

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ
HASTALARDA CİNSİYETE GÖRE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

NURAY EGELİOĞLU

DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2007

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ
HASTALARDA CİNSİYETE GÖRE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

NURAY EGELİOĞLU

DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF. DR. HÜLYA OKUMUŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nuray EGELİOĞLU
tarafından hazırlanan danışmanlığını Prof. Dr. Hülya Okumuş' un yaptığı "Kemoterapi Alan
Kanserli Hastalarda Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" isimli bu tez 27.06.2007
tarihinde tarafınızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Jüri Başkanı
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

Jüri Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Samiye METE

Jüri Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın her aőamasında değerli katkılarını esirgemeyen danıőmanım Prof. Dr. Hőlyla Okumuş' a, destekleri için Prof. Dr. Gőlseren Kocaman, Doç. Dr. Aklime Dicle ve Yard. Doç. Dr. Saniye imen' e ve aileme teőekkőrlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ

ÖZET

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1. 2. Araştırmanın Amacı.....	4

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Dünya’da ve Ülkemizde Kanserlerin Durumu.....	5
2. 2. Kadınlarda Genital Sistem Kanserleri.....	5
2. 2. 1. Vulva Kanseri.....	5
2. 2. 2. Serviks Kanseri.....	7
2. 2. 3. Endometrium Kanseri.....	11
2. 2. 4. Over Kanseri.....	13
2. 2. 5. Meme Kanseri.....	15
2. 3. Erkeklerde Genital Sistem Kanserleri.....	16
2. 3. 1. Prostat Kanseri.....	16
2. 3. 2. Testis Kanseri.....	17
2. 4. Yaşam Kalitesi.....	19
2. 5. Kanser ve Yaşam Kalitesi.....	21
2. 6. Cinsiyet, Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik.....	25

BÖLÜM III

GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi	27
3. 2. Araştırmanın Yeri.....	27
3. 3. Araştırmanın Örnekleme.....	27
3. 4. Verilerin Toplanması.....	28
3. 4. 1. Veri Toplama Araçları.....	28
3. 4. 1. 1. Sosyo-demografik Özellikler Tanılama Formu.....	28
3. 4. 1. 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	28
3. 4. 2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	31
3. 4. 3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3. 5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	32

BÖLÜM IV

BULGULAR

4. 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	33
4. 2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi	35
4.3. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	37

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5. 1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi.....	48
5. 2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	50
5. 2. 1. Yaş ve Yaşam Kalitesi.....	50

5. 2. 2. Eğitim Durumu ve Yaşam Kalitesi.....	52
5. 2. 3. Klinik Evre ve Yaşam Kalitesi.....	53
5. 2. 4. Medeni Durum ve Yaşam Kalitesi.....	54
5. 2. 5. Çalışma Durumu ve Yaşam Kalitesi.....	55
5. 2. 6. Ekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi.....	56
5. 2. 7. Aile Tipi ve Yaşam Kalitesi.....	57
5. 2. 8. Kür Sayısı ve Yaşam Kalitesi.....	57
5. 2. 9. Ek Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesi.....	58
5. 2. 10. Sosyal Desteklerin Varlığı ve Yaşam Kalitesi.....	59

BÖLÜM VI

SONUÇ ve ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	63

KAYNAKÇA.....	64
---------------	----

EKLER

Ek 1. Sosyo- Demografik Özellikler Tanılama Formu.....	69
Ek 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	70
Ek 3. SF-36 Özet Değerlerin Hesaplanması.....	75
Ek 4. DSM-III Majör Depresyon Tanı Ölçütleri.....	79

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sosyo- Demografik Özellikleri

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikleri

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Yaş Ortalamalarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Klinik Evrelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Ekonomik Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Aile Tiplerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Kür Sayılarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Ek Hastalık Durumlarına Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Sosyal Desteklerinin Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Şekil Dizini

Şekil 1. Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)' na Göre Vulva Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 2. Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)' na Göre Serviks Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 3. Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)' na Göre Endometrium Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 4. Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)' na Göre Over Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 5. Prostat Kanserinin Evrelemesi

Şekil 6. Royal Marsden' e Göre Testis Kanserinin Evrelemesi

Şekil 7. Yaşam Kalitesi Kavramı

Şekil 8. Genital Sistem Kanserlerinde Kullanılan Kemoteröpatik Ajanlar ve Yan Etkileri

Şekil 9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Soruları, Bileşenleri ve Alt Ölçekleri

Şekil 10. SF- 36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri

Şekil 11. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanılarak Yapılmış Olan Çalışmalar

Şekil 12. Araştırma Kapsamına Alınan Kadın Hastaların Yaş Ortalamaları ile Mental Sağlık Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

ÖZET
KEMOTERAPİ ALAN KANSERLİ HASTALARDA CİNSİYETE GÖRE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Nuray EGELİOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

nurayegelioglu@mynet.com

Bu çalışma, kemoterapi tedavisi alan genital organ veya meme kanseri tanısı almış kadınlar ile genital organ kanseri tanısı almış erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde, 1 Nisan- 31 Aralık 2006 tarihleri arasında, kemoterapi alan, örneklem kriterlerine uyan 160 hasta ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri Sosyo Demografik Özellikleri Tanılama Formu ve SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi, t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların fiziksel (47.24 10.97) ve mental (40.41 7.97) sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, erkeklere (41.89 11.62, 37.19 8.09) göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları tüm alanlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu örneklem grubu içinde kemoterapi alan kadın hastaların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha iyi düzeyde olmasının “cinsiyet rol” algıları ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Türk toplumunda kendisine yüklenen “kadınlık” rolünü kabul eden kadın, kanser gibi kronik ve ölümcül bir hastalıkta da güçlü olabilmekte, tüm sorumluluklarını imkanları doğrultusunda yerine getirmeye devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, cinsiyet, genital organ kanseri, hemşirelik

SUMMARY
EXAMINING ACOORDING TO GENDER QUALITY OF LIFE AT HAVING
CHEMOTERAPHY OF CANCER PATIENTS

Nuray EGELIOGLU

Dokuz Eylul University, Health Sciences Graduate School

nurayegelioglu@mynet.com

The purpose of this descriptive study was to investigate whether quality of life of having chemotherapy patients who women with genital organ or breast cancer and men with genital organ cancer were difference.

The study sample included 160 patients who having chemotherapy patients and suitable for sampling specifications at April- December 2006 at Dokuz Eylul University Hospital, İzmir, Turkey. The data of study has been collected with a form of socio- demographics and SF- 36 Quality of Life Scale. The Kruskall Wallis test, Mann Whitney U test, t test and correlation analysis have been used in evaluation of data.

According to from the study acquired data mean of phsycial and mental health quality of life scores of women were high than men and the difference was statistically significant. However phsycial and mental health quality of life all subscale scores of women were high than men and the difference was statistically significant.

It has been deduced that the quality of life women patients within the sample having chemotherapy better level than men is related to their perception of “gender role”. A women accepting the role of womanhood imposed on her in Turkish society can be strong in a fatal and cronical disease as well such as cancer, and continues to carry out her all responsibilities in line with her facilities.

The key words: Quality of life, gender, genital organ cancer, nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olan kanser, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Yaşa ve cinsiyete göre kanserin tipi ve görülme sıklığı değişmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2000 yılı verilerine göre Türkiye’de tüm yaş gruplarındaki kadın ve erkekler arasında en sık görülen kanser türleri; solunum sistemi kanserleri %17.6, gastrointestinal sistem kanserleri % 16.5, genital sistem kanserleri %16.2’, meme kanseri %9.6’dır (1, 2).

Günümüzde kanser tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen, kanserin görülme sıklığı ve kanserden ölüm oranında değişme olmamıştır. Kanser tedavisi genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır. Amacı, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak olan kanser tedavisi; hastanın yaşamının fiziksel, psikososyal ve ekonomik alanlarında zorlayıcı etkilere sahiptir (3, 4).

Kanserin hem kendisinin hem de tedavisinin neden olduğu rahatsızlıklar bireyin bütün yaşamının değişmesine ve kriz yaşamasına neden olmaktadır. Kanser tanısı, tedavi ve iyileşme evrelerinin her birinde birey; yaşam tarzının bozulması nedeniyle kayıp yaşar. Hastalık ve tedavi, gelecek ile ilgili belirsizlikler bireyde anksiyete ve depresyona yol açmaktadır. Hastalık ile baş etmeye çalışan bireyin iş performansı düşmekte, evdeki sorumluluklarını yerine getiremez hale gelmektedir. Bütün bunlar aile içinde uyum güçlüğü, rol kaybı, ekonomik güçlük yaşanmasına yol açmaktadır (5, 6).

En sık kullanılan tedavi yöntemlerinden birisi olan kemoterapi birçok yan etkinin ortaya çıkmasına neden olmakla birlikte, uzun süren bir tedavi şeklidir. Bu tedavi bireyin yaşamında kısa ve uzun dönemde pek çok yan etkilere neden olmaktadır. Kemik iliği baskılanmasına bağlı olarak görülen lökopeni, trombositopeni ve anemi; bunun yanı sıra saçlarda dökülme, bulantı-kusma, ağızda ülserasyonlar ve bu rahatsızlıklar sonucu gelişen duygusal problemler kemoterapinin en önemli yan etkilerindendir. Ayrıca tedavide kullanılan ilaçlara, kanserin tipine ve evresine göre yan etkiler değişebilmektedir. Örneğin akciğer kanserinde görülen solunum güçlükleri, meme kanserinde görülen lenfadenopati ve memenin

kaybı, genital sistem kanserlerinde görülen seksüel fonksiyon bozukluğu gibi sorunlar hastaların hem günlük yaşamını, hem de emosyonel durumunu olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Yaşam kalitesi; bireylerin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendilerini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır. Yaşam kalitesi objektif ve subjektif göstergelerle değerlendirilmektedir. Subjektif göstergeler bireyin psikolojik durumunu yansıtmakta, emosyonel iyilik hali ve yaşam doyumunu kapsamaktadır. Objektif göstergeler ise fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta; bireyin çalışma durumunu, hastalık semptomlarını, sağlık durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yerine getirmesini kapsamaktadır (4, 5, 7, 12, 13).

Kanserin evresine, süresine, hastalığın tekrarlayıp tekrarlamamasına, ek bir hastalık (kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi) olup olmamasına ve sosyal desteklerin varlığına bağlı olarak kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesinde bireysel farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Kanser hastalarında yaşam kalitesi, ileri evrede (evre IV), hastalığın tekrarladığı durumlarda, hastalığın ilk 6 ayından sonra veya 3. kür kemoterapi tedavisinden sonra yaşanan fiziksel ve emosyonel problemlere bağlı olarak düşüş göstermektedir (4, 7, 14, 15, 16, 17).

Yapılan araştırmalara göre kanser tanısı alan ve kemoterapi tedavisi gören hastalar arasında yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biri de bireylerin cinsiyetidir (5, 16, 17, 18, 19, 20). Cinsiyet kavramı, dünya üzerindeki bütün insanları kadın ve erkek olmak üzere iki gruba ayırır. Kişileri gruplaştırmak ve farklılaştırmak için kullanılan ölçütlerden birisi, belki de birincisi cinsiyetidir (21).

Bir toplumun kültürü, kadın ve erkek davranışları ile ilgili nasıl davranacakları, nasıl düşünecekleri ve toplum içinde ne şekilde aktivite gösterecekleri gibi cinsiyet kalıpları ile ilgili normları ve beklentileri içerir. Genel olarak kadın ve erkeklerin davranışsal özellikleri önceden belirlenmiş biyolojik örüntüler olmaktan çok öğrenilmiş davranış örüntüleridir. Kadın ve erkeğin toplumdaki işlevleri, sorumlulukları, hakları, kişilik özellikleri gibi unsurları toplumsal cinsiyete göre şekillendirilmektedir (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).

Türkiye gibi ataerkil toplumlarda kadınlar erkekler ile karşılaştırıldığında daha az güce, statüye, parasal kaynaklara, otonomiye ve bağımsızlığa sahiptirler. Toplum kadınlardan iyi bir eş, anne ve ev kadını olmalarını beklerken, erkeklerden başarılı bir ekmek kazanıcı ve

her zaman güçlü olmalarını beklemektedir. Geleneksel olarak kadınlar çevrelerindekiyle yardımcı olmak, her şeyden hoşnut olmak, asla öfkelenmemek, şikayet etmemek, otoriteye boyun eğmek, soru sormamak, başkalarını rahat ettirmek, bencil olmamak ve kendilerini düşünmemek üzere yetiştirilirler ve bunlar istendik kadın özellikleridir. Diğer taraftan erkeklere güçlü olmak, başarılı olmak, duygularını açığa vurmamak ve yalnızca kendilerini düşünmek öğretilmiştir. Böyle geleneksel yaklaşımlar doğrultusunda yetiştirilen kadınların kanser gibi kronik ve ölümcül bir hastalık durumunda da, bu hastalıkla baş etmeleri, ev işleri, yemek yapma, çocuk bakımı gibi kendilerinden beklenen görevleri yerine getirmeye devam etmeleri beklenmekte, ya da kadın cinsiyet rolü gereği bunları sürdürmede kendisini zorlamaktadır. Böylesi bir durumda erkeklerin bir kadının/eşinin yardımına ve bakımına ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca meme ve genital sistem kanserlerinde bu sistemlerde meydana gelen değişiklikler nedeniyle kadın toplumun kendisine vermiş olduğu “kadınlık kimliği”ni kaybettiğini düşünmekte, beden imajındaki ve cinsiyet rolündeki değişime uyum sağlamakta sıkıntı yaşamaktadır (6, 11, 21, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Kanser gibi kronik ve ölümcül bir hastalık durumunda tanı alan kadın-erkek tüm bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Fakat Türk toplumunda kadına yüklenen toplumsal rol, kadınlık kimliği onun her koşulda güçlü olmasını gerektirmektedir. Kendisine yüklenen bu rolün farkında olan kanser hastası kadınlar güçlü olmaya devam etmekte, içinde bulunduğu durumla baş edebilmekte, toplumun, ailesinin kendisine yüklediği rolleri yerine getirmektedir. Aynı durumdaki bir erkekle karşılaştırıldığında Türk kadını daha güçlü ve yaşam kalitesi daha iyi olacaktır.

Kadının aile ve toplum içindeki rol ve sorumluluklarının fazla olması nedeniyle kadın sağlığını etkileyen hastalık gibi bir durumda aile ve toplumun sağlığı da doğrudan etkilenmektedir. Kadın sağlığı hemşireleri, kadının dolayısıyla aile ve toplumun sağlığını geliştirme, bakımı ve rehabilitasyonu aşamalarında önemli bir rol oynamaktadır (4, 5, 7, 13). Bu nedenle kemoterapi tedavisi alan kanserli hastaların cinsiyet ve cinsiyete göre yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyecek olan bu çalışma, kadın sağlığını anlamayı sağlayacak ve cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olup olmadığını açıklayacaktır.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, kemoterapi tedavisi alan genital organ veya meme kanseri tanısı almış kadınlara ile genital organ kanseri tanısı almış erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünya’da ve Ülkemizde Kanserlerin Durumu

Kanser, görülüş sıklığı, tanı, tedavi ve sosyo-ekonomik yönleri ile tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere birçok hastalığın kontrol altına alınması; modern tanı yöntemlerinin gelişmesi; gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlere maruziyetin artması ve toplumun bilgi seviyesinin yükselmesinden dolayı daha çok hastanın hekime başvurması kanser görülme oranındaki artışın temel nedenlerindedir.

Evrensel bir hastalık olan kanserin tarihin başlangıcından beri bitki, hayvan ve insanlarda cinsiyet, ırk, kültür ve sosyo-ekonomik düzey ayırt etmeksizin görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle her toplum için önemli bir sağlık sorunu olan kanser, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’ de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2000 yılı verilerine göre Türkiye’ de tüm yaş gruplarındaki, kadın ve erkekler arasında en sık görülen üç kanser türü; solunum sistemi kanserleri %17.6, gastrointestinal sistem kanserleri % 16.5, genital sistem kanserleri %16.2 dir (1, 2).

2. 2. Kadınlarda Genital Organ Kanserleri

2. 2. 1. Vulva Kanseri

Vulva kanseri, yılda her 100.000 kadından 1.5’ inde görülme sıklığı ile, tüm jinekolojik kanserlerin %3-5’ ini oluşturmaktadır. Vulva kanserinin %90’ ı squamoz hücreli, %4’ ü basal hücreli karsinoma, geri kalanları da Paget’ s hastalığı, bartolin glandlarının adenokarsinomu, fibrosarkom ve melanomdur. Genç kadınlarda squamoz hücreli karsinoma daha çok görülmektedir (20, 34, 35, 36, 37, 38, 39).

2. 2. 1. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Vulva kanserinin etiyolojisi, henüz bilinmemektedir. Bununla birlikte birkaç faktörün, hastalığın insidansını artırdığı düşünülmektedir. Bunlar; hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, obezite ve servikal kanser gibi hastalıkların varlığı, erken menopoza girme, kronik iritasyon (diabetes vulvitis), immünsupresif ilaç kullanma, virüsler (Herpes simpleks virüsü tip II), vulvada kaşıntı öyküsü ve sigara kullanımınıdır (20, 34, 38, 39, 40).

2. 2. 1. 2. Klinik Değerlendirme

Karsinoma in-situ, her yaşta görülebilen, fakat çoğunlukla otuzlu ve kırklı yaşlarda daha sıkça rastlanılan bir durumdur. Bu evrede vulva kaşıntılıdır ve oluşan lezyon, küçük, kırmızı ya da beyaz, kolay tahrip olan benekli oluşumlar şeklindedir. Ülserasyona bağlı

kanama ya da sulu akıntı sonucu lezyonda enfeksiyon ve nekroz gelişebilir. Başlangıçta büyüme yüzeyledir, fakat daha sonra üretra, vajina ve anüse yayılır. Geç teşhis edilmiş vakaların %50' sinde inguinal ve femoral lenf nodlarına yayılım vardır.

Vulvanın Paget' s hastalığı nadir görülen bir durumdur. Paget' s hastalığında lezyon kırmızı, nemli ve deriden yüksektir. Vakaların büyük bir kısmı intraepitelyaldır ve bu yönü ile karsinoma in-situ ile benzerlik gösterir. Melanom koyu siyah pigmentli ve papiller lezyonlardır.

Vulva kanseri yavaş büyür, yavaş yayılır ve metastazı geç ortaya çıkar. Teşhis edildiğinde vakaların yaklaşık %90' ı hastalığın I. veya II. evresindedir. Karsinoma in-situ evresi yıllarca sürebilir. Bu lezyonlar konumları nedeni ile erken teşhise yatkın oldukları halde, semptomların belirlenmesi ile vulva karsinomu tanısının konması arasındaki süre oldukça uzundur. Bu gecikme büyük ölçüde hastanın doktora gitmeye isteksizliğinden veya ufak bir kitle, tahriş ve kaşıntı gibi semptomları önemsememesinden kaynaklanmaktadır (34, 36, 38, 41).

2. 2. 1. 3. Tanı

Tanı koymak için gerekli doku örneği, kuşukulu lezyondan parça biyopsisi alınarak sağlanır. Bazı vakalarda daha iyi görebilmek için kolposkopi kullanılabilir. Vulva kanserli hastaların %40' ında, tanı sırasında hastalık, inguinal lenf nodüllerine yayılmıştır (34, 36, 37, 40, 42).

Şekil 1: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO)' na Göre Vulva Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanılama
Evre 0	Karsinoma in-situ
Evre I	Tümör vulvada sınırlıdır. Çapı en fazla 2 cm' dir.
Evre II	Tümör vulvada sınırlıdır. Çapı en fazla 2 cm' den büyüktür.
Evre III	Tümör herhangi bir boyuttadır ve üretra, vajen, periton ya da anüse yayılım vardır; inguinal bölgede tek yada çift taraflı, hareketli, ele gelebilen nodüller vardır ya da bunların ikisi de vardır.
Evre IV	Tümör herhangi bir boyuttadır ve mesane ya da rektal mukozaya infiltrasyon olmuştur; ya da kemiğe yapışmıştır ya da uzak organ metastazı vardır; ya da bunların her ikisi

2. 2. 1. 4. Tedavinin Planlanması

Vulva kanseri tedavisinde amaç, en az şekil bozukluğu ile cinsel işlevin en iyi düzeyde sürdürülmesi dikkate alınarak, tümörden tam olarak arınmaktır. Evre 0' da olan bazı hastalar, yalnız lokal 5-Fluraurasil (5-FU) ile tedavi edilebilir. Hastaların çoğu geniş bir lokal kesiyle yapılan skining vulvektomi (vulva derisinin soyularak çıkarılması) ardından greftleme ile cerrahi olarak tedavi edilir. Doku değişikliğinin çok olmadığı, her iki tedavi şekli, klitoral duyarlılığın ve tüm cinsel işlevlerin sürdürülmesine izin verir. Bununla beraber skining vulvektomiden sonra deri greftini korumak için uzun süreli yatak istirahati gereklidir.

Radikal vulvektomi daha çok Evre I, II, III de gerçekleştirilir. Bu işlemde labia, deri altı dokusu ve klitoris alınır ve aynı zamanda üretra, vajen ya da anüsün distal kısmı çıkarılır. Lenf nodüllerinin de tutulduğu hastalarda, çift taraflı inguinal nodüllerin de çıkarılması gerekir. Kemoterapi de 5-Fluraurasil ve cisplatin verilir.

Evre IV' de radikal vulvektominin yanı sıra pelvik ekzentasyon gerekebilir. Metastaz olan hastalar, palyatif olarak radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu ile tedavi edilebilirler. Bu evrede uygulanacak radyoterapiye karşı, vulva dokusu şiddetli reaksiyon gösterdiği için kullanımı sınırlıdır (20, 34, 36, 37, 38, 41, 42, 43).

2. 2. 1. 5. Prognoz

Vulva kanserli hastaların yaşam süresi, teşhis sırasında hastalığın evresi ve pelvik lenf nodüllerinin durumu ile ilişkilidir. Evre I ve II de bulunan hastaların, 5 yıllık yaşam süreleri %90-98 arasındadır. Hastalığın evresini dikkate almaksızın, lenf nodülleri negatif ise, yaşam süresi %69' dan %100' e yükselmektedir (34, 37).

2. 2. 2. Serviks Kanseri

Serviks kanseri, en yaygın görülen üreme sistemi kanserlerinden üçüncüsünü oluşturmaktadır. ABD' de her yıl 12.800 kadında invaziv servikal kanser tanısı konulmakta ve bu kadınların hemen hemen 5000' i hastalığından dolayı ölmektedir. Servikal kanserin yaklaşık %90' ı squamoz hücreli karsinom, %10' u adenokarsinomdur.

Son dönemlerde önleyici Pap Smear taramalarından dolayı invaziv servikal kanser insidansında belirgin bir düşme görülürken, pre-invaziv karsinoma insidansında artma gözlenmiştir. Bu nedenle, önceleri 40 yaş üzeri kadınlarda sık görülen servikal kanser, erken tanı nedeniyle daha genç kadınlarda görülmeye başlamıştır (20, 34, 36, 38, 40, 41, 42, 44, 45).

2. 2. 2. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Serviks kanserinin etiyojisi henüz bilinmemektedir. Veriler, seksüel öykü ve uygulama ile serviks kanseri insidansı arasında çok güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Seksüel uygulama, cinsel yaşamın 18 yaş öncesinde başlaması ve çok partnerli bir cinsel yaşamla ilişkilidir. Cinsel ilişkiye 18 yaşından önce başlayan kadınların riskli grupta yer almasının nedeni; gelişimini tam tamamlayamayan squamocolumnar kavşağın, genç kadının serviksini hücre değişikliği açısından uygun hale getirmesi ile açıklanmaktadır. Bunun dışındaki birkaç etmenin de riskli durumu yükseltmede etkili olduğu belirtilmektedir:

- Erken yaşlarda oluşan gebelik ve doğumlar,
- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama (18 yaş ve öncesi)
- Cinsel partnerde CYBH öyküsünün bulunması
- Bireyin yaşam biçimi; kötü genital hijyen alışkanlığı ve çok partnerli yaşam,
- Beslenme alışkanlığı (20, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42)

2. 2. 2. 2. Klinik Değerlendirme

Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN), serviksin en erken dönemdeki prekanseröz epitelyal anormallikleridir ve CIN lezyonları asemptomatiktir. CIN için ortalama yaş, serviks invaziv kanseri yaşından yaklaşık 10 yıl daha gençtir ve ortalama 30-40 yaşları arasındaki kadınlarda daha sık olarak görülür. Bu dönemde, hücresel değişiklik serviks ülserasyonuna yol açmadığından, anormal uterin kanama görülmez, hatta spekulum muayenesinde serviks sağlıklı görülür. Ancak çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde, epitel içinde başlayan patolojik değişiklikler Pap Test ile kolaylıkla teşhis edilmektedir. Düzenli olarak yapılan Pap Smear testi ile servikal neoplazilerin %90' ı erken dönemde tanımlanabilmektedir. Erken tanı, servikal kanserlerde tedavi şansını hemen hemen %100' e çıkarırken, servikal kanserden ölümleri %50 oranında azaltmaktadır.

İnvaziv karsinomada, tümör intraepitelyal sınırlardan çıkıp, serviks stromasına yayılmıştır. İnvaziv karsinoma için yapılan sınıflama Evre I' den Evre IV' e kadar geniş bir dağılım göstermektedir. İnatçı vajinal akıntı ve anormal kanama, koitus veya muayene sırasında görülen dokunma kanamaları en sık görülen erken belirtilerdendir. Geç belirtiler, tümörün yayıldığı organlar ile ilgilidir. Bağırsak veya mesaneye baskı, mesane irritasyonu, rektal kanama, üreter tıkanmasına bağlı belirtiler, siyatik sinir etkilenmesine bağlı bacak ağrısı ortaya çıkabilmektedir (34, 47, 48, 40, 41, 43, 45).

Şekil 2: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO)' na Göre Serviks Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre 0	Karsinoma in-situ, intraepitelyal kanser
Evre I	Kanser yalnız servikstedir.
Evre IA	Serviksin klinik öncesi dönem kanseridir. Tanı mikroskopla konulur.
Evre IA1	Mikroskopik olarak minimal ölçüde stroma invazyonu vardır.
Evre IA2	Mikroskopik olarak belirlenen lezyonlar ölçülebilir. Kaynaklandığı, yüzeysel ya da glandular epitel tabanından yapılan ölçümün en üst sınırı 5 mm' den daha derin bir invazyonu göstermeli ve ikinci bir boyut olarak enine yayılım, 7mm' yi aşmamalıdır. Daha büyük lezyonlar, Evre IB kabul edilmelidir.
Evre IB	Klinik olarak görünseler de görünmeselerde lezyonlar Evre IA2' den daha büyüktür ve şekillenmeden önce kapladıkları alan ile evrelemeleri değişmez. Ancak daha sonraki tedavi kararlarını etkileyebileceğinden kaydedilmelidir
Evre II	Kanser serviksten ileriye uzanır, ancak pelvis duvarına ulaşmamıştır. Kanser, vajeni de etkiler, ancak üçte bir alt kısmına kadar ulaşır.
Evre IIA	Parametriumda belirgin bir etkilenme yoktur.
Evre IIB	Parametriumda belirgin bir etkilenme vardır.
Evre III	Kanser pelvik duvara ulaşmıştır. Rektal muayenede pelvik duvar ve tümör arasında, kansersiz bir alan yoktur. Tümör vajenin üçte bir alt kısmını da etkiler. Hidronefroz ya da böbreklerin işlevlerini kaybetmesi de söz konusudur.
Evre IIIA	Pelvik duvara yayılım yoktur. Tümör vajenin üçte bir alt kısmını etkiler.
Evre IIIB	Pelvik duvara yayılım ya /ya da hidronefroz ya da böbreklerin işlev görmemesi söz konusudur.
Evre IV	Kanser pelvis boyunca yayılmıştır ya da klinik olarak mesane ya da rektum mukozasını etkiler Büllöz ödem gibi durumların olması, vakayı Evre IV olarak tanımlamayı gerektirmez.
Evre IVA	Komşu organlara yayılım vardır.
Evre IVB	Uzak organlara yayılım vardır.

2. 2. 2. 3. Tanı

Tanı ve evrelendirme, serviks kanserinin tedavisi için temel oluşturmaktadır. Anormal test sonucu sonrası, dokunun genel durumunu değerlendirebilmek için, doku biyopsisine ihtiyaç vardır. Biyopsi ya 'punk' ya da 'koni' biyopsisi şeklinde yapılır. Serviks kanserinin evrelendirilmesi klinik olarak yapılır. Klinik değerlendirme ise, muayene, kolposkopik ve radyolojik inceleme (göğüs, böbrek, sigmoid kolon ve rektum) ile biyopsinin patolojik değerlendirilmesini içerir. Elde edilen veriler, hastalığın boyutunu ve beraberinde tedavi planını belirlemede kullanılır (34, 37, 39, 42).

2. 2. 2. 4. Tedavinin Planlanması

Tedavi seçimi, hastalığın evre ve servikal displazinin derecesine göre planlanır. Doğurganlığını sürdürmek isteyen ve preinvaziv servikal kanser tanısı konan kadınlara, tedavi amacıyla konizasyon yapılabilir. Ancak bu hastalar, yapılan küçük girişim nedeniyle hastalığın tekrarlama riski açısından yakından izlenmelidir. Benzer şekilde aynı gerekçe ile lazerli cerrahi, kriyocerrahi ya da elektrokoterle tedavi edilen hastalar da yakından takip edilmelidir.

Evre IA da olan hastalar, histerektomi ya da kavite içi radyasyonla tedavi edilebilirler. Evre IB ve IIA için, radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi ya da tam pelvik radyoterapi tercih edilmektedir. Her iki uygulamanın benzer etki sağladığı saptanmıştır. Hastalığın Evre IIA dan daha ileri olduğu durumlarda yalnız radyoterapi uygulanır. Bu grupta eksternal ya da kavite içi radyoterapi bir arada kullanılabilir. Ayrıca kemoterapide cisplatin, bleomisin ve vinblastin kullanılır.

Hastalığın radyasyona cevap vermediği, tümörün pelvis sınırları içinde olduğu ve uzak organ metastazlarının bulunmadığı durumlarda tedavi amacıyla total pelvik eksantrasyon uygulanır. Mesane, uterus, serviks, vajina ve üretranın çıkarılması ile üretral ve intestinal bağlantıların yeniden yapılması işlemidir. Bu girişimde morbidite oranı yüksek olduğundan, çok az vakada uygulanır (20, 34, 36, 38, 39, 40).

2. 2. 2. 5. Prognoz

Servikal kanserlerde prognoz, hastalığın evresine bağlıdır. Erken teşhis edilen vakalarda 5 yıllık hayatta kalma oranı %100' e kadar yükselir. Aynı durum, uzak metastazların bulunduğu vakalarda %9' dur (34, 37, 39, 42).

2. 2. 3. Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri, ABD’ de 45 yaş ve üzeri kadınlarda en sık görülen üreme organ kanserlerinden biridir. Her yıl 36100 yeni vaka teşhis edilmekte ve 6300 kadın bu hastalıktan dolayı yaşamını yitirmektedir. Endometrium karsinoması, genellikle postmenopozal kadınların bir hastalığı olarak göz önüne alınmaktadır. Oysa vakaların %30’ unun menopoz öncesi dönem ve %5’ inin de 40 yaş altındaki kadınlardan meydana geldiği saptanmıştır (20, 34, 37, 39, 41, 42, 43, 46).

2. 2. 3. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Östorejene maruz kalma büyük bir risk faktörüdür. Uterusa sahip bir kadına, progesterin eklemeksizin östrojen replasman tedavisinin uygulanması, tamoxifen tedavisi, erken menarş, geç menopoz, nulliparite ve obezite endometrium ortamını yüksek oranlarda östrojene maruz bırakan nedenlerdir. Bunun yanı sıra aşağıda belirtilen etmenlerinde endometrium kanseri için risk faktörü oluşturduğu bildirilmektedir:

- İnfertilite,
- Hipertansiyon ve diyabet
- Geç menopoz,
- Düşük sosyo-ekonomik durum,
- Meme kanseri ya da over kanseri öyküsü,
- Postmenopozal dönemde olma
- Ailede endometrium, kolon ve göğüs kanseri hikayesi bulunma,
- Over patolojisi, kronik anovulasyon (20, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42) .

2. 2. 3. 2. Klinik Değerlendirme

Endometrium kanserinde, kolay bir değerlendirme yöntemi olmadığı için kanser, ilk belirtilerin görülmesinden sonra teşhis edilmektedir. Endometrium kanserinin en yaygın belirtisi uzun süreli, aşırı ve düzensiz premenopozal ve postmenopozal kanamalardır. Postmenopozal dönemdeki kanamaların %30’ unun nedeni endometrium karsinomudur. Bunun yanı sıra premenopozal dönemde metroraji tarzında tekrarlayan kanamaların da kanser belirtisi olabileceği unutulmamalıdır.

Uterusun boyutlarında büyüme, alt karında ve sırtta ağrı geç belirtileri arasında yer alır. Diğer belirtileri ise yayıldığı ve metastaz yaptığı organlar ile ilişkilidir (20, 34, 36, 40, 42)

2. 2. 3. 3. Tanı

Amerikan Kanser Birliği, menopoz dönemindeki tüm yüksek riskli kadınlardan, uterus biyopsisi alınmasını ve endometrial kanser tanısını doğrulamak için, dilatasyon ve küretaj yapılmasını önermektedir. Çünkü endometrial biyopsi ile vakaların %90' ını teşhis etmek mümkündür. Bu yöntem ile hastaların %75' i erken evrede tanılanmaktadır. Endometrial kanserin evrenmesi, uterusun büyüklüğü, serviksin etkilenme durumu ve tümör hücre farklılaşması gibi kriterlere dayanmaktadır (36, 40, 41, 42).

Şekil 3: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)' na Göre Endometrium Kanserin Sınıflandırılması

Evre	Tanılama
Evre 0	Karsinoma in-situ
	Korpusla sınırlı karsinom, vakalar histolojik tiplerine göre alt gruplara ayrılır Sınıf 1 Oldukça yüksek oranda farklılaşmış adenomatöz karsinom Sınıf 2 Orta derecede farklılaşmış adenomatöz karsinom Sınıf 3 Farklılaşmamış karsinom
Evre IA	Uterus kavite uzunluğu 8 cm ya da daha kısa
Evre IB	Uterus kavite uzunluğu 8 cm den fazla
Evre II	Karsinom korpus ve serviksi tutmuş
Evre III	Karsinom uterus dışına çıkmış fakat gerçek pelvisin dışında değil
Evre IV	Karsinom gerçek pelvisin dışında ya da rektum mukozalarını tutmuş
Evre IVA	Komşu organlara yayılım
Evre IVB	Uzak organlara yayılım

2. 2. 3. 4. Tedavinin Planlanması

Endometrium kanserinin erken döneminde “Total Abdominal Histerektomi” (TAH) ve “Bilateral Salpingo Ooforektomi” (BSO), genelde tercih edilen cerrahi yöntemlerdir. Hastalığın erken evresi dışındaki çoğu vakada radyoterapinin bazı formları önerilmektedir. Hastalığın ileri dönemlerinde ya da hastalığın tekrarladığı durumlarda, kemoterapi (doxorubisin, cisplatin, carboplatin, paclitaxel, 5 Fluraurasil, siklofosfamid) ya /ya da hormonal tedavi diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombine olarak uygulanabilir (20, 34, 36, 37, 43).

2. 2.3. 5. Prognoz

Endometrial karsinoma, yavaş büyüyen ve geç metastaz yapan bir tümördür. Bu nedenle özellikle erken teşhis edildiğinde, prognozu en iyi olan jinekolojik kanserlerdendir. Beş yıllık yaşam süresi Evre I' de yaklaşık %90, Evre IV' de ve uzak metastazların bulunduğu durumlarda %10' dan azdır (41, 42).

2. 2. 4. Over Kanseri

ABD' de over kanseri, jinekolojik kanserler arasında serviks kanserinden sonra ikinci sırada yer alır ve kadın üreme sistemi kanserlerine bağlı ölümlerin yarısından fazlasını kapsar. Her yıl 23 100 yeni vaka teşhis edilmekte ve bu vakaların 15 000' i ölümlerle sonuçlanmaktadır. Over kanseri her yaşta görülmekle birlikte, genellikle 40 yaşın üzerindeki kadınları etkilemektedir. Erken evrelerde belirti vermediği için, hastalık teşhis edildiğinde kanserin ilerlemiş olduğu görülür (8, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 47, 48).

2. 2. 4. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Over kanserinin etiyojisinde genetik faktörlerin etken olduğu düşünülmektedir. Risk yaşla birlikte artmaktadır. En güçlü risk faktörü, aile öyküsüdür. Hastalığın birinci derecedeki akrabalarda bulunması, riski daha da artırmaktadır. Bunun yanı sıra;

- Nulliparite, infertilite, genç yaşta çocuk sahibi olma,
- Düşük parite,
- Kendisinde ya da akrabasında, meme ve over kanseri öyküsünün bulunması,
- Sigara ve alkol kullanımı, yağdan zengin gıdalarla beslenme,
- Endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalıklar
- Dismenore, erken menopoza girme gibi faktörler hastalık riskini arttırmaktadır

(20, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41).

2. 2. 4. 2. Klinik Değerlendirme

Over kanserinin erken tanısı güçtür, çünkü tümör büyümeden ve metastaz yapmadan önce, genellikle semptom vermez. Tümör, birkaç hafta içerisinde önemli ölçüde büyüebilir, büyük tümörler bile genellikle spesifik belirti vermez. Ne yazık ki tanı konulduğunda hastaların %70' inde pelvis dışı metastazlar olmuştur.

Bazen büyüyen over nedeni ile alt karın bölgesinde belirsiz bir rahatsızlık ve sindirim şikayetleri, erken belirtiler olarak ortaya çıkabilir. Bir tümör yaklaşık 15cm çapına ulaştığında, alt karın boşluğundan yukarıya doğru büyür ve bu durumda kendini, karın bölgesinde büyüme, gerginlik ya da çabuk doyma gibi sindirim şikayetleri şeklinde gösterir.

Abdominal büyüme asite bağlı olarak görülebilir. Hastalığın durumunu belirlemeye yönelik işlemler ise vajinal, plevral ve peritoneal salgılardan sitolojik çalışma için örnek alınması ve oluşabilecek metastaz yönünden, akciğer, kemik dokularının taranmasıdır (37, 38, 40, 41).

2. 2. 4. 3. Tanı

Over kanseri nadir olarak erken teşhis edilir. Vakaların %70' i teşhis edildiğinde pelvis dışına metastaz yapmıştır. Over tümörlerinin hepsi palpe edilemez. Erken lezyonların bilgisayarlı tomografi, sonografi ya da manyetik rezonansla görüntüleme yöntemleriyle bile saptanması güçtür. Tanı ve evreleme için, genellikle tanımlayıcı laparotomi uygulanır. Bu cerrahi işlem, periton yüzeylerinin, pelvik ve abdominal organların muayenesini içerir (20, 34, 38, 39, 40, 41).

Şekil 4: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)' na Göre Over Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre I	Tümör over sınırları içindedir.
Evre II	Tümör bir veya iki overde, pelvise geçmiştir.
Evre III	Tümör bir veya iki overde, pelvis dışında retroperitoneal veya inguinal lenf düğümleri pozitifdir.
Evre IV	Tümör bir veya iki overde, uzak metastazları vardır (özellikle karaciğer metastazı).

2. 2. 4. 4. Tedavinin Planlanması

Cerrahi girişim tedavinin ilk basamağıdır. Uterus, overler, tüpler ve omentum radikal olarak çıkartılmaktadır. Ameliyattan sonra hastalığın yayılımına göre kemoterapi ya da radyoterapi uygulanır. Tümörü küçük olan ya da rezidüel tümörü olmayan hastalara eksternal radyasyon uygulanır.

Hastalığın ilerlemiş olduğu durumlarda, kemoterapi sık kullanılır. Kemoterapide birkaç ajan bir arada kullanılabilir. Bu olgularda siklofosamid ve sisplatin veya doxorubisin yaygın olarak kullanılan neoplastik kombinasyonlardır (8, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48).

2. 2. 4. 5. Prognoz

Over kanseri erken teşhis ve tedavi edildiğinde, hastaların %85' i 5 yıl ya da daha uzun süre yaşayabilme şansına sahiptir. Fakat hastalık ileri evrelerde teşhis edildiğinde, prognozu yüz güldürücü değildir. Tedavi çoğunlukla başarılı olamamaktadır (37, 39, 40, 41).

2. 2. 5. Meme Kanseri

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda başta gelen ölüm nedenlerinden birisidir. ABD' de kadınlar arasında en sık görülen kanser tipidir. Türkiye' de tüm kanserli kadınların %24.1' i meme kanseridir.

2. 2. 5. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

- 40 yaş üzerindeki kadınlar,
- Ailesinde, özellikle anne ve kız kardeşinde meme kanseri hikayesi olanlar,
- Nulliparlar veya ilk doğumunu 30 yaşın üzerinde yapanlar,
- Obezite,
- Yüksek dozda uzun süre östrojen kullananlar (34, 36, 38, 39, 41, 42, 49, 50).

2. 2. 5. 2. Klinik Değerlendirme

Meme ya da aksillada kitle ya da kalınlaşma, meme başı derisinde pullanma, çekilme, akıntı, ödem, ülserasyon, her iki meme ucu arasında asimetri görülmektedir. Meme ağrısı, meme kanserinin erken döneminde görülen ender bir bulgudur (36, 38, 39, 42, 43).

2. 2. 5. 3. Tanı

Meme kanseri tanısı yalnız meme dokusunun patolojik incelenmesiyle konulabilir. Mamografi normal bir görünüm verse de genellikle biyopsi yapılması gereklidir.

2. 2. 5. 4. Tedavinin Planlanması

Tedavi hastalığın tanımlandığı sıradaki evre ve tipine bağlı olarak farklılık gösterir. Hastalığın I ya da II. evrelerinde radikal mastektomi (meme dokusu ve aksiler lenf nodları çıkartılır, pektoralis kası bırakılır) uygulanır. Lokal olarak ilerlemiş (Evre III) meme kanserli hastaların prognozları daha kötüdür. Bu gruba cerrahi, kemoterapi (genellikle siklofosfamid, methotrexate, doxorubisin, 5-fluorourasil ve vinblastin) ve radyoterapi bir arada uygulanarak daha iyi sonuçlar elde edilmektedir (20, 34, 40, 41, 42).

2. 2. 5. 5. Prognoz

Meme kanserinde 5 yıllık yaşam şansı, aksiler lenf nodları negatif olanlarda %85, aksiler lenf nodları pozitif olanlarda %53' dür.

2. 3. Erkeklerde Genital Organ Kanseri

2. 3. 1. Prostat Kanseri

Prostat kanseri, Amerika Birleşik Devletleri' nde akciğer kanserinden sonra erkeklerde en sık görülen ikinci kanserdir.

2. 3. 1. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

- 50 yaşın üstündeki erkeklerde,
- Siyah ırkta,
- Ailesinde prostat kanseri olanlarda,
- Yağdan zengin diyetle beslenenlerde prostat kanseri riski artmaktadır.

2. 3. 1. 2. Klinik Değerlendirme

Hastalığı lokalize olan çoğu hasta semptom göstermez. Bu durumlarda kanser rutin rektal tuşe muayenesi ya da benign prostat hipertrofisi olan hastalara yapılan prostat transüretral rezeksiyon (TURP) sonrası prostat dokusunun patolojik incelenmesiyle belirlenir. Tümör büyürken hastalar kesik idrar, gece idrara çıkma ve idrarın incilmesi gibi akış yönünden üriner alışkanlıklarında değişiklikler yaşarlar. Prostat kanseri, sıklıkla kemiğe metastaz yaptığından metastazı olan hastalarda, kemik ve eklem ağrısı, bazen de patolojik kırıklar olabilir (37, 51, 52, 53, 54).

2. 3. 1. 3. Tanı

Rektal muayene, prostat kanserinin erken tanılmasında en etkili tarama aracı olma özelliğini sürdürmektedir. Amerikan Kanser Birliği, 40 yaş üzerindeki erkekler için yılda bir kez rektal tuşe muayenesi önermektedir.

Prostat doku hacminin artmış olduğu hastalarda, yalnız prostat bezince üretilen bir antijen olan, prostata özgü antijen (prostat spesifik antijen-PSA)' in serum düzeyi genellikle yükselir. Bu test benign ya da malign oluşumları ayırtmadığından, prostat kanserinin tanısı için tek test olarak kullanılmamakta, ancak hastalığın kesin tanılanmasında diğer testlerle karşılaştırmalı olarak kullanılabilir (37, 53).

Şekil 5: Prostat Kanserinin Evrelemesi

Evre	Tanımlama
Evre I	Tümör prostatla sınırlıdır. Rektal muayenede belirgin değildir. Evre IA: Odaklanmış Evre IB: Yayılmış
Evre II	Tümör prostatla sınırlıdır. Rektal muayenede belirgindir. Evre IIA: Nodül en fazla 2 cm dir. Evre IIB: Nodül en fazla 2 cm den büyüktür, her iki lobda elle hissedilir.
Evre III	Metastaz olmaksızın tümör prostat dışındadır.
Evre IV	I, II ve III evrelerindeki lokal bulgulara metastazlar eklenmiştir. Evre IVA: Yalnız bölgesel lenf nodüllerine metastaz vardır. Evre IVB: Uzak organ metastazı vardır.

2. 3. 1. 4. Tedavinin Planlanması

Prostat kanserinin tedavisi, hastalığın evresine ve hastanın yaşına bağlıdır. Evre IA daki 60 yaş üzeri hastalarda prostat kanseri TURP sırasında rastlantıyla belirlenir. Evre IA' daki kanserin, klinik bir vaka haline gelmesi uzun yıllar alacağından acil tedavi gerektirmez. Bu hastalar 6 ayda bir izlenmelidir. Hastalık bu erken dönemde genellikle yavaş ilerleyebilir ya da hiç ilerlemeyebilir, ek bir tedavi gerektirmeyebilir. Cerrahi tedavi Evre IA ve Evre II' de olan genç hastalara önerilmektedir. Bazı durumlarda, bu erken evredeki kanserler için radyoterapi de kullanılmaktadır. Cerrahi ya da hormonal tedavi ya da kemoterapi (genellikle siklofosfamid, doxorubisin, 5-fluorourasil ve metotrexat) ile beraber radyoterapi gibi çoklu yöntemler Evre III ve IV aşamasındaki hastalarda kullanılmaktadır (37, 53).

2. 3. 2. Testis Kanseri

Testis kanseri, 15-40 yaş grubu erkeklerde daha sık görülse de oldukça ender rastlanan bir hastalıktır ve tedavideki gelişmeler hastaların %80-90' ına iyileşme olanağı sağlar.

2. 3. 2. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Kriptoşidizm ya da inmemiş testis öyküsü olan hastalar, bu sorunları için ameliyat geçirmiş olsalar bile testis kanseri için yüksek risk taşırlar (37, 53, 55).

2. 3. 2. 2. Klinik Değerlendirme

Hastalarda genellikle testislerin birinde ağrısız büyüme, kitle ya da nodül vardır. Bazı hastalar abdomenin alt kısmında ya da skrotumda ağırlık veya çekilme hissinden söz ederler. Bazı vakalarda bu bulgular hastalığın akciğer veya abdomene ilerlemiş olmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (37, 53).

2. 3. 2. 3. Tanı

Amerikan Kanser Birliği bireylerin her ay kendi kendine testis muayenesi yapmalarını önermektedir. Testis tümöründen kuşkulandığında tanı çalışmaları, pelvis ve abdomenin bilgisayarlı aksiyal tomografi taraması, göğüs filmi ve kan testlerini içerebilir. Kan testleri testis kanseri olan hastalarda bazen belirlenen alfafetoprotein (AFP) ve Human Koryonik Gonodotropin (HCG) gibi tümör işaretlerinin varlığını kontrol etmek için yapılır. AFP testinin pozitif olması, seminom olmayan kanserin varlığını doğrularken, seminomlarda bu tümör işareti nadiren yükselir (37, 53).

Şekil 6: Royal Marsden' e Göre Testis Kanserinin Evrelemesi

Evre	Tanımlama
Evre I	Tümör testiste sınırlı
Evre II	Retroperitoneyal lenfadenopati mevcut Evre IIA: < 2 cm çapında Evre IIB: 2- 5 cm çapında Evre IIC: > 5 cm çapında
Evre III	Supradyafragmatik lenfadenopatiler mevcut
Evre IV	Hematojenik yayılım var

2. 3. 2. 4. Tedavinin Planlanması

Tümörün histolojik tipini belirlemek amacıyla etkilenen testise radikal orşiektomi yapılır. Seminomu olan hastalarda, daha ileri bir ameliyat gerekmez. Evre I ve II olan hastalara, radikal orşiektomi sonrası pelvis ve alt abdomene radyoterapi uygulanır.

Seminom olmayan tümörlerin tedavisinde kombine kemoterapiden çok iyi sonuçlar alınmaktadır. En sık kullanılan ilaçlar sisplatin, vepesid ve bleomisindir (37, 53).

2. 4. Yaşam Kalitesi

Tüm insanlık için evrensel bir kavram olan yaşam kalitesi, 1960' lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiş; 1970' li yıllardan sonra sağlık alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur.

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Murrell ve Norris tek bir disiplinin yaşam kalitesi kavramını doğru bir şekilde ele alamayacağını öne sürmüşlerdir. Bu doğrultuda Andrews ve Withney yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamından doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır.

Burchardt' a göre yaşam kalitesi, bireyin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, diğer bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendisini geliştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır. Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştirmişlerdir. Bu özellikler bireyin genel sağlığı, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik durumu ve sağlık durumunu içermektedir.

Tartar ve arkadaşları ise yaşam kalitesini; bireyin davranış düzeyini ve kavrama kapasitesini, emosyonel iyilik durumunu, performansını ve sosyal rollerini ele alarak kavram haline getirmişlerdir (4, 5, 7, 12, 13, 56, 57).

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir.

1- Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

Fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergesidir.

- a) Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku)
- b) Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme)
- c) Fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk)
- d) Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)
- e) Sağlık hastalık inancı, tanı ve tedavinin sonucu fiziksel iyilik halini içerir.

Burada bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesinin yanında bunların yeterli düzeyde olması ve kişinin bu durumdan doyum bulması önemlidir.

2. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

Psikolojik İyilik Hali:

Kişinin farklı durumlara uyum sağlama stratejilerini ve değişik ruh hallerini kapsar.

Psikolojik iyilik hali kişinin subjektif yaşam kalitesi göstergelerini ifade eder. Bunlar yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilir. Burada kişinin kendi kendini değerlendirmesi olan öznel bir doyum veya sonuç yaşam kalitesidir.

Psikolojik-emosyonel esenlik; anksiyete, depresyon, beden imajı, otonomi, yararlılık dinlenme ve uğraşı ile ilgili durumlarda yaşamın normalliğini ve mutluluğunu içerir.

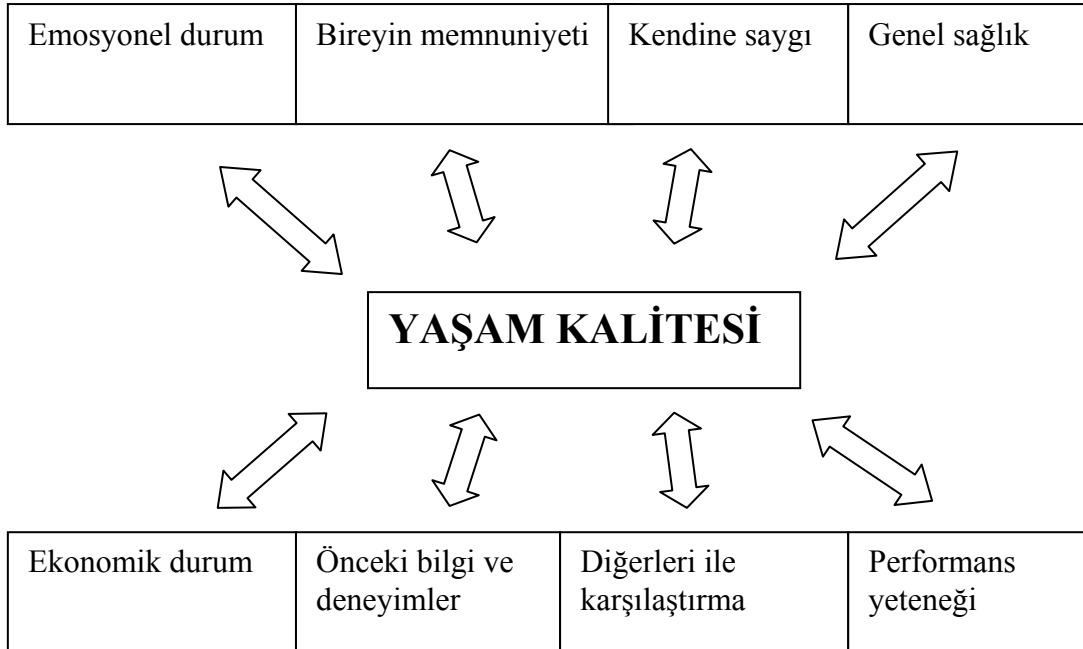
Sosyal ve Bireysel İyilik Hali:

Kişinin eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği ile sosyal faaliyetlere katılma sıklığı, sosyal destek görme, rollerini yerine getirme sürecidir.

Maddi İyilik Hali:

Varolan durumdaki geleceğe yönelik güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi gibi fonksiyonlardır.

Şekil- 7: Yaşam Kalitesi Kavramı



2. 5. Kanser ve Yaşam Kalitesi

Tıp alanındaki büyük ilerlemelere rağmen günümüzde “kanser” kelimesi hala anksiyete ve korku gibi negatif duygular uyandıran korkutucu bir kavram olma özelliğini korumaktadır. Tedavi edilmeyen kanserli hastanın sağlığı, sürekli olarak bozulacak, fonksiyon kaybı ve beraberinde pek çok rahatsızlık ortaya çıkacaktır. Bununla birlikte kanser tedavisi de kesin bir çözüm sağlayamamaktadır. Çünkü halen mevcut olan tedavi yöntemleri, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek pek çok yan etkilere sahiptir.

Kanserde en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden birisi kemoterapidir. Kemoterapinin amacı, hastanın normal hücrelerine zarar vermeden malign tümör hücrelerinin yok olmasını sağlamaktır, fakat bu çoğu zaman mümkün değildir. Tedavi sırasında normal vücut hücrelerinin de etkilenmesiyle, birçok yan etki ortaya çıkmaktadır. Kemik iliği baskılanmasına bağlı olarak görülen lökopeni, trombositopeni ve anemi; bunun yanı sıra saçlarda dökülme (alopesia), bulantı-kusma, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, ağızda ülserasyonlar hasta için rahatsız edici sorunlar arasında yer alır (4, 5, 6, 7, 8, 11, 56, 58, 59).

Genital sistem kanserlerinde yaşam kalitesi, hastanın yaşından, cinsiyetinden, mental sağlığından, başa çıkma mekanizmalarından ve aile/toplumun tepkisinden, hastalığın evresinden, teşhisinden, bu teşhisin anlamından, hastalığın fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinden ve bu tedavilerin yakın/uzun dönemli yan etkilerinden büyük ölçüde etkilenmektedir.

Saegrov (2005) tarafından kanser hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla 44 kadın ve 42 erkek hasta ile yapılan çalışma sonucunda kadınların yaşam kalitelerinin tüm alanlarda erkeklerden daha düşük olduğu bulunmuştur (60). Rustoen ve ark. (1999) tarafından yeni tanı alan kanser hastalarının yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla 99’ u kadın 32’si erkek toplam 131 kişi ile yapılan çalışmada da kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Kansere ek olarak klimakterik problemlerin ortaya çıkması; kadınların psikolojik ve psikosomatik şikayetlerinin, depresif duygularının ve mental hastalıklarının erkeklerden daha fazla olması bu farkın nedeni olarak gösterilmiştir (16).

Schmidt ve ark.(2005) tarafından rektal kanserli (185 erkek, 183 kadın) hastaların yaşam kalitesinde cinsiyet farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, fiziksel fonksiyon alanında erkeklerin yaşam kalitesi puanı kadınlardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (61). Thome ve Hallberg (2004) tarafından 75 yaş ve üstündeki kanser hastalarının yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Bu farkın nedeni olarak

kadınlarda kansere eşlik eden sistemik hastalıkların ve kanserin neden olduğu fiziksel rahatsızlıkların daha yüksek olması gösterilmiştir (17). Arslan ve Bölükbaş (2003) tarafından 158 hasta ile yapılan çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (5).

Gremiel ve ark. (1998) tarafından 162 kadın 65 erkek kanser hastası ile yapılan çalışmada yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında cinsiyete göre fark bulunamamıştır (62). Beşer (2001) tarafından lenfoma tanısı alan 80 (49 erkek, 31 kadın) hasta ile yapılan çalışmada, hastaların kemoterapi öncesi ve 3. kür kemoterapi sonrasındaki yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Kadın ve erkeklerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (7). Kızılcı (1997) tarafından kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada da kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Araştırmada hastaların yaşam kalitesini, eğitim durumu, meslek, destek olan yakınlar ve hastalık süresinin etkilediği sonucu elde edilmiştir (4).

Zhao ve ark.(2003) tarafından Çin’ deki jinekolojik kanserli kadınların yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada metastatik hastalarda yaşam kalitesi anlamlı derecede düşük iken, kür sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (63). Gremiel ve ark. (2002) tarafından genital organ ve meme kanseri tanısı alan 248 kadının yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, erken evrelerde yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (15). Li ve ark. (1998) tarafından 119 endometrial kanser tanısı almış kadın ve 100 sağlıklı kadının yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Endometrial kanser tanısı alan ve kemoterapi tedavisi gören kadınların puan ortalamaları yaşam kalitesinin tüm alanlarında düşük bulunmuştur (46). Janda ve ark. (2004) tarafından vulvar kanserli kadınlar ile yapılan çalışmada bu hastalarda en sık görülen lenf ödeminin hastanın hareketlerini kısıtladığı ve beden imajını, kendine güvenini dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucu elde edilmiştir (35). Wenzel ve ark. (2005) tarafından servikal kanserli kadınların yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmada, kontrol grubuna kıyasla kanserli kadınların seksüel disfonksiyonu, üreme kaygılarını ve jinekolojik problemleri daha fazla deneyimledikleri ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (64). Ferrel ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada evre I ve II over kanseri kadınların, yaşam kalitesi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (65).

Uzun ve ark.(2004) tarafından Türkiye'deki meme kanserli kadınların yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada bekar, eğitim düzeyi yüksek, meslek sahibi ve evre I olan kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (49). Reis (2003) tarafından jinekolojik kanserli kadın hastaların yaşam kalitesini ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada; bekar, 39 yaşın altındaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük iken, başka bir kronik hastalığı bulunan hastaların hastalığa uyumunun ve yaşam kalitesinin diğer hastalara göre daha iyi olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada eğitim seviyesi yüksek, eş ve sosyal destek sistemleri iyi olan hastaların tedavinin yan etkileri ile daha iyi baş edebildikleri bulunmuştur (11).

Jakobsson, Hallberg ve Loven (1997) tarafından 11 prostat kanserli hasta ile yapılan çalışmada hastalar yaşam kalitesi skorundan 100 puan üzerinden 58.5 almışlardır (51, 52).

Hastanın kişisel özellikleri dışında, tedavide kullanılan ilaçlara, kanserin tipine ve evresine göre yan etkiler değişebilmektedir. Örneğin genital sistem kanserlerinin tedavisinde kullanılan kemoteröpatik ajanlar cinsel fonksiyonlarda akut ve kronik değişikliklere neden olmaktadır. Cinsel ilgide azalma, orgazm olamama, vajinal kuruluk, disparoni, menapoz ve infertilite kemoterapi sonrasında görülen diğer yan etkilerdir. Genital sistem kanserlerinde kullanılan kemoteröpatik ajanlar benzer olduğu için ortaya çıkan yan etkilerde kadın ve erkeklerde benzerdir (Şekil 8).

Şekil- 8: Genital Sistem Kanserlerinde Kullanılan Kemoteröpatik Ajanlar ve Yan Etkileri

Kanserin Tipi	Kullanılan Kemoteröpatik Ajanlar	Yan Etkiler
Vulva	5-Fluraurasil	Bulantı, kusma, stomatit
	Cisplatin	Bulantı, kusma, anaflaktik reaksiyonlar, böbrek fonksiyonlarında bozulma
Serviks	Cisplatin	Bulantı, kusma, anaflaktik reaksiyonlar, böbrek fonksiyonlarında bozulma
	Bleomisin	Ateş, alopesi, deri reaksiyonları
	Vinblastin	Kemik iliği baskılanması
Endometrium	Doxorubusin	Kemik iliği baskılanması, stomatit, bulantı, kusma
	Cisplatin	Bulantı, kusma, anaflaktik reaksiyonlar, böbrek fonksiyonlarında bozulma
	Carboplatin	Kemik iliği baskılanması, bulantı, kusma, nefrotoksisite, nörotoksisite
	5-Fluraurasil	Bulantı, kusma, stomatit
	Siklofosfamid	Kemik iliği baskılanması, hemorajik sistit, alopesi, bulantı, kusma
Over	Siklofosfamid	Kemik iliği baskılanması, hemorajik sistit, alopesi, bulantı, kusma
	Doxorubusin	Kemik iliği baskılanması, stomatit, bulantı, kusma
	Cisplatin	Bulantı, kusma, anaflaktik reaksiyonlar, böbrek fonksiyonlarında bozulma
Meme	Siklofosfamid	Kemik iliği baskılanması, hemorajik sistit, alopesi, bulantı, kusma
	Doxorubusin	Kemik iliği baskılanması, stomatit, bulantı, kusma
	Metotrexat	Kemik iliği baskılanması, bulantı, kusma, iştahsızlık
	5-Fluraurasil	Bulantı, kusma, stomatit
Prostat	Siklofosfamid	Kemik iliği baskılanması, hemorajik sistit, alopesi, bulantı, kusma
	5-Fluraurasil	Bulantı, kusma, stomatit
	Metotrexat	Kemik iliği baskılanması, bulantı, kusma, iştahsızlık
	Doxorubusin	Kemik iliği baskılanması, stomatit, bulantı, kusma
Testis	Cisplatin	Bulantı, kusma, anaflaktik reaksiyonlar, böbrek fonksiyonlarında bozulma
	Bleomisin	Ateş, alopesi, deri reaksiyonları
	Vepesid	Kemik iliği baskılanması, bulantı, kusma,

2. 6. Cinsiyet Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Cinsiyet kavramı, dünya üzerindeki bütün insanları kadın ve erkek olmak üzere iki gruba ayırır. Kişileri gruplaştırmak ve farklılaştırmak için kullanılan ölçütlerden birisi, belki de birincisidir (21).

İnsan cinsiyeti; döllenme sırasında belirlenir. Cinsel birleşmede, annenin yumurtasıyla babanın spermi birleştiği anda, doğacak çocuğun erkek mi yoksa kız mı olacağı bellidir.

“Toplumsal cinsiyet” ise; kişinin kendini kadın ya da erkek olarak algılamasıdır. Bireyin doğumuyla birlikte, yaşamında önemli rolü olan kişilerin etkisiyle kazanılır. Cinsiyet rolünün birey tarafından öğrenilme sürecine de “cinsiyetin sosyalizasyonu” denir.

Cinsiyetin toplumsallaşması bebek doğar doğmaz başlamaktadır. Çocuklarını eşit olarak değerlendirdiklerine inanan anne babalar bile, erkek çocukları ile kız çocuklarına farklı tepkiler göstermektedirler. Bu farklılıklar başka pek çok kültürel etki tarafından daha da arttırılmaktadır.

Bir toplumun kültürü, kadın ve erkek davranışları ile ilgili nasıl davranacakları, nasıl düşünecekleri ve toplum içinde ne şekilde aktivite gösterecekleri gibi cinsiyet kalıpları ile ilgili normları ve beklentileri içerir. Genel olarak kadın ve erkeklerin davranışsal özellikleri önceden belirlenmiş biyolojik örüntüler olmaktan çok öğrenilmiş davranış örüntüleridir.

Türkiye gibi ataerkil toplumlarda kadınlar erkekler ile karşılaştırıldığında daha az güce, statüye, parasal kaynaklara, otonomiye ve bağımsızlığa sahiptirler. Toplum kadınlardan iyi bir eş, anne ve ev kadını olmalarını beklerken, erkeklerden başarılı bir ekmek kazanıcı ve her zaman güçlü olmalarını beklemektedir. Geleneksel olarak kadınlar çevrelerindekiyle yardımcı olmak, her şeyden hoşnut olmak, asla öfkelenmemek, şikayet etmemek, otoriteye boyun eğmek, soru sormamak, başkalarını rahat ettirmek, bencil olmamak ve kendilerini düşünmemek üzere yetiştirilirler ve bunlar istendik kadın özelliklerdir. Diğer taraftan erkeklere güçlü olmak, başarılı olmak, duygularını açığa vurmamak ve yalnızca kendilerini düşünmek öğretilmiştir (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).

Böyle geleneksel yaklaşımlar doğrultusunda yetiştirilen kadınların kanser gibi kronik ve ölümcül bir hastalık durumunda da, bu hastalıkla baş etmeleri, ev işleri, yemek yapma, çocuk bakımı gibi kendilerinden beklenen görevleri yerine getirmeye devam etmeleri beklenmekte, ya da kadın cinsiyet rolü gereği bunları sürdürmede kendisini zorlamaktadır. Böylesi bir durumda erkeklerin bir kadının/eşinin yardımına ve bakımına ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca meme ve genital sistem kanserlerinde bu sistemlerde meydana gelen

değişiklikler nedeniyle kadın toplumun kendisine vermiş olduğu “kadınlık kimliği”ni kaybettiğini düşünmekte, beden imajındaki ve cinsiyet rolündeki değişime uyum sağlamakta sıkıntı yaşamaktadır. Bu duygular mental sağlığı etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerde kadınların fizyolojik farklılıklarının, cinsiyet rollerinin onların sağlığını nasıl etkilediğini, hastalık durumlarında da bazı faktörlerin cinsiyete göre farklı etkilerinin olup olmadığını incelemelerini ve anlamalarını profesyonelliklerinin bir parçası olarak düşünmektedirler. Bu bağlamda bilimsel çalışmaların her aşamasına katılmaları gerekmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı bir çalışmadır.

3. 2. Araştırmanın Yeri

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesi, Onkoloji Hastanesi ve Üroloji Servisi'nde yürütülmüştür. Hastaların tedavi protokollerinde yer alan ilaçların infüzyon sürelerine göre, tedaviyi kemoterapi ünitesinde veya serviste almalarına karar verilmektedir (Çoklu infüzyonlar veya 24 saat ve daha uzun süreli infüzyonlar servislerde verilmektedir).

3. 3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesi, Onkoloji Hastanesi, Üroloji Servisi'nde 1 Nisan 2006- 31 Aralık 2006 tarihleri arasında kemoterapi tedavisi alan, amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiş, örnekleme kriterlerine uygun 160 hasta oluşturmuştur.

Örnekleme kriterleri :

- Genital organ (endometrium, over, serviks, vulva, prostat, testis) veya meme kanseri tanısı almış olması,
- Evre I, II ya da III olması,
- En az iki kür kemoterapi almış olması ve üçüncü kür tedavi için gelmiş olması,
- Rölaps olmaması,
- Yatağa bağımlı olmasını gerektirecek herhangi ek bir hastalığının olmaması (SVO, amputasyon, immobilite vs) veya tam bağımlı olmaması,
- Depresyon tanısı almamış olması veya depresyon belirtileri göstermemesi,
- Eş zamanlı olarak radyoterapi tedavisi almaması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

Kadın ve erkek hastalarda genital sistem kanserlerinde kullanılan kemoteröpatik ajanlar benzer olması nedeni ile ortaya çıkan yan etkilerde benzerdir.

3. 4. Verilerin Toplanması

3. 4. 1. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla;

1. Sosyo-Demografik Özellikleri Tanılama Formu,
2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

3. 4. 1. 1. Sosyo-demografik Özellikler Tanılama Formu

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerini saptamak için literatüre dayalı olarak geliştirilen ve 10 sorudan oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Bu bölümde hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, medeni durumu, aile tipi, klinik tanısı, hastalıklarının evresi, eşlik eden herhangi ek bir hastalığının (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları) olup olmadığı, kür sayısı ve sosyal desteklerin varlığına ilişkin sorular yer almaktadır (Ek 1).

3. 4. 1. 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaş, hastalık veya tedaviye özel olmayan genel olarak bakım sonuçlarını ölçmek, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini incelemek için Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (57). Ölçek geliştirilirken kısa kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım alanına sahip olması da amaçlanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, klinik araştırmalarda, kronik hastalığa sahip kişilerde ve toplum sağlığı incelemelerinde kullanılmaktadır. SF-36 geliştirildiğinden bu yana 500'ün üzerinde çalışmada, hemen her hasta grubunda kullanılmıştır. Bu avantajları yanında ölçeğin uyku, seksüel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesi dezavantajıdır.

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği kendini değerlendirme ölçeğidir, 36 sorudan ve sekiz alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/ hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak Fiziksel ve Mental Sağlık Özet Skoru elde edilir. Toplam puan

hesaplaması söz konusu değildir. Elde edilen özet skorlar ve alt ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. Sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır (Ek III' de gösterilmektedir) (66).

1. Alt bileşen skorların hesaplanması,
2. Alt bileşenlerin Z skor standardizasyonu,
3. Alt bileşenlerin ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet

skorlarının elde edilmesidir.

Fiziksel sağlık özet skorunun elde edilmesinde fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ağırlıklı iken, mental sağlık özet skorunun elde edilmesinde mental rol ve mental işlev ağırlıktadır. Genel sağlık algısı, yaşamsallık ve sosyal işlev her iki özet skora benzer katkı sağlamaktadır. İkinci soru son 12 ayda sağlıkta olan değişim algısını içerdiği için değerlendirmede yer almamıştır.

Şekil 9: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Soruları, Bileşenleri ve Alt Ölçekleri

YAŞAM KALİTESİ BİLEŞENLERİ	ALT ÖLÇEKLER	SORU NUMARALARI	MİN- MAX
Fiziksel Sağlık	Fiziksel İşlev	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	0- 100
	Ağrı	7, 8	0- 100
	Fiziksel Rol	4a, 4b, 4c, 4d	0- 100
	Genel Sağlık Algısı	1, 11a, 11b, 11c, 11d	0- 100
Mental Sağlık	Mental İşlev	9b, 9c, 9d, 9f, 9h	0- 100
	Yaşamsallık	9a, 9e, 9g, 9i	0- 100
	Sosyal İşlev	6, 10	0- 100
	Mental Rol	5a, 5b, 5c	0- 100

Şekil 10: SF- 36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri

SF- 36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	Soru Sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel İşlev	10	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
Fiziksel Rol	4	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Ağrı	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı	5	Sağlığının kötü olduğuna ve daha kötüye gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Mental İşlev	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Sosyal İşlev	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da günlük etkinliklerde sorunlar

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Pınar tarafından 1995 yılında, 50 kardiyoloji, 50 hemodiyaliz ve 80 diyabetes mellitus hastası üzerinde yapılmıştır. Buna göre; hasta grupları dikkate alınmaksızın ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .94, iç tutarlılığı ifade eden Cronbach's Alpha değeri .92 bulunmuştur (57). Bozdemir tarafından, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılan çalışmada Cronbach's Alpha değeri Fiziksel Sağlık için 0.86, Mental Sağlık için 0.84 olarak saptanmıştır (67). Bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri Fiziksel Sağlık için 0.91, Mental Sağlık için 0.92 olarak saptanmıştır (Şekil 10).

Şekil 11: SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanılarak Yapılmış Olan Çalışmalar

Ölçeği Uygulayan Kişiler	Uygulandığı Yıl	Örneklem	Cronbach Alpha Değeri
Pınar R	1995	50 kardiyoloji, 50 hemodiyaliz ve 80 diyabetes mellitus hastası	0.92
Bozdemir H	2006	Karaciğer transplantasyonu uygulanan 50 hasta	Fiziksel Sağlık: 0.86 Mental Sağlık: 0.84
Egelioglu N	2007	Kemoterapi alan 160 kanser hastası	Fiziksel Sağlık: 0.91 Mental Sağlık: 0.92

3. 4. 2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları, hastane yönetiminden gerekli izinler alınarak, 1 Nisan 2006 – 31 Aralık 2006 tarihleri arasında, tedavi almak için gelen hastalara, araştırmacının kendisi tarafından karşılıklı görüşme yoluyla uygulanmıştır.

Araştırmacı tarafından hastaların dosyaları incelendikten sonra örneklem kriterlerine uygun olanlar ile görüşmeler yapılmıştır. Dosya bilgilerine göre, depresyon tanısı almamış hastaların depresyon belirtileri gösterip göstermediği araştırmacı tarafından DSM- IV Majör Depresyon Tanı Ölçütleri (Ek IV) kullanılarak değerlendirilmiştir (68). Depresyon tanısı alan veya belirtilerini gösteren hastalar araştırmanın örnekleme alınmamıştır.

3. 4. 3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 11.0 (Statistical Package For Social Science) yazılım programında analiz edilmiştir. Hastaların yaş ortalamaları ve yaşam kalitesi puan

ortalamları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi; cinsiyet, klinik evre, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi, kür sayısı, ek hastalık durumu, sosyal desteklerin varlığı ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek için t testi, Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır (69, 70).

3. 5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları olup, bağımsız değişkeni cinsiyet ve yaş, klinik evre, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi, kür sayısı, ek hastalık durumu, sosyal desteklerin varlığıdır.

4. BULGULAR

4. 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo- Demografik Özellikler	Kadın		Erkek	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde(%)
Yaş				
18-29	7	8.8	4	5.0
30-39	16	20.0	12	15.0
40-49	36	45.0	26	32.5
50 yaş ve üstü	21	26.2	38	47.5
Eğitim Durumu				
İlköğretim ve altı	43	53.7	42	52.5
Lise	24	30.0	27	33.8
Üniversite	13	16.3	11	13.7
Medeni Durum				
Evli	58	72.5	61	76.2
Bekar	22	27.5	19	23.8
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	10	12.5	11	13.7
Çalışmıyor	70	87.5	69	86.3
Ekonomik Durum				
İyi	9	11.3	14	17.5
Orta	61	76.2	58	72.5
Kötü	10	12.5	8	10.0
Aile Tipi				
Çekirdek aile	65	81.3	69	86.3
Geniş aile	7	8.7	5	6.2
Yalnız yaşıyorum	8	10	6	7.5
TOPLAM	80	100	80	100

Tablo 2: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikleri

Tanıtıcı Bilgiler	Kadın		Erkek	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde(%)
Tanı				
Serviks	18	22.5	-	
Endometrium	21	26.3	-	
Over	19	23.7	-	
Meme	22	27.5	-	
Testis	-		38	47.5
Prostat	-		42	52.5
Hastalığın Evresi				
Evre I	13	16.3	23	28.8
Evre II	35	43.7	30	37.5
Evre III	32	40.0	27	33.7
Ek Hastalık				
Var	12	15	17	21.2
Yok	68	85	63	78.8
Sosyal Desteklerin Varlığı				
Var	71	88.7	69	86.3
Yok	9	11.3	11	13.7
Kür sayısı				
3. kür	25	31.3	23	28.8
4. kür	21	26.2	26	32.5
5. kür	34	42.5	31	38.7
TOPLAM	80	100	80	100

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde kadınların yaş ortalamaları 44.46 ± 9.66 erkeklerin 48.01 ± 10.41' dir. Kadınların %27.5' i meme kanseri, %43.7' si evre II, %53.7' si ilköğretim ve altı mezunu, %72.5' i evli, %87.5' i çalışmıyor, %76.2' sinin ekonomik durumu orta düzeyde, %81.3' ü çekirdek aileye sahip, %85' inin ek hastalığı yok, %88.7' si sosyal desteğe sahip ve %42.5' i 5. kür kemoterapi alan hastalardır. Erkeklerin ise %52.5'i prostat kanseri, %37.5' i evre II, %52.5' i ilköğretim ve altı mezunu, %76.2' si evli, %86.3' ü çalışmıyor, %72.5' inin ekonomik durumu orta düzeyde, %86.3' ü çekirdek aileye sahip, %78.8' inin ek hastalığı yok, %86.3' ü sosyal desteğe sahip ve %38.7' si 5. kür kemoterapisini almak için gelen hastalardır (Tablo1, Tablo 2).

4. 2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi

Tablo 3: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Bileşenleri	Cinsiyet		t	p
	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)		
	x sd	x sd		
Fiziksel Sağlık	47.24 10.97	41.89 11.62	2.99	0.003**
Mental Sağlık	40.41 7.97	37.19 8.09	2.53	0.012*

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması kadınlarda 47.24 10.97, erkeklerde 41.89 11.62 olarak bulunmuştur. Kadınların mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.41 7.97; erkeklerin 37.19 8.09 olarak bulunmuştur.

Kadınların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p <0.05, p<0.01).

Tablo 4: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ALT ÖLÇEKLERİ	Cinsiyet		t	p
	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)		
	x sd	x sd		
Fiziksel İşlev	58.87 25.09	49.56 23.98	2.39	0.018*
Fiziksel Rol	48.12 41.19	33.12 39.53	2.34	0.020*
Ağrı	59.70 19.12	50.91 20.14	2.83	0.005**
Genel Sağlık Algısı	59.66 18.60	50.23 19.34	3.14	0.002**
Yaşamsallık	50.62 18.26	43.31 19.72	2.43	0.016*
Sosyal İşlev	77.21 18.60	69.81 20.17	2.41	0.017*
Mental Rol	65.00 44.65	47.50 47.66	2.39	0.018*
Mental İşlev	62.95 25.74	50.90 25.03	3.00	0.003**

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Kadınların yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları; fiziksel işlev 58.87 25.09, fiziksel rol 48.12 41.19, ağrı 59.70 19.12, genel sağlık algısı 59.66 18.60, yaşamsallık 50.62 18.26, sosyal işlev 77.21 18.60, mental rol 65.00 44.65, mental işlev 62.95 25.74 olarak saptanmıştır.

Erkeklerin puan ortalamaları; fiziksel işlev 49.56 28.98, fiziksel rol 33.12 39.53, ağrı 50.91 20.14, genel sağlık algısı 50.23 19.34, yaşamsallık 43.31 19.72, sosyal işlev 69.81 20.17, mental rol 47.50 47.66, mental işlev 50.90 25.03 olarak saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlar tüm alt ölçeklerden erkeklere göre daha yüksek puanlar almışlardır. Bu puan farklarının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

4.3. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

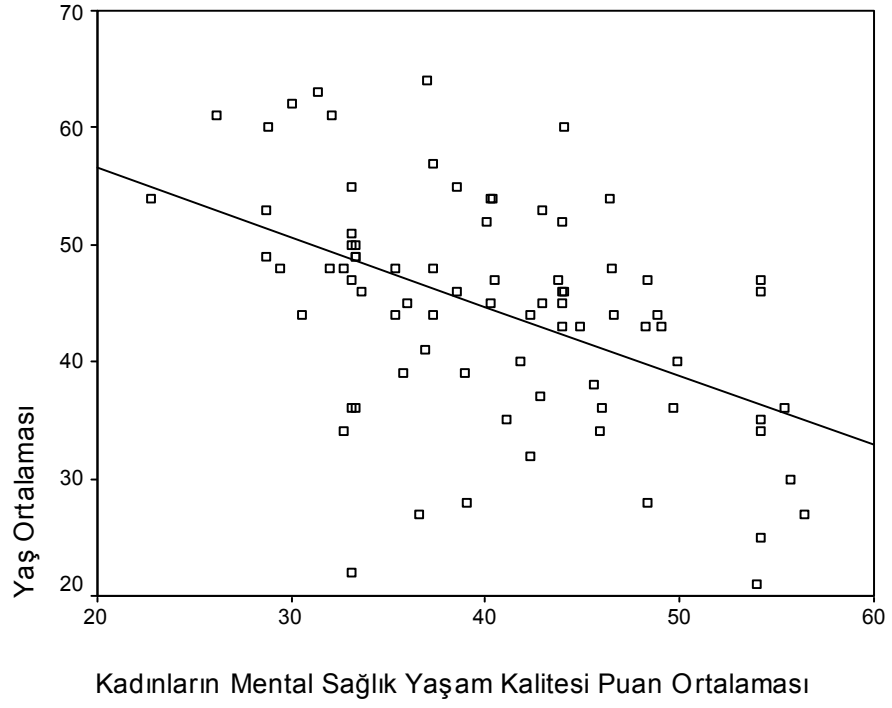
Tablo 5: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Yaş Ortalamalarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Bileşenleri	Yaş Ortalamaları	
	Kadın (n= 80) (X= 44.46)	Erkek (n= 80) (X= 48.01)
Fiziksel Sağlık	r= - 0.27 p= 0.015*	r= - 0.31 p= 0.005**
Mental Sağlık	r= - 0.48 p= 0.000**	r= - 0.35 p= 0.001**

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Tablo 5’ de araştırma kapsamına alınan kadın ve erkek hastaların yaş ortalamalarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda kadınların yaş ortalamaları (x= 44.46) ile fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması (x= 47.24) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki (r= -0.27) saptanmıştır. Kadınların yaş ortalamaları ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması (x= 40.41) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki (r= -0.48) saptanmıştır. Buna göre tanımlayıcılık katsayısı R= 0.23’ dür. Elde edilen sonuca göre; mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının düşmesi kadınların %23’ ünde yaşın ilerlemesi ile tanımlanmaktadır.

Erkeklerin yaş ortalamaları (x= 48.01) ve fiziksel sağlık puan ortalaması (x= 41.89) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki (r= - 0.31), yaş ortalaması ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması (x= 37.19) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki (r= - 0.35) saptanmıştır. Buna göre çalışma kapsamına alınan hem kadın hem de erkek hastalarda yaş ilerledikçe fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmektedir.



Şekil -12: Araştırma Kapsamına Alınan Kadın Hastaların Yaş Ortalamaları ile Mental Sağlık Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Tablo 6: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Eğitim Durumu	Fiziksel Sağlık				Mental Sağlık			
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)		U/ t/ p	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
İlköğretim ve altı	43	47.91 (11.00)	42	40.76 (11.15)	t: 2.97 p: 0.004**	39.78 (8.02)	35.62 (8.45)	t: 2.32 p: 0.023*
Lise	24	46.04 (11.71)	27	41.25 (11.20)	U: 241.0 p: 0.117	41.00 (8.17)	37.52 (7.04)	U: 252.0 p: 0.174
Üniversite	13	47.22 (10.30)	11	47.79 (13.62)	U: 70.5 p: 0.954	41.37 (7.88)	42.36 (7.46)	U: 67.5 p: 0.817
KW	0.46		2.52			0.25	5.54	
p	0.793		0.283			0.879	0.063	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.91 11.00, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 39.78 8.02; ilköğretim ve altı eğitimi olan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.76 11.15, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 35.62 8.45 olarak saptanmıştır.

Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları ilköğretim ve altı olan erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Eğitim düzeyi lise ve üniversite olan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 7: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Klinik Evrelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Klinik Evre	Fiziksel Sağlık				U/ t/ p	Mental Sağlık		U/ t/ p
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)			Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
Evre I	13	48.39 (11.23)	23	45.95 (11.24)	U: 127.0 p: 0.459	43.57 (8.07)	38.20 (7.55)	U: 96.0 p: 0.078
Evre II	35	47.55 (11.71)	30	38.03 (9.43)	t: 3.57 p: 0.001**	40.07 (8.31)	35.47 (8.16)	t: 2.24 p: 0.029*
Evre III	32	46.43 (10.30)	27	42.73 (13.10)	U: 350.5 p: 0.215	39.48 (7.46)	38.24 (8.43)	U: 400.5 p: 0.632
KW	0.39		5.78			2.54	2.16	
p	0.822		0.055			0.280	0.338	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan evre II kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.55 11.71, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.07 8.31; evre II erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 38.03 9.43, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 35.47 8.16 olarak saptanmıştır.

Evre II kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evre II erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Evre I ve evre III kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 8: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Fiziksel Sağlık				Mental Sağlık			
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)		U/ t/ p	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
Evli	58	48.43 (11.24)	61	41.93 (11.90)	t: 3.06 p: 0.003**	40.77 (8.08)	37.46 (8.64)	t: 2.15 p: 0.033*
Bekar	22	44.09 (9.76)	19	41.77 (10.97)	U: 177.5 p: 0.410	39.44 (7.77)	36.32 (6.11)	U: 155.5 p: 0.162
U	492.5		570.0			578.5	524.0	
p	0.117		0.914			0.521	0.530	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan evli kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 48.43 11.24, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.77 8.08; evli erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 41.93 11.90, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 37.46 8.64 olarak saptanmıştır.

Evli kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evli erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Bekar kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 9: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Çalışma Durumu	Fiziksel Sağlık				Mental Sağlık			
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)		U/ t/ p	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
Çalışıyor	10	48.11 (11.32)	11	42.12 (9.98)	U: 35.0 p: 0.159	44.98 (7.34)	40.04 (8.13)	U: 36.0 p: 0.181
Çalışmıyor	70	47.11 (11.00)	69	41.86 (11.92)	t: 2.70 p: 0.008**	39.75 (7.89)	36.73 (8.05)	t: 2.23 p: 0.027*
U	336.5		365.5			223.5	293.5	
p	0.844		0.845			0.066	0.230	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan çalışmayan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.11 11.00, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 39.75 7.89; çalışmayan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 41.86 11.92, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 36.73 8.05 olarak saptanmıştır.

Çalışmayan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, çalışmayan kadın hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Çalışan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 10: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Ekonomik Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Ekonomik Durum	Fiziksel Sağlık				Mental Sağlık			
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)		U/ t/ p	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
İyi	9	48.63 (13.92)	14	41.28 (12.05)	U: 45.0 p: 0.257	42.52 (7.63)	35.83 (7.50)	U: 36.0 p: 0.089
Orta	61	47.26 (10.73)	58	42.36 (11.84)	t:2.37 p: 0.019*	40.89 (8.12)	37.99 (8.00)	t: 1.96 p: 0.052
Kötü	10	45.84 (10.58)	8	39.61 (10.23)	U: 23.5 p: 0.142	35.52 (5.85)	33.80 (9.59)	U: 34.5 p: 0.625
KW	0.29		0.21			5.03	1.73	
p	0.863		0.896			0.081	0.419	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan ekonomik durumu orta olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.26 10.73, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.89 8.12; ekonomik durumu orta olan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 42.36 11.84, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 37.99 8.00 olarak saptanmıştır.

Ekonomik durumu orta olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, ekonomik durumu orta olan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Ekonomik durumu kötü ve iyi olan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 11: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Aile Tiplerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Aile Tipi	Fiziksel Sağlık				U/ t/ p	Mental Sağlık		
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)			Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
Çekirdek Aile	65	47.59 (10.87)	69	42.19 (11.74)	t: 2.75 p: 0.007**	40.59 (8.20)	37.39 (8.08)	t: 2.27 p: 0.024*
Geniş Aile	7	49.24 (12.77)	5	40.05 (13.57)	U: 12.0 p: 0.372	40.74 (9.24)	35.51 (12.09)	U: 11.0 p: 0.291
Yalnız Yaşayanlar	8	42.67 (10.43)	6	40.04 (10.18)	U: 21.0 p: 0.699	38.60 (5.06)	36.34 (5.12)	U: 16.0 p: 0.302
KW	1.82		0.50			0.36	0.80	
p	0.402		0.778			0.833	0.669	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan çekirdek aile yapısına sahip olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.59 10.87, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.59 8.20; çekirdek aile yapısına sahip olan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 42.19 11.74, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 37.39 8.08 olarak saptanmıştır.

Çekirdek aile yapısına sahip kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, çekirdek aile yapısına sahip erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Geniş aile yapısına sahip olan ve yalnız yaşayan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 12: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Kür Sayılarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Kür Sayısı	Fiziksel Sağlık				Mental Sağlık			
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)		U/ t/ p	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
3. kür	25	49.39 (11.17)	23	44.45 (13.24)	U: 230.5 p: 0.239	40.80 (8.09)	37.67 (8.20)	U: 230.5 p: 0.239
4. kür	21	44.54 (11.27)	26	43.36 (11.72)	U: 247.5 p: 0.585	39.48 (8.64)	38.08 (8.06)	U: 266.5 p: 0.889
5. kür	34	47.32 (10.59)	31	38.77 (9.77)	t: 3.37 p: 0.001**	40.69 (7.43)	36.09 (8.18)	t: 2.37 p: 0.021*
KW	2.37		2.79			0.51	1.28	
p	0.305		0.247			0.774	0.527	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan 5. kür tedavisini alan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.32 10.59, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.69 7.43; 5. kür tedavisini alan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 38.77 9.77, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 36.09 8.18 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan 5. kür kemoterapi alan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, 5. kür kemoterapi alan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Araştırma kapsamına alınan 3. ve 4. kür kemoterapi alan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 13: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Ek Hastalık Durumlarına Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Ek Hastalık Durumu	Fiziksel Sağlık				Mental Sağlık			
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)		U/ t/ p	Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	U/ t/ p
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
Var***	12	41.47 (7.15)	17	37.17 (10.32)	U: 64.5 p: 0.097	36.51 (5.67)	33.49 (7.98)	U: 69.5 p: 0.150
Yok	68	48.26 (11.25)	63	43.17 (11.69)	t: 2.53 p: 0.012*	41.09 (8.15)	38.19 (7.89)	t: 2.06 p: 0.041*
U	262.0		368.5			264.0	337.5	
p	0.049		0.049			0.052	0.020	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

(***Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları vs.)

Araştırma kapsamına alınan ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 48.26 11.25, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 41.09 8.15; ek hastalığı olmayan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 43.17 11.69, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 38.19 7.89 olarak saptanmıştır.

Ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, ek hastalığı olmayan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Ek hastalığı olan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 14: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Sosyal Desteklerinin Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Sosyal Desteklerin Varlığı	Fiziksel Sağlık				U/ t/ p	Mental Sağlık		U/ t/ p
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)			Kadın (n= 80)	Erkek (n= 80)	
	n	x (sd)	n	x (sd)		x (sd)	x (sd)	
Var	72	47.68 (10.96)	69	41.93 (11.41)	t: 3.05 p: 0.003**	40.66 (8.17)	37.42 (7.76)	t: 2.40 p: 0.017*
Yok	8	43.29 (10.90)	11	41.681 (3.47)	U: 40.0 p: 0.741	38.16 (5.85)	35.75 (10.25)	U: 33.0 p: 0.364
U	226.0		356.5			244.0	310.5	
p	0.320		0.748			0.480	0.335	

(*p<0.05: istatistiksel olarak anlamlı fark, **p<0.01: istatistiksel olarak anlamlı fark)

Araştırma kapsamına alınan sosyal desteğe sahip olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.68 10.96, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.66 8.17; sosyal desteğe sahip olan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 41.93 11.41, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 37.42 7.76 olarak saptanmıştır.

Sosyal desteğe sahip olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, sosyal desteğe sahip olan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01, p<0.05).

Sosyal desteğe sahip olmayan kadın ve erkek hastaların ise fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

5. TARTIŞMA

5. 1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi

Genital organ veya meme kanseri tanısı alan kadınlar ile genital organ kanseri tanısı alan erkeklerin yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bu çalışmada kadınların fiziksel (47.24 10.97) ve mental (40.41 7.97) sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, erkeklere (41.89 11.62, 37.19 8.09) göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Kadınların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları tüm alanlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Farklı kültürlerde, cinsiyete göre yaşam kalitesi farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan bazı çalışmalarda hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Norveç' te Saegrov tarafından kanser tipi ayırt edilmeden, 44' ü kadın 42' si erkek toplam 86 kanser hastası ile SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmaya katılan meme kanseri tanısı alan kadın ve prostat kanseri tanısı alan erkek hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol ve yaşamsallık alt ölçeklerinden diğer kanser gruplarına göre daha düşük skorlar aldıkları bulunmuştur (60). Gremiel ve ark. tarafından kanser tipi ayırt edilmeksizin, cinsiyete göre (162 kadın, 65 erkek) yaşam kalitesi farklılıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadın ve erkek hastaların fiziksel sağlık, emosyonel sağlık ve performans durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (62). Samsun' da Kızılcı tarafından 55' i kadın, 45' i erkek toplam 100 Türk hasta ile kanser tipi ayırt edilmeksizin yapılan çalışmada, hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan bu çalışmada kadınlar fiziksel aktivite, iştah, sosyal ilişkiler ve seksüel fonksiyon alt skalalarından erkeklere göre daha yüksek puanlar almışlardır (4).

SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak, benzer örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda elde edilen puan ortalamaları bu çalışmaya katılan kadın hastaların puan

ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Conde ve ark. tarafından Brezilyalı 75 meme kanseri kadının yaşam kalitesini incelemek amacıyla SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.1 ± 9.6, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 46.7 ± 12.6 olarak bulunmuştur (50). Wenzel ve ark. tarafından 51 servikal kanserli kadının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada fiziksel sağlık özet skoru 53.0 ± 1.34, mental sağlık özet skoru 48.4 ± 1.64 olarak bulunmuştur (64).

Aynı tip kanser tanısı alan hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Rustoen ve ark. tarafından yeni tanı alan kanser hastaları ile yapılan çalışmada kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Kansere ek olarak klimakterik problemlerin ortaya çıkması, kadınların psikolojik ve psikosomatik şikayetlerinin, depresif duygularının ve mental hastalıklarının erkeklerden daha fazla olması bu farkın nedeni olarak gösterilmiştir (16). Schmidt ve ark. tarafından rektal kanserli (185 erkek, 183 kadın) hastaların yaşam kalitesinde cinsiyet farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, fiziksel fonksiyon alanında erkeklerin yaşam kalitesi puanı kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (61). Türkiye’ de Ünsal ve ark. tarafından 102 (50’ si kadın, 52’ si erkek) rektal kanserli hasta ile yapılan çalışmada, kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların emosyonel ve seksüel fonksiyon alanında erkek hastalardan daha düşük puanlar aldıkları ve bu sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (71).

Genital organ kanseri tanısı alan kadın ve erkek hastalarla, farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda hastalar bazı yaşam kalitesi alanlarından düşük puanlar almışlardır. Gremiel ve ark. tarafından genital organ veya meme kanseri tanısı alan 248 kadının yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, hastaların fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon ve sosyal fonksiyon skorları düşük bulunmuştur (15). Li ve ark. tarafından 119 endometrial kanser tanısı almış kadın ve 100 sağlıklı kadının yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Endometrial kanser tanısı alan ve kemoterapi tedavisi gören kadınların puan ortalamaları yaşam kalitesinin tüm alanlarında düşük bulunmuştur (46). Türkiye’ de Reis tarafından jinekolojik kanser tanısı alan 100 kadın hasta ile yapılan çalışmada, hastaların en düşük puanları psikolojik iyilik hali alt boyutundan aldıkları

bulunmuştur (6). Jakobsson ve ark. tarafından prostat kanserli erkekler ile yapılan çalışmada hastalar yaşam kalitesi skorundan 100 puan üzerinden 58.5 almışlardır (51, 52).

Sağlık araştırmaları çok uzun bir süre biyolojik fonksiyonlar açısından erkeği norm olarak almış ve kadını bu biyolojik standartlarla karşılaştırmıştır. Bu dönemde yapılan epidemiyolojik araştırmalar ve klinik çalışmalara yeterli sayıda kadın dahil edilmemiş ya da kadınlar tamamen bu çalışmaların dışında bırakılmış, elde edilen sonuçlar da tüm cinslere genellenmiş, uygulanacak tedavi ve girişimler bu sonuçlara göre planlanmıştır. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar, kadın ve erkek arasında üreme dışında da önemli biyolojik farklılıkların olduğunu göstermektedir. Bu farklılıklar ülkeden, kültürden, yaşanılan dönemden de etkilenmektedir.

Farklı kültürlerde yapılan cinsiyet, kanser ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesinin düşük olduğu boyutların emosyonel, cinsellik ve sosyal fonksiyon alanları olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ise literatürün tersine kadınlarda yaşam kalitesi ve alt boyutlardan elde edilen puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, Türkiye’ de kadının yaşam kalitesinin cinsiyet rolü ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Türk toplumunun ataerkil yapısı nedeniyle, kadınlar sürekli olarak ev işlerini yapan, şikayet etmeyen, eşine her koşulda destek olan, tüm güçlüklerle baş etmek ve ne olursa olsun “kadınlık” görevlerini yerine getirmek zorunda olan kişidir. Toplum tarafından yüklenen bu rolleri kabul eden kadın kanser gibi kronik ve ölümcül bir hastalıkta da güçlü olabilmekte, tüm sorumluluklarını imkanları doğrultusunda yerine getirmeye devam etmektedir. Bu çalışmada örneklem grubunun, toplumun kültürel yapısını temsil ettiği düşünülen kadınlardan oluşturulması nedeniyle, kadınlarda yaşam kalitesinin tüm alanlarında erkeklerden daha iyi sonuçlar elde edilmiştir.

5. 2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

5. 2. 1. Yaş ve Yaşam Kalitesi

Araştırma kapsamına alınan kadın ve erkek hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarını incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda kadınların yaş ortalaması ($x= 44.46$) ile fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ($x= 47.24$) arasında

negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.27$) olduğu, erkeklerin yaş ortalaması ($x = 48.01$) ile fiziksel sağlık puan ortalaması ($x = 41.89$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.31$) olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Kadınların yaş ortalaması ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ($x = 40.41$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.48$) olduğu, erkeklerin yaş ortalaması ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ($x = 37.19$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.35$) olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre cinsiyet farkı olmaksızın yaş ilerledikçe fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması düşmektedir, ancak kadınlarda mental sağlık boyutunda bu ilişkinin daha güçlü olduğu görülmektedir, bu sonuç da literatür ile uyumludur (Tablo 5).

Bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması ($x = 44.46$) ile benzer yaş ortalamasına ve benzer örneklem grubuna sahip hastalarla, farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda yaşın hastaların yaşam kalitesini farklı şekillerde etkilediğine ilişkin değişik sonuçlar elde edilmiştir. Zhao ve ark. tarafından Çin'deki jinekolojik kanserli kadın hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, bu çalışmada olduğu gibi yaşlı hastaların (>60) fiziksel işlev alt ölçeğinden genç hastalara (<40) göre anlamlı olarak daha düşük puanlar aldıkları bulunmuştur (63). Ferrel ve ark. tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmanın tersine over kanserli genç kadınlarda (<45) yaşam kalitesi puan ortalamaları yaşlı kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (65). Ülkemizde Reis tarafından jinekolojik kanser tanısı alan kadın hastalarla yapılan çalışmada, bu çalışmanın tersine 50 yaş ve üzerinde olan kadın hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halinin 50 yaş ve altındaki hastalara göre daha iyi olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (11).

Rustoen ve ark. tarafından yeni tanı alan kanser hastaları ile yapılan çalışmada genç hastalarda (<55) yaşam kalitesi puan ortalamalarının yaşlı hastalara (>55) göre daha yüksek olduğu, fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (16). Conde ve ark. tarafından meme kanseri tanısı alan kadınlarla yapılan çalışmada 49 yaş altındaki kadınlarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının 50 yaş üstündeki kadınlara göre daha yüksek olduğu; 60 yaşın üstündeki kadınlarda mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının 60 yaşın altındaki kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuş, fakat bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (50).

Gremiel ve ark. tarafından genital organ veya meme kanseri tanısı almış kadınlarla yapılan çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (15).

Tüm popülasyonda artan yaş ile birlikte hastaların fiziksel fonksiyonları kısıtlanmakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlikleri artmaktadır. Türk toplumunda kadın kaç yaşında olursa olsun evdeki sorumluluklarını yerine getirmek eşine, çocuklarına hizmet etmek zorundadır. Normal yaşamda kadına bağımlı olan erkek, hastalık durumunda da kendi bakım ve sorumluluklarını yerine getirememektedir. Kanser hastası olan kadın artan yaşına rağmen kadınlık rolünün gereklerini yerine getirmeye devam etmekte, yaşam kalitesi de bu durumdan olumsuz yönde etkilenmemektedir. Hem hastalık hem de yaşla birlikte bağımlılığı artan erkeğin fiziksel ve mental sağlık alanında yaşam kalitesi düşmektedir. Erkeklerde böyle olması da yine kadının rolü gereği erkeğin tüm bakımını üstlenmesi ve erkeği bağımlı yapması ile ilişkili olabilir. Bütün bunlara ek olarak yaşın ilerlemesiyle birlikte ekonomik sorunların ve fiziksel sınırlılıkların artması buna karşın sosyal desteklerin azalması ve yalnızlık fiziksel ve mental sağlığı olumsuz etkileyen nedenler arasındadır. Literatür ile uyumlu olan bu çalışmanın sonuçlarına göre de yaş ilerledikçe fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmekte, erkekler kadınlara göre bu durumdan daha fazla etkilenmektedir.

5. 2. 2. Eğitim Durumu ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, aynı düzeydeki erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 6).

Uzun ve ark. tarafından Türkiye'deki 72 meme kanserli kadın hasta ile Yaşam Kalitesi Skalası ve Visüel Analog Skala kullanılarak yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (49).

Çin' de Zhao ve ark. tarafından 191 jinekolojik kanser tanısı alan kadın hasta ile yapılan çalışmada, eğitim seviyesi yüksek hastalarda eğitim seviyesi düşük hastalara göre fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve rol fonksiyon alt skala puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (63).

Reis' in jinekolojik kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada da eğitim düzeyleri farklı olan grupların yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (11).

Literatürde eğitim düzeyi ile ilişkili veya ilişkisiz sonuçlar bulunmaktadır. Anlamlı ilişkilerin nedeni, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların maddi olanaklarının daha iyi olacağı, sağlık ekibi ile daha iyi iletişim kurabileceği, bilinçli baş etme mekanizmaları geliştirebileceği, sosyal durumlarının daha iyi olacağı, sosyal destek sistemlerinin artacağı ve tedavi sürecine daha kolay uyum sağlayabileceği olarak tartışılmaktadır. Bu çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da erkek hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı sonucu elde edilmiştir.

Bu çalışmaya katılan ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kadınlarda fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olmasının, ülkemizdeki kadınların erkeklerin tersine kaderci olması, sorgulayıcı olmaması ve bilgi edinme ihtiyacının olmaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5. 2. 3. Klinik Evre ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan evre II kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evre II erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 7).

Gremiel ve ark. tarafından yapılan çalışmada evre I ve II hasta grubunda fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon ve toplam yaşam kalitesi skorları evre III ve IV' deki hastalara göre daha yüksek, emosyonel fonksiyon skorları evre III ve IV' deki hastalarda evre I ve II' deki hastalara göre daha yüksektir. Aynı çalışmada hastalığın evresi ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (62). Ferrel ve ark. tarafından yapılan çalışmada evre I ve II over kanseri kadın hastaların, yaşam kalitesi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (65). Zhao ve ark. nın jinekolojik kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada metastatik hastalarda emosyonel, bilişsel ve sosyal fonksiyon alt skala puanlarının metastatik olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (63). Uzun ve ark. tarafından Türkiye'deki meme kanserli kadınların yaşam kalitelerini incelemek amacıyla

yapılan çalışmada evre I olan hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (49).

Conde ve ark. tarafından meme kanseri tanısı alan kadın hastalarla, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, evre I ve evre III meme kanseri olan kadınlarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları evre II olan kadınlara göre daha yüksek, evre II meme kanseri olan kadınlarda mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları evre I ve evre III olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuş, fakat bu puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (50).

Lutgendorf ve ark. nın çalışmasında jinekolojik kanserli kadınların klinik evrelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (59). Bradley ve ark. tarafından servikal ve endometrial kanser tanısı alan kadınlar ile yapılan çalışmada (72) ve Reis' in jinekolojik kanserli kadınlar ile yaptığı çalışmada farklı evrelerde bulunan hastaların yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (11).

Bu çalışma sonuçlarına göre ise tüm evrelerde kadınlar erkeklerden daha yüksek puanlar almışlar, evre II hastalarda kadın ve erkek hastalar arasındaki bu puan farkı fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi alanında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çünkü kadın, hasta olmasına rağmen kişisel bakım gereksinimlerini yerine getirmeye devam etmekte, erkek ise kendi bakım gereksinimlerini başkalarının karşılmasını istemektedir. Erken evre (evre I, II) kanser hastalarında hastalığın neden olduğu semptomlar daha az görülmekte hastanın fiziksel aktiviteleri, günlük yaşam aktiviteleri dolayısıyla yaşam kalitesi daha az etkilenmektedir. Fiziksel sağlık puanı daha yüksek olan evre II deki kadın cinsiyet rollerini de daha iyi yerine getirebilmekte, bu nedenle daha doyumlu olmakta, dolaylı olarak mental sağlık da olumlu yönde etkilenmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı bu çalışmada evre II kadın ve erkekler arasındaki yaşam kalitesi puan ortalamaları farkının toplumun kültürel yapısından, kadın ve erkeğe yüklenen rollerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5. 2. 4. Medeni Durum ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan evli kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evli erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Ferrel ve ark. nın çalışmasında evli olan over kanserli kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları yalnız/ bekar yaşayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (65). Reis' in jinekolojik kanserli kadınlarla yaptığı çalışmada, yaşam kalitesinin bekar hastalarda daha kötü olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (11).

Conde ve ark. tarafından meme kanseri tanısı alan kadınlarla yapılan çalışmada evli hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının bekar hastalardan daha düşük olduğu ve bu sonucun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (50). Uzun ve ark. tarafından Türkiye'deki meme kanserli kadınların yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada bekar hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (49).

Zhao ve ark. nın çalışmasında da jinekolojik kanserli kadın hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (63).

Türk toplumunun kültürel özellikleri nedeni ile hasta ya da sağlıklı, evli ya da bekar, erkeklerin bakımları aile içindeki kadın bakıcılar (anne/ kız kardeş/ eş gibi) tarafından yerine getirilmektedir. Hastalık durumunda, erkekler günlük yaşam aktivitelerini, kişisel bakım gereksinimlerini bir başkasının yerine getirmesini beklemekte, bağımlılık düzeyleri artmaktadır. Aynı durumdaki evli kadın ise kadınlık rolü ve evliliğinin gerekleri olarak çocuk bakımı, ev işleri vs gibi aile içinde üstlenmiş olduğu görevleri yerine getirmeye devam etmektedir. Bu durumda normal günlük aktivitelerini yerine getiren kadın sorumluluklarını yerine getirmekten mutlu olmakta, kendini güçlü hissetmekte ve yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir. Bu çalışmada da evli olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları, evli olan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

5. 2. 5. Çalışma Durumu ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan çalışmayan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, çalışmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 9).

Reis' in yaptığı çalışmada da çalışan ve çalışmayan hasta grupları arasında yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır (11).

Çalışma yaşamı, hastalık ve tedaviden kaynaklanan kayıpların giderilmesinde tampon görevi yaparak, hastaların benlik saygısını yeniden kazanmasında önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Bu durum hastayı enerjik tutarak ve ilave bir sosyal destek sağlayarak, yaşamının daha doyumlulu ve daha anlamlı geçmesine katkıda bulunmaktadır.

Türk toplumunda ailenin bakımından, ihtiyaçlarının karşılanmasından ve para kazanma işinden genellikle erkekler sorumludur. Hastalık durumunda çalışmayan ekonomik olarak bağımlı hale gelen erkekler, erkeklik rolünü yerine getiremediğini düşünmekte, ailesinin ihtiyaçlarını karşılayamamakta ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Türk toplumunun kültürel yapısı ile uyumlu olarak, bu çalışmada da çalışmayan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları çalışmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarından daha düşüktür, bu durumda yine erkeğin cinsiyet rolü ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5. 2. 6. Ekonomik Durum ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan ekonomik durumu orta olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, ekonomik durumu orta olan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$)(Tablo 10).

Reis' in jinekolojik kanserli kadın hastalar ile yaptığı çalışmasında ekonomik durum ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (11).

ABD' de Ferrel ve ark. nın çalışmasında ekonomik durumu iyi olan over kanserli kadın hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamaları ekonomik durumu kötü olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (65).

Bu çalışmada ekonomik durumu orta olan kadının yaşam kalitesinin aynı durumdaki erkeğe göre daha yüksek olmasının nedeninin, Türk toplumunda kadının her koşulda iyimser olması ve kültürel faktörlerden dolayı ekonomik sorunlarla baş edebilme yeteneğinin daha fazla olması olarak düşünülmektedir.

5. 2. 7. Aile Tipi ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan çekirdek aile yapısına sahip kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, çekirdek aile yapısına sahip erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 11).

Rustoen ve ark. tarafından yeni tanı alan kanser hastalarının (99 kadın, 32 erkek) yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada hem kadın hem de erkek yalnız yaşayan hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer hastalara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (16). Bradley ve ark. tarafından servikal ve endometrial kanser hastası kadınlar ile yapılan çalışmada yalnız yaşayan hastalarda yaşam kalitesi puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu ve bu hastalarda mental sağlık sorunlarının daha fazla görüldüğü sonucu elde edilmiştir (72).

Reis tarafından jinekolojik kanserli kadınlarla yapılan çalışmada yaşam kalitesi ile aile tipi arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların geniş aile yapısına sahip olanlara kıyasla sosyal iyilik halinin daha iyi olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (11).

Çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların sosyal desteklerinin artması yaşam kalitelerinin tüm alanlarını olumlu yönde etkilemektedir. Hastalıkla baş etmede ailesel desteği daha çok kullanan kadınlarda, çekirdek aile yapısına sahip olan erkeklere göre yaşam kalitesi, bu çalışmada da olduğu gibi daha iyi olmaktadır.

5. 2. 8. Kür Sayısı ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan 5. kür kemoterapi alan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, 5. kür kemoterapi alan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 12).

Kızılcı ve Beşer' in çalışmalarında 3. kür kemoterapi sonrasında hastaların yaşam kalitesi puanlarının anlamlı olarak düştüğü sonucu elde edilmiştir (4, 7).

Zhao ve ark. tarafından jinekolojik kanserli kadınlarla yapılan çalışmada, hastaların kür sayılarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (63).

Bu çalışmada 5. kür kemoterapi alan kadın hastalarda fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Kadının biyolojik farklılıkları, cinsiyet rolleri gereği “güçlü” olma inançları, hastalığa uyum sağlamalarının ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olmasının nedeni olarak düşünülebilir.

5. 2. 9. Ek Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, ek hastalığı olmayan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 13).

Gremiel ve ark. tarafından kanser tanısı alan hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada ek hastalık durumu ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (62).

Conde ve ark. tarafından meme kanserli kadınlarla çalışmada yapılan diyabet veya hipertansiyon gibi ek hastalığı olan hastalarda fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının, ek hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük olduğu, fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (50). Reis’ in jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarla yaptığı çalışmasında kronik hastalığı olan kadınların psikolojik iyilik halinin olmayanlara göre daha iyi olduğu sonucu elde edilmiştir (11).

Thome ve Hallberg tarafından 75 yaş ve üstündeki kanser hastalarının yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Bu farkın nedeni olarak kadınlarda kansere eşlik eden sistemik hastalıkların ve kanserin neden olduğu fiziksel rahatsızlıkların daha yüksek olması gösterilmiştir (17).

Daha önce kronik bir hastalık deneyimleyen bireylerin kanser hastalığını kabullenmesi ve bu hastalığa uyum sağlaması daha zor olmaktadır. Kanser kendisi, semptomları, tedavisi, tedavinin yan etkileri bireyin fiziksel ve mental sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik bir hastalığın üzerine kanser gibi tedavisi zor, prognozu kötü ve sağkalım oranı düşük

bir hastalığın eklenmesi bireyin ölüm korkusunu, gelecek ile ilgili kaygılarını, fiziksel semptomlarının şiddetini ve bağımlılık düzeyini artırarak, yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır. Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da hem kadın hem de erkek hastalar arasında ek hastalığı olan kişilerin fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları, ek hastalığı olmayan kişilere göre daha düşük bulunmuş ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

5. 2. 10. Sosyal Desteklerin Varlığı ve Yaşam Kalitesi

Çalışma kapsamına alınan sosyal desteğe sahip olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, sosyal desteğe sahip olan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu puan farklılıklarının hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 14).

Gremiel ve ark. tarafından jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarla yapılan çalışmada kadınların sosyal desteği daha çok aile içinde aradıkları erkeklerin ise bu desteği sağlık profesyonellerinden almak istedikleri sonucu elde edilmiştir (15).

Gremiel ve ark. tarafından kanser tanısı alan hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada hastaların yardım alabileceği kişilere sahip olma durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (62).

Literatürde sosyal desteğin hastalıkla etkili baş etmede olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Kadın hastalar hastalıkla baş etmede daha çok aile desteğine (özellikle eş ve çocuk), erkek hastalar ise sağlık profesyonelleri tarafından verilen desteğe ihtiyaç duymaktadır. Erkekler sağlık profesyonellerine her ihtiyaç duyduklarında ulaşamadıkları için sosyal desteği kadınlar kadar alamamaktadır. Bu çalışmanın örneklem grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun evli ve çekirdek aile yapısına sahip hastalardan oluşması çalışmaya katılan kadınların sosyal destek kaynaklarını açıklamaktadır. Literatür ile uyumlu olarak sosyal desteğe sahip olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları sosyal desteğe sahip olan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar

Kemoterapi tedavisi alan, genital organ veya meme kanseri tanısı almış kadınlar ile genital organ kanseri tanısı almış erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Kadınların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 47.24 ± 10.97; erkeklerin 41.89 ± 11.62 olarak bulunmuştur.

Kadınların mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 40.41 ± 7.97; erkeklerin 37.19 ± 8.09 olarak bulunmuştur.

Kadınlarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi alt bileşenlerinin puan ortalamaları, Fiziksel İşlev; 58.87 ± 25.09, Fiziksel Rol; 48.12 ± 41.19, Ağrı; 59.70 ± 19.12, Genel Sağlık Algısı; 59.66 ± 18.60 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ise Fiziksel işlev; 49.56 ± 28.98, Fiziksel rol; 33.12 ± 39.53, Ağrı; 50.91 ± 20.14, Genel Sağlık Algısı; 50.23 ± 19.34 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi alt bileşen puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kadınlarda mental sağlık yaşam kalitesi alt bileşenlerinin puan ortalamaları, Yaşamsallık; 50.62 ± 18.26, Sosyal İşlev; 77.21 ± 18.60, Mental Rol; 65.00 ± 44.65, Mental İşlev; 62.95 ± 25.74 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ise Yaşamsallık; 43.31 ± 19.72, Sosyal İşlev; 69.81 ± 20.17, Mental Rol; 47.50 ± 47.66, Mental İşlev; 50.90 ± 25.03 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre mental sağlık yaşam kalitesi alt bileşen puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının demografik verilere göre dağılımında ise aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Kadın ve erkeklerin yaş ortalamaları ile fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki (kadınlarda $r = -0.27$, erkeklerde $r = -0.31$); yaş ortalamaları ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki (kadınlarda $r = -0.48$, erkeklerde $r = -0.35$) olduğu bulunmuştur.

Eğitim d¼zeyi ilköğretim ve altı olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, aynı d¼zeydeki erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$)

Evre II kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evre II erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$)

Evli kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evli erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

Çalışmayan erkek hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, çalışmayan kadın hastalara göre daha d¼řük bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

Ekonomik durumu orta olan kadın hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, ekonomik durumu orta olan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çekirdek aile yapısına sahip kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, çekirdek aile yapısına sahip erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan 5. k¼r kemoterapi alan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, 5. k¼r kemoterapi alan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

Ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, ek hastalığı olmayan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal desteğe sahip olan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, sosyal desteğe sahip olan erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

6. 2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre araştırıcı ve uygulayıcı hemşireler için öneriler:

Araştırıcılar için:

SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesi ölçeğin dezavantajıdır. Özellikle cinsiyete göre farklılık gösterebileceği düşünölen değişkenlerin incelenebilmesi için bu alanları içeren yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmelidir.

Nitel araştırmalarla bu konunun daha da derinleşmesi ve zenginleşmesi sağlanabilir.

Bu bulgular belirli bir grup için geçerlidir. Cinsiyet rolü bölgelere göre farklılık göstereceği için ölkemizdeki alt költürleri de içeren geniş kapsamlı projeler geliştirilmelidir.

Uygulayıcılar için:

Hemşireler öncelikle hastaların cinsiyet rollerini algılamalarını tanımlamalıdır.

Hastaların “cinsiyet rol” algılarına göre yaşam kalitelerini değerlendirmeli, girişimlerini bu algılara dayalı olarak planlamalıdırlar.

KAYNAKÇA

1. http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/kanser_epidemiyojisi.htm
2. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/089.htm>
3. Akyolcu N. Kanserli Hastaların Yaşadıkları Distresin Hastalar ve Hemşireler Tarafından Algılanması. Hemşirelik Dergisi, 2001; 12/47: 1- 18.
4. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997; 3 (2): 18- 26.
5. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 6 (3): 38- 47.
6. Reis N. Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 7 (2): 35- 40.
7. Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001.
8. Le T, Hopkins L, Fung Kee Fung M. Quality of Life Assesments in Epithelial Ovarian Cancer Patients During And After Chemotherapy. Int J Gynecol Cancer, 2005; 15: 811- 816.
9. Pearman T. Quality of Life and Psychosocial Adjustment in Gynecologic Cancer Survivors. Health and Quality of Life Outcomes, 2003; 1 (33): 1- 6.
10. Pilkington FB, Mitchell GJ. Quality of Life for Women Living With a Gynecologic Cancer. Nursing Science Quarterly, 2004; 17 (2): 147- 155.
11. Reis N. Jinekolojik Kanserlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 2003; 13 (51): 133- 141.
12. Akyol A. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1993; 9 (2): 75- 80.
13. Akyol A. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1993; 9 (3): 71- 75.
14. Carter J, Johnson P, Saltzman A, Chen D, et al. Lack of Adverse Effect on Quality of Life of up to Six Cycles of Chemotherapy on Gynecologic Cancer Patients. Int J Gynecol Cancer, 1997; 7: 439- 444.
15. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, et al. Prospective Assessment of Quality of Life of Female Cancer Patients. Gynecologic Oncology, 2002; 85: 140- 147.

16. Rusteon T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 29 (2):490- 498.
17. Thome B, Hallberg IR. Quality of Life in Older People With Cancer- a Gender Perspective. *European Journal of Cancer Care*, 2004; 13: 454- 463.
18. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Comparison of Breast and Rectal Cancer Patients' Quality of Life: Results of A Four Year Prospective Field Study. *European Journal of Cancer Care*, 2003; 12: 215- 223.
19. Moynihan C. Men, Women, Gender and Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 2002; 11: 166- 172.
20. Scott JR. *Obstetrics And Gynecology*. Sixth Edition, Lippincott Company, 1990.
21. İnanç N. III. Toplumsal Cinsiyet. III. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı: 123- 125, 2003, Ankara.
22. Alptekin K. Türkiye'de Kadının Statüsü, www.sosyalhizmetuzmani.org/kadinstatu.htm
23. Arslan ŞA. *Ders Kitaplarında Cinsiyetçilik*, Ankara, Beyda Ofset Matbaacılık, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, 2000.
24. Cimete G. Benlik İmajı Gelişimi ve Kadın, *Türk Hemşireler Dergisi*, 1993; 43 (3): 8- 12.
25. Çam O. Yaşamda Kadın. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1996; 12/1: 61- 76.
26. Sevil Ü, Yanikkerem E. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. 1. Baskı, İzmir, Güven Kitabevi, 2005; 1-10.
27. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları. *Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Kadın Çalışanlara Karşı Tutumlar: Türkiye'de Eğitim Sektörü Örneği*, Ankara, 1999.
28. yunus.hacettepe.edu.tr/~ergen/egitim_sosyolojisi/cinsiyete_dayali_farkliliklar.htm
29. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/toplumsal_cinsiyet_ve_kadin.pdf
30. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/cinsiyet_esitligi.pdf
31. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/ders_kitaplarindakicinsiyetcilik.pdf
32. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/erkeklik_ataerklik.pdf
33. Boling W, Fouladi RT, Basen-Enquist K. Health Related Quality of Life in Gynecological Oncology: Instruments and Psychometric Properties. *Int J Gynecol Cancer*, 2003; 13: 5- 14.
34. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. IV. Baskı, Ankara, 2000.

35. Janda M, Obermair A, Cellas D, Crandon AJ. Vulvar Cancer Patients' Quality of Life: A Qualitative Assessment. *Int J Gynecol Cancer*, 2004; 14: 875- 881.
36. Kişnişçi H. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, 1996
37. Onkoloji Hemşireliği Derneği. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, İkinci Baskı, Ankara, 1998.
38. Pernoll ML. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt I-II. İstanbul, Barış Kitabevi, 1994.
39. Youngkin EY, Davis MS. Women' s Health a Primary Care Clinical Guide, Third Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2004.
40. Çelik Ö, Tezcan B. Kadın Hastalıkları ve Doğum 2000. Asya Tıp Yayıncılık, 2000.
41. Cella D, Calhoun B, Roland P. Quality of Life Among Women with Gynecologic Malignancies. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC editors. Principles and Practice of Gynecologic Oncology . Third edition. New York: Lippincot Williams& Wickins; 2000. p. 571- 585.
42. Atasü T. Jinekoloji. İstanbul, Üniversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık, 1996.
43. Baltimore M.. John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik Elkitabı. Atlas Kitapçılık, 2000.
44. Frumovitz M, Sun C, Shover L. Quality of Life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. *J Clin Oncol*, 2005; 23: 7428- 7436.
45. Quality of Life and in Cervix Cancer Survivors- What Matters the Most in the Long-term (editorial). *Gynecologic Oncology*, 2005; 97: 307- 309.
46. Li C, Samsioe G, Iosif C. Quality of Life in Endometrial Cancer Survivors. *Maturitas*, 1999; 31: 227- 236.
47. Lakusta CM, Atkinson MJ, Robinson JW, Nation J, Taenzer PA, Campo MG. Quality of Life in Ovarian Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Gynecologic Oncology*, 2001; 81: 490- 495.
48. Le T, Leis A, Pahwa P, Wright K, Ali K, Reeder B, Hopkins L. Quality of Life Evaluations in Patients with Ovarian Cancer During Chemotherapy Treatment. *Gynecologic Oncology*, 2004; 92: 839- 844.
49. Uzun Ö, Aslan F, Selimen D, Koç M. Quality of Life in Women With Breast Cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 2004; 36(3): 207- 213.

50. Conde DM, Pinto- Neto AM, Cabello C, Santos Sa D, Costa- Paiva L, Martinez EZ. Quality of Life in Brazilian Breast Cancer Survivors Age 45- 65 Years: Associated Factors. *The Breast Journal*, 2005; 11 (6): 425- 432.
51. Jakobsson L, Hallberg IL, Loven L. Experiences of Daily Life and Life Quality in Men with Prostate Cancer: An Explorative Study Part I. *European Journal of Cancer Care*, 1997; 6; 108- 116.
52. Jakobsson L, Hallberg IL, Loven L. Met and Unmet Nursing Care Needs in Men with Prostate Cancer: An Explorative Study Part II. *European Journal of Cancer Care*, 1997; 6; 117- 123.
53. Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Arıkan N. *Temel Üroloji*. İstanbul, Güneş Kitabevi, 1998.
54. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving Quality of Life in Men With Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial of Group Education Interventions. *Health Psychology*, 2003; 22 (5): 443– 452.
55. Flear J, Hoekstra HJ, Seiljfer DT, Hoekstra-Weebers JE. Quality of Survivors of Testicular Germ Cell Cancer: A Rewiev of Literatüre. *Support Care Cancer*, 2004; 12: 476- 486.
56. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*, 2002; 7: 120- 125.
57. Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi- Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 1995; 9 (38): 85- 95.
58. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of Life and Mood in Women Receiving Extensive Chemotherapy for Gynecologic Cancer. *Cancer*, 2000; 89: 1402- 1411.
59. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Johnsen EL, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI, Ritchie J. Quality of Life and Mood in Women With Gynecologic Cancer: A One Year Prospective Study. *Cancer*, 2002; 94: 131- 140.
60. Saegrov S. Health, Quality of Life and Cancer. *International Nursing Review*, 2005; 52: 233- 240.
61. Schmidt CH, Betmann B, Küchler T, Longo W, et al. Gender Differences in Quality of Life of Patients With Rectal Cancer. A Five Year Prospective Study. *World J Surg*, 2005; 29: 1630- 1641.

62. Greimel ER, Padilla GV, Grant MM. Gender Differences in Outcomes Among Patients with Cancer. *Psycho-Oncology*, 1998; 7: 197- 206.
63. Zhao H, Kanda K, Liu SJ, Mao XY. Evaluation of Quality of Life in Chinese Patients With Gynecological Cancer: Assessment by Patients and Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2003; 9: 40- 48.
64. Ferrell B, Cullinane CA, Ervin K, Melancon C, Uman GC, Juarez G. Perspectives on the Impact of Ovarian Cancer: Women's Views of Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*, 2005; 32 (6): 1143- 1149.
65. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, et al. Quality of Life in Long-term Cervical Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology*, 2005; 97: 310- 317.
66. Demiral Y. Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi, İzmir, 2001.
67. Bozdemir H. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
68. Köroğlu E. DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994: 139- 141.
69. Akgül A. Tıbbi Uygulamalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları". Ankara, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, 1997.
70. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 9. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 2000.
71. Ünsal D, Tunç E, Pak Y. Rektal Kanseri Tanılı Olgularda Adjuvant Tedavinin Uzun Dönem Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2006; 16 (3): 108- 120.
72. Bradley S, Ros S, Lutgendorf S, Costanzo E, Anderson B. Quality of Life and Mental Health in Cervical and Endometrial Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology*, 2006; 100: 479- 486.

Ek 1

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER TANILAMA FORMU

Hasta No:

Adı ve Soyadı:

Tanı:

Hastalığın Evresi:.....

1- Cinsiyeti

a) Kadın

b) Erkek

2- Yaşınız.....

a) 18-24

b) 25-29

c) 30-34

d) 35-39

e) 40-44

f) 45-49

g) 50-54

h) 55-59

ı) 60-64

3- Eğitim durumunuz?

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlköğretim mezunu

d) Lise mezunu

e) Fakülte/yüksekokul mezunu

4- Medeni Durumunuz?

a) Bekar

b) Evli

5- Çalışma durumunuz?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

6- Ekonomik durumunuz?

a) İyi

b) Orta

c) Kötü

7- Aile tipiniz?

a) Çekirdek aile

b) Geniş aile

c) Yalnız yaşıyorum

8- Herhangi ek bir hastalığınız var mı? (Kalp, diyabet, hipertansiyon gibi)

a) Var

b) Yok

9- Kaçınıcı kür?.....

10- Çevrenizde ihtiyaç duyduğunuzda yardım alabileceğiniz kişiler var mı?

a) Var

b) Yok

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

	PUANLAMA
a) Mükemmel	1
b) Çok iyi	2
c) İyi	3
d) Orta	4
e) Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

	PUANLAMA
a) Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
b) Bir yıl önceye göre biraz daha iyi	2
c) Hemen hemen aynı	3
d) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ ve GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER	Evet çok engelliyor (1 puan)	Evet biraz engelliyor (2 puan)	Hayır pek engellemiyor (3 puan)
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
b) Masayı, elektrik süpürGESİNİ itme gibi orta/hafif aktivitelerde			
c) Paket veya çanta taşırken			
d) Birkaç kat merdiven çıkarken			
e) Bir kat merdiven çıkarken			
f) Eğilirken, çömelirken			
g) Bir kilometreden fazla yürürken			
h) Birkaç yüz metre yürürken			
ı) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken			
j) Giyinirken veya yıkanırken			

4. Geçen bir ay boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet (1 puan)	Hayır (2 puan)
a) İşiniz veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi (kolay) olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?		

5. Geçen bir ay boyunca işinizde diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet (1 puan)	Hayır (2 puan)
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az m verimli oldunuz?		
c) İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?		

6. Geçen bir ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

	PUANLAMA
a) Pek etkilemedi	1
b) Çok az	2
c) Orta	3
d) Oldukça	4
e) Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

	PUANLAMA
a) Hiç	1
b) Çok hafif	2
c) Hafif	3
d) Orta	4
e) Fazla	5
f) Çok fazla	6

8. Geçen bir ay boyunca (şikayetleriniz/geçirdiğiniz ameliyat) işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (Ev ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

	PUANLAMA
a) Çok değil	1
b) Az	2
c) Orta	3
d) Fazla	4
e) Çok fazla	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen bir ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır?

	Kategoriler ve Puanlamaları					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
b) Çok sınırlı biriydiniz.	1	2	3	4	5	6
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı.	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı.	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
h) Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
ı) Yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

	PUANLAMA
a) Her zaman	1
b) Çoğu zaman	2
c) Bazen	3
d) Çok az	4
e) Hiç	5

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kategoriler ve Puanlamaları				
	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.	1	2	3	4	5
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

EK III. SF-36 ÖZET DEĞERLERİN HESAPLANMASI

SF- 36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skordardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık özet skoru, fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık algısı alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru, mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol ve mental işlev alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir.

Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular puanlanır:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a- 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a- 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a- 5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.0
3	4.0
4	3.0
5	2.0
6	1.0

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0
6	6.0

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.0
3	3.0
4	2.0
5	1.0

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler elde edilir.

Ölçek	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel işlev	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	10- 30	20
Fiziksel rol	4a, 4b, 4c, 4d	4- 8	4
Ağrı	7, 8	2- 12	10
Genel sağlık algısı	1, 11a, 11b, 11c, 11d	5- 25	20
Yaşamsallık	9a, 9e, 9g, 9i	4- 24	20
Sosyal işlev	6, 10	2- 10	8
Mental rol	5a, 5b, 5c	3- 6	3
Mental işlev	9b, 9c, 9d, 9f, 9h	5- 30	25

$$\text{Boyut skoru} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan aralığı}} \times 100$$

Örnek :

Fiziksel işlev ham puanı 21 ise

$$Fİ = \frac{21 - 10}{20} \times 100$$

$$Fİ = 55$$

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.

$$fız = (Fİ - 84.52404) / 22.89490$$

$$frz = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$az = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$gsz = (GS - 72.21316) / 20.16964$$

$$yz = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$siz = (Sİ - 83.59753) / 22.37642$$

$$mrz = (MR - 81.29467) / 33.02717$$

$$miz = (MS - 74.84212) / 18.01189$$

$$\mathbf{FS} = (fız \times 0.42402) + (frz \times 0.35119) + (az \times 0.31754) + (gsz \times 0.24954) + (yz \times 0.02877) + (siz \times (-0.00753)) + (mrz \times (-0.19206)) + (miz \times (-0.22069))$$

$$\mathbf{MS} = (fız \times (-0.22999)) + (frz \times (-0.12329)) + (az \times (-0.097319)) + (gsz \times (-0.01571)) + (yz \times 0.23534) + (siz \times 0.26876) + (mrz \times 0.43407) + (miz \times 0.48581)$$

$$\mathbf{FİZİKSEL ÖZET SAĞLIK SKORU} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\mathbf{MENTALÖZET SAĞLIK SKORU} = 50 + (FS \times 10)$$

DSM-IV MAJÖR DEPRESYON TANI ÖLÇÜTLERİ

Aşağıdaki belirtilerden en az beş tanesi aynı anda bulunmalıdır. (Belirtilerden bir tanesi depresif ruh hali ya da haz alma duygusu ve ilgilerde azalma olmalıdır).

Bu belirtiler en az iki hafta devam etmelidir.

- 1) Depresif ruh hali (çocuk ve gençlerde hırçınlık),
- 2) Haz alma duygusu ve ilgilerde belirgin azalma,
- 3) İştah azalması ve kilo kaybı ya da iştah artışı ve kilo alma (Aylık vücut ağırlığının %5'inden fazla),
- 4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku,
- 5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
- 6) Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı,
- 7) Değersizlik ya da aşırı ve uygun olmayan suçluluk duyguları,
- 8) Hemen her gün kararsızlık ya da düşünme ve konsantre olma yetisinde azalma,
- 9) Tekrarlayıcı ölüm ve intihar düşünceleri.

