinin, mutlak uyum indekslerinin ve artık temelli uyum indekslerinin tamamı iyi uyum değerlerine sahiptir (Şekil 4.3), (Tablo 4.21).

Çalışmamız da genel olarak Düzey I ve Düzey II (Tablo 4.20 ve 4.21) model uyum kriteri uyum iyiliği indeksi referans aralıklarına bakıldığında ölçek uyum iyiliklerinin oldukça iyi olduğu görülmektedir.

## 5. TARTIŞMA

Tıbbi müdahaleler hekimlerin hastalarının her yönden iyiliği için yarar sağlama amacını gerçekleştirmeye çalışmaktır. Son yıllarda sadece hastalığı iyileştirmenin yanısıra hastaların yaşam kalitelerini de artırmak bu amaç içinde değerlendirilmektedir. Diğer taraftan teknolojik imkânların gelişmesi, beslenme ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler insan ömrünün uzamasını sağlamıştır. Hekimlerin yaşlı hastalarla olan ilişkilerinde birtakım etik sorunlar da görülebilmektedir. Prostat kanseri hastaların yaşlı oldukları göz önünde bulundurulduğunda bu husus önemlidir. Yaşlılık süresince hastalık durumunda; bireyin özerkliğine saygı ve aydınlatılmış onam tıp etiği açısından endişeler oluşturmaktadır. Yaşlı hastaların karar verme yetkisinin bozulması hekim-hasta ilişkisinde asimetrik bir durum ortaya çıkarmaktadır. Yine yaşlı hastalara yarar sağlama, zarar vermeme ilkeleri de paternalistik bir tutuma neden olmaktadır. Farklı gerekçelerle yaşlı hastanın aydınlatılmış onam için yeterliliğinin bulunmadığı nedenlerde sözlü olarak değil susarak (zımnî) ve umulan (beklenen) onam uygulanmaktadır. Bu durum yaşlı hastanın özerkliğine saygı ilkesini zedelemektedir. Yaşlı hastaların bedensel ve bilişsel işlevleri azalmış veya kaybolmuşsa hastanın kişilik bütünlüğü etik değerler açısından korunmalıdır (Ekmekçi & Arda, 2015b).

Etik ilkelerin yaşam kalitesi ile ilişkisi bulunmaktadır. Tıp etiği açısından yaşam kalitesindeki iyilik durumu etiğin yararlılık ilkesine, kişinin kendi durumu hakkındaki algıları etiğin özerklik ilkesine bağlı olmaktadır. Bununla birlikte yaşam kalitesi sadece hasta-hekim ilişkisine dayanan etik sorunlarla sınırlandırılmamıştır. Yaşam kalitesi ölçekleri ile kişilerin sağlık ve hastalık hakkında edindikleri bireysel tecrübelerini ölçülebilir olarak tanımlaya olanak sağlaması, kişisel deneyimlerin nesnel hale getirilerek kişiye doğrudan veya dolaylı olarak yarar sağlanabileceği düşüncesi bu ölçeklerin günümüzde yaygın olarak kullanılması ve yeni ölçeklerin geliştirilmesinin önünü açmaktadır. Yaşam kalitesinin öznelliği ve tanımlamalarındaki farklılıklar YK'i ölçümlerinde zorluklara neden olabilmektedir. Yaşam kalitesi ölçeği ile ölçülmek istenen şeyin ne olacağı konusunu anlamayı güçleştirmektedir. Yaşam kalitesi ölçümünün doğru ve güvenilir sonuçlar verebilmesi için ölçülecek olan şeyin ve hastanın yaşam algısının net bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Yaşam kalitesi ölçümünün hastaya yararlı olabilmesi için bir amaca yönelik olması, yaşam kalitesinin hangi kısımlarının değerlendirileceği bu değerlendirme ile hangi

değişikliklerin hedeflendiği belirlenmelidir. Tüm bunlar yapılırken temel hedef hastanın yaşam kalitesi tanımlamasının odak olarak alınması ve ölçe işleminin bu çerçevede yapılarak hastanın yaşam kalitesi algısı açısından uygun değişikliklerin yapılmaya çalışılmasıdır. Ancak bu şekilde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi araç olmaktan çıkarak amaç haline getirilebilir. Yaşam kalitesini ölçmenin amacı hastaya yararlı olmayı içerdiği için bu değerlendirme YK'i ölçeklerine etik bir anlam kazandırmaktadır. Bu açıdan YK'i ölçeklerine bakıldığında bu ölçeklerin araştırmaların veri kaynağı olarak değil hastaya yarar sağlayabilecek, özerkliği arttıracak araçlar olarak kullanılabilmesi ve elde edilen verilerin hasta yararını önceleyecek biçimde uygulanması önemli noktalardan birini oluşturmaktadır. Yaşam kalitesi ölçeklerine etik açıdan bakıldığında YK kavramının öznel ve nitel yapısı, YK'nin ölçülme amaçları, ölçekten elde edilen verilerin nasıl kullanılacağı gibi problemler ortaya çıkmaktadır.

Yaşam kalitesi algısı bireysel farklılıklar gösterebilmekte ayrıca aynı hastada farklı zamanlarda değişiklikler olabilmektedir. Hastalığın belirtileri bazı hastalarda yaşam kalitesini ciddi oranda bozarken bazı hastalar da ise önemsiz olarak görülmektedir. Bu durum uygulanan tedaviler açısından da benzerlikler gösterebilmektedir. Günümüzde kullanılan standart yaşam kalitesi ölçekleri hastaların kendi yaşam kalitesi değerlendirmelerini yapmasını zorlaştırmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümünde karşılaşılan bir başka problem ise hastanın kendi bildirimine ait olmayan değerlendirmelerdir. Bu tür bildirimler hastanın öznelliğini ve özerklik ilkesini göz ardı ettiği için etik problemlere neden olabilmektedir. Bu durum hastanın tedavi seçme hakkından mahrum kalmasına yol açabilecektir. Bir başka konu ise farklı dil ve toplumlar için geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçeklerinin bir başka topluma uygulanmasındaki sorunlardır. Başka bir toplum ve dile uyarlanan ölçeğin kültürel uyarlanmasının yapılması önemlidir. Ayrıca kullanılan skorlamaların bir toplumun diğer toplumdaki farklı olarak yaşam kalitesi algısı, öncelik ve seçimlerini aynı düzeyde yansıtamayacağı bilinmelidir.

Prostat kanseri tedavisinden sonra YK önemli bir konu haline gelmektedir (Zeliadt vd., 2010). Dahası, lokalize PK tedavisi gören hastaların yaklaşık %16'sının tedavi seçiminden memnun olmaması nedeniyle, tedavilerini seçmeden önce mümkün olan en kapsamlı şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir (Moul vd., 2003; Heidenreich, 2007). Uluslararası çalışmaların birçok kültürde aynı olguları

karşılaştırmasına olanak tanıyan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması, giderlerin azaltılması, farklı kültürlerde araştırma ölçütünün standartlaştırılması nedeniyle tavsiye edilmektedir (Alexandre & Guirardello Ede, 2002). EPIC sorgulama formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin geliştirmesine dair bir çalışmaya bugüne kadar rastlanmamıştır. Kanser hastalarını değerlendiren birçok anket olmasına rağmen, çoklu tedavi yöntemleri uygulanan PK hastalarının YK'ni incelemek için daha özel bir yöntem henüz oluşturulmamıştır. Bu ölçekler, semptomların şiddetini tam olarak yansıtmaması, hastalığın neden olduğu kişinin yaşam sınırlılıklarını ölçmedeki eksiklikleri ve YK'ni değerlendirmesindeki sınırlılıklarına rağmen PK'ne bağlı YK'ni değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Buna karşılık, EPIC sorgulama formu, sistemli bir şekilde sık olarak görülen semptomlarla ilişkili alanlara ait sorularla YK'nin fiziksel ve zihinsel yönlerini ortaya koymaya çalışmaktadır (Anderson vd., 2009). Diğer bir önemli özelliği de yaşam kalitesi hakkındaki diğer sorgulama ölçeklerinde olmayan hormonal durum ile ilişkili semptom alanlarını içermesidir.

Klinik olarak kanser araştırmalarında veya çalışmalarında geleneksel olarak sıklıkla kullanılan bitiş noktaları değerlendirmeleri hastaliksız ve genel sağkalım süresi, semptomların kontrolü, lokal bölgesel nüks sıklığı, hastalığın ilerleyiş süresi veya metastaz gelişimi gibi durumlardır. Hastaların klinik bulguları ve performans durumu ile ilgili olanlar dışındaki öznel veriler de elde edilebilir. Bu veriler öznel bir yapıya sahip olmasına rağmen, hastalar için durumlarıyla ilgili kişisel görüşlerini temsil etmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Hastaların durumları göz önüne alındığında bu öznel algılarının YK olarak değerlendirilmiştir. Onkoloji ile ilgili araştırmalarda, YK hayatta kalmanın en önemli ikinci sonucu olarak tanımlanmıştır. YK değerlendirmelerinin klinik uygulamaya ve araştırmaya entegrasyonu bazı zorluklara neden olmaktadır. Örneğin metastatik PK'li hastaların yaşam süresi, hastalığın kendisi veya uygulanan tedavi nedeniyle bir dizi yan etki geliştirme potansiyeli ile birleşir. Ne yazık ki, iyileşme olasılığı olmayan bir hayatta yüzleşmek zorunda olan hastalar, YK üzerinde güçlü psikolojik etkiye sahip olan bu belirsizliklerle de yüzleşmek zorundadır. Sağlık durumunun değerlendirilmesi, fiziksel ve duygusal durum, entelektüel ve psikolojik durum, sosyal durum ve genel olarak iyi olma hissi gibi birçok alanı kapsar. Sağlık uzmanlarına ve hastalara yeterli YK verileri sunmak, gerçekten bilinçli karar vermeyi sağlamak için esastır. Geleneksel

olarak, klinisyenler dikkatlerini, semptomların kontrolü, tedaviye cevap, nüks ve sağkalım gibi kanser tedavisi sonucunun değerlendirilmesinin klasik yönlerine odaklanmışlardır. Hastalığın tedavisinin sağlıkla ilgili YK'ni nasıl etkilediğine daha az dikkat edilmiştir. Son yıllarda kanserli hastalarda YK değerlendirme ihtiyacı ve karar alma süreçlerine katılımları giderek daha fazla kabul görmektedir (Visser vd., 2003). Hastaların yaşam kalitesi ile ilgili olarak doktorların kararlarına katılımı kişisel deneyim ve toplam yaşam durumunun değerlendirilmesinden ötedir. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir yapı olduğundan değerlendirmesi, tedavi ve hastalıkla ilgili morbiditenin basit tahmininden daha fazlasını kapsadığı ve hastalara dayandığı için bir paradoks olarak görülmemelidir (Osoba, 1994). İleri PK ve tedavileri, etkilenen bireylerde önemli oranda morbiditeye neden olma potansiyeline sahip olduğundan, PK YK araştırmacıları için büyük ilgi görmektedir. Sağlıkla ilgili modern yaşam kalitesi araştırmaları, semptomların veya işlevlerin prevalansını, ciddiyetini, hastanın işlevlerini semptomların veya değişikliklerin neden olduğu rahatsızlığı ve bu rahatsızlığın hastanın genel refahını etkileyip etkilemediğini değerlendirmelidir (Adolfsson, 2003). Prostat kanseri hastaları için bir YK ölçeği ilk olarak kansere ve PK'ne özgü sorularla ilgili genel alanlar içermelidir. Sonrasın da ise PK ve prognozu için endişe, kemik/pelvik ağrı, alt üriner sistem semptomları, idrar kaçırma, bağırsak işlevini, cinsel işlevi, endokrin etkiler (sıcak basması ve jinekomasti) ve tıbbi bakımdan memnuniyet gibi konular değerlendirilmelidir (Altwein vd., 1997). Kanser hastaları için ilk YK çalışmalarında, hastayı doğru bilgilendirme, kontrol hissini sürdürmek, duyguları açıklama ve anlam arama ile ilgili önemli endişeleri belirlenmiştir. Bilgi edinmenin sağlanması, ağrının azalması, daha hızlı iyileşme, karar alma sürecine daha fazla katılım, istişarede daha fazla memnuniyet, daha iyi zihinsel sağlık ve daha iyi başa çıkma becerileri gibi çeşitli olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çoğu hasta doktor-hasta ilişkisinde tamamen pasif bir rol oynamak istemez. Artmış hasta katılımı, gelişmiş hasta benliği ve memnuniyeti gibi daha iyi sonuçlar üretebilir; ancak, yaşlı, evli ve daha az eğitilmiş kanser hastası tüm kararları doktorlarına bırakmayı seçebilir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yapılan araştırmalar, klinisyenlerin, hastaların karar alma arzusunu abartırken, hastaların bilgi ve tartışma isteklerini daha az önemsedikleri tespit edilmiştir (Degner & Sloan, 1992; Wong vd., 2000; Strull, Lo, & Charles, 1984).

Sağlıkla ilgili YK enstrümanları tipik olarak yaşam kalitesinin belirli boyutlarına uygulanan, ölçek adı verilen çeşitli materyaller koleksiyonu içerir. Bu ölçekler, bir katılımcının günlük yaşamındaki sağlıkla ilgili bileşenlerin niteliksel profiline katkıda bulunur. Genel sağlıkla ilgili YK ölçütleri, genel YK seviyelerine ilişkin birçok hasta tipini ilgilendiren geniş konuları içerirken, hastalık hedefli ölçütler, araştırılan duruma özgü sorunları ele almaktadır. Her ikisi de hasta YK'nin eksiksiz ve zengin bir resmini oluşturmak için gereklidir (Litwin, 1994). YK'ni değerlendirme çalışması yaparken metodolojik problemlerin ve sınırlamaların göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat etmek önemlidir. Birincisi, sosyo-demografik özellikler çeşitli yaşam kalitesi çalışmalarındaki kohortlar arasında farklılık gösterdiğinden, sonuçlar her zaman karşılaştırılabilir değildir (Siston vd., 2003). Literatürde, YK bileşenlerinin değerlendirilmesi için birden fazla enstrümanın kullanılması gerektiğini gösteren kanıtlar mevcuttur. Bir çalışmada yazarlar, PK'ne yönelik yaptıkları çalışmada iki onaylanmış ölçek (RAND 36 Sağlık Araştırması ve UCLA Prostat Kanseri İndeksi) kullanarak değerlendirmişlerdir (Litwin vd., 1998b).

Son yıllarda kanser hastasında ruh sağlığına daha fazla önem verilmiştir. Hayatı tehdit edici hastalık ve tedavinin diğer ciddi yan etkileri nedeniyle, depresyon ve anksiyete onkolojik hastalarda sık olarak görülür. Her iki semptom bir çalışmada iki farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada EORTC QLQ C30'un duygusal işlevsellik (EF) boyutu ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), HADS-D (depresyon) ve HADS-A (anksiyete) ölçekleri anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için kullanılmıştır (Skarstein vd., 2000). Şüphesiz, PK tedavisinin temel amacı sağkalımı artırmaktır. Prostat kanseri tedavisini yönetmek için çeşitli modaliteler gelişmesine rağmen, sadece bu modalitelerin uzun süreli sağkalım oranları hakkındaki sınırlı karşılaştırmalar mevcut olup, farklı tedavi modalitelerine bağlı karşılaştırmalı sağkalım ile ilgili verileri sınırlıdır. Prostat kanseri için hormonal tedavi de YK'ni ciddi şekilde etkiler. Bu hastalar da erektil disfonksiyon %50-100, jinekomasti %13-70 ve sıcak basmaları %55-80 oranında olduğu bildirilmiştir (Kumar, Barqawi & Crawford, 2005). Her ne kadar kronik hastalıklar ya da kanser hastaları için FACIT, SF-36 ve FACT-G gibi YK'ni değerlendirmek için çok sayıda ölçek bulunmaktadır ancak çoklu modalite ile tedavi edilen PK hastalarının YK'lerini incelemek için daha uzmanlaşmış bir yaklaşım bulunamamıştır. Bu yaklaşımlar, PK tedavilerinden sonra semptom şiddeti, sorun, hayatı sınırlayan konular ve YK'ni

değerlendirme eksikliğine rağmen, YK'ni araştırmak için kullanılmıştır. Bu sınırlamanın üstesinden gelmek için geliştirilen bir anket olan FACT-P, FACT-G'ye prostatla ilgili semptomları ekleyerek, kanser tedavisi ve prostatla ilişkili semptomlar hakkında objektif ve tutarlı veri sağlamasına olanak sağlaması amaçlanmıştır. Ancak bu ölçek PK tedavisinden sonra semptomlarla ilişkili YK hakkında yeterince ayrıntılı bilgi sunamamıştır. EPIC sorgulama formu ise sistemik olarak ortak semptomlarla ilişkili alanlar düzenlenir ve YK'nin fiziksel ve zihinsel yönleri ayrılmaya çalışılır.

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması  $63.1 \pm 6.7$  olarak bulundu. EPIC sorgulama formunun geliştirildiği çalışmada ise  $67.2 \pm 8.1$  olarak bulunmuştur. EPIC sorgulama formunun farklı ülkelerde yapılmış olan geçerlik güvenilirlik çalışmalarında yaş ortalamaları sırasıyla Fransa'da yapılmış çalışmada  $68.1 \pm 6.6$ , İspanya'da yapılmış çalışmada  $66.8 \pm 6.0$ , Kore'de yapılmış çalışmada  $68.2 \pm 6.1$ , Almanya'da yapılmış çalışmada  $62.3 \pm 7.1$ , Çin'de yapılmış çalışmada  $72.2 \pm 6.4$  olarak bulunmuştur. Yaş ortalamaları açısından çalışma bulgumuz Almanya'da yapılmış çalışma ile benzer Fransa, İspanya, Kore, Çin ve EPIC sorgulama formunun geliştirildiği çalışmaya katılan hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür (Wei vd., 2000; Anota vd., 2016; Ferrer vd., 2009; Kyung vd., 2010; 2013; Lee vd., 2018; Umbehr vd., 2018).

Bu çalışmaya katılan hastaların %86.6'sı evlidir. Fransa'da yapılmış olan çalışmada hastaların %75.3'ü, İspanya'da yapılmış olan çalışma da hastaların %83.3, EPIC sorgulama formunun geliştirildiği çalışmada ise %88.8 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgumuz hastaların medeni durumlarına ilişkin durumları açısından EPIC sorgulama formunun geliştirildiği çalışmaya benzer olduğu değerlendirilmiştir (Ferrer vd., 2009; Anota vd., 2016).

Çalışmalara katılan hastalar iş durumları açısından değerlendirildiğinde; bu çalışmaya katılan hastaların %84.6'sı, Fransa'da yapılmış olan çalışmaya katılan hastaların %73.5'i emekli olduklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmaya katılan hastaların %9.9'u Fransa'da yapılmış olan çalışmaya katılan hastalarında %13.5'i aktif olarak çalışma hayatına devam etmektedir.

Klinik evreler açısından çalışmamıza katılan hastaların %60.7'si T1, %27.2'si T2 ve %12.0'si T3 evresinde bulunmuştur. Kore'de yapılmış çalışmada %19.6'sı T1, %57.5'i T2, %22.9'u T3, İspanya'da yapılan çalışmada %62.0'si T1, %36.7'si T2, Çin'de yapılan çalışmada %22'si T1, %40'ı T2, %36'sı T3 ve EPIC sorguma

formunun geliştirildiği çalışmada ise %48.6'sı T1, %47'si T2, %4.4'nün T3 evresinde olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada evreler açısından bakıldığında T1 evresi açısından İspanya'da yapılan çalışma ile benzer diğer çalışmalardan yüksek olarak bulunmuştur. T2 evresi açısından ise diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmüştür. T3 evresi bakımından Kore ve Çin'de yapılan çalışmalardan daha düşük bulunurken EPIC sorgulama formunun geliştirildiği çalışmadan ise yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmaya katılan hastalar prostat kanseri tedavi yöntemleri açısından incelendiğinde ve tüm cerrahi teknikler dahil edildiğinde hastaların %64'ü cerrahi, %15.6'sı RT %20.4'ü RT&Hormon tedavisi aldıkları bulunmuştur. Almanya'da yapılan çalışmada hastaların %47.9'u cerrahi, %52.1'i RT, %20.9 hormon, Kore'de yapılan çalışmada hastaların %76'sı cerrahi %24'ü hormon, Çin'de yapılan çalışmada hastaların %26'sı cerrahi, %48'i RT, %26'sı hormon, EPIC sorgulama formunun geliştirildiği çalışmada ise hastaların %66.6'sı cerrahi, %36.1'si hormon, %33.3'nün RT tedavisi aldıkları görülmektedir. Bu çalışmada cerrahi tedavi gören hastaların oranının EPIC sorgulama formu geliştirme çalışması ile benzer olduğu görülmüştür.

EPIC sorgulama formunun diğer dillerde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında prostat kanseri evre ve tedavi oranların farklı olması o ülkenin sağlık hizmetlerinin sunumu ve erişimi açısından farklılık göstermesi ile açıklanabilir.

Bizim çalışmamız da EPIC sorgulama formunun verileri değerlendirdiğin de bağırsak alışkanlıkları etkilenmeyen hastaların cinsel işlevinin de iyi olduğu, hormonal işlevdeki bozuklukların cinsel işlevin azalmasına neden olduğunu göstermektedir. Yaş gruplarına göre üriner, hormonal işlevler arasında fark görülmez iken 69 yaş ve üzeri hastaların bağırsak alışkanlıklarının daha çok etkilendiği görülmektedir. Öte yandan cinsel işlev ölçüm verilerinde yaş gruplarına göre 48-58 yaş grubun daha iyi bir cinsel işleve sahip oldukları görülmüştür. Operasyon tipine göre üriner, hormonal, cinsel işlevler açısından fark bulunamadı ancak bağırsak alışkanlıklarında Laparoskopik&Robotik Prostatektomi ameliyatlarının bağırsak alışkanlıklarını etkileme açısından daha iyi olduğunu göstermektedir. Hastaların aldıkları tedavilerden memnuniyet oranına bakıldığında üriner işlev hormonal işlev açısından bir farklılık göstermemektedir. Bağırsak işlevleri açısından hasta memnuniyetinin yeterli olmadığı ancak cinsel işlev açısından hastaların memnun oldukları görülmüştür. EPIC sorgulama formu Türkçe versiyonunu dolduran hastaların az bir kısmı bazı soruları



cevaplamakta zorlandığını söyledi. Ancak bu hastalar incelendiğinde sebebin dilsel ve kültürel sorunlarından kaynaklanmadığı anlaşıldı. Hastalara farklı tedavi yöntemleri uygulandığı için oluşan bazı semptomların bu hastalarda mevcut olmadığı görüldü. Örneğin sadece cerrahi tedavi uygulanan hastalar hormonal tedavi almadıkları için hormonal tedaviye bağlı semptomları yaşamadığından soruları cevaplamakta zorlandılar. Literatür, farklı kültürlerdeki araştırmalarda bir önlem standardizasyonu için geçerlik ve güvenilirliği daha önce yapılmış ölçeklerin, uluslararası çalışmaların da aynı kültürleri aynı kültürde karşılaştırmasını sağlamak için önermektedir (Alexandre & Guirardello Ede, 2002). Her ne kadar EPIC sorgulama formu ile PK ve YK konusunda çalışmalar artmış olsa da diğer dillere çevirisi ve sonuçları hakkında yeterli çalışmalar az sayıdadır. Bildiğimiz kadarıyla Fransızca, Korece, İspanyolca, Almanca, Çince versiyonları yayınlandı (Ferrer vd., 2009; Kyung vd., 2010; 2013; Anota vd., 2016; Lee vd., 2018; Umbehr vd., 2018).

Schroeck ve arkadaşları Uluslararası Eretil İşlev İndeksi (IIEF-5) ve EPIC sorgulama formunun cinsel işlev alt grubu ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarında IIEF-5 ve EPIC sorgulama formunun puanları arasında yüksek bir korelasyon olduğu bu sonuçların, prostat kanserli hastalarda cinsel işlev çıktılarının yorumlanmasına yardımcı olabileceği sonucuna varmıştır (Schroeck vd., 2008).

Davison ve arkadaşları lokalize PK tanısı ile radikal prostatektomi uygulanması sonrası hastaların tedavi seçimlerinden pişmanlık duymalarında cinsel işlev ve YK'indeki değişikliklerin etkilerini araştırmayı hedeflemişlerdir. Bu amaçla hastaların YK ve cinsel işlevlerini cerrahi öncesi ve tedavi sonrası 1. yılda değerlendirmişlerdir. Ek olarak, cerrahi sonrası 1. yılda çalışmaya katılmaya istekli olanlara YK, cinsel işlev ve tedavi kararında pişmanlık ile ilgili formlar gönderilmiştir. YK'nin ölçümünde EORTC QLQ-C30 ve EORTC PK modülü ve cinsel işlev ölçümünde Sexual Health Inventory for Men (SHIM) kullanmışlardır. Tedavi kararı ile ilgili üzüntü ve pişmanlığı ise Decisinal Regret Scala (DRS) ile ölçmüşlerdir. Hastalarının %30'u neoadjuvant hormonal tedavi alırken, %6'sında radikal prostatektomi sonrası hormonal tedavi, RT veya her ikisinin kombinasyonu uygulanmıştır. Hastaların çok azının (%4) cerrahi tedaviyi tercih ettikleri için pişman olduklarını belirtmişlerdir. Tanı sonrası tedavi yönteminin seçiminde hastaların %84'ü aktif, %11'i ortak ve %5'i pasif rollerinin olduğunu bildirmişlerdir. Yaşam kalitesinin değerlendirmesinde

fiziksel ve sosyal işlevlerin birinci yılda tehlikeye girdiği, buna karşılık emosyonel durum ve iştahın arttığı görülmüştür. Hastalar cerrahi öncesine göre önemli ölçüde daha fazla finansal zorluklar, tedavi ile ilgili semptomlar, ağrı ve cinsel sorunlara sahip olduklarını bildirmişlerdir. SHIM skorlarına göre cinsel işlevlerin radikal prostatektomi sonrası önemli ölçüde azaldığı ( $p<0.001$ ) ve neoadjuvant hormonal tedavi alanların birinci yıldaki SHIM skorlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmüştür. Tedavi sonrası YK'deki azalma ile tedavi seçiminden pişmanlık arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur. Araştırmacılar, çalışmalarından üç önemli bulguya ulaştıklarını belirtmektedirler: Birincisi, hastalarının çok azının birinci yılda cerrahi tedavi yöntemini tercih ettiklerinden pişmanlık duymalarıdır. Pişman olanların çok düşük oranda bulunmasını hastalarının %84 gibi büyük bir çoğunluğunun tedavi seçiminde aktif rol almaları ile açıklamaktadırlar (Davison, Alan, & Goldenberg, 2007). Miles ve arkadaşları çalışmalarında PK hastaların %22'si tedavi yönteminden pişmanlık duyduklarını ve tedavi yönteminin seçiminde hasta katılımının olmamasının daha sonra pişmanlık duyulmasında en önemli risk faktörü olduğunu vurgulamaktadırlar (Miles, Giesler & Kattan, 1999). Bu konuda etkili diğer bir faktörün hastaların eğitim düzeyi olduğu söylenebilir. Nitekim katılımcıların %71'i yüksek öğrenim görmüş hastalardan oluşmaktadır. Benzer bir çalışmada lokalize prostat kanseri nedeniyle değişik tedavilerin uygulandığı hastaların %16'sı tedavi kararlarından pişman oldukları bildirilmektedir (Hu vd., 2003). Pişman olanların eğitim düzeyinin, diğerlerine göre, daha düşük olduğu öne sürülmektedir. İkincisi, radikal prostatektomi öncesi potent olan erkeklerin pek çoğu (%76) birinci yılda, cinsel ilgilerinin devam etmesine rağmen, orta derecede veya şiddetli ED'leri olduğunu bildirmişlerdir. Lokalize PK'nin cerrahi tedavisi sonrası hastaların YK'i düzeyleri değişmektedir. Yaşam kalitesini artırmak için hastalara alternatif tedavi yöntemlerinin neler olduğu anlatılması ve tercih konusunda katılımlarının sağlanmasıyla memnuniyet oranları artırılabilir.

Lokalize düşük riskli PK'li hastalarda prostatektomi/radyoterapi/brakiterapi gibi tedaviler ile Aİ hastalarının YK'ni araştıran randomize kontrollü uzun dönem çalışma sayısı çok fazla olmamasına rağmen saha taramalarında ancak on hastadan birinin Aİ'ni tercih ettiği bildirilmiştir (Harlan vd., 2003). Barocas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada lokalize prostat kanserli 2000 hastanın %16'nın Aİ için uygun olduğu ve bu hastaların %9'unun Aİ'ni tercih ettiği görülmüştür (Barocas vd., 2008). Aktif izlem

yönünde karar veren hastaların kararlarındaki en önemli nedenin prostatektomi, radyoterapi, brakiterapi gibi girişimlerin yan etkilerinden kaçınmak olduğu anlaşılmış olup yine Aİ'i kabul etmeyen hastaların ise tedavi şansını kaçırmamak ve kanserin ilerleme endişesi olduğu görülmüştür (Xu vd., 2011; Van vd., 2012). Aktif izlem veya cerrahi/radyoterapi/brakiterapi gibi tedaviler hastaların YK'ni farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. PRIAS (Prostat Cancer Research International: Active Surveillance) çalışmasında prostat kanseri tanısının hemen sonrasında ve dokuzuncu ayda daha düşük anksiyete ve stres oranları tespit edilmiştir. Psikolojik semptom skoru yüksek olan hastaların nevrotik özellikleri olduğu ve bu sebeple anksiyete ve stres bozuklukları gösterdiği düşünülmüştür. Aktif izlem protokolündeki hastalarda cerrahi tedaviye bağlı komplikasyonlar olmamasına rağmen bu hastalarda da cinsel işlev bozukluğu ve stres görülebilmektedir. Steineck ve arkadaşlarının yaptığı randomize prospektif kontrollü 5 yıllık araştırmanın sonucunda prostatektomi yapılan kolda ED oranı %80, Aİ kolunda %45 ve idrar kaçırma oranları prostatektomi kolunda %49, Aİ kolunda %21 olarak bulunmuştur (Steineck vd., 2002).

Radikal prostatektomi ve aktif izlem gruplarına ayrılarak ortalama 12 yıl boyunca takip edilen İskandinav çalışmasında hastaların yaşam kaliteleri ölçülmüştür. Bu çalışmanın sonucunda radikal prostatektomi grubunda %35, Aİ grubunda %34 ve kontrol grubunda %45 oranında yüksek yaşam kalitesi skorları olduğu görülmüştür. Anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna (%33) göre hem radikal prostatektomi (%43) hem de Aİ (%43) grubunda yüksek olduğu bulunmuştur. Yine benzer şekilde cinsel işlev sorunları kontrol grubuna (%46) göre hem radikal prostatektomi (%84) hem de Aİ (%80) grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Üriner işlev sorunu prostatektomi grubunda %41, aktif izlem grubunda %11 ve kontrol grubunda ise %3 olduğu bildirilmiştir (Johansson vd., 2011).

Acar ve arkadaşlarının bildirdiği en az bir yıl süre ile takip edilen düşük riskli PK tanılı 144 hasta brakiterapi (29), RLRRP (65) ve Aİ (50) gruplarına ayrılmış ve hastaların YK incelenmiştir. Tüm hastalara başlangıçta ve 12. ayda EORTC-QLQ-C30, EORTC-QLQ-Prostat Modül (PR) 25, IIEF-5 ve ICIQ-SF ölçeklerini doldurmaları istenilmiştir. İzlem sürelerinde brakiterapi tedavisi alan hastalarda üriner ve cinsel işlev açısından anlamlı olarak daha düşük YK skorları bulunmuştur. RLRRP yapılan grupta ise seksüel işlev, idrar kaçırma ve ED parametrelerinde önemli

değişiklikler gözlenmiştir. Cinsel işlevdeki bozulma robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi kolunda %71, brakiterapi kolunda %59 bulunmuştur. Aktif izlem kolunda ise %30 olarak tespit edilmiştir. Ancak YK'i ölçümlerinde izlem süresince RLRRP, brakiterapi ve Aİ grupları arasında anlamlı bir YK skor düşüklüğü saptanmamıştır (Acar vd., 2014).

Yaşam kalitesinin değerlendirildiği lokalize PK'li hastalarda takip sürelerinin kısa olduğu ve en uzun takip süresinin 5 yıl olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir. Bacon ve arkadaşları 146 hastada tanıdan itibaren 5 yıl boyunca verilen tedavilerin YK üzerine etkilerini incelemişler ve ameliyat edilen hastalarda en sık cinsel ve üriner işlevlerin etkilendiğini bulmuşlardır (Bacon vd., 2001). Hormonal tedavi alan lokal ileri evre PK'li 144 hastanın sonuçlarına bakıldığında hastalarda yan etki olarak; halsizlik, duygu durum bozukluğu, enerji kaybı, stres olduğu ve bu hastaların YK'nin bozulduğu bildirilmiştir (Herr & O'Sullivan, 2000). Bahsedilen bu çalışmalar androjen supresyon tedavisinin prostat kanserli hastaların YK'ni ciddi düzeyde azalttığını göstermektedir.

Davis ve arkadaşları 528 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada radyoterapi grubunda radikal prostatektomi grubuna göre daha kötü YK düzeyleri bildirilmiştir (Davis vd., 2001). Litwin ve arkadaşları BG, radikal prostatektomi ve radyoterapiyi karşılaştırdıkları çalışmalarında genel YK'de değişiklik olmadığını göstermişlerdir (Litwin vd., 1995). Jayadevappa ve arkadaşları çalışmalarında radikal prostatektomi yapılan hastalarda cinsel ve üriner, RT alanlarda ise barsak problemlerinin daha sık olduğunu bulmuşlardır (Jayadevappa vd., 2006). Shrader ve arkadaşlarının çalışmasında RP grubunda üriner ve seksüel problemler, RT grubuna göre daha sık görülmüştür (Shrader-Bogen vd., 1997). John ve arkadaşları 633 hastalık serilerinde tedavi gruplarına göre YK karşılaştırmasında, RT grubunda RP grubuna göre daha kötü depolama semptomu ve RP grubunda RT grubuna göre daha kötü cinsel işlev ve inkontinans oranları bildirilmiştir (Davis vd., 2001).

Penson ve arkadaşları RP uygulanan 1288 hastanın 5 yıllık takipleri sonunda hem inkontinans hem de cinsel işlevlerin ikinci yıl verilerine göre anlamlı olarak arttığını bulmuşlardır. İnkontinans ve cinsel işlev çalışmanın başında sırasıyla %10 ve %22 olmasına karşın 5. yılın sonunda %14 ve %28'e yükseldiği gösterilmiştir (Penson vd., 2005). Hastalığın YK'ni nasıl etkilediğini araştıran başka bir çalışmada erken evre

farklı tedavi yöntemleri uygulanmış PK'li 2693 hasta değerlendirilmiş ve iki yıl sonunda başlangıç verilerine göre cinsel ve üriner işlev bozukluğu genel YK parametrelerinde en fazla etkilenen işlevler olarak bildirilmiştir. Tanı anında hastaların kontrol grubuna göre üriner ve cinsel işlevler açısından daha iyi olduğu bildirilmiştir. Beşinci yıl sonunda inkontinans oranları benzer bulunmasına rağmen, cinsel işlevler açısından kontrol grubu daha iyi bulunmuştur (Penson vd., 2003).

Pearce ve arkadaşları kanser için özel olarak geliştirilmiş birkaç YK sorgulama formunu değerlendirmiştir. Bu değerlendirmede PK ile ilgili formlarla yapılan incelemelerinin genel sonucunda hiçbir sorgulama formunun iyi bir şekilde kurulmadığı ve yeni formların geniş bir şekilde geliştirilmesi ve onaylanmasının gerekli olduğu sonucuna varmıştır (Pearce, Sanson-Fisher & Campbell, 2008).

Morris ve arkadaşları PK YK'i ölçekleri ile ilgili olarak yaptıkları derlemede özgül formların olduğunu ancak bunlar arasında kanıt miktarına göre EORTC ve FACT formları lehine bulguların tespit edildiğini bildirmiştir. Bu formların her ikisi de çok boyutlu bir yapıya ve prostat kanserine özgü modüllere sahiptir. Bu formlardan UCLA-PCI ve bundan geliştirilen EPIC sorgulama formu da oldukça kapsamlı olarak literatürde değerlendirildiğini göstermiştir. Bu formlar arasındaki önemli farklardan biri EORTC, UCLA-PCI ve EPIC'in idrar, bağırsak ve cinsel işlevsellik için farklı ölçekler olmasına rağmen, FACT-P'de bu konuları tek bir toplam 'prostat' skorunda birleştirmesidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Felsefe tarihinin önemli isimlerinden olan Aristo'nun “eudaimonia kavramı” etik yaklaşım için tarihsel bir öneme sahiptir. Felsefe tarihinin önemli isimlerinden olan Aristo'nun “eudaimonia kavramı” mutluluk kavramının çok ötesindedir. Mutluluk genelde statik bir durum gösterirken bu kavram daha dinamik ve hareketlidir. Aristo bütün varlıkların bir fonksiyonu olduğunu düşünmüştür. Aynı zamanda her varlığın bir amacı vardır ve bu amaç iyi bir yaşam düşüncesidir. Aristo'ya göre eudaimonia hayattaki en iyi şey olmaktadır. Aristo *Eudemos'a Etik* isimli eserinde “aradığımız iyinin kendisi iyi ideası da değil ortak iyi kavramı da değildir (Çünkü biri devinimden-değişmeden bağımsızdır ve yapılacak- edilecek bir şey değildir, öteki ise değişebilir bir şey ama yapılacak- edilecek bir şey değildir). Ama ne için eyleniyorsa o, en yüksek amaçtır ve onun altındaki nesnelere nedenidir, her şeyin en önde gelenidir. Dolayısıyla iyinin kendisi insanın yapıp edeceklerinin amacı olsa gerekir. Bu amaç bütün sanatların en başında olanıdır” demektedir (Aristoteles, 2020). Aristo eudaimonia kavramıyla hem mutluluğu hem de yaşam kalitesini birleştirmiş bulunmaktadır. Haz ve acıların ahlaki eylemin kaynağı olduğunu savunan Jeremy Bentham, faydacılığı en büyük sayıda kişinin en büyük mutluluğu için eylemde bulunmak olarak tanımlar. Faydacılık, birey ve topluluk için üretme ve yarar sağlama eğilimini ya da hazzı, iyiliği ve mutluluğu artırma eğilimini temsil eder. En çok kişi için iyilik, doğru ya da yanlış ölçüsüdür (Billington, 1997). John Stuart Mill ise, faydacılığı şu şekilde tanımlar: “Ahlakın temeli ya da ‘en büyük mutluluk’ ilkesini kabul eden bir öğretisi, eylemlerin mutluluğu sağlama eğilimi oranında doğru, mutluluğun tersi sonuçlar üretme eğilimi oranında yanlış olduklarını savunur. Mutlulukla kastedilen hazzın varlığı ve acının yokluğudur; mutsuzluk ile kastedilense acının varlığı ve hazdan yoksun olmaktır (Mill, 2003). Jeremy Bentham ve John Stuart Mill faydacılık (utility) düşünceleriyle etiğe katkılar yapmışlardır. Bu düşünceler yaşam kalitesinin felsefi temellerini zenginleştirmiştir. Jeremy Bentham'ın memnuniyet ve mutluluk kavramı bu açıdan önem taşımaktadır. John Stuart Mill'de memnuniyet ve yaşam kalitesinin ölçülebilirliği üzerinde durmuştur. Yaşam kalitesi doğasının getirdiği öznel yapısından dolayı ölçümler sırasında hastaların araç olarak değil amaç olarak görülmesi, hastaların nesnelleştirilmemesi ve özerkliğe saygı ilkesi

esas alınarak hastaya fayda sağlanmasına dikkat edilmesi önemli noktaları oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesinin öznel yapısından dolayı hastaya özgü tanımlanması önemlidir. Yaşam kalitesi ölçülecek olan hastanın kendi yaşam kalitesi algısını ortaya koymasına imkân vermelidir.

Yaşam kalitesi değerlendirmelerini hastanın kendisinin yapması önemlidir çünkü hastaya uygulanacak tıbbi müdahaleler bu bilgiler doğrultusunda şekilleneceği için hastanın tercihlerini yansıtamayacağı gibi ona istemeyeceği bir tedavinin uygulanmasına veya onu iyileştirecek bir tedavinin kesilmesine neden olabilmektedir. Bu durum tıp etiğinin özerkliğe saygı, zarar vermeme ve yararlı olma ilkelerinin ihlaline yol açabilmektedir.

Yaşam kalitesinden elde edilen bilgilerle hastada gelişen farklı durumlar ve hastanın tedaviye verdiği yanıtlarda ölçülerek benzer etkinliğe sahip diğer tedavi yöntemleri kullanılarak hastaya en az zarar veren tedavi yöntemlerinin durumunu değerlendirme imkânı da elde edilebilir. Hastalığa ve hastaya ait problemlerin ortaya konması ve bu problemlere yönelik uygulanan yöntemlerin etkinliği ile hastaya zarar ve yarar değerlendirmesi yapılarak yararlı olup olunmadığı da YK'si ölçeklerinin etik yönlerinden bir diğerini oluşturmaktadır.

Hastaya yararlı olabilmek için hastanın farklı zamanlarda doldurduğu kendi yaşam kalitesi ölçümleriyle karşılaştırılmalıdır. Yaşam kalitesi ölçümlerinin işlevsel olabilmesi için elde edilen veriler ile hastanın kötü olan yaşam kalitesi kısımlarını iyileştirecek çözümlere başvurulmalıdır.

Yaşam kalitesi ölçümlerinden kaynaklanabilecek etik sorunlarla ilgili olarak özellikle sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekmektedir.

Sağlıkta yaşam kalitesi hem kavram olarak hem de ölçekler açısından henüz yeterli düzeye ulaşmamasına rağmen günümüzde geniş kullanım alanları bulmaya başlamıştır. Yaşam kalitesi mevcut ölçekler de değerlendirilen ağrı veya fiziksel aktivite gibi durumların ortaya konmasından öte bir kavramı oluşturmaktadır. Çünkü YK'si birçok işlevi içeren, hastanın tanımlamasına bağlı ve zamanla değişkenlik gösterebilen bir durumdur. Bu nedenle YK alanındaki çalışmalar da uygun, özenli ve iyi tasarlanmış ölçek ile tasarlanmalıdır. Bu açıardan bakıldığında da YK ölçekleri ile

ilgili önemli bazı noktaları şu şekilde sıralayabiliriz; YK'i ölçekleri yaşam kalitesinde önemli değişikliğin beklendiği durumlarda kullanılmalıdır. Yaşam kalitesi aynı hasta için farklı zamanlar da yapılmış ölçümler ile birlikte değerlendirilmelidir. Kullanılacak ölçek kültürel olarak uyumlu, geçerli, güvenilir olmalı, sınırlılıkları tespit edilmelidir. İlk ölçümün hangi zamanda ve kim tarafından yapılacağı belirlenmelidir. Çünkü ilk ölçüm daha sonraki ölçümler için klavuz olacaktır. Ölçümler hastalığa ve tedavi planına göre belirlenerek yetecek düzeyde tekrarlanmalıdır. Ölçümler hastanın belirtilerinin arttığı veya tam tersi kendilerini iyi hissettikleri durumlarda yapılmamaya çalışılmalıdır. Sıklıkla iki farklı ölçüm arası zaman 2-4 hafta olması yeterli ise de tedavi veya cerrahi girişiminden hemen sonra ve bir sonraki tedavi planından hemen önce yapılmalı tedavi süresinin sonuna kadar izlenmelidir. Ölçümün istatistiksel verileri çok değişkenli varyans analizleri ve alt değerlendirilmeleri ile birlikte ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Ölçüm değerlendirmelerinde hastanın sosyoekonomik durumu dahil edilmelidir.

Kanser hastalarında yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesinin de bozulmadığı tedavi seçenekleri amaçlanmalı ve hasta ile paylaşılmalıdır. Sağlık alanında adaletin sağlanması sadece kaynakları kısıtlı sağlık hizmetlerine ulaşmak olarak değil sağlığın tüm sosyal yönlerinin dağıtımında her bir tedaviye ulaşmada eşitlik ve adalet olarak algılanmalıdır.

EPIC sorgulama formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, EPIC sorgulama formunun orijinal halini yansıtacak şekilde geliştirilmiştir.

Türk kültürüne ve diline uyarlanması gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik ve geçerliği sağlanmış olduğundan Türkçe konuşan PK'i hastalarında tedaviyle ilişkili YK'ni değerlendirmek için doğrulanmış bir ölçek olarak kullanılabilir. Ayrıca, PK ile ilgili çeşitli tedavi yöntemlerini karşılaştırmak için objektif bir referans olarak değerlendirilebilir.

EPIC sorgulama formunun Türkçe versiyonu, uluslararası çok merkezli araştırmalarda kültürler arası çeşitlilik içeren doğru bir ölçek olarak kabul edilebilir. Hastanın bakış açısına göre, EPIC sorgulama formu Türkçe versiyonu bireysel yöntemlerle ilişkili YK'ndeki farklılıklar hakkında bilgi vererek bir tedavi seçeneği belirleme konusunda önemli ipuçları sunabilir. Hastaların postoperatif durumla başa



çıkmalarına, uygun ve erken müdahalelerle komplikasyonların üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir.

Genel olarak, EPIC sorgulama formu hastalar tarafından kolay olarak doldurulmuş ve kabul görmüştür. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar orijinal form ile uyumludur ve Türkçe versiyonuyla eşdeğerlilik göstermektedir, yeterli güvenilirlik ve güvenilirliğe karşı yüksek duyarlılığa sahiptir.

Sağlıkla ilgili YK'si verileri, hasta tarafından yapılan veya eğitimli bir görüşmeci gerektiren anket araçlarıyla toplanır. Bazıları sağlıkla ilgili bir kuruluştaki bazıları ise bağımsız olarak evde veya telefonla tamamlanmaktadır. Yararlı bilgiler sağlamak için, bu tür ölçüm anketlerinin kapsamlı pilot testlerinden geçirilmeleri ve sağlam psikometrik özelliklere sahip oldukları gösterilmelidir.

Genel kullanım açısından EPIC sorgulama formu ürologlar ve onkologlar tarafından kullanılmaktadır ancak henüz yeteri kadar fazla yer bulamamış olarak gözükmektedir. Bu durum soru sayısının çok olması ve ileri hasta yaşı ile açıklanabilir. EPIC sorgulama formundaki soru sayısının fazla olması konsantrasyon ve uyumu sürdürmekte zorluk çeken bazı yaşlı veya düşkün hastalar için formu doldurmak zor olabilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Aaronson, N.K., Meyerowitz, B.E., Bard, M., Bloom, J.R., Fawzy, F.I., Feldstein, M., Fink, D., Holland, J.C., Johnson, J.E., Lowman, J.T. (1991). Quality of life research in oncology: Past achievements and future priorities. *Cancer*, 67: 839-843.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85 (5), 365-376.
- Acar, C., Schoffemeer, C.C., Tillier, C., de Blok, W., van Muilekom, E., van der Poel, H.G. (2014). Quality of life in patients with low-risk prostate cancer. A comparative retrospective study: brachytherapy versus robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus active surveillance. *J Endourol*, 28 (1):117-24.
- Adnan, G. (2001). *Adalet Kavramı*, 2. Baskı. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Derneği Yayınevi: 7-48.
- Adolfsson, J. (2003). Health-related quality-of life assessments in patients with advanced cancer of the prostate. *Pharmacoeconomics*, 21:241-247.
- Adolfsson, J. (2008). Watchful waiting and active surveillance: the current position. *BJU Int*, 102(1):10-4.
- Akarsu, B. (1999). *Immanuel Kant'ın Ahlak Felsefesi*, İstanbul: İnkilap Kitabevi.
- Akyol, A.D. (1993). Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9 (2): 75-80.
- Alexandre, N.M & Guirardello Ede, B. (2002). Cultural adaptation of instruments utilized in occupational health. *Rev Panam Salud Publica*, 11: 109-111.
- Almeida, O.P., Waterreus, A., Spry, N., Flicker, L., Martins, R.N. (2004). One year follow up study of the association between chemical castration, sex hormones, betaamyloid, memory and depression in men. *Psychoneuroendocrinology*, 29:1071-1081.
- Alpar, R. (2010). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık, s:377-385.
- Alpar, R. (2011). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Anand, P. (2005). Capabilities and health. *J Med Ethics*, 31:299-303.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Anderson, J.F., Swanson, D.A., Levy, L.B., Kuban, D.A., Lee, A.K., Kudchadker, R. (2009). Urinary side effects and complications after permanent prostate brachytherapy: The MD Anderson Cancer Center experience. *Urol*, 74:601-605.
- Anota, A., Mariet, A.S., Maingon, P., Joly, F., Bosset, J.F., Guizard, A.V., Bittard, H., Velten, M., Mercier, M. (2016). Cross-cultural adaptation and validation of the French version of the Expanded Prostate cancer Index Composite questionnaire for health related quality of life in prostate cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14:168.
- Altwein, J., Ekman, P., Barry, M., Biermann, C., Carlsson, P., Fossa, S., Kiebert, G., K uchler, T., McLeod, D., Porter, A., Steineck, G. (1997). How is quality of life in prostate cancer patients influenced by modern treatment? The Wallenberg Symposium. *Urology*, 49:66-76.
- Aristoteles (2020). *Eudemos'a Etik*. Eski Yunancadan eviren: Saffet Bab r, Ankara: BilgeSu Yayınları.
- Arli, S.K., Gurkan, A. (2017). Validity and reliability of Turkish version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain Questionnaire. *Cancer Nurs*, 40:224-229.
- Ash, D., Bottomley, D., Al-Qaisieh, B., Carey, B., Gould, K., Henry, A. (2007). A prospective analysis of long-term quality of life after permanent I-125 brachytherapy for localised prostate cancer. *Radiother Oncol*, 84, 135-139.
- Atıcı E. (2006). Ethical issues related to distribution of health resources. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 14:111-115.
- Atkinson T. (1981). *Public perceptions of the quality of life*. Perspective Canada III. Statistics Canada. Ottawa.
- Ateşci, F.., Oğuzhanoğlu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F.,  zdel, O., Karag z, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14:145-152.
- Aydın, E. (2001). *Tıp Etiğine Giriş*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Aydın, N. (2008). Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 22:1-33.
- Atıcı, E. (2008). Kanserın Tıp Etiği  lkeleri Bağlamında Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 16:127-138.
- Azambuja, L.E.O., Garrafa, V. (2015). The common morality theory in the work of Beauchamp and Childress, *Rev. Bio t*, 23 (3): 632-641.
- Babacan, G.A., am, O. (2008). Effects of Emotional Support-Focused Nursing Interventions on the Psychosocial Adjustment of Breast Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 9, 691-697.
- Bacon, C.G., Giovanucci, E., Testa, M., Kawachi, I. (2001). The impact of cancer treatment on quality of life outcomes for patients with localized prostate cancer. *J Urol*, 166:1804-1810.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bacon, C.G., Giovannucci, E., Testa, M., Glass, T.A., Kawachi, I. (2002) The association of treatment-related symptoms with quality-of-life outcomes for localized prostate carcinoma patients. *Cancer*, 94:862-871.
- Bademci, V. (2011). Kuder-Richardson 20, Cronbach'ın alfası, Hoyt'un varyans analizi, genellenirlik kuramı ve ölçüm güvenirliği üzerine çalışma. *Dicle Üniversitesi, Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17:173-193.
- Barocas, D.A., Cowan, J.E., Smith, J.A. Carroll, P.R. (2008). What percentage of patients with newly diagnosed carcinoma of the prostate are candidates for surveillance? An analysis of the CaPSURE database. *J Urol*, 180:1330– 1334.
- Başarıık, B. (2012). Fact-L (Functional Assessment Of Cancer Therapy–Lung) yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe sürümünün psikometrik özelliklerinin (Geçerlilik ve Güvenilirlik) ve klinikteki kullanımının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Bayram, N. (2013). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Bayoğlu Kına, F. (2018). W.D. Ross'un "Prima Facies Duty" Kavramı, *FLSF*, 25: 225-238.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. USA: 8<sup>th</sup> Ed., Oxford University Press.
- Befort, C.A., Zelefsky, M.J., Scardino, P.T., Borrayo, E., Giesler, R.B. Kattan, M.W. (2005). A measure of health-related quality of life among patients with localized prostate cancer: Results from ongoing scale development. *Clinical-Prostate-Cancer*, 4: 100-108.
- Billington, R. (2011). *Felsefeyi Yaşamak. Ahlak Düşüncesine Giriş*. Çeviri: Yılmaz, A. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, s. 198.
- Bolla, M., Van Tienhoven, G., Warde, P., Dubois, J.B., Mirimanoff, R.O., Storme, G., Bernier, J., Kuten, A., Sternberg, C., Billiet, I., Torecilla, J.L., Pfeffer, R., Cutajar, C.L., Van der Kwast, T., Collette, L. (2010). External irradiation with or without longterm androgen suppression for prostate cancer with high metastatic risk: 10-year results of an EORTC randomized study. *Lancet Oncol*, 11: 1066-1073.
- Borghede, G., Sullivan, M. (1996). Measurement of quality of life in localized prostatic cancer patients treated with radiotherapy: development of a prostate cancer specific module supplementing the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5: 212-222.
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. (2nd. Ed. 21: 57-60). Open University Press, Philadelphia.
- Brazier, J.E., Jones, N., Kind, P. (1993). Testing the validity of the EuroQol and comparing it with the SF-36 Health Survey questionnaire. *Quality of Life Research*, 2(3):169-171.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Brierley, J.D., Gospodarowicz, M. K., Wittekind C. (2017). *TNM classification of malignant tumors*. UICC International Union Against Cancer. (8th ed. 2016). Mottet, N., Bellmunt, J., Briers, E., Bolla, M., Bourke, L., Cornford, P., De Santis, M., Henry, A.M., Joniau, S., Lam, T.B., Mason, M.D. van der Poel, H.G., van der Kwast, T.H., Rouvière, O., Wiegel, T. *EAU ESTRO- SIOG Guidelines on Prostate Cancer*.
- Büken, N.Ö., Büken, E. (2002). Nedir Şu “Tıp Etiği” Dedikleri? *Sted*, 11 (1): 17-20.
- Büyüköztürk, Ş. (2005). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: PegemA Yayıncılık.
- Calais da Silva, F., Calais da Silva, F.M., Goncalves, F. (2014). Locally advanced and metastatic prostate cancer treated with intermittent androgen monotherapy or maximal androgen blockade: results from a randomised phase 3 study by the South European Urological Group. *Eur Urol*, 66:232-239.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients: a hypothesis. *J Med Ethics*, 10:124-127.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *Am Psychologist*, 31:117-124.
- Can, G. (2001). Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul.
- Cannata, H.D., Kirschenbaum A., Levine, C.A. (2012). Androgen deprivation therapy as primary treatment for prostate cancer. *J Clin Endoc Met*, 12:359-365.
- Catalona, W.J., Richie, J.P., Ahmann, F.R., Hudson, M.A., Scardino, P.T., Flanigan, R.C., deKernion, J.B., Ratliff, T.L., Kavoussi, L.R., Dalkin, B.L. (1994). Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicenter clinical trial of 6,630 men. *J Urol*, 51 (5):1283-1290.
- Carter, H.B., Ferrucci, L., Kettermann, A., Landis, P., Wright, E.J., Epstein, J.I., Trock, B.J., Metter, E.J. (2006). Detection of life-threatening prostate cancer with prostate-specific antigen velocity during a window of curability. *J Natl Cancer Inst*, 1;98 (21):1521-1527.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., Brannon, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11:570-579.
- Cevizci, A. (2008). *Felsefe*, Bursa, Sentez Yayıncılık.
- Cevizci, A. (2007). *Felsefe Ansiklopedisi*. Cilt.5, Ankara: Ebabil Yayınları. s. 807.
- Cevizci, A. (2013). *Uygulamalı Etik*. İstanbul: Say Yayınları. s.17-19.
- Chung, B.I., Sommer, G., Brooks, J.D. (2012). *Anatomy of the Lower Urinary Tract and Male Genitalia*. *Campbell-Walsh-Urology*, (10th Edition, chapter 2, pp 56-59), Alan, J., Wein, L.R., Kavoussi A.C., Novick, A.W., Partin, C.A. Philadelphia, W.B. Saunders Company.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Cubbon, J. (1991). The principle of QALY maximization as the basis for allocating health care sources. *J Med Ethics*, 17(4):181-184.
- Clark, J.A., Wray, N.P., Brody, B., Ashton, C.M., Giesler, R.B., Watkins, H. (1997). Dimensions of quality of life expressed by men treated for metastatic prostate cancer. *Soc Sci and Med*, 45: 1299-1309.
- Clark, J.A., Inui, T.S., Silliman, R.A., Bokhour, B.G., Krasnow, S.H., Robinson, R.A., Spaulding, M., Talcott, J.A. (2003). Patients' perceptions of quality of life after treatment for early prostate cancer. *J Clin Oncol*, 21:3777-3784.
- Constitution of the World Health Organization. (1948).
- Cox, D.R., Fitzpatrick, R., Fletcher, A.E., Gore, S.M., Spiegelhalter, D.J., Jones, D.R. (1992). Quality of life assessment: Can we keep it simple? *J. R. Statist Soc*, 155: 353-393.
- Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Derg*, 53: 248-253.
- Da Silva, F.C., Goncalves, F., Santos, A. (2005). Phase III study intermittent monotherapy versus continuous combined androgen deprivation: an international cooperative study. Program and Abstracts of the AUA: Annual Meeting; 21-26 (Abstract).
- Dahm, P., Silverstein, A.D., Weizer, A.Z., Young, M.D., Vieweg, J., Albala, D.M. Paulson, D.F. (2003). A longitudinal assessment of bowel related symptoms and fecal incontinence following radical perineal prostatectomy. *J Urol*, 169: 2220-2224.
- D'Amico, A.V., Chen, M.H., Renshaw, A.A., Loffredo, M., Kantoff, P.W. (2008). Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer; a randomized controlled trial. *JAMA*, 299 (3):289-295.
- David, M.B., Ronald, R., Robert, W.V. (2012). *Development, Molecular Biology, and Physiology of the Prostate. Campbell-Walsh-Urology*, (10th Edition, chapter 90, pp 2534-36), Alan, J., Wein, L.R., Kavoussi A.C., Novick, A.W., Partin, C.A. Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Davison, B.J., So, A.I., Goldenberg, S.L. (2007). Quality of life, sexual function and decisional regret at 1 year after surgical treatment for localized prostate cancer. *BJU Int*, 100 (4):780-785.
- Davis, J.W., Kuban, D.A., Lynch, D.F., Schellhammer, P.F. (2001). Quality of life after treatment for localized prostate cancer: differences based on treatment modality. *J Urol*, 166:947.
- Demirhan, E.A. (1995). *Lectures on Medical History and Medical Ethics*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 113-18.
- Degner, L.F., Sloan, J.A. (1992). Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol*, 45:941-950.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Deras, I.L., Aubin, S.M., Blase, A., Day, J.R., Koo, S., Partin, A.W., Ellis, W.J., Marks, L.S., Fradet, Y., Rittenhouse, H., Groskopf, J. (2008). PCA3: a molecular urine assay for predicting prostate biopsy outcome. *J Urol*, 179 (4):1587-1592.
- Dolan, P. (2001). Utilitarianism and the measurement and aggregation of quality-adjusted life years. *Health Care Analysis*, 2001;9(1):65-76.
- Donovan, K., Sanson-Fisher, R.W., & Redman, S. (1989). Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol*, 7 (7): 959-968.
- Edisan, Z., Kadioğlu, G.F. (2011). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Etik Açısından Bir Değerlendirme. *J Med Ethics*, 19 (1): 16-24.
- Edisan, Z., Kadioğlu, F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3 (3): 1-4.
- Ekmekçi, P.E., Arda, B. (2015a). Temel Etik Kuramlar Açısından Adalet ve Sağlık Hakkı Kavramlarının Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 23 (1): 6-21.
- Ekmekçi, P.E, Arda, B. (2015b). Yaşlılık ve Etik Sorunlar; Sağlık Hakkı, Özerkliğe Saygı İlkesi ve Aydınlatılmış Onam, *Türkiye Klinikleri, J Med Ethics* 23(2): 65-72.
- Enaury, A., Rebecca, M., Cassio, A. (2013). Validation of the Brazilian version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for patients submitted to radical prostatectomy. *Int Braz J Urol*, 39 (3): 344-352.
- Epstein, J.I., Allsbrook, W.C., Amin, M.B., Egevad, L.L. (2005). The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *The Am J Surg Pat*, 29 (9): 1228-1242.
- Epstein, J.I., Egevad, L., Amin, M.B., Delahunt, B., Srigley, J.R., Humphrey, P.A. (2015). The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. *Am J Surg Pathol*, 40 (2):244-252.
- Erdemir Demirhan, A., Şayligil Elçioğlu, Ö. (2000). Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları. Ankara: 1.Baskı, Türkiye Klinikleri Yayını.
- Erdemir, A.D., Oğuz, N.Y., Elçioğlu, Ö., Doğan, H. (2001). *Klinik Etik*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 9-25.
- Ertem, G. (2009). Awareness of cervical cancer risk factors and screening behaviour among nurses in a rural region of Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 10: 735-738.
- Eser, E. (2006). Sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birlik Dergisi*, 2: 1.
- Eser, E., Fidner, H., Fidaner, C., Yalçın Eser, S., Elbi, H., Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P DKRC. İSİ*, 7; 2.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*, 136: E359.
- Ferrans, C.E., & Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Resc Nurs & Health*, 15;1 29-38.
- Ferrer, M., Garin, O., Pera, J., Prats, J.M., Mendivil, J., Alonso, J., De Paula, B., Herruzo, I., Hervas, A., Macias, V., Mariño, A., Ortiz, M.J., Pastor, S., Ponce, De L.J, Sancho, G. (2009). Evaluation of the quality of life of patients with localized prostate cancer: validation of the Spanish version of the EPIC. *Med Clin*, 7;132 (4):128-135.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil*, 63: 56-59.
- Fitzpatrick R, Davey L, Buxton MJ, Jones DR. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess*, 2 (14):1-74.
- Fowler, C., Kirschner, M., Van Kuiken, D. Baas, L. (2007). Promoting self-care through symptom management: a theory-based approach for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*, 19 (5): 221-227.
- Giesler, R.B., Miles, B.J., Cowen, M.E., Kattan, M.W. (2000). Assessing quality of life in men with clinically localized prostate cancer: development of a new instrument for use in multiple settings. *Qual Life Res*, 9: 645-665.
- Gleason, D.F. (1992). Histologic grading of prostate cancer: a perspective. *Hum Path*, 23 (3):273-279.
- Green, H.J., Pakenham, K.I., Headley, B.C, Yaxley, J., Nicol, D.L., Mactaggart, P.N., Swanson, C., Watson, R.B., Gardiner, R.A. Altered cognitive function in men treated for prostate cancer with luteinizing hormone-releasing hormone analogues and cyproterone acetate: a randomized controlled trial. *BJU Int*, 90:427-432.
- Gökberk, M. (1974). *Felsefe Tarihi*. İstanbul: Bilgi Yayınevi.
- Guzelant, A., Goksel, T., Ozkok, S., Tasbakan, S., Aysan, T. Bottomley, A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care*, 13 (2): 135-144.
- Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2):343-367.
- Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I., Özyılkan, Ö. (2008). Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *UHOD*, 18 (2):99-106.
- Güngörmüş, Z., Bulut, E.Ö. (2014). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. *ACU Sağlık Bil Der*, 5 (1). 24-30.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Güvercin, C.H. (2007). *Türkiye'deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı*, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi Danışman Prof. Dr. Berna Arda.
- Haas, G.P., Delongchamps, N., Brawley. O.W., Wang, C.Y., de la Roza, G. (2008). The worldwide epidemiology of prostate cancer: perspectives from autopsy studies. *Can J Urol*, 15: 3866.
- Harlan, S.R., Cooperberg, M.R., Elkin, E.P., Lubeck, D.P., Meng, M., Mehta, S.S., Carroll, P.R. (2003). Time trends and characteristics of men choosing watchful waiting for initial treatment of localized prostate cancer: results from CaPSURE. *J Urol*, 170 (5):1804–1807.
- Harris, J. (1987). QALYfying the value of life. *J Med Ethics*, 13 (3):117-123.
- Heimsoeth, H. (2018). *Kant'ın Felsefesi*. Çeviri: Takiyettin Mengüşoğlu, Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Herr, H.W., & O'Sullivan, M. (2000). Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *J Urol*, 163:1743-1746.
- Hollenbeck, B.K., Wei, J.T., Sanda, M.G., Dunn, R.L., Sandler, H.M. (2004). Neoadjuvant hormonal therapy impairs sexual outcome among younger men who undergo external beam radiotherapy for localized prostate cancer. *Urology*, 63, 946- 950.
- Higginson, I.J., & Carr, A.J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322 (7297):1297-1300.
- Hirskyj, P. (2007). QALY: Anethical issue that dare not speak its name. *Nurs Ethics*, 14 (1):72-82.
- Hu, J.C., Kwan, L., Saigal, C.S., Litwin, M.S. (2003). Regret in men treated for localized prostate cancer. *J Urol*, 169:2279-2283.
- Hu, J.C., Elkin, E.P., Krupski, T.L., Gore, J. Litwin, M.S. (2006). The effect of postprostatectomy external beam radiotherapy on quality of life: results from the Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor. *Cancer*, 107: 281-288.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*, 15 (3 Pt 1):221-229.
- Hyder, A.A., Morrow, R.H. (2006). *Measures of health and disease in populations*. In: Merson MH, Black RE, Mills A, eds. *Inter national public health: disease, programs, systems, and policies*, 2nd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 1-42.
- Iseron, K.V. (1999) Principles of Biomedical Ethics, *Emergency Medicine Clinics*, 17(2): 283-306.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Işık, A., Metin, M. (2010). Hayatın Kalitesi (Quality of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. *Ege Akademik Bakış*, 10 (1): 421-434.
- Jayadevappa, R., Chhatre, S., Whittington, R., Bloom, B.S., Wein, A.J., Malkowicz, S.B. (2006). Health related quality of life and satisfaction with care among older men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy. *BJU Int*, 97:955-962.
- Johansson, E., Steineck, G., Holmberg, L., Johansson, J.E., Nyberg, T., Ruutu, M., Bill-Axelsson, A. (2011). Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *Lancet Oncol*, 12 (9):891-899.
- Kahyaoğlu, H.S. (2009). Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi: EQ5D ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Kalaycı, Ş., Albayrak, A. S., Eroğlu, A., Küçüksille, E., Ak, B., Karaatlı, M., et al. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kant, I. (1999). *Pratik Aklın Eleştirisi*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Çeviri Dizisi. 3. Baskı, Çevirmen; İoanna Kuçuradi, s.120.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS ve AMOS 23 Uygulamaları*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kiebert, G.M. & Kaasa, S. (1996). Quality of life in clinical trial: experience and perspective of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 20:91-96.
- Kim, J.S., & Kim, I.S. (2011). Current treatment strategies for castration-resistant prostate cancer. *Korean J Urol*, 11;52 (3):157-165.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği, romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 2.
- Konski, A., Sherman, E., Krahn, M., Bremner, K., Beck, J.R., Watkins-Bruner, D., Pilepich, M. (2005). Economic analysis of a phase III clinical trial evaluating the addition of total androgen suppression to radiation versus radiation alone for locally advanced prostate cancer (Radiation Therapy Oncology Group protocol 86-10). *Int J Radiat Oncol Bio. Phys*, 63: 788-794.
- Krahn, M., Bremner, K.E., Tomlinson, G., Ritvo, P., Irvine, J., Naglie, G. (2007). Responsiveness of disease-specific and generic utility instruments in prostate cancer patients. *QoL Life Res*, 16: 509-522.
- Kucukdeveci, A.A., McKenna, S.P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., Arasil, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*, 23 (1): 31-38.
- Kumar, R.J., Barqawi, A., Crawford, E.D. (2005). Adverse events associated with hormonal therapy for prostate cancer. *Rev Urol*, 7 (Suppl 5): S37-43.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M.C., Demir, A. (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Derg*, 27 (3):149-153.
- Kyung, J.C., Jung J.K., Soo, H.L. Tae, H.K., Deok, H.H., Sung, W.L. (2010). Development and Validation of the Korean Version of Expanded Prostate Cancer Index Composite: Questionnaire Assessing Health-Related Quality of Life after Prostate Cancer Treatment. *Korean J Urol*, 51:601-612.
- La Puma, J., Lawlor, E.F. (1990). Quality-adjusted life years. Ethical implications for physicians and policy makers. *Jama*, 263 (21):2917-2921.
- Lazovich, D., Robien, K., Cutler, G., Virnig, B., Sweeney, C. (2009). Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. *Cancer*, 115 (18 Suppl):4283-4297.
- Lau, R.R., & Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psyc*, 2:167-185.
- Lee, T.K., Poon, M.C., Anthony, C.F., Ho, T., Singh-Carlson, S., Joffres, M., Oshan, G., Kohli, J., Kwan, W. (2018). Cultural adaptation and validation of the Chinese version of the expanded prostate cancer index composite. *Asia-Pac J Clin Oncol*, 14:10–15.
- Levine, R.J. (1996). *Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective*. In: Spilker, B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. (2nd ed. 51:489-95). Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers.
- Litwin, M.S. (1994). Measuring health related quality of life in men with prostate cancer. *J Urol*, 152:1882-1887.
- Litwin, M.S., Hays, R.D., Fink, A., Ganz, P.A., Leake, B., Leach, G.E., Brook, R.H. (1995). Quality-of-life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA*, 273:129-135.
- Litwin, M.S., Hays, R.D., Fink, A., Ganz, P.A., Leake, B., Brook, R.H. (1998a). The UCLA Prostate Cancer Index: development, reliability, and validity of a healthrelated quality of life measure. *Med Care*, 36: 1002-1012.
- Litwin, M.S., Shpall, A.I., Dorey, F., Nguyen, T.H. (1998b). Quality-of-life outcomes in long-term survivors of advanced prostate cancer. *Am J Clin Oncol*, 21:327-332.
- Long, PH. (1960). On the quantity and quality of Life. *Med Times*, 88:613-619.
- Lowrance, W.T., Elkin, E.B., Yee, D.S., Feifer, A., Ehdaie, B., Jacks, L.M., Atoria, C.L., Zelefsky, M.J., Scher, H.I., Scardino, P.T., Eastham, J.A. (2011). Locally advanced prostate cancer: a population-based study of treatment patterns. *BJU Int*, 109: 1309-1314.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Malak Arzu, T., Yılmaz, D., Tuna, A., Babacan Gümüş, A., San Turgay A. (2010). Relations between breast and cervical cancer prevention behaviour of female students at a school of health and their healthy life style. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 11: 53-56.
- Mantzavinis, G.D., Trikalinos, T.A., Dimoliatis, I.D., Ioannidis, J.P. (2006) Self-reported health in high and very high incomes. *Qual Life Res*, 15 (3): 547-558.
- Mark, S., Litwin, R.D., Hays, A.F., Patricia, A. Ganz, B.L., Robert, H.B. (1998). The UCLA Prostate Cancer Index: Development, Reliability, and Validity of a Health-Related Quality of Life Measure. *Med Care*, 36 (7):1002-1012.
- Marra, C.A., Woolcott, J.C., Kopec, J.A., Shojania, K., Offer, R., Brazier, J.E., Esdaile, J.M., Anis, A.H. (2005). A comparison of generic, indirect utility measures (the HU I2, HU I3, SF-6D, and the EQ-5D) and disease-specific instruments (the RA QoL and the HAQ) in rheumatoid arthritis). *Soc Sci Med*, 60 (7):1571-1582.
- Maxwell, V.M., & Peter, R.C. (2012). *Treatment of locally advanced prostate cancer. Campbell-Walsh-Urology*, (10th Ed., chapter 107, 2903-20). Alan, J., Wein, L.R., Kavoussi, A.C., Novick, A.W., Partin, C.A. Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Menon, M., Shrivastava, A., Kaul, S., Badani, K.K., Fumo, M., Bhandari, M., Peabody, J.O. (2007). Vattikuti Institute prostatectomy: contemporary technique and analysis of results. *Eur Urol*, 51:648-658.
- Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Michalski, J., Pisansky, T., Lawton, C., Potters, L., Kuban, D. (2012). *Prostate Cancer. Clinical Radiation Oncology* (third ed., chapter 51, pp 1059–1073), *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*.
- Miles, B.J., Giesler, B., Kattan, M.W. (1999). Recall and attitudes in patients with prostate cancer. *Urology*, 53:169-174.
- Mill, J.S. (2003). *Utilitarianism and on Liberty*. ed. Mary Warnock, Malden, s. 186.
- Mottet, N., Bellmunt, J., Briers, E., Bolla, B., Bourke, L., Cornford, P., De Santis, M., Henry, A.M., Joniau, S., Lam, T.B., Mason, M.D., van der Poel, H.G., van der Kwast, T.H., Rouvière, O., Wiegel, T. (2017). EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer.
- Muir, C.S., Nectoux, J., Staszewski, J. (1991). The epidemiology of prostatic cancer: geographical distribution and time trends. *Acta Oncol*, 30: 133-140.
- Munson, R. (2012). *Intervention and reflection*. 9th ed. Boston: Wadsworth; p.90-115.
- Newton, F.J., Burney, S., Millar, J.L., Frydenberg, M., Ng, K.T. (2006) Disease-specific quality of life among patients with localized prostate cancer: an Australian perspective. *BJU Int*, 97 (6): 1179-1183.
- Oğuz, N.Y., Tepe, H., Büken, N.Ö. Kucur, D.K. (2005). *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*, 1. Baskı. Ankara Türk Felsefe Kurumu;19-21.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Osoba, D. (1994). Lesson learned from measuring health – related quality of life in oncology. *J Clin Oncol*, 12:608-616.
- Ost erfeld, E. (1994). *Aristotle on the good life and quality of life*. In: Nordenfelt, L. (ed. pp19-34), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam, Kluwer.
- Öngören, B. (2015). Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 34.
- Özer-Canlı, Z. (2002). Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde "McCorkle ve Young'ın semptomlar dan rahatsızlık duyma ölçeği" ve "Ferrans ve Powers yaşam kalitesi ölçeği"nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması. (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öztürk Türkmen, H. (2014). Hekim-Hasta İlişkisinde Haklar ve Sorumluluklar. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5 (1): 1-13.
- Pearce, N.J., Sanson-Fisher, R., Campbell, H.S. (2008). Measuring quality of life in cancer survivors: a methodological review of existing scales. *Psychooncology*, 17 (7): 629-640.
- Peeters, S.T., Heemsbergen, W.D., Koper, P.C., van Putten, W.L., Slot, A., Dielwart, M.F., Bonfrer, J.M., Incrocci, L., Lebesque, J.V. (2006). Dose-response in radiotherapy for localized prostate cancer: results of the Dutch multicenter randomized phase III trial comparing 68 Gy of radiotherapy with 78 Gy. *J Clin Oncol*, 24 (13):1990-1996.
- Penson, D.F., Feng, Z., Kuniyuki, A., McClerran, D., Albertsen, P.C., Deapen, D., Gilliland, F., Hoffman, R., Stephenson, R.A., Potosky, A.L., Stanford, J.L. (2003). General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer. What influences outcomes? Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Clin Oncol*, 21:1147-1154.
- Penson, D.F., McLerran, D., Feng, Z., Li, L., Albertsen, P.C., Gilliland, F.D., Hamilton, A., Hoffman, R.M., Stephenson, R.A., Potosky, A.L., Stanford, J.L. (2005). Five-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Urol*, 173 (5):1701-1705.
- Pieper, A. (1999). *Etiğe Giriş*. Çeviri: Atayman, V., Sezse, G. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Potosky, A.L., Reeve, B.B., Clegg, L.X, Hoffman, R.M., Stephenson, R.A., Albertsen, P.C., Gilliland, F.D., Stanford, J.L. (2002). Quality of life following localized prostate cancer treated initially with androgen deprivation therapy or no therapy. *J Natl Cancer Inst*, 20:94:430-437.
- Presti, J.C., Kane, C.J., Shinohara, K., Carroll, P.R. (2012). *Neoplasms of the Prostate Gland*; (17th ed. pp 356) Tanagho EA, McAninch JW (eds): *Smith's General Urology*, Mc Graw Hill Lange.
- Reilly, M.C., Zbrozek, A.S., Dukes, E.M. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*, 4:353-365.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Report of the WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. (1989). WHO Technical Report Series No. 804 (1990; 76 pages.
- Robinson, P.G., Carr, A.J., Higginson, I.J. (2003). *How to choose a quality of life measure*. In: Higginson IJ, Carr AJ, Robinson, PG, eds. *Quality of Life*. 1st ed. London: BMJ Publishing Group, 88-100.
- Rodgers, J.K., Sawhney, R., Chaudhary, U., Bissada, N.K. (2006). Quality of life in men with localized prostate cancer treated by radical prostatectomy or radiotherapy. *Arch Androl*, 52: 129-133.
- Rosenfeld, B., Roth, A.J., Gandhi, S., Penson, D. (2004). Differences in healthrelated quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer. *Psychooncology*, 13:800-807.
- Roth, A. J., Rosenfeld, B., Kornblith, A. B., Gibson, C., Scher, H. I., Curley-Smart, T., Holland, J.C., Breitbart, W. (2003). The memorial anxiety scale for prostate cancer: Validation of a new scale to measure anxiety in men with prostate cancer. *Cancer*, 97 (11): 2910–2918.
- Roth, A., Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Warshowski, A., O’Shea, N., Scher, H., Holland, J.C., Slovin, S., Curley-Smart, T., Reynolds, T., Breitbart, W. (2006). Assessing anxiety in men with prostate cancer: Further data on the reliability and validity of the memorial anxiety scale for prostate cancer (MAX-PC). *Psychosomatics*, 47 (4): 340–347.
- Ritvo, P., Irvine, J., Naglie, G., Tomlinson, G., Bezjak, A., Matthew, A., Trachtenberg, J., Krahn, M. (2005). Reliability and validity of the PORPUS, a combined psychometric and utility-based quality-of-life instrument for prostate cancer. *J Clin Epidem*, 58: 466-474.
- Saka Ö, Fidan D, & Yıldırım HH. (2006). Using quality of life measures in health economics. *Sağlıkta Birikim*, 1 (2):14-20.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24 (2):91-96.
- Scattoni, V., Raber, M., Abdollah, F., Roscigno, M., Dehò, F., Angiolilli, D., Maccagnano, C., Gallina, A., Capitanio, U., Freschi, M., Doglioni, C., Rigatti, P., Montorsi, F. (2010). Biopsy schemes with the fewest cores for detecting 95% of the prostate cancers detected by a 24-core biopsy. *Eur Urol*, 57:1-8.
- Schroeck, F.R., Donatucci, C.F., Smathers, E.C., Sun, L., Albala, D.M., Polascik, T.J., Moul, J.W., Krupski, T.L. (2008). Defining Potency: A Comparison of the International Index of Erectile Function Short Version and the Expanded Prostate Cancer Index Composite. *Cancer*, 113 (10): 2687-2694.
- Sherbourne, C.D., Meredith, L.S., Rogers, W., Ware, J.E. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Qual Life Res*, 1 (4): 235-246.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Shrader-Bogen, C.L., Kjellberg, J.L., McPherson, C.P., Murray, C.L. (1997). Quality of life and treatment outcomes: prostat carcinoma patients' perspectives after prostatectomy or radiation therapy. *Cancer*, 79:1977-1986.
- Siston, A., Knight, S., Slimack, N., Chmiel, J.S., Nadler, R.B., Lyons, T.M., Kuzel, T.M., Moran, E.M., Sharifi, R., Bennett, C.L. (2003). Quality of life after a diagnosis of prostate cancer among men of lower socioeconomic status: results from the Veterans Affairs Cancer of the Prostate Outcomes Study. *Urology*, 5:172-178.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S., Skovlund, E., Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core. *Qual Lif Ques*, 49:27-34.
- Smith, M.R., Boyce, S.P., Moynour, E., Duh, M.S., Raut, M.K., Brandman, J. (2006). Risk of clinical fractures after gonadotropin-releasing hormone agonist therapy for prostate cancer. *J Urol*, 175:136-139.
- Soloway, M.S., Soloway, C.T., Eldefrawy, A., Acosta, K., Kava, B., Manoharan, M. (2010). Careful selection and close monitoring of low-risk prostate cancer patients on active surveillance minimizes the need for treatment. *Eur Urol*, 58 (6):831-835.
- Spry, N.A., Kristjanson, L., Hooton, B., Hayden, L., Neerhut, G., Gurney, H., Corica, T., Korbel, E., Weinstein, S., McCaul, K. (2006). Adverse effects to quality of life arising from treatment can recover with intermittent androgen suppression in men with prostate cancer. *Eur J Cancer*, 42:1083-1092.
- Stacy, Loeb., Herbert, B.C. (2012). *Early Detection, Diagnosis, and Staging of Prostate Cancer*. *Campbell-Walsh-Urology*, (10th Edition, chapter 99, 2763-69), Alan, J., Wein, L.R., Kavoussi A.C., Novick, A.W., Partin, C.A.), Philadelphia, W.B. Saunders Company.
- Steineck, G., Helgesen, F., Adolfsson, J., Dickman, P.W., Johansson, J.E., Norlén, B.J., Holmberg, L. (2002). Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med*, 347 (11): 790–796.
- Stockler, MR, Osoba, D., Corey, P., Goodwin, P.J., Tannock, İ.F. (1999). Convergent discriminative, and predictive validity of the Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument (PROSQOLI) assessment and comparison with analogous scales from the EORTC QLQ-C30 and a trial-specific module. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Core Quality of Life Questionnaire. *J Clin Epidemiol*, 52: 653-666.
- Strull, W.M., Lo, B., Charles, G. (1984). Do patients want to participate in medical decision-making? *JAMA*, 252:2990–2994.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Ally and Bacon.
- Tahamiler, R., Edizer, D.T., Çanakçıoğlu, S. (2006). Quality of life in Allergic Rhinitis. *Türkiye Klinikleri, J Int Med Sci*, 2 (6):31-34.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Takenaka, A., Murakami, G., Soga, H., Han, S.H., Arai, Y., Fujisawa, M. (2004). Anatomical analysis of the neurovascular bundle supplying penile cavernous tissue to ensure a reliable nerve graft after radical prostatectomy. *J Urol*, 172:1032-1035.
- Tanagho, E.A., & Nguyen. H.T. (2008). *Embryology of the genitourinary system*, in Tanagho, E.A., & McAninch, J.W. (eds): *Smith's General Urology*, (17 ed., pp 21-22), Mc Graw Hill Lange.
- Tannock, I.F. (1990). Management of breast and prostate cancer: How does quality of life enter the equation? *Oncology*, 4:149.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol*, 55 (1): 99-109.
- Tepe, H. (1992). *Etik ve Metaetik, 20. Yüzyıl Felsefesinde Normatiflik Sorunu*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayını.
- Tepe, H. (2011). *Etik Metaetik. 2. Baskı*, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, Türk Felsefe Dizisi, s.88.
- Tezcan, S. (2017). *Epidemiyoloji'nin Tanımı-Stratejileri Epidemiyolojik Araştırmaların Sınıflandırılması*. In: Tecan S. (Ed). *Temel Epidemiyoloji*. Birinci Baskı, Hipokrat Kitabevi, s. 6-12.
- Thier, S.O. (1992). Forces motivating the use of health status assessment measures in clinical settings and related clinical research. *Med Care*, 30 (5 Suppl), MS15-22.
- Tosoian, J.J., Trock, B.J., Landis, P., Feng, Z., Epstein, J.I., Partin, A.W., Walsh, P.C., Carter, H.B. (2011). Active surveillance program for prostate cancer: an update of the Johns Hopkins experience. *J Clin Oncol*, 29 (16):2185-2190.
- Trew, M. & Maguire, P. (1982). *Further comparison of two instruments for measuring quality of life in cancer patients*. In *Quality of Life*, Beckman, J. (ed. p. 111). Proc. Third Workshop of the EORTC Study Group on Quality of Life, Paris.
- Tuğcu, T. (2000). *Batı Felsefe Tarihi*. İstanbul: Alesta Yayınları.
- Tulsky, D.A. (1990). An introduction to test theory. *Oncology*, 4:43.
- Umbuhr, M.H., Bachmann, L.M., Poyet, C., Hammerer, P., Steurer, J., Puhan, M.A., Frei, A. (2018). The German version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC): translation, validation and minimal important difference estimation. *Asia-Pac J Clin Oncol*, 14:10–15.
- Xu, J., Dailey, R.K., Eggly, S., Neale, A.V., Schwartz, K.L. (2011). Men's perspectives on selecting their prostat cancer treatment. *J Natl Med Assoc*, 103:468–478.
- Vallerand, A.H., & Payne, J.K. (2003). *Theories and conceptual models to guide quality of live related research*. *Quality of live*. (pp 45-52). CR King & PS Hinds, Jhons and Bartlett.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- van Andel, G., Bottomley, A., Fossa, S.D., Efficace, F., Coens, C., Guerif, S., Kynaston, H., Gontero, P., Thalmann, G., Akdas, A., D'Haese, S., Aaronson, N.K. (2008). An international field study of the EORTC QLQ-PR25: a questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. *Eur J Cancer*, 44 (16):2418-2424.
- Van Vugt, H.A., Roobol, M.J., van der Poel, H.G., van Muilekom, E.H., Busstra, M., Kil, P., Oomens, E.H., Leliveld, A., Bangma, C.H., Korfage, I., Steyerberg, E.W. (2012). Selecting men diagnosed with prostate cancer for active surveillance using a risk calculator: a prospective impact study. *BJU Int*, 110 (2):180-187.
- Visser, A., van Andel, G., Willems, P., Voogt, E., Dijkstra, A., Rovers, P., Goodkin, K., Kurth, K.H. (2003). Changes in healthrelated quality of life of men with prostate cancer 3 months after diagnosis: the role of psychosocial factors and comparisment with benign prostate hyperplasia patients. *Pat Edu Couns*, 49:225-232.
- Wallston, K.A. (2004). *Control and Health. Encyclopedia of health & behaviour*. NB Anderson. Thousand Oaks, Californien, Sage: 217-220.
- Walsh, P.C., DeWeese, T.L., & Eisenberger, M.A. (2001). A structured debate: immediate versus deferred androgen suppression in prostate cancer evidence for deferred treatment. *J Urol*, 166:508-515.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30 (6): 473-483.
- Wei, J.T., Dunn, R.L., Litwin, M.S., Sandler, H.M., Sanda, M.G. (2000). Development and validation of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*, 56, 899-905.
- Wiygul, J.B., Harris, M.J. Dahm, P. (2005). Early patient self-assessed outcomes of nerve-sparing radical perineal prostatectomy. *Urology*, 66, 582-586.
- Wong, F., Stewart, D., Dancey, J., Meana, M., McAndrews, M.P., Bunston, T., Cheung, A.M. (2000). Men with prostate cancer influence of psychological factors on informational needs and decision-making. *J Psych Res*, 49:13-19.
- World Health Organization. (1993). *Measuring quality of life: The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva.
- World Health Organizadon. (1992). *Report of the Meeting for the Training of VHOQOL Focus Group Moderators*. Geneya: WHO (MNH/PSF/92.9), Health Organization.
- Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A.D., Cetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi*, 21:13-31.

## **KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)**

- Yıldız, E., Dedeli, Ö., Çınar, P.S. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (3): 216-225.
- Yount, S., Cella, D., Banik, D., Ashraf, T., Shevrin D. (2003). Brief assessment of priority symptoms in hormone refractory prostate cancer: The FACT Advanced Prostate Symptom Index (FAPSI). *Health Qual Life Outcomes*, 1: 69.
- Zeliadt, S.B., Moinpour, C.M., Blough, D.K., Penson, D.F., Hall, I.J., Smith, J.L., Ekwueme, D.U., Thompson, I.M., Keane, T.E., Ramsey, S.D. (2010). Preliminary treatment considerations among men with newly diagnosed prostate cancer. *Am J Manag Care*, 16: e121-130.