

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN
İMAJI, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON
DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

**Hazırlayan
Nurcan DÜZGÜN**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Evrim BAYRAKTAR**

Yüksek Lisans Tezi

**Temmuz 2018
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN
İMAJI, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON
DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Hazırlayan
Nurcan DÜZGÜN**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Evrim BAYRAKTAR**

**Temmuz 2018
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Nurcan DÜZGÜN

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Jinekolojik Kanserli Hastalarda Beden imajı, Benlik Saygısı ve Depresyon Durumunun Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Nurcan DÜZGÜN

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Evrim BAYRAKTAR

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

Dr.Öğr.Üyesi Evrim BAYRAKTAR danışmanlığında Nurcan DÜZGÜN tarafından hazırlanan “Jinekolojik Kanserli Hastalarda Beden İmajı Benlik Saygısı ve Depresyon Durumunun Belirlenmesi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../.....

JÜRİ:

Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Evrim BAYRAKTAR

Üye:

Üye:

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Aykut ÖZDARENDELİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bana rehberlik ederek beni destekleyen, bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi Evrim BAYRAKTAR' a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde bana her zaman rol model olan ve tez hazırlığı aşamasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ile ilgili her türlü bilgi ve deneyimini benimle paylaşan Dr.Öğr.Üyesi Sibel ARGUVANLI'ya,

Tezimin istatistiksel analizine yardım eden ve zaman ayıran Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya,

Araştırmamın veri toplama kısmında Nazende-Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi'nde çalışan ve bana her türlü yardım ve kolaylığı sağlayan Eğitim Hemşiresi Gülhan KARATAŞ'a ve kemoterapi uygulama hemşirelerine,

Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Hayatımın her aşamasında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve başarılarımda büyük emekleri olan annem, babam ve kardeşlerime,

Çalışmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip beni destekleyerek her an yanımda olan eşim Opr.Dr.Bahadır DÜZGÜN'e ve bu süreçte motivasyon kaynağım olan canım oğluma,

ve Tezimin yürütülmesi sırasında emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Nurcan DÜZGÜN

Kayseri, Mayıs 2018

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN İMAJI, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ

Nurcan DÜZGÜN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans, Temmuz 2018
Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Evrim BAYRAKTAR

ÖZET

Bu araştırma, jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (EÜSAUM) bünyesinde olan Nazende-Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi'ne (NNÖOGTM) başvurarak kemoterapi alan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 76 jinekolojik kanserli hasta alınmıştır.

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan demografik verilere ilişkin Hasta Tanıtım Formu ile Beden Algısı Ölçeği (BAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 (Statistical package for social sciences for windows 21.0) paket program ile değerlendirilmiş ve tanımlayıcı istatistikler, Independent Samples T Testi, One Way Anova Testi, Pearson Korelasyon Analizi, Tukey ve Tamhane's T² çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %94.7'sinin jinekolojik kanser ile birlikte depresyon bulguları deneyimlediği, yine %94.7'sinin olumsuz beden algısına ve %77.6'sının ise düşük benlik saygısına sahip olduğu belirlenmiştir. Beden algısı ve benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı yüksek bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=,747$; $p<0.001$). Beden algısı ile depresyon durumu arasında negatif yönde anlamlı çok yüksek bir ilişki olduğu ($r=-,822$; $p<0.001$), benlik saygısı ve depresyon durumu arasında ise yine negatif yönde anlamlı yüksek bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-,793$; $p<0.001$).

Bu araştırmanın sonucunda örneklem grubunda yer alan jinekolojik kanserli kadınların tamamına yakınının olumsuz beden algısına sahip olduğu, çoğunluğunun benlik saygısının düşük olduğu ve yine tamamına yakınının depresif semptomlar gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beden algısı, Benlik saygısı, Depresyon, Jinekolojik kanserler

DETERMINATION OF BODY IMAGE, SELF-ESTEEM, AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH GYNECOLOGIC CANCER

Nurcan DÜZGÜN

**Erciyes University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Postgraduate, July 2018
Advisor: Assist. Prof. Dr. Evrim BAYRAKTAR**

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to determine body image, self-esteem, and depression in patients with gynecologic cancer.

In the study, 76 patients with gynecologic cancer, who applied to Nazende-Nuri Özkaya Oncology Day Treatment (NNÖOGTM) within the body of Health Application and Research Center (EÜSAUM) of Erciyes University were included.

The data of the study were collected by using the Patient Information Form prepared by the researcher for demographic data upon the literature review as well as Body Image Scale (BIS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and Beck Depression Inventory.

The data were assessed using SPSS 21.0 (Statistical package for social sciences for windows 21.0) packaged software in the computer program and descriptive statistics, Independent Samples T Test, One Way Anova Test, Pearson's Correlation Analysis, Tukey and Tamhane's T^2 multiple comparison tests were used.

It was determined that 94.7% of the women participating in the study experienced findings of depression with gynecologic cancer, 94.7% had negative body image, and 77.6% had low self-esteem. A high positive significant correlation was found between body image and self-esteem ($r=,747;p<0.001$). While there was a very high negative significant correlation between body image and depression ($r=-,822; p<0.001$), there was also a high negative significant correlation between self-esteem and depression ($r=-,793; p<0.001$).

As a result of this study, it was determined that almost all of women with gynecologic cancer in the sampling group had negative body perception, most of the women had low self-esteem, and almost all exhibited depressive symptoms.

Keywords: Body image, Self-esteem, Depression, Gynecologic Cancers

İÇİNDEKİLER

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN İMAJI, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	ii
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanserın Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.2. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi	6
2.2.1.Over Kanseri.....	7
2.2.2. Serviks Kanseri.....	7
2.2.3. Endometriyum Kanseri.....	8
2.3. Jinekolojik Kanserlerin Tanı ve Tedavisi	8
2.3.1. Over Kanseri Tanı ve Tedavisi.....	8
2.3.2. Serviks Kanseri Tanı ve Tedavisi.....	9
2.3.3. Endometriyum Kanseri Tanı ve Tedavisi.....	10
2.4. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Depresyon.....	11
2.4.1.Beden İmajı	11
2.4.1.1. Beden İmajının Tanımı	11
2.4.1.2. Beden İmajının Özellikleri.....	11
2.4.1.3. Beden İmajında Bozukluklara Yol Açan Durumlar	12
2.4.1.4. Jinekolojik Kanser ile Beden İmajı İlişkisi	12
2.4.2. Benlik Saygısı.....	13
2.4.2.1. Benlik Saygısının Tanımı.....	13

2.4.2.2. Jinekolojik kanser ile Benlik Saygısı İlişkisi	14
2.4.3. Depresyon.....	15
2.4.3.1. Depresyonun Tanımı	15
2.5. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	20
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	21
3.5. Veri Toplama Araçları	21
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu.....	22
3.5.2. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)	22
3.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	23
3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	23
3.6. Ön Uygulama	24
3.7. Verilerin Toplanması	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	50
EKLER.....	59
TEZ İNTİHAL RAPORU	74
ÖZGEÇMİŞ.....	75

KISALTMALAR ve SİMGELER

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri
OKS	Oral Kontraseptif
HPV	Human Papilloma Virüs
TAH	Total Abdominal Histerektomi
BSO	Bilateral Salpingo-Ooferektomi
CEA	Karsinoembriyonik Antijen
CA-125	Kanser Antijeni-125
PPLND	Pelvik ve Paraaortik Lenf Nodu Diseksiyonu
EÜSAUM	Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
NNÖOGTM	Nazende-Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi
MKDOHMO	Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BGOF	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	Beden Algısı Ölçeği
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)*/ **	26
Tablo 4.2.	Hastaların Fiziksel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	27
Tablo 4.3.	Hastaların Doğurganlık ve Menopoz ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	28
Tablo 4.4.	Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	29
Tablo 4.5.	Hastaların Ruhsal Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)*	30
Tablo 4.6.	Hastaların BAÖ, BDÖ ve RBSÖ Puan Ortalamaları (n=76)	31
Tablo 4.7.	Hastaların BAÖ, BDÖ ve RBSÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	31
Tablo 4.8.	Hastalarda BAÖ, RBSÖ VE BDÖ Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.9.	Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	32
Tablo 4.10.	Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının BKİ Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	33
Tablo 4.11.	Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Doğurganlık ve Menopoz ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	34
Tablo 4.12.	Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	35
Tablo 4.13.	Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Ruhsal Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)	36

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2. 1. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)5
- Şekil 2.2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)6



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde yaygın olarak görülen dört kronik hastalıktan birinin kanser olduğunu belirtmektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye’de ölüme neden olan hastalıklar arasında kanser, kardiovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (3). DSÖ, 2012 yılında görülen 14.1 milyon yeni kanser vakasının 7.4 milyonunun erkek 6.7 milyonunun kadınlarda olduğunu bildirmektedir (2). Ülkemizde de benzer şekilde kanser görülme oranı erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (4). Ancak kadınlarda görülen kanserler içinde jinekolojik kanserler morbidite ve mortalite oranları ile önemli bir kadın sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (5).

Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ancak jinekolojik kanserlerin mortalite oranı meme kanserine oranla daha fazladır (6). Kadınlarda görülen tüm kanser türleri içerisinde jinekolojik kanserlerin insidansı sırasıyla; uterus korpusu kanseri % 5.0 over kanseri % 3.7 ve serviks kanseri % 2.5’ dir (4). Erkeklerde kanser görülme sıklığı kadınlardan yüksek olmasına karşın, kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerden iki kat daha fazla ve daha dirençlidir (7). Bununla birlikte kanser hastalarında görülen en yaygın psikopatoloji depresyondur (8) ve kanser hastaları normal popülasyona göre daha yüksek düzeyde depresyon deneyimlemektedirler (9).

Toplumsal cinsiyet kavramı perspektifinden bakılarak kadının ruh sağlığı açısından yaşadığı riskler de değerlendirildiğinde kanser deneyimleyen kadınlarda depresyonun ele alınması kadın ruh sağlığının korunması açısından önemlidir. Kanserli hastalarda depresyon sıklığı %4.5-%58.0 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlarda bildirilmiştir. (10,11,12,13). Sekiz yıl süren ve on bin hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada depresyon ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini artırdığı bulunmuştur (14).

Literatürde tedavi edilmeyen depresyonun kanser hastalarında ilerleyici gidişi hızlandırdığı belirtilmiştir. Bu nedenle depresyon kanser hastalarında mutlaka araştırılması gereken bir komorbiditedir. (15).

Jinekolojik kanserler ve depresyon ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların % 24.1'inde majör depresyon saptanmış (16), başka bir çalışmada ise hastaların %55.0'ında depresif semptomlar tespit edilmiştir (17). Parker ve ark. ise, jinekolojik kanser tanısından sonra sağ kalanların diğer kanser türlerinden sonra sağ kalanlara göre daha yüksek anksiyete ve depresyon skorları ve daha düşük iyilik hallerinin olduğunu belirtmektedir (18).

Jinekolojik kanserli hastalarda depresyonun bu denli yaygın görülmesi pek çok faktöre bağlıdır. Bu faktörlerden bazıları; tedavi süreci hakkındaki belirsizlik, başka organlara yayılma ve ölüm korkuları, cinsellikte değişim, günlük yaşam aktivitelerinde güçlük, emosyonel destek azlığı, benlik saygısında ve beden imajında bozulmadır (13,19,20).

Birçok toplumda ve ülkemizde kadın için üreme organları; doğurganlığın, kadınlığın, cinselliğin, anne olmanın bir göstergesi olarak kabul görmektedir ve kadınların beden algısı, benlik saygısı ve cinsel kimliklerinin şekillenmesinde belirleyici bir rol üstlenmektedir. Birçok kadın üreme organlarını ve fonksiyonlarını kadın olmak ile eş tutmaktadır (21). Bu yüzden üreme organlarında görülen her hangi bir hastalık ya da üreme organlarının zarar görmesi kadın için ciddi bir tehdittir. Kadın kadınlığının ve cinselliğinin tehlike altında olduğu hissine kapılır ve kendisini işe yaramaz, çirkin, kusurlu, eksik olarak algılar (22). Kadının kendi bedenine karşı algısındaki bu değişim; olumsuz beden algısına ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır. (23,24). Yapılan çalışmalarda kadınların jinekolojik kanser ve uygulanan tedavilere bağlı vücut bütünlüğündeki değişimlerin, beden imajı ve benlik saygısını negatif yönde etkilediği saptanmıştır (25,26,27). Ayrıca radikal histerektomi ve radikal vulvektomi gibi cerrahi tedaviler sonrasında birçok kadın, eşinin kendisini beğenmeyeceği, çekiciliğini yitireceği ve dolayısı ile cinsel yaşamının etkileneceği gibi olumsuz düşüncelere kapılır (23). Uygulanan tedaviler sonrasında görülen alopesi, cilt renginde değişim ve kilo kaybı gibi yan etkiler de kadının beden algısında olumsuz yönde değişikliklere neden olarak benlik saygısının azalmasında etkili olabilmektedir. Beden imajında ve benlik

saygısındaki bu değişimler jinekolojik kanserli hastalarda depresyona eğilimini artırmaktadır (28,29).

Günümüzde modern hemşirelik uygulamaları, biyopsikosozyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel ve psikososyal bakımı bütünleştirmeye dönük bütüncül bakım hizmetlerinin sunulmasını hedefler. Bu yaklaşımın temelini oluşturan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) hemşireliğinin amaçlarından biri hastalıkların ortaya çıkmasında, seyirinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmaktır (30). Bütüncül yaklaşım; hastalığın kendisiyle birlikte, bireyin hastalığa karşı tepkisini de ele almayı gerektirir. Hemşireler bu anlayış doğrultusunda kapsamlı bir sağlık tanılması yaparak hastanın/ailesinin fiziksel ve psikososyal gereksinimlerine odaklı hemşirelik girişimlerini yerine getirirler (31). Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal sorunlarını tanımlamak ve bu sorunlara müdahale etmek, bütüncül hasta bakımının sağlanması ve tedavi-bakım niteliğinin artırılması açısından önemlidir.

KLP hemşireleri; psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak için, bireyin mevcut hastalığı ile ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından anlam çıkarmasına yardımcı olmalıdırlar. Bu çalışmada jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon görülme durumu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi ile gelecekte jinekolojik kanserli hastaların psikososyal uyumlarını ve baş etme becerilerini artıracak müdahaleli çalışmalar planlanabilir.

Literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili güncel çalışmalara ulaşılamadığından, bu bölgede böyle bir çalışmaya rastlanmadığından ve bu bölgenin kültürünün hastaların hastalığa bakış açısını etkileyeceği düşünüldüğünden bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Bu çalışma, jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon görülme durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kanser, tek bir hastalık olmayıp, değişik dokulardan kaynaklanan ve 200 dolayında malign hastalığa neden olan, binlerce yıldır bilinen evrensel bir hastalıktır. Sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeniyle kanser, önemli bir halk sağlığı sorunudur (32).

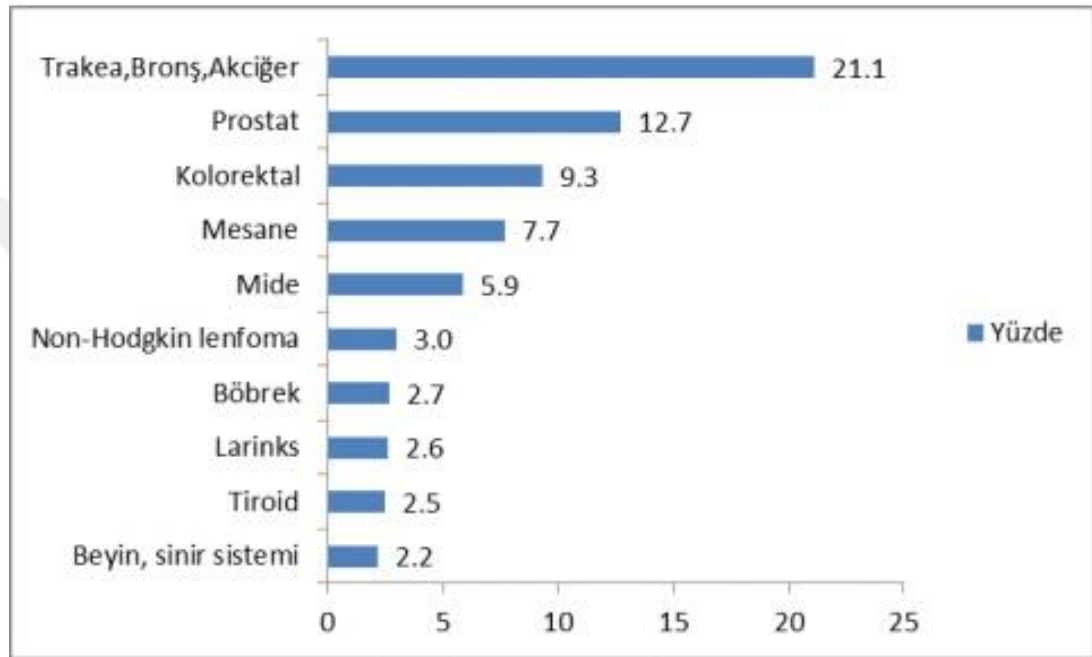
Latince cancer, Yunanca coarcinos sözcüklerinden gelen kanser yengeç anlamına gelmektedir. Epitel kökenli malign tümörlere kanser denir. Tümör ise anormal bir doku kitlesidir (33). Kanser anormal hücrelerin kontrolsüzce büyümesi ve yayılması ile karakterize bir hastalıktır. Tütün, sağlıksız diyet, bulaşıcı organizmalar gibi dış faktörlerin, kalıtsal genetik mutasyonlar, immün yetersizlik ve hormonlar gibi iç faktörlerin neden olduğu kanserlerin yayılması kontrol edilmezse ölüm ile sonuçlanabilir (1).

Kanser, morbidite ve mortaliteye neden olması dolayısıyla ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (34). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde yaygın olarak görülen dört kronik hastalıktan birinin kanser olduğunu belirtmektedir (2). Türkiye’de ölüme neden olan hastalıklar arasında kanser, kardiovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (3). Uluslararası Kanser Ajansı’nın GLOBACAN 2012 projesinin sonuçlarına göre Dünya’da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur (1). Ülkemizde ise en son resmi rakamlar değerlendirildiğinde bir yıl içerisinde yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadın kanser tanısı almıştır ve Yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edildiği belirtilmiştir (4).

Kanserin görülme sıklığının gün geçtikçe artması; kanseri tüm dünya için önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Kanser artışındaki hız bu şekilde devam ederse

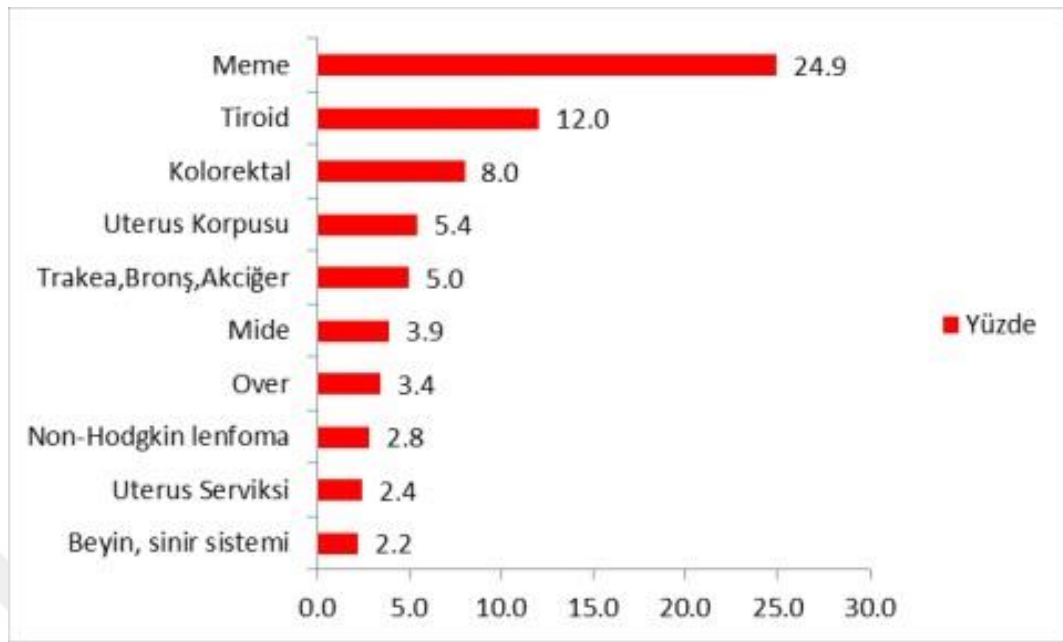
2030 yılına gelindiğinde her yıl 27 milyon kişiye kanser tanısının konacağı ve her yıl 17 milyon kişinin kanser nedeniyle hayatını kaybedeceği öngörülmektedir (35).

Erkeklerde dünyada en yaygın görülen kanser türleri; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleridir (2). Ülkemizde de benzer şekilde en sık görülen kanser ilk üç kanser türü sırasıyla; akciğer, prostat ve kolorektal kanserleridir (36).



Şekil 2.1. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)

Kadınlarda ise dünyada yaygın olarak görülen kanser türleri; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanserleri iken (2), ülkemizde meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer kanserleridir (36).



Şekil 2.2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)

2.2. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarının malign hastalıklarıdır. Çok sayıda doğum, tekrarlayan düşükler, istenmeyen gebelikler, doğum öncesi ve sonrası bakım yetersizlikleri, küçük yaşta evlilikler gibi risk faktörleri bulunan jinekolojik kanserler kadın hayatını önemli ölçüde tehdit etmektedir. Jinekolojik kanserlerin belirtileri tutulan organa göre farklılık göstermekte olup, bu grupta başlıca endometrium, serviks ve over kanserleri yer almaktadır (37).

Kanser türleri içerisinde jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (6). Jinekolojik kanserler, tüm kanserlerin yaklaşık %15'inden, tüm kanserlere bağlı ölümlerin de %10'undan sorumludur (38). Ülkemizde Halk Sağlığı Kurumu'nun 2016 yılında yayınladığı "Türkiye Kanser İstatistikleri" raporuna göre; 2013 yılı jinekolojik kanser insidansına bakıldığında, uterus korpusu kanseri % 5.0 ile beşinci, over kanseri % 3.7 ile yedinci ve serviks kanseri % 2.5 ile onuncu sırada görülmektedir (4).

2.2.1.Over Kanseri

Over kanseri, dünyada kadınlarda kansere bağlı görülen ölümler içinde beşinci sıradadır. ABD ve Batı Avrupa'da en yaygın görülen ikinci jinekolojik kanserdir (39) ve jinekolojik kanserler arasında mortalite oranı en yüksek olanıdır (40). Over kanserinde kanserin evresi sağkalım için önemli bir faktördür ve evre I ve II'de % 70-90'larda olan 5 yıllık sağkalım oranı, evre III ve IV'de % 20-40'lara düşmektedir. Ancak hastaların yaklaşık % 45'inden azı erken evrede tanı almaktadır. Çünkü over kanseri hastalığın ileri evrelerine kadar belirti vermemektedir (41).

Over kanserinin sebebi tam olarak bilinmemekle beraber bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Özellikle 40 yaşın üstündekilerde, beyaz ırka sahip olanlarda, ailede meme veya over kanseri hikayesi bulunanlarda, hiç doğum yapmamışlarda ve ovulasyonu 40 yıldan uzun süren kadınlarda (erken menarş, geç menopoz) daha sık görülmektedir (40,42).

2.2.2. Serviks Kanseri

Serviks kanserleri dünya çapında yaygın olarak görülmektedir. Ancak tüm jinekolojik kanserler içerisinde tarama programlarına sahip, erken tanı ve tedavi şansı yüksek kanserlerdir (43). 2012 yılında, tüm kadın kanserlerinin % 7.9'unu temsil eden yaklaşık 530.000 yeni kanser vakası ile serviks kanseri, kadınlarda en sık rastlanan dördüncü kanserdir. 2015 yılında serviks kanserinden kaynaklanan 270.000 ölümün % 90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. Demek oluyor ki; alınan önlemler, etkili tarama programları, erken tanı ve tedavi mortalite oranının azaltılmasında oldukça etkindir (2).

Serviks kanseri oluşumunda en önemli risk faktörünün HPV olduğundan şüphelenilmektedir. Diğer risk faktörleri ise virüsle karşılaşma oranını artırmakta ya da karsinojenik süreci hızlandırmaktadır (44).

Serviks kanseri için diğer risk faktörleri; erken yaşta cinsel ilişkiye başlama, fazla eş ile cinsel ilişkide bulunma, fazla sayıda doğum, ırk, çok fazla sigara içme, sosyoekonomik düzeyin düşük olması ve oral kontraseptif (OKS) kullanmadır (45).

2.2.3. Endometriyum Kanseri

Uterus malignitelerinin çoğunu endometriyum kanserleri oluşturmaktadır ve endometriyum kanserleri gelişmiş ülkelerde jinekolojik kanserler arasında en sık görülenidir. Her yıl yaklaşık 54.870 yeni endometriyum kanseri tanısı konulmaktadır ve bunların 10.170'i ölümlle sonuçlanmaktadır (46,47). Endometriyum kanserli hastalarda en önemli belirti postmenopozal dönemde vajinal kanamadır. Bu nedenle hastalık % 70 oranında Evre I'de tespit edilir. Hastalık çoğunlukla erken evrede yakalandığı için 5 yıllık sağkalım oranı % 95'tir (48).

Endometriyum kanserinin risk faktörleri arasında; menopoz yaşının 52'den büyük olması, az sayıda doğum, menarş yaşının küçük olması, postmenopozal dönemde eksojen estrogen alınması, aile öyküsünde endometrium, meme, barsak ya da over kanseri olması, polikistik over, obezite, hipertansiyon, diyabet, artrit, yüksek sosyo-ekonomik düzey ve infertilite sayılabilir (49).

2.3. Jinekolojik Kanserlerin Tanı ve Tedavisi

2.3.1. Over Kanseri Tanı ve Tedavisi

Over kanseri erken evrelerde belirti vermemektedir. İleri evrelerde ise metastazlar nedeniyle çok ciddi ve ağır bulgular görülmektedir. Hastaların en çok yakındığı belirtiler karında gerginlik ve baskı hissi, vajinal kanama, kabızlık ve üriner şikayetlerdir. Hastalığın ileri evrelerinde daha çok ağrı ve karın şişliği tariflenmektedir (50). Over kanserinde erken tanılama için tarama testleri yoktur. Ancak serum Ca125 düzeyleri ve abdomen ultrasonografi over kanserlerinin erken tanısında yardımcı olmaktadır. Over kanserinin yayılım göstermesi, peritona dökülme, lenf ve kan yoluyla olur (49,50).

Hastanın yaşı ve başarıma isteği, hastalığının hangi evrede olduğu ve cerrahi sonrası kalan tümör prognozu önemli ölçüde etkilemektedir (50). Evre I'de genellikle total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO) yapılmaktadır. Cerrahi sonrası hastanın durumuna göre üç-dört kür adjuvan kemoterapi uygulanmaktadır. Evre II, III, IV epitelyal over kanserlerinin tedavisinde ilk olarak "TAH+BSO+lenf nodu diseksiyonu+peritondaki bütün tümörlerin temizlenmesi" işlemi

yapılır. Cerrahiden sonra adjuvan ya da küratif amaçlı altı kür kemoterapi uygulanır. Kemoterapi verilmesi bittikten sonra hala tümör varsa; kalan tümörlerin temizlenmesi amacıyla İkinci Bakış Ameliyatı (Second Look Laparatomy) yapılır (42). Kemoterapi tedavisinde en fazla Melfalan tercih edilmekte olup, Cisplatin, Carboplatin, Siklofosamid, Heksametilmelamin, İfosamid, Taxol Adriamisin ve Fluoracil gibi ilaçlar farklı kombinasyonlarda kullanılmaktadır (40). Radyoterapi ise adjuvan olarak evre I, II ve III'te tam rezeksiyonlu hastalarda verilmektedir (49).

2.3. 2. Serviks Kanseri Tanı ve Tedavisi

Serviks kanseri erken evrelerde çoğunlukla kendini göstermeyebilir. Bununla birlikte menstruasyon dışı kanamalar ile cinsel ilişki sonrası ya da menopoz dönemindeki kanamalar en sık görülen belirtilerdir. Kanlı ve kötü kokulu olabilen vajinal akıntı, normalden uzun süren menstruasyon, menoraji, defekasyon ve üriner şikayetler, ilerleyen evrelerde ise pelvik ağrılar ve kilo kaybı görülebilir. Bu belirtilerin varlığında laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler ile biyopsi ya da endoservikal küretaj yapılır. Alınan biyopsi materyalleri şüpheli ise, konizasyon (rahim ağzından koni şeklinde parça çıkarılması) yapıp tanı kesinleştirilir (51).

Hastalığın evresi ve lenf nodu metastazları prognozu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Serviks kanserinin erken evresinde sağkalım oranı %85-100 arasında değişmektedir. Metastazların varlığı prognozu kötüleştirmektedir (51). Tümörün büyük hacimli olması, endometrium tutulumu, onkojen miktarının artması ve histolojik alt grup diğer kötü prognoz göstergeleridir (43).

Serviks kanserinin tedavisinde tümörün çıkarılması işleminin yanında komşu doku ve lenf nodlarının da tedavi edilmesi gerekmektedir. Evre IA-1'de cerrahi tedavi uygulanır. Özellikle menopoza girmiş olan ve çocuk istemeyen hastalarda sadece uterusun çıkarılması yani basit histerektomi tercih edilir. Çocuk yapma sürecini tamamlamayan hastalarda ise konizasyon yapılır (42). Cerrahi tedavi sonrası tümörüm tam olarak temizlenememesi, lenfatik yayılımın olması ve lenfovasküler invazyon görülmesi durumlarında adjuvan radyoterapi tedavisi gerekir. IB2 ve ileri evre serviks kanseri tedavisinde kemoterapi ve radyoterapi eş-zamanlı olarak uygulanmaktadır (52). Cerrahi tedavinin yapılamadığı ileri evrelerde de radyoterapi ya da kemo-radyoterapi tedavileri

verilmektedir. Sitotoksik ajanlardan Cisplatin kemoterapi tedavisinde yaygın olarak kullanılır. (43).

2.3.3. Endometriyum Kanseri Tanı ve Tedavisi

Anormal vajinal kanama endometriyum kanserinde en erken ve en önemli bulgudur ve hastaların çoğunda görülür. Özellikle menopoz döneminde görülen kanamalar son derece önemlidir. Hastaların bir kısmı pelvik kramplardan ve ağrıdan yakınır (53, 54). Endometriyum kanseri olan çoğu hastada normal laboratuvar bulguları vardır. Uzun süren ve aşırı miktarda olan kanamalarda anemi oluşabilir. Ancak yaygın hastalık durumlarında Ca-125 ve CEA genellikle yüksektir (54). Pelvik muayene, transvajinal ultrasonografi ve endometrial biyopsi, tanıya yardımcı işlemlerdir (53).

Klinik evre en önemli prognostik faktördür. Hastanın yaşı, myometriyal invazyon, lenf nodu tutulumu, histolojik grade, histopatolojik tip, hastalığın evresi, tümörün boyutu, peritoneal sitoloji anjiyogenez ve moleküler faktörler uzun süreli sağ kalımı belirlemede etkin olan prognostik faktörlerdendir (46). Tedavi olarak evre I ve II'de çoğunlukla TAH+BSO ve lenf nodu örnekleme tercih edilmektedir (53). İleri evrelerde ise TAH+BSO ile birlikte omentektomi, peritoneal yıkama ve pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu (PPLND) yapılır (42). Evre IV'e mesane ya da rektum tutulumunun eşlik ettiği durumlarda pelvik egzantrasyon (pelvik lenf nodularının diseksiyonu ile mesane, rektum, vajine ve yan destek dokuların tamamının çıkarılması) yapılabilir. Radyoterapi daha çok evre III'te uygulanmaktadır. Özellikle operasyon sonrasında periton sıvısında tümör hücreleri veya batının üst kısmında metastazlar olduğunda radyoterapi tercih edilen bir tedavi şeklidir (49). Erken evrelerde ise en uygun tedavi yöntemi kemoterapidir. Hastalığın ileri evrelerinde meydana gelen nükslerde hormon tedavisi ya da sitotoksik tedavi uygulanır. Progesteron türevi ilaçlarla %20-40 cevap elde edilirken kurtarma tedavisinde kullanılan tamoksifenle sağlanan cevap %10-25'tir. Hormon tedavisinden yarar sağlamayan hastalarda ise içerisinde Platin olan kombine kemoterapi tedavileri tercih edilmektedir (42).

2.4. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Depresyon

2.4.1. Beden İmajı

2.4.1.1. Beden İmajının Tanımı

Beden algısı soyut bir kavramdır ve tariflenmesi oldukça zordur. Bunun yanında genel geçer bir tanımı yoktur (55). Öz'ün aktardığına göre; Schilder beden imajını, bedenimizin zihnimizde canlandırdığımız resmi olarak tanımlamıştır. Norris'e göre beden imajı ise; bir kişinin başka kişilerden ayrı olarak beden alanı hakkındaki bilinçli ya da bilinç dışı bilgisinin, duygularının ve algılarının tümünün düzenli değişimidir (56). Örsel'in aktardığına göre de Freud; beden imajı kavramını psikoanalitik kuramında ego kavramı ile eş tutmuş ve ego oluşumunun, beden imajı gelişimine referans oluşturduğunu ileri sürmüştür (57). Kısaca beden imajı, bireyin bedeniyle ilgili algılamalarını, düşüncelerini, inançlarını, tutumlarını, duygularını ve davranışlarını içeren çok boyutlu bir olgudur (58).

2.4.1.2. Beden İmajının Özellikleri

- Beden imajının gelişmesinde beden ile ilgili eski ve yeni tüm duygu, tutum ve algılar önemlidir.
- Beden imajı bireyin kendi algıları kadar başkalarının da bakış açısından etkilenir.
- Beden imajının kavramsal yönü olduğu gibi gerçek yönü de vardır.
- Beden imajı değişebilir niteliktedir.
- Beden imajı beden işlevlerine yönelik tutumu da gösterir.
- Sosyokültürel değerler kişinin beden imajı kavramına yansır.
- Beden imajı gerçek beden yapısı ile uyumlu ya da uyumsuz olabilir.
- Beden imajı; benlik, kendilik, kimlik ve kişilik kavramları ile yakından ilişkilidir.

- Beden imajı kavramının oluşumunda bilinç dışı özel yaşantılar da önemli olduğundan birey kendi beden imgesini tam olarak tanımlayamaz (56).

2.4.1.3. Beden İmajında Bozukluklara Yol Açan Durumlar

- Fizyolojik değişiklikler (Ergenlik, yaşlılık, gebelik, doğum)
- Yavaş gelişen değişiklikler (Artritler, obezite)
- Hızla gelişen değişiklikler (Yaralanma, akut hastalık)
- Geçici değişiklikler (Traksiyon, bandaj)
- Kalıcı değişiklikler (Amputasyon, mastektomi)
- Anksiyete arttırıcı durumlar (Hastanede yatma, bazı invaziv girişimler)
- Ruhsal bozukluklar (Şizofreni, depresyon) (56).

2.4.1.4. Jinekolojik Kanser ile Beden İmajı İlişkisi

Beden imajı fiziksel, biyolojik ve sosyal bileşenlerden oluşur ancak fizyolojik deneyimler beden imajının oluşumunda önemli yer tutar (59). Bu nedenle, vücudun herhangi bir bölümünde meydana gelen yapı, fonksiyon veya görünüş değişikliği beden imajında da değişikliklere neden olur (60). Özellikle fiziksel hastalık veya organ kayıpları bireyde bedeninin, yaşamının, geleceğinin ve amaçlarının tehlike altında olduğu hissi uyandırır. Birey özgürlüğünü kısıtlanmış hisseder ve kendisini hiçbir şeye yetemeyen bir insan olarak düşünür. Bu da beden algısının olumsuz yönde etkilenmesi demektir (59).

Birçok toplumda ve ülkemizde üreme organları kadın için oldukça önemlidir. Çünkü kadına göre üreme organları; üretkenlik, cinsellik, dişilik ve annelik ile eş değerdir. Bu nedenle kadınların beden imajı, benlik saygısı ve cinsel kimliklerinin oluşmasında üreme organları önemli bir role sahiptir. Özellikle bizim kültürümüzde pek çok kadın tarafından üreme organları ve fonksiyonları kadın olmak ile bir tutulmaktadır (21). Kadınlardaki bu algı, üreme organlarının herhangi bir hastalığı veya kaybı durumlarında kadınların kadınlığını, dişiliği ve cinselliğini tehdit altında hissetmesine neden

olabilmektedir. Böylece kadının zihninde kendisi hakkında eksik ve kusurlu bir insan olma gibi olumsuz düşünceler gelişebilmektedir (22).

Beden imajı; jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi yöntemlerinden de etkilenmektedir (61). Özellikle cerrahi tedavi sonrası jinekolojik kanserli kadınlarda olumsuz beden algısından söz edilmektedir. Knapstein ve ark. operasyondan sonra kadınlarda beden algısında bozulma, girişkenlik ve kendine güven gibi durumlarda azalma olduğunu belirlemiştir (26). Cerrahi tedavi ve sonrasında uygulanan adjuvan radyoterapi hastaların fiziksel görünüşleri ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olmasına yol açabilmektedir (62). Ayrıca tedavi sonrası görülen kilo alımı ve alopesi de beden imajında bozulmaya neden olan diğer önemli faktörlerdir (63).

2.4.2. Benlik Saygısı

2.4.2.1. Benlik Saygısının Tanımı

Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar. Benlik kavramı beden imajı, benlik saygısı gibi bileşenlerden oluşmaktadır (64). Benlik saygısı, kişinin kendi değerine yönelik kişisel yargısıdır. Yüksek benlik saygısı kişinin kendinin iyi ve kötü yanlarını kabul ettiğini ve diğerleri tarafından da saygı duyulup sevildiğini biliyor olduğunu gösterir (65). Kişinin benlik kavramı ile ideal benliği arasında geniş bir uyumsuzluk olduğunda ise düşük benlik saygısından bahsedilir (64).

Benlik saygısı yüksek olan bireyler;

- Kendilerine saygı duyulmasını isterler.
- Beceri, davranış, cinsellik ve görünüşlerinde olumludurlar.
- Gözlemlensin ya da gözlenmesin eşit performans gösterirler.
- Eleştirildiklerinde savunmaya geçmezler, atılgan davranırlar.
- İltifatları kolaylıkla kabul ederler.

- Performanslarını gerçekçi olarak değerlendirebilirler.
- Kurumlarında aktiftirler.
- Otorite figürüne karşı rahattırlar.
- Genel olarak hayatlarından memnundurlar.
- Güçlü bir sosyal destek sistemleri vardır.
- Kendilerini kontrol edebilirler.

Benlik saygısı düşük olan bireyler ise tam tersi davranışlar sergilerler (56).

2.4.2.2. Jinekolojik kanser ile Benlik Saygısı İlişkisi

Yaşam boyunca hem iç hem de dış etmenler benlik saygısını etkileyebilir (65). Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında bir ilişki vardır. Sağlık problemleri ile birlikte benlik saygısı düşer (64). Hastalık ve işlev kaybı, genellikle kişinin kişisel hedeflerini değiştirmesine ve bu hedeflerden vazgeçmesine yol açar (65). Benlik saygısının azalması, kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olması açısından önemlidir (59).

Üreme organları kadın için son derece önemlidir ve toplumumuzda 'kadın olma' kimliğinin belirleyicilerinden kabul edilmektedir. Bu nedenle kadının beden imajı ve benlik saygısının oluşmasında etkin rol oynamaktadır. Bu organların hastalığı veya yokluğu kadınlığın kaybı olarak algılanmakta ve kadının kendisini kusurlu veya eksik hissetmesine neden olmaktadır. Kadının kendi bedeni hakkında sahip olduğu bu düşünceler; olumsuz beden imajını ve düşük benlik saygısını beraberinde getirmektedir (23,24). Yapılan çalışmalarda kadınların jinekolojik kanser ve uygulanan tedaviler nedeniyle vücut bütünlüğündeki bozulmanın, beden imajı ve benlik saygısını negatif yönde etkilediği saptanmıştır (25,26,27). Ayrıca jinekolojik kanserli kadınlara uygulanan cerrahi tedavilerden radikal histerektomi ve radikal vulvektomi kadınların, artık eşlerine hoş görünmeyeceği, cinsel çekiciliğinin azalacağı ve cinsel ilişkilerinin olumsuz etkileneceği gibi değişik duygular yaşamasına sebep olur (23). Uygulanan radyoterapi ve kemoterapi sonrasında görülen alopesi, bulantı, kusma ve kilo kaybı gibi

yan etkiler de, kadının beden imajını olumsuz yönde etkileyerek benlik saygısında azalma meydana getirebilir (28, 29).

2.4.3. Depresyon

2.4.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, iki hafta boyunca neredeyse tüm aktivitelerden memnuniyetsizlik ve duygularda baskılanma ile karakterize bir hastalıktır. Bununla beraber iştah ve kilo değişiklikleri, uyku ya da psikomotor aktivitelerdeki değişiklikler, enerji azalması, negatif benlik algısı ve suçluluk hissi genelde bu tabloya eşlik eder (66).

Gün içinde sürekli çökkün ve bunaltılı duygudurum, genel isteksizlik, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama (anhedonia), enerji azlığı, çabuk yorulma, dalgınlık ve dikkatte azalma, yetersizlik, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, uykuda azalma ya da artma, iştah ve kiloda değişiklik, ölüm ve özkıyım düşünceleri, psikomotor yavaşlama gibi belirtilerden beş ya da altı tanesi hemen hemen her gün iki hafta ve daha fazla sürüyorsa bu durum depresyon olarak değerlendirilir (64,67).

Depresyon ruhsal ve fiziksel birçok hastalıklarda görülebilir. Birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınması yaygınlaşmıştır.

Birincil Depresyon: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalık ile alakalı olmaksızın oluşan ruhsal çökkünlüklerdir.

İkincil Depresyon: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalık sonrası meydana gelen çökkünlük durumlarıdır. Asıl hastalığın yarattığı psikososyal stres ile korku, endişe ve çaresizlik gibi duygular depresyon oluşumunda etkilidir (64).

2.4.3.2. Kanser ve Depresyon ilişkisi

Günümüzde kanser; tedavisindeki olumlu gelişmelere rağmen, kişilerin korktuğu, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanmaktadır (1). Hastalığın erken belirlenmediği ve tedavi edilemediği durumlarda ölüm riskinin artması ve tedavi sürecinde yaşanan güçlükler depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlamaktadır (68).

Birey kanser hastası olduğunu öğrendiği anda şok yaşar ve durumu tam olarak kavrayamaz. Daha sonra bu durumun gerçek olabileceğine inanamaz ve hastalığı inkar eder. Sonrasında ‘‘Neden benim başıma geldi?’’ sorusunu sorar ve öfkelenir. Yaşanan pazarlık aşamasının ardından her şey anlamsız gelir ve birey derin bir keder duygusuna kapılır. Karmaşık duyguları kapsayan bu ‘‘yas dönemi’’ etkin şekilde atlatılmazsa, yani bu hastalık ile yaşamaya uyum sağlanamazsa, yas dönemi uzar ve patolojik yas süreci ile birlikte depresyon gelişebilir (8,56).

Kanser, depresyonun sıkça görüldüğü bedensel hastalıklardan biridir (69). Ruhsal bir hastalığın bulunması, benlik saygısının düşük olması, tanı ve tedavi sürecinde yaşanan duygusal stres ve destek sistemlerinin azlığı kanserli hastalarda depresyon görülmesinin başlıca nedenleridir (70). Ayrıca kanserli hastalarda depresyon görülme sıklığının; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni hali ile kanserin lokalizasyonu, uygulanan tedavi, hastalığın prognozu ve tedavinin yan etkileri ile ilişkili olduğu söylenebilir (71).

Kanser hastalarında depresyon prevalansı %20 ile %50 arasında değişmektedir (68). Jinekolojik kanser hastalarında ise en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur (72). Özellikle uygulanan tedavinin kadının partneri ile ilişkisini ve doğurganlığını etkilemesi kadınlarda önemli ölçüde depresyona sebep olmaktadır (73). Bunların dışında kemoterapinin beyin üzerinde hızlı ve direkt etkisi ile akut depresyon oluşabilmektedir (8).

Ell ve ark. 472 jinekolojik kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, 114 hastanın majör depresyon yaşadığını belirlemiştir. Orta derecede depresyon tarifleyenlerin oranı %62, şiddetli derecede depresif bulgular gösterenlerin oranı ise %38'dir. Kadınların %20'sinin ise intihar seviyesinde depresyon yaşadığı saptanmıştır (16). Başka bir çalışmada, 246 epitelyal over kanserli hastaların %21'inin depresyonda olduğu belirtilmektedir (74). Suzuki ve arkadaşlarının çalışmasında ise; 214 jinekolojik kanserli hastanın %55'inde depresif bulgulardan bahsedilmektedir (17).

2.5.Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

İnsan fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile bir bütündür ve her boyut birbirini etkiler. İnsanı anlamak ve yardım etmek için bu etkileşimi tanımlamak gerekir. Konsültasyon

liyezon psikiyatrisi (KLP), biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmeye dönük olup, genel hastane uygulamasında bireylere psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlar. KLP Hemşiresi ise, fiziksel/tıbbi hastalığı ya da yakınması nedeniyle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştiren, primer korumadan rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlayan ve psikososyal bakımı doğrudan planlayan, uygulayan, değerlendiren ve hemşireye, ekibe, bireye, aileye danışmanlık yapan, eğitim veren, kurumda psikososyal bakımın kurumsallaşması için yönetime danışmanlık hizmeti veren ve alanıyla ilgili araştırmalar yapan özelleşmiş psikiyatri hemşiresidir (75).

KLP hemşiresinin birincil amacı; fiziksel hastalığı olan hastaların bütüncül (holistik) sağlığını yükseltmek, psikososyal uyumuna yardım etmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, bireyin mevcut hastalığı ile ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmaktır. İkincil amacı ise; hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin psikososyal tanılama ve bakım becerilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerini kolaylaştırarak onların kendi klinik uygulamaları ve bakım aktiviteleri ile ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını bütünleştirmelerinde yeterli olmalarını sağlamaktır (31).

Hastalığın subjektif olması ve her birey için farklı deneyimlenmesi nedeniyle kişilerin hastalığa yanıtı da farklıdır. Bazı kişiler, hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleşir görünürken, bazıları anksiyete, öfke, korku veya umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşamakta ve zorlanmaktadırlar. Hastalarda genel olarak ortaya çıkan en yaygın emosyonel tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluktur. En yaygın davranışsal tepkiler de; destek arama, bu zorlayıcı yaşam olayı sonrası gelişim, kendi sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, tedavi rejimine uyumsuzluk veya tedaviyi reddetmedir. Hemşirenin, fiziksel bir hastalıkla karşılaşan kişiye psikososyal bakım vermesi için, hastanın bu tepkilerini tanıyabilmesi ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri bilerek hastayı değerlendirmesi gereklidir (76).

Psikososyal bakım, hastalığın duygusal alanlarıyla, sağlık bakımını ve sağlığı etkileyen yaşam krizleriyle ya da psikiyatrik bozukluklarla baş etme güçlüğü yaşayan bireylere yardım etmek için girişimleri vurgular. Örneğin, depresyon, öfke, madde bağımlılığı ya da kederdeki problemler bir hastanın hastalığa tepkisini ya da sağlık bakım sisteminin müdahalelerini etkileyebilir. Psikososyal bakımda hemşire psikolojik ya da fizyolojik hastalıkta ve bireylerin strese yanıt olarak intrapsişik ve sosyal işlev görmesi üzerine stresin etkileri üzerine yoğunlaşır (65).

Psikososyal bakımda hemşire, kişiyi kendi çevresinde değerlendirir, hastanın iyilik düzeyine ve hastalığa/durumuna uyumunu destekler ve böylece her hastanın özgün stresine uyumunu kolaylaştırır. Hemşire kaliteli psikososyal bakım verebilmek için hastanın baş etme tepkilerini ve maksimum güçlerini belirlemelidir (65).

Fiziksel hastalığı olan hastalardaki psikiyatrik ve psikososyal bakım ve tedavinin; hasta bakım ve kalitesini arttırdığı, mortaliteyi, morbiditeyi azalttığı, hastanede yatış süresini ve genel masrafları azalttığı, düzelme ve iyilik haline katkıda bulunduğu bildirilmektedir (75).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma jinekolojik kanserli hastaların beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (EÜSAUM) bünyesinde olan Nazende-Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi'nde (NNÖOGTM) yürütülmüştür.

Kayseri ve çevre illerden gelen kanser hastalarına hizmet veren NNÖOGTM, 3 katlı olup toplam 2 bin 500 metre kare kullanım alanına sahiptir. NNÖOGTM' de 70 adet hasta tedavi koltuğu, 10 adet özel oda, 3 adet hastalar için eğitim odası, 1 adet eczane ve kemoterapi ilaç hazırlama merkezi mevcuttur. Merkezde 1 onkoloji yan dal asistanı uzman doktor, 2 iç hastalıkları asistanı, 1 sorumlu hemşire, 3 eğitim hemşiresi, 12 kemoterapi uygulama hemşiresi, 1 diyetisyen, 1 psikolog ve kemoterapi hazırlama ünitesinde 9 biyolog görev yapmaktadır. Hastalar 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet almaktadır. Erciyes Üniversitesi Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji (MKDOHMO) ünitesinde hekim tarafından muayene edilen ve kemoterapi alması uygun görülen hastalar belirlenen kür protokolleri ile NNÖOGTM polikliniğine yönlendirilmektedir. Burada kemoterapi için rapor düzenlenmektedir. Daha sonra hastalar eğitim hemşirelerine gönderilmektedir. Eğitim hemşireleri hastaların boy, kilo ölçümlerini, toksisite değerlendirmesini, davranış değişikliklerini, günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel değerlendirmesi ile düşme riski değerlendirilmesini yapmaktadırlar. Ayrıca hastalara kemoterapinin günleri, ne kadar süreceği, kemoterapi alırken nelere dikkat edileceği, kemoterapinin yan etkileri gibi bilgiler ve beslenme, temizlik, aktivite hakkında eğitimler vermektedir. Eğitim

hemşirelerinin planladığı randevu gününde gelen hastalar eğitim odasına uğrayıp ölçümlerini yaptırdıktan sonra kemoterapi için 2. veya 3. kata çıkmaktadırlar. Kemoterapi uygulama hemşiresi hastaların yaşam bulgularını ölçerek hemşire gözlem formuna kaydetmektedir. Robot tarafından hazırlanıp, hazır olarak üniteye gelen kemoterapiler hastalara hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Günde ortalama 70 hastaya kemoterapi verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini EÜSAUM MKDOHMO ünitesine başvuran ve NNÖOGTM’nde kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalar oluşturmaktadır. 2016 yılında bahsi geçen üniteye toplam 141 hasta başvurmuştur.

Örneklem büyüklüğü Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından hesaplanmıştır. En önemli değişkenin depresyon durumunun olduğu varsayılarak %90 güç ve %5 yanılma payı ile örneklem hesaplanmıştır. Depresyon sıklığı problem tanımında verilen kaynaklardaki değerlere göre %25 olarak alınmıştır. Bu durumda $\alpha=0.05$ $\beta=0.19$ prevelans=0.25 $N=141$ ve güç=0.80 olarak planlanmıştır.

	Proportion Given H0	Proportion Given H1	Difference (P1 - P0)	Target Alpha	Actual Alpha	Reject H0 If Beta	Power <=R>=R
N	(P0)	(P1)					
0,8066	76	0,2500	0,3500	0,1000	0,0500	0,0343	0,1934
							13 25

Araştırmanın örneklemine 11 Ocak 2017 ile 7 Temmuz 2017 arasında EÜSAUM MKDOHMO ünitesine başvuran ve NNÖOGTM’nde tedavi gören 76 Jinekolojik kanserli hasta oluşturmuştur.

Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Seçim Kriterleri:

- Primer tanısı; over, endometrium, serviks kanseri olan,
- En az bir kez kemoterapi almış olan,
- Cerrahi tedavi uygulanmış olan,
- Tanısını bilen,

- 18 yaşından büyük olan,
- Terminal dönemde olmayan,
- Okuma yazması olan,
- Anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik ve/veya psikiyatrik bozukluğu olmayan,
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formu imzalayan hastalar çalışma kapsamına alınmıştır

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler; beden imajı, benlik saygısı puanı ile depresyon puanıdır.

Bağımsız değişkenler ise; jinekolojik kanserli hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı coğrafi bölge, boy/kilo/BKİ'si, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, ailede başka jinekolojik kanser tanısı alan bireyin olma durumu, menopoz yaşı, sigara ve alkol kullanma durumu, bu hastalıktan başka hastalığının olma durumu, geçmişte ruhsal bir hastalık nedeni ile tedavi alma durumu, şu an ruhsal bir hastalığın var olma durumu hastalığı esnasında zorluk yaşama durumu, yaşanan zorlukların türleri, ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyma durumu, tanının ne zaman konulduğu, tedaviye başlama zamanı, kemoterapiye başlanma zamanı, kemoterapi kür sayısı, radyoterapi yapılma durumu gibi hastalara ait değişkenlerdir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların demografik verilerine ilişkin Hasta Tanıtım Formu; ikinci bölümde Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) (Body Cathexis Scale); üçüncü bölümde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ); dördüncü ve son bölümde ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) yer almıştır. Veri toplama aracında kullanılan form ve ölçekler aşağıda sırası ile tanıtılmaktadır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu üç bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde; jinekolojik kanserli hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesinin olma durumu, aile tipi, beraber yaşadığı kişiler, yaşadığı coğrafi bölge, boy/kilo/BKİ'si, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, ailede jinekolojik kanser tanısı alan bireyin olma durumu, menopoza girip girmediği, menopoza girdi ise menopoz yaşı sigara ve alkol kullanma durumu gibi özellikleri yer almıştır.

İkinci bölümde; hastanın primer tanısı ve tanı aldığı tarih, tedaviye ve kemoterapiye başlanma zamanı, kemoterapi kür sayısı, radyoterapi alma durumu, başka bir hastalığa sahip olma durumu, herhangi bir cerrahi operasyon geçirme durumu, jinekolojik kanser ve tedaviye ilişkin özellikler değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölümde ise; geçmişte ruhsal bir hastalık geçirme durumu, geçirdi ise isimleri ve aldığı tedaviler, şu an ruhsal hastalığa sahip olma durumu, hastalık sırasında yaşanan zorluklar, ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyup duymadığına ilişkin bireyin ruhsal durumunu değerlendirmeye yönelik sorulara yer verilmiştir.

3.5.2. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş, 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde 1'den 5'e kadar değişen puanlar almakta ve "Çok Beğeniyorum" (5 puan), "Oldukça Beğeniyorum" (4 puan), "Kararsızım" (3 puan), "Beğenmiyorum" (2 puan) ve "Hiç Beğenmiyorum" (1 puan) şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Kesme puanı olmayan ölçekten toplam 40 ile 200 arasında puan alınabilmekte, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin özellikle depresyon ile ilgili araştırmalarda kullanılması önerilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,923 bulunmuştur.

3.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1965 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, on iki alt kategoriden oluşmaktadır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilmesini belirtmiştir. Bu araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk '10' maddesi kullanılmıştır. Beş maddesi pozitif, beş maddesi negatif ifadelerden oluşan bu 10 maddelik ölçekte puanlama Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmaktadır. "Çok Doğru", "Doğru", "Yanlış" ve "Çok Yanlış" seçeneklerinin yer aldığı 4 dereceli Likert türü bir ölçektir ve sorulardan beşi ters kodlanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre; 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3'den 0'a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,793 bulunmuştur.

3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. BDÖ'nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada Hisli tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanıldı. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada BDE'nin Cronbach α katsayısının 0,80 olduğu bildirilmektedir. BDÖ formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,893 bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Çalışmanın planlanması tamamlandıktan ve gerekli izinler alındıktan sonra anket formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 04/01/2017-11/01/2017 tarihleri arasında EÜSAUM MKDOHMO ünitesine başvuran ve NNÖOGTM’nde kemoterapi alan 5 Jinekolojik kanserli hasta üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Bu hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrasında hasta tanıtım formuna; gelir düzeyi, tanının ne zaman konulduğu, tedaviye ve kemoterapiye başlanma zamanı, kür sayısı, radyoterapi alma durumu, hastalık sırasında yaşanan zorluklar, ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyma durumuna yönelik sorular eklenerek son şekli verilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama formu, 12/01/2017-07/07/2017 tarihleri arasında EÜSAUM MKDOHMO ünitesine başvuran ve NNÖOGTM’nde kemoterapi alan 76 hasta üzerinde uygulanmıştır. Karşılaşılan hastalardan 3’ü çalışmaya katılmayı reddetmiş, 2’si tanısını bilmediği için çalışmaya alınmamıştır.

Öncelikle belirtilen klinikte çalışan eğitim hemşireleri ve kemoterapi uygulama hemşireleri ile tanışılarak onlara araştırmaya dahil edilebilecek hasta profili hakkında bilgi verilmiş ve iş birliği yapılmıştır. Onlardan jinekolojik kanserli hastalarla karşılaşıldığında haber vermeleri istenmiştir. Her gün sabah önce eğitim hemşireleri ile görüşülerek o gün gelen jinekolojik kanserli hastaların isimleri belirlenmiştir. Daha sonra kemoterapi uygulama alanına gidilerek kemoterapi uygulama hemşireleri ile görüşülmüştür. Hasta seçim kriterlerine uyan araştırmaya katılmayı kabul ederek Katılımcı gönüllü olur formu ve Bilgilendirilmiş olur formunu imzalayan hastalara veri toplama formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Bir formun doldurulma süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Hastanın demografik verileri ve tıbbi öyküsü kendisine sorularak doldurulmuş, hastalık tanısı, tedaviye ve kemoterapiye başlanma zamanı, kemoterapi kür sayısına yönelik bilgiler ise hasta dosyasından elde edilmiştir.

4. BULGULAR

Jinekolojik kanserli hastaların beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)* / **

Özellikler	N	%
Yaş Grubu		
30-39 yaş	3	3.9
40-49 yaş	13	17.1
50-59 yaş	22	28.9
60-69 yaş	23	30.3
70-79 yaş	15	19.7
Yaş Ortalama±ss	59.06±11.21 (Min:34.0-Max:79.0)	
Medeni Durum		
Evli	49	64.5
Bekar	25	32.9
Boşanmış	2	2.6
Eğitim Durumu		
Okuryazar	31	40.8
İlkokul mezunu	32	42.1
Ortaokul mezunu	4	5.3
Lise mezunu	5	6.6
Üniversite mezunu	4	5.3
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		
Çalışan	8	10.5
Çalışmayan	68	89.5
Gelir Düzeyi		
İyi	8	10.5
Orta	43	56.6
Kötü	25	32.9
Meslek		
Ev hanımı	64	84.2
Emekli	3	3.9
Öğretmen	2	2.6
İşçi	2	2.6
Diğer (Aşçı, terzi, memur, muhasebeci, turizmci)	5	6.6
Aile Tipi		
Çekirdek aile	40	52.6
Geniş aile	14	18.4
Parçalanmış aile	22	28.9

Tablo 4.1. (Devamı)

Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş ve çocuk ile	23	30.3
Eş ile	16	21.1
Yalnız yaşıyor	13	17.1
Akrabalar ile	24	31.5
Yaşanan Yer		
Kayseri il merkezi	35	46.1
Kayseri ilçe/kasaba	10	13.2
Kayseri dışı	31	40.8
Sigara İçme Durumu		
İçen	4	5.3
İçmeyen	61	80.3
Bırakmış	11	14.5
Sigara İçme Miktarı Adet/Gün (n=4)		
3	1	25.0
5	2	50.0
10	1	25.0
Toplam	76	100.0

*Hastaların tamamının sosyal güvencesi vardır.

**Hastaların hiç biri alkol kullanmamaktadır.

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özellikleri incelenmiştir. Hastaların %30.3’ünün 60-69 yaş grubunda, %64.5’inin evli, %42.1’inin ilköğretim mezunu olduğu, %89.5’inin gelir getiren bir işte çalışmadığı ve %84.2’sinin ev hanımı olduğu bulunmuştur. Hastaların %52.6’sının çekirdek aile tipine sahip aile olduğu, %30.3’ünün eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %46.1’inin Kayseri il merkezinde yaşadığı ve %80.3’ünün sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların Fiziksel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	Ortalama±ss	Min- Max
Ağırlık (kg)	76.26±14.85	47.00-130.00
Boy (cm)	158.00±6.70	143.00-173.00
BKİ (kg/m²)	30.64±6.52	19.80-57.70

Tablo 4.2’de hastaların fiziksel özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların vücut ağırlığı ortalamasının 76.26±14.85, boy ortalamasının 158.00±6.70, BKİ ortalamasının ise 30.64±6.52 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Doğurganlık ve Menopoz ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	N	%
İlk Doğum Yaşı (yıl) (n=71)		
14-18 yaş	22	30.9
19-25 yaş	44	61.9
26-37 yaş	5	7.0
İlk Doğum Yaşı Ortalama±ss	20.32±3.87 (Min: 14.00-Max: 37.00)	
Doğum Sayısı		
1-3	30	39.5
4-6	27	35.5
7-11	13	17.1
Doğum yapmayan	5	6.6
Doğum Sayısı Ortalama±ss	4.01±261 (Min:0.00-Max:11.0)	
Menopoz Yaşı		
30-39 yaş	7	9.2
40-49 yaş	38	50.0
50 ve üzeri yaş	31	40.8
Menopoz Yaşı Ortalama±ss	46.52±5.14 (Min: 30.00 Max: 55.00)	
Cerrahi Tedavi Nedeniyle Menopoza Girme Durumu		
Giren	27	35.5
Girmeyen	49	64.5
Toplam	76	100.0

Tablo 4.3'te hastaların doğurganlık ve menopoz ile ilgili özellikleri verilmiştir. Hastaların ilk doğum yaşı ortalaması 20.32±3.87 olup %61.9'unun ilk doğum yaşı 19-25 arasında, doğum sayısı ortalama 4.01±261 olup %39.5'inin doğum sayısı 1-3 arasında, menopoz yaş ortalaması ise 46.52±5.14 olup, %50.0'ının menopoz yaşının 40-49 arasında olduğu bununla birlikte %64.5' inin menopoza girme nedeninin cerrahi tedavi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	N	%
Tanı		
Over kanseri	40	52.6
Endometrium kanseri	24	31.6
Serviks kanseri	12	15.8
Tanı Alma Zamanı		
1 yıldan az	59	77.6
1-5 yıl	13	17.1
5 yılın üzerinde	4	5.3
Tedaviye Başlama Zamanı		
1 yıldan az	36	47.4
1-5 yıl	31	40.8
5 yılın üzerinde	9	11.8
Kür Sayısı		
1-5 kür	48	63.2
6-10 kür	16	21.1
11-ve üzeri kür	12	15.8
Kür Sayısı Ortalama±ss	5.47±4.40 (Min: 1.00-Max: 16.00)	
Radyoterapi Alma Durumu		
Alan	18	23.7
Almayan	58	76.3
Başka Bir Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu		
Geçiren	69	90.8
Geçirmeyen	7	9.2
Başka Bir Hastalığı Olma Durumu		
Olan	44	57.9
Olmayan	32	42.1
Aile Bireylerinde Kanser Tanısı Alma Durumu		
Alan	25	32.9
Almayan	51	67.1
Toplam	76	100.0

Tablo 4.4'te hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %52.6'sının tanısının over kanseri olduğu, %77.6'sının tanı alma zamanının, %47.4'ünün ise tedaviye başlama zamanının bir yıldan az olduğu saptanmıştır. Hastaların %63.2'sinin aldıkları kür sayısının 1-5 olduğu, %76.3'ünün radyoterapi almadığı, %90.8'inin geçmişte başka bir cerrahi operasyon geçirdiği, %57.9'unun ek olarak başka bir hastalığa sahip olduğu, %67.1'inin aile bireylerinde kanser tanısı alan başka bir bireyin bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Ruhsal Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)*

Özellikler	<i>n</i>	%
Geçmişte Ruhsal Hastalık Nedeniyle Tedavi Alma Durumu		
Alan	7	9.2
Almayan	69	90.8
Ruhsal Hastalık Türü (n=7)		
Depresyon	7	100.0
Kullanılan İlaç Türü (n=7)		
Hatırlamıyor	2	28.6
Lustral	2	28.6
Prozac	1	14.3
Anafranil	1	14.3
Depakin	1	14.3
Şu An Ruhsal Hastalığa Sahip Olma Durumu		
Olan	2	2.6
Olmayan	74	97.4
Yaşanan Zorlukların Türü**		
Maddi zorluklar	29	22.0
Bakıma dair zorluklar	14	10.6
Ulaşımına dair zorluklar	16	12.2
Sosyal çevreye dair zorluklar	14	10.6
Ruhsal açıdan yaşanan zorluklar	42	31.9
Kemoterapinin yan etkilerinin yaşattığı zorluklar	23	17.5
Ruhsal Açıdan Desteklenmeye İhtiyaç Duyma Durumu		
Duyan	51	67.1
Duymayan	25	32.9
Toplam	76	100.0

*Hastaların tamamı tedavi sırasında zorluk yaşamıştır.

**Birden fazla ifade kullanılmıştır.

Tablo 4.5'te hastaların ruhsal durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı incelenmiştir. % 90.8'inin geçmişte ruhsal bir hastalık nedeniyle tedavi almadığı, %97.4'ünün şu an ruhsal bir hastalığı bulunmadığı belirlenmiştir. Hastaların %31.9'unun tedavi sırasında ruhsal açıdan zorluk yaşadığı ve %67.1'inin ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hastaların BAÖ, BDÖ ve RBSÖ Puan Ortalamaları (n=76)

Ölçekler	Ortalama± ss	Min- Max
BAÖ	94.02±21.90	(55.0-146.0)
RBSÖ	11.42±4.10	(3.0-21.0)
BDÖ	30.86±10.30	(12.0-56.0)

Tablo 4.6’da hastaların BAÖ, BDÖ ve RBSÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların BAÖ puan ortalamasının 94.02±21.90, RBSÖ puan ortalamasının 11.42±4.10 ve BDÖ puan ortalamasının 30.86±10.30 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.7. Hastaların BAÖ, BDÖ ve RBSÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	N	%
Beden algısı (BAÖ)		
134 puan ve altı (olumsuz beden algısı)	72	94.7
135 puan ve üzeri (olumlu beden algısı)	4	5.3
Benlik saygısı (RBSÖ)		
14 puan ve altı (düşük benlik saygısı)	59	77.6
15 puan ve üzeri (yüksek benlik saygısı)	17	22.4
Depresyon (BDÖ)		
16 puan ve altı (depresif bulgular mevcut değil)	4	5.3
17 puan ve üzeri (depresif bulgular mevcut)	72	94.7
Toplam	76	100.0

Tablo 4.7’de hastaların beden algısı, benlik saygısı ve depresyon durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %94.7’sinin olumsuz beden algısına sahip olduğu ve depresif semptomlar deneyimlediği, %77.6’sının benlik saygısının düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Hastalarda BAÖ, RBSÖ VE BDÖ Arasındaki İlişki

Ölçekler	BAÖ		RBSÖ		BDÖ	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
BDÖ	-,822*	<0.001				
BAÖ			,747*	<0.001		
RBSÖ					-,793*	<0.001

*Pearson correlation

Tablo 4.8’de hastalarda BAÖ, RBSÖ VE BDÖ arasındaki ilişki yer almaktadır. BAÖ ve BDÖ arasında negatif yönde çok yüksek anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,822$; $p<0.001$). BAÖ ile RBSÖ arasında pozitif yönde yüksek anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=,747$; $p<0.001$). RBSÖ ve BDÖ arasında negatif yönde yüksek anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,793$; $p<0.001$).

Tablo 4.9. Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	BDÖ Ort ±ss	<i>p</i>	BAÖ Ort±ss	<i>p</i>	RBSÖ Ort ±ss	<i>P</i>
Yaş Grubu						
30-49 yaş	35.81±9.00	<0.001 ¹	89.31±19.20	.336 ¹	9.37±3.42	<0.001 ¹
50 yaş ve üzeri	29.55±10.29		95.28±22.55		11.96±4.12	
Medeni Durum						
Evli	32.55±10.14	.055 ¹	91.85±22.50	.248 ¹	10.97±4.35	.209 ¹
Bekar/ Boşanmış	27.81±10.07		97.96±20.60		12.22±3.54	
Eğitim Durumu						
Okuryazar	29.48±9.76		94.00±20.39	.242 ²	11.96±3.56	
İlkokul -Ortaokul mezunu	31.22±11.31	.466 ²	96.80±24.38		11.41±4.65	.304 ²
Lise- Üniversite mezunu	34.22±7.66		83.00±12.93		9.55±3.24	
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu						
Çalışan	33.37±7.63	.471 ¹	88.12±19.29	.424 ¹	10.87±3.35	.694 ¹
Çalışmayan	30.57±10.58		94.72±22.22		11.48±4.20	
Gelir Düzeyi						
İyi- Orta	32.92±10.43	<0.001 ¹	90.82±21.50	.068 ¹	10.84±4.08	.080 ¹
Kötü	26.68±8.85		100.56±21.67		12.60±3.98	
Aile Tipi						
Çekirdek aile	33.30±10.58		91.90±23.65	.606 ²	10.90±4.55	.497 ²
Geniş aile	27.42±5.62	.089 ²	94.21±16.13		11.78±2.72	
Parçalanmış aile	28.63±11.28		97.77±22.14		12.13±4.00	
Birlikte Yaşanan Kişiler						
Yalnız yaşayan	24.92±7.85	<0.001 ¹	99.38±18.06	.336 ¹	12.38±3.64	.356 ¹
Yalnız yaşamayan	32.09±10.38		92.92±22.58		11.22±4.19	
Yaşanan Yer						
Kayseri il merkezi	32.14±11.05	.323 ¹	94.68±24.20	.810 ¹	11.08±4.14	.514 ¹
Kayseri il merkezi dışı	29.78±9.63		93.46±20.03		11.70±4.10	

¹Independent samples T test²One Way Anova test

Tablo 4.9’da hastaların BDÖ, BAÖ ve RBSÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Yaş gruplarına göre, gelir düzeyine göre ve birlikte yaşadığı kişilere göre hastaların BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$); medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, aile tipi, yaşanan yere göre hastaların BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler ve yaşanan yere göre hastaların BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre hastaların RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$); medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler ve yaşanan yere göre hastaların RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının BKİ Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

BKİ (kg/m ²)	BDÖ Ort ±ss	<i>p</i>	BAÖ Ort±ss	<i>P</i>	RBSÖ Ort ±ss	<i>P</i>
18.5-24.9 kg/m ² arasında (normal kilolu)	33.33±9.62	.304 ¹	87.66±21.69	.212 ¹	10.13±3.54	.177 ¹
25.0 kg/m ² üzeri (fazla kilolu)	30.26±10.45		95.59±21.85		11.73±4.19	

* Hastalardan hiçbirinin BKİ değeri 18.5 kg/m²,nin altında (zayıf) değildir.

¹ Independent samples T test

Tablo 4.10’da hastaların BDÖ, BAÖ ve RBSÖ puan ortalamalarının BKİ özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. BKİ özelliklerine göre hastaların BDÖ, BAÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.11. Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Doğurganlık ve Menopoz ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	BDÖ Ort ±ss	P	BAÖ Ort±ss	p	RBSÖ Ort±ss	P
İlk Doğum Yaşı						
14-18 yaş	28,59±9,68		98.54±21.50		12.72±3.91	
19 ve üzeri yaş	31.16±10.60	.336 ¹	93.63±22.48	.391 ¹	11.22±4.11	.153 ¹
Doğum Sayısı						
1-3 ^a	32.45±10.37		92.09±23.29		11.00±4.14	
4 ve üzeri ^b	28.75±10.12	.089 ²	97.52±21.21	.140 ²	12.22±4.00	<0.001 ¹
Doğum yapmayan ^c	38.00±7.51		78.00±8.27		7.60±2.07	
Menopoz Yaşı						
30-39 yaş	33.14±7.81		88.85±11.09		10.71±3.35	
40-49 yaş	31.18±11.46	.741 ²	92.23±22.61	.510 ²	11.26±4.17	.786 ²
50 ve üzeri yaş	29.96±9.44		97.38±22.86		11.77±4.25	
Cerrahi Tedavi Nedeniyle Menopoza Girme Durumu						
Giren	36.11±9.80	<0001 ¹	87.92±18.81	<0.001 ¹	9.22±4.22	<0.001 ¹
Girmeyen	27.98±9.49		97.38±22.92		12.63±3.52	

a'nın ortalaması, b ve c den anlamlı düzeyde farklı değildir (p>0.05).

b'nin ortalaması, a dan anlamlı düzeyde farklı değil (p>0.05), c den anlamlı düzeyde farklıdır (p<0.05).

c'nin ortalaması, b den anlamlı düzeyde farklı (p<0.05), a dan anlamlı düzeyde farklı değildir (p>0.05).

¹ Independent samples T test

² One Way Anova test

Tablo 4.11'de hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ puan ortalamalarının doğurganlık ve menopoz ile ilgili özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

İlk doğum yaşı, doğum sayısı ve menopoz yaşına göre hastaların BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05), cerrahi tedavi nedeniyle menopoza girme durumuna göre ise hastaların BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.05) bulunmuştur.

Hastalarda doğum sayısı ve cerrahi tedavi nedeniyle menopoza girme durumu ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.05), doğum sayısının 4 ve üzeri olan hastaların RBSÖ puan ortalamalarının 1-3 doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı (p>0.05) ancak hiç doğum yapmayanlara göre RBSÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde

yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. İlk doğum yaşı ve menopoz yaşına göre ise RBSÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	BDÖ Ort \pm ss	P	BAÖ Ort \pm ss	P	RBSÖ Ort \pm ss	P
Tanı						
Over kanseri	32.05 \pm 10.40	.497 ²	91.67 \pm 21.40	.571 ²	10.52 \pm 4.30	.111 ²
Endometriyum kanseri	28.87 \pm 9.43		97.70 \pm 22.26		12.12 \pm 3.23	
Serviks kanseri	30.91 \pm 11.86		94.50 \pm 23.71		13.00 \pm 4.53	
Tanı Alma Zamanı						
1 yıldan az	30.42 \pm 10.35	.780 ²	93.45 \pm 21.39	.851 ²	11.45 \pm 4.23	.768 ²
1-5 yıl	32.23 \pm 10.29		94.84 \pm 24.90		11.69 \pm 3.81	
5 yılın üzerinde	33.00 \pm 11.91		99.75 \pm 24.74		10.00 \pm 3.55	
Tedaviye Başlama Zamanı						
1 yıldan az	30.94 \pm 10.35	.511 ²	92.63 \pm 22.20	.502 ²	11.41 \pm 4.19	.423 ²
1-5 yıl	29.77 \pm 10.46		97.25 \pm 22.13		11.64 \pm 4.29	
5 yılın üzerinde	34.33 \pm 9.93		88.44 \pm 20.49		10.66 \pm 3.31	
Kür Sayısı						
1-5 kür	31.08 \pm 10.77	.783 ²	93.66 \pm 21.66	.796 ²	11.66 \pm 4.24	.783 ²
6-10 kür	29.37 \pm 8.57		97.00 \pm 19.64		11.12 \pm 3.84	
11 ve üzeri kür	32.00 \pm 11.09		91.50 \pm 26.85		10.83 \pm 4.10	
Radyoterapi Alma Durumu						
Alan	31.39 \pm 10.25	.808 ¹	92.05 \pm 24.17	.665 ¹	11.94 \pm 4.33	.539 ¹
Almayan	30.70 \pm 10.41		94.63 \pm 21.34		11.25 \pm 4.05	
Başka Bir Operasyon Geçirme Durumu						
Geçiren	31.04 \pm 10.20	.645 ¹	92.28 \pm 21.18	<0.001 ¹	11.34 \pm 3.86	.629 ¹
Geçirmeyen	29.14 \pm 12.06		111.14 \pm 23.14		12.14 \pm 6.36	
Başka Bir Hastalığı Olma Durumu						
Olan	29.81 \pm 10.88	.301 ¹	96.45 \pm 22.07	.260 ¹	12.43 \pm 3.89	<0.001 ¹
Olmayan	32.31 \pm 9.45		90.68 \pm 21.57		10.03 \pm 4.03	
Aile Bireylerinde Kanser Tanısı Alma Durumu						
Alan	31.72 \pm 10.30	.617 ¹	94.40 \pm 21.76	.918 ¹	11.16 \pm 4.67	.701 ¹
Almayan	30.45 \pm 10.39		93.84 \pm 22.19		11.54 \pm 3.83	

¹ Independent samples T test

² One Way Anova test

Tablo 4.12’de hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ puan ortalamalarının hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı incelenmiştir.

Hastaların tanısı, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, alınan kür sayısı, radyoterapi alma durumu, başka bir operasyon geçirme durumu, başka bir hastalığı olma durumu, ailede kanser tanısı alan başka bir bireyin olma durumuna göre hastaların

BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Hastaların tanısı, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, alınan kür sayısı, radyoterapi alma durumu, başka bir hastalığı olma durumu, ailede kanser tanısı alan başka bir bireyin olma durumuna göre hastaların beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$); başka bir operasyon geçirme durumuna göre hastaların BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Hastaların tanısı, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, alınan kür sayısı, radyoterapi alma durumu, başka bir operasyon geçirme durumu, ailede kanser tanısı alan başka bir bireyin olma durumuna göre hastaların RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$); başka bir hastalığı olma durumuna göre hastaların RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların BDÖ, BAÖ, RBSÖ Puan Ortalamalarının Ruhsal Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=76)

Özellikler	BDÖ Ort ±ss	P	BAÖ Ort±ss	P	RBSÖ Ort±ss	P
Geçmişte Ruhsal Hastalık Nedeniyle Tedavi Alma Durumu		.494 ¹		.287 ¹		.213 ¹
Alan	33.42±7.74		85.57±14.03		9.57±3.86	
Almayan	30.60±10.54		94.88±22.44		11.60±4.10	
Şu An Ruhsal Hastalığı Olma Durumu		<0.001 ¹		0.142 ¹		<0.001 ¹
Olan	50.50±7.77		71.50±12.02		5.50±0.70	
Olmayan	30.33±9.87		94.63±21.83		11.58±4.04	
Ruhsal Açıdan Desteklenmeye İhtiyaç Duyma Durumu		<0.001 ¹		<0.001 ¹		<0.001 ¹
Duyan	34.70±9.04		86.41±18.75		9.88±3.38	
Duymayan	23.04±8.18		109.56±19.81		14.56±3.67	

¹ Independent samples T test

Tablo 4.13'te hastaların BDÖ, BAÖ ve RBSÖ puan ortalamalarının ruhsal durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Geçmişte ruhsal hastalık nedeniyle tedavi alma durumuna göre hastaların BDÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), şu an ruhsal hastalığı bulunma durumu ve ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyma durumuna göre hastaların BDÖ ve RBSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Geçmişte ruhsal hastalık nedeniyle tedavi alma durumu ve şu an ruhsal hastalığı bulunma durumuna göre hastaların beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$); ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyma durumuna göre hastaların beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler ve tedavisi kadınları fiziksel boyutta olumsuz etkilediği gibi ruhsal ve sosyal boyutta da olumsuz yönde etkilemektedir (37). Kanser tedavisi imkansız bir hastalık olarak algılanması ise kadınlarda yaşam tarzı değişikliklerine neden olmaktadır. Kadın yaşamındaki bu değişiklikler duygusal ve davranışsal açıdan bazı tepkilere neden olmakta ve psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir (77). Jinekolojik kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk ise depresyondur (72). Literatürde depresyon ve jinekolojik kanser birlikteliğinden sıkça bahsedilmektedir. Ell ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %24'ünün majör depresyon yaşadığı saptanmıştır (16). Steele ve Margaret'in çalışmasında kadınların %44'ü kendisini depresif hissettiğini belirtilirken (78) Suzuki ve arkadaşlarının çalışmasında ise jinekolojik kanserli hastaların %55'inde depresif semptomlardan söz edilmektedir (17). Bu çalışmada ise kadınların tamamına yakınının (%94.7) jinekolojik kanser ile birlikte depresyon bulguları deneyimlediği (Tablo 4.7), bu bireylerin 7'sinin (%9.2) daha önce depresyon tanısı alarak ilaç kullandığı ve 2'sinin (%2.6) de şu an bir ruhsal hastalığı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu sonuç literatürle karşılaştırıldığında çalışmada kadınların neredeyse tamamının depresif semptomlar göstermesi yüksek bir oran olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kadınların depresyon düzeyinin diğer çalışmalara oranla yüksek olması araştırma kapsamına alınan kadınların tamamının çalışmanın gerçekleştirildiği dönemde cerrahi tedavi almış olması ve aktif olarak kemoterapi alıyor olması ile ilgili olabilir.

Jinekolojik kanserlerde kadınlarda depresyona neden olan pek çok faktör olabilir. Kemoterapötik ajanların kullanılmasının bu risk faktörlerinden birisi olduğu literatürde belirtilmektedir (8). Risk faktörlerinden bir diğeri ise uygulanan cerrahi tedavidir (20). Cerrahi tedavide radikal histerektomi operasyonunda overlerin de alınması sonucu östrojenin kaybı depresyon oluşmasında biyokimyasal bir taban oluşturmaktadır. Çünkü östrojen santral sinir sistemi üzerinde etkilidir ve seratonin gibi birçok nörotransmitterlerin konsantrasyonu etkiler. Cerrahi operasyonla menopoza giren

kadınlarda seratonin metabolizmasında rol oynayan serbest triptofanda azalma olmaktadır. Bu da seratonin miktarını azaltarak depresyona neden olmaktadır (79). Bu nedenle bu çalışmada depresyon puanların yüksek çıkması tesadüfi değildir. Araştırma kapsamına alınan kadınların üçte birinin (%35.5) cerrahi tedavi nedeniyle menopoza girdiği saptanmış (Tablo 4.3) ve cerrahi tedavi nedeniyle menopoza giren kadınların fizyolojik olarak menopoza girenlere göre BDÖ puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo-21). Jinekolojik kanserli kadınların tedavi nedeniyle fiziksel açıdan yaşadıkları bu deneyimler depresif semptomların yüksek oranda görülmesine katkı sağlamış olabilir. Bununla birlikte ruhsal açıdan yaşanan deneyimleri de depresif semptomların gelişimini etkileyen faktörler olarak değerlendirmek gerekir.

Fiziksel sağlığın kaybı ve yaşanan anksiyete bireyde yas sürecinin başlamasına neden olur. Birey depresyon, öfke, ümitsizlik, çaresizlik, yalnızlık gibi çok karmaşık duygular yaşayabilir. Yas sürecinin amacı bu duygularla başa çıkmak, kayıpla yüzleşmek, sonunda uyum sağlamaktır (65). Kayıpla yaşamaya uyum sağlama sürecinde kanserin, tedavisi olanaksız bir hastalık olarak algılanması bireylerde ruhsal açıdan bir takım zorluklara neden olmaktadır (77). Bu çalışmada literatürle benzer şekilde kadınların bir kısmının (%31.9) hastalığın tedavisi sırasında ruhsal açıdan zorluk yaşadığı ve yarısından fazlasının (%67.1) ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Ayrıca ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyan kadınların duymayanlara göre BDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.13). Bu çalışmada kadınların tamamına yakınının depresif semptomlar göstermesi bununla birlikte yarısından fazlasının ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyması kadınların biyopsikososyal açıdan bütüncül bakım gereksinimini ortaya koymaktadır. Bu bulgulara rağmen sadece 2 kadının psikiyatrik tedavi alması ise ruhsal açıdan destek gereksinimi olan kadınların ihtiyaç duyduğu bu desteği alamadıklarını düşündürmektedir.

Jinekolojik kanser tanısı alan bireylerde depresyon durumu ile ilişkili olabilen faktörlerden bir diğeri de hastalık çeşididir. Serviks kanseri tarama programlarına sahip, erken tanı ve tedavi şansı yüksek kanserlerdir (43). Over kanseri ise diğer jinekolojik kanserlere göre erken evrede belirti vermediğinden mortalite oranı daha yüksektir (40,41). Bu nedenle over kanserlerinde depresyonun daha yüksek oranda olması

beklenebilir. Ancak bu çalışmada jinekolojik kanser türüne göre depresyon puanları ile hastalık çeşidi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.12). Bunun nedeni araştırma kapsamına alınan kadınların hastalıklarının ilerlemiş olması ve tamamının yan etkileri nedeniyle zor bir tedavi olan kemoterapi alıyor olmaları ile ilgili olabilir.

Depresyon epidemiyolojisine yönelik çalışmalarda ve literatürde genç ve orta yaş grubunda depresyon görülme olasılığının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, kadınlarda da 35-45 yaş aralığında depresyonun pik yaptığı belirtilmektedir (80,81). Jinekolojik kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda ise uterusun çocuk doğurmakla eş anlamlı olduğu bu nedenle doğurganlık dönemi olan genç ve orta yaşlarda uterusun kaybının bireyde yoğun üzüntü, yıkım ve travmaya neden olduğu ancak menopoz dönemindeki kadınların üreme organının kaybını travmatik bir olay olarak algılamadıkları saptanmıştır (37,82). Literatüre paralel olarak BDÖ puan ortalaması üretkenliğin devam ettiği dönem olan orta yaş (30-49) grubunda olanlarda 50 yaş ve üzerinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.9). Bu çalışmada 30-49 yaş grubundaki kadınların depresyon düzeyinin yüksek olması; üretkenliğin devam ettiği bir dönemde kadınların hem jinekolojik kanser tanısı alması hem de tedavinin yol açtığı kayıp süreçleri ile baş etmede güçlük yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada yalnız yaşamayan kadınların BDÖ puan ortalamaları yalnız yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.9). Bu bulgu kadınlarda jinekolojik kanser ve tedavisinin oluşturduğu yükün aile içi baş etmede de yetersizliğe neden olabileceğini göstermekte, ailenin bu süreci yönetmede güçlük yaşadığını işaret etmektedir. Literatürde de jinekolojik kanser ve uygulanan tedavilerin aile içi süreçleri olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (83,84,85). Bununla birlikte bu çalışmada medeni durum ve aile tipi ile BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. ($p>0.05$, Tablo 4.9).

Jinekolojik kanserli hastalarda depresyon durumunu etkileyebilen faktörlerden biri de çocuk sayısıdır. Göl ve Aşilar'ın 2017'de kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada çocuğu olmayan kadınlarda, 1-3 çocuğa sahip olanlara göre daha yüksek depresif semptomlar saptanmıştır (86). Ancak bu çalışmada doğum sayısı ile

BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.11). Bu durum örneklem sayısının az olması ile ilgili olabilir.

Depresyon durumunu etkileyebilen bir diğer faktör eğitim durumudur. Literatürde eğitim durumu ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir. Eğitim durumu arttıkça depresif semptomların azaldığına yönelik çalışmalar vardır. Kayahan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada depresyonun en çok düşük eğitim düzeyi olanlarda çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça depresyon görülme oranının azaldığı bulunmuştur (87). Ancak bu çalışmada eğitim düzeylerine göre BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.9). Bu çalışma ile benzer olan Üstündağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyi ile depresif bulguların ilişkili olmadığı belirtilmektedir (101).

Literatürde depresyon yaygınlığının kentsel alanlarda yüksek olduğu, kırsal alanlara doğru gidildikçe bu oranın azaldığı belirtilmektedir. Bunun nedeni kentleşmenin yarattığı olumsuz sonuçlar ve kent yaşamının içerdiği strestir (88,89). Ancak bu çalışmada yaşanan yere göre BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.9). Bunun nedeni araştırma kapsamına alınan bütün kadınların jinekolojik kanser gibi zor bir hastalıkla ve onun tedavisinin yarattığı güçlüklerle mücadele ediyor olmaları olabilir.

Sosyodemografik özelliklerden biri de sosyoekonomik düzeydir. Gelir düzeyi iyi ve orta olan kadınların BDÖ puanları gelir düzeyi kötü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.9). Yapılan çalışmalar (90,91) artmış depresif bulgular ile düşük gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş olsa da daha önce yaşanan ekonomik problemler kayıp olarak algılanmış ve yeni bir kayıp olan jinekolojik kanser ile baş etmeyi kolaylaştırmış olabilir. Öte yandan jinekolojik kansere ek olarak sağlığın kaybı olarak algılanan başka bir kronik hastalığı bulunan kadınlarda BDÖ puanları daha düşük bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.12). Görülüyor ki; daha önce deneyimlenen kayıp yaşantıları ve baş etme biçimleri yas sürecini etkileyerek hastalığa verilen tepkilerin daha hafif düzeyde olmasını sağlamaktadır (56).

Kanserli hastalarda depresyon görülme oranını etkileyebilen bir diğer etken de hastalık süresidir. Ateşçi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastalık süresi uzadıkça depresyon puanının arttığı bildirilmiştir. (70). Buna karşın Dehkordi ve arkadaşlarının

yaptıkları çalışmada depresyon ve hastalık süresi arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (92). Bu çalışmada ise tanı alma ve tedaviye başlama zamanı ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$, Tablo 4.12).

Jinekolojik kanserli hastalarda BKİ ile depresyon arasındaki ilişki Tablo 4.10'da verilmiştir. Literatürde BKİ ile BDÖ puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar (93,94) mevcut olmakla birlikte Nho ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada BKİ ile BDÖ puan ortalamaları arasında negatif ilişki olduğu belirtilmektedir (95). Bununla birlikte literatürde kanserli hastalara uygulanan kemoterapinin bulantı-kusma ve iştah kaybına yol açarak BKİ'de azalmaya neden olduğu (95,96) ve bu durumda hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açtığı ifade edilmektedir (97). Ancak bu çalışmada BKİ ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.10). Bu durum hastaların yarısının (%47.4) (Tablo 4.4) tedaviye başlama zamanının 1 yıldan az olması ve yarıdan fazlasının (%63.2) (Tablo 4.4) aldığı kemoterapi kür sayısının 5'in altında olması nedeniyle kemoterapinin kilo kaybı yan etkisinin henüz çok fazla ortaya çıkmaması ile ilişki olabilir. Nitekim 11 ve üzeri sayıda kür alan kadınlarda daha az kemoterapi alan kadınlara göre BDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.12).

Jinekolojik kanser hastalarında ruhsal açıdan yaşanan sorunlar içerisinde beden imajı ve benlik saygısı sorunları önemli bir yere sahiptir. (23,24). Yapılan çalışmalarda kadınların üreme organlarının ve cinsel fonksiyonlarının kaybının, kadının beden bütünlüğüne zarar vererek beden imajının zedelenmesine ve benlik saygılarının azalmasına yol açtığı belirtilmektedir (21,26,98,99). Bununla birlikte jinekolojik kanser ve uygulanan tedavilere bağlı vücut bütünlüğündeki geçici (alopesi, kilo değişiklikleri gibi) ve kalıcı değişiklikler (üreme organlarının kaybı, cerrahi skar izleri gibi), kadın açısından yeni bir beden algısı geliştirme sürecinin başlamasına neden olmaktadır (21,100). Yeni oluşan bu algı ile kadının zihninde daha önce var olan beden algısı benzerlik göstermediğinde kriz meydana gelir ve yaşanan bu kriz beden algısında değişime ve benlik saygısında azalmaya neden olabilir (25,26). Bu araştırmada literatürle benzerlik gösterecek şekilde araştırma kapsamına alınan bireylerin tamamına yakınının (%94.7) olumsuz beden algısına, çoğunluğunun (%77.6) ise düşük benlik

saygısına sahip olduğu belirlenmiş (Tablo 7.7) ve beden algısı ve benlik saygısı arasında pozitif yönde yüksek anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=,747$; $p<0.001$) (Tablo 4.8). Görülüyor ki; beden algısı bozulmuş hastaların genellikle benlik saygısı da olumsuz yönde etkilenmiştir. Üstündağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da, jinekolojik kanserli hastaların olumsuz beden algısına ve düşük benlik saygısına sahip oldukları belirtilmiştir (101).

Bu çalışmada depresyon durumunun, beden algısı ve benlik saygısı ile arasındaki ilişkiye baktığımızda; beden algısı ile depresyon durumu arasında negatif yönde çok yüksek anlamlı bir ilişki olduğu ($r=-,822$; $p<0.001$), benlik saygısı ve depresyon durumu arasında yine negatif yönde yüksek anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,793$; $p<0.001$) (Tablo 4.8). Yani beden algısı olumsuz olan ve benlik saygısı düşük olan kadınlarda yüksek oranda depresif semptomlar görülmektedir. Bu çalışma ile aynı doğrultuda olmak üzere yine Üstündağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı ve benlik saygısı puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş ve yüksek depresyon puanlarının beden imajı ve benlik saygısını ciddi düzeyde etkilediği belirtilmiştir (101). Bu bağlamda literatürde ve bu çalışmada olumsuz beden algısı ve düşük benlik saygısı depresif semptomlara neden olmaktadır denilebilir.

Bununla birlikte bu çalışmada ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyan kadınların duymayanlara göre BAÖ puan ortalamaları ve RBSÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.13). Çalışmada ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyan jinekolojik kanserli kadınların beden algısının ve benlik saygısının olumsuz yönde etkilenmesi ve daha şiddetli depresif semptomlar yaşaması kadınların ruhsal açıdan etkilendiğinin bir diğer kanıtıdır. Ayrıca ruhsal hastalık (Depresyon) tanısı konulan kadınlarda tanılanmış bir ruhsal hastalığı bulunmayanlara göre RBSÖ istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük ($p<0.05$, Tablo 4.13) ve BAÖ ise anlamlı olmasa da daha düşük bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.13). Bu da depresyon ile beden algısı ve benlik saygısı arasında ciddi bir ilişki olduğuna işaret etmektedir.

Cerrahi tedavi jinekolojik kanser tanısı alan bireylerde beden imajında bozulmaya neden olan en önemli faktörlerdendir (102). Bireylerin uterusu yükledikleri anlam ve kadın

kimliği üzerindeki etkisi inancı nedeniyle özellikle histerektomi operasyonları bireyin beden algısını değiştirerek benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (28). Bu çalışmada cerrahi girişimler sonucu menopoza giren kadınlarda fizyolojik olarak menopoza girenlere göre daha olumsuz beden algısı ve daha düşük benlik saygısı olduğu belirlenmiş ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.11). Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi tedavi sonrasında olumsuz beden algısı ve düşük benlik saygısına sahip olan pek çok kadın, bir eş olarak çekiciliğini yitireceği ve cinsel yaşamının bozulacağı endişesini taşımaktadır (102). Bu durumun da eşler arası ilişkileri olumsuz yönde etkileyerek aile içi süreçlerin bozulmasına neden olduğu söylenebilir. Ancak bu çalışmada BAÖ ve RBSÖ puan ortalamalarının evli olma durumu, aile yapısı, yalnız yaşama gibi sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 4.14). Bu çalışma ile aynı doğrultuda olmak üzere Bisselling ve arkadaşlarının 62 hasta ile yaptıkları çalışmada da evli olma, aile yapısı gibi özelliklerin beden algısını etkilemediği saptanmıştır (104). Bu durum örneklem sayısının diğer çalışmalara göre az olması ile ilişkili olabilir.

Pek çok kadına göre sağlam bir uterusu sahip olmak doğurganlık ve kadın olmakla aynı anlamı taşımaktadır. Çünkü toplumun kadına verdiği rolde üretkenlik ve annelik önemli yer tutar. Jinekolojik kanserler ise kadınların bu kadınlık ve doğurganlık rolünü tehdit eden bir faktördür (24,103). Bu çalışmada da 4 ve üzeri sayıda çocuğu olan kadınların RBSÖ puan ortalamaları ile hiç doğum yapmayanların RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve hiç doğum yapmayan kadınların 4 ve üzeri sayıda çocuğu olanlara göre benlik saygıları anlamlı şekilde düşüktür ($p < 0.05$, Tablo 4.11). BAÖ puan ortalamaları ile doğum sayısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$, Tablo 4.14). Buradan hareketle doğum sayısının kadının bedeninde çok fazla değişikliğe neden olmadığı ve bu nedenle beden algısını etkilemediği sonucuna ulaşılabılır.

Literatürde yaş ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerin beden algısı ve benlik saygısını etkilediğine yönelik çalışmalar vardır (105, 106). Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda genç yaşta hastaların ileri yaş hastalara göre daha olumsuz beden imajı ve benlik saygısına sahip olduğu belirtilmektedir (25, 106). Bu çalışmada 30-49 yaş arasında olan kadınların, 50 ve üzeri yaş grubunda olanlara göre daha olumsuz beden algısı olduğu ($p > 0.05$, Tablo 4.9) ve istatistiksel olarak anlamlı

şekilde daha düşük benlik saygısı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.9). Sosyodemografik özelliklerden eğitim durumu ile BAÖ ve RBSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 4.9). Üstündağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da; eğitim durumu ile beden imajı ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (101).

Sosyodemografik özelliklerden çalışma durumu ve gelir düzeyi ile beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yapılan çalışmalarda gelir düzeyi ve yaptığı işin niteliği düşük olan bireylerin benlik saygısının daha düşük olduğu ortaya belirtilmektedir (107, 108). Bu çalışmada ise çalışma durumu ve gelir düzeyi ile beden algısı ve benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.9). Ancak araştırma kapsamına alınan kadınların %22'si jinekolojik kanser ve tedavisinin maddi zorluklara neden olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

Beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkili bir diğer faktör BKİ'dir. Bu konuda yapılan bir çalışmada BKİ'si yüksek olan bireylerde daha fazla olumsuz beden algısı olduğu bulunmuştur (109). BKİ ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada BKİ'si yüksek olan bireylerin benlik saygısının normal kiloda olanlara göre daha düşük olduğu ve BKİ arttıkça benlik saygısının azaldığı belirtilmiştir (110). Bu çalışmada literatürün aksine BKİ ile beden algısı ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.10). Çalışmanın bulgularının bu yönde olması araştırmaya katılan kadınların jinekolojik kanser tanısı almış ve aktif olarak kemoterapi alıyor olmalarına bağlı önceliklerinin sağlık arayışı içinde olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Hastalığını öğrenen birey hastalığını sağlığın kaybı olarak algılar ve yas süreci başlar. Bu süreçte kabullenme aşamasına gelene kadar kayba verilen tepkilerden şok, inkar, öfke, pazarlık ve depresyon gibi karmaşık durumlar yaşayan bireyin beden algısı da etkilenmektedir (56). Bu nedenle hastalık çeşidi, tanı alma ve tedaviye başlama, alınan kür sayısı önemlidir. Ayrıca jinekolojik kanser tedavisinin çok ciddi yan etkilerinin olması nedeniyle zorlu bir süreç olması (26,111,112) bireyin beden algısının ve benlik saygısının olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Ancak bu çalışmada BAÖ ve RSBÖ puanlarının hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; BAÖ ve RBSÖ puanları ile hastalık çeşidi, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, kür

sayısı ve radyoterapi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$, Tablo 4.12). Bisselling ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada tanı alma zamanı dışındaki klinik faktörlerin beden algısını etkilemediği bulunmuştur (104).

Beden algısını ve benlik saygısını etkileyen diğer bir faktör bireyin başka bir kronik hastalığının olup olmadığıdır. Bu çalışmada jinekolojik kansere ek bir hastalığı bulunmayan bireylerde bulunanlara göre RBSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0.05$, Tablo 4.12), BAÖ puanları hafif düzeyde ($p>0.05$, Tablo 4.12) düşük bulunmuştur. Bu durum bireyde başka bir hastalığın bulunmasının bireyin baş etme becerilerini güçlendirdiği şeklinde açıklanabilir. Ailede kanser tanısı alan başka bir bireyin varlığı ile BAÖ ve RBSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 4.12).

Bu çalışma sonucunda jinekolojik kanserli hastaların ciddi düzeyde depresif bulgular yaşadığı ve beden algısı ve benlik saygısının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların tıbbi tedavini yanında psikososyal desteğe de gereksinimlerinin olduğu unutulmamalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir;

- Araştırma kapsamına alınan kadınların tamamına yakını jinekolojik kanser ile birlikte depresyon bulguları deneyimlemiştir.
- Araştırma kapsamına alınan kadınların neredeyse tamamı olumsuz beden algısına ve yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü düşük benlik saygısına sahiptir.
- Beden algısı ve depresyon düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- Beden algısı ve benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- Benlik saygısı ve depresyon düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- Araştırma kapsamına alınan kadınların tamamı hastalığın tedavisi sırasında zorluk yaşamışlardır.
- Araştırma kapsamına alınan kadınların $\frac{1}{3}$ 'ü ruhsal açıdan zorluk yaşadığını ve $\frac{2}{3}$ 'ü ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.
- Bu çalışmada; 30-49 yaş grubunda olanların, gelir düzeyi iyi-orta olanların, yalnız yaşamayanların, cerrahi tedavi nedeniyle menopoza girenlerin, çalışmanın yapıldığı dönemde ruhsal hastalığı olanların, ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyan kadınların depresyon düzeyi daha yüksektir.
- Medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, aile tipi, yaşanan yer, BKİ, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, menopoz yaşı, jinekolojik kanser türü, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, başka bir hastalığın

olma durumu, kür sayısı, radyoterapi alma durumu, başka bir cerrahi operasyon geçirme durumu, geçmişte ruhsal hastalık nedeniyle tedavi alma durumu, ailede kanser tanısı alan birey varlığı kadınların depresyon düzeyini etkilememektedir.

- Jinekolojik kanserli kadınlardan; ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyan, cerrahi tedavi nedeniyle menopoza giren, başka bir cerrahi operasyon geçirenlerin beden algısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumsuz etkilenmiştir.
- Yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, yaşanan yer, BKİ, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, menopoz yaşı, jinekolojik kanser türü, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, başka bir hastalığın olma durumu, kür sayısı, radyoterapi alma durumu, ailede kanser tanısı alan birey varlığı, geçmişte ruhsal hastalık nedeniyle tedavi alma durumu ve çalışmanın yapıldığı dönemde ruhsal hastalığın olma durumu ile beden algısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilememektedir.
- 30-49 yaş grubunda olanların, hiç doğum yapmayanların, cerrahi tedavi nedeniyle menopoza girenlerin, başka bir hastalığı olmayanların, çalışmanın yapıldığı dönemde ruhsal hastalığı olanların, ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyanların benlik saygısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.
- Medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, yaşanan yer, BKİ, ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, jinekolojik kanser türü, tanı alma zamanı, tedaviye başlama zamanı, kür sayısı, radyoterapi alma durumu, başka bir cerrahi operasyon geçirme durumu, ailede kanser tanısı alan birey varlığı, geçmişte ruhsal hastalık nedeniyle tedavi alma durumu benlik saygısı düzeyini etkilememektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Jinekolojik kanser tanısı alan bireylerin psikososyal gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bilgi vermeye, emosyonel ve sosyal destek sağlamaya odaklanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması,
- Ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyan bireylerin yardım alabilecekleri psikososyal destek birimlerinin kurum bünyesinde oluşturulması,
- Ekip işbirliği çerçevesinde, hastaların sosyal destek sistemlerinin de harekete geçirilmesi ile jinekolojik kanser tanısı alan bireylerin psikososyal yönden desteklenerek hastalık ve tedavi sürecindeki zorluklar ve bu zorluklarla başetme konusunda güçlendirilmesi,
- Jinekolojik kanser tanısı alan ve kemoterapi uygulanan bireylerin beden algısı, benlik saygısı ve depresyon durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve özellikle yetersiz bulunan alanlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Beden algısında bozulma, düşük benlik saygısı ve yüksek depresyon düzeyi bulunan bireylere yaklaşımda gerekirse Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi ile işbirliği yapılması,
- Beden algısında bozulma, düşük benlik saygısı ve yüksek depresyon düzeyi bulunan bireylere yapılan müdahalelerin etkinliğinin incelendiği deneysel çalışmaların yapılması,
- Daha geniş hasta grupları üzerinde benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. 2017.
2. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2015.
3. World Health Organization-WHO. Cancer, Fact Sheet, Updated February.2017.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı. 2016.
5. Ergör G. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Kanser Mortalitesi, Ed: Ünal B, HASUDER Türkiye Halk Sağlık Raporu, İzmir, 2012: 286-287.
6. Abraham J, Allerga CJ, Gulley J. Klinik Onkoloji El Kitabı, Çev. Ed: Mayadağlı A, Parlak C. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2009: 35.
7. World Health Organization-WHO. Depression Fact Sheet, Reviewed April 2016.
8. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. CA Cancer J Clin 2010;60(5):277-300.
9. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J med Sci 2008;28(5):628-34
10. Yavuzşen T, Kömürcü Ş. Evaluation of the fatigue symptom in patients with cancer and associated clinical problems. Gulhane Med J 2008;50(2):141-6.
11. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniv. Tıp Dergisi 2011;27:149-153.
12. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, ve ark. Kanser hastalarında psikolojik destek. Klinik Gelişim 2004;17:77-86.
13. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, ve ark. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9(1):59-66.

14. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects of cancer site. *General Hospital Psychiatry* 2006;28:396-402.
15. Arıkan K. Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik Gelişim* 2004;17:77-86.
16. Ell K, Sanchez K, Vourlekıs B, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005;23:3052-60.
17. Suzuki N, Ninomiya M, Maruta S, et al. Psychological characteristics of Japanese gynecologic cancer patients after learning the diagnosis according to the hospital anxiety and depression scale. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:800-8.
18. Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology* 2003;12(2):183-93.
19. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, ve ark. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon. *Yaşam* 2009;46(1):175-81.
20. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18:2.
21. Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006;9(2):25-35.
22. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life and home care as an outcome measure in gynecological malignancies. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology* 2000;12(1): 21-26.
23. Wilmoth MC, Spinelli A. Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *JOGNN* 2000; 29(4): 413-21.
24. Reis N. Jinekolojik kanser tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkisi. *Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;7(2):35-40.

25. Juraskova I, Butow P, Robertson R, et al. Post-treatment sexual adjustment following cervical cancer and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology* 2003;12(1):267-79.
26. Knapstein SH, Fusshoeller C, Franz C, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology* 2004;94(1):398-403.
27. Norton TR, Manne SM, Rubin S, et al. Ovarian cancer patients' psychological distress: The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology* 2005;2(2):143-152.
28. Dean A. Supporting women experiencing sexual problems after treatment for breast cancer. *Cancer Nursing* 2009;7(8):29-33.
29. Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality breast cancer. *The Cancer Journal* 2009;15(1):19-26.
30. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi*, Roche Yayınları, İstanbul, 1993:2-3.
31. Kocaman N. Konsültasyon liyeron psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastane uygulamasında psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2(47):97-107.
32. Dirksen S, Lewis M, Heitkemper M. *Medical Surgical Nursing, Damla matbaacılık ve yayıncılık*, Ankara, 2007:273-274.
33. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 1.Baskı, Sanerc Yayın, İstanbul, 2003:245.
34. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;77-90.
35. Murat T. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Bölüm: A.Murat T, Ulusal Kanser Kontrol Programı; Global Çerçeveden Ülkemizdeki Kısa, Orta ve Uzun Vadeli Aksiyon Planı, Onur Matbaacılık, Ankara, 2007;13-16.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014.

37. Pınar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008;18(4):208-216.
38. Özsoy HM. Genital Kanserlerde Tarama, Çiçek MN, Mungan MT (Ed.). Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2007:691-699.
39. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians 2011; 61:69-90.
40. Dizon DS, Campos SM. Dx/Rx: Gynecologic Cancer, Ed: Shah MA, Jones and Bartlett, Canada, 2010:3-25.
41. Barnholtz-Sloan JS, Schwartz AG, Qureshi F, et al. Ovarian cancer: changes in patterns at diagnosis and relative survival over the last three decades. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003;189:1120-7.
42. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Palme Yayıncılık, Ankara, 2011:553-610.
43. Spencer JV. Deadly diseases and epidemics cervical cancer. 2nd Ed, Infobase Publishing, Newyork, 2007:10-32.
44. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virus. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2007;4:11-19.
45. Arvas M, Gezer A. Genital HPV, 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007:29-39.
46. Güner H. Jinekolojik Onkoloji, Çağdaş Medikal Kitapevi ve Yayıncılık Hizmetleri, 3.Basım, Ankara, 2002:129-134.
47. Jemal A, Siegel R, Miller K. Cancer Statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians 2015; 65:5-29.
48. Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics, 4th ed. Lippincott Williams&Wilkins, A Wolters Kluwer 2011: 573-9.
49. Ayhan A, Başaran A. Endometrial karsinom. İçinde: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı. Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Güneş, Ankara, 2008:1241-1268.

50. McMeekin DS, Alerktiar KM, Sabbatani PJ, Zaino RJ. Epitelian ovarian cancer. In: Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Ed: Barakat RR, Markman M, Randall M. Lippincott Williams and Wilkins, China, 2009, Chapter 23.
51. Dunleavey R. Cervical Cancer: A Guide for Nurses. UK: John Wiley and Sons 2009:1-49.
52. Kösebay D, Demirkıran F. İnvaziv Serviks Kanseri. İçinde: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı. Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, Güneş, Ankara, 2008:1193-1219.
53. Duska LR, Garrett A, Rueda BR, et al. Endometrial cancer in women 40 years old or younger. Gynecol Oncol 2001;83(2):388-93.
54. Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. 10. Baskı. Çev. Ed: Tıraş B, Güneş Kitapevleri, Ankara, 2010:187-202.
55. Varlık E. Üniversite Öğrencilerinde ‘Düşünce Davranış Kaynaşması’ ve ‘Düşünce Beden Kaynaşması’nın Yeme Tutumları ile İlişkisi, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2006.
56. Öz F, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Mattek Matbaacılık, Yenilenmiş 2.Baskı, Ankara, 2010: 75-283.
57. Örsel SK. Düşünme İhtiyacı ve Beden Algısına İlişkin Özgüven, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2001.
58. Brytek-Matera A. Psychological Predictors of Body Image Dissatisfaction in Women Suffering From Eating Disorders, Layout Bulletin 2010:181-91.
59. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce 2007.
60. Potter P, Perry AG. Fundamentals of Nursing, 5.Ed. Mosby St. Louis 2001:541-51.

61. Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, Davidson S. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care* 2007;16(4):364-72.
62. Donovan KA, Taliaferro LA, Alvarez EM, et al. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology* 2007;104(2):428-34.
63. Stead ML, Fallowfield L, Selby P, Brown JM. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007: 309-20.
64. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Yenilenmiş 11.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2011:337-355.
65. Gorman LM, Sultan DF. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin, Çev.ed: Öz F, Demiralp M. 3.Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014:2-9.
66. Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing*, 6th ed, Wolters Kluwer Health Lippincott Williams&Wilkins, 2014: 298-300.
67. Halter JM, Varcarolis EM. *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*, 17th ed, Elsevier Saunders, 2014:249-278.
68. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3:1-9.
69. Sertöz Ö, Mete H. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004;2:63-69
70. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, ve ark. Kanseri hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(2):145-152.
71. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanseri hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv. Tıp Dergisi* 2011;27:149-153.
72. Petersen RW, Graham G, Quinlivan JA. Psychologic changes after gynecologic cancer. *J. Obstet. Gynaecol. Res* 2005;31:152-7.

73. Carter J, Rowland K, Chi D, et al. Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related fertility. *Gynecologic Oncology* 2005;97(1):90-5.
74. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 2000;78(3 Pt 1):302-8.
75. Kocaman Yıldırım N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği “Genel Hastanede Psikiyatri Hemşireliği” http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/44/docs/acibadem_e-dergi_KLP.pdf
76. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11:1.
77. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10(1):105-112.
78. Steele R, Margaret I. Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing* 2008;31(4):288-91
79. Durmuşoğlu F, Erenus M. Nörovejetatif Semptomlar, Ed: Ertüngealp E, Seyisoğlu H, Menopoz ve Osteoporoz, I.Baskı, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:23-26.
80. Yalvaç HD. Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2012;5(2):7-13
81. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 11. Baskı, Çev.Ed: Bozkurt A, Güneş Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2016: 349.
82. Turgut A, Özler A, Sak ME, ve ark. Jinekolojik kanserli olguların retrospektif analizi: 11 yıllık deneyim. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2012;3(2):209-213.
83. Jongpipan J, Charoenkwan K. Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer, *J Sex Medical* 2007;4(6):1659-65.
84. Doğan O. Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi, 1. Baskı, Esform Ofset, Sivas, 2011;19:267-83.
85. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(2):78-82.

86. Demir Göl N, Hacıhasanoğlu Aşıl R. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(1):29-39.
87. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry 2003;4:208-219.
88. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi, Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı, Eds: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, Çev. Ed: Oral T, İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, İstanbul, 2007:33-54.
89. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi. Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(6):3-10.
90. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, ve ark. Bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji 2011;1(2):16-20.
91. Elovainio M, Pulkki-Raback L, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: a longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the young finns study. Soc Sci Med 2012;74(6):923-9.
92. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. "Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy". Oman Medical Journal 2009;24(3):204-207.
93. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSMIV major depressive disorder, suicide ideation and suicide attempts: Results from a general population study. Am J Public Health 2000;90(2):251-257.
94. Karagöl A, Özçürümez G, Taşkıntuna N, Nar A. Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2014;15:207-213.
95. Nho JH, Kim SR, Kwon YS. Depression and appetite: predictors of malnutrition in gynecologic cancer. Support Care Cancer. 2014;22(11):3081-8.

96. Shin YH, Kim TI, Shin MS, Juon HS. Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cycle for korean postoperative stomach cancer patients. *Cancer Nursing* 2004;27(4):267-74.
97. Şirin A. Kemoterapi Alan Hastalarda Bakım, IX. Ege Onkoloji Günleri (Jinekolojik Onkoloji Sempozyumu ve Cerrahi Workshop) Kitabı, İzmir, 2004:97-103.
98. Pinar G, Okdem S, Dogan N, Buyukgonenc L, Ayhan A. The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2012;16(3):99-104.
99. Ferguson SE, Urowitz S, Massey C, et al. Confirmatory factor analysis of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in women with gynecologic cancer. *Cancer*. 2012;118(12):3095-104.
100. Vallerand AH, Anthony M, Saunders MM. Home care nurses' Perceptions of control over cancer pain. *Home Healthc Nurse* 2005;23(10):647-52.
101. Üstündağ MF, Özcan H, Yazla E, ve ark. Jinekolojik kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon semptomları, benlik saygısı ve beden algısı: Kesitsel bir çalışma. *Kafkas J Med Sci* 2017;7(3):214-219.
102. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığına ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010;52(4):241-45.
103. Frumovitz M, Sun CC, Schower LR, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology* 2005;23(30):7428-36.
104. Bisseling KC, Kondalsamy-Chennakesavan S, Bekkers RL, Janda M, Obermair A. Depression, anxiety and body image after treatment for invasive stage one epithelial ovarian cancer. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49(6):660-6.
105. Tahmasebi M, Yarandi F, Efrekhar Z, et al. Quality of life in gynecological cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8(4):591-602.
106. Bifulco G, Rosa N, Tornesello ML, et al. Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors

- og gynecology early stage cancers. *Gynecologic Oncology* 2012;124(3):444-51.
107. McMullin JA, Cairney J. Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies* 2004;18:75-90.
108. Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J. Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging* 2002;17(3):423-34.
109. Mond J, Van Den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, body dissatisfaction and emotional well-being in early and late adolescence: Findings from the project eat study. *J Adolesc Health* 2011;48(4):373-8.
110. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2015;19(3):122-129.
111. Reed E, Altaha R. *Bethesda Handbook of Clinical Oncology*, Ed: Abraham J, Gulley JL, Allegra CJ, II. Baskı, Lippincot Williams&Wilkins, Philadelphia, 2005:227-261.
112. White ID, Faithfull S, Allan H. The re-construction of women's sexual lives after pelvic radiotherapy: A critique of social constructionist and biomedical perspectives on the study of female sexuality after cancer treatment. *Soc Sci Med* 2013;76(1):188-96.

EKLER

EK.1. HASTA TANITIM FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Ayrı yaşıyor
- e) Diğer (Açıklayınız.....)

3. Eğitim Durumunuz nedir?

- a) Okur yazar
- b) İlkokul mezunu
- c) Ortaokul mezunu
- d) Lise mezunu
- e) Üniversite mezunu ve üstü

4. Mesleğiniz nedir?.....

5. Gelir getiren bir işte çalışıyormusunuz?

- a) Evet
- a)Hayır

6. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) iyi
- b)orta
- c) kötü

7. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet
- a)Hayır

8. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile
- b) Geleneksel geniş aile
- c) Diğer (Açıklayınız.....)

9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız yaşıyorum
- b) Eşimle
- c) Eş ve çocuk/ çocuklarımla
- d) Akrabalarımla
- e) Diğer (Açıklayınız.....)

10. Nerede yaşıyorsunuz?

- a) Kayseri il merkezi
- b) Kayseri ilçe/ kasaba
- c) Kayseri dışında başka bir il (Açıklayınız.....)

- 11. Kilonuz: Boyunuz: BKİ:**
- 12. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?**
- 13. Kaç doğum yaptınız?**
- 14. Ailenizde jinekolojik kanser tanısı alan başka birey var mı?**
a) Var b) Yok
- 15. Menapoza girdiniz mi?**
a) Evet a)Hayır
- 16. Manapoza kaç yaşında girdiniz?.....**
- 17. Cerrahi operasyon geçirdiniz mi?**
a) Evet a)Hayır
- 18. Sigara kullanıyor musunuz?**
a) Evet b) Hayır c) Bırakmış
- 19. Evet ise günde ne kadar kullanıyorsunuz?.....**
- 20. Alkol kullanıyor musunuz?**
a) Evet b) Hayır
- 21. Evet ise günde ne kadar kullanıyorsunuz?.....**
- 22. Tanı:**
- 23. Tanı ne zaman konuldu?.....yıl.....ay.....gün**
- 24. Tedaviye ne zaman başlandı?yıl.....ay.....gün**
- 25. Kemoterapiye ne zaman başlandı?yıl.....ay.....gün**
- 26. Kaç kür aldınız?**
- 27. Radyoterapi yapıldı mı?**
a) Evet b) Hayır
- 27. Bu hastalıktan başka hastalığınız var mı?**
a) Evet b) Hayır
- 29. Evet ise ismi/isimleri nelerdir?.....**
- 30. Geçmişte ruhsal bir hastalık nedeni ile tedavi aldınız mı?**

- a) Evet b) Hayır

31. Evet ise;

- a) Hastalığın adı:
b) Aldığınız ilaç/ tedavi:

32. Şu an ruhsal bir hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

33. Evet ise hastalığın ismi nedir?

34. Hastalığınızın tedavisi sırasında birtakım zorluklar yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır

35. Evet ise ne tür zorluklar yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Maddi zorluklar
b) Bakıma dair zorluklar
c) Ulaşım dair zorluklar
d) Sosyal çevreye dair zorluklar
e) Ruhsal açıdan yaşanan zorluklar
f) Kemoterapinin yan etkilerinin yaşattığı zorluklar
g) Diğer.....

36. Ruhsal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyuyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

EK.2. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ (BODY CATHEXIS SCALE)

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına X işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok	Oldukça	Pek	Hiç
	Beğeniyorum	Beğeniyorum	Kararsızım	Beğenmiyorum
1. Saçlarım				
2. Yüzüm.....				
3. İştahım				
4. Ellerim				
5. vücudumdaki kıl dağılımıburnum.....				
6. fiziksel görünümüm				
7. idrar dışkı düzenim				
8. kas kuvvetim				
9. belimenerji düzeyim.....				
10. sırtım				
11. kulaklarım				
12. başım.....				
13. çenem				
14. vücut yapım.....				
15. profilim				
16. boyum				
17. duyularımın keskinliği				
18. ağrıya dayanıklılığım				
19. omuzlarımın genişliği				
20. kollarım.....				
21. göğüslerim				
22. gözlerimin şekli.....				
23. sindirim sistemi.....				
24. kalçalarım.....				
25. hastalığa direncim				
26. bacaklarım.....				
27. dişlerimin şekli.....				
28. cinsel gücüm				
29. ayaklarım				
30. uyku düzenim.....				
31. sesim				
32. sağlığım.....				
33. cinsel faaliyetlerim.....				
34. dizlerim				
35. vücudumun duruş şekli				
36. yüzümün şekli				
37. kilom				
38. cinsel organlarım.....				

EK.3. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyup, kendinize en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
 - a.) Çok doğru
 - b.) Doğru
 - c.) Yanlış
 - d.) Çok yanlış
2. Bazı olumsuz özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
 - a.) Çok doğru
 - b.) Doğru
 - c.) Yanlış
 - d.) Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
 - a.) Çok doğru
 - b.) Doğru
 - c.) Yanlış
 - d.) Çok yanlış
4. Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
 - a.) Çok doğru
 - b.) Doğru
 - c.) Yanlış
 - d.) Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
 - a.) Çok doğru
 - b.) Doğru
 - c.) Yanlış
 - d.) Çok yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a.) Çok doğru
- b.) Doğru
- c.) Yanlış
- d.) Çok yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- a.) Çok doğru
- b.) Doğru
- c.) Yanlış
- d.) Çok yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a.) Çok doğru
- b.) Doğru
- c.) Yanlış
- d.) Çok yanlış

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a.) Çok doğru
- b.) Doğru
- c.) Yanlış
- d.) Çok yanlış

10. Bazen kendimin hiçte yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a.) Çok doğru
- b.) Doğru
- c.) Yanlış
- d.) Çok yanlış

EK.4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta birden fazla cümle seçmeyiniz. Seçiminizi yapmadan gruptaki cümlelerin hepsini dikkatlice okuyunuz.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N. 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P. 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R. 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- S. 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- T. 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- U. 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim

EK.5. KATILIMCI GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Jinekolojik Kanserli Hastalarda Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Depresyon Durumunun Belirlenmesi

Değerli Katılımcı; Bu çalışmanın amacı jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunu belirlemektir. Bu amaçla Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Nurcan Düzgün tarafından size 33 soruluk bir hasta tanıtım anket formu ile birlikte 40 sorudan oluşan Vücut Algısı Ölçeği, 10 sorudan oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Ölçeği yöneltilecektir. Anketler yaklaşık 15 dk sürecektir.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katıldığınız için size hiç bir ödeme yapılmayacak ve sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız size ek bir yükümlülük ya da zarar getirmeyecektir. Sizden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz kesinlikle açıklanmayacaktır.

Araştırmayı reddetme ve araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizin zararınıza bir durum oluşmayacaktır.

Bu araştırma süresince amaçla Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Nurcan Düzgün'e 0 539 609 95 90 numaralı telefonda 24 saat ulaşabilirsiniz.

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR

Nurcan Düzgün

Yrd. Doç. Dr. Evrim Bayraktar (Danışman)

ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN BİREYİN BEYANI

Araştırmanın amacını anladım. Bu araştırmanın kapsamında görüşmelere izin veriyorum.

Ad Soyad:

İmza:

Tarih:

EK.6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben ‘Jinekolojik Kanserli Hastalarda Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Depresyon Durumunun Belirlenmesi’ başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Nurcan Düzgün çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği konusunda ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Araştırmacı Nurcan Düzgün’ün çalışması ile ilgili her soruyu sorma fırsatı buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Araştırmayla ilgili isteklerimi anlattım ve araştırmacıyı bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, araştırmacı ve denek arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı ve araştırmacıyla tam bir uyum içinde çalışmayı kabul ediyorum.
6. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında araştırmacılara verilebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Araştıma kapsamına alınacak bireyin;

Adı ve Soyadı:

Tarih, İmza

Adresi:

.....

Tel:

Araştırmacının;

Adı ve Soyadı:

Tarih, İmza

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU						
DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Yerliyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
	BİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama				
	SİGORTA					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU					
	İLAN					
	YILLIK BİLDİRİM					
	SONUÇ RAPORU					
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ					
DİĞER						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2018/347		Tarih : 10.05.2018			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın sağlanması amacıyla, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın sağlanması başvuru dosyasında belirtilen şartlarda gerçekleştirilmesinde etkilik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplumsal etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmalarında Yürütme, Etik ve Bilimsel Sakınca Bulunmadığına Toplam Sayısının Salt Çoğunluğu ile Karar Verilmesidir.
ETİK KURUL BAŞKANI UNVAN/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma ile İlişkisi		Kabılım (*)		İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E	K X	E	H X	E X	H	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E	H X	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast. I	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıklar	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Keleşçi Eğitim Hast.	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Emin Murat ÇANGİR	Abuz, Oly ve Geniz Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Changir BIÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E	H X	
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K	E	H X	E X	H	
Av. Serhat USTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E X	K	E	H X	E X	H	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E	K X	E	H X	E X	H	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E X	K	E	H X	E X	H	

* Toplamda Bezenmiş

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer olmadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Jinekolojik kanserli hastalarda beden imajı, benlik saygısı ve depresyon durumunun belirlenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ		
	TELEFON	0 382 437 48 10 - 11		
	FAKS	0 382 437 52 85		
	E-POSTA	byancar@erciyesu.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Evrim Bayraktar		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği/ Kayseri		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diger ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	
			ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmıştır

KURUM İZİN BELGESİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

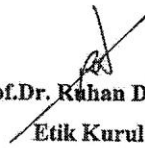
Sayı : 98681246/ 20
Konu :

21.06.2016

Sayın, Yrd. Doç. Dr. Evrim Bayraktar
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

10.06.2016 tarihinde yapılan Etik Kurul kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
Etik Kurul Başkanı

Eki: Etik Kurul kararı

İNTİHAL RAPORU

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN İMAJI, BENLİK SAYGISI JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN İMAJI, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ VE DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%

İNTERNET
KAYNAKLARI

%9

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Ayten DEMİR ZENCİRCİ, Cansu YILDIZ, Sema ULUSOY, Funda ÖZDEMİR. "Factors Affecting Anxiety and Depression Levels of Oncology Patients Under Chemotherapy", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 2015
Yayın

%1

2

KOCAMAN, Nazmiye. "Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler", Atatürk Üniversitesi, 2008.
Yayın

%1

3

TERZİOĞLU, Füsün and ALAN, Hacer. "JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİSİ SIRASINDA YAŞANAN PSİKOLOJİK SORUNLARIN KADININ CİNSEL YAŞAMINA ETKİSİ", Atatürk Üniversitesi, 2015.
Yayın

%1

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN İMAJI, BENLİK SAYGISI JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA BEDEN İMAJI, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ VE DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%

İNTERNET
KAYNAKLARI

%9

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Ayten DEMİR ZENCİRCİ, Cansu YILDIZ, Sema ULUSOY, Funda ÖZDEMİR. "Factors Affecting Anxiety and Depression Levels of Oncology Patients Under Chemotherapy", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 2015

Yayın

%1

2

KOCAMAN, Nazmiye. "Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler", Atatürk Üniversitesi, 2008.

Yayın

%1

3

TERZİOĞLU, Füsün and ALAN, Hacer. "JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİSİ SIRASINDA YAŞANAN PSİKOLOJİK SORUNLARIN KADININ CİNSEL YAŞAMINA ETKİSİ", Atatürk Üniversitesi, 2015.

Yayın

%1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Nurcan DÜZGÜN

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri : 01.07.1985, Ankara

Medeni Durumu: Evli

Tel: ±90 539 609 95 90

e-mail:nurcantozlu@hotmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Melikgazi/KAYSERİ

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece Tarihi	Kurum	Mezuniyet
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011
Lise	Nahit Mentеше Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2005
İlköğretim	Nedim İnal İlköğretim Okulu	2001

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2017-2018	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra Vefa Küçük Yüksekokulu	Öğretim Elemanı
2016	Melikşah Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Görevlisi
2011-2016	Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi	Hemşire
2011	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Öğretim Elemanı

YABANCI DİL

İngilizce