

KEMOTERAPİ ALAN MEME VE GENİTAL ORGAN KANSERLİ HASTALARDA CİNSİYETE GÖRE YAŞAM KALİTESİ

*Öğr. Gör. Nuray Egelioglu

**Prof. Dr. Hülya Okumuş

*Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu
nurayegelioglu@mynet.com

**Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD
hulyaokumus@deu.edu.tr

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışma, kemoterapi tedavisi almakta olan meme ve genital organ kanseri tanısı almış kadın ve erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışma 1 Nisan- 31 Aralık 2006 tarihleri arasında, İzmir’ de bir Üniversitesi Hastanesinin Kemoterapi Ünitesi, Onkoloji Hastanesi ve Üroloji Servisi’ nde 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 Kruskall Wallis, Mann Whitney U testi, t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR ve SONUÇ: 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.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, genital organ kanseri, hemşirelik, kemoterapi, yaşam kalitesi.

ACCORDING TO GENDER QUALITY OF LIFE AT HAVING CHEMOTERAPY OF BREAST AND GENITAL ORGAN CANCER PATIENTS

ABSTRACT

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

MATERIAL and METHODS: The study sample included 160 patients who having chemotherapy patients and suitable for sampling specifications at April- December 2006 in a Chemotherapy, Oncology and Urology Unit at a university hospital, İzmir, Turkey. The data of study collected with a form of socio-

demographics and SF- 36 Quality of Life Scale. The Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, t test and correlation analysis have been used in evaluation of data.

FINDINGS and CONCLUSION: According to from the study acquired data mean of physical (47.24 10.97) and mental(40.41 7.97) health quality of life scores of women were higher than men (41.89 11.62, 37.19 8.09) and the difference was statistically significant. However physical and mental health quality of life all subscale scores of women were higher 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".

Keywords: Gender, genital organ cancer, nursing, chemotherapy, quality of life,

GİRİŞ

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 (www.gata.edu.tr). 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 (www.saglik.gov.tr; www.gata.edu.tr).

Amacı, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak olan kanser tedavisi, hastanın yaşamının fiziksel, psikososyal ve ekonomik alanlarında zorlayıcı etkilere sahiptir (Akyolcu, 2001; Kızılcı, 1993). Kanser hem kendisinin hem de tedavisinin neden olduğu rahatsızlıklar, bireyin bütün yaşamının değişmesine bireyin ve ailenin kriz yaşamasına neden olmaktadır. Kanser tanısı, tedavi ve iyileşme evrelerinin her birinde birey; yaşam tarzının bozulması nedeni ile kayıp duygusu 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 (Arslan, Bölükbaş, 2003; Reis, 2003).

En sık kullanılan kanser tedavi yöntemlerinden biri 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 etkilerindedir. 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 cinsel fonksiyon bozukluğu gibi sorunlar hastaların hem günlük yaşamını, hem de emosyonel durumunu olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Arslan, Bölükbaş, 2003; Beşer, 2001; Kızılcı, 1993; Reis, 2003).

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 (Akyol, 1993; Arslan, Bölükbaş, 2003; Beşer, 2001; Kızılcı, 1993).

Kanserin evresine, süresine, hastalığın tekrarlayıp tekrarlamamasına, hastanın ek bir hastalığının (kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi) olup olmamasına ve sosyal destek sistemlerinin varlığına bağlı olarak kanser tanısı alan hastalar arasında 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 (Beşer, 2001; Kızılcı, 1993).

Yapılan araştırmalara göre kanser tanısı alan ve kemoterapi tedavisi gören hastalar arasında yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biri de bireylerin cinsiyetidir (Arslan, Bölükbaş, 2003; Gremiel, Padilla, Grant, 1998; Moynihan, 2002). 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 (İnanç, 2003).

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 şekillendirilmekte ve bunun sonucunda da kadınlar çocuk bakımı ve ev işlerine, erkekler ise ev dışındaki işlere yönlendirilmektedir (Arslan, 2000; Çam, 1996; İnanç, 2003; Sevil, Yanıkkrem, 2005;

www.huksam.hacettepe.edu.tr).

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 istedik kadın özelliklerdir. 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 (İnanç, 2003; Reis, 2003; www.huksam.hacettepe.edu.tr).

Yaşam kalitesini değerlendiren değişik kanser gruplarındaki hastalar ile yapılan bazı araştırmalarda kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha düşük olduğu 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 (Saegrov, 2005; Rustoen, Moum, Wiklund, 1999; Schmidt, Betmann, Küchler, 2005).

Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda, kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları tüm alanlarda düşük bulunmuştur. Metastatik hastalarda yaşam kalitesi anlamlı derecede düşük iken, kür sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (Zhao, Kanda, Liu, 2003; Li, Samsioe, Iosif, 1998; Wenzel, Dealba, Habbal, 2005; Ferrel, Cullinane, Ervin, 2005).

Ülkemizde Arslan ve Bölükbaş (2003) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuş (Arslan, Bölükbaş, 2003), Beşer (2001) ve Kızılcı (1993) tarafından yapılan çalışmalarda kadın ve erkeklerin yaşam kaliteleri arasında fark bulunamamıştır (Beşer, 2001; Kızılcı, 1993). Uzun, Aslan ve Selimen (2004) tarafından 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 (Uzun, Aslan, Selimen, 2004). Reis (2003) tarafından jinekolojik kanser hastalarının 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 (Reis, 2003).

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 (Akyol, 1993; Arslan, Bölükbaş, 2003; Kızılcı, 1993).

Kanser ile ilişkili yaşam kalitesi birçok araştırmada incelenmiş fakat meme ve genital organ kanserli hastalarda cinsiyet ile ilişkili yaşam kalitesi farklılıklarını inceleyen çalışmaların sayısı oldukça sınırlı/yetersizdir. Kemoterapi tedavisi alan kanserli hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi düzeylerini belirleyecek olan bu çalışmada genital organ kanserlerinin incelenmesinin nedeni kadın ve erkeğin cinsellik, toplumsal rol algılarını diğer kanserlere göre daha çok etkileyebileceği görüşünden kaynaklanmıştır.

Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlardan da onkoloji, kadın sağlığı, halk sağlığı hemşirelerinin kemoterapi alan kanser hastalarının cinsiyetlerini göz önüne alarak yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirip, bakımı planlamaları için yararlanabilecekleri düşünülmüştür. Hemşirelerin genital organ kanseri tanısı alan hastalara yapacakları sağlık eğitimlerinde, hastaların önce cinsiyetlerine göre rol algılarını değerlendirmesi ve bu algılara göre hemşirelik yaklaşımlarını belirlemesi hastaya daha gerçekçi önerilerde bulunmasına katkı verecektir. Kadın sağlığı hemşireleri için ise kadına özgü yönlerin bilinmesi yararlı olur.

AMAÇ

Bu çalışma, kemoterapi tedavisi alan meme ve genital organ kanseri tanısı almış kadın ve erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ- YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı- karşılaştırmalı bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri: Çalışma, İzmir’ de bir üniversite hastanesinin Kemoterapi Ünitesi, Onkoloji Hastanesi ve Üroloji Servisi’ nde yürütülmüştür.

Araştırmanın Örnekleme: Araştırmanın örneklemini, Nisan -Aralık 2006 tarihleri arasında kemoterapi tedavisi alan hastalar oluşturmuştur. Örneklem ise amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Belirlenen zaman dilimi içinde kriterlere uygun olan 160 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklem kriterleri :

- Genital organ (endometrium, over, serviks, vulva, prostat, testis) ve 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, immobilité vs) veya tam bağımlı olmaması,
- Depresyon tanısı almamış olması veya depresyon belirtileri göstermemesi (dosya bilgilerine göre depresyon tanısı almamış olanlar ve araştırmacının kendisi tarafından DSMIV Majör Depresyon Tanı Ölçütleri (Köroğlu, 1994) kullanılarak depresyon belirtileri göstermeyen hastalar),
- Eş zamanlı olarak radyoterapi tedavisi almaması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla;

1. Sosyo-Demografik Özellikleri 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.

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 (Pınar, 1995).

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, bu yüzden değerlendirmede yer almamıştır. 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 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 0.94, iç tutarlılığı ifade eden Cronbach Alpha değeri 0.92 bulunmuştur (Pınar, 1995). Bozdemir (2006) 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 (Bozdemir, 2006). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri Fiziksel Sağlık için 0.91, Mental Sağlık için 0.92 olarak saptanmıştır.

Veri Toplama

Veriler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul izni ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği izinleri alınarak Nisan –Aralık 2006 tarihleri arasında, kemoterapi almak için hastaneye gelen hastalarla karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak, 15- 20 dakikalık sürelerde, araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Ayrıca görüşme öncesi, hastalara araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış, sözlü onamları alınmıştır.

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 ortalamaları 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, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır (Akgül, 1997; Sümbüloğlu, 2000).

Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler:

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

Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklemin olasılıklı örneklem yöntemi ile seçilmiş ve belirli bir zaman içerisinde daha büyük bir örnekleme ulaşılamamasından dolayı elde edilen bulguların genellenememesi; örneklem grubundaki erkeklerde 50 yaş üstü bireylerin temsil oranının aynı özellikteki kadınlara göre yüksek olması; araştırmada kullanılan SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesi araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde kadınların yaş ortalamaları 44.46 ± 9.66 erkeklerin 48.01 ± 10.41 ' dir. Örneklem grubundaki hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin özellikleri cinsiyete göre Tablo 1'de sunulmuştur. Her iki grupta da bu özellikler yönünden fark yoktur. (Tablo 1).

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 2).

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

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

Sosyo- Demografik Özellikler	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	33.2
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	26.3	38	47.5
Eğitim Durumu				
İlköğretim ve altı	43	53.7	42	52.5
Lise mezunu	24	30.0	27	33.8
Üniversite mezunu	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
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

Tablo 2: Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Cinsiyet				t	P
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)			
	x	SD	x	SD		
Fiziksel Sağlık	47.24	10.97	41.89	11.62	0.23	0.00
Mental Sağlık	40.41	7.97	37.19	8.09	0.00	0.01

erkekler göre daha yüksek puanlar almışlardır. Bu puan farklarının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$, $p < 0.05$) (Tablo 3).

Hastaların cinsiyet ve yaş ortalamalarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarını karşılaştırmak için yapılan korelasyon analizi sonucunda, kadınların yaşı ($x = 44.46$) ile fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ($x = 47.24$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.27$) bulunmuştur. Kadınların yaşı ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ($x = 40.41$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.48$) bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlara göre kadınlarda yaş ilerledikçe mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması düşmektedir.

Erkeklerin yaşı ($x = 48.01$) ve fiziksel sağlık puan ortalaması ($x = 41.89$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.31$), yaş ile mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ($x = 37.19$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r = -0.35$) bulunmuştur. Buna göre yaş ilerledikçe fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmektedir.

Çalışma kapsamına alınan ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, evre II, evli, çalışmayan, ekonomik durumu orta düzeyde olan, çekirdek aile yapısına sahip olan, 5. kür kemoterapisini alan, ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları aynı durumdaki erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$, $p < 0.05$).

TARTIŞMA

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, yaşamılan dönemden de etkilenmektedir (www.huksam.hacettepe.edu.tr). Genital organ veya meme kanseri tanısı alan kadınlar ile genital organ kanseri tanısı alan erkeklerin yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının ve alt ölçek puan ortalamalarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 2, Tablo 3).

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 (2005) 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

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

SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Cinsiyet				t	P
	Kadın (n= 80)		Erkek (n= 80)			
	x	SD	x	SD		
<i>Fiziksel İşlev</i>	58.87	25.09	49.56	23.98	0.33	0.01
<i>Fiziksel Rol</i>	48.12	41.19	33.12	39.53	0.45	0.02
<i>Ağrı</i>	59.70	19.12	50.91	20.14	0.55	0.00
<i>Genel Sağlık Algısı</i>	59.66	18.60	50.23	19.34	0.49	0.00
<i>Yaşamsallık</i>	50.62	18.26	43.31	19.72	0.14	0.01
<i>Sosyal İşlev</i>	77.21	18.60	69.81	20.17	0.45	0.01
<i>Mental Rol</i>	65.00	44.65	47.50	47.66	6.92	0.01
<i>Mental İşlev</i>	62.95	25.74	50.90	25.03	0.86	0.00

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 (Saegrov, 2005). Gremiel, Padilla ve Grant (1998) 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 (Gremiel, Padilla, Grant, 1998). Samsun’ da Kızılıcı tarafından (1993) 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 (Kızılıcı, 1993).

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, Pinto, Cabllo ve Santos (2005) 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 (Conde, Pinto, Cabello, Santos, 2005). Wenzel, Dealba ve Habbal (2005) 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 (Wenzel, Dealba, Habbal, 2005).

Aynı tip kanser tanısı alan hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Rustoen, Moum ve Wiklund (1999) 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 (Rustoen, Moum, Wiklund, 1999). Schmidt, Betmann ve Kuchler (2005) 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 (Schmidt, Betmann, Kuchler, 2005). Türkiye’ de Ünsal, Tunç ve Pak (2006) 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 (Ünsal, Tunç, Pak, 2006).

Genital organ kanseri tanısı alan kadın ve erkek hastalarla, farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda hastalar bazı yaşam kalitesi alanlarından düşük puanlar almışlardır. Li, Samsioe, Iosif (1999) 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 (Li, Samsioe, Iosif, 1999). Türkiye’ de Reis (2003) tarafından jinekolojik kanser tanısı alan 100 kadın hasta ile yapılan çalışmada, hastaların en düşük puanları psikolojik iyilik hali alt boyutundan aldıkları bulunmuştur (Reis, 2003).

Ayrıca bu çalışmada ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, evre II, evli, çalışmayan, ekonomik durumu orta düzeyde olan, çekirdek aile yapısına sahip olan, 5. kür kemoterapisini alan, ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları aynı durumdaki erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

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 (İnanç, 2003; Reis, 2003;). 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.

SONUÇ

Kemoterapi tedavisi alan meme ve genital organ kanseri tanısı almış kadın ve erkek hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olup olmadığının incelendiği bu çalışmada; kadınların fiziksel (47.24 ± 10.97) ve mental (40.41 ± 7.97) sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının, erkeklere (41.89 ± 11.62 , 37.19 ± 8.09) göre daha yüksek olduğu; ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, evre II, evli, çalışmayan, ekonomik durumu orta düzeyde, çekirdek aile yapısına sahip olan, 5. kür kemoterapisini alan ve ek hastalığı olmayan kadın hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının aynı durumdaki erkek hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

6. 2. Öneriler

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

- Özellikle cinsiyete göre farklılık gösterebileceği düşünülen değişkenlerin incelenebilmesi için cinsel fonksiyon ve aile fonksiyonunu 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 ülkemizdeki alt kültürleri de içeren geniş kapsamlı projeler geliştirilmelidir.
- Hemşireler öncelikle hastaların kendi cinsiyet rollerini nasıl algıladıklarını tanımlamalıdır.
- Hemşireler hastaların “cinsiyet rol” algılarına göre yaşam kalitelerini değerlendirmeli, girişimlerini bu algılara dayalı olarak planlamalıdır.

Yazarlar

Nuray EGELİOğLU: Araştırmacı (Yüksek lisans ğrencisi)

Hlyla OKUMUŞ: Danışman (Tez danışmanı)

KAYNAKLAR

Akgül A. (1997) Tıbbi Uygulamalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. Yüksek ğretim Kurulu Matbaası, Ankara.

Akyol A. (1993) Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden nemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (3), 71- 75.

Akyolcu N. (2001) Kanserli Hastaların Yaşadıkları Distresin Hastalar ve Hemşireler Tarafından Algılanması. Hemşirelik Dergisi, 12 (47), 1- 18.

Arslan S, Bölükbaş N. (2003) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (3), 38- 47.

Arslan řA. (2000) Ders Kitaplarında Cinsiyetçilik T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları. Beyda Ofset Matbaacılık, Ankara.

Beşer N. (2001) Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Yayınlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bozdemir H. (2006) Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Conde DM, Pinto- Neto AM, Cabello C, Santos Sa D, Costa- Paiva L, Martinez EZ (2005) Quality of Life in Brazilian Breast Cancer Survivors Age 45- 65 Years: Associated Factors. The Breast Journal, 11 (6), 425- 432.

am O. (1996) Yaşamda Kadın. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 61- 76.

Demiral Y. (2001) alışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Erkan S. (1999) Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınların Ameliyat ncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Ferrell B, Cullinane CA, Ervin K, Melancon C, Uman GC, Juarez G. (2005) Perspectives on the Impact of Ovarian Cancer: Women’s Views of Quality of Life. Oncology Nursing Forum, 32 (6), 1143- 1149.

Greimel ER, Padilla GV, Grant MM. (1998) Gender Differences in Outcomes Among Patients with Cancer. Psycho-Oncology, 7, 197- 206.

İna N. (2003) Toplumsal Cinsiyet. III. Uluslar arası reme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 123- 125.

Kızılıcı S. (1993) Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2), 18-26.

Köroğlu E. (1994) DSM-IV Tanı ltleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 139- 141.

Li C, Samsioe G, Iosif C. (1999) Quality of Life in Endometrial Cancer Survivors. *Maturitas*, 31, 227- 236.

Moynihan C. (2002) Men, Women, Gender and Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11, 166- 172.

Pınar R. (1995) Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi- Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 9 (38), 85- 95.

Reis N. (2003) Jinekolojik Kanserlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 13 (51), 133- 141.

Rusteon T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. (1999) Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 490- 498.

Saegrov S. (2005) Health, Quality of Life and Cancer. *International Nursing Review*, 52, 233- 240.

Schmidt CH, Betmann B, Küchler T, Longo W, et al. (2005) Gender Differences in Quality of Life of Patients With Rectal Cancer. A Five Year Prospective Study. *World J Surg*, 29, 1630- 1641.

Sevil Ü, Yanikkerem E. (2005) Kadına Yönelik

Aile İçi Şiddet. 1. Baskı, Güven Kitabevi, İzmir, 1-10.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2000) *Biyoistatistik*. 9. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Uzun Ö, Aslan F, Selimen D, Koç M. (2004) Quality of Life in Women With Breast Cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 207- 213.

Ünsal D, Tunç E, Pak Y (2006) Kanseri Tanılı Olgularda Adjuvant Tedavinin Uzun Dönem Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 6 (3), 108- 120.

Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, et al. (2005) Quality of Life in Long-term Cervical Cancer Survivors. *Gynecologic Oncology*, 97, 310- 317.

Zhao H, Kanda K, Liu SJ, Mao XY. (2003) Evaluation of Quality of Life in Chinese Patients With Gynecological Cancer: Assessment by Patients and Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 40- 48.

http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/toplumsal_cinsiyet_ve_kadin.pdf

<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/089.htm>

http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/kanser_epidemiolojisi.htm