

Remisyonda testis kanseri hastalarında cinsel doyum ve yaşam kalitesi*

Ahmet TİRYAKİ,¹ Evrim ÖZKORUMAK,² Filiz CİVİL ASLAN,³ Ali Aydın YAVUZ⁴

ÖZET

Amaç: Genç erkek hastaları etkileyen ve iyi prognoza sahip olan testis kanserli hastaların sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışmada testis kanseri tanısı konmuş, remisyonda izlenen Evre I seminom olgularında anksiyete ve depresyon düzeylerini, yaşam kalitesini, cinsel işlevleri değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Örneklem Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi'nde izlenmekte olan tümü tek taraflı orşiektomili Evre I remisyonda 15 seminom hastasından oluşmaktadır. Tüm hastalar tek taraflı orşiektomili Evre I seminomdur. Çalışma grubu yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumları bakımından eşleştirilmiş eşit sayıda kontrol grubu ile sosyodemografik veriler ve BAÖ, BDÖ, GRCDÖ, EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0 ölçeklerini içeren klinik ölçeklerle karşılaştırılmıştır. Çalışma olgu kontrol çalışması olarak düzenlenmiştir. **Sonuçlar:** Evre I testis kanseri nedeni ile aynı protokole göre radyoterapi ve cerrahi tedaviler uygulanmış, ortalama remisyon süreleri 25.6 ± 19.5 ay olan bir grup hasta ($s=15$) kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Klinik değerlendirmede cinsel işlev, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinde örneklem grubu ile kontrol grubu açısından istatistiksel fark bulunmamıştır. **Tartışma:** Standart tedavi sonrası remisyona giren Evre I seminom hastalarının yaşam kalitesi, cinsel işlevler açısından sağlıklı kontrollerle arasında fark bulunmaması, örneklemin erken evre remisyonda seminom hastalarında oluşmasına ve örneklemin küçüklüğüne bağlanabilir. Bu sonuçlar ileri çalışmaları için öngörücü olabilir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:233-238)

Anahtar sözcükler: Testis kanseri, cinsellik, yaşam kalitesi

Sexual satisfaction and quality of life in cured testicular cancer

ABSTRACT

Objective: The testicular cancer affecting young male has good prognosis, so led to increasing number of cancer survivors. Thus, the aim of this study is to assess level of depression and anxiety symptoms, quality of life, sexual function in cured stage I seminoma patients and to compare them with healthy controls. **Methods:** The sample consists of 15 cured testicular cancer patients of whom followed in Radiation Oncology Department in Karadeniz Technical University, Medical School Hospital. All patients are stage I seminoma with unilateral orchiectomy. The patient group was compared in means of sociodemographic data and clinical assessment measures including BAS, BDS, GRISS, EORTC QLQ-C30 version 3.0 with the control group matched in age, level of educational, marital status and occupation. The study was designed as case control study. **Results:** The patients ($n=15$) with average remission length of 25 ± 19.5 months who completed radiotherapy and surgical therapy with respect to same protocol for stage I testicular cancer were compared with control group matched in age, level of education-

* 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹ Yrd.Doç.Dr., ³ Arş.Gör.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon

² Uzm.Dr., Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

⁴ Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Adana

Yazışma adresi/Address for correspondence

Uzm Dr. Evrim ÖZKORUMAK, Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, 53100, Rize

E-mail: evrimozkorumak@yahoo.com

al, marital status and occupation. In clinical assessment no statistical difference in sexual function, life quality, depression and anxiety level was found between study sample and control group. **Discussion:** Stage I cured seminoma patients do not experience psychosocial problems. Indifference in quality of life, sexuality might be attributed to sample consisting of solely stage I cured seminoma patients and smallness of the sample. These results may be a prediction for forthcoming studies. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:233-238)

Key words: testicular cancer, sexuality, quality of life

GİRİŞ

Testis tümörleri, 15-35 yaş arasındaki erkeklerde en sık görülen kötü huylu tümördür.¹ Testis tümörleri %90 ve üzerinde 5 yıllık sağ kalım oranıyla iyi bir prognoza sahiptir.² Testis tümörlerinin %90-95'i germinal dokudan kaynaklanır. Bu grupta seminom %40 ile en sık görülen tümördür.^{3,4} Evre I seminomda orşiektomiye izleyen radyoterapiyle kür oranı %99'dur.⁵ Bu nedenle tedaviyle remisyonla girmiş seminom hastaları hastalığın zihinsel durum, cinsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini çalışmak için ideal grubu temsil edebilir.

Bu kanser türü erkeğin yaşamında cinsellik, kimlik ve fertilitenin ön planda olduğu dönemde ortaya çıkar. Tedavi sonrası iyileşme oranları genelde iyi olmasına karşın cinsel işlevler, cinsel kimlik ve fertilitenin üzerine etkileri bu grupta büyütülerek yaşanır.⁶ Diğer kanserlere göre testis kanserlerinin psikososyal etkileriyle ilgili daha az çalışma yapılmıştır. Son 10 yılda testis kanserinin yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri araştırılmaya başlanmıştır. Testis kanseri olan erkeklere tanı ve tedavi sonrası cinsel işlevler ve cinsel kimlikle ilgili değişimler sorulduğunda kanserin erkekliği ve cinselliği hem baskıladığı, hem de güçlendirdiği biçiminde iki yönlü olarak değerlendirmeler bulunduğu görülmektedir. Maskülinite üzerine söylenenler anatomik bütünlüğün erkeklikle eşdeğer tutulmasının önemini belirlemektedir.⁶ Testis kanseri nedeni ile tedavi olup düzelenlerde normallere göre yüksek oranda anksiyete bozukluğu görülmektedir. Depresyon oranının normal popülasyona göre değişiklik göstermediği, cinsel işlevlerin ise kısmen farklılaştığı belirtilmektedir.⁷ Yüz iki testis kanserli hastada yapılan bir çalışmada, tedavi sonrası 5 yıl içinde %14 oranında anksiyete bozuklukları, %9 oranında depresyon geliştiği gösterilmiştir.⁸ Bu bozuklukların ortaya çıkışı sağlık durumu ile ilgili kaygılar, hastalığın yinelenmesi korkusu, işsizlik ve ekonomik zorluklarla ilişkilidir.⁷ Kendini değerlendirme ölçekleriyle yapılan çalışmalarda testis kanserli hastalarda sağlıklı kontrollere göre anksiyete puanlarında belirgin, depresyon puanlarında hafif yükseklik bulunmuştur.^{9,10} Ayrıca cinsellik ve üreme işlevi

ile ilgili durumlar yetersizlik, umutsuzluk ve depresyon duygularını etkileyebilir. Remisyonunda olan testis kanserli hastalarda basit tarama testlerinin ek anksiyete bozukluklarının saptanmasında kullanılabileceği yönünde öneriler sunulmaktadır.⁷ Tedavi olan testis kanserli hastalarda yaşam kalitesini düşüren en önemli unsurlar infertilite sorunları ve cinsel işlev bozukluğudur. Testis kanseri nedeni ile tedavi görüp düzelmiş olanlarda yaşam kalitesi ana boyutlarda değerlendirildiğinde, grup düzeyinde yaşam kalitesinin normallerden farklı olmadığı söylenebilir. Tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir fark yaratmadığı düşünülmektedir. Testis kanseri için tedavi olacakların yaşam kalitelerinin iyi olacağı ruhsal ve fiziksel uzunlamasına etkilerinin düşük risk taşıdığı kabul edilmektedir.¹¹ Bu çalışma, testis kanserinin ruhsal belirtiler, hastalık ve tedavilerle ilişkili ruhsal süreçler ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda remisyonunda testis kanseri nedeni ile izlenmekte olan 27 olgunun tümünün alınması planlanarak Ocak-Haziran 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma dönemi boyunca izlemde olan hastalardan 15'i çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Hastaların tümü remisyonunda tek taraflı orşiektomili Evre I seminom olgularıdır. Remisyonunda hastalar yerel, bölgesel ve uzak parankimal metastazı olmayanlar biçiminde tanımlanmaktadır. Çalışmaya alınan remisyonunda hasta sayısına eşit sayıda, üreme organları ve cinsel işlevler bakımından sağlıklı bireylerden toplum tabanlı kontrol grubu oluşturulmuştur. Kontrol grubu çalışma grubu ile yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumları bakımından eşleştirilmiştir. Araştırma kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak düzenlenmiştir. Bilgilendirilmiş onamı imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden, remisyonunda testis kanseri hastaları ve kontroller çalışmada kullanılacak kendini değerlendirme ölçeklerini okuyup

anlayacak yeterlilikte iseler çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamış kabul edilmiştir. Bu amaçla ilköğretim mezunu olmak yeter şart kabul edilmiştir. Çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Etik Kurul onay alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Sosyodemografik veriler

Sosyodemografik ve tıbbi durumlarına ait veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formuyla elde edildi. Ankette cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, yaşadığı yer, meslek, son bir yıl içinde çalışma durumu, ne zaman hastalık tanısı konduğu, hastalık tanısı konduğunda medeni durumu, kanserin evresi, cerrahi müdahale olup olmadığı, radyoterapi ve kemoterapi alıp almadığı, ne zamandan itibaren remisyonda olduğu sorgulandı.

Klinik değerlendirme ölçekleri

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşlarının¹² geliştirdiği ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları¹³ tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Yirmi bir belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ölçeğin kesme puanları araştırmalarda farklılık göstermekle beraber, klinik depresyonu belirlemede 17 puanın yeterli olabileceği belirtilmektedir. Beck ve arkadaşlarının¹⁴ geliştirdiği ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli¹⁵ tarafından yapılmıştır.

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ): Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Cinsel doyumu değerlendirmenin yanında, sertleşme bozukluğu, erken boşalma, anorgazmi, vajinismus, cinsel ilişki sıklığı, iletişim, cinsel doyum, bedensel temas ve kaçınma alt testlerine ilişkin puanlar da elde edilebilmektedir.^{16,17} Türkçe standardizasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul ve arkadaşları¹⁸ tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada erkek formu kullanılmıştır.

EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization For Research and Treatment of Cancer Quality of Life) (EORTC QLQ-C30) (version 3). Aaronson ve arkadaşları¹⁹ tarafından geliştirilen ölçek 30 maddeden, işlevsel ve belirti ölçeği olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Beş işlevsel çizelge ve üç belirti çizelgesini 30 soru ile değerlendiren çok boyutlu bir ankettir. İşlevsel çizelgeler fiziksel, rol, bilişsel, duygusal ve toplumsal işlevleri içermektedir. Belirti çizelgelerinde ise halsizlik, ağrı ve bulantı kusma değerlendirilmektedir. Ayrıca dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, kabızlık, ishal ve maddi zorluk durumu birer soru ile ölçülmektedir. İşlevsel çizelgedeki yüksek puan iyi sağlık durumunu gösterirken, belirti çizelgesindeki yüksek puan belirtinin fazlalığını gösterir.

İstatistiksel değerlendirme

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. İki grubun (remisyonda olan testis kanserli hastalar ve kontrol grubu) ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda ANOVA testi (post hoc olarak Bonferroni testi), normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi (post hoc olarak Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Niteliksel verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler yüzde olarak gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Anlamlılık düzeyi çoklu karşılaştırmalarda (post hoc) ise '0.05/karşılaştırma sayısı' olarak alınmıştır.

SONUÇLAR

Tedavi sonrası izlemleri süren 27 hastadan yazılı onam veren 15 kişi (%55.5) çalışmaya alınmıştır. Remisyonda testis kanseri grubunda hastalığın ortalama başlama yaşı 41.8 ± 8.7 yıl (aralık: 30-64), ortalama hastalık süresi 2.6 ± 1.2 ay (aralık: 2-7), remisyonda geçen süre 25.6 ± 19.5 ay (aralık: 9-81) olarak belirlenmiştir. Çalışma grubunun yaş ortalaması 44.0 ± 8.9 , kontrol grubunun yaş ortalaması 43.5 ± 7.9 yıldır. Çalışma ve kontrol gruplarının ortalama eğitim süreleri sırasıyla 8.6 ± 3.6 ve 9.4 ± 3.4 yıldır. Çalışma grubunda altı (%40), kontrol grubunda dört (%26.7) hasta işsizdir. Gruplar arasında sosyodemografik özellikler bakımından istatistiksel bir fark yoktur. BDÖ'ye göre çalışma grubunda üç hasta (%20), kontrol grubunda iki hasta (%13.3)

Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarının sosyodemografik verileri ve ortalama ölçek puanları

Özellikler	Çalışma grubu Ort.±SS		Kontrol grubu Ort.±SS		p
Yaş ortalaması	44.0±8.9		43.5±7.9		>0.05
Ortalama eğitim süreleri	8.6±3.6		9.4±3.4		>0.05
BAÖ	15.4±15.8		10.8±9.6		>0.05
GRCDÖ	4.8±2.9		3.2±1.9		>0.05
Kalitatif değişkenler	Sayı	%	Sayı	%	
İşsizlik	6	40	4	26.7	>0.05
BDÖ 17 ve üzerinde puan	3	20	2	13.3	>0.05

17 ve üzerinde puan almıştır. Dağılım oranlarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının BAÖ'den aldıkları ortalama puanları 15.4±15.8 ve 10.8±9.6 olarak bulunmuştur. İki grup arasında anksiyete belirtilerinin ortalama şiddeti bakımından istatistiksel bir fark yoktur. Çalışma ve kontrol gruplarında elde edilen ortalama GRCDÖ puanı sırasıyla 4.8±2.9; 3.2±1.9'dur. Gruplar arasında hiçbir değişken bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1). EORTC QLQ-C30 ile değerlendirilen yaşama kalitesi düzeyleri bakımından çalışma grubu ve kontrol grubunda istatistiksel bir fark yoktur.

TARTIŞMA

Bu çalışma eğitim, medeni durum ve çalışma durumu bakımından eşleştirilmiş kontrol grubu ile çalışma grubu arasında herhangi bir değişken bakımından fark olmadığını göstermektedir. Dahl ve arkadaşları,⁷ bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak uzun dönem sağ kalan testis kanserli hastalarda anksiyete yaygınlığını normal gruba göre daha yüksek, depresyon yaygınlığını ise genel toplumla eşit oranda bulmuştur. Bu çalışmada depresyon ve anksiyete belirti puanları çalışma grubunda yüksek olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Birçok çalışmada testis kanserinde yüksek anksiyete ve depresyon yaygınlığı sabit bir bulgudur. Fakat bu çalışmalarda kısa gözlem süresi, küçük ve tek bir merkezden seçilmiş bir örneklem yanlılığı ve tip-II istatistiksel hataya neden olabilir. Bu çalışma tek merkezden küçük örneklemden oluşturulduğundan istatistiksel anlamlı-

lığa ulaşılmamış olabilir. Ayrıca klinik görüşme yapılmadan kendini değerlendirme ölçekleri ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin incelenmesi depresyon ve anksiyete tanılarının şimdiki değerlendirilmesinde eksikliğe yol açabilir.

Cinsellik ve erkekliği doğrudan tehdit eden ve cerrahi girişim dahil tedaviler alan bu grupta, cinsel doyum düzeyleri ve yaşam kaliteleri kontrollerden farklılaşmamaktadır. Bu hasta grubunda cinsel işlevlerin normalden kısmen farklılaştığını bildiren önceki sonuçlara karşılık, bu çalışmada cinsel işlevlerden çok cinsel doyum değerlendirilmiştir.¹¹ Bu çalışmanın sonucu ile uyumlu olarak testis kanserli hastalarda cinsel doyum ile ilgili sorunların genel toplumdan farklılık göstermediği bildiren çalışmalar vardır.^{20,21} Cinsel işlevlerdeki kısmi kayıpların cinsel doyum üzerine etkisinin olmayabileceği, ya da bu çalışmada küçük örneklem sayısı nedeni ile bu sonucun gösterilemediği düşünülebilir. Testis kanserinin cinsel işlev üzerine etkisini inceleyen çalışmaların gözden geçirildiği çalışmada ortalama takip süresi en az bir yıldır (kontrollü çalışmalar için 1-2 yıl ve kontrolsüz çalışmalar için 1-3 yıl).²² Tedaviden hemen sonra ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarının, özellikle ejakülasyon ve ereksiyon gibi hastalık ve tedavi ile ilişkili olanların²³ 3-6 ay içinde gerilediği bildirilmiştir.²⁴ Bu çalışmada remisyonadaki süre aralığı (9-81 ay) geniştir. Erken dönemde ortaya çıkan, fakat düzelen bazı cinsel işlev bozuklukları kesitsel değerlendirme ile gözden kaçmış olabilir. Jonker-Pool, cinsel işlevin fizyolojik alanının (ereksiyon ve ejakülasyon) hastalık ve tedavi tipi ile ilişkili olduğunu, ruhsal alanın (cinsel istek ve doyum) tedavi ile ilişkili olmadığını bildirmiştir.²³

Retroperitoneal lenf nodunun çıkarılması ve kemoterapi, sırasıyla boşalmayı ve ereksiyonu etkileyebilmektedir.³ Bu sonuçlar ancak özgül ve iyi tanımlanmış tedavi uygulanan hasta gruplarının karşılaştırıldığı çalışmalarla sınanabilir. Bu çalışmada örneklem orşiektomi sonrası radyoterapi uygulanmış hastalardan oluşmaktadır. Hastalara kemoterapi ve lenf nodu çıkarılması uygulanmamıştır. Orşiektomi ile birlikte retroperitoneal lenf nodu çıkarılan testis kanserli hastalarla yapılan kontrollü üç çalışmada boşalma bozuklukları bildirilmiştir. Yalnız bir çalışmada orşiektomi sonrası boşalma sorunları bildirilmiştir.²² Testis kanserlerinde tedavi stratejileri hem cinsel işlevlerde fizyolojik değişiklikler, hem de performans anksiyetesi, kontrolün kaybı gibi emosyonel tepkilerle sonuçlanabilir. Kişinin tedavi öncesi ve sonrası cinsel işlevlerinde değişimler bildirilmektedir. Bu çalışmada hasta ve sağlıklı kontrol grubunun kesitsel desende incelenmesi söz konusudur. Nadir görülen bu hastalık nedeni ile bu çalışmada hastaların tümünün tedavilerinin tamamlanmış olduğu dönemde araştırmaya alınmaları, tedavi öncesi ile sonrası farkların gösterilmesini engellemektedir. Testis kanserinin tanısı ve tedavisi sonrasında cinsel işlev ve doyum düzeylerinin öncesi durumla karşılaştırılması hastalığın etkileri konusunda başka sorular için daha aydınlatıcı olabilir.

Yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal ve sosyal alanları içeren öznel yaşıntıdır.²⁵ Hasta grubu sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından sağlıklı kontrol grubundan farksızdır. Yüz kırk üç testis kanserli hastada yapılan bir çalışmada yaşam kalitesinin bozulmadığı ve beden imgesinin korunduğu gösterilmiştir.²⁶ Testis kanserli hastalarda yaşam kalitesini araştıran çalışmaların ortak sorunu küçük örneklemden oluşmaları ve farkları bildirmede istatistiksel güçlerinin yetersiz olmasıdır.¹¹ Fleer ve arkadaşları testis kanserli hastalarda yaşam kalitesini ölçen 23 çalışmanın yedisinin niteliksel olarak güçlü olduğunu bildir-

miştir.²⁷ İlginç olarak, niteliksel olarak güçlü ve zayıf özelliklere sahip çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır.¹¹ Bu çalışmada küçük örneklemle yapılan karşılaştırmada yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır. Fleer ve arkadaşları, literatür taramasında testis kanserli hastalarda yaşam kalitesinin genel toplumdan farklılık göstermediğini bildirmiştir.²⁷ Mykletun ve arkadaşları, testis kanserli hastalarının yaşam kalitelerinde değişiklik saptamamıştır.²⁸

Çalışmanın kesitsel desende hazırlanması, tek merkezden hasta alınması, örneklem küçük olması çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Örneklem remisyonda Evre I seminom hastalarından oluşması da sonuçlarda yanlılığa neden olabilir. Hastalarla klinik görüşme yapılmamıştır; öz-bildirim dayalı klinik ölçeklerle değerlendirme yapılması hastaların değerlendirilmesinde yetersizliğe yol açabilir. Belirtilerin hastalığın tedavisi ile mi, yoksa kendiliğinden mi ortaya çıkıp çıkmadığı ancak uzun süreli izleme ile belirlenebilir. Kullanılan değerlendirme araçlarının kendini değerlendirme araçları biçiminde seçilmiş olması ruhsal belirtilerin ve bozuklukların değerlendirilmesinde kısıtlayıcı bir rol oynamış olabilir. Cinsel işlevi değerlendirirken örneklem yaşı bakımından tabakalandırılmasının önerilmesine karşın,²⁹ bu çalışmada çalışma grubunun özelliklerinin tabakalandırma yapılmasına izin vermemesi sonucunda iki da grup orta yaş erkeklerden oluşmuş, tabakalandırma yapılamamıştır.

Testis kanserleri cinsellik ve erkekliği tehdit eden klinik bir durum olarak kabul edilmesine karşın, birey üzerinde fiziksel, ruhsal etkileri ve bunların sonuçları bakımından yapılan çalışmalar dikkat çekici bulgular sunmaktadır. Bu ve benzer çalışmalardan çıkan sonuçların erkek cinselliği ve kimliği üzerine yapılacak tartışmalara kendi bağlamları ölçüsünde destek olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1.0.IARC Cancer Base No.5, Lyon, IARC Press, 2001.*
2. Nikzas D, Champion AE, Fox M. *Germ cell tumors of testis: Prognostic factors and results. Eur Urol 1990; 18:242-247.*
3. Levi F, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. *Cancer mortality in Europe, 1995-1999, and an overview of trends since 1960. Int J Cancer 2004; 110:155-169.*
4. Bosl GJ, Geller NL, Cirrincione C, Vogelzang NJ, Kennedy BJ, Whitmore WF Jr, et al. *Multivariate analysis of prognostic variables in patients with metastatic testicular cancer. Cancer Res 1983; 43:3403-3407.*
5. Birch R, Williams S, Cone A, Einhorn L, Roark P, Turner S, et al. *Prognosis factors for favorable outcome in disseminated germ cell tumors. J Clin Oncol 1986; 4:400-407.*

6. Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Youn J. (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Soc Sci Med* 2004; 58:1597-1607.
7. Dahl AA, Haaland CF, Mykletun A, Bremnes R, Dahl O, Klepp O, et al. Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:2389-2395.
8. Moynihan C. Testicular cancer: The psychosocial problems of patients and their relatives. *Cancer Surv* 1987; 6:477-510.
9. Douchez J, Droz JP, Desclaux B, Desclaux B, Allain Y, Fargeot P, Caty A, et al. Quality of life in long-term survivors of nonseminomatous germ cell testicular tumors. *J Urol* 1993; 149:498-501.
10. Fossa SD, Aass N, Kaalhus O. Testicular cancer in young Norwegians. *J Surg Oncol* 1988; 39:43-63.
11. Dahl AA, Mykletun A, Fossa SD. Quality of life in survivors of testicular cancer. *Urol Oncol* 2005; 23:193-200.
12. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
13. Ulusoy M, Şahin N, Erkmann H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998; 12:28-35.
14. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
15. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikol Derg* 1988; 6:118-126.
16. Rust J, Golombok S. *The Handbook of the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*. Glasgow, City Press, 1983.
17. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRIS). *Br J Clin Psychol* 1985; 24: 63-64.
18. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatr Derg* 1993; 4:83-88.
19. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. 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* 1993; 85:365-376.
20. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281:537-544.
21. Mykletun A, Dahl AA, O'Leary M, Fossa SD. Male sexual function: Normative data based on the general population. *Br J Urology* 2006; 97:316-323.
22. Nazareth I, Lewin J, King M. Sexual dysfunction after treatment for testicular cancer: a systematic review. *J Psychosom Res* 2001; 51:735-743.
23. Jonker-Pool G, van de Wiel HM, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, van Driel MF, van Basten JP, et al. Sexual functioning after treatment for testicular cancer - review and meta-analysis of 36 empirical studies between 1975-2000. *Arch Sex Behav* 2001; 30:55-74.
24. van Basten JB, Koops Schraffoedt H, Sleijfer D, Pras E, van Driel MF, Hoekstra HJ. Current concepts about testicular cancer. *Eur J Surg Oncol* 1997; 23:354-366.
25. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation*. New York, John Wiley, 2000.
26. Caffo O, Amichetti M, Tomio L, Galligioni E. Quality of life after radiotherapy for early-stage testicular seminoma. *Radiother Oncol* 2001; 59:13-20.
27. Fleer J, Hoekstra HJ, Sleijfer TD. Quality of life survivors of testicular germ cell cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer* 2004; 12:476-486.
28. Mykletun A, Dahl CF, Haaland R, Bremnes O, Dahl O, Klepp E, et al. Side effects and cancer-related stress determine quality of life in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:3061-3068.
29. Dahl AA, Bremnes R, Dahl O, Klepp O, Wist E, Fossa SD. Is the sexual function compromised in long-term testicular cancer survivors? *Eur Urol* 2007; 52:1438-1447.