

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**METASTAZ YAPMAMIŞ MELANOMA VE MELANOMA
DIŞI DERİ KANSERLERİ İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ OLAN
DERİ KANSERİ İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ
ÖLÇEĞİNİN (DKYKÖ) TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE
GÜVENİLİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Hilayda KARAKÖK GÜNGÖR

**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŐMAN
Prof. Dr. Seher Bostancı**

**ANKARA
2016**

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı :	Dr. Hilayda KARAKÖK GÜNGÖR	Sınav tarihi: ..24/ 10 / 2016...
Anabilim/Bilim Dalı :	Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı :	Prof.Dr. Seher BOSTANCI	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER		
Tezin Başlığı:	Non-metastatik melanoma ve non-melanoma deri kanserli hastalar için geliştirilmiş yaşam kalite ölçeğinin (SCQOLIT) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi	<input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR		
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak		
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne		
<input type="checkbox"/> Reddine		
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine		
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği	<input type="checkbox"/> Oy çokluğu	ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Prof.Dr. Nihal KUNDAKCI
Jüri Başkanı
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanı.

Prof.Dr. Seher BOSTANCI
Jüri Üyesi (Tez Danışmanı)
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Prof.Dr. Akın AKTAŞ
Jüri Üyesi
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde, mesleğim kadar hayatı da öğrenmem için kılavuzluk eden, mutlu ve zor günlerimde şefkatli yaklaşımı ile yanımda olan, değerli hocam Prof. Dr. Nihal Kundakçı'ya,

Asistanlığımın ilk günlerinden itibaren disiplini, hekimliği ve araştırmacılığı bana özenle öğreten; sadece mesleğimde değil aynı zamanda hayatta da neler istediğimi sorgulamamı sağlayan büyük bir sevgi ve saygı ile bağlı olduğum tez danışmanım Prof. Dr. Seher Bostancı'ya,

İyi bir hekim olmanın yolunun sevgiden geçtiğini, iyi hekimliğin, iyi araştırmacılıktan önce geldiğini, etiğin tüm diğer hususlardan önemli olduğunu bana öğreten, kendisine çok şey borçlu olduğum Prof. Dr. Cengizhan Erdem'e,

Bir aile olduğumuzu ve bu kocaman ailede benim de bir yerim olduğunu anlamamı sağlayan hocam Prof. Dr. Aynur Akyol'a,

Çocuksu heyecanlarım ve öğrendiklerimle kapısına her gidişimde beni hoşgörü ile karşılayan, bilimi ve felsefeyi kahkahalarla konuşabildiğimiz hocam Prof. Dr. Hatice Erdi Şanlı'ya,

Sorgulayıcı yaklaşımı sayesinde Dermatolojiyi sevmemi sağlayan (Dermatolojide çoğu şeyde mantık olmadığını söyleyen ama mantığı onun sayesinde öğrendiğim); hem hekim, hem bilim insanı hem de öğretmenliğine hayran olduğum, kendime örnek aldığım hocam Prof. Dr. Ayşe Boyvat'a,

Asistanlık hayatımın hemen hemen tüm zor vakalarını birlikte takip ettiğimiz, hasta yaklaşımındaki özeni ve tecrübesi ile hayran olduğum, cerrahi vakalarına izleyebilmek için peşinden ayrılmadığım hocam Prof. Dr. Pelin Koçyiğit'e,

Zekâsı, bilimsel yaklaşımı ve ustalığı ile kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Doç. Dr. Bengü Nisa Akay'a,

Çok şey danıştığım ve çok şey öğrendiğim uzmanım Dr. Seçil Vural'a,

Tez sürecimdeki katkılarından ötürü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Deniz Çalışkan, Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Kenan Köse, Dr. Can Ateş'e, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Serdar Mehmet Gültan, Prof. Dr. Savaş Serel ve Doç. Dr. Burak Kaya

Hayatı, hekimliği, dostluğu bu korunaklı ortamda deneyimlediğimiz, acı ve mutlu günlerimizi, heyecanlarımızı paylaştığımız sevgili asistan arkadaşlarıma,

Sıcak ve huzurlu bir ortamda birlikte çalıştığımız hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Asistanlığın ve hayatınım güzel ve zor günlerinde yanımda olan, bu günleri rahatça geçirmemi sağlayan eşime, aileme, Claire Özel ve Oktay Özel'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. MELANOMA DIŞI DERİ KANSERLERİ	3
2.2. MELANOMA	4
2.3. YAŞAM KALİTESİ	4
2.3.1 İNSAN İHTİYAÇLARI	5
2.3.2. İNSANIN TEMEL İHTİYAÇLARININ KARŞILAMA ŞEKİLLERİ	8
2.3.3. İNSANIN ALGISI	8
2.4. SAĞLIK TANIMI	9
2.5. SAĞLIĞIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ	9
2.6. SAĞLIK İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ TANIMI	9
2.7. ÖLÇEKLER	10
2.7.1. ÖLÇEKLERDE BULUNMASI GEREKEN ÖZELLİKLER	10
2.7.2. GÜVENİLİRLİK	10
2.7.3. GEÇERLİLİK	11
2.7.4. DUYARLILIK	11
2.7.5. DEĞİŞİME DUYARLILIK	11
2.7.6. KÜLTÜRLER ARASI GEÇERLİLİK	12
2.7.7. YORUMLANABİLİRLİK	12
2.8. SAĞLIK DURUMU ÖLÇEKLERİ	14
2.9. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ	14
2.10. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ	16
2.11. DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ	17

2.11.1. DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN GENELİNDE KULLANILABİLECEK ÖLÇEKLER	17
2.11.2. DERMATOLOJİDE HASTALIKLARA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ	18
2.12. METASTAZ YAPMAMIŞ DERİ KANSERLERİ VE YAŞAM KALİTESİ	19
2.12.1. MELANOMA DIŞI DERİ KANSERLERİ VE YAŞAM KALİTESİ	19
2.12.2 MELANOMA İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ	22
2.12.3 METASTAZ YAPMAMIŞ MELANOMA VE MELANOMA DIŞI DERİ KANSERLERİNDE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM:	25
3.1. ÇEVİRİ BASAMAKLARI	25
3.2. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN TAYİNİ	27
3.3. GÖNÜLLÜLERİN ÖZELLİKLERİ	27
3.4. KAYDEDİLEN VERİLER	27
3.5. KULLANILAN ÖLÇEKLER	28
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30
3.7. GEÇERLİLİK ANALİZLERİ	30
3.8. GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	31
3.9. DİĞER ANALİZLER	31
4. BULGULAR	33
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	33
4.2. DERİ KANSERLERİNİN RİSK VE EVRELERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER	34
4.3. ANKETİN GEÇERLİLİĞİNE DAİR BULGULAR	34
4.3.1. GEÇERLİLİK ANALİZLERİ	34
4.5. ANKETİN GÜVENİLİRLİĞİNE DAİR BULGULAR	37
4.6. YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN ÖZELLİKLER	37
4.7. DERİ KANSERİ RİSK SINIFLAMASI VE EVRELEMENİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ	41
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇLAR	54

ÖZET	57
SUMMARY	60
7. KAYNAKLAR	62



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AKYKÖ	: Aktinik Keratoz Yaşam Kalitesi Ölçeği
BHK	: Bazal Hücreli Karsinoma
Dİ	: Deri İndeksi
DKİ	: Deri Kanseri İndeksi
DKYKİ	: Deri Kanseri Yaşam Kalitesi İndeksi
DKYKÖ	: Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği
DYKİ	: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi
DYKS	: Dermatolojide Yaşam Kalitesi Skalası
DSYKS	: Dermatolojiye Spesifik Yaşam Kalitesi Skalası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
EORTC-MM	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği-Melanom Alt Ölçeği
EORTC-YKÖ	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
Eur-Qol-5D	: Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
GKTİD	: Genel Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi
HÖÖ	: Hastalığa Özgü Ölçek
HEP	: Hastalık Etki Profili
KUİ	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
MDDK	: Melanoma Dışı Deri Kanseri
MKTİD	: Melanomada Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi
PİKİ	: Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi
SD	: Sağlık Durumu
SDÖ	: Sağlık Durumu Ölçekleri
SS	: Standard Sapma

SLNB	: Sentinel Lenf Nod Biyopsisi
SİYK	: Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi
SİYKÖ	: Sağlık İlişkili Yaşam Kalite Ölçeği
TLİ	: Tucker-Lewis indeksi
UV	: Ultraviyole
YHK	: Yassı Hücreli Karsinoma
YHKOK	: Yaklaşımın Hata Kareler Ortalaması Karekökü
YK	: Yaşam Kalitesi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

- Şekil 1.** Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi..... 6
Şekil 2. Yaş ile DKYKÖ toplam puanı arasındaki korelasyon grafiği 39



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1.	İnsanın temel ihtiyaçları ve tanımları (Constanza ve arkadaşlarının metninden uyarlanmıştır) [42].....	7
Tablo 2.	Ölçeklerde bulunması gereken özellikler.....	13
Tablo 3.	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde sorgulanan YK boyutları.....	15
Tablo 4.	Sağlık alanında YKÖ olarak kullanılan çeşitli ölçekler.....	16
Tablo 5.	Dermatolojide sık kullanılan YKÖ'leri hakkında bilgiler	18
Tablo 6.	Bazı dermatolojik hastalıklar için geliştirilmiş hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri.....	19
Tablo 7.	Deri kanserli hastaların, hastalıkları nedeni ile karşılaştıkları problemler (Lee ve ark.'nın metninden uyarlanmıştır) [75]	20
Tablo 8.	Melanoma dışı deri kanserine özgü geliştirilen YKÖ'leri.....	22
Tablo 9.	Melanomaya özgü geliştirilmiş YKÖ'leri.....	23
Tablo 10.	Deri Kanseri ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe çevirisi:	26
Tablo 11.	Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi	29
Tablo 12.	Deri kanserleri türlerine göre cinsiyet ve yaş dağılımı:	33
Tablo 13.	Melanoma dışı deri kanserli hastalarda risk dağılımı.....	34
Tablo 14.	Melanoma hastalarında evrelerin dağılımı	34
Tablo 15.	Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunda yer alan soru maddeler ve faktör yükleri	35

Tablo 16. Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'ndeki soru maddeleri ile DYKİ toplam puanı arasında korelasyon analizi sonuçları	36
Tablo 17. Melanoma ve melanoma dışı deri kanserli hastaların DKYKÖ toplam puan ortalama ve ortanca değerleri.....	37
Tablo 18. Cinsiyet özelliklerine göre hastaların DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı	38
Tablo 19. 65 yaş altı ve üstü hastaların DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı.....	38
Tablo 20. Fitzpatrick deri tiplerine göre DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı.....	40
Tablo 21. Tedavi gruplarına göre DKYKÖ toplam puan dağılımı	41
Tablo 22. Melanoma hastalarında genel YKÖ'leri ile yapılan çalışmalar	44
Tablo 23. Melanoma dışı deri kanserinde, genel ölçeklerle yapılmış çalışmalar	46

1. GİRİŞ

Deri kanserleri, dünyada en sık görülen kanser türleridir ve sıklığı günden güne artış göstermektedir. Deri kanseri başlıca melanoma ve melanoma dışı deri kanseri olarak iki alt başlığa ayrılır. Melanoma, deri kanserlerinin ölümcül formu olarak bilinmektedir. Sağ kalım süresi melanomanın evresi ile ilişkilidir. Erken tanı durumunda uzun hastaliksız sağ kalım beklenirken, invazyon derinliği 2 mm'den büyük tümörlerde, metastazlar nedeni ile ölüm oranı yüksektir. Melanoma tanısı almış olan hastaların gerekli tedavinin yanı sıra düzenli aralıklar ile metastaz ve yeni melanoma açısından takip edilmesi gerekmektedir [1-3].

Melanoma dışı deri kanserleri (MDDK) ise bazal hücreli karsinoma (BHK) ve yassı hücreli karsinoma (YHK) olarak iki alt gruba ayrılır. Bazal hücreli kanser nadiren metastaz yapar ancak lokal agresif seyir gösterebilir. Nadiren hayatı tehdit eder ancak ciddi morbidite nedeni olabilir [4, 5]. Yassı hücreli kanser ise metastaz yapabilir ve metastatik olması halinde hayatı tehdit eden seyir gösterebilir. Her iki kanser türünde de tedavinin yanı sıra; yeni deri kanserleri ortaya çıkışı yahut rekürrens açısından düzenli takip şarttır.

Yaşam Kalitesi (YK) pek çok farklı şekilde tanımlanmaktadır. En sık rastlanan tanımlardan biri şu şekildedir: Kişinin kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından hayattaki konumu hakkındaki yargısıdır. Siyaset, istihdam, kalkınma alanlarında ve özellikle sağlık alanında politik kararların belirlenmesinde oldukça önemli bir göstergedir [6].

Sağlık İlişkili Yaşam Kalite Ölçeği (SİYKÖ) ilk defa, 1949'da kanser tanısı almış olan hastalarda kullanılmaya başlamıştır [7]. Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK); kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin, tıbbi durumu veya tedavisi nedeni ile ne kadar etkilendiğini şeklinde tanımlanır. Kanser dışı pek çok hastalıkta da, hastalığa özgü veya branşa özgü yaşam kalitesi ölçekleri (YKÖ) geliştirilmiştir.

Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), deri hastalıklarının YK'ne etkisini araştırmak üzere geliştirilmiştir [8]. Deri bütünlüğünü veya görünümünü etkileyen hastalıklar kişide utanç, çekimselik, benlik saygısında azalma, sosyal ilişkilerden kaçınma gibi etkiler ortaya çıkartmaktadır. Dermatolojiye özgü YKÖ'leri özellikle bu yönleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır [9].

Dermatolojiye özgü YKÖ'lerinin de genel SİYKÖ'lerinin de deri kanserli hastaların YK'lerini doğru bir şekilde ölçmediği gösterilmiştir. Bu nedenle deri kanserlerine özgü YKÖ'lerinin geliştirilmesi konusunda son yıllarda çok sayıda çalışmalar yapılmaktadır [10-14].

Erken tanı yöntemlerinde artış ile birlikte dermatoloji günlük pratiğinde erken evre, metastaz yapmamış deri kanserli pek çok olgu takip edilmeye başlanmıştır. Deri kanserlerinin tedavi yöntemleri ve uzun dönem takip sonuçları hakkındaki çalışmaların sayısında da büyük bir artış gözlenmektedir. Hem hastalıkların hem de uygulanan tedavilerin YK üzerine etkilerinin ortaya konulması önemlidir.

Melanomaya ve MDDK'lerine özgü olarak geliştirilmiş çeşitli ölçekler mevcuttur. Metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanserleri için ülkemizde geliştirilmiş bir YKÖ bulunmamaktadır. Burdon-Jones ve arkadaşlarının metastaz yapmamış melanoma ve MDDK'lı hastalarda kullanılmak üzere geliştirdikleri YKÖ, bu hasta grubuna özgü tek ölçektir [14]. Bu çalışmada, Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği (DKYKÖ) olarak bilinen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması ve ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MELANOMA DIŞI DERİ KANSERLERİ

Melanoma dışı deri kanserlerinin en sık görülen tipleri BHK ve SHK'dır. Bazal hücreli karsinoma, en sık görülen deri kanseridir. En çok beyaz ırkta görülür ve bu ırkta ömür boyu BHK geliştirme riski %30 olarak tespit edilmiştir [15]. Ultraviyole maruziyeti bilinen  n önemli risk faktörüdür. Kronik arsenik maruziyeti, iyonize radyasyon, immünsüpresyon ve genetik yatkınlık diŐer risk faktörleridir [16]. Son yıllarda, fotosensitizan ilaç kullanımlarının da BHK gelişim riskini arttırdıŐı gösterilmiştir [17]. En sık görülen histopatolojik alt tipleri noduler ve superfisyal BHK'dır. Daha nadir görülen tipler ise; morfeiform, bazoskuam z ve pigmente BHK olarak sıralanabilir [18]. Bazal hücreli karsinomanın metastaz riski oldukça düŐüktür. Bu nedenle nadiren ölümcül seyir gösterir. Ancak lokal invazyon gösterir ve bazı durumlarda ciddi morbidite nedeni olabilir [15]. Tedavide cerrahi veya cerrahi dışı yöntemler kullanılabilir. Nüks riski tedaviden sonraki yıllarda da devam eder [19]. Bazal hücreli karsinoma tanısı konulan hastada, ilk 3 sene içerisinde ikinci bir BHK gelişme riski % 40'tır [20].

Yassı hücreli karsinoma, en sık görülen 2. deri kanseridir. Erkeklerde %9-14, kadınlarda ise %4-5 insidanda gözlenir [21]. Hastaların %4'ünde nodal metastaz geliŐir ve %1,4'  metastaz nedeni yaŐamını yitirir [22]. En önemli risk faktörü ultraviyole maruziyetidir. Açık tenli olmak, iyonize radyasyon, immünsüpresyon, kronik inflamasyon, arsenik maruziyeti, aile öyküsü ve kalıtsal hastalıklar diŐer risk faktörleridir [23]. Tedaviden sonra nüks riski ve yeni deri kanseri gelişimi riski sebat eder [24]. Melanoma dışı deri kanserlerinin insidansları hızla artış göstermektedir [25].

2.2. MELANOMA

Avrupa kökenli ırkta melanoma insidansında son senelerde dramatik bir artış gözlenmiştir. Kadınlar için %4, erkekler için ise %5 insidanda gözlenir [26]. Melanoma derideki melanositlerden, melanositler ise nöral yarıktan köken alırlar ve deride, kıl folliküllerinde ve gözde mevcuttur. Pigment üretimi ve ultraviyolenin (UV) zararlı ve mutajenik etkilerinden korunmayı sağlarlar. Melanositlerde ortaya çıkan mutasyonlar neticesinde melanoma ortaya çıkar. En sık mutasyona uğrayan genler: B-RAF, RAS, NF1 ve üçlü vahşi tiptir [27]. En ölümcül kanserlerden biridir [28].

Günümüzde melanom hastalarının % 83'ü erken evrede tanı alırlar ve bu evrede beklenen sağ kalım uzundur [29-31]. Erken evre hastalıkta da hastalık progresyonu riski seneler boyunca devam eder. Ayrıca hastaların ikinci bir melanoma geliştirme riskleri de %1,2 -8,2'dir [30].

Bahsedilen nedenlerden ötürü melanoma ve melanoma dışı deri kanserleri kür olabilen bir hastalıktan ziyade, kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmalıdırlar [11].

2.3. YAŞAM KALİTESİ

1900'lü yılların ilk yarısı boyunca gelişme ve kalkınmanın ekonomik büyüme ile doğru orantılı olduğu düşünülmekteydi. O dönemlerde YK, gayri safi yurt içi hâsıla (GSYİH) ile ölçülüyor ve kişinin zenginlik seviyesi ile eş değer tutuluyordu. 1960'lı yıllarda Sosyal Göstergeler Hareketi'nin başlaması ile birlikte YK'nin tanımı değişmeye başladı. İlerleyen yıllarda kalkınmanın sadece malların artışı ile ilişkili olmadığı, bireylerin iyilik düzeyindeki artış ile ilişkili olduğu düşünüldü ve politik kararların belirlenmesinde, sosyal YK belirteçlerinin kullanılmasına ihtiyaç doğdu [32]. Yaşam kalitesinin arttırılması/iyileştirilmesi sağlık sektöründe de birçok alanda tedavi hedeflerinden bir haline gelmiştir [33].

Sayılan nedenlerle YK'nin tanımının doğru bir şekilde yapılması önemlidir. Ancak YK konusunda yapılan çalışmaların sadece %15'inde YK'nin tanımından bahsedilmektedir [34].

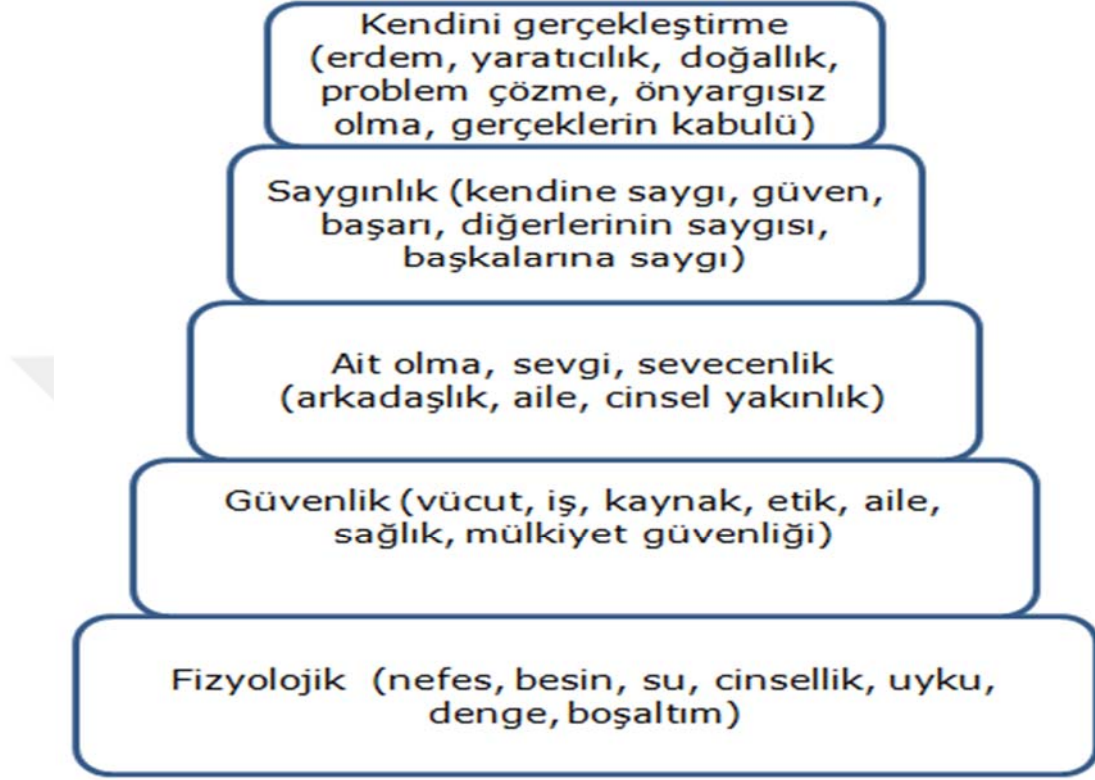
Yaşam kalitesinin anlamı konusunda literatürde çok farklı tanımlara rastlanmaktadır. Bunlar: Mutluluk, hayattan alınan doyum, iyilik hali, kendini gerçekleştirme, isteklerden arınma, işlevsellik, sadece hastaliksız olmak değil, beden, ruhen ve sosyal manada tam iyilik hali, eşitlik, gerçek mutluluk, refah, gereksinimlerin karşılanması, düşük işsizlik, demokratik liberalizm, sorgulanmış bir hayat, tam ve anlamlı bir varoluş olarak sıralanabilir [35]. Bazı araştırmacılar tarafından YK; kişinin kendi hayatından ne kadar doyum aldığı konusundaki yargısı şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise YK'ni; hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri, kültür ve değer sistemleri bağlamında kişinin hayattaki durumu hakkındaki algısı şeklinde tanımlamıştır [36].

Yaşam kalitesinin tanımı seneler içerisinde pek çok bilim dalı tarafından farklı şekillerde yapılmıştır. Constanza ve arkadaşları, multidisipliner bir yaklaşımla YK'nin tanımını araştırmışlardır. Araştırmacılar YK'ni; bireylerin veya toplumların öznel iyilik hali bağlamında ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılandığı konusundaki yargılarıdır şeklinde tanımlamışlardır[37]. Tanımda bahsedilen 'insan ihtiyaçları', 'ihtiyaçların karşılanması' ve 'algı' konularına aşağıda sırası ile değinilmiştir.

2.3.1 İnsan İhtiyaçları

İnsanın ihtiyaçlarının sınırsız, zamana, kültüre ve çevreye göre değişken olduğu düşünülür. Ancak temel insan ihtiyaçları çağlar boyunca ve kültürler arasında değişkenlik göstermez ve ortaktır. Zamana, kültüre veya çevreye göre değişken olan, ihtiyaçların karşılanma biçimi ve kişinin algısıdır [38].

İnsan ihtiyaçları konusu hakkında önemli çalışmalar yapan araştırmacılardan biri Abraham Maslow'dur. Maslow ihtiyaçların hiyerarşik bir düzeni olduğunu öne sürmüştür [39] (Şekil-1).



Şekil 1. Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi

Tay ve Diener adlı iki araştırmacı 123 ülkede ve 60865 kişide, Maslow'un hiyerarşik olarak betimlediği insan ihtiyaçlarını araştırmışlardır. Çalışma sonucunda ihtiyaçların küresel ölçekte insanlar arasında ortak ve değişmez olduğu gösterilmiştir. Alınan çarpıcı sonuç ise, ihtiyaçların hiyerarşik bir düzende olmadığıdır. İnsanın her bir ihtiyaının diğerleri ile eşit ölçüde önemli olduğu bu araştırmada gösterilmiştir [40].

İnsan ihtiyaçları konusunda ilerleyen yıllarda önemli araştırmalar yapılmıştır. Max-Neef, Nussbaum ve Glover bu alana büyük katkı sağlamış araştırmacılarıdır [41]. Constanza ve arkadaşları bu araştırmacılar tarafından tanımlanan temel insan ihtiyaçlarını Tablo-1'de görüldüğu şekli ile yapılandırmışlardır [42].

Tablo 1. İnsanın temel ihtiyaçları ve tanımları (Constanza ve arkadaşlarının metninden uyarlanmıştır) [42]

Temel İhtiyaçlar	Tanımları
Fiziksel İhtiyaçlar	Barınma, beslenme, temiz hava ve su gibi yaşamsal ekolojik kaynaklar, sağlık, dinlenme
Soy Aktarımı	Kültür aktarımı, ev yapımı, çocukların ve gebe kadınların bakımı
Güvenlik	Evde ve toplumda şiddetten korunma, gelecekte de fiziksel ihtiyaçların güvenliği, zorlu ekolojik eşiklerden güvenli bir şekilde uzakta olmak, doğa ile bağlantı, hasta ve yaşlıların bakımı
Sevgi ve bağlantı	Kendimiz dışında kişi ve şeylere sahip olmak sevmek ve sevdiklerimizin kaybı durumunda yas tutabilmek saygı, hoşgörü, cömertlik, tutku, vericilik, dayanışma
Anlayış	Bilgiye ulaşma, sezgi ve akılcılık
Katılım	Dünyaya anlamlı bir katkıda bulunmak, politika, toplum ve sosyal hayat üzerinde katılım ve kontrol sahibi olmak
Dinlenme	Doğaya erişim, seyahat, gevşeme, huzur, yaratıcılık
Maneviyat	İnanç, manevi bağlantı, manevi birlik bilincine erişebilme
Yaratıcılık/ duyguları ifade etme	Oyun, hayal gücü, icat kabiliyeti, sanatsal ifade
Kimlik	Aidiyet, farklılık, dahil olma, önem verilme, tanınma, toplumdaki konum
Özgürlük	Kişinin, bir başkasın değil kendi hayatını yaşabilmesi. Evlilik, çocuk doğurma, cinsel ifade, konuşma ve meslek gibi kendisi ile ilişkili seçimlerde özgürlük

2.3.2. İnsanın Temel İhtiyaçlarının Karşılama Şekilleri

Farklı zaman dilimleri, kültürler veya çevrelerde ihtiyaçların karşılanma biçimleri değişkenlik gösterir. İhtiyaçlar kişisel, çevresel ve sosyal olmak üzere 3 bağlamda karşılanırlar. İhtiyacın hangi bağlamda karşılandığı ve karşılanmasının kalite ve yoğunluk derecesi zamana, mekâna ve durumlara göre değişebilir [43].

Max-Neef, ihtiyaçların karşılanma şekillerinde sınıflandırılabilir farklılıklar olduğunu söylemiştir [44]. Bunlar yıkıcı, sahte, bastırıcı, tek tip ve sinerjik tip olarak sıralanmıştır.

Max-Neef makul miktarda karşılanmayan her ihtiyacın, insanda patolojiye yol açabileceğini ileri sürmüştür [44].

2.3.3. İnsanın Algısı

Tanısı ve hastalık şiddeti aynı olan iki bireyde, YK algısı arasında büyük farklılıklar olabilir. Dempster ve arkadaşları araştırmalarında, farklı hastalık durumlarında, bireysel algının kişilerin YK ve öznel sağlık durumlarına etkileri araştırmışlardır. Bireysel algının, aynı şiddette hastalığa sahip olan bireylerde, YK, öznel sağlık durumu (SD) ve ruhsal ölçeklerde %25 ile 30 arasında değişkenliğe yol açabileceğini göstermişlerdir [42].

Son senelerde sağlık politikalarında hastaların YK'lerinin yükseltilmesi temel tedavi hedeflerinden biri haline gelmektedir. Bu hekimlik uygulamalarına bütüncül bir yaklaşım katmaktadır [32]. Ancak literatürde çoğu zaman sağlık durumu ile YK'nin eş anlamlı kullanıldığı dikkati çekmiştir [45, 46]. Bu nedenle aşağıdaki bölümlerde sırası ile sağlık ve SİYK kavramları açıklanmıştır.

2.4. SAĞLIK TANIMI

1948 senesinde Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: Sağlık sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin bedenen, ruhen ve sosyal açıdan tam iyilik halidir [47].

2.5. SAĞLIĞIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yaşam kalitesi, maddi yaşama koşulları, eğitim seviyesi, üretici ve değerli etkinlikler, yönetim ve temel haklar, dinlenme ve sosyal etkileşim, doğal çevre ve yaşanan çevre, ekonomik ve fiziksel güvenlik ve sağlık gibi pek çok farklı bileşenden etkilenir [48]. Sağlık, YK'ni doğrudan etkileyen hayat boyutlarından biridir [49].

2.6. SAĞLIK İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ TANIMI

Sağlık ilişkili yaşam kalitesi, tıp literatüründe 1970'li yıllardan sonra sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Literatürlerde SİYK farklı şekillerde tanımlanmıştır. Tanımlardan biri: kişinin yaşamındaki işlevselliği ile bedenen, zihnen ve sosyal anlamda kişisel iyilik hali şeklindedir [50]. Diğer bir tanım ise; YK kişinin yaşamındaki tüm etmenlere etki eden bütünsel bir kavramdır. Sağlık ilişkili yaşam kalitesi ise kişinin sağlığı ile ilgili olan durumları kapsar olarak yapılmıştır [51]. Her iki kavramın sağlığın tanımı ile oldukça benzer olduğu dikkat çekmektedir [46].

Literatürde rastlanan bir diğer sık kullanılan tanım şöyledir: YK, fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkiler, inançlar ve çevre ile ilişkiler gibi pek çok alanı kapsar. SİYK ise, YK'nin sadece sağlık ile ilişkili olan kısımlarını kapsar [48, 52].

Örneklerde de görüldüğü üzere, SİYK çoğu araştırmada, sağlığın ve YK'nin tanımı ile oldukça yakın anlamlı olarak tanımlanmaktadır. 1980'li yıllardan beri literatürde bu 3 kavramın, ayırt edici özelliklerinin

vurgulanması ve özgün tanımlarının geliştirilmesine ilişkin eleştirilere rastlanmaktadır [48].

2.7. ÖLÇEKLER

2.7.1. Ölçeklerde Bulunması Gereken Özellikler

Tıpta klinik ve biyolojik ölçüm araçları geliştirilirken başvurulabilecek temel referansları mevcuttur. Ancak YK çalışmaları için böyle bir referans bulunmamaktadır. Bunun yanısıra ölçeklerde bulunması gereken özellikler net bir şekilde tanımlanmıştır [53].

2.7.2. Güvenilirlik

Güvenilirlik tekrar üretilebilirlik demektir. Örneğin, eğer sağlık durumu belirli bir zamanda stabil ise, ölçek bu zaman içerisinde her uygulandığında aynı veya benzer sonuçları vermelidir. Sağlık durumunun sabit olduğu aralıktaki tekrarlayan ölçümler, test tekrar test olarak da adlandırılır. Eğer çalışılan sağlık durumu değişkense ve test tekrar test mümkün değilse, farklı gözlemcilerin ölçümlerin tutarlılığını değerlendirdikleri kappa testi gibi testler uygulanabilir [54].

Ölçek birden fazla soru maddesi içeriyorsa, 'iç tutarlılık analizi' olarak adlandırılan ek bir testin uygulanması gerekmektedir. Soru maddelerinin homojenliğini araştıran bu test için 'Cronbach alfa' sayısı olarak da adlandırılan bir korelasyon hesabı ile yapılır. Bu hesaplama sonucundaki değerler 0 ile 1 arasında değişir. Değerlerin 1'e yaklaşması, ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğunu göstermektedir [52].

2.7.3. Geçerlilik

Geçerlilik, ölçeğin ölçmesi istenilen durumu doğru olarak ölçüp ölçmediğini gösterir. Geçerlilik ölçeğin içeriğine bağlıdır ve bir ölçeğin tam olarak geçerli olduğunun gösterilmesi aslında mümkün değildir. Bu da geçerlilik analizlerini oldukça karmaşık kılar. Literatürde en sık kullanılan iki geçerlilik tipi vardır [55].

Bunlardan ilki 'içerik geçerliliği'dir. İçerik geçerliliği, ölçeğin, çalışılan kavramın tüm boyutlarını eksiksiz olarak yansıtmaya kabiliyeti olarak tanımlanabilir. Bunun için, ölçeği geliştirenler ile ölçeği yanıtlayanlar, soru maddelerinden aynı şeyi anlamalıdır. Ölçekteki soruların özenle geliştirilmiş ve anlaşılır olması ve ölçeğin titizlikle uygulanması, içerik geçerliliğinin sağlanması için şarttır.

İkinci en sık kullanılan geçerlilik tipi ise, yapı geçerliliğidir. Yapı geçerliliğinde, ölçeğin soru maddelerinin teorik anlamda ölçmesi için tasarlandığı şeyi ölçüp ölçmediğini gösterir.

2.7.4. Duyarlılık

Ölçeğin, gruplar arasındaki farklılıkları ölçebilme kapasitesi olmalıdır ve bu duyarlılık olarak adlandırılır [56].

2.7.5. Değişime Duyarlılık

Ölçeğin, ölçtüğü durumdaki değişiklikleri saptama becerisidir. Değişime duyarlılık, hastaların zamansal olarak izlenmesi ve hastalık şiddetlerinde değişiklikler olduğunda ölçümler alınması ile tespit edilir [57, 58].

2.7.6. Kùltùrler Arası Geçerlilik

Ölçeklerin çoğu anglo-saksonlar tarafından kendi sosyo-kùltürel yapılarına uygun olarak geliştirilmiştir. Bir ölçeğin başka bir kùltüre ve dile uyarlanması için şu basamaklar izlenmelidir: ölçek, ana dili çevrilmek istenen dil olan iki farklı çevirmen tarafından uyarlanacağı dile çevrilir. Ardından kaynak dile tekrar çevrilir. Dil bilimciler, psikologlar, metodologlar ve klinisyenlerden oluşan bir bilimsel ekip tarafından bu çevirinin uygunluğu denetlenir. Ardından, kaynak dilde uygulanmış olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının tamamı, çevrildiği dil için tekrarlanır [52].

2.7.7. Yorumlanabilirlik

İlgili alan için soru maddelerinden alınan toplam puanın, ölçeğin ölçtüğü durumun şiddeti konusunda fikir veriyor olması, ölçeğin yorumlanabilirlik özelliğine sahip olduğunu gösterir.

Both ve arkadaşları tarafından, sağlık alanında kullanılmak üzere geliştirilecek ölçeklerde aranan 12 özellik belirlenmiştir [59]. Chen ve arkadaşları, bu kriterleri daha sadeleştirmişlerdir [60]. Tablo-2'de ölçeklerde bulunması gereken kriterler özetlenmiştir.

Tablo 2. Ölçeklerde bulunması gereken özellikler

Özellik	Tanım	Kullanılan yöntemler
Geçerlilik	Ölçeğin ölçmesi istenilen durumu doğru olarak ölçüp ölçmediğini gösterir: -İçerik geçerliliği -Yapı geçerliliği	İçerik geçerliliği: - Sorular herkes tarafından anlaşılır olmalı Yapı geçerliliği: - Bilinen gruplar arası / konverjan / ayrımsama geçerlilikleri için öngörülen hipotezler test edilmeli
Güvenilirlik	Tekrar üretilebilir olması	İç tutarlılık analizi Test tekrar analizi
Duyarlılık	Gruplar arasındaki farklılıkları ölçebilme kapasitesi	İki farklı grup arasındaki kesitsel çalışmaların kıyaslanması ile
Değişime duyarlılık	Ölçtüğü durumdaki değişiklikleri saptama becerisi	-Paired t test -Göreceli etkililik / iki ölçeğin göreceli geçerliliği -Etki boyutu -Kesitsel etki boyutu -Standart yanıt ortalaması -Modifiye yanıt ortalaması -Tavan ve taban etkisi
Kültürler arası geçerlilik	Ölçeğin uyarlanacağı dilin sosyo-kültürel yapısına uygunluğu	Uluslararası çeviri kılavuzlarına uygun çeviriler Kültürel eşdeğerlilik çalışması
Yorumlanabilirlik	Soru maddelerinden alınan toplam puanın anlaşılabilir olması	Minimum değişkenlik önemi
Yapı	Ölçek geliştirilirken ölçme araçlarının yapısının, klasik test kuramı veya örtük özellikler kuramına uygunluğu	Faktör analizleri Madde cevap kuramı

2.8. SAĞLIK DURUMU ÖLÇEKLERİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığın tanımının yapılmasını izleyen yıllarda sağlık durumunun ölçülebilmesi için çeşitli Sağlık Durumu Ölçekleri (SDÖ) geliştirildi. Bu ölçekler, hastalık veya popülasyona özgün değil, kişinin kendi sağlığını öznel değerlendirmesine yönelik olmaları nedeniyle, 1970'li yıllarda oldukça önemli bir gelişme olarak kabul edilmişti [6, 61].

İlerleyen senelerde en iyi bilinen SDÖ'ler olan Kısa Form-36 ve Avrupa Yaşam Kalitesi (Eur-Qol-5D) geliştirildi. Kısa form-36, fiziksel işlevsellik, rol kısıtlamaları, sosyal işlevsellik, ağrı, zihinsel sağlık ve zindeliği; Eur-Qol 5D ise hareketlilik, normal etkinlikler, öz-bakım, ağrı veya rahatsızlık, kaygı ve depresyonu ölçmeyi hedefleyen ölçeklerdir. Hastalık etki profili (HEP) 1976 senesinde geliştirilmiş bir sağlık durum ölçeğidir. Fiziksel, psikososyal, günlük aktivite, iş, yemek, uyku, dinlenme gibi konuları içeren bir ölçektir [62].

Bu ölçekler SDÖ olarak geliştirilmekle birlikte YKÖ olarak da literatürde sıklıkla kullanılmaktadır [45].

2.9. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ

Bazı çalışmalarda YK'nin ölçümü için "Yaşamınızın tümünden genel olarak ne kadar tatmin alıyorsunuz" gibi tek soruluk bir YKÖ'ne yer verilir [63]. Çok sorulu ölçekler ise, soruların tamamı genel yaşam kalitesi ile ilişkili olan tek boyutlu ölçekler ve çok boyutlu ölçekler olarak ikiye ayrılır [64].

Yaşam kalitesi ile ilişkili olan yaşam boyutlarını ayrı başlıklar altında sorgulayan ölçekler ise çok boyutlu ölçekler olarak adlandırılırlar. Kişisel İyilik Hali Ölçeği, çok boyutlu ölçeklerden biridir. Bu ölçekte yaşam standartları, kişisel sağlık, yaşamda elde edilen başarılar, kişisel ilişkiler, kişisel güvenlik, toplum ve bağlılıklar, gelecekte güvenlik başlıkları altında bu boyutlarla ilişkili sorular sorulmaktadır [64].

Cummins ve arkadaşlarının geliştirdikleri ölçekte YK'nin 7 boyutu incelenir. Bu boyutlar: maddi imkanlar, üretkenlik, sağlık, kişisel ilişkiler, güvenlik, toplumsal konum ve duygusal iyilik halidir [32].

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği YKÖ'leri de mevcuttur. Tablo-3'te, DSÖ-YKÖ'nde sorgulanan YK boyutları gösterilmiştir.

Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde sorgulanan YK boyutları

Yaşam kalitesinin boyutları	Alt gruplar
Fiziksel Sağlık	Günlük hayattaki etkinlikler Tıbbi malzeme veya tıbbi yardıma bağımlılık Enerji ve yorgunluk Hareketlilik Ağrı ve rahatsızlık Uyku ve dinlenme Çalışma kapasitesi
Ruh, beden imajı ve görünüm	Olumlu duygular Olumsuz duygular Özgüven Maneviyat/ din/ kişisel inançlar Düşünme, öğrenme, hafıza ve Konsantrasyon
Sosyal ilişkiler	Kişisel ilişkiler Sosyal destek Cinsel aktivite
Çevre	Maddi kaynaklar Özgürlük, fiziksel olarak güvende olma, korunma Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite Ev ortamı Bilgi ve yetenek edinebilmek için fırsatlar Yaratıcı ve dinlenme etkinliklerine katılım için fırsatlar Fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim) Ulaşım

Yaşam kalitesinin tanımındaki farklılıklar beraberinde ölçüm yöntemleri ve araçlarında da farklılıkları getirmiştir. Avustralya Yaşam Kalitesi Merkezi'nde yapılan bir araştırmaya göre, YK'nin ölçümü için geliştirilmiş 1200'den fazla ölçek mevcuttur [65].

2.10. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ

Sağlık ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri hastalık durumlarında kullanılabilen ölçeklerdir. Günümüzde kullanılan SİYKÖ'lerinin çoğu, aslen SDÖ olarak geliştirilmiş olan ölçeklerdir [53]. Tablo 4'te YKÖ olarak kullanılan çeşitli SİYKÖ ve SDÖ'lerden örnekler verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık alanında YKÖ olarak kullanılan çeşitli ölçekler

Ölçeğin adı	Soru maddeleri	Sorguladığı yaşam boyutları	Ölçeklerde bulunması gereken özelliklerin varlığı
EuroQol [62]	5 soru maddesi ve bir görsel analog skala	3 Boyutlu: -Fiziksel -Zihinsel -Sosyal işlevsellik	Minimal değişikliklere duyarlı değildir
Kısa form - 36 [62]	36 soru maddesi	8 boyutlu: -Fiziksel işlevsellik -Fiziksel problemler nedeni ile rol kısıtlılıkları -Bedensel ağrı -Genel sağlık -Canlılık -Sosyal işlevsellik -Duygusal problemler nedeni ile rol kısıtlılıkları -Zihinsel sağlık	İç tutarlılığı, test tekrar güvenilirliği, yapı geçerliliği ve değişime duyarlılığı vardır
Nottingham Sağlık Ölçeği [66]	38 soru maddesi	6 boyut: Fiziksel hareketlilik Uyku Ağrı Enerji seviyesi Duygusal tepkiler Sosyal izolasyon	İç tutarlılığı, test tekrar güvenilirliği, yapı geçerliliği ve değişime duyarlılığı vardır
HEP [67]	136 soru	12 boyut: Fiziksel boyut: Dolaşma, hareketlilik, beden bakımı ve hareketler Psikososyal boyut: Sosyal etkileşim, iletişim, duygusal davranışlar, tetikte davranışlar Bağımsız kategori: Uyku ve dinlenme, yeme, çalışma, ev işleri, yaratıcılık ve eğlence	İç tutarlılık ve test tekrar güvenilirliği, yapı geçerliliği ve değişime duyarlılığı bulunur. Yorumlanabilirliği konusunda fazla çalışma bulunmamaktadır
DSÖ-YKÖ[36]	100 soru	Fiziksel, psikososyal, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkiler, çevre, maneviyat	İç tutarlılık ve test tekrar güvenilirliği, yapı geçerliliği ve değişime duyarlılığı test edilmiştir. Yorumlanabilirliği konusunda fazla veri bulunmamaktadır
YKÖ [68].	15 soru	Maddi ve fiziksel iyilik hali, diğer insanlarla ilişki, sosyal, toplumsal ve sivil etkinlikler, kişisel gelişim ve aşkınlık, yaratıcılık	Güvenilirlik, içerik ve yapı geçerliliği vardır

Tablo 4'te özetlenen YKÖ'leri, hastalıkların tümünde kullanılabilir genel YKÖ'leridir. Ancak çalışmalar, hastalığa özgün YKÖ'lerinin daha hassas ölçümler yaptıklarını göstermektedir. Bu nedenle hem bransa hem de hastalıklara özgü ölçekler geliştirilmektedir [69-71].

2.11. DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ

Dermatolojiye özgü olarak geliştirilen ölçekler, dermatolojik hastalıkların geneline uygun olarak geliştirilmiş ölçekler ve dermatolojik hastalıklara özgü geliştirilen ölçekler olarak ikiye ayrılabilir [72].

2.11.1. Dermatolojik Hastalıkların Genelinde Kullanılabilir Ölçekler

Tüm deri hastalıklarında kullanılabilen farklı deri hastalıklarının birbirleri ile kıyaslanabilmesini sağlayan YKÖ'leri bu başlık altında incelenmiştir. Tablo-5'te, dermatolojide sık kullanılan YKÖ'leri hakkındaki bilgiler özetlenmiştir.

Tablo 5. Dermatolojide sık kullanılan YKÖ'leri hakkında bilgiler

DYKİ [59, 60, 73]	10 soru maddesi	Semptomlar, günlük aktiviteler, boş vakit, iş veya okul, kişisel ilişkiler, Tedavi	İç tutarlılık, test tekrar test güvenilirliği, yapı geçerliliği, değişime duyarlılığı ve yorumlanabilirliği çalışılmıştır
Deri İndeksi (Dİ) [74] [75]	29, 17 ve 16 soru maddeleri içeren alt ölçekler mevcuttur	Duygular, işlevsellik, semptomlar	İç tutarlılık, test tekrar test güvenilirliği, yapı geçerliliği, değişime duyarlılığı çalışılmıştır (29 soruluk ölçeğin yorumlanabilirliği de çalışılmıştır)
Dermatolojide Yaşam Kalitesi Skalası (DYKS) [75, 76]	41 soru maddesi	Psikososyal, utanç (umutsuzluk, gerginlik, stress), etkinlikler (günlük, yaz, sosyal, cinsel), semptomlar	Güvenilirlik ve yapı geçerliliği vardır ancak geçerlilik, değişime duyarlılık ve tutarlılık testleri tamamlanmamıştır
Dermatolojiye Spesifik Yaşam Kalitesi Skalası (DSYKS) [77]	52 ve 53 soru maddesi içeren iki farklı form mevcut	Fiziksel semptomlar, günlük etkinlikler, İş veya okul tecrübeleri, kendilik algısı, SF-36 canlılık alt ölçeği, SF-36 zihin alt ölçeği	Kesitsel geçerliliği, değişime duyarlılığı, ayırimsama geçerliliği ve güvenilirliği vardır

2.11.2. Dermatolojide Hastalıklara Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Tek bir deri hastalığına özgü olarak geliştirilmiş ve aynı hastalığa sahip farklı hasta grupları arasında kıyaslama yapabilmeyi mümkün kılan ölçekler bu başlık altında incelenmiştir. Daha özgü olan bu ölçeklerin yapı geçerliliği ve değişime duyarlılıkları genel ölçeklerden daha yüksektir [59].

Dermatolojik hastalıklara özgü olarak geliştirilmiş ilk ölçek, psöriazise özgü olarak geliştirilmiştir ve Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ) olarak da bilinir [78]. Psöriazis, melazma, vitiligo, atopik dermatit, rozasea,

büllü hastalıklar gibi çoğu dermatolojik hastalık için de özgül YKÖ'leri geliştirilmiştir, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve farklı dillere uyarlanmıştır. Tablo 6'da dermatolojik hastalıklara özgü geliştirilmiş bazı ölçekler örneklendirilmiştir.

Tablo 6. Bazı dermatolojik hastalıklar için geliştirilmiş hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri

Hastalık	Ölçeğinin adı	Geliştirildiği ülke	Türkçe geçerlilik çalışmasının varlığı
Akne	Akne yaşam kalitesi ölçeği	Amerika Birleşik Devletleri	Var [79]
	Cardiff akne kısıtlılık ölçeği	İngiltere	Var [80]
Psöriazis	Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi [78]	İngiltere	Var [81]
	Psöriazis Hayat stress envanteri [82]	Amerika Birleşik Devletleri	Yok
	Psöriazisli hastalarda Yaşam kalitesi Ölçeği [83]	Türkiye	-
Büllü Hastalıklar	Otoimmün Büllü Hastalıklar Yaşam Kalitesi Ölçeği [84]	Avustralya	Yok
Vitiligo	Vitiligo Yaşam Kalitesi İndeksi [85]	Amerika Birleşik Devletleri	Yok
Melazma	Melazma Yaşam Kalitesi Ölçeği [86]	Amerika Birleşik Devletleri	Var [87]

2.12. METASTAZ YAPMAMIŞ DERİ KANSERLERİ VE YAŞAM KALİTESİ

2.12.1. Melanoma Dışı Deri Kanserleri Ve Yaşam Kalitesi

Melanoma dışı deri kanseri hastalarında genel YKÖ'leri ile yapılmış çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar, MDDK'li hastaların YK'lerini, genel YKÖ'lerinin doğru bir biçimde ölçmediğini düşündürmektedir [88, 89]. Lee ve arkadaşları, çalışmalarında MDDK'li hastaların karşılaştıkları

problemleri tespit etmişler ve mevcut ölçeklerin bu problemleri ölçüp ölçmediğini araştırmışlardır [75]. Tablo 7’de hastaların karşılaştıkları problemler özetlenmiştir.

Tablo 7. Deri kanserli hastaların, hastalıkları nedeni ile karşılaştıkları problemler (Lee ve ark.’nın metninden uyarlanmıştır) [75]

Tanı algısı:
Yüz sağlığı konusunda endişeler
Kanserin daha ciddi hale gelmesi
Tekrar etme ihtimali
Yayılma ihtimali
Kanserin nedeni ile ilgili endişe
Tümör ilişkili semptomlar
Kanama
Kaşınma
Rahatsızlık hissi
Ağrılı, batma
Acı
Psikososyal işlevler:
İş ve sosyal ilişkilere etkiler
Günlük aktivitelere etki
Spor ve güneşe çıkma üzerine etki
Tanı ile ilişkili kaygı
Çökkün/umutsuz hisler
Lezyon nedeni ile sıkılma/tiksinti duyma
Gerginlik, kızgınlık
Tedavi korkusu
Savunmasız olduğuna ilişkin kaygılar
Ailesinin de risk altında olduğuna dair korkular
Diğer etkiler konusunda kaygı/korkular
Cinsel ilişkiler üzerine etkiler
Beden algısı ve kendilik algısı üzerine etkiler:
Benlik bilinci
Utanma
İtici hissetme
İz:
Görünürlük
İz
İzin boyutu
Tedavi:
Tedavi konusunda şüpheler
İşlemlerle ilgili memnuniyet
Tedavide harcanan süre
Tedaviyi tavsiye etme veya benzer bir durumda aynı tedaviyi alma isteği

Melanoma dışı deri kanserli hastaların hastalıklarına özgü endişelerine de yer vermeyi hedefleyen, hastalığa özgü YKÖ’leri geliştirilmiştir. Bunlardan

biri Essers ve arkadaşları tarafından yüzünde BHK'sı olan hastalar için Hastalığa Özgü Ölçek (HÖÖ)'tir. Hastaların korunmasızlık, hassaslık, lezyon boyutları, hastalık şiddeti, sağlık durumları hakkındaki endişeleri, cerrahi işlem korkusu, işlemin başarısı konusunda şüpheler, hastalığın nüks etmesine ve yeni bir BHK çıkması konusundaki endişeleri sorgular. Ölçeğin en önemli eksikliği iç tutarlılık ve yapı geçerliliğinin çalışılmış olmasına karşın, test tekrar güvenilirliği ve değişime duyarlılığına ilişkin bir veri bulunmamasıdır [90].

Rhee ve arkadaşları melanoma dışı deri kanserli hastalar için Deri Kanseri İndeksi (DKİ) olarak adlandırdıkları ölçeği geliştirmişlerdir. İç yapı geçerliliği, çakışan ve ayırimsama geçerliliği, değişime duyarlılığı ve test tekrar güvenilirliği çalışılmıştır [10, 91]. Deri Kanseri İndeksi, sadece baş ve boyunda tümörü olan ve Mohs cerrahisine hazırlanacak hastalarda kullanım için geliştirilmiş bir ölçektir. Hastaların takip, yeni kanser gelişimi ve korunma ile ilgili endişelerini sorgulamaz.

Vinding ve arkadaşları melanoma dışı deri kanseri olan hastalarda kullanılmak üzere 9 sorudan oluşan Deri Kanseri Yaşam Kalitesi İndeksi'ni (DKYKİ) geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin ayır edici özelliği, ölçek yapısının, modern test teorilerine uygun olarak geliştirilmiş olmasıdır. Ölçek, daha evvel geliştirilmiş olan Aktinik Keratoz Yaşam Kalitesi Ölçeği (AKYKÖ)'ndeki soruların, melanoma dışı deri kanserine uygulanması ile hazırlanmıştır [92]. Bahsedilen diğer melanoma dışı deri kanseri YKÖ'lerinin yapıları klasik test kuramına göre geliştirilmiştir.

Tablo 8. Melanoma dışı deri kanserine özgü geliştirilen YKÖ'leri

Ölçek adı	Soru maddesi sayısı	Boyutlar	Ölçeğin barındırdığı geçerlilik ve güvenilirlik özellikleri
HÖÖ[90]	12 soru maddesi	Sağlık algıları ve beklentileri	İç tutarlılık ve yapı geçerliliği çalışılmış olmasına karşın, test tekrar güvenilirliği ve değişime duyarlılığına ilişkin bir veri bulunmamaktadır
DKİ[93]	15 soru maddesi	Duygusal, sosyal ve görünüm boyutları	İç yapı geçerliliği, çakışan ve ayrımsama geçerliliği, değişime duyarlılığı ve test tekrar güvenilirliği çalışılmıştır
Deri Kanseri Yaşam Kalitesi İndeksi (DKYKİ)[92]	9 soru maddesi	İşlevsellik, duygular ve kontrol	İç yapı geçerliliği, ayrımsama geçerliliği, iç tutarlılığı vardır. Ölçek yapısı madde cevap kuramına göre tasarlanmıştır

2.12.2 Melanoma İçin Geliştirilmiş Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Melanomalı hastalarda; Kısa form-36 ve Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi, Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-YKÖ) gibi genel ölçeklerle çalışmalar yapılmıştır. Araştırmalar, hastalığın özellikle ilk tanı konulduğu ve tedavisinin yapıldığı dönemlerde YK üzerine en belirgin olumsuz etkiyi yaptığı göstermiştir. Hastalar bu dönemde ağrı, halsizlik, fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerde engellenme olduğunu belirtmişlerdir. Kronik süreçte ise yeni melanoma çıkma ihtimali konusundaki endişeler, hastalık veya tedavisi nedeni ile ortaya çıkan kısıtlılıkların YK'ne etkileri belirginleşmektedir. Bu süreçte yaşanan psikolojik stresin koruyucu davranışlar ve tarama önerilerine uyumda olumsuz etkileri olabileceği görülmüştür [94].

Melanomaya özgü olarak geliştirilmiş iki adet YKÖ mevcuttur. Bunlardan biri Melanomada Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi (MKTİD) olarak adlandırılır [95]. EORTC'nin melanom alt ölçeği (EORTC-MM) ise sadece evre 4 melanoma hastalarında kullanılmak üzere geliştirilmiştir [96]. Tablo 9'da, melanoma özgü olarak geliştirilmiş ölçeklerle ilgili bilgiler özetlenmiştir.

Tablo 9. Melanomaya özgü geliştirilmiş YKÖ'leri

Ölçek adı	Soru maddesi sayısı	Boyutlar	Ölçeğin barındırdığı geçerlilik ve güvenilirlik özellikleri
Melanomada Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi (MKTİD)[95]	38	Fiziksel, sosyal, emosyonel, işlevsel iyilik hali, melanom cerrahisi ve ek endişeler skalası	Yüz, yapı, kriter, konverjan ve ayrımsama geçerliliği, iç tutarlılığı, ayırıştırma derecesi, minimum önem değişkenliği vardır
EORTC-MM[96]	36 soruluk EORTC ve ek 11 soruluk melanom alt ölçeği	Duyusal işlevsizlik, dispne, ağrı	Yapı geçerliliği, iç geçerliliği, güvenilirlik, ayrımsama geçerliliği vardır

2.12.3 Metastaz Yapmamış Melanoma Ve Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Metastaz yapmamış melanoma ve MDDK, primer olarak dermatologlar tarafından takip edilir. Bu hasta grubu için geliştirilmiş tek YKÖ, DKYKÖ'dür. Burdon-Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve 10

sorudan oluşur. Ölçek tek boyutlu bir yapıya sahiptir. Güneşin zararları konusunda bilinçlilik, deri kanserinin yayılması, yenilemesi veya nüks etmesi konularındaki endişeleri sorgulayan soru maddeleri içerir. İç yapı geçerliliği, yapı tutarlılığı, test- tekrar güvenilirliği, çakışan geçerliliği, yorumlanabilirlik ve değişime duyarlılığı bulunmaktadır [97].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Burdon Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan DKYKÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu ölçek metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanserli hastalar için geliştirilmiş tek YKÖ olma özelliğini taşımaktadır [14]. Ölçeğin kaynak dili İngilizcedir.

Araştırma Aralık 2015 ile Eylül 2016 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür.

3.1. ÇEVİRİ BASAMAKLARI

Dr. Burdon-Jones'tan geliştirdikleri ölçeğin Türkçe diline uyarlanması ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasının yapılması için izin istendi. Dr. Burdon-Jones tarafından izin mektubu gönderildi.

Ölçek Dr. Hilayda Karakök Güngör (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı), Prof. Dr. Seher Bostancı (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı) ve Doç. Dr. Bilal Kırkıcı (Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Yabancı Diller Eğitim Bölümü) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Elde edilen 3 metin, 2 farklı dermatoloji doktoru tarafından ortak bir metin haline getirildi. Bu metin 2 farklı tercüman tarafından İngilizce'ye çevrildi. Ardından metnin İngilizcesi dilbilimci, klinisyen ve akademisyenlerin oluşturduğu kurul tarafından gözden geçirildi. Çevrilen metin Türkçe dilinde kullanım için uygun bulundu.

Ölçeğin Türkçe metni Tablo-10'da gösterilmektedir.

Tablo 10. Deri Kanseri ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe çevirisi:

Deri Kanseri İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği:
Ad-Soyad: Tel: Hasta numarası:
Bu anketin amacı, deri kanseri olmanızın yaşam kalitenizi SON BİR HAFTA BOYUNCA ne kadar etkilediğini ölçmektir. Lütfen her bir soru için sadece bir kutuya (√) işareti koyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız.
1) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizin tekrar etme ihtimaliyle ilgili ne kadar endişelendiniz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
2) Son bir hafta boyunca, deri kanserini fark etme veya önleme konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğunuzu ne kadar hissettiniz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
3) Son bir hafta boyunca, derinizi örtme ve güneşten sakınma konusunda ne kadar endişelendiniz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
4) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizi veya tedavisi ile ilgili olarak, doktorunuz veya hemşirenizden ne kadar rahatlatılma ihtiyacı hissettiniz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
5) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizi veya tedavisi ile ilgili olarak, ne kadar duygusal, kaygılı, canı sıkkin, suçlu veya gerilimli hissettiniz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
6) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizi veya tedavisi nedeni ile oluşan şekilsizlik veya iz konusunda ne kadar endişelendiniz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
7) Son bir hafta boyunca, size deri kanseri tanısının konulmasından dolayı ne kadar şok veya inanmama hissine kapıldınız?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
8) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizi veya tedavisiyle ilgili olarak, ne kadar deri rahatsızlığı veya sıkıntısı yaşadınız?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
9) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizden dolayı ölümle ilgili ne kadar endişe duydunuz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
10) Son bir hafta boyunca, deri kanserinizi veya tedavisi ilgili olarak, aileniz veya arkadaşlarınızdan ne derece duygusal destek alma ihtiyacı duydunuz?
Çok fazla () Kısmen () Biraz () Hiç ()
Lütfen tüm soruları yanıtladığınızdan emin olunuz. Teşekkür ederiz.
Orijinal Yazarlar: D. Burdon –Jones, K. Gibbons

3.2. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN TAYİNİ

Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında alınması gereken örneklem büyüklüğü için net bir hesaplama bulunmamaktadır. Ancak örneklem sayısının ölçekte yer alan soru maddeleri sayısından en az 4-5 katı olması önerilmektedir. 10 soruluk bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında örneklem sayısının, her bir deri kanseri alt grubu için 40-50 hasta olmak üzere; toplam 120-150 olması planlanmıştır.

3.3. GÖNÜLLÜLERİN ÖZELLİKLERİ

18 yaşından büyük kadın ve erkek, metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanseri tanısını son 3 ay içerisinde almış olup tedavisi tamamlanmış veya tedavi altında olan hastalardan, gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

18 yaşından küçük, okuma yazma bilmeyen, bilişsel fonksiyonları etkileyen konjenital, dejeneratif veya psikiyatrik hastalığı olan ve gönüllü olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. KAYDEDİLEN VERİLER

Gönüllülerin her birinin yaş, cinsiyet, deri kanseri tipi, lezyonun yerleşim yeri, hastaların daha evvel deri kanseri tanısı alıp almadıkları, diğer hastalıkları, aile öyküleri, vücutlarındaki nevüs sayıları, tümörün histopatolojik özellikleri ve hastaların Fitzpatrick deri tipleri yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmak amacıyla kaydedilmiştir.

Risk sınıflaması BHK için; lezyonun boyutu, primer veya rekürren yapıda olması, sınırların durumu, hastanın immün durumu, öncesinde tümör alanına radyoterapi öyküsünün varlığı ve tümörün histopatolojik özellikleri baz alınarak yapılmıştır. YHK için risk sınıflandırılmasında ise; hızlı büyüme öyküsünün varlığı, tümörün primer veya rekürren yapısı,

nörolojik semptomların varlığı, sınırların durumu, hastanın immün durumu, öncesinde tümör alanına radyoterapi öyküsünün, kronik inflamasyon/skarın varlığı ve tümörün histopatolojik özellikleri baz alınmıştır [98]. Melanoma da ise Breslow kalınlığı, Clark seviyesi, yüzeyle ülserasyon varlığı, regresyon varlığı, tümör derinliği ve özelliği ile mm²deki mitoz sayısı göz önünde bulundurularak evreleme yapılmıştır [99]. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri kaydedilmiştir.

Yukarıda sayılan veriler kaydedildikten sonra her gönüllüden aşağıda bahsedilen iki ölçeği de tam olarak doldurması istenmiştir.

3.5. KULLANILAN ÖLÇEKLER

Tablo 10'de verilmiş olan DKYKÖ toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Soruların yanıtlarının puanlaması şu şekildedir: çok fazla için 3 puan, kısmen için 2 puan, biraz için 1 puan ve hiç için 0 puan. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 30'dur ve tüm sorular son bir haftayı düşünülerek yanıtlanmalıdır.

Dış geçerlilik analizinde kullanılmak üzere tüm gönüllülerden ek olarak Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) doldurmaları da istenmiştir. DYKİ'deki sorular da son 1 hafta hakkındadır. Puanlamada, çok fazla için 3, fazla için 2, biraz için 1 ve hiç ile ilgisi yok için 0 olarak hesaplanır. Alınacak maksimum puan 30'dur. Her iki ölçekte de toplam puanın artması, yaşam kalitesinin olumsuz anlamda daha çok etkilendiğini göstermektedir.

Tablo 11. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Ad soyad:
Yaş:
Cinsiyet:
1.Son 1 haftadır, cildinizde kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz mi? a)Oldukça fazla b) Çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
2.Son bir haftadır cildiniz yüzünden kendinizi güvensiz hissettiniz mi veya utanç duygusuna kapıldınız mı ? a)Oldukça fazla b) Çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
3.Son bir haftadır cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza engel oldu mu? a)Oldukça fazla b) Çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
4.Geçtiğimiz hafta içinde cildiniz giyim şeklinizi etkiledi mi? a)Oldukça fazla b) Çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
5.Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi etkiledi mi? a)Oldukça fazla b) Çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
6.Geçtiğimiz hafta içerisinde, cilt problemlerinizi herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı engelledi mi? a)Oldukça fazla b) Çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
7.Geçtiğimiz hafta cildinizdeki durum iş hayatınızı ya da çalışmanızı etkiledi mi? a)Evet b)Hayır Eğer hayır ise, cildiniz iş hayatınızı veya çalışmanızda ne kadar problem olur? a)Çok b) Biraz c)Hiç olmaz
8.Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz; partneriniz, yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınızla aranızda ne kadar problem olur? a)Oldukça fazla b) çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
9.Son bir haftada, cildinizdeki durum cinsel zorluklar çekmenize neden oldu mu? a)Oldukça fazla b) çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok
10.Son 1 haftada yapılan tedavilerden nasıl etkilendiniz? (zaman kaybı olması, evde karışıklık yaratması gibi) a)Oldukça fazla b) çok c)Hafif d)Hiç yok e)ilgisi yok

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışmada; ölçeğin Türkçe dili için geçerlilik ve güvenilirlik özelliklerine sahip olup olmadığı araştırılmıştır.

3.7. GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin içsel yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde kategorik verilerde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA sonucunda elde edilen modelin yeterliliğini değerlendirmede uyum istatistiklerinden yararlanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan uyum iyiliği istatistikleri, karşılaştırmalı uyum indeksi (KUI) [Comparative Fit Index (CFI)], Tucker-Lewis indeksi (TLİ) [Tucker-Lewis Index (TLI)], Yaklaşımın Hata Kareler Ortalaması Karekökü (YHKOK) [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)]'dür. Bunların ilk ikisinin değerlerinin 0.90'dan büyük olması, kabul edilebilir bir uyum, 0.95'den büyük olmaları ise iyi bir uyum olduğunun göstergesi olarak kabul edilir. YHKOK'da ise söz konusu değer 0.05'in altında olması iyi bir uyum, 0.08'in altında olması ise kabul edilebilir bir uyum olduğunu gösterir [100]. DFA, Mplus programı deneme versiyonu ile gerçekleştirilmiştir [101].

İçsel yapı geçerliliğinin incelenmesinin ardından ölçeğin dışsal geçerliliğinin değerlendirilmesinde ölçeğin 10 maddelik toplam puanın tek boyuta ait madde puanları ile korelasyonu incelenmiştir. Dış geçerlilik için üzerinde çalışılan DKYKÖ ile daha önce geçerliliği, güvenilirliği Öztürkcan ve arkadaşları tarafından 2006 senesinde yapılmış olan DYKİ kullanılmıştır [102]. Test edilen hipotez benzer amaca yönelik bir sorgulama yapan DYKİ ile ölçek toplam puanın aynı yönlü (pozitif) korelasyona sahip olmasıdır. Ayrıca ayırimsama geçerliliği kapsamında kanser tipi gruplarına göre hastaların DKYKÖ toplam puanları incelenmiştir. Ayırimsama geçerliliğine göre hipotez, prognozu daha kötü

olan hastalık grubunda ölçek puanlarının ortalamasının da artış göstermesidir.

3.8. GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Güvenilirlik bir ölçme aracı vasıtası ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının göstergesidir. Geçerlilik değerlendirmesi sonunda, iç tutarlığın tahmini olarak Cronbach'ın a katsayısı hesaplanmıştır [103]. Cronbach a katsayısı, veri setinde eksik gözlem olmadığı durumda elde edilebilirken; grup düzeyinde değerlendirme yapmada 0.70 değeri kabul edilebilir en küçük değerdir.

Bu çalışmada güvenilirlik analizleri için 30 hastada test tekrar test uygulanarak elde edilen toplam puanlar sınıfı korelasyon katsayısı ile (%95 güven aralığı) hesaplanmıştır.

İstatistiksel analiz kısmında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bittikten sonra 3 farklı deri kanseri grubunda ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi ile yapılmıştır.

3.9. DİĞER ANALİZLER

Hastaların yaş, cinsiyet, deri kanseri tipi, lezyonun yerleşim yeri, hastaların daha evvel deri kanseri tanısı alıp almadıkları, diğer hastalıkları, aile öyküleri, vücutlarındaki nevüs sayıları, tümörün histopatolojik özellikleri, hastaların Fitzpatrick deri tipleri, MDDK'lerinde risk sınıflandırması, melanoma deri kanserinde evreleme ve uygulanan tedavi yöntemi ile toplam ölçek puanları ilişkisinin araştırılmasında, 2 kategorili olan durumlarda bağımsız örneklerde t-testi, 2'den fazla kategorinin olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi, sürekli veya ordinan değişkenlerin araştırılmasında Pearson veya Spearman rank korelasyon analizi uygulanmıştır.

İstatistiksel anlamlılık 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuştur. Gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığı toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu karar verilmiş olup karar numarası 10-439-16'dır.



4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 65 BHK, 30 SHK ve 46 melanoma tanılı hasta dahil edilmiştir.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya 64 kadın (%44,39), 77 erkek (%54,6) toplam 141 deri kanseri hastası alındı. Cinsiyet dağılımları bakımından üç grup arasında fark kıkare analizi ile değerlendirildi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.408$).

Hastaların yaş ortalamaları BHK grubunda $63,75 \pm 12,07$ standard sapma (SS), YHK grubunda $66,53 \pm 13,55$ SS ve melanom grubunda $49,24 \pm 16,67$ olarak bulundu. Üç grup, yaş değişkeni bakımından tek yönlü varyans analizi ile değerlendirildi ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001$). Farklılığı yaratan grupların tespiti için posthoc çoklu karşılaştırma testleri uygulandı ve melanomun diğer iki gruptan anlamlı şekilde farklı olduğu (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$) BHK ve YHK gruplarının ise birbirleriyle istatistiksel olarak farklı olmadığı gözlemlendi ($p=1.00$).

Tablo 12. Deri kanserleri türlerine göre cinsiyet ve yaş dağılımı:

Cinsiyet:	BHK sayı (%)	YHK sayı (%)	Melanoma sayı (%)
Kadın	29 (% 52,2)	11 (%36,7)	24 (%52,2)
Erkek	36 (%44,6)	19 (%63,3)	22 (%47,8)
Yaş:			
Ortalama±SD	$63,75 \pm 12,077$	$66,53 \pm 13,554$	$49,24 \pm 16,672$
Min-Max	26-92	29-86	21- 83

4.2. DERİ KANSERLERİNİN RİSK VE EVRELERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 13 ve 14'te deri kanserleri alt tiplerine göre risk ve evre özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 13. Melanoma dışı deri kanserli hastalarda risk dağılımı

	Düşük Risk	Yüksek Risk	Toplam
BHK	27	38	65
SHK	20	10	30

Tablo 14. Melanoma hastalarında evrelerin dağılımı

	Evre 0 n	Evre 1a n	Evre 1b n	Evre 2a n	Evre 2b n
Melanoma	1	30	9	5	1

4.3. ANKETİN GEÇERLİLİĞİNE DAİR BULGULAR

4.3.1. GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Çalışma kapsamında, 10 madde, referans makalede yer alan tek faktörlü yapıya uygunluğu açısından DFA ile değerlendirilmiştir. Uyum istatistiklerine göre DKYKÖ'nin Türkçe formunun tek faktörlü yapıya uygun olduğu belirlenmiştir. Soru maddeleri ve faktör yükleri Tablo 15'te verilmiştir. Maddelerin çoğunun 0.40 ve üzerinde faktör yüklerine sahip olduğu görülmüştür. Modele uyum, KUI=0.952, TLI= 0.938 ve YHKOK=0.102 değerleri ile yeterli bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizleri ile 3 numaralı soru maddesinin faktör yükünün 0,372 olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, ölçeğin bu maddesinin YK ölçmede başarılı olmadığını göstermektedir. Ölçeğin geliştirildiği orijinal

çalışmada, doğrulatory faktör analizleri konusunda bilgi verilmemiştir [14].

Tablo 15. Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunda yer alan soru maddeleri ve faktör yükleri

Soru maddeleri	Faktör yükleri
Soru 1	0.762
Soru 2	0.759
Soru 3	0.373
Soru 4	0.797
Soru 5	0.781
Soru 6	0.706
Soru 7	0.709
Soru 8	0.630
Soru 9	0.785
Soru 10	0.689

İçsel yapı geçerliliğinin incelenmesinin ardından ölçeğin dışsal geçerliliğinin değerlendirilmesinde ölçeğin soru puanlarının ve ölçek toplam puanının DYKİ ile korelasyonu incelenmiştir. Bu değerlendirme sonucunda DYKİ ile tüm sorular / toplam puanları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu belirlenmiştir. Soru maddelerinin ve DYKİ toplam puanı ile korelasyon katsayıları Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'ndeki soru maddeleri ile DYKİ toplam puanı arasında korelasyon analizi sonuçları

Sorular	DYKİ Toplam Puan	
	Korelasyon Katsayısı	p
Soru 1	0.459	<0.001
Soru 2	0.390	<0.001
Soru 3	0.279	0.001
Soru 4	0.325	<0.001
Soru 5	0.514	<0.001
Soru 6	0.423	<0.001
Soru 7	0.344	<0.001
Soru 8	0.362	<0.001
Soru 9	0.400	<0.001
Soru 10	0.327	<0.001

Ayrımsama geçerliliği kapsamında, kanser tipine göre hastaların DKYKÖ toplam puanları incelenmiştir. Melanoma tanılı hastalarının DKYKÖ toplam puanının, melanoma dışı deri kanseri tanılı hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,024$). Tablo 17'de melanoma ve melanoma dışı deri kanserli hastaların DKYKÖ toplam puan ortalama ve ortanca değerleri verilmiştir.

Tablo 17. Melanoma ve melanoma dışı deri kanserli hastaların DKYKÖ toplam puan ortalama ve ortanca değerleri

	DKYKÖ toplam puan ortanca değeri (min-max)	DKYKÖ toplam puan ortalama değeri \pm SS
Melanoma	11 (2-28)	11,96 \pm 5,94
Melanoma Dışı Deri Kanserleri	9 (0-28)	9,84 \pm 7,885

4.5. ANKETİN GÜVENİLİRLİĞİNE DAİR BULGULAR

Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği tek boyutludur ve güvenirliliğın iç tutarlılığı (Cronbach alfa= 0.863) oldukça yüksek bulunmuştur.

Test-tekrar test güvenirliliği sınıf içi korelasyon katsayısı ile değeriendirildiğinde 0.824 [%95 Güven Aralığı; (0,644 – 0.918)] olarak yüksek bir değeri bulunmuştur.

4.6. YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN ÖZELLİKLER

Cinsiyet faktörünün DKYKÖ toplam puanına etkisi araştırılmıştır. Kadın hastaların DKYKÖ toplam puanları ortalama 11,59 \pm 7,648 SS ortanca 11 (0-28) iken erkek hastaların toplam puanları ortalama 9,65 \pm 7,045 ortanca 9 (0-28) olarak saptanmıştır. Cinsiyet bakımından hastaların DKYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,101). Cinsiyet özelliklerine göre hastaların DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

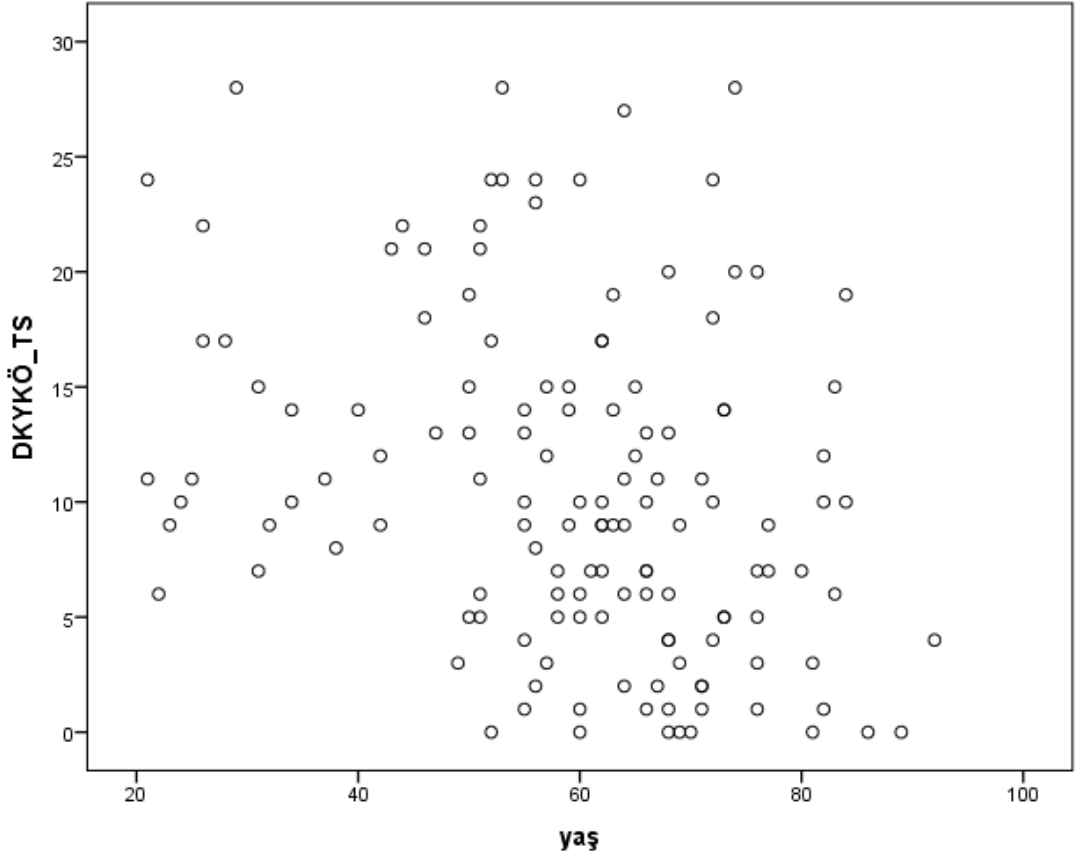
Tablo 18. Cinsiyet özelliklerine göre hastaların DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı

	DKYKÖ Toplam Puan Ortalama \pm SS	DKYKÖ Toplam Puan Ortanca (min.-maks)	Hasta Sayısı
Kadın	11,59 \pm 7,648 SS	11 (0-28)	64
Erkek	9,65 \pm 7,045	9 (0-28)	77

65 yaş altı ve üstü hastaların DKYKÖ toplam puanları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Tablo 19'da 65 yaş altı ve üstü hastaların DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 19. 65 yaş altı ve üstü hastaların DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı

	DKYKÖ Toplam Puan Ortanca (min.-maks)	DKYKÖ Toplam Puan Ortalama \pm SS	Hasta Sayısı
65 yaş ve altı	11 (0-28)	12,25 \pm 7,038	83
65 yaş üstü	6 (0-28)	7,81 \pm 6,864	53



Şekil 2. Yaş ile DKYKÖ toplam puanı arasındaki korelasyon grafiği

Yaş ile DKYKÖ toplam puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Aralarına negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırası ile $r=0,333$ $p<0,001$).

Hastaların vücutlarındaki nevüs sayısı 100'den az ve 100'den fazla olarak iki gruba ayrılmıştır. Nevüs sayısı grupları ile DKYKÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. Nevüs sayısı 100'den az olan hastaların DKYKÖ toplam puan ortancası 9 (0-28) $10,41 \pm 7,42$ iken; 100'den fazla olan hastaların DKYKÖ toplam puan ortancası 10 (3-28) ortalama $11,50 \pm 7,04$ olarak saptanmıştır. İki ortanca arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,536$).

Hastaların öncesinde herhangi bir deri kanseri öyküsüne sahip olma durumu ile DKYKÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre öncesinde deri kanseri öyküsü olan hastaların DKYKÖ toplam puan

ortancası 12 (0-27) ortalama $12,36 \pm 7,61$ SS, öncesinde herhangi bir deri kanseri öyküsü olmayanların ise DKYKÖ toplam puan ortancası 9 (0-28), ortalama $9,97 \pm 7,22$ SS olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmamıştır ($p=0,099$).

Hastaların deri kanseri aile öyküsüne sahip olma durumu ile DKYKÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre ailesinde deri kanseri olan hastalar ile olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,132$).

Fitzpatrick deri tipi ile DKYKÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. Tablo 20'de Fitzpatrick deri tiplerine göre DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı gösterilmiştir. Fitzpatrick tiplerine göre DKYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,589$).

Tablo 20. Fitzpatrick deri tiplerine göre DKYKÖ toplam puanlarının dağılımı

Fitzpatrick Deri Tipleri	DKYKÖ Toplam Puan Ortanca (min.-maks)	DKYKÖ Toplam Puan Ortalama \pm SS	Hasta Sayısı
Tip 1	17	17	1
Tip 2	9 (0 - 28)	$10,51 \pm 7,1$	53
Tip 3	9 (0 - 28)	$10,04 \pm 7,49$	74
Tip 4	10 (5-28)	$12,92 \pm 7,79$	13

Tedavi gruplarına göre DKYKÖ toplam puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır ve anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,487$). Tedavi gruplarının DKYKÖ toplam puan ortancaları Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 21. Tedavi gruplarına göre DKYKÖ toplam puan dağılımı

Tedavi grupları	DKYKÖ Toplam Puan Ortanca (min.-maks)	DKYKÖ Toplam Puan Ortalama \pm Standart Sapma	Hasta Sayısı
İmiquimod	1	1	1
Kriyoterapi	28	28	1
İmiquimod + Eksizyon	7	7	1
Primer eksizyon	9 (0-27)	10,44 \pm 7,49	89
Eksizyon+ Sentinel Lenf Nod Biyopsisi (SLNB)	12 (0-28)	12,56 \pm 6,59	16
Eksizyon+ Flap veya Greft uygulaması	9 (0-28)	9,26 \pm 6,74	27
Amputasyon	7	7	1
Radyoterapi	16 (15-17)	16 \pm 1,41	2
Vismodegib	9 (0-21)	10 \pm 10,53	3

4.7. DERİ KANSERİ RİSK SINIFLAMASI VE EVRELEMENİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bazal hücreli karsinoma hastalarının 38'i (%58,46) ve YHK hastalarının 10'u (%33.3) yüksek riskli olarak sınıflandırılmıştır. Yüksek riskli BHK'sı olan hastalarla düşük riskli BHK'sı olan hastaların DKYKÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,235$). Yüksek riskli YHK'sı olan hastalarla düşük riskli YHK'sı olan hastaların DKYKÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=1,00$).

Melanoma 1, 1a, 1b, 2a ve 2b olarak evrenip gruplandırıldığında, gruplar ile ile DKYKÖ toplam puanları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,670$). Hastalık evresi evre 0, 1 ve 2 olarak gruplandırılarak, DKYKÖ toplam skoru açısından karşılaştırıldığında da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,635$).



5. TARTIŞMA

Geleneksel yaklaşımda, popülasyon bazında hastalık ve kür oranları, birey bazında ise sağ kalım süreleri tedavi hedeflerinde belirleyici olmaktadır. Tıbbın gelişmesi ve İnsan Hakları Hareketi ile sağlık temel bir hak sayılıp herkese ulaştırıldı. Böylece çoğu ülkede enfeksiyöz hastalıkların büyük bir kısmı eradike edildi. Günümüzde temel sağlık problemlerinin ciddi bir kısmını, kürün mevcut tıp bilgileri ile mümkün olmadığı kronik hastalık oluşturmaktadır. Geleneksel yaklaşımda kronik hastalıklarda tedavi hedefi hastalık şiddetini minimize etmektir. Hastaların bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının önemi anlaşıldıkça çoğu klinisyen ve araştırmacı tarafından YK'nin yükseltmesi hasta yönetiminde birincil hedef konumuna gelmektedir [104].

Yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilirken, ölçeklerde sorgulanması istenen özellikler konusunda yönlendirici temel metinler bulunmamaktadır [53]. Ölçek geliştirilirken çoğu araştırmacı, SİYK'nin tanımlarından birini baz alır. Bu tanımlar: "Kişinin hastalığı nedeni ile etkilenen hayat yönleri", "Kişinin hastalığı nedeni ile etkilenen duygusal, fiziksel, sosyal iyilik hali" veya DSÖ'nün "bireyin kültür ve değer sistemi, çevresi, hedefleri, beklentileri standartları ve endişeleri bağlamında hayattaki yeri konusundaki algısıdır" şeklinde sıralanabilir. Bazı araştırmacılar, bu tanımlara uygun olarak, hastalık veya sağlıkla ilgili uzman görüşlerini temel alarak ölçek için uygun sorular geliştirirken, bazıları da hastalara hastalıkları nedeni ile etkilenen yaşam yönlerini saymalarını ister ve gelen yanıtları derleyerek bir ölçek oluşturur [96, 97]. Ölçeklerde bulunması gereken karakteristik özellikler ve ölçek geliştirilirken kullanılacak yöntemler açık bir biçimde tanımlanmıştır [59].

Deri Kanseri tüm dünyadaki en sık görülen 3. kanser çeşididir. Melanoma ve melanoma dışı deri kanserleri olarak iki gruba ayrılır. Popülasyon taramaları, toplumun bilinçlendirilmesi ve tanı araçlarının gelişmesi ile deri kanserlerinin çoğu erken evrede tanı alır. Deri kanseri tanısı alan hastalarda, ilerleyen yıllarda yeni deri kanseri çıkışı riski

bulunmaktadır. Nonmelanoma deri kanserli hastaların nüks açısından da takipte tutulmaları gerekmektedir. Bu nedenlerle deri kanserleri kür olan bir hastalıktan ziyade, kronik bir hastalık olarak sınıflandırılmalıdırlar [94].

Metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanserli hastalarda YK ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların çoğunda dermatolojiye veya kansere özgü genel ölçekler kullanılmıştır [75, 105, 106]. Melanoma hastalarında genel YKÖ'leri ile yapılan çalışmalar Tablo 22'de özetlenmiştir.

Tablo 22. Melanoma hastalarında genel YKÖ'leri ile yapılan çalışmalar

Araştırmacılar	Melanom evresi	Kullanılan ölçekler	Sonuç
Trask ve ark [107]	Evre 1-3	Kısa form-36	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Trask ve ark [108]	Evre 1-3	Kısa form-36	Başlangıç YK'de minimum etkilenme
Al-Shakli ve ark [109]	Evre belirtilmemiş	EORTC-YKÖ	Melanom tanısı almayan hastalara göre YK'nde anlamlı bozulma
Lehto ve ark [110]	Yeni tanı lokalize melanom ve meme kanseri	Rotterdam semptom listesi, EORTC-YKÖ-meme kanseri alt ölçeği	Başlangıç YK'de minimum etkilenme
Rataj ve ark [111]	Evre belirtilmemiş	EORTC-YKÖ	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Barbato ve ark [112]	Evre 1-4	FACT-G	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Schlesinger-Raab ve ark [113]	Lokalize melanoma	EORTC-YKÖ	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Holterhues ve ark [114]	Evre 0 ve 2	Kısa form-36	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Zucca ve ark [115]	Uzun dönem sağkalımı olan melanom hastaları	EORTC-YKÖ	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Schubert-Fritschle ve ark [116]	Lokalize melanoma	EORTC-YKÖ	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Engel ve ark [117]	Lokalize melanoma	EORTC-YKÖ	Hastaların ortalama YK'leri iyi düzeyde
Beutel ve ark [118]	Evre 1-3	EORTC-YKÖ	Hastaların ortalama YK'leri popülasyondan daha iyi

Melanoma hastalarında genel ölçekler ile yapılan çalışmalar, hastaların YK'lerinin genel popülasyondan farklı olmadığını göstermektedir. Ancak araştırmalar melanoma tanısı almış olmanın kendilik algısı, beden imgesi, kişinin iyilik hali hakkındaki yargısı, aile rolleri ve ilişkileri, kariyer fırsatları, arkadaşlık ilişkileri ve maddi durum gibi hastanın günlük hayatının pek çok yönünü olumsuz etkilediği göstermektedir [119-121]. Bu bulgular, genel ölçeklerin melanoma hastalarının YK'lerini ölçmede yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Melanomalı hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar, hastaların YK'lerinin en çok tanıdan sonraki ilk 3 ayda etkilendiğini göstermiştir. Hastaların bu süreçte en çok duygusal işlevsellik, uyku ve sağlık durumları hakkındaki algılarının olumsuz etkilendiği gösterilmiştir [94, 109].

Melanomalı hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş iki ölçek mevcuttur. Bunlardan biri, EORTC-YKÖ'nin melanomaya özgü alt ölçeği olan EORTC-MM'dur. Bu ölçek sadece metastatik hastalığı olan melanoma hastalarında kullanılmak üzere geliştirilmiştir [96]. Melanomada Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi ise, melanomanın tüm evrelerinde kullanılabilecek bir YKÖ'dür. Duygusal, sosyal, işlevsel ve fiziksel iyilik halini sorgulayan alt boyutları mevcuttur. Ölçeklerde bulunması gereken zorunlu özellikleri içermektedir [105].

Melanomada Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi ile melanom hastalarının YK'leri araştırıldığında, evre ilerledikçe hastaların YK'lerinin daha olumsuz olduğu yönde etkilendiği tespit edilmiştir [122].

Beesley ve arkadaşları çalışmalarında melanomalı hastaların YK'ni MKTİD ile değerlendirmişlerdir. Araştırmalarında hastaların genel YK'lerinin normal popülasyondan farklı olmadığını; ancak hastaların duygusal iyilik halinin normal popülasyona göre daha olumsuz etkilendiğini saptamışlardır [123].

Both ve arkadaşları ölçeklerin, araştırmacı ve hasta için fazla zahmet gerektirmemesinin öneminden bahsetmişlerdir. Ölçekteki soru maddelerinin sayısı ve puan hesaplaması bu zahmeti arttıran faktörlerdir [59]. Melanomada Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi'nin, hasta için fazla zahmet gerektirdiği düşünülerek, Swartz ve arkadaşları tarafından ölçeğin soru madde sayısı 18'e düşürülmüştür. Bu hali ile ölçeğin araştırmacı ve hasta için daha az zahmet gerektirdiği düşünülmektedir [124].

Melanoma dışı deri kanserinde, genel ölçeklerle yapılmış çalışmalar Tablo 23'te, özetlenmiştir. Çalışmaların çoğunda, hastaların YK'lerinde hafif etkilenme tespit edilmiştir.

Tablo 23. Melanoma dışı deri kanserinde, genel ölçeklerle yapılmış çalışmalar

Araştırmacılar	Kanser tipi	Kullanılan ölçekler	Sonuç
Blackford ve ark[125]	BHK	DYKİ	Hafif etkilenme
Steinbauer ve ark[126]	MDDK	DYKİ	Hastaların %31'nde orta-şiddetli etkilenme
Chren ve ark[127]	MDDK	Deri indeksi-16	Olumsuz etkilenme tespit edilmiş
Rhee ve ark[128]	Servikofasiyal MDDK	Kısa form-36, Genel Kanser Tedavisi İşlevsellik Değerlendirmesi (GKTİD), Görsel Analog Skala	Hafif etkilenme
Rhee ve ark[88]	Servikofasiyal MDDK	DYKİ	Hafif etkilenme
Rhee ve ark[89]	Servikofasiyal MDDK	Kısa form-36, GKTİD	Hafif etkilenme

Gaulin ve arkadaşları dermatolojiye özgü ve kansere özgü genel ölçeklerin MDDK'lı hastaların YK'lerindeki olumsuz etkilenmeyi tespit edemediğini düşünmektedirler. Araştırmacılar, hastalığa özgü ölçeklerin bu hasta grubundaki olumsuz etkilenmeyi daha iyi ölçebileceğini düşünmektedirler [11].

Meyer ve arkadaşlarının çalışmasında deri kanseri tanısı almış olan hastaların güneşli günlerde uzun kollu ve kapatıcı kıyafetler tercih ettiği, öğlen saatlerinde dış ortamda bulunmaktan kaçındığı ve güneş koruyucu sürme konusunda oldukça hassas davrandıkları gösterilmiştir [129]. Burdon-Jones ve arkadaşları ise çalışmalarında hastaların %74'ünün güneş maruziyetinden ciddi ölçüde kaçındıkları tespit edilmiştir. Hastalar dış mekandaki etkinliklerini kısalttıkları, güneşli yaz tatilleri yapmaktan kaçındıklarını ve bazı hastaların güneşli ülkelerdeki yazlık evlerini sattıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların ilk defa bir gün ölebilecekleri düşüncesi ile karşılaştıklarını da tespit etmişlerdir [97].

Rhee ve arkadaşları ise, MDDK'lı hastalarda, tedavinin yol açacağı iz, hastalığın nüks etmesi veya yeni deri kanserleri çıkması konusundaki endişelerin baskın olduğunu gözlemişlerdir [10]. Nonmelanoma deri kanserli hastaların değinilen endişeleri, bu hasta grubuna özgü bir ölçek geliştirilmesinin önemine işaret etmektedir.

Melanoma ve MDDK'li hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için geliştirilmiş özgül ölçekler mevcuttur.

Essers ve arkadaşlarının geliştirdiği HÖÖ, yüzünde BHK'sı olan hastaların, cerrahi öncesi sağlık algıları ve tedavi ile ilgili tatminlerini ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. BHK'ya özgül olarak geliştirilmekle birlikte, ölçeğin MDDK'lerinde YK'ni ölçmek için kullanılabilirliği net değildir. Ayrıca ölçeklerde bulunması gereken özelliklerden; test tekrar güvenilirliği ve değişime duyarlılığına ilişkin bir veri bulunmamaktadır [90].

Vinding ve arkadaşlarının geliştirdiği DKYKİ, MDDK'li hastalarda kullanılabilecek bir YKÖ'dür. Ölçek, aktinik keratoz hastalarının YK'sini

ölçmek için geliştirilmiş AKYKÖ'ndeki soru maddelerinde, 'güneş hasarı' yerine 'deri kanseri' konularak hazırlanmıştır [92]. Aktinik keratoz ve MDDK birbirinden farklı hastalıklar olmaları nedeni ile ölçeğin, melanoma dışı deri kanserli hastaların YK'lerini etkileyen tüm boyutları ölçemeyebileceği öngörülebilir.

Rhee ve arkadaşları melanoma dışı deri kanserli hastaların YKÖ amacı ile DKİ'ni geliştirmişlerdir. Bu ölçekteki sorular, hem melanoma dışı deri kanserli hastalar hem de uzmanların görüşleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Ölçek sadece servikofasiyal yerleşimde melanoma dışı deri kanseri olan hastalar için hazırlanmıştır [10].

Deri kanseri Yaşam Kalitesi İndeksi ve DKİ, ölçeklerde bulunması gereken zorunlu özellikleri taşımaktadırlar [12, 91-93]. Her iki ölçek de, araştırmacı ve hasta için fazla zahmet gerektirmemektedir.

Metastaz yapmamış melanoma ve MDDK'lerine özgü olan DKYKÖ Burdon-Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve bu grup hastalarda kullanılacak tek ölçektir. Ölçeklerde bulunması gereken özellikleri içerir. Araştırmacı ve hasta için fazla zahmet gerektirmez [14].

Metastaz yapmamış melanoma ve MDDK'leri için Türkçe'de geliştirilmiş veya Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmış bir YKÖ bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda Burdon-Jones ve arkadaşlarının metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanserlerinde kullanılmak üzere geliştirdikleri YKÖ'ni Türkçe'ye uyarlamayı ve Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmayı hedefledik.

Çalışmamızda ölçeğin geçerlilik çalışmasında, doğrulayıcı faktör analizleri de yapılmıştır. Ölçek sorularının faktör yüklerinin çoğunun 0,4'ten yüksek olduğu tespit edilmekle birlikte, 3 numaralı soru maddesinin faktör yükünün 0,372 olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, ölçeğin bu maddesinin YK ölçmede başarılı olmadığını göstermektedir. Burdon-Jones ve ark.'nın

çalışmalarında DFA yapılmamıştır [14]. Ölçeğin bir diğer kısıtlılığı da yorumlanabilirliğine ilişkin bir çalışma yapmamış olmasıdır [14].

Ölçeğin İngilizce formunun 5 dakikadan kısa bir sürede tamamlandığı orjinal araştırmada belirtilmiştir [14]. Çalışmamızda, hastaların anket sorularını 2,5 ile 4 dakika arasında tamamladıkları izlendi. Ölçeğin puan hesaplaması, her bir soru maddesi için 0-3 puan arasında değişmekte olup toplam 10 soru içermektedir ve araştırmacı açısından hesaplanması oldukça kolaydır. Bu açıdan ölçeğin hasta ve araştırmacı için fazla zahmet gerektirmediği görülmektedir.

Burdon-Jones ve arkadaşları, melanoma hastalarında tedavinin tamamlanmasının hemen ardından hastalardaki DKYKÖ toplam puanını ortalama 12 (min:0, maks:28) olarak tespit etmişlerdir [14]. Çalışmamızda melanom hastalarında DKYKÖ toplam puan ortancasını 11 (min:2, maks:28) olarak tespit ettik. İki araştırmada da melanoma hastalarında YK etkilenmesi oldukça benzer bulunmuştur.

Burdon-Jones ve arkadaşları, melanom dışı deri kanserli hastaların DKYKÖ toplam puan ortancasını 4 (min:0, maks:19) olarak tespit etmişlerdir [14]. Çalışmamızda MDDK'lı hastalarda ortalama DKYKÖ toplam puan ortancasını 9 (min:0, maks:28) olarak tespit ettik. Bizim çalışmamızda, MDDK'LI hastaların YK'lerinin daha olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Yassı hücreli kanser tanısı ile izlenmekte olan hastaların çalışmamızdaki örneklemdaki oranı (melanoma dışı deri kanserli hastaların % 31,57'si), Burdon-Jones ve arkadaşlarının çalışmasındakine oranla (melanoma dışı deri kanserli hastaların % 10'u) daha yüksekti. Ayrıca, çalışmamızdaki BHK hastalarının da büyük çoğunluğunu (BHK hastalarının %58,4'ü) yüksek riskli hastalar oluşturmaktaydı. Bu nedenler, çalışmamızda melanoma dışı deri kanserli hastaların YK'lerindeki olumsuz etkilenmenin nedeni olabilir.

Burdon-Jones ve arkadaşlarının çalışmasında melanoma tanılı hastaların YK'lerinin, melanoma dışı deri kanserli hastalara göre daha olumsuz etkilendiği gözlenmiştir. Araştırmacılar tarafından bu bulgu, melanoma hastalarının ciddi bir hastalığa sahip olduklarının bilincinde oldukları şeklinde yorumlanmıştır [14]. Çalışmamızda, benzer olarak melanoma tanılı olan hastaların YK'lerinin, melanoma dışı deri kanserli hastalara göre daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir ($p=0,024$).

Literatürde deri kanserli hastalarda YK'ni etkileyen faktörlerle ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Rhee ve arkadaşları, kadın cinsiyette ve 50 yaş altındaki melanoma dışı deri kanserli hastaların YK'lerinin de daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalarında daha evvel deri kanseri tanısı olan hastalarla olmayan hastaların YK'leri aralarında fark bulunmamıştır. Araştırmacılar, melanoma dışı deri kanserlerinde risk sınıflamasından bahsetmemişlerdir ancak dudakta tümörü olan hastaların YK'lerinin daha olumsuz olduğu gözlenmiştir [93].

Steinbauer ve arkadaşları melanoma dışı deri kanserli hastalarda demografik veriler ile YK arasında bir ilişki tespit etmemişlerdir [126].

Schubert-Fritschle ve arkadaşları, melanomalı hastaların YK'lerinin genel popülasyondan farklı olmadığını gözlemlemişlerdir. Ancak çalışmalarında kadın hastaların duygusal ve cinsel işlevselliklerinin erkek hastalara göre daha olumsuz etkilendiğini tespit etmişlerdir [116].

Engel ve arkadaşları lokalize melanoması olan hastalarda, ileri yaşın daha olumlu YK ile ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir [117]. Bourdon ve arkadaşları, melanomalı hastaların YK'lerinin yaş ile negatif korelasyonu olduğunu tespit etmişlerdir [130].

Beutel ve arkadaşların melanomada uzun dönem sağ kalımı olan hastaların genel YK'lerinin genel popülasyondan daha iyi olduğunu gözlemledikleri çalışmalarında, ileri yaş hastaların YK'lerinin daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir [118].

Çalışmamızda cinsiyetin YK üzerine olumsuz etkisi saptanmamışken yaş ile YK arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu gözlenmiştir (sırası ile $p=0,101$, $r=0,333$ $p<0,001$).

Deri kanserli hastalarda, Fitzpatrick deri tipi ve nevüs sayısı ile YK'ni karşılaştıran bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Çalışmamızda Fitzpatrick deri tipleri, nevüs sayısı ve YK arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Steinbauer ve arkadaşları MDDK'li hastalarda öncesinde deri kanseri öyküsü olmasını ile YK arasında ilişki saptamamışlardır [126]. Rhee ve arkadaşları ise öncesinde deri kanseri olan melanoma dışı deri kanserli hastaların YK'lerinin daha olumsuz olduğunu gözlemlemişlerdir [93]. Çalışmamızda öncesinde deri kanseri öyküsü olması ile YK arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Barbato ve arkadaşları, ailesinde melanoma öyküsü olan melanomalı hastaların YK'lerinin daha iyi olduğunu gözlemlemişlerdir [112]. Çalışmamızda aile öyküsünün YK'ne etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$).

Burdon-Jones ve arkadaşları Breslow kalınlığı ile YK arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir [14]. Holterhues ve arkadaşlarının çalışmalarında evre 0 ve 2 melanomalı hastaların YK'leri araştırılmış ve evre arttıkça YK'nin daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir [114]. Çalışmamızda melanomalı hastalarda hastalık evresi ile YK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Chen ve arkadaşları melanoma dışı deri kanserli hastalarda tümör özellikleri ve risk sınıflaması ile YK arasında ilişki gözlemlememişlerdir. Benzer olarak Blackford ve arkadaşları da BHK'li hastalarda, tümör büyüklüğü ve yerleşimle YK arasında bir ilişki tespit etmemişlerdir [131]. Rhee ve arkadaşları, melanoma dışı deri kanserli hastalarda tümör özellikleri ile YK arasında ilişki tespit etmemişlerdir [88, 89]. Çalışmamızda, melanoma dışı deri kanserli hastalarda yüksek riskli tümör

özelliklerinin olup olmamasıyla YK arasında ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Beesley ve arkadaşları SLNB yapılan melanoma hastalarının YK'lerinin, SLNB yapılmayan hastalara kıyasla daha kötü olduğunu gözlemişlerdir [123]. Holterhues ve arkadaşları ise SLNB yapılan melanomalı hastaların YK'lerinin yapılmayan hastalardan daha iyi olduğunu gözlemlemişlerdir [114].

Chren ve arkadaşları, Mohs cerrahisi ile tedavi edilen hastaların YK'lerinin, eksizyon veya elektrodeseksiyon ve küretaj ile tedavi edilen olgulara kıyasla daha iyi olduğunu gözlemlemişlerdir [127]. Rhee ve arkadaşları ise daha kompleks tekniklerle onarım yapılan melanoma dışı deri kanserli hastaların YK'lerinin daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir [93]. Çalışmamızda tedavi yöntemleri ile YK arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Hekimlik pratiği ve hasta yönetiminde, hastanın YK'nin yükseltilmesi günümüzde öncelikli hedeflerden biri haline gelmektedir [57]. Bu yaklaşım, hastaların daha bütüncül bir şekilde değerlendirilmesine imkân tanımaktadır [132]. Yaşam kalitesinin ölçümü için geliştirilmiş pek çok ölçek mevcuttur ve ölçeklerde bulunması gereken özellikler iyi bir şekilde tanımlanmıştır. Yaşam kalitesinin ölçümü için tercih edilecek ölçeklerin, tanımlanan bu özellikleri içermesi gerekmektedir [59].

Çeşitli kronik hastalıklarda YK'nin değerlendirilmesi için genel veya hastalığa özgü ölçekler kullanılabilir. Araştırmalar, özgün ölçeklerin YK'ni değerlendirmede daha başarılı olduğunu göstermektedir [56].

Metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanserleri, dermatoloji günlük pratiğinde önemli bir yeri olan hastalıklardır [1, 133]. Melanomaya özgü ve melanoma dışı deri kanserlerine özgü farklı YKÖ'leri geliştirilmiştir [92, 93, 124]. Ancak her iki hastalık grubunda da kullanılabilecek tek ölçek DKYKÖ'dür. Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği,

ölçeklerde bulunması gereken özellikleri içerir. Bunun yanı sıra, araştırmacı ve hasta için fazla zahmet gerektirmeden uygulanabilir [14].

Deri kanserlerinde kullanım için Türkçe dilinde geliştirilmiş veya Türkçe'ye uyarlanmış; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmış bir ölçek bulunmamaktadır. Çalışmamızda DKYKÖ Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır.



6. SONUÇLAR

- 1- Melanoma, BHK ve YHK grupları yaş değişkeni bakımından tek yönlü varyans analizi ile değerlendirildi ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Farklılığı yaratan grupların tespiti için posthoc çoklu karşılaştırma testleri uygulandı ve melanomun diğer iki gruptan anlamlı şekilde farklı olduğu (sırasıyla $p < 0.001$; $p < 0.001$) gözlemlendi. BHK ve YHK gruplarının ise birbirleriyle istatistiksel olarak farklı olmadığı gözlemlenmiştir ($p = 1.00$).
- 2- Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe formunun tek faktörlü yapıya uygun olduğu, uyum istatistikleri ile belirlenmiştir. Soru maddelerinin çoğunun 0.40 ve üzerinde faktör yüklerine sahip olduğu görülmüştür. Modele uyum, $KUİ = 0.952$, $TLI = 0.938$ ve $YHKOK = 0.102$ değerleri ile yeterli bulunmuştur.
- 3- Doğrulayıcı faktör analizleri ile 3 numaralı soru maddesinin faktör yükünün 0,372 olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuç, ölçeğin bu maddesinin YK ölçmede başarılı olmadığını göstermektedir. Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada, doğrulayıcı faktör analizleri konusunda bilgi verilmemiştir [14].
- 4- Ölçeğin dışsal geçerliliğinin değerlendirilmesinde ölçeğin soru puanlarının ve ölçek toplam puanının DYKİ ile korelasyonu incelenmiştir. Bu değerlendirme sonucunda DYKİ ile tüm sorular / toplam puanları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu belirlenmiştir.
- 5- Ayrımsama geçerliliği kapsamında, kanser tipine göre hastaların DKYKÖ toplam puanları incelenmiştir. Melanomalı hastalarının DKYKÖ toplam puanının, melanoma dışı deri kanseri tanılı hastalara

kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,024$).

- 6- Ölçeğin güvenilirliğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa= 0.863) oldukça yüksek bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirildiğinde 0.824 [%95 Güven Aralığı; (0,644 – 0.918)] olarak yüksek bir değerde bulunmuştur.
- 7- Cinsiyetin hastaların YK'leri üzerine etkisi saptanmamıştır ($p=0,101$).
- 8- 65 yaş altı hastaların YK'lerinin 65 yaş üstü hastalardan daha kötü etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,001$).
- 9- Yaş ile DKYKÖ toplam puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Aralarına negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırası ile $r=0,333$ $p<0,001$).
- 10- Hastaların nevüs sayılarını 100'den az ve 100'den fazla olarak iki gruba ayrılmıştır. Nevus sayısı ile YK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,536$).
- 11- Hastaların öncesinde herhangi bir deri kanseri öyküsüne sahip olma durumunun YK'ni etkilemediği tespit edilmiştir ($p=0,099$).
- 12- Hastaların deri kanseri aile öyküsüne sahip olma durumunun YK üzerine herhangi bir etkisi olmadığı gözlenmiştir ($p=0,132$).
- 13- Farklı Fitzpatrick deri tiplerinin YK'ne etkisi araştırılmış ve deri tiplerinin YK'ne etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,589$).
- 14- Tedavi gruplarının hastaların YK'lerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p=0,487$).

- 15- Yüksek riskli tümör özellikleri ile YK arasındaki ilişki incelenmiştir. Melanoma dışı deri kanseri olan hastalarda yüksek riskli tümör özelliklerinin YK üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,235$ ve $p=1,00$).
- 16- Melanoma evresiyle YK arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p=0,635$).



ÖZET

Metastaz Yapmamış Melanoma ve Melanoma Dışı Deri Kanseri İçin Geliştirilmiş Olan Deri Kanseri İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DKYKÖ) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması

Amaç: Günümüzde yaşam kalitesinin yükseltilmesi tıpta öncelikli tedavi hedeflerinden biri haline gelmiştir. Deri kanserleri melanoma ve melanoma dışı deri kanserleri olarak sınıflandırılırlar. Tüm dünyada en sık görülen 3. kanser çeşididir ve insidansında hızlı artış sebat etmektedir. Bu çalışmada, Burdon-Jones ve arkadaşları tarafından metastaz yapmamış melanoma ve melanoma dışı deri kanserlerinde (MDDK) kullanılmak üzere geliştirilmiş Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (DKYKÖ) Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Aralık 2015 ile Eylül 2016 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Melanoma veya melanoma dışı deri kanseri tanısı alıp tedavisi son 3 ay içerisinde tamamlanmış veya tedavi altında olan toplam 141 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Deri Kanseri Yaşam Kalitesi Ölçeği, çeviri kılavuzlarına uygun olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin dış geçerliliğinin araştırılması için DYKİ kullanılmıştır. Hastaların iki anketi de doldurmaları istenmiştir. Yaşam Kalitesini etkileyen faktörlerin araştırılması için hastaların demografik bilgileri ve tümörlerin özellikleri kaydedilmiştir. İstatistiksel analizler Mplus deneme versiyonu ve SPSS kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Geçerlilik analizleri kapsamında DKYKÖ'nin tek faktörlü yapıya uygun olduğu, uyum istatistikleri ile belirlenmiştir. Soru maddelerinin çoğunun 0.40 ve üzerinde faktör yüklerine sahip olduğu görülmüştür. Ancak 3 numaralı soru maddesinin faktör yükünün 0,372 olduğu

gözlenmiştir. Bu sonuç, ölçeğin bu maddesinin YK ölçmede başarılı olmadığını göstermektedir. Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada, doğrulayıcı faktör analizleri konusunda bilgi verilmemiştir. Ölçeğin dışsal geçerliliğinin değerlendirilmesinde ölçeğin soru puanlarının ve ölçek toplam puanının DYKİ ile korelasyonu incelenmiştir. Bu değerlendirme sonucunda DYKİ ile tüm sorular / toplam puanları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu belirlenmiştir. Ayrısama geçerliliği kapsamında ($p=0,024$) ve güvenirliliğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa= 0.863) oldukça yüksek bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliği sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirildiğinde 0.824 [%95 Güven Aralığı; (0,644 – 0.918)] olarak yüksek bir değerde bulunmuştur.

Melanoma tanılı hastaların, MDDK'lı hastalara kıyasla YK'lerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Yaş ile YK aralarında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırası ile $r=0,333$ $p<0,001$). 65 yaş altı hastaların YK'lerinin 65 yaş üstü hastalara göre daha olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,01$). Hastaların öncesinde herhangi bir deri kanseri öyküsüne sahip olma durumu, deri kanseri aile öyküsüne sahip olmalarının ve cinsiyetin YK üzerine etkisi saptanmamıştır (sırası ile $p=0,099$, $p=0,132$, $p=0,101$). Fitzpatrick deri tipi ve nevüs sayısı ile hastaların YK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (sırası ile $p=0,589$, $p=0,536$). Alınan tedavi ile hastaların YK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0,487$). Nonmelanoma deri kanserli hastalarda yüksek riskli hastalığa sahip olmak ile YK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (BHK için $p=0,235$, YHK için $p=1,00$). Melanom evresi ile hastaların YK'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0,635$).

Sonuçlar: Yaşam kalitesinin ölçümü için geliştirilmiş çeşitli ölçekler mevcuttur ve ölçeklerde bulunması gereken özellikler iyi bir şekilde tanımlanmıştır. Çeşitli kronik hastalıklarda YK'nin değerlendirilmesi için genel veya hastalığa özgü ölçekler kullanılabilir. Araştırmalar, özgün ölçeklerin YK'ni değerlendirmede daha başarılı olduğunu göstermektedir.

Melanomaya özgü ve MDDK'lerine özgü farklı YKÖ'leri geliştirilmiştir. Ancak her iki hastalık grubunda da kullanılabilecek tek ölçek DKYKÖ'dir. Deri kanserlerinde kullanım için Türkçe dilinde geliştirilmiş veya Türkçe'ye uyarlanmış; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmış bir ölçek bulunmamaktadır. Çalışmamızda DKYKÖ Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır. Ölçek araştırmacı ve hasta için fazla zahmet gerektirmeden uygulanabilir.

Çalışmamızda yaşın YK ile negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Cinsiyet, risk sınıflaması, evre, deri kanseri öyküsü veya ailede deri kanseri öyküsü, Fitzpatrick deri tipi ve alınan tedavi ile YK arasında ilişki bulunmamıştır.

SUMMARY

Validation of the Turkish Version of the Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT): A Health Related Quality Of Life Questionnaire for Non-Metastatic Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer

Objective: Enhancement of quality of life (QoL) has become one of the major treatment goals in all fields of medical practice. Skin cancers, divided into melanoma and non-melanoma, are the third most common type of cancer worldwide and have been increasing in incidence. This study aimed to validate the Turkish version of the Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT), a health related quality of life questionnaire for non-metastatic melanoma and non-melanoma skin cancers.

Material and Method: This study was carried out at Ankara University Medical School, Department of Dermatology and Venereology between December 2015 and September 2016. A total of 141 patients who had been diagnosed and treated for skin cancer within the previous 3 months were included in this study. The tool was translated into Turkish in accordance with the International Translation Guidelines. Patients were asked to complete both the SCQOLIT and the Dermatology Quality of Life Index, which was used for external validation of the SCQOLIT. Demographic characteristics of patients and tumor characteristics were recorded to investigate their impact on QoL. Mplus trial version and SPSS 20.0 programmes were used for statistical analyses.

Results: Compliance statistics demonstrated that the SCQOLIT has an one dimensional structure. Most of the question items had a factor load greater than 0.4, except for Question 3 with a factor load of 0.372, indicating the inadequacy of this question in predicting QoL, a point that the original study did not mention. The scores for SCQOLIT and DQLI were both statistically significant with same directional correlations,

confirming external validity of the tool. The SCQOLIT had convergent validity and internal consistency (Cronbach alpha=0,863), with test-retest correlation coefficient was found as high as 0.824 [%95 confidence interval; (0,644 - 0.918)].

Overall, patients diagnosed with melanoma had poorer QoL scores. The relationship between age and QoL was a statistically significant negative correlation ($r=0,333$ $p<0,001$). While patients under the age of 65 had poorer QoL, a history of skin cancer or a family history of skin cancer had no effect on QoL ($p=0,099$, $p=0,132$ respectively). There was no relation with gender and QoL ($p=0,101$). There was no association between Fitzpatrick skin type, number of nevus and QoL ($p=0,589$, $p=0,536$) nor was there any difference between treatment groups in terms of QoL ($p=0,487$). Furthermore, high risk tumor characteristics in non-melanoma skin cancer and stage of melanoma had no impact on QoL ($p=0,235$ for basal cell carcinoma, $p=1,00$ for squamous cell carcinoma, $p=0,635$ for melanoma).

Conclusion: Numerous tools have been developed to measure QoL and important characteristics of tools have been defined. While both generic and specific tools can be used to measure QoL in various types of chronic diseases, specific tools give more accurate information and may detect aspects not identified with generic tools.

Although several specific QoL measures have been developed for either melanoma and non-melanoma skin cancers, the only validated tool which can be used in both non-metastatic skin cancer types is the SCQOLIT. The translation and validation of the Turkish version of the SCQOLIT provides a tool that can be used to measure QoL of non-metastatic skin cancers in Turkish. Furthermore, the administrative and patient burden of the tool is quite low.

Age was shown to have a statistically significant negative correlation with QoL, while gender, risk classification, stage, history of skin cancer, family history of skin cancer and treatment modality had no effect on QoL.

7. KAYNAKLAR

1. Balch, C.M., et al., *Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system*. J Clin Oncol, 2001. **19**(16): p. 3622-34.
2. Livingstone, E., et al., *Prospective evaluation of follow-up in melanoma patients in Germany - results of a multicentre and longitudinal study*. Eur J Cancer, 2015. **51**(5): p. 653-67.
3. Lallas, A., et al., *Update on non-melanoma skin cancer and the value of dermoscopy in its diagnosis and treatment monitoring*. Expert Rev Anticancer Ther, 2013. **13**(5): p. 541-58.
4. Puig, S. and A. Berrocal, *Management of high-risk and advanced basal cell carcinoma*. Clin Transl Oncol, 2015. **17**(7): p. 497-503.
5. Kuijpers, D.I., M.R. Thissen, and M.H. Neumann, *Basal cell carcinoma: treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy*. Am J Clin Dermatol, 2002. **3**(4): p. 247-59.
6. Post, M.W., *Definitions of quality of life: what has happened and how to move on*. Top Spinal Cord Inj Rehabil, 2014. **20**(3): p. 167-80.
7. Schag, C.C., R.L. Heinrich, and P.A. Ganz, *Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines*. J Clin Oncol, 1984. **2**(3): p. 187-93.
8. Augustin, M. and M.A. Radtke, *Quality of life in psoriasis patients*. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2014. **14**(4): p. 559-68.
9. Basra, M.K., et al., *The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results*. Br J Dermatol, 2008. **159**(5): p. 997-1035.
10. Rhee, J.S., et al., *Creation of a quality of life instrument for nonmelanoma skin cancer patients*. Laryngoscope, 2005. **115**(7): p. 1178-85.
11. Gaulin, C., D.F. Sebaratnam, and P. Fernandez-Penas, *Quality of life in non-melanoma skin cancer*. Australas J Dermatol, 2015. **56**(1): p. 70-6.

12. Vinding, G.R., et al., *Interpretation of the skin cancer quality of life score: a validated quality of life questionnaire for non-melanoma skin cancer*. *Dermatology*, 2014. **229**(2): p. 123-9.
13. Hawkins, D.M., et al., *Self-reported quality of life after skin cancer in young adults*. *J Dermatolog Treat*, 2015. **26**(4): p. 357-60.
14. Burdon-Jones, D. and K. Gibbons, *The Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT): a validated health-related quality of life questionnaire for non-metastatic skin cancers*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013. **27**(9): p. 1109-13.
15. Wong, C., R. Strange, and J. Lear, *Basal cell carcinoma*. *British Medical Journal*, 2003. **327**(7418): p. 794.
16. Gallagher, R.P., et al., *Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer: I. Basal cell carcinoma*. *Archives of dermatology*, 1995. **131**(2): p. 157-163.
17. Kaae, J., et al., *Photosensitizing medication use and risk of skin cancer*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010. **19**(11): p. 2942-9.
18. Weedon, D., *Weedon's Skin Pathology: Expert Consult-Online and Print*. 2009: Elsevier Health Sciences.
19. Silverman, M.K., et al., *Recurrence rates of treated basal cell carcinomas*. *The Journal of dermatologic surgery and oncology*, 1992. **18**(6): p. 471-476.
20. Karagas, M.R., et al., *Risk of subsequent basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer*. *Skin Cancer Prevention Study Group*. *JAMA*, 1992. **267**(24): p. 3305-10.
21. Miller, D.L. and M.A. Weinstock, *Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence*. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1994. **30**(5): p. 774-778.
22. Karia, P.S., J. Han, and C.D. Schmults, *Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States, 2012*. *J Am Acad Dermatol*, 2013. **68**(6): p. 957-66.
23. Alam, M. and D. Ratner, *Cutaneous squamous-cell carcinoma*. *New England Journal of Medicine*, 2001. **344**(13): p. 975-983.

24. Diepgen, T. and V. Mahler, *The epidemiology of skin cancer*. British Journal of Dermatology, 2002. **146**(s61): p. 1-6.
25. Lomas, A., J. Leonardi-Bee, and F. Bath-Hextall, *A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer*. British Journal of Dermatology, 2012. **166**(5): p. 1069-1080.
26. Czarnecki, D., *The Relentless Rise in the Incidence of Melanoma in Susceptible Australians*. J Invest Dermatol, 2016. **136**(9): p. 1912-3.
27. Network, C.G.A., *Genomic classification of cutaneous melanoma*. Cell, 2015. **161**(7): p. 1681-1696.
28. Kopf, A.W., D.S. Rigel, and R.J. Friedman, *The rising incidence and mortality rate of malignant melanoma*. Dermatologic Surgery, 1982. **8**(9): p. 760-761.
29. Eide, M.J. and M.A. Weinstock, *Association of UV index, latitude, and melanoma incidence in nonwhite populations—US Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program, 1992 to 2001*. Archives of dermatology, 2005. **141**(4): p. 477-481.
30. Soong, S.J., et al., *Predicting survival outcome of localized melanoma: an electronic prediction tool based on the AJCC Melanoma Database*. Ann Surg Oncol, 2010. **17**(8): p. 2006-14.
31. Lamb, L.A., A.C. Halpern, and W.J. Hwu, *Diagnosis and management of stage I/II melanoma*. Semin Oncol Nurs, 2003. **19**(1): p. 22-31.
32. Rapley, M., *Quality of life research: A critical introduction*. 2003: Sage.
33. Baldwin, S., C. Godfrey, and C. Propper, *Quality of life: perspectives and policies*. 2002: Routledge.
34. Gill, T.M. and A.R. Feinstein, *A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements*. JAMA, 1994. **272**(8): p. 619-26.
35. Rapley, M., *Quality of Life Research : A Critical Introduction*. 2003, London, GB: SAGE Publications Ltd.
36. group, W., *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Social science & medicine, 1995. **41**(10): p. 1403-1409.

37. Costanza, R., et al., *Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being*. Ecological economics, 2007. **61**(2): p. 267-276.
38. Burton, J.W., *Conflict : human needs theory*. 1990, New York: St. Martin's Press.
39. Maslow, A.H., *Toward a psychology of being*. 1968, New York: Van Nostrand.
40. Tay, L. and E. Diener, *Needs and subjective well-being around the world*. J Pers Soc Psychol, 2011. **101**(2): p. 354-65.
41. Guillen-Royo, M., *Sustainability and wellbeing : human-scale development in practice*. 2016.
42. Costanza, R., et al., *Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being*. Ecological Economics, 2007. **61**(2-3): p. 267-276.
43. Max-Neef, M.A., *Human scale development: conception, application and further reflections*. 1991.
44. Max-Neef, M.A., A. Elizalde, and M. Hopenhayn, *Human scale development : conception, application and further reflections*. 1991, New York: The Apex Press.
45. Moons, P., *Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status?* Eur J Cardiovasc Nurs, 2004. **3**(4): p. 275-7.
46. Karimi, M. and J. Brazier, *Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?* Pharmacoeconomics, 2016. **34**(7): p. 645-9.
47. Callahan, D., *The WHO definition of 'health'*. Hastings Center Studies, 1973: p. 77-87.
48. Guyatt, G.H., D.H. Feeny, and D.L. Patrick, *Measuring health-related quality of life*. Ann Intern Med, 1993. **118**(8): p. 622-9.
49. Ormel, J., et al., *Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects*. Social science & medicine, 1997. **45**(7): p. 1051-1063.
50. Guyatt, G.H., D.H. Feeny, and D.L. Patrick, *Measuring health-related quality of life*. Annals of internal medicine, 1993. **118**(8): p. 622-629.

51. Torrance, G.W., *Utility approach to measuring health-related quality of life*. J Chronic Dis, 1987. **40**(6): p. 593-603.
52. Halioua, B., M.G. Beumont, and F. Lunel, *Quality of life in dermatology*. International Journal of Dermatology, 2000. **39**(11): p. 801-806.
53. Prinsen, C.A., et al., *Measurement of health-related quality of life in dermatological research and practice: outcome of the EADV Taskforce on Quality of Life*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2013. **27**(10): p. 1195-203.
54. Greenfield, S. and E.C. Nelson, *Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings*. Med Care, 1992. **30**(5 Suppl): p. MS23-41.
55. Aaronson, N.K., *Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues*. Control Clin Trials, 1989. **10**(4 Suppl): p. 195S-208S.
56. Michalos, A.C. *Encyclopedia of quality of life research*. 2013; Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5>.
57. Land, K.C., M.J. Sirgy, and A.C. Michalos. *Handbook of social indicators and quality of life research*. 2012; Available from: <http://site.ebrary.com/id/10652564>.
58. *QUALITY-OF-LIFE ASSESSMENT - CAN WE KEEP IT SIMPLE*. 2012.
59. Both, H., et al., *Critical review of generic and dermatology-specific health-related quality of life instruments*. J Invest Dermatol, 2007. **127**(12): p. 2726-39.
60. Chen, S.C., *Dermatology quality of life instruments: sorting out the quagmire*. J Invest Dermatol, 2007. **127**(12): p. 2695-6.
61. Ware, J.E., Jr. and C.D. Sherbourne, *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. Med Care, 1992. **30**(6): p. 473-83.
62. Bergner, M., et al., *The sickness impact profile: validation of a health status measure*. Med Care, 1976. **14**(1): p. 57-67.
63. Smith, K.W., N.E. Avis, and S.F. Assmann, *Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis*. Qual Life Res, 1999. **8**(5): p. 447-59.

64. Pavot, W., et al., *Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures*. J Pers Assess, 1991. **57**(1): p. 149-61.
65. Eckersley, R., *Quality of Life in Australia*. The Australia Institute, discussion paper, Canberra, Australia, 1999.
66. Walker, S.R. and R.M. Rosser, *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. 2012: Springer Netherlands.
67. Bergner, M., et al., *The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure*. Med Care, 1981. **19**(8): p. 787-805.
68. Burckhardt, C.S. and K.L. Anderson, *The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization*. Health and Quality of Life Outcomes, 2003. **1**(1): p. 1-7.
69. Leong, K.P., et al., *Why generic and disease-specific quality-of-life instruments should be used together for the evaluation of patients with persistent allergic rhinitis*. Clin Exp Allergy, 2005. **35**(3): p. 288-98.
70. Puhan, M.A., et al., *Comparing a disease-specific and a generic health-related quality of life instrument in subjects with asthma from the general population*. Health Qual Life Outcomes, 2008. **6**: p. 15.
71. Patrick, D.L. and R.A. Deyo, *Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life*. Medical Care Medical Care, 1989. **27**(Supplement): p. S217-S232.
72. Smith, T., *Questions on clinical trials*. Br Med J (Clin Res Ed), 1983. **287**(6392): p. 569.
73. Acıöz, E., G. Gökdemir, and A. Köşlü, *2. Quality of life in dermatology*. 2003.
74. Chren, M.-M., et al., *Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness*. Journal of investigative Dermatology, 1997. **107**(5): p. 707-713.
75. Lee, E.H., et al., *A systematic review of patient-reported outcome instruments of nonmelanoma skin cancer in the dermatologic population*. J Am Acad Dermatol, 2013. **69**(2): p. e59-67.
76. Morgan, M., et al., *Dermatology quality of life scales--a measure of the impact of skin diseases*. Br J Dermatol, 1997. **136**(2): p. 202-6.

77. Anderson, R. and R. Rajagopalan, *Responsiveness of the Dermatology-specific Quality of Life (DSQL) instrument to treatment for acne vulgaris in a placebo-controlled clinical trial*. Quality of Life Research, 1998. **7**(8): p. 723-734.
78. Finlay, A.Y. and S.E. Kelly, *Psoriasis--an index of disability*. Clin Exp Dermatol, 1987. **12**(1): p. 8-11.
79. Demirçay, Z., et al., *Reliability of Turkish version of acne quality of life scale in patients with acne vulgaris*. Turkderm, 2006. **40**(2): p. 94-7.
80. Atsue, N., et al., *Validity and Reliability of Cardiff Acne Disability Index in Turkish Acne Patients*. TURKDERM-ARCHIVES OF THE TURKISH DERMATOLOGY AND VENEROLOGY, 2010. **44**(1): p. 25-27.
81. Fişek, N., et al., *Psoriasis Hastalarında Psoriasis İşlev Kaybı İndeksinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*.
82. Gupta, M.A. and A.K. Gupta, *The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress*. Acta Derm Venereol, 1995. **75**(3): p. 240-3.
83. Danac, A.E. and A.T. Ermertcan, *Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi*.
84. Sebaratnam, D.F., et al., *Development of a quality-of-life instrument for autoimmune bullous disease: the Autoimmune Bullous Disease Quality of Life questionnaire*. JAMA Dermatol, 2013. **149**(10): p. 1186-91.
85. Lilly, E., et al., *Development and validation of a vitiligo-specific quality-of-life instrument (VitiQoL)*. J Am Acad Dermatol, 2013. **69**(1): p. e11-8.
86. Balkrishnan, R., et al., *Development and validation of a health-related quality of life instrument for women with melasma*. Br J Dermatol, 2003. **149**(3): p. 572-7.
87. Dogramaci, A.C., et al., *Validation of a melasma quality of life questionnaire for the Turkish language: the MelasQoL-TR study*. J Dermatolog Treat, 2009. **20**(2): p. 95-9.
88. Rhee, J.S., et al., *Skin cancer and quality of life: assessment with the Dermatology Life Quality Index*. Dermatol Surg, 2004. **30**(4 Pt 1): p. 525-9.
89. Rhee, J.S., et al., *Quality of life and sun-protective behavior in patients with skin cancer*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2004. **130**(2): p. 141-6.

90. Essers, B.A., et al., *Determinants of satisfaction with the health state of the facial skin in patients undergoing surgery for facial basal cell carcinoma*. Patient Educ Couns, 2006. **60**(2): p. 179-86.
91. Rhee, J.S., et al., *Validation of a quality-of-life instrument for patients with nonmelanoma skin cancer*. Arch Facial Plast Surg, 2006. **8**(5): p. 314-8.
92. Vinding, G.R., et al., *Quality of life in non-melanoma skin cancer--the skin cancer quality of life (SCQoL) questionnaire*. Dermatol Surg, 2013. **39**(12): p. 1784-93.
93. Rhee, J.S., et al., *The skin cancer index: clinical responsiveness and predictors of quality of life*. Laryngoscope, 2007. **117**(3): p. 399-405.
94. Cornish, D., et al., *A systematic review of health-related quality of life in cutaneous melanoma*. Ann Oncol, 2009. **20 Suppl 6**: p. vi51-8.
95. Cormier, J.N., et al., *Measuring quality of life in patients with melanoma: development of the FACT-melanoma subscale*. J Support Oncol, 2005. **3**(2): p. 139-45.
96. Winstanley, J.B., et al., *Cross-cultural development of a quality-of-life measure for patients with melanoma: phase 3 testing of an EORTC Melanoma Module*. Melanoma Res, 2015. **25**(1): p. 47-58.
97. Burdon-Jones, D., P. Thomas, and R. Baker, *Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer*. Br J Dermatol, 2010. **162**(1): p. 147-51.
98. James, W.D., et al. *Andrews' diseases of the skin clinical dermatology*. 2015; Available from: <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://www.clinicalkey.com/dura/browse/bookChapter/3-s2.0-C20120068895>.
99. Boland, G.M. and J.E. Gershenwald, *Principles of Melanoma Staging*. Cancer Treat Res, 2016. **167**: p. 131-48.
100. Şimşek, Ö.F., *Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Ekinoks, 2007.
101. Muthén, L.K., *Mplus User's Guide 5th ed*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. 1998.
102. Ozturkcan, S., et al., *Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index*. Int J Dermatol, 2006. **45**(11): p. 1300-7.

103. Cronbach, L.J., *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. psychometrika, 1951. **16**(3): p. 297-334.
104. Walters, S.J. *Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation : a practical guide to analysis and interpretation*. 2009; Available from: http://www.123library.org/book_details/?id=3627.
105. Cormier, J.N. and R.L. Askew, *Assessment of patient-reported outcomes in patients with melanoma*. Surg Oncol Clin N Am, 2011. **20**(1): p. 201-13.
106. Waalboer-Spuij, R. and T.E. Nijsten, *A review on quality of life in keratinocyte carcinoma patients*. G Ital Dermatol Venereol, 2013. **148**(3): p. 249-54.
107. Trask, P.C., et al., *Psychosocial characteristics of individuals with non-stage IV melanoma*. J Clin Oncol, 2001. **19**(11): p. 2844-50.
108. Trask, P.C., et al., *Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life*. Cancer, 2003. **98**(4): p. 854-64.
109. Al-Shakhli, H., D. Harcourt, and J. Kenealy, *Psychological distress surrounding diagnosis of malignant and nonmalignant skin lesions at a pigmented lesion clinic*. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2006. **59**(5): p. 479-86.
110. Lehto, U.S., M. Ojanen, and P. Kellokumpu-Lehtinen, *Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients*. Ann Oncol, 2005. **16**(5): p. 805-16.
111. Rataj, D., et al., *Quality-of-life evaluation in an interferon therapy after radical surgery in cutaneous melanoma patients*. Cancer Nurs, 2005. **28**(3): p. 172-8.
112. Barbato, M.T., et al., *Predictors of quality of life in patients with skin melanoma at the dermatology department of the Porto Alegre Teaching Hospital*. An Bras Dermatol, 2011. **86**(2): p. 249-56.
113. Schlesinger-Raab, A., et al., *Quality of life in localised malignant melanoma*. Ann Oncol, 2010. **21**(12): p. 2428-35.
114. Holterhues, C., et al., *Impact of melanoma on patients' lives among 562 survivors: a Dutch population-based study*. Arch Dermatol, 2011. **147**(2): p. 177-85.

115. Zucca, A.C., et al., *All's well that ends well? Quality of life and physical symptom clusters in long-term cancer survivors across cancer types*. J Pain Symptom Manage, 2012. **43**(4): p. 720-31.
116. Schubert-Fritschle, G., et al., *Quality of life and comorbidity in localized malignant melanoma: results of a German population-based cohort study*. Int J Dermatol, 2013. **52**(6): p. 693-704.
117. Engel, J., et al., *Quality of life in women with localised breast cancer or malignant melanoma 2 years after initial treatment: a comparison*. Int J Behav Med, 2014. **21**(3): p. 478-86.
118. Beutel, M.E., et al., *Depression, anxiety and quality of life in long-term survivors of malignant melanoma: a register-based cohort study*. PLoS One, 2015. **10**(1): p. e0116440.
119. Zabora, J., et al., *The prevalence of psychological distress by cancer site*. Psychooncology, 2001. **10**(1): p. 19-28.
120. Dirksen, S.R., *Perceived well-being in malignant melanoma survivors*. Oncol Nurs Forum, 1989. **16**(3): p. 353-8.
121. Kasparian, N.A., J.K. McLoone, and P.N. Butow, *Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature*. Arch Dermatol, 2009. **145**(12): p. 1415-27.
122. Winstanley, J.B., et al., *The FACT-Melanoma quality-of-life instrument: comparison of a five-point and four-point response scale using the Rasch measurement model*. Melanoma Res, 2013. **23**(1): p. 61-9.
123. Beesley, V.L., et al., *Supportive care needs, anxiety, depression and quality of life amongst newly diagnosed patients with localised invasive cutaneous melanoma in Queensland, Australia*. Psychooncology, 2015. **24**(7): p. 763-70.
124. Swartz, R.J., et al., *Reducing patient burden to the FACT-Melanoma quality-of-life questionnaire*. Melanoma Res, 2012. **22**(2): p. 158-63.
125. Blackford, S., et al., *Basal cell carcinomas cause little handicap*. Qual Life Res, 1996. **5**(2): p. 191-4.
126. Steinbauer, J., et al., *Quality of life in health care of non-melanoma skin cancer - results of a pilot study*. J Dtsch Dermatol Ges, 2011. **9**(2): p. 129-35.

127. Chren, M.M., et al., *Quality-of-life outcomes of treatments for cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma*. J Invest Dermatol, 2007. **127**(6): p. 1351-7.
128. Rhee, J.S., et al., *Quality of life assessment in nonmelanoma cervicofacial skin cancer*. Laryngoscope, 2003. **113**(2): p. 215-20.
129. Meyer, N., et al., *Awareness, knowledge and attitudes towards sun protection among skin cancer-treated patients in France*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2007. **21**(4): p. 520-5.
130. Bourdon, M., et al., *Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients*. Qual Life Res, 2016. **25**(8): p. 1969-79.
131. Blackford, S., et al., *Basal cell carcinomas cause little handicap*. Quality of Life Research, 1996. **5**(2): p. 191-194.
132. Ebrahim, S., *Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement*. Soc Sci Med, 1995. **41**(10): p. 1383-94.
133. Leiter, U. and C. Garbe, *Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer—the role of sunlight*, in *Sunlight, vitamin D and skin cancer*. 2008, Springer. p. 89-103.