



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEKO-ONKOLOJİK CERRAHİ SONRASI KADINLARA VE EŞLERİNE VERİLEN
TABURCULUK EĞİTİMİNİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

ÖZGENUR DEHMEN DAĞDEVİREN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

İSTANBUL, 2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEKO-ONKOLOJİK CERRAHİ SONRASI KADINLARA VE EŞLERİNE VERİLEN
TABURCULUK EĞİTİMİNİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

ÖZGENUR DEHMEN DAĞDEVİREN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ ZÜBEYDE EKŞİ GÜLOĞLU

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

İSTANBUL, 2025

TEZ ONAYI



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ÖZGENUR DEHMEN DAĞDEVİREN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve tecrübeleriyle kişisel gelişimime ve akademik gelişimime sağladığı katkılarıyla, tez çalışmamı yürütürken desteğini esirgemeyen, moral ve motivasyonumu korumama yardım eden, yoluma ışık tutan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum kıymetli danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU'na

Eğitim sürecimde önemli katkıları olan değerli Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Eğitim sürecinin bana kazandırdığı birlikte güzel bir dayanışma içinde olmaktan mutluluk duyduğum kıymetli sınıf arkadaşlarıma,

Tez çalışmamı yürütürken beni destekleyen, çalışma hayatımda kolaylık sağlayan bütün çalışma arkadaşlarıma ve çalışmama sağladığı katkılardan dolayı Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği doktoru Prof. Dr. Vakkas KORKMAZ'a,

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm değerli katılımcılara,

Beni yoğun sevgi ve emekleriyle bugünlere getiren, ailem oldukları için her zaman gurur duyduğum canım annem Hamiyet DEHMEN, canım babam Hamza DEHMEN ve önümdeki en özel rol modelim, her zaman hayran olduğum biricik ablam Duygu DEHMEN'e,

Hayatımı kolaylaştırmayı kendine görev edinen ve bunu mutlulukla yapan sevgili eşim Orkun Kemal DAĞDEVİREN'e, anlayışı, sabrı, desteği ve sunduğu güzel sevgisi için,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ.....	I
TABLO LİSTESİ.....	II
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Endometriyum Kanseri	6
4.2. Over Kanseri	7
4.3. Serviks Kanseri	8
4.4. Vulva ve Vajen Kanseri	10
4.5. Jinekolojik Kanselerde Taburculuk ve Hasta Eğitimi	11
4.6. Jinekolojik Kanselerde Destekleyici Bakım	14
4.7. Jinekolojik Kanseri Hastaya Bakım Verenlerin Bakım İhtiyaçları ve Hemşirelik Bakımı	16
4.8. Jinekolojik Kanseri Hastalar ve Yakınlarında Yaşam Kalitesi	17
5. GEREÇ ve YÖNTEM	19
5.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	19
5.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	19
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
5.4.1. Kadınlarda örnekleme dahil edilme, dahil edilmeme ve dışlanma kriterleri.....	20
5.4.2. Erkeklerde örnekleme dahil edilme, dahil edilmeme ve dışlanma kriterleri.....	21
5.5. Veri Toplama Yöntemi	23
5.5.1. Veri toplama araçları	23
5.6. Araştırmanın Uygulanması	32
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	34
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	34
6. BULGULAR.....	35
6.1. Gruplardaki Kadınlara Ait Demografik, Obstetrik ve Hastalıklarına İlişkin Veriler...	35
6.2. Gruplardaki Kadınların Müdahale Öncesi ve Sonrasına İlişkin Veriler	38
6.3. Gruplardaki Erkeklerle Ait Demografik ve Müdahale Öncesi ve Sonrasına İlişkin Veriler.....	45

6.4. Kadınlara ve Erkeklerle Ait Bazı Özelliklerle Ölçek Puanları Arasındaki Karşılaştırmalar	52
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	57
7.1. Gruplardaki Kadın ve Erkek Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
7.2. Gruplardaki Kadın Katılımcıların Eğitim Müdahalesi Öncesi ve Sonrasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
7.3. Gruplardaki Erkek Katılımcıların Eğitim Müdahalesi Öncesi ve Sonrasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
7.4. Gruplardaki Kadın ve Erkeklerle Ait Bazı Özelliklerin Ölçek Toplamlarıyla Karşılaştırılmalarının Tartışılması.....	65
7.5. Sonuç.....	66
7.6. Öneriler.....	67
8. KAYNAKLAR	68
9. ÖZGEÇMİŞ	81
10. BİLİMSEL FAALİYETLER.....	82
11. EKLER	83

KISALTMALAR LİSTESİ

ABS	:	Amerikan brakiterapi derneği
BDBGÖ	:	Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği
BT	:	Bilgisayarlı tomografi
BRCA1- BRCA2	:	Breast cancer gene
CA	:	Kanser
CA-125	:	Kanser antijeni 125
DBGÖ-KF	:	Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kısa formu
DSÖ	:	Dünya sağlık örgütü
ERAS	:	Enhanced recovery after surgery / Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü
FDA	:	Food and drug administration
GLOBOCAN	:	Global cancer observatory
HPV	:	Human papilloma virüs
KHBVYKÖ	:	Türkçe kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesi ölçeği
LEEP	:	Loop electrosurgical excision procedure
BPLND	:	Bilateral pelvik ve paraaortil lenf nodu diseksiyonu
BİLND	:	Bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu
MRI	:	Manyetik rezonans görüntüleme
NCCN	:	Ulusal kapsamlı kanser ağı
PAP Smear	:	Papanikolaou testi
PET-CT	:	Pozitron emisyon tomografisi
SPSS	:	Statistical package for the social sciences
TAH-BSO	:	Total abdominal histerektomi- bilateral salpingooferektomi
TLH	:	Total laparoskopik histerektomi
TÜİK	:	Türkiye istatistik kurumu
TVUSG	:	Transvajinal ultrasonografi
YKÖ	:	Yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-C30

TABLO LİSTESİ

Sayfa Numarası

Tablo 1.	DBGÖ puan karşılıkları ve ihtiyaç durumu tablosu.....	24
Tablo 2.	DBGÖ alt boyutları, madde numaraları, puan aralığı ve cronbach alfa değerleri.....	24
Tablo 3.	DBGÖ alt boyutları ve bizim çalışmamızdaki cronbach alfa değerleri.....	24
Tablo 4.	YKÖ ölçeği alt boyutları, numaraları, aralık değeri ve cronbach alfa değeri.....	27
Tablo 5.	YKÖ ölçeği alt boyutları ve bizim çalışmamızdaki cronbach alfa değeri.....	28
Tablo 6.	BDBGÖ alt boyutları, madde numaraları, puan aralığı ve cronbach alfa değerleri.....	29
Tablo 7.	BDBGÖ alt boyutları ve bizim çalışmamızdaki cronbach alfa değeri.....	30
Tablo 8.	KHBVYKÖ alt boyutları, madde numaraları, minimum-maksimum değerleri ve cronbach alfa değerleri.....	31
Tablo 9.	KHBVYKÖ alt boyutları ve ve bizim çalışmamızdaki cronbach alfa değeri.....	31
Tablo 10.	Kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 11.	Jinekolojik kanserli kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin karşılaştırılması.....	36
Tablo 12.	Jinekolojik kanserli kadınların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 13.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların DBGÖ puan ortalamaları karşılaştırılması.....	39
Tablo 14.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların DBGÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	39
Tablo 15.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların DBGÖ puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	40
Tablo 16.	Müdahale grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	41
Tablo 17.	Kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	43

Tablo 18.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	44
Tablo 19.	Erkeklerin (eşlerin) tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 20.	Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin BDBGÖ ölçek puan ortalamaları karşılaştırılması.....	47
Tablo 21.	Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin BDBGÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	47
Tablo 22.	Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin BDBGÖ puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	49
Tablo 23.	Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin KHBVYKÖ ölçek puan ortalamaları karşılaştırılması.....	50
Tablo 24.	Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin KHBVYKÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	50
Tablo 25.	Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin KHBVYKÖ puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	51
Tablo 26.	Kadınlara ait özellikler ile DBGÖ 1. ve 2. görüşme puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 27.	Erkekelere ait özellikler ile BDBGÖ 1. ve 2. görüşme puanlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 28.	Erkekelere ait özellikler ile KHBVYKÖ 1. ve 2. görüşme puanlarının karşılaştırılması.....	55

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Şekil 1.	Araştırmanın akış şeması.....	22
----------	-------------------------------	----



1. ÖZET

Tezin başlığı : Jineko-Onkolojik Cerrahi Sonrası Kadınlara ve Eşlerine Verilen Taburculuk Eğitiminin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Öğrenci Adı Soyadı: Özgenur DEHMEN DAĞDEVİREN

Danışmanın Adı Soyadı: Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Program Adı: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Amaç: Jineko-onkolojik cerrahi sonrası kadınlara ve eşlerine verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimlerine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma randomize kontrollü, prospektif deneysel bir araştırmadır. 1 Ocak 2024- 1 Kasım 2024 tarihlerinde Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde yürütülen araştırmanın evrenini; jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uyan 140 hasta ve eşi oluşturmuştur. Araştırma verileri; Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ), Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (BDBGÖ) ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (KHBVYKÖ) uygulanarak toplanmıştır.

Bulgular: Jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınların ortalama yaş ortalaması $48,11 \pm 11,5$, eşlerinin yaş ortalaması $50,15 \pm 11,5$ saptanmıştır. Kadınların en fazla tanı aldığı jinekolojik kanser türleri; %44,3 ile endometrium kanseri, %27,9 ile serviks kanseri, %12,9 ile over kanseri olmuştur ve %22,9'u bir haftadan daha uzun süre hastanede kalmıştır. Eşlerin bakım için ayırdığı süre ortalama $7,3 \pm 3,07$ saattir. Eğitim müdahalesi DBGÖ puanları üzerinde müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($F=226,891$, $p<0.001$, $\eta^2=0,624$) göstermektedir. Eğitim müdahalesi YKÖ alt boyutlarında anlamlı farklılık yaratmıştır ($p<0,001$). Kontrol grubundaki eşlerin BDBGÖ puanları müdahale grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. ($p<0,001$). Bu da destekleyici bakım ihtiyaçlarının daha fazla olduğu göstermektedir. Müdahale grubundaki eşlerin eğitim sonrası KHBVYKÖ anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Sonuç: Taburculuk eğitim müdahalesi ile destekleyici bakım gereksinimlerinin azaltılabileceği yaşam kalitesinin artırılabilceği görülmüştür. Hastalar ve eşlerine ihtiyaçlarına yönelik taburculuk eğitim programı planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Destekleyici bakım, jinekolojik kanser, taburculuk eğitimi, yaşam kalitesi.

2. SUMMARY

Title of Thesis : The Effect of Discharge Education Given to Women and Their Spouses on Supportive Care Needs and Quality of Life After Gyneco-Oncologic Surgery: A Randomized Controlled Study

Student Name, Surname : Özgenur DEHMEN DAĞDEVİREN

Supervisor Name : Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Program Name : Obstetrics and Gynecology Nursing Master's Program with Thesis

Objective: To determine the effect of discharge education given to women and their spouses on supportive care needs and quality of life after gyneco-oncologic surgery.

Materials and Methods: The study is a randomized controlled prospective experimental study. It was conducted between January 1, 2024 and November 1, 2024. The population of the study conducted in the Gynecologic Oncology Clinic of Etlik City Hospital consisted of women who underwent gyneco-oncologic surgery. The sample of the study consisted of 140 patients and their spouses who agreed to participate in the study and met the sampling criteria. Data were collected by administering the Supportive Care Needs Scale (DBGÖ), Quality of Life Scale (YKÖ), Supportive Care Needs of Caregivers Scale (BDBGÖ) and Quality of Life in Caregivers of Cancer Patients Scale (KHBVYKÖ).

Results: The mean age of the women who underwent gyneco-oncologic surgery was $48.11 \pm 11,5$ years and the mean age of their husbands was $50.15 \pm 11,5$ years. The most common types of gynecologic cancer diagnosed were endometrial cancer with 44,3%, cervical cancer with 27,9%, ovarian cancer with 12.9%, and 22.9% of the women stayed in the hospital for more than one week. The mean time allocated by spouses for care was $7,3 \pm 3,07$. The educational intervention showed that there was a statistically significant difference between the intervention and control groups on the DBGÖ scores ($F=226,891$, $p<0,001$, $\eta^2=0,624$). The training intervention created a significant difference in the sub-dimensions of the YKÖ ($p<0.001$). Spouses in the control group were found to have significantly higher scores in the BDBGÖ compared to the intervention group ($p<0.001$). This shows that they have more supportive care needs. The spouses in the intervention group had significantly higher KHBVYKÖ scores after the training ($p<0.001$).

Conclusion: Discharge education interventions reduce supportive care needs and enhance quality of life, necessitating tailored programs for patients and spouses.

Keywords: Supportive care, gynecologic cancer, discharge education, quality of life.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, günümüzde kronik bir hastalık olarak kabul edilmekte olup, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması ve bireylerin yaşam kalitelerini ciddi anlamda olumsuz etkilemesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Toptaş, 2013).

Dünya çapında kanser gerçeğine bakıldığında 2022 yılında 20 milyon olan kanser vaka sayısının 2045'e gelindiğinde 32,6 milyon yeni kanser vakasına ulaşacağı tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2022). Dünya'da kanser insidansı incelendiğinde; Avrupa'da erkeklerde en sık görülen ilk 3 kanser sıralamasında prostat, akciğer, kolorektal kanserlerinin yer aldığı görülmektedir. Kuzey Amerika, Güney Amerika, Avrupa'nın Batısı, Avustralya ve Afrika bölgelerinde prostat kanseri ilk sırada yer alırken, Türkiye'nin de dahil olduğu Asya ve Doğu Avrupa bölgelerinde akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda ise tüm dünyada en sık görülen kanser türü meme kanseri olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri için bu sıralamayı 2. sırada kolorektal ve 3. sırada akciğer kanseri izlemektedir (GLOBOCAN, 2022). Sağlık Bakanlığı'nın Kanser İstatistikleri verileri Dünya verileri ile benzer olup erkeklerde en sık görülen ilk üç kanser sıralamasını; akciğer, prostat, kolorektal olarak, kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser sıralamasını; meme, tiroid, kolorektal olarak bildirmişlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 raporunda ise Türkiye'de 2018 yılında kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin toplam sayısının 81 bin 129'a ulaştığı bildirilmiştir (TÜİK, 2019).

GLOBOCAN verilerine göre dünyada en sık görülen jinekolojik kanserler serviks, endometriyum ve over kanseri olarak sıralanmaktadır (GLOBOCAN, 2022). Ülkemizde ise; Sağlık Bakanlığı'nın Kanser İstatistikleri Raporu'na göre, kadınlarda görülen en yaygın 10 kanser türü sıralanmış olup, endometriyum kanserinin 4., over kanserinin 6. ve serviks kanserinin 10. sırada yer aldığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Kadın üreme organlarında meydana gelen kötü huylu oluşumlar kadının iyilik halini önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Jinekolojik kanserler, adlarını yerleştikleri kadın üreme organlarından alır ve serviks, over, endometriyum, fallop tüpleri, vulva ve vajina kanseri olarak karşımıza çıkmaktadırlar (Uludağ ve ark., 2022).

Jinekolojik kanserlerin yaygınlığının artması, tedavi alternatiflerinin çeşitliliği, çoğu jinekolojik kanserin tedavisinin cerrahi müdahale gerektirmesi, tedavi sürecinin uzun ve maliyetli olması, hastalığın tekrarlama ve yayılma riskinin bulunması gibi etkenler, kanserli bireylerin yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Çakır ve Nazik, 2022).

Kanser hastalığının hem hasta birey hem de bakım veren kişinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin yanı sıra kanser, bireyin ve ailesinin yaşamında birçok yönden değişikliğe sebep olan ve uzun yıllar bununla baş etmeyi zorunlu kılan bir hastalıktır. Bu hastalıkla baş edebilmek için eğitime olan ihtiyaç büyüktür. Özellikle de eğitimin büyük bir bölümünü kapsayan taburculuk eğitimine ihtiyaç duyulmaktadır (Çavuş, 2008). Taburculuk eğitiminin bireylerin ve bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler yarattığı bilinmektedir. Bununla beraber son zamanlarda hastaların erken taburcu ediliyor olması iyileşme dönemlerinin önemli bir kısmını evlerinde geçirmelerine sebep olduğundan, taburculuk eğitimi kanser hastaları için önemli bir yer tutmaktadır (Çulha, 2019).

Taburculuk eğitiminin, hastaların psikolojik ve fizyolojik sağlığı üzerinde olumlu bir etki yarattığı, yaşam kalitesini iyileştirdiği ve bireylerin kendi bakım süreçlerine katılımını artırarak tedaviye uyumunu güçlendirdiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra taburculuk eğitiminin; hastanede kalış süresini, komplikasyon görülme sıklığını ve acil başvurularını azaltıp hastaneye tekrarlı plansız yatışları azalttığı da bildirilmiştir (Çavuş, 2008; Temel, 2019).

Hastaların ve bakım verenlerin taburculukları sırasındaki bilgi gereksinimleri ortaya konulmak istendiğinde ise kişilerin ihtiyaç duydukları destekleyici bakım gereksinimlerine yönelik eğitim planlamak gerekmektedir. Destekleyici bakım hastanın bakım gereksinimlerinin hasta merkezli planlanıp uygulanması esasına dayanmaktadır. Dolayısıyla daha önce bahsedildiği üzere kanser hastalığının hem kişinin hem de bakım verenlerin yaşamında çok boyutlu değişikliklere sebep olduğundan kanserin getirileriyle baş etmeyi kolaylaştırmak için özellikle kanser hastalığı ile mücadele eden gruplarda destekleyici bakım oldukça önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Temel, 2019).

Günümüzde; yaşam standartlarındaki artış, sağlık hizmetlerinin ülkenin ücra köşelerine kadar ulaştırılabilir olması, insanların sağlık okur yazarlılığı düzeyindeki artış ve kanser tanı-teşhis yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak daha çok hastaya kanser tanısı konulabilmektedir. Bu durum kanser hastalarına bakım verenlerin ve kanser hastalarının, bakım sürecine daha aktif katılmaları gerekliliğini beraberinde getirmiştir (Yakar ve Pınar, 2013; Toptaş, 2013).

Bakım veren kişi; bakıma ihtiyacı olan kişiyle birebir ilgilenip, tıbbi bakımını ve hastane işlerinin takibini üstlenen, onunla birlikte yaşayıp, temel ihtiyaçlarını karşılamasına yardım eden eş, akraba veya arkadaşır (Toptaş, 2013). Kanser hastalarına bakım verme; aile üyelerinin günlük yaşantılarının değişmesine, Fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, iş yaşamında değişiklikler sebebiyle ekonomik kayıplar yaşamalarına, bakım veren kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde sorunlar gelişmesine neden olmaktadır. Kanserli hastalara bakım veren kişiler

üzerindeki tüm bu olumsuz etkiler dikkate alındığında, bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin de gerekli olduğu görülmektedir (Yakar ve Pınar, 2013).

Kanser hastalığının, hasta ve bakım vericisinin yaşamında baş etmeyi gerektiren biyo psiko sosyal değişimler meydana getirmesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi sebeplerine paralel olarak bu hasta gruplarında eğitimin önemi ön plana çıkmaktadır. Literatürde hasta ve bakım vericilerine birlikte eğitim yapılan çalışma bulunmaması, hasta merkezli bakım olarak kabul edilen destekleyici eğitim gereksinimlerine yönelik planlanan taburculuk eğitiminin kişilerin iyilik halini artırmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Amaç: Çalışmamız jineko-onkolojik cerrahi sonrası kadınlara ve eşlerine verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimlerine ve yaşam kalitelerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.



4. GENEL BİLGİLER

Kadınlarda var olan hastalıklar, yalnızca kendilerini değil çocukları, eşleri ve diğer aile üyelerini de etkilemesi yönünden oldukça önemlidir. Jinekolojik kanserlerin; kadınlar üzerinde beden imajları, cinsellikleri ve üreme yetenekleriyle ilgili birtakım etkiler yarattığı gibi kadının ve ailesinin yaşam kalitesi üzerinde de etkiler yaratmaktadır. Ayrıca kanser hastalığı, yalnızca bireye değil topluma, sağlık bakım sistemlerine ve ülkelere fazlasıyla fiziksel, ruhsal ve finansal yük oluşturduğu için ayrı bir önemi vardır (Köse ve Karakurt 2023).

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre; 2018 yılı itibarıyla endometrium kanseri insidansı %11,1, over kanseri insidansı %6,5 ve serviks kanseri insidansı %4,3 olarak bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

4.1. Endometriyum Kanser

Ülkemizde kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser türü endometriyum kanseri olarak karşımıza çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Endometriyum kanserleri genel olarak tip 1 ve tip 2 olarak sınıflandırmak mümkündür. Tip 1 en fazla görülen endometriyal malignitesidir ve Tip 2'ye göre hormon duyarlılığı daha fazladır. Tip 2 tümörleri daha ileri evrelerde teşhis edildikleri için çoğunlukla Tip 1 endometrium malignitesine kıyasla daha agresif olup prognozu daha kötüdür. (Ojamaa ve ark., 2019; Amant ve ark., 2018). Risk faktörleri:

- Obezite
- Polikistik over sendromu
- Erken menarş, geç menopoz
- Nulliparite
- Endometriyozis ve menstrüel düzensizlikler
- Postmenopoz dönemde östrojen kullanımı
- Meme Ca geçmişi olanlarda tamoksifen kullanımı
- Kötü Yaşam tarzı (hareketsiz yaşam, sigara kullanımı gibi)
- Aile öyküsü
- Diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalıkları
- Yüksek gelirli ülkelerde yaşayanlar (Felix ve Brinton, 2018; Khazaei ve ark., 2020).

Endometrium kanserinin belirtilerine bakıldığında anormal vajinal kanama, endometrium kanseri tanısı alan kadınların yaklaşık %75-90'ında görülmekte olup erken dönemdeki en temel belirti olarak kabul edilmektedir. Post menopozal kanama ve kahverengi sulu akıntı anormal vajinal kanamayla ilintili diğer belirtilerdir (Temur, 2016).

Kanama dışındaki diğer belirtiler ise; muayene ile ele gelen kitle, abdominal ve/veya pelvik ağrı, abdominal distansiyon ve beraberindeki sırt ağrısı olarak sıralanabilmektedir (Aykol, 2024).

Endometrium kanserinde tanılama çoğunlukla kansere özgü semptomlar görüldükten sonra yapılmaktadır. Kadının obstetrik ve jinekolojik özellikleri, aile öyküsü ve tıbbi geçmişini kapsayan ayrıntılı bir anamnez alınır. Daha sonra pelvik muayene ile vajina, serviks, uterus, adneksler, parametrial alan ve lenf nodları değerlendirilmesi yapılır. Muayenenin ardından

- Transvajinal Ultrasonografi (TVUSG),
- Histopatolojik inceleme (dilatasyon ve küretaj, probe küretaj ve/veya endoservikal küretaj işlemleri korpus uteri kanserinin tanılanmasında olmazsa olmaz standart olarak kabul edilmektedir),
- Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ve
- Histeroskopi başvuru yöntemleri arasındadır (Aykol, 2024).

Endometrium kanserinde standart tedaviyi histerektomi ve çift taraflı salpingo-ooferektomiden oluşturur. Lenfadenektomi, radyoterapi ve kemoterapi dahil olmak üzere adjuvan tedaviye ihtiyaç duyan lenf nodu pozitif hastaların belirlenmesini sağlar. Adjuvan radyoterapi, yüksek risk faktörleri olan Evre I-II hastalar ve Evre III lenf nodu negatif hastalar için kullanılmaktadır (Amant ve ark., 2018).

4.2. Over Kanseri

Tüm kadın kanserleri arasında over kanseri en düşük hayatta kalma oranına sahiptir ve tanı konulanların ancak yarısından daha azının tanıdan 5 yıl sonra hayatta kaldığı bildirilmiştir (Johnston ve ark., 2023). Over kanserinin 2022 yılında ABD'de yaklaşık 20.000 yeni vaka ve 13.000'den fazla ölümle ilişkili olması en ölümcül jinekolojik kanser olarak anılmasına neden olmuştur (Phung ve ark., 2023). Ülkemizde de ölüm hızı en yüksek jinekolojik kanserin over kanseri olduğu bildirilmiştir (Köse ve Karakurt 2023).

Over kanserinin gelişim mekanizmaları tartışmalı olmakla beraber; kesintisiz ovulasyon, büyüme faktörü ve inflamasyon teorilerinden söz edilmektedir. Günümüzde kabul edilen hipoteze göre de, yüzey mezotel epitelinin çeşitli etkilere maruz kalarak metaplaziye uğraması ile epitelyal over kanserinin kaynağını oluşturduğu görüşü kabul edilmektedir (Tuncer ve Çelik, 2021). Tüm bunlarla beraber over kanseri için risk faktörleri şunlardır:

- İleri yaş faktörü
- BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları
- Erken menarş ve geç menopoz
- Kesintisiz ovulasyon süreci ve doğum yapmamış olmak (nulliparite)

- İnfertilite ve hormon replasman tedavisi kullanımı
- Genetik unsurlar ve ailede meme kanseri öyküsü bulunması
- Sağlıksız beslenme alışkanlıkları
- Endometriozis ve polikistik over sendromu (PKOS)
- Menopoz sonrası dönemde uzun süreli destek hormon tedavisi kullanımı
- Sigara tüketimi
- Asbest ve talk gibi zararlı maddelere maruziyet (Alzahrani ve ark., 2024; Güzel ve ark., 2019).

Over kanseri belirtileri GIS (gastrointestinal sistem) belirtilerine benzerlik göstermektedir. Bu durum geç tanı alınmasına sebep olmaktadır (Evgin ve Şahin, 2022). En fazla yaşanan belirti karın ağrısı olup erken doyma, iştahsızlık, sırt ağrısı, konstipasyon, diyare, tükenmişlik, mide bulantısı, üriner şikayetler gibi spesifik olmayan belirtiler yaşanmaktadır (Ersoy, 2022). Diğer ciddi belirtiler ise; karında şişkinlik, asit (peritoneal boşlukta sıvı), pelvik ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı olarak sıralanabilmektedir (Afşin ve ark., 2022).

Hastalık ve hastalığa bağlı ölüm oranlarının azaltılması yalnızca hastalığın risk faktörlerinin belirlenmesi ve erken dönemde tanı konulmasıyla mümkün olabilmektedir (Evgin ve Şahin, 2022). Over kanserinde tanı yöntemleri; pelvik muayene ve rektovajinal muayeneden oluşan fizik muayene, radyografik görüntüleme (örneğin, trans vajinal ultrasonografi, abdominal ultrasonografi, BT) ve serum Kanser Antijeni-125 (CA-125) seviyelerinin taranmasıdır. (Yavuzşen, 2019). Ek olarak ileri görüntüleme tekniklerinden MRI VE PET-CT eklenebilmektedir. Ayrıca cerrahi olarak kitlenin çıkarılması ve tümör biyopsisinin patolojik incelemeye gönderilmesi hem tedavi hem de tanı amaçlı kullanılmaktadır (Afşin ve ark., 2022). Over kanserinin tedavisinde kemoterapi etkinliğinden en iyi faydayı sağlayabilme gerekliliği, makroskobik olarak görülebilen ve elle hissedilebilen tüm tümör belirtilerinin tamamen eradike edilmesidir. Bu sebeple over kanseri için standart tedaviyi tümörün mümkün olduğu kadar büyük kısmının çıkarılmasını amaçlayan birincil cerrahi ve ardından adjuvan kemoterapi (cerrahi sonrası hastalık nüks riskini azaltmak amacıyla yapılan tedavi yöntemi) tedavisi oluşturmaktadır (Burges & Schmalfeldt, 2011).

4.3. Serviks Kanseri

Dünyada kadınlarda en çok görülen kanserler arasında serviks kanseri 4. sırada, Ülkemizde ise kadınlarda en çok görülen kanser sıralamasında 10. Sırada yer almaktadır (GLOBOCAN 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Yaygın görülen serviks kanseri erken tanı konulması mümkün olan, iyileşme potansiyeli taşıyan ve önlenabilir bir kanser türüdür. Gelir ve eğitim seviyesi düşük toplumlarda görülme sıklığının arttığı bildirilmiş olup nedeni aşı ve tarama

programlarına erişememe ve enfeksiyonel hastalıklara maruziyetin daha fazla olması ile açıklanmıştır (Durmaz ve ark. 2021; Nalbantoğlu ve Arslan, 2023)

Serviks kanserinin oluşumunda etkili bir diğer faktörün HPV (Human Papilloma Virus) olduğu bilinmektedir. HPV, normal servikal epitel hücrelerini preneoplastik servikal epitele dönüştürerek invazif serviks kanserine neden olmaktadır (Tezera ve ark., 2024). Günümüzde 200'den fazla HPV tipi olduğu bildirilmiş ve karsinogenik özellik gösteren türlerinin %70'inden HPV 16 ve 18 sorumlu iken %20'sinden HPV 31, 33, 45, 52 ve 58 sorumlu bulunmuştur (Srinivasan, 2024; Shing ve ark., 2022). HPV ile enfekte olmayan kişilerde servikste skuamöz hücreli karsinom oluşma ihtimali düşük iken, enfekte olanlarda bu ihtimal 250–400 kat daha fazladır. Cinsel aktif kadınların %70-80'i onkogenik HPV ile karşı karşıya kalmakla birlikte risk faktörleri çeşitlilik göstermektedir (Aydoğdu ve Özsoy 2018). Riski arttıran faktörler şunlardır;

- Sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı
- Düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olmak
- Çok sayıda cinsel partnerin bulunması ve partnerin risk faktörleri taşıması
- 18 yaşından önce cinsel ilişkiye başlama
- İlk doğumu 20 yaşından önce yapma
- Üç veya daha fazla doğum yapmış olmak
- Cinsel yolla bulaşan hastalık geçmişi
- İmmün yetmezlik durumları
- Ailede kanser öyküsü ve genetik yatkınlıktır (Olusanya ve ark., 2020; Karasu, 2020).

Serviks kanseinin belirtilerine bakıldığında, HPV' nin klinik evreleri; latent, subklinik ve klinik dönemler oluşu ve latent dönemde belirti vermezken klinik dönemde, genital siğiller ve invaziv kanserler gibi gözle görülebilir lezyonların olduğu görülmektedir (Aydoğdu ve Özsoy 2018).

Serviks kanserinin en özgü bulgusu ağrısız kanama ve et suyu renginde vajinal akıntıdır. Normal dışı vajinal kanama (ara kanama, cinsel ilişki sonrası kanama, postmenopozal kanama), adet kanamalarının normale göre daha uzun sürmesi ve ağır geçmesi, ağrılı cinsel ilişki, ileri evrelerde kötü kokulu vajinal akıntı, bel ve kasık ağrısı, genital ve anal mukozalarda karnabahar görünümünde ağrısız lezyonlar, anemi, kilo kaybı, idrar yapmada güçlük ya da bacaklarda ödem ile belirti verebilmektedir (Aydoğdu ve Özsoy 2018).

Serviks kanserinin tanısında ilk olarak, prekanseröz lezyonların ve HPV enfeksiyonunun tespiti amacıyla servikal Pap Smear ve HPV-DNA testi uygulanmaktadır. Eğer anormal Pap Smear bulguları saptanırsa, özellikle yüksek riskli HPV 16 ve 18 pozitifliği durumunda, hastalara prekanseröz lezyonların değerlendirilmesi için kolposkopi yapılmaktadır. Ancak, kolposkopi mikroinvaziv kanserlerin tespitine imkan vermemektedir. Lezyonların belirlenmesinin

ardından, invaziv kansere dönüşümünü engellemek amacıyla çeşitli tedavi prosedürleri uygulanmaktadır. Bunlar arasında; Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü (LEEP), kriyoterapi, koterizasyon ve lazer tedavisi yer almaktadır (Nalbantoğlu ve Arslan 2023). Bunların yanı sıra, tanı sürecinde radyolojik görüntüleme teknikleri olan Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) Pozitron Emisyon Tomografisi (PET-CT)'nden yararlanılmaktadır (Süs, 2022).

Serviks kanseri için tarama ve korunma yolları özellikle önem arz etmektedir. DSÖ 2020 yılında serviks kanserini erdike etmek üzere bir program başlatmıştır. Bu programın hedeflerine ulaşması halinde 2030 yılında dünyada 15 yaşına gelmiş kızların %90' ı HPV ile aşılanmış, 35-45 yaş aralığındaki kadınların %70' i serviks kanseri yönünden taranmış, serviks kanseri tanısı alan tüm kadınların %90' ı ise uygun tedavi ve bakıma ulaşabiliyor olması beklenmektedir (Yaslı,2022). Ülkemizde de serviks kanserinden korunmak için Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmış “Gardasil, Cervarix ve Gardasil-9” isimli HPV aşısı mevcuttur (Yaslı,2022).

Ulusal Tarama Prosedürü doğrultusunda, 30-65 yaş arasındaki tüm kadınların her beş yılda bir HPV DNA testi ile taranması, testi pozitif çıkan vakaların smear testiyle tekrar değerlendirilmesi ve ardından beş yıllık aralıklarla taramanın sürdürülmesi öngörülmektedir. Ayrıca, son üç testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlar için taramanın sonlandırılması tavsiye edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Serviks kanserinin tedavisinde; lokal eksizyon, elektrokoterizasyon, kriyocerrahi, laser cerrahisi, soğuk koagülasyon, konizasyon, histerektomi, diğer cerrahi seçenekler ve radyoterapi gibi alternatif tedavi yöntemleri yer almaktadır (Özsoy, 2013).

4.4. Vulva ve Vajen Kanseri

Vulva ve vajen kanserleri, diğer jinekolojik kanser türlerine kıyasla oldukça seyrek rastlanan hastalıklardandır. Görülme sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte, vulvar bölgedeki semptomların geç fark edilmesi ve hastaların tıbbi yardım almakta gecikmesi nedeniyle tanı süreci uzayabilmektedir (Yılmaz ve Doğan, 2022). Tüm kadın üreme sistemi kanserleri içinde %5'ten daha düşük bir orana sahip olmasına rağmen, yaş ilerledikçe görülme sıklığının arttığı ve bu durumun önemli bir sağlık sorunu oluşturduğu belirtilmektedir (Süs, 2022).

Vulvadaki lezyonlar, genellikle genital bölgede kaşıntı ile kendini gösteren, lezyonlu hastalıklar olarak tanımlanır (Yılmaz ve Doğan, 2022). Vulva kanserlerinde genellikle başlangıç aşamalarında belirgin semptomlar gözlenmemektedir. Ancak hastalığın ilerleyen dönemlerinde vulvar bölgede yaygın olarak yanma, ağrı, kızarıklık, kaşıntı, renk değişikliği, döküntüler, siğil oluşumu ve deri kalınlaşması gibi belirtiler görülebilmektedir (Reade ve ark., 2014).

Vulvar bölgedeki lezyonlar veya normal dışı görünen oluşumlar, potansiyel hastalık belirtileri olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle, vulvar bölgede görülen her şüpheli lezyondan biyopsi alınarak tanının kesinleştirilmesi gerekmektedir (Shindo ve ark., 2017; Keskin ve Tahta, 2021). Vulva kanseri tedavisine bakıldığı zaman, cerrahi müdahale, preoperatif ve postoperatif radyoterapi ve kemoterapi gibi çeşitli yöntemler yer almaktadır. Tedavinin temel amacı, kadının cinsel fonksiyonunu kaybetmeden tüm kanserli oluşumu eradike etmektir (Van der Zee ve ark., 2008; Moore ve ark., 2009).

Vajina kanserinin tedavisine bakıldığında mevcut uygulamada olan tedavi kılavuzlarının çoğunun serviks kanseri tedavi protokollerine benzetildiği görülmektedir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) yönergeleri, brakiterapi uygulamasının pelvik kemoradyasyon ile eş zamanlı olarak uygulanmasını önererek, radyasyon tedavisini birincil tedavi seçeneği olarak sunmaktadır. Ayrıca, Amerikan Brakiterapi Derneği (ABS) tarafından vajinal kanserde brakiterapi kullanımı, tekrarlayan ve/veya büyük vakalarda tedavinin vazgeçilmez bir uygulaması olarak kabul görmektedir (Colson-Fearon & Viswanathan, 2024).

4.5. Jinekolojik Kanserlerde Taburculuk ve Hasta Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneden ayrıldıktan sonra ortaya çıkabilecek sağlık bakım ihtiyaçlarını belirleme ve bu ihtiyaçlara yönelik hazırlık sürecini kapsayan bir uygulamadır (Çavuş, 2008). Taburculuk eğitimi, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını belirleyerek evde bakım sürecini organize etmeyi ve hastanın yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu sayede, bakımın devamlılığı sağlanarak hastanın hastaneden eve güvenli ve sorunsuz bir şekilde geçişi desteklenmiş olur (Damiani ve ark., 2009). Sağlık hizmetlerindeki değişimler, teknolojik ilerlemeler, ameliyat sayılarındaki artış ve hastane enfeksiyonları gibi etkenler, hastaların erken taburcu edilmesini teşvik etmektedir. Bu durum, hastaların ameliyat sonrası iyileşme süreçlerinin büyük bir kısmını evde geçirmelerine yol açmaktadır (Sughrue ve ark., 2015; Çulha, 2019).

İyi planlanmış bir taburculuk eğitimi hasta ve bakım verenlere birtakım yararlar sağlar. Hastanede kalış süresini kısaltarak hem hastane hem de evde verilen bakımın kalitesini artırmak, hasta ve ailesinin memnuniyetini yükseltmek, hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almasını teşvik etmek ve bireyin daha hızlı normal yaşamına dönmesine katkı sağlamak olarak sıralanabilmektedir (Kaya ve Yılmaz, 2024). Birey ve aileye sağladığı katkıların yanında taburculuk eğitimi, sağlık kurumlarına da çeşitli faydalar sağlamaktadır. Bunlar; hastaneye yeniden yatış oranlarını ve maliyetleri azaltmak, sağlık ekibi arasındaki iletişimi güçlendirmek, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında güvene dayalı bir ilişki kurulmasına katkı sağlamak olarak sıralanabilmektedir (Meşe, 2018).

Taburculuk süreci ve eğitimi sırasında dikkate alınması gereken eğitim standartları, Amerikan Tabipler Birliği tarafından belirlenmiştir. Bu standartlar arasında, eğitimin hastanın fiziksel, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılaması, taburculuk konularının multidisipliner bir ekip tarafından belirlenmesi ve gerekli planlamaların önceden yapılması yer almaktadır. Bununla birlikte hastanın taburculukta ihtiyaç duyabileceği bakım gereksinimlerine yönelik düzenlemeler yapılması, eğitime hastanın birincil bakıcılarının mutlaka dahil edilmesi, hasta ve ailesinin kendilerini rahatça ifade edebilecekleri ortam sağlanması yer almaktadır (Kaya ve Yılmaz, 2024).

Taburculuk eğitiminde bir diğer önemli unsur, hasta ve ailesinin bilgi düzeyini ve gereksinimlerini belirleyerek kişiye özel bir eğitim planı oluşturmaktır. Eğitimin kalıcılığını artırmak ve etkili bir şekilde gerçekleştirmek için materyal kullanımı büyük önem taşımaktadır. Günümüzde en yaygın ve en erişilebilir materyaller arasında basılı broşürler ve kitapçıklar yer almaktadır (Kajti, 2024). Eğitimde materyal kullanımının beraberinde taburculuk eğitiminin etkili olabilmesi için bazı noktalara dikkat etmek gerekir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Eğitim açık, sade ve basit olmalıdır.
- Hastanın eğitim sırasında soru sormasına izin verilmelidir.
- Eğitim sırasında ortamın fiziksel yapısı (aydınlatma, sıcaklık vb.) uygun olmalıdır.
- Eğitimi kesintiye uğratacak, hastanın dikkatini dağıtabilecek seslerden uzak olmalıdır.
- Hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir.
- Aile, hastanın isteklerine göre eğitime dahil edilmelidir (Uysal, 2012; Kaya ve Yılmaz, 2024).

Taburculuk eğitimi, hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra iyileşme süreçlerini desteklemek amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından verilen planlı bir eğitimidir. Bu eğitim ile hastaların kendi bakımlarını üstlenebilmesi, bağımsızlıklarını yeniden kazanmasını, iyileşme sürecinin hızlandırılmasını ve aynı zamanda komplikasyonlar ile beklenmedik hastane yatışlarının azaltılması hedeflenmektedir (Çulha, 2019). Taburculuk sonrası hasta ve yakınlarının taburculuk eğitimi kapsamında evde kullanacakları ilaçlar, ilaçların doğru kullanımı, tıbbi malzemeler ve hastalığa bağlı evde ortaya çıkabilecek acil durumları yönetme konusunda bilgi edinme ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir (Weiss ve ark., 2017; Thomas ve ark., 2017). Buna paralel olarak; jinekolojik kanserli kadınlar ve ailelerinin taburcu olmadan önce, yara bakımı, kişisel hijyen, fiziksel aktivite, ilaç kullanımı, enfeksiyon belirtileri ve takibi ile takip randevuları hakkında sözlü ve yazılı eğitimler almaları gerektiği bildirilmiştir (Abdul-Kareem & Kadhum, 2022).

Hasta eğitimi, hemşirelik mesleğinin en önemli rollerinden biridir. Literatürde, cerrahi ve sonrası hakkında eğitim almış kadınlar cerrahi sonrası ve iyileşme sürecinde daha az problem

yaşadıkları ve ortaya çıkan problemlere de yerinde müdahaleler yaparak çözümleyebildikleri bilinmektedir (Yağcan ve ark., 2014). Jinekolojik kanserli hastaların tedavi yönetiminde jineko onkolog, tıbbi onkolog, patoloji uzmanı, radyolog, cinsel sağlık danışmanları, genetik danışmanları, hemşire, diyetisyen ve diğer sağlık çalışanlarının varlığını gerektiren multidisipliner bir ekip yer almaktadır (Cook ve ark., 2019). Jinekolojik kanserin, kadınların iyilik hali üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra kadının beden algısı, cinsellik ve üreme gibi birçok fonksiyonda meydana gelen değişiklikler bu hasta grubuna bakım veren hemşirelerin sorumluluğunu arttırmaktadır (Bekmezci ve Meram, 2022). Böylelikle hemşireler bu multidisipliner ekibin değerli bir üyesi olarak kabul görmektedir (Li ve ark., 2016). Jinekolojik kanserli hastaların ihtiyaçlarının tedavinin her aşamasında değişiklik gösterebileceğinden hemşirelerin bakım verirken kanıta dayalı, güncel yaklaşımları takip etmeleri gereklilik göstermektedir (Bekmezci ve Meram, 2022).

Jinekolojik kanser tedavisinin önemli bir kısmını cerrahi tedavi oluşturmaktadır ve cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü (ERAS) kanıt temelli bakım standartları ile hemşirelerin ileri düzey bakım vermesine imkan tanımaktadır (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2018). ERAS protokolü şu dört süreci içermektedir; prehabilitasyon, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif süreçler (Akten ve Aba, 2024; Sunay 2022; Bilgiç ve ark., 2019).

Prehabilitasyon; cerrahi öncesinde düzeltilebilir olan hastalıkların düzeltilmesi, cerrahi öncesinde sağlığın optimize edilmesini kapsamaktadır (Bekmezci ve Meram, 2022). Sigara ve alkolü bırakma, anemiyi düzeltme, Hipoalbümineminin düzeltilmesi, egzersiz, kilo verme gibi uygulamalar prehabilitasyon program içinde yer almaktadır ve hemşirelik bakımında bu aşamada en kıymetli olan uygulama ameliyat öncesi eğitim ve danışmanlıktır (Akten ve Aba, 2024; Sunay 2022; Bilgiç ve ark., 2019).

Ameliyat öncesi değerlendirme, hazırlık ve planlamanın yetersiz olması cerrahi komplikasyonlara ve psikolojik strese sebep olmaktadır (Abdıkirim ve ark., 2015). Jinekolojik onkoloji cerrahisinde sözlü ve yazılı olarak verilen cerrahi öncesi eğitimin karşılaştırıldığı randomize bir çalışmada yazılı verilen cerrahi öncesi eğitimin hasta memnuniyetini arttırdığı, hastanede yatılan günü ve ihtiyaç duyulan analjezik gereksinimini azalttığı bildirilmiştir (Angioli ve ark., 2014). Sonuçta hemşirelerin, cerrahi komplikasyonları ve stresi minimuma indirmek için cerrahi öncesinde hastaların risk faktörlerini değerlendirmeli ve açlık süresi, hastanede yatış süresi, mobilizasyon zamanı ve egzersizler gibi yapılacak uygulamalar hakkında hastalara ve bakım verenlere danışmalık vermeleri son derece önem taşımaktadır (Bilgiç ve ark., 2019).

Preoperatif bakım; genellikle cerrahiden bir gece önce başlayan cerrahi hazırlık sürecini kapsar ve Bağırsak hazırlığı, tromboembolizm profilaksisi, antibiyotikler, anksiyolitik kullanımı, katı

yiyeceklerin kısıtlanması ve anesteziye iki saat öncesine kadar berrak sıvı tüketiminin devam ettirilmesi, cilt hazırlığı gibi uygulamalar preoperatif hazırlık içerisinde yer almaktadır (Akten ve Aba, 2024; Sunay 2022; Bilgiç ve ark., 2019).

İntraoperatif hazırlıklar; anestezi uygulamaları, hedefe yönelik sıvı tedavisi, normotermi bakımı, dren ve tüplerden kaçınmayı kapsamaktadır (Akten ve Aba, 2024; Sunay 2022; Bilgiç ve ark., 2019).

Postoperatif bakım ise beslenmenin erken başlatılması, üriner kataterin erken çıkartılması, multimodal analjezi, erken mobilizasyon, ileusun önlenmesi ve erken iyileşme sağlayarak erken taburculuk uygulamalarını içermektedir (Akten ve Aba, 2024; Sunay 2022; Bilgiç ve ark., 2019). Hastaneden taburcu olma, hem hastalar hem de bakım verenleri için önemli bir geçiş aşamasıdır. Hastaların taburculuğa hazır olup olmadığını değerlendirmek, taburculuk planının önemli bir bölümüdür. Bu sebeple, hastalara ve bakım verenlere detaylı eğitim planlaması oldukça önemlidir (Akten ve Aba, 2024). Yağcan ve arkadaşlarının (2014) jinekolojik cerrahi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada, mevcut tedavi ve komplikasyonları konusunda öğrenim gereksinimlerinin, eğitim düzeylerinden bağımsız olarak yüksek bulunduğu buna karşılık büyük bölümünün ihtiyaçlarının sağlık profesyonelleri tarafından yeterince karşılanmadığı ve hastanın kliniğe yatışı ile birlikte planlı taburculuk eğitiminin, jinekolojik cerrahi sonrası kadınların yaşadıkları problemleri çözümlemelerinde önemli olduğu bildirilmektedir (Yağcan ve ark., 2014).

4.6. Jinekolojik Kanserlerde Destekleyici Bakım

Zaman içinde, kanser tanısı alan hasta sayısındaki artışın yanı sıra, hastalığın doğasının daha iyi anlaşılması ve tedavi yöntemlerinin çeşitlendirilerek geliştirilmesiyle birlikte sağkalım oranlarında da artış gözlemlenmiştir. Bu durum, hem kanser hastalarının hem de bakım verenlerin bakım sürecine daha aktif katılımını zorunlu hale getirmiştir (Yakar ve Pınar, 2013; Toptaş, 2013). Ülkemizde hasta bireye bakma işi genellikle aileleri tarafından yapılmakta ve bu durum aile içi sorumluluk olarak atfedilmektedir (Orak ve Sezgin, 2015). Bakım kavramı çok boyutlu bir kavram olup bakım veren bireylerin yaşam deneyimleri, kültürleri, değer yargılarından ve hasta ile olan yakınlık ilişkilerinden etkilenmektedir (Ergen, 2017). Bakım veren kişi ise; bakıma ihtiyacı olan kişiyle birebir ilgilenip, tıbbi bakımını ve hastane işlerinin takibini üstlenen, onunla birlikte yaşayıp, temel ihtiyaçlarını karşılamasına yardım eden eş, akraba veya arkadaş olarak bilinmektedir. (Toptaş, 2013).

Kanser, yalnızca hastayı değil, beraberinde aileyi ve bakım verenleri de çok yönlü etkileyen zorlu bir süreçtir (Semerci ve ark., 2023). Kanser hastalığı, sağlık hizmeti sunmada anahtar rol alan bakım verenler için önemli yaşam değişimlerini ifade eder. Bakım verenlerin, özellikle evde yaşanacak semptomların ve yan etkilerin yönetiminde yer almak ve sağlık

profesyonellerininkine benzer bir rol üstlenerek tıbbi, fiziksel bakım ve psikososyal destek sağlamak gibi önemli rolleri vardır (Baudry ve ark., 2023). Bakım verenler bu rollerine daha iyi uyum sağlamak için kişisel işlerini hasta bakımına göre uyarlamak zorunda kalırlar ve önceliklerini yeniden değerlendirme konusunda yardıma ihtiyaç duyarlar (Baudry ve ark., 2023). Tedavi süresi ve hastanede kalma sürelerinin uzun olması, evde bakım ihtiyacının varlığı, hastalar ve bakım verenler üzerinde uzun dönemde birçok fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sorunlara sebebiyet vermektedir. (Semerci ve ark., 2023; Abbasi ve ark., 2020). Yani bakım verenler; fiziksel sağlıklarında bozulmalar yaşayabilir, sosyal ilişkilerinde zorluklarla karşılaşabilir ve hastalığın sebep olduğu psikolojik ve duygusal yüklerle karşı karşıya kalabilmektedirler (Beesley ve ark., 2019). Dolayısıyla bakım verenler açısından, fiziksel ve spiritüel iyi oluşta azalma, uyku problemleri, sosyal hayatın kısıtlanması, iş kaybı ya da tedavinin pahalı olmasından kaynaklı finansal sorunlar, gelecek hakkında endişe yaşama, bakım verenin diğer ilişkilerinde yaşadığı sıkıntılar gibi olumsuz sonuçları vardır (Kibar, 2021; Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

Kanser, yönetilmesi güç ve tedavi süreci uzun bir hastalık olup, tedaviye paralel olarak yürütülen etkili bir bakım sayesinde hastaların hastalığa uyum sağlaması kolaylaştırılabilir ve süreci hem fiziksel hem de psikolojik açıdan daha rahat geçirmelerine yardımcı olunabilir (Şipal ve Arslan, 2023). Kanser hastalarına yönelik bakımın ise daha özenli, bireyselleştirilmiş ve destekleyici olması önem taşımaktadır (Bozdoğan Yeşilot ve Öz, 2017).

Destekleyici bakım, hasta birey ve aileyi merkezde konumlandırarak holistik bakım vermeyi amaçlar. Destekleyici bakım ile kanser hastalarının fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik ve ruhsal iyilik halinin artırılabilir olması sebebiyle kanser hastalığı ile mücadele eden grupta destekleyici bakım oldukça önemli bir kavram olarak literatürde yerini almıştır (Ayvat ve Özbaş, 2021; Temel, 2019). Destekleyici bakım öncelerde onkoloji hastalarında ileri evredeki vakalar için kullanılırken günümüzde kanseri önleme çalışmalarından başlayıp tanı, tedavi, iyileşme, palyatif ve yas dönemlerini de içine alacak şekilde hasta ve ailesine durum ile baş etmede destek olmayı amaçlayan bakım olarak kapsamı genişletilmiştir (Yıldırım ve ark., 2013). Destekleyici bakımın hedefi; hasta ve ailesinin bağımsız fonksiyonlarını destekleyerek güçlenmelerine katkı sağlamak, duygularını tanıyıp duygularla ve belirsizliklerle başa çıkma konusunda destek olmaktır (Ayvat ve Özbaş, 2021).

Literatürde, onkolojik cerrahi geçiren hastaların psikososyal, fiziksel, sağlık hizmetleri ve bilgilendirilme, günlük yaşam aktiviteleri, hasta bakımı konusunda destek ihtiyacı ile cinsel yaşam konusunda yüksek düzeyde destekleyici bakıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Hui ve ark., 2018; Çelik, 2021). Literatür doğrultusunda bütün kanser tanılı hastalarda olduğu gibi jinekolojik kanser tanısı alan hastalar ve bakım verenlerinin destekleyici bakım gereksinimleri

vardır. Jinekolojik kanserleri hastaların desteklenmeye en çok gereksinim duyduğu alan ise; fiziksel ve günlük yaşam alanı olarak belirlenmiştir (Putri ve ark., 2018; Afiyanti ve ark., 2018; Erdoğan Yüce ve ark., 2021). Bununla beraber bakım verenlerin bakım verirken güçlük yaşadıklarını bildiren çalışmalar mevcuttur (Pelit, 2015; Gürkan ve ark., 2021). Bakım verenlerin en fazla ihtiyaç duydukları ilk 5 madde; psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar, sağlık bakım ve bilgi ihtiyaçlar, iş ve sosyal ihtiyaçlar alt boyutlarında yer almaktadır (Tatlı, 2019; Niu ve ark., 2021). Bu süreçte hastalar ve bakım verenlere taburculuk sonrası uzun dönemde destekleyici bakım desteğinin verilmesi gerekliliği tavsiye edilmektedir (Süs, 2022).

4.7. Jinekolojik Kanserli Hastaya Bakım Verenlerin Bakım İhtiyaçları ve Hemşirelik Bakımı

Jinekolojik onkoloji hastalarına bakım verenler, fiziksel, ruhsal, manevi ve sosyal iyilik hallerini önemli derecede etkileyen bir dizi güçlükle karşı karşıya kalırlar. Genellikle aile bireyleri veya yakın arkadaşlar olan bakım vericiler, hastaları kanser tedavisi boyunca desteklemede önemli bir role sahiptirler (Orak ve Sezgin, 2015; Afiyanti ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar, kanser hastalarına bakım verenlerin, kendi sağlık ihtiyaçlarını göz ardı ettiklerini ve bunun kas-iskelet ağrısı, uyku problemleri ve kronik hastalıklara yol açtığını göstermektedir (Orak ve Sezgin, 2015; Afiyanti ve ark., 2021). Bakım vericilerin karşılaştığı temel sorunlardan biri, sevdiklerinin acısına tanık olmanın yüklediği duygusal yüküdür (Lafcı ve ark., 2020). Araştırmalar, bakım vericilerin çoğunlukla yüksek düzeyde stres, endişe ve depresyon yaşadıklarını ve tükenmişlik sendromuna sebep olabileceğini göstermektedir (Zuo ve ark., 2020; Northouse ve ark., 2010). Bu duygusal yük, bakım verenlerin çoğunlukla hastalarının gereksinimlerine öncelik verirken kendi sağlıklarını göz ardı etmelerinden kaynaklı kronik yorgunluğa, uyku problemlerine ve çeşitli fiziksel bozukluklara neden olabilmektedir (Aydoğan ve ark., 2016). Aynı zamanda bakım verenler duygusal ve fiziksel güçlüklerin yanında önemli sosyal sorunlarla da karşılaşmaktadır Bakım verme işi, bakım verenlerin bakım için harcadıkları zaman ve enerji nedeniyle sosyal etkinliklerini ve ilişkilerini devam ettirmeyi güçleştirerek sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Zuo ve ark., 2020). Jinekolojik kanser hastalarına bakım verenler için bir diğer önem arz eden endişe konusu mali zorluklardır. Kanser tedavisiyle ilişkili maliyetler ciddi boyutlarda olabilmekte ve bakım verenler, işlerinden izin almak veya bakım sorumlulukları nedeniyle ek masraflara katlanmak zorunda kaldıklarında, mali açıdan zorluklarla karşılaşabilmektedirler (Liang ve ark., 2020; Bouberrhan ve ark., 2019). Bu mali yük, başka bir stres boyutu daha ekleyebilir ve bakım verenlerin kişisel ihtiyaçlarını yönetirken sevdiklerine gerekli desteği vermelerini güçleştirebilmektedir (Liang ve ark., 2020; Bouberrhan ve ark., 2019).

Hemşireler, bakım verenleri hastalığın seyri, tedavi planı ve istenmeyen durumların yönetimi hakkında bilgilendirerek onların kendilerini daha hazırlıklı hissetmelerini sağlayabileceği düşünülmektedir (Northouse ve ark., 2010). Örneğin, evde uygulanacak bir tıbbi bakım prosedürünün aşama aşama anlatılması, bakım vericilerin kendine olan güvenini artıracaktır. Hemşirelerden, bakım vericilere hastanın günlük aktivitelerine destek olma, yara bakımı veya ilaç yönetimi gibi pratik becerileri öğretmek için rehberlik etmeleri beklenmektedir (Northouse ve ark., 2010; Grov ve ark., 2006). Bakım verenlerin duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanmış olması, tükenmişlik ve depresyon gibi olumsuzlukları önleyebilir ve bununla beraber destek gruplarının oluşturulması, bakım verenlerin yalnızlık hissini azaltarak sosyal dayanışmayı güçlendirebileceği bilinmektedir (Grov ve ark., 2006). Ayrıca hemşireler, bakım verenleri dinlenme fırsatı ve toplum kaynaklarına ulaşma fırsatı sağlayarak savunabilir böylelikle bakım vermenin fiziksel ihtiyaçlarını hafifletmeye katkıda bulunabilirler (Nuntaboot, 2023). Hemşireler, bakım vericilerin kendi sağlık ihtiyaçlarını ihmal etmemeleri konusunda farkındalık yaratarak düzenli sağlık taramalarına teşvik etmeli ve stres yönetimi tekniklerinin fayda sağlayacağını anlatmalıdır. (Orak ve Sezgin, 2015).

4.8. Jinekolojik Kanserli Hastalar ve Yakınlarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi günlük yaşamın bir yansımasıdır psikolojik ve fiziksel sıkıntıya bağlı olarak hastalar arasında ve zaman içinde önemli ölçüde değişiklik gösterir (Yeh, 2021). Kanser teşhisi ve tedavisi hastanın ve ailenin bedensel, duygusal, sosyal ve ekonomik dengelerini bozarak yaşamdan keyif almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir ve hatta kanser hastalığının adının verdiği korku, gelecek ile ilgili endişe, hastalık sürecinin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen durumlar, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini yine önemli derecede etkilemektedir (Çalışkan ve ark., 2015).

Yaşam kalitesinin, hayatın tümünü ilgilendiren çok yönlü bir kavramı ifade etmesi sebebiyle onkoloji hastalarında tanı aldıkları andan itibaren yaşam kalitelerini artırma çalışmaları yapılması önemlidir (Çakır ve Nazik, 2022)

Jinekolojik kanser tedavisinin genellikle olumsuz fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri vardır ve kanser tedavisinin hasta üstündeki etkisini anlamada yaşam kalitesi, önemli bir katkı olarak kabul edilmektedir, çünkü kanser tanısı alan kişilerin çoğu, hem fiziksel hem de yaşam tarzı değişiklikleri yaşamaktadır (Ayu ve Afiyanti, 2021). Jinekolojik kanser ve tedavileri; ağrı, lenfödem, üreme organı işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete ve çeşitli fiziksel sorunların yanı sıra hastalar ve partnerleri arasında cinsel sorunlar ve yakınlık sorunlarına da yol açabilir. Tüm bu sorunlar jinekolojik kanserli kadınların yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Afiyanti, 2020). Çalışkan ve arkadaşlarının (2015) kanser hastalarının yaşam kalitesine baktığı bir çalışmada hastaların sosyal destek düzeylerindeki artış ile genel sağlığı, bedensel, davranış,

duğusal, bilişsel fonksiyonlarındaki artışın birbirine paralel olduğu, sosyal destek düzeyleri azaldıkça da halsizlik semptomlarında artış olduğu bildirilmiştir (Çalışkan ve ark., 2015).

Yaşam kalitesinin artık tedavi ve sağlık hizmeti sunumunda sonuç kriteri olarak kabul edildiği bilinmektedir (Yeh, 2021). Yaşam kalitesi, hastaların mevcut durumlarından memnuniyet derecelerine ilişkin algılarını temsil eder ve bireysel beklenti ve endişeleri açıklar (Yeh, Lu ve ark., 2021). Bu bağlamda, bilgi sağlamak büyük önem taşımaktadır, çünkü bilgi, bireylerin çaresizlik duygularını azaltarak kontrol hissini yeniden kazanmalarına katkıda bulunabilir. Öğrenme gereksinimleri karşılanan hastalar, hem öz yönetim stratejilerini uygulama hem de sunulan destekleri kullanma konusunda kendilerini daha yetkin hissedecek ve bu durum refahlarının artmasına olanak tanıyacaktır. Bu durum, gerekli bilgilerin öğrenilmesiyle birlikte memnuniyet düzeyinin yükselmesinin, neden daha iyi bir yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu açıklamaktadır (Fallor ve ark., 2017). Araştırmalar, kanser hastalarının ve bakım verenlerinin psikolojik sıkıntılarının ve yaşam kalitelerinin birbirine bağlı olduğunu göstermektedir (Jang ve Jeong, 2021; Kelly ve diğerleri, 2019.). Kanser hastalarına bakım verenler, diğer hastalık türlerine sahip hastaların bakım verenlerine göre daha yüksek stres yaşayabilir, çünkü kanser bakımı, psikolojik ve fiziksel destek sunmak da dahil olmak üzere hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için bir dizi görevi yerine getirmeyi içerir. Bakım verenler, kendi streslerinin yanı sıra kanser hastalarının stresini de yönetmeyi en büyük zorlukları olarak tanımlamışlardır. Dolayısıyla stres, kanser hastalarının yanı sıra bakım verenlerin de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yeh ve ark., 2021). Kanıtlar, kanser hastalarının ve bakım verenlerin benzer düzeyde stres deneyimleme eğiliminde olduklarını ve her kişinin stresinin kendi yaşam kalitelerini etkilediğini öne sürse de, her bir kişinin stresinin, diğerlerinin yaşam kalitesi üzerinde ne derece birbirine bağımlı bir etkiye sahip olduğu bilinmemektedir (Jang ve Jeong, 2021; Kelly ve diğerleri, 2019).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Bu çalışmada; jineko-onkolojik cerrahi sonrası kadınlara ve eşlerine verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimlerine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale grubundaki kadınların destekleyici bakım gereksinim ihtiyaçları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H2. Eşleri jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale grubundaki erkeklerin destekleyici bakım gereksinim ihtiyaçları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H3. Jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınlarda; müdahale grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi ölçek puanı yüksektir.

H4. Eşleri jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale grubundaki erkeklerin kontrol grubuna göre yaşam kalitesi ölçek puanı yüksektir.

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde 1 Ocak 2024 - 1 Kasım 2024 yürütülmüştür. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün Jinekolojik-Onkoloji Kliniği ilgili hastanenin 10. Katında Jinekolojik-Onkoloji B ve Jinekolojik-Onkoloji C olarak iki klinik şeklinde, 22 şer yataklı toplam 44 yataktan oluşmaktadır ve 19 hemşire, 9 ebe görev almaktadır. Her 22 yataklı bir klinik için gündüz 4, gece 2 hemşire/ ebe görev yapmaktadır. Cerrahi operasyonlar ise onkoloji bölümünün 1.katında bulunan ameliyathanede yapılmaktadır.

Klinik düzeninde 1 adet muayene odası, 1 adet hemşire odası, 1 adet doktor odası, 1 adet ortak kullanım odası, 9 adet tek kişilik, 6 adet çift kişilik ve 1 adet tek kişilik izole hasta odası bulunmaktadır. Hemşire odasının karşısında yer alan 2 adet çift kişilik hasta odası gözlem odası olarak ayrılmış olup postop 0. günündeki hastalar bu gözlem odalarında bakılmaktadır. Ortak kullanım odası ise hastaların ortak kullanabileceği masa ve sandalyenin olduğu ayrıca hasta eğitimi için de kullanılan bir odadır.

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün Jinekolojik-Onkoloji Kliniği yeni açılmış olup Eylül 2022 itibariyle hizmet vermeye başlamıştır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde büyük vaka diye adlandırılan total laparoskopik histerektomi (TLH), total abdominal histerektomi+unilateral/bilateral salpingooferektomi (TAH+USO/BSO), TAH+BSO+bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu (BPLND) /

omentektomi/debulking, wertheim ve vulvektomi+bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu (BİLND) cerrahi operasyonlardan birini geçirmiş kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uyan kadınlar ve eşleri oluşturmuştur.

Örneklemin Hesaplanması:

Örneklem hesabı için; G Power programında T test, çift yönlü hipotez, bağımsız 2 gruplu çalışma seçeneği işaretlenmiş ve etki büyüklüğü bilinmeyen gruplar için Jacop Cohen'in yazmış olduğu "A Power Primer" makalesindeki hazır değerler tablosundan yararlanarak etki büyüklüğü 0.5 ve %80 güven aralığında seçim yapılmıştır (Cohen,1992). Hesaplama sonucunda 64 müdahale 64 kontrol grubuna ulaşılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Toplam 128 gönüllü çiftte ulaşılması sonucuna varılmıştır. Kayıplar göz önünde bulundurularak 70 kontrol, 70 müdahale grubuna olmak üzere toplam 140 gönüllü çalışmaya alınmıştır. Araştırma grupları aşağıda belirtilmiştir. Grupların randomizasyonunda random.org web sitesinden faydalanılarak hazırlanmıştır (<https://www.random.org/integers/>).

Müdahale Grubu: 1, 2, 3, 5, 8, 11, 12, 17, 19, 21, 22, 24, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 68, 72, 75, 77,78, 79, 80, 83, 86, 87, 88, 91, 95, 96, 97, 100, 101, 105, 110, 111, 112, 114, 116, 117, 120, 125, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 138, 139, 140

Konrtol Grubu: 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 34, 38, 42, 43, 44, 45, 48, 51, 55, 56, 58, 62, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 76, 81, 82, 84, 85, 89, 90, 92, 93, 94, 98, 99, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 113, 115, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 126, 129, 134, 135, 136, 137

5.4.1. Kadınlarda örnekleme dahil edilme, dahil edilmeme ve dışlanma kriterleri

Örnekleme dahil edilme kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olması
- Türkçe konuşabiliyor olmak
- Eşi/partneri ile yaşıyor olmak
- İlk defa jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi operasyon geçirmiş olmak
- Operasyondan önce kanser tedavisi almış olmamak (kemoterapi/ radyoterapi/ immünoterapi)
- Bilincinin yerinde ve koopere olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve anketi eksiksiz doldurmak.

Örnekleme dahil edilmeme kriterleri

- Hastanın terminal dönemde olması
- Yanlış ya da eksik form doldurma
- Eşinin çalışmaya katılmak istememesi

Dışlanma kriterleri

- Operasyonun iptal edilmesi
- Hastanın terminal döneme girmesi
- Hasta ile iletişim kurulamaması
- Tedavi planının değişmesi
- Kadının çalışmadan çıkmak istemesi

5.4.2. Erkelere örnekleme dahil edilme, dahil edilmeme ve dışlanma kriterleri

Örnekleme dahil edilme kriterleri

- 18-yaşından büyük olmak
- Okur-yazar olması
- Türkçe konuşabiliyor olmak
- Eşi/partneri ile yaşıyor olmak
- Bilincinin yerinde ve koopere olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- Anket formunu tam olarak doldurmak

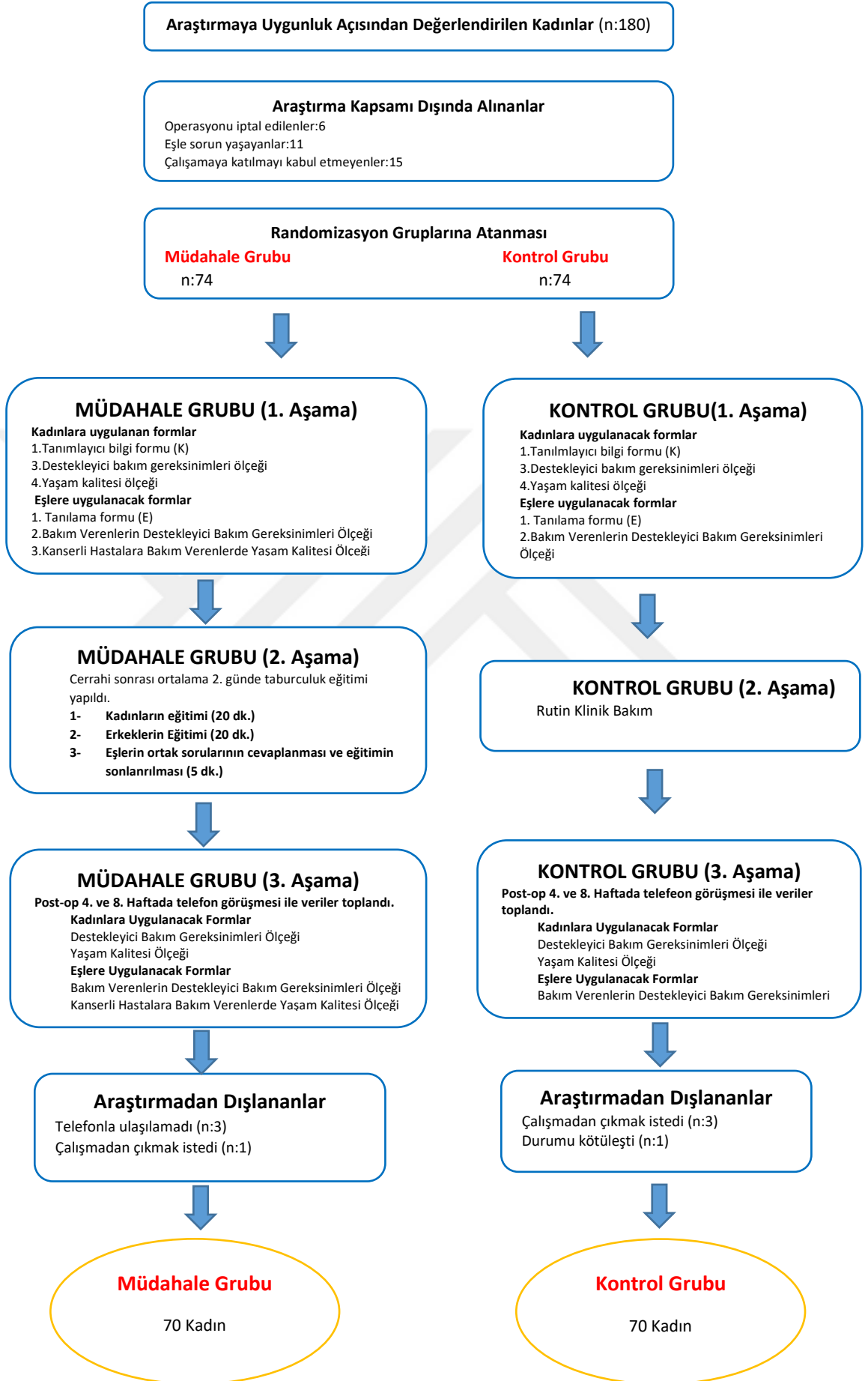
Örnekleme dahil edilmeme kriterleri

- Eş/partner ile birlikte yaşamama
- Bakım gerektiren bir hastalığın olması
- Yanlı ya da eksik form doldurma
- Eşinin çalışmaya katılmak istememesi
- Eşinin bakımında rol almama

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Yanlış ya da eksik form doldurma
- Herhangi bir hastalık/sakatlık yaşama durumu
- Herhangi bir nedenle iletişim kurulamaması
- Eşinin terminal döneme girmesi
- Çalışmadan ayrılmak isteme

ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI



Şekil 1: Araştırmanın Akış Şeması

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma 1 Ocak 2024- 1 Kasım 2024 tarihlerinde Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde total laparoskopik histerektomi (TLH), total abdominal histerektomi+unilateral/bilateral salpingooferektomi (TAH+ USO/BSO), TAH+BSO+bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu (BPLND) / omentektomi/debulking, wertheim ve vulvektomi+bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu (BİLND) cerrahi operasyonlardan birini geçirmiş kadınlar ve eşleri ile ilk görüşme hastanede yüz yüze taburculuk sonrası 2 görüşme ise telefon ile aranarak yapılmıştır. Kadınlar ve eşleri ile yapılacak yüz yüze görüşmeler sırasında veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 40-45 dakika sürmüştür.

5.5.1. Veri toplama araçları

5.5.1.1. Kadınlara uygulanan formlar

Araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalara Tanımlayıcı Bilgi Kadın Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği EORTC QLQ-C30 Formu uygulanmıştır.

Tanımlayıcı bilgi kadın (K) formu (EK 1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kadın ve aile ilgili sosyo-demografik, sağlık durumu ve mevcut duruma ilişkin bilgi edinmeyi hedefleyen toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Anket Formu araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme tekniği ile doldurulmuştur (Süs, 2022; Gençel, 2019; Çulha, 2019).

Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kısa form (DBGÖ-KF) (Ek 2)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), Avustralya’da Hall ve arkadaşları (2002) tarafından kanser tanısı konmuş hastaların ihtiyaçlarının farkına varıp değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Şenturan ve Aksuoğlu (2016) yapmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu 31 madde ve 5 alt boyuttan (ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği, cinsellik) oluşmaktadır. (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Ölçek beşli likert tipindedir. Her soruya verilecek beş cevap: hiç ihtiyacım olmadı (1 puan), ihtiyacım olmadı (2 puan), az ihtiyacım oldu (3 puan), biraz ihtiyacım oldu (4 puan), çok fazla ihtiyacım oldu (5 puan) şeklindedir. Aşağıdaki tabloda da belirtildiği gibi her bir soruda bireylerin ihtiyaç durumunu ve ne derecede ihtiyaçlarının olduğunu ölçmekte kullanılmaktadır (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016). Ölçeği yaklaşık olarak hastanın kendi doldurması 10-15 dakika ve araştırmacının telefonla doldurması ise 20-25 dakika sürmüştür.

Tablo 1. DBGÖ Puan Karşılıkları ve İhtiyaç Durumu Tablosu

İHTİYACIN OLMAMASI	1. Hiç İhtiyacım Olmadı: Hastalığım benim için sorun olmadı. 2. İhtiyacım Olmadı: Yardıma ihtiyacım oldu ama ihtiyaçlarım o anda karşılandı.
İHTİYACIN OLMASI	3. Az İhtiyacım Oldu: Çok az ek yardıma ihtiyacım oldu. 4. Biraz İhtiyacım Oldu Biraz ek yardıma ihtiyacım oldu. 5. Çok Fazla İhtiyacım Oldu: Çok fazla ek yardıma ihtiyacım oldu.

Tablo 2. DBGÖ Alt Boyutları, Madde Numaraları, Puan Aralığı ve Cronbach Alfa Değerleri

Boyut	Maddeler	Min. Puan	Max. Puan	Orjinal Çalışma Cronbach alfa değeri
Ruhsal /Psikolojik Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Altboyutu	6,7,8,9,10, 11,12,13,14	9	45	0,96
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Altboyutu	21,22,23,24,25 ,26,27,29,30, 31	10	50	0,97
Fiziksel ve Günlük Yaşam Altboyutu	1,2,3,4,5	5	25	0,94
Hasta Bakım ve Desteği Altboyutu	17,18,19,20	4	20	0,93
Cinsellik Altboyutu	15,16,28	3	15	0,93
Ölçek Toplam Puanı		31	155	Belirtilmemiş.

Tablo 3. DBGÖ Alt Boyutları ve Bizim Çalışmamızdaki Cronbach Alfa Değerleri

	1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme
MÜDAHALE GRUBU	α	α	A
Ruhsal/Psikolojik Sağlık	0,84	0,93	0,92
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	0,76	0,94	0,94
Fiziksel ve Günlük Yaşam	0,71	0,83	0,83
Hasta Bakım ve Desteği	0,86	0,90	0,88
Cinsellik	0,71	0,70	0,79
DBGÖ Toplam Puan	0,88	0,84	0,81
KONTROL GRUBU			
Ruhsal/Psikolojik Sağlık	0,87	0,88	0,87
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	0,77	0,91	0,88
Fiziksel ve Günlük Yaşam	0,74	0,80	0,82
Hasta Bakım ve Desteği	0,82	0,82	0,79
Cinsellik	0,78	0,69	0,72
DBGÖ Toplam Puan	0,85	0,79	0,77
α = Cronbach's a-coefficient			

Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach's a-coefficient ölçümleri yapılmıştır. Bu analiz ile ölçeğin yapısal bütünlüğü ve maddeler arası iç tutarlılığı değerlendirilmiştir. Ölçümler 0,69-0,94 arasında değişiklik göstermiştir. Bu sonuç, kullanılan ölçeğin iyi düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016).

Ölçek puanlamasının hesaplanması iki şekilde yapılmaktadır.

- 1- Likert yanıtlar için verilen puanlar toplanarak doğrudan analiz edilir.
- 2- Likert yanıtlardan elde edilen toplam puan (toplam ölçek puanı ve altboyut puanları) aşağıda belirtilen formül kullanılarak 100 puan üzerinden standardize edilir (Aksuoğlu ve Senturan, 2016).

Ölçek toplam puanı, ölçekte yer alan madde sayısı çıkarıldıktan sonra $100 / (m \times (k - 1))$ formülü ile çarpılarak standart puana dönüştürülmektedir. Alt boyutlar için de benzer bir hesaplama yapılmakta olup, alt boyuttan elde edilen toplam puandan ilgili alt boyutta yer alan madde sayısı çıkarılarak, sonuç $100 / (m \times (k - 1))$ formülü ile çarpılarak standart puan elde edilmektedir. Formüldeki;

m: ölçek/altboyut madde sayısı

k: likert tipteki seçenek sayısıdır (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Örneğin Hasta Bakım ve Desteği Altboyutunda 4 adet madde yer almaktadır. Bu maddelerden alınan puanların sırasıyla 3,2,2,3 olduğunu düşünelim. Bu puanların toplamından (10) madde sayısı olan 4 ü çıkarıp $(10-4=6)$ formülde yerine koyalım. $6 \times 100 / (4 \times (5-1))$ şeklinde 100'lük sisteme standardize edilmiş hali 37,5 puan olmaktadır.

Ölçek puanı ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında doğru orantı olup, ölçek puanının yükselmesi destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığını göstermektedir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-C30 (YKÖ) (Ek 3)

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ), Neil K. Aaronson ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Aaronson ve ark., 1993). Ölçek zaman içinde birden çok revizyona uğramış ve Türkçe'ye uyarlanma, güvenirlik ve geçerlilik çalışmasının son güncel versiyonunu (EORTC QLQ-C30 (*version 3.0*)) Şahin Cankurtaran ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapmışlardır (Cankurtaran ve ark., 2008).

YKÖ, Genel Sağlık Skoru Ölçeği (GSS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olarak üç kategori ve toplamda 30 soru içermektedir. FS alanı 15 soru içermekte olup; fiziksel fonksiyon (1–5 sorular), uğraş fonksiyonu (6 ve 7. sorular), duygusal fonksiyon (21–24 sorular), kognitif fonksiyon (20 ve 25. sorular), sosyal fonksiyonu (26 ve 27. sorular) irdeleyen sorulardan oluşmaktadır. SS ise 13 soru içermekte olup; yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), nefes darlığı (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16),

diyare (17), mali zorluklar (28) soruları ile hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik belirtiler ölçülebilmektedir. GSS ise son iki soru (29,30) olup, hastanın bütüncül olarak kendi yaşam kalitesini değerlendirmesine imkan sağlamaktadır. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dörtlü Liket tipi ölçektir ve maddeler: 1 – Hiç, 2 – Biraz, 3 – Oldukça, 4 – Çok olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda, hastalardan sağlık durumlarını 1 ile 7 arasında derecelendirmeleri istenmekte olup, burada “1 = Çok kötü” ve “7 = Mükemmel” şeklinde bir değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır. Benzer şekilde, 30. soruda ise hastaların yaşam kalitelerini aynı ölçekte değerlendirmeleri beklenmektedir. Bu bölümden elde edilen yüksek puanlar, hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Cankurtaran ve ark., 2008).

Ölçeğin puanları EORTC yönergesi kullanılarak hesaplanır. Formülde bilinmesi gereken 2 önemli değer vardır;

- 1- Bütün skalalar için ham puan (HS) içerdiği maddelerin ortalamasıdır.
- 2- Cevaplara verilen en yüksek puan ve en düşük puan arasındaki fark bize aralık değerini vermektedir.

Ham puan (HS)=(S1+S2+.....+Sn)/n

Fonksiyonel skalalar için:

$Puan = \{1 - [(HS-1)/madde\ aralı\ğı]\} \times 100$

Semptom skalaları için:

$Puan = [(HS-1)/madde\ aralı\ğı] \times 100$

Genel hayat kalitesi için:

$Puan = [(HS-1)/madde\ aralı\ğı] \times 100$

Genel Sağlık Skoru (GSS) üzerinden formülü daha açıklayıcı yazacak olursak, skor hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır, bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değerini verir. Formülde yerine konulduğunda ise $GSS = \{(HS-1)/aralık\} \times 100$ formülü ile hesaplanır (Cankurtaran ve ark., 2008; Köse, 2021). Ölçeği yaklaşık olarak hastanın kendi doldurması 5-10 dakika ve araştırmacının telefonla doldurması ise 10-15 dakika sürmüştür.

Tablo 4. YKÖ Ölçeği Alt Boyutları, Numaraları, Aralık Değeri ve Cronbach Alfa Değeri

Alt boyutları	Soru Numarası	Aralık Değeri	Cronbach's a-coefficient
Genel Genel Sağlık Skoru (GSS)	29, 30	6	0.81
Fonksiyonel Ölçekler (FS)			
Fiziksel Fonksiyon	1,2,3,4,5	3	0.81
Uğraş Fonksiyonu	6, 7	3	0.83
Duygusal Fonksiyon	21, 22, 23, 24	3	0.85
Kognitif Fonksiyonu	20, 25	3	0.56
Sosyal Fonksiyon	26, 27	3	0.74
Semptom Ölçekleri (SS)			
Yorgunluk	10, 12, 18	3	0.84
Bulantı Kusma	14, 15	3	0.77
Ağrı	9, 19	3	0.74
Nefes Darlığı	8	3	
Uykusuzluk	11	3	
İştah Kaybı	13	3	
Konstipasyon	16	3	
Diyare	17	3	
Mali Zorluk	28	3	

Tablo 5. YKÖ Ölçeği Alt Boyutları ve Bizim Çalışmamızdaki Cronbach Alfa Değeri

	Soru Numarası	1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme
MÜDAHALE GRUBU		α	α	α
Genel Sağlık Skoru (GSS)	29, 30	0,98	0,75	0,84
Fonksiyonel Ölçekler (FS)				
Fiziksel Fonksiyon	1,2,3,4,5	0,74	0,76	0,74
Uğraş Fonksiyonu	6, 7	0,87	0,70	0,59
Duygusal Fonksiyon	21, 22, 23, 24	0,90	0,91	0,89
Kognitif Fonksiyonu	20, 25	0,70	0,52	0,50
Sosyal Fonksiyon	26, 27	0,76	0,63	0,58
Semptom Ölçekleri (SS)				
Yorgunluk	10, 12, 18	0,73	0,58	0,57
Bulantı Kusma	14, 15	0,70	0,68	0,67
Ağrı	9, 19	0,62	0,65	0,64
Nefes Darlığı	8			
Uykusuzluk	11			
İştah Kaybı	13			
Konstipasyon	16			
Diyare	17			
Mali Zorluk	28			
KONTROL GRUBU				
Genel Sağlık Skoru (GSS)	29, 30	0,98	0,98	0,97
Fonksiyonel Ölçekler (FS)				
Fiziksel Fonksiyon	1,2,3,4,5	0,71	0,72	0,68
Uğraş Fonksiyonu	6, 7	0,86	0,88	0,82
Duygusal Fonksiyon	21, 22, 23, 24	0,89	0,90	0,89
Kognitif Fonksiyonu	20, 25	0,69	0,66	0,67
Sosyal Fonksiyon	26, 27	0,80	0,80	0,75
Semptom Ölçekleri (SS)				
Yorgunluk	10, 12, 18	0,70	0,71	0,65
Bulantı Kusma	14, 15	0,75	0,71	0,69
Ağrı	9, 19	0,58	0,56	0,58
Nefes Darlığı	8			
Uykusuzluk	11			
İştah Kaybı	13			
Konstipasyon	16			
Diyare	17			
Mali Zorluk	28			
α = Cronbach's a-coefficient				

Uygulanan ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla ölçülen Cronbach's Alpha değerleri, 0,50 ile 0,98 arasında değişmekte olup çoğu altboyut değerleri 0,70 üzerinde hesaplanmıştır. Bu bulgular YKÖ'nün altboyut Cronbach's Alpha ölçüm değerlerinin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. (Kılıç, 2016).

5.5.1.2. Erkeklere uygulanan formlar

Araştırmamızda eşlere Tanımlayıcı Bilgi Erkekler (E) Formu, Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Formu ve Türkçe Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu uygulanmıştır.

Tanımlayıcı bilgi erkekler (E) formu (EK 4)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 16 sorudan oluşan anket formu, eş ve aileye ilişkin sosyo-demografik bilgilerin yanı sıra, sağlık durumu ile hasta bakımına yönelik mevcut ve olası problemlerin tanımlanmasını amaçlamaktadır. Anket formu, araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme tekniği ve gözlem yöntemi kullanılarak doldurulmuştur (Süs, 2022; Gençel, 2019; Çulha, 2019). Formun tamamlanması yaklaşık 5 dakika sürmektedir.

Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği (BDBGÖ) (EK 5)

Afaf Girgis, Sylvie Lambert, Christophe Lecathelinais tarafından ‘‘Supportive Care Needs Survey Partners&Caregivers (SCNS-P&C)’’ ismiyle 2011 yılında geliştirilmiştir. Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Türkçe ‘ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mevlüde Ergen (2017) tarafından yapılmıştır.

Ölçek; 5 dereceli Likert tipi bir yapı üzerine geliştirilmiş olup, toplam 39 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; psikolojik ve duygusal ihtiyaçlar, sağlık bakımı ve bilgi gereksinimleri, iş ve sosyal ihtiyaçlar ile iletişim ve aile ihtiyaçları şeklinde sınıflandırılmaktadır (Ergen ve Arıkan, 2020). Ölçeğin alt boyutlarına ve ilgili maddelerine ilişkin detaylar tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6. BDBGÖ Alt Boyutları, Madde Numaraları, Puan Aralığı ve Cronbach Alfa Değerleri

Alt Boyutlar	Maddeler	Min. Puan Max. Puan	Orjinal Çalışma Cronbach alfa değeri
Psikolojik ve Duygusal İhtiyaçlar	16, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34,35, 37, 38, 39	15-75	0,92
Sağlık Bakımı ve Bilgi Gereksinimleri,	1,2,3,4,5,6,7,9,15, 12,13	11-55	0,91
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	8,14,17,18,19,20, 26,36	8-40	0,83
İletişim ve Aile İhtiyaçları	10,11,21,22,23	5-25	0,79
Ölçek Toplam Puanı		39-195	0,95

Tablo 7. BDBGÖ Alt Boyutları ve Bizim Çalışmamızdaki Cronbach Alfa Değeri

	1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme
MÜDAHALE GRUBU	α	α	α
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar	0,84	0,83	0,83
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları	0,88	0,88	0,82
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	0,68	0,67	0,70
İletişim ve Aile İhtiyaçları	0,56	0,58	0,56
BDBGÖ Toplam Puan	0,91	0,91	0,91
KONTROL GRUBU			
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar	0,82	0,81	0,78
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları	0,88	0,88	0,87
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	0,69	0,67	0,64
İletişim ve Aile İhtiyaçları	0,56	0,53	0,54
BDBGÖ Toplam Puan	0,91	0,90	0,89
α = Cronbach's a-coefficient			

Çalışmamızda kullanılan BDBGÖ ölçeğın Cronbach's Alpha katsayısının müdahale grubunda 3 ölçümde de 0,91, kontrol grubunda ise 0,89-0,91 arasında hesaplanmıştır. Bu değerler ölçeğın güvenilirliğının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016) (Tablo 7).

Ölçeğın puanlaması, her bir alt boyuttaki maddelere verilen puanların ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Maddeler, “1 = Yardım ihtiyacım yok” ile “5 = Yüksek düzeyde yardım ihtiyacım var” arasında derecelendirilerek puanlanmaktadır. Ölçek ve alt boyutlardan elde edilen puanın yüksek olması, bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. (Ergen ve Arıkan, 2020).

Ölçeğın orijinal çalışmasında alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri 0.88 ile 0.94 arasında belirlenmiştir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğın Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir. Ölçek ve alt boyutlarından elde edilen yüksek puanlar, bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte yer alan soruların yanıtlanması ise ortalama 10-15 dakika sürmektedir. (Ergen ve Arıkan, 2020). Ölçeğı yaklaşık olarak hastanın kendi doldurması 10-15 dakika ve araştırmacının telefonla doldurması ise 15-20 dakika sürmüştür.

Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğı (KHBVYKÖ) (Ek6)

Weitzner ve arkadaşları tarafından kanserli hastalara bakım verenlerin fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, aile fonksiyonu ve sosyal fonksiyonu içerecek şekilde yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla 1999 yılında geliştirilmiştir. “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğı (KHBVYKÖ)’nin Türkçe güvenirlik-geçerlilik çalışmasını ise Karabuğ a ve Pınar (2013) yapmıştır (Karabuğ a ve Pınar, 2013). Hatice Karabuğ a’dan ölçeğın izni alınmıştır (Ek 12).

Ölçek; 0 ile 4 puan arasında derecelendirilen ve 0 = Hiç, 1 = Az, 2 = Biraz, 3 = Fazla, 4 = Çok fazla şeklinde puanlanan 5'li Likert tipi toplam 35 maddeden oluşmaktadır. Bu ifadeler, dört ana boyutta sınıflandırılmaktadır:

- Yük (10 madde: 9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31, 33)
- Rahatsızlık (7 madde: 1, 3, 5, 21, 24, 26, 29)
- Pozitif adaptasyon (7 madde: 10, 12, 16, 22, 27, 28, 34)
- Finansal sıkıntı (3 madde: 6, 7, 8)

Bunların dışında kalan 8 madde (2, 4, 13, 15, 23, 30, 32, 35) ise, uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması, hastanın ağrı yönetimi ve ailenin bakım verme durumu ile ilgilidir. Bu ifadeler, yukarıda belirtilen dört boyuttan bağımsız olarak değerlendirilmekte olup, ölçeğin toplam puanına katkıda bulunmaktadır. Cronbach's alpha katsayısının alt boyutlar için 0,60 ile 0,89 arasında değişmekte olup ölçeğin toplamı için 0,88 olarak hesaplandığı bildirilmiştir (Karabuğa ve Pinar, 2013).

Tablo 8. KHBVYKÖ Alt Boyutları, Madde Numaraları, Minimum-Maksimum Değerleri ve Cronbach Alfa Değerleri

Alt Boyutlar	Maddeler	Min. Puan Max. Puan	Orjinal Çalışma Cronbach alfa değeri
Yük Altboyutu	9,11,14,17,18,19, 20,25,31,33	0-40	0.89
Rahatsızlık Altboyutu	1,3,5,21,24,26,29	0-28	0.81
Pozitif Adaptasyon Altboyutu	10,12,16,22,27,28, 34	0-28	0.60
Finansal Sıkıntı Altboyutu	6,7,8	0-12	0.85
Bağımsız Değerlendirme	2,4,13,15,23,30,32,35	0-32	belirtilmemiş
Ölçek Toplam Puanı		0-140	0,88

Tablo 9. KHBVYKÖ Alt Boyutları ve Bizim Çalışmamızdaki Cronbach Alfaları

	1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme
MÜDAHALE GRUBU	α	α	α
Yük	0,63	0,61	0,57
Rahatsızlık	0,62	0,60	0,64
Pozitif Adaptasyon	0,76	0,74	0,75
Finansal Sıkıntı	0,59	0,57	0,61
KHBVYKÖ Genel Toplamı	0,60	0,63	0,61
KONTROL GRUBU			
Yük	0,61	0,57	0,56
Rahatsızlık	0,53	0,58	0,53
Pozitif Adaptasyon	0,77	0,75	0,72
Finansal Sıkıntı	0,62	0,59	0,64
KHBVYKÖ Genel Toplamı	0,53	0,52	0,57
α = Cronbach's a-coefficient			

Çalışmamızdaki KHBVYKÖ için yapılan güvenilirlik analizi, ölçeğin genel güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermektedir. Cronbach's Alpha katsayısı genel olarak kabul edilebilir $0,6 \leq \alpha < 0,7$ değerleri arasında bir değer almıştır (0,673) (Kılıç, 2016).

Ölçeğin puanlanması; alt boyutların hesaplanması için "4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 ve 34" numaralı ifadeler düz puanlanırken, diğer ifadeler tersine çevrilerek puanlanmaktadır.

Her bir alt boyut için elde edilen ham puan, 35 ile çarpılıp, ardından yanıtlanan ifade sayısına bölünerek ilgili alt boyutun puanı belirlenmektedir. Ölçeğin toplam puanı ise; 4 alt boyuttaki yanıtlara ek olarak, alt boyutlar dışında kalan 8 ifadeye (2, 4, 13, 15, 23, 30, 32, 35) verilen yanıtların toplamının alınmasıyla hesaplanır. Yani ölçekteki tüm ifadelere verilen yanıtların puanı toplanarak 35 ile çarpılır ve yanıtlanan ifade sayısına bölünerek nihai ölçek puanı belirlenir. Bu yöntemle hesaplanan her bir alt boyutun ve ölçeğin toplam puanı, 0 ile 140 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Karabuğa ve Pınar, 2013). Ölçeği yaklaşık olarak hastanın kendi doldurması 10-15 dakika ve araştırmacının telefonla doldurması ise 15-20 dakika sürmüştür.

5.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma kliniğe yatışı kabul edilen ve büyük vaka diye adlandırdığımız total laparoskopik histerektomi (TLH), total abdominal histerektomi+unilateral/bilateral salpingooferektomi (TAH+ USO/BSO), TAH+BSO+bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu (BPLND) / omentektomi/debulking, wertheim ve vulvektomi+bilateral inguinal lenf nodu diseksiyonu (BİLND) operasyonları geçiren, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ve eşleriyle birlikte gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı kendini tanıtip çalışma hakkında hasta ve eşlerine araştırma hakkında bilgilendirme yaptıktan sonra hastalar randomizasyon gruplarına yani müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır.

Müdahale Grubu Uygulanması:

1.Aşama: Bu aşamada öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldı (Ek 7) ve sırasıyla kadınlara; Tanımlayıcı Bilgi Kadın Formu (Ek 1), Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF) (Ek 2) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği YKÖ (Ek 3) formu uygulandı. Eşlerine ise; Tanımlayıcı Bilgi Erkek Formu (Ek 4), Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (Ek 5) ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 6) formu uygulandı. Formların uygulanması hastalar ve eşleri içinde yaklaşık 40-45 dakika sürmektedir.

2.Aşama: Çalışmanın bu aşamasında müdahale grubunda yer alan gönüllülere cerrahi sonrası ortalama 2. günde taburculuk eğitimi verilmiştir. Taburculuk eğitimi araştırmacı tarafından kadınlar ile hasta odasında birebir ve yüzyüze gerçekleştirilirken, eşlerle ise ise klinikte yer alan ortak görüşme odasında birebir ve yüzyüze gerçekleştirildi. Böylece 25-30 dakika kadınlar ile

sonraki 25-30 dakika eşler ile ayrı ayrı görüşme sağlandı. Daha sonra hasta odasında kadınlar ve eşleriyle birlikte ortak görüşme sağlanarak ortak soruları cevaplanmıştır. Ortak görüşme ise yaklaşık 5-10 dakika sürmüştür. Taburculuk eğitimi sonrasında eğitimle ilgili bir broşür hastalara verilmiştir (Ek 13). Taburculuk eğitim içeriği (Ek 14)' te yer almaktadır.

3.Aşama: Çalışmanın 3. aşamasında ise taburcu olan hastalar 4. ve 8. haftalarda araştırmacı tarafından telefon ile aranarak Ek-2 Ek-3 (kadınlar için) Ek-5 ve Ek-6 (erkekler için) formları tekrarlanmıştır. Telefon görüşmeler sırasında hastaların durumu hakkında bilgi edinilip hastaların bakımlarına ilişkin merak ettikleri sorular cevaplanmıştır.

Kontrol Grubu Uygulaması:

1.Aşama: Bu aşamada müdahale grubu ile birebir aynı olup öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve katılımcı beyan formu imzalatıldı (Ek 7- Ek 8) ve sırasıyla kadınlara; Tanımlayıcı Bilgi Kadın Formu (Ek 1), Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF) (Ek 2) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği EORTC QLQ-C30 (Ek 3) formu uygulandı. Eşlerine ise; Tanımlayıcı Bilgi Erkek Formu (Ek 4), Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (Ek 5) ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 6) uygulandı. Formların uygulanması hastalar ve eşleri içinde yaklaşık 40-45 dakika sürmektedir.

2.Aşama: Çalışmanın bu aşamasında cerrahi sonrası dönemde kontrol grubunda yer alan gönüllülere operasyon sonrası araştırmacı tarafından herhangi bir eğitim müdahalesinde bulunulmadı. Katılımcılar rutin klinik eğitimlerini, klinik sağlık çalışanları tarafından aldılar. Klinikte gerçekleştirilen rutin klinik bakım şu şekilde gerçekleşmektedir; postop dönemde kliniğe gelen hastanın tedavisi, ağrı, vital bulgu, aldığı çıkardığı, kanama takibi, kıyafetlerinin giydirilmesi, mobilize olması, basınçlı elastik çoraplarının giydirilmesi ve takibi, oral gıdaya geçmesi aşamaları klinik hemşireleri tarafından birebir gerçekleştirilmektedir. Günlük yara yerinin gözlenmesi ve pansumanın değiştirilmesi ve hastanın kullandığı cerrahi karın korsesinin takılması, sıkılığının ayarlanması klinik doktorları tarafından takip edilmektedir. Taburculuk eğitimine dair klinikte bilgilendirici bir form veya materyal bulunmamaktadır. Taburculuk eğitimi, doktorlar tarafından hastalar taburcu edilirken verilen epikriz raporunda taburculuk önerileri şeklinde yer almaktadır ve yine doktorlar tarafından epikriz raporunda yazan taburculuk önerileri sözel olarak hastaya anlatılmaktadır.

3.Aşama: Çalışmanın 3. aşamasında ise taburcu olan hastalar 4. ve 8. haftalarda araştırmacı tarafından telefon ile aranarak Ek-2 Ek-3 (kadınlar için) Ek-5 ve Ek-6 (erkekler için) formları tekrarlanacak olup görüşmeler sırasında hastaların durumu hakkında bilgi alındı.

Görüşme esnasında hastada riskli bir durum saptanması halinde hastanın örneklem grubundan çıkarılması, gerekli bilgilendirilmeler yapılarak acil bir şekilde hastaneye gelmesi istenmesi planlandı. Fakat görüşmeler esnasında böyle bir durum ile karşılaşılmadı.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS Statistics 20 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı, Shapiro Wilk-W testi ve çarpıklık (Skewness)-basıklık (Kurtosis) ile analiz edilmiştir. Normal dağılan verilerin gruplar arası karşılaştırması bağımsız gruplar t testi; normal dağılmayanlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda eğitim müdahalesi öncesi ve sonrasındaki ölçek puanlarının zamana göre değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Friedman Testi ile analiz edilmiştir. Zamana göre grup etkisinin anlamlı çıkması halinde hangi 2 zaman arasında fark olduğu ise Wilcoxon Ranks Test ile analiz edilmiştir. Ek olarak grupların kendi içindeki karşılaştırmalarında t testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Ki-kare Test kullanılmıştır. Hastaların bazı özelliklerinin zaman ve grup faktörleriyle ölçek puanları ile ilişkisine; nonparametrik testlerden kategorik 2 değişkenliler için Man-Whitney U testi, 3 ve üzeri kategorik değişken içeren verilerde ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenin, bağımsız değişkenler sabitlenerek yapılan karşılaştırmalarında ANCOVA testi kullanılmıştır. ANCOVA testi öncesi verilerin test için uygunluğuna normalite testi, güvenilirlik analizi, pearson korelasyon analizi, doğrusallık testi ve regresyon eğimleri homojenliği analizleri yapılarak, verilerin ANCOVA testi için uygun olduğuna karar verilmiştir. Araştırma kapsamında demografik özelliklerin verilmesinde betimleyici analizlerden frekans ve yüzde analizi, ortalama ve standart sapma değerleri ve median değerleri kullanılmıştır.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılacağı kurum olan Ankara Etlik Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 20/06/2023 tarihli ve AEŞH-EK1-2023-282 karar numaralı etik izin alınmıştır (Ek 15). Araştırmada kullanılmak üzere ölçek izinleri mail yoluyla ilgili kişilerden alınmıştır (Ek 9, Ek 10, Ek 11, Ek 12)

Çalışma yapılan katılımcılar ile görüşmelerde mahremiyete özen gösterilmiştir. Tek kişilik odalarda hasta ve eşleri ile kendi hasta odalarında yalnız görüşme sağlanmış olup çift kişilik odalarda kalan hastalarla ise klinikte içerisinde yer alan ortak kullanım odasında mahremiyete özen gösterilerek hasta ve eşleriyle yalnız görüşme sağlanmıştır.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Hastaların hastanede yattığı sürede bakım veren kişilerin eşleri dışında diğer yakınlarından oluşması, eşleri yanlarında olsa dahi çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri çalışmanın yürütülmesini zorlaştırmıştır. Bununla birlikte eğitim ve anketlerin doldurulması esnasında eşler ile ayrı ayrı görüşmek için ortak kullanım odasını her zaman boş bulamamak da çalışmanın güçlükleri arasında yer almaktadır.

6. BULGULAR

6.1. Gruplardaki Kadınlara Ait Demografik, Obstetrik ve Hastalıklarına İlişkin Veriler

Bu bölümde gruplardaki kadın katılımcıların demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin verileri sunulmuştur. Veriler ortalama, standart sapma, median olarak verilmiştir.

Tablo 10. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale Grubu (n=70)		Kontrol Grubu (n=70)		Test İstatistikleri	
	X+SS	Median	X+SS	Median	Z	p
Yaş (yıl)	48,67 ±11,7	48,00	47,55 ±11,4	46,00	-0,795	0,427
Vücut Kitle İndeksi	29,01 ±5,76	28,30	29,91 ±5,20	30,12	-1,240	0,215
	n	%	n	%	X ²	p
Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	32	45,7	37	52,9	2,20	0,333
Ortaöğretim	13	18,6	16	22,9		
Lise ve üzeri	25	35,7	17	24,3		
Çalışma Durumu						
Emekli	6	8,6	4	5,7	1,58	0,454
Çalışmayan	42	60,0	49	70,0		
Çalışan	22	31,4	17	24,3		

SS= Standart Sapma; Z= Mann Whitney-U; X²= Ki-kare testi;

SS= Standart Sapma; Z= Mann Whitney-U; X²= Ki-kare testi;

Çalışmamızda jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınların yaş ortalaması müdahale grubunda 48,67 ±11,7 ve kontrol grubunda 47,55 ±11,4 olarak belirlenmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %45,7'si ilkokul ve altı, %18,6'sı ortaöğretim ve %35,7'si ise lise ve üzeri mezunu, kontrol grubunda ise %52,9'u ilkokul ve altı, %22,9'u ortaöğretim %24,3'ü ise lise ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda müdahale grubundaki kadınların %60'ı ve kontrol grubundaki kadınların %70'i çalışmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup (p=0,427>0,05) müdahale ve kontrol grubunun yaş dağılımı benzer olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının eğitim durumu ($\chi^2 = 2,20$, p = 0,333 > 0,005) ve çalışma durumu ($\chi^2 = 1,58$, p = 0,454 > 0,005) açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup gruplar birbirine benzerdir (Tablo 10).

Tablo 11. Jinekolojik Kanserli Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale Grubu (n=70)		Kontrol Grubu (n=70)		Test İstatistikleri	
	X+SS	Median	X+SS	Median	Z	p
Menopoza girme yaşı	46,46±5,0	47,0	47,0±4,7	48,0	-0,282	0,778
	n	%	n	%	X²	p
Gebelik sayısı						
0	1	1,4	4	5,7		
1-3	30	42,9	30	42,9	3,47	0,902
4 ve üzeri	16	22,9	13	18,6		
Düşük Sayısı						
Yapmayan	29	41,4	35	50,0	11,88	0,036
Düşük yapan	41	58,6	35	50,0		
					t	p
Menopoza girme şekli						
Doğal menopoz	29	41,4	33	47,1	0,059	0,21
Cerrahi menopoz	18	25,7	14	20,0		

SS= Standart Sapma; Z= Mann Whitney-U; X²= Ki-kare testi; t= t test;

Çalışmamızda jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale ve kontrol grubundaki kadınların %42,9'unun 1-3 gebelik geçirdiği belirlenmiştir. Müdahale grubundaki menopoza giren katılımcıların %41,4'ü doğal yolla menopoza girmişken %25,7'si cerrahi olarak menopoza girmiştir. Kontrol grubunda ise katılımcıların %47,1'i doğal yolla menopoza girmişken %20,0'si cerrahi olarak menopoza girmiştir. Ortalama menopoza girme yaşları müdahale grubunda 46,46±5,0 iken kontrol grubunda 47,0±4,7 olarak belirlenmiştir.

Menopoza girme yaşı açısından müdahale ve kontrol grupları karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p = 0,778>0,05). Doğal menopoz yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında menopoz yaşı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (t = 0,059 p=0,21) (Tablo 11).

Tablo 12. Jinekolojik Kanserli Kadınların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Müdahale Grubu (n=70)		Kontrol Grubu (n=70)		Test İstatistikleri	
	n	%	n	%	X ²	p
Kanserin Türü						
Over Ca	8	11,4	10	14,3	1,288	0.863
Endometrium Ca	29	41,4	33	47,1		
Serviks Ca	21	30,0	18	25,7		
Vulva Ca	7	10,0	6	8,6		
Adneksiyal kitle	5	7,1	3	4,3		
Hastalığın Evresi						
1.Evre	26	37,1	28	40,0	0,260	0,878
2.Evre	33	47,1	30	42,9		
3.Evre	11	15,7	12	17,1		
Hastanede Yattığı Gün Sayısı						
1-3 gün	21	30,0	26	37,1	9,686	0,559
4-6 gün	32	45,7	29	41,4		
7 gün ve üstü	17	24,3	15	21,4		
Uygulanan Cerrahi						
TLH	11	15,7	7	10,0	1,196	0,754
TAH+USO/BSO	21	30,0	24	34,3		
TAH+BSO+BPLND/ OMENTEKTOMİ/ DEBULKİNG	26	37,1	29	41,4		
TAH+BSO+ WERTHEİM	5	7,1	4	5,7		
VULVEKTOMİ+ BİLND	7	10,0	6	8,6		
Hastalık İle Geçirilen Süre						
0-1 ay	12	17,1	12	17,1	22,801	0,044
1,1-3 ay	24	34,3	33	47,1		
3,1-6 ay	19	27,1	17	24,3		
6,1-1 yıl	9	12,9	7	10,0		
1,1 yıl ve üstü	6	8,6	1	1,4		

X²= Ki-kare testi

TLH= Total Laparoskopik Histerektomi; TAH+USO/BSO= Total Abdominal Histerektomi+ Unilateral/Bilateral Salpingooferektomi; BPLND= Bilateral Pelvik ve Paraaortik Lenf Nodu Diseksiyonu; BİLND= Bilateral İngünial Lenf Nodu Diseksiyonu

Çalışmamızda jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınların en fazla tanı aldığı jinekolojik kanser türlerini müdahale ve kontrol grupları için sırasıyla; %41,4 ve %47,1 ile endometrium kanseri, %30,0 ve %25,7 ile serviks kanseri, %11,4 ve %14,3 ile over kanseri oluşturmaktadır. En fazla uygulanan cerrahi hem müdahale hem kontrol grubu için sırasıyla %37,1 ve %41,4 ile TAH+BSO+BPLND/Omentektomi/Debulking cerrahisidir. Müdahale grubundaki hastaların %34,3'ü ve kontrol grubundaki hastaların %47,1'i hastalık süreci ile 1,1-3 aydır uğraştıkları belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının hastalıklarına ilişkin özellikleri incelendiğinde kanserin türü ($p = 0,863 > 0,05$), hastalığın evresi ($p = 0,878 > 0,005$), hastanede yatılan gün sayısı ($p = 0,559 > 0,05$) ve uygulanan cerrahi ($p = 0,754 > 0,05$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Grupların dağılımı benzerlik göstermektedir (Tablo 12).

6.2. Gruplardaki Kadınların Müdahale Öncesi ve Sonrasına İlişkin Veriler

Bu bölümde gruplardaki katılımcıların taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası ölçek puanlarına ilişkin veriler sunulmuştur. Ölçek puanları grup içi ve gruplararası karşılaştırmalar yapılarak raporlanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların DBGÖ puan ortalamaları tablo 13’de karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; müdahale grubunda, taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 1. Görüşme arasındaki karşılaştırmalarda ölçeğin tüm altboyutlarında ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise, taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 1. görüşme arasındaki karşılaştırmalarda ölçeğin tüm altboyutlarında ve ölçek toplam puanları arasında bir fark saptanmamıştır ($p>0,001$) (Tablo 13).



Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların DBGÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

	Min	Max	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		1.Görüşme – 2.Görüşme Test İstatistikleri	
MÜDAHALE GRUBU			X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	*Z / **T	p
Ruhsal/Psikolojik Sağlık	9	45	38,85± 2,55	35,0	24,47± 7,36	25,5	24,41± 7,24	24,0	*6,874	0,000
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	10	50	42,2± 3,54	43,0	25,15± 9,08	23,5	25,18± 9,06	23,0	*7,187	0,000
Fiziksel ve Günlük Yaşam	5	25	20,51± 1,81	21,0	14,95± 3,16	15,0	14,98± 3,18	15,0	**15,383	0,000
Hasta Bakım ve Desteği	4	20	14,25± 2,36	15,0	9,44± 3,93	9,0	9,47± 3,82	9,0	*6,420	0,000
Cinsellik	3	15	9,71± 1,71	10,0	7,41± 2,52	7,0	7,47± 2,53	7,0	*5,390	0,000
DBGÖ Toplam Puan	31	155	121,5± 7,7	123,0	81,4± 22,6	76,0	81,5± 22,4	75,5	*7,142	0,000
KONTROL GRUBU										
Ruhsal/Psikolojik Sağlık	9	45	34,68± 2,22	34,0	34,7±2,23	34,0	34,5± 2,39	34,0	**0,000	1,000
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	10	50	42,32± 3,45	43,0	42,35±3,47	43,0	41,45± 3,50	42,0	*1,000	0,317
Fiziksel ve Günlük Yaşam	5	25	20,57± 1,79	21,0	20,58±1,81	21,0	20,38± 1,76	21,0	**1,000	0,321
Hasta Bakım ve Desteği	4	20	14,32± 2,22	15,0	14,33±2,27	15,0	14,11± 2,36	14,5	*0,000	1,000
Cinsellik	3	15	9,85± 1,75	10,0	9,82±1,73	10,0	9,81± 1,74	10,0	*1,000	0,317
DBGÖ Toplam Puan	31	155	121,7± 7,5	123,0	121,7±7,5	123,0	120,2± 7,5	121,0	*0,447	0,655

SS= Standart Sapma; *Z= Wilcoxon Signed Rank Testi; **T= Bağımsız Gruplarda T Testi

Tablo 14. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların DBGÖ Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

DBGÖ Toplam Puanları	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		Test İstatistikleri	
	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	X ²	p
Müdahale Grubu	121,5± 7,7	123,0	81,4± 22,6	76,0	81,5± 22,4	75,5	103,87	<0,001
Kontrol Grubu	121,7± 7,5	123,0	121,7± 7,5	123,0	120,2± 7,5	121,0	77,69	<0,001
							Z	p
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Müdahale Grubu)								
TP1 – TP2							-7,142	0,000
TP1 – TP3							-7,142	0,000
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Kontrol Grubu)								
TP1 – TP3							-5,671	0,000
TP2 – TP3							-5,735	0,000

SS= Standart Sapma; X²=Friedman Testi; Z=Wilcoxon Signed Rank Test

TP1 = 1. Görüşme toplam puanı, TP2 = 2. Görüşme toplam puanı, TP3= 3. Görüşme toplam puanı

Analiz sonucuna göre katılımcıların toplam ölçek puanları zamana göre ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2= 103,87$, $p < 0,001$), ($X^2= 77,69$, $p < 0,001$). Taburculuk eğitimi öncesi ile sonrası 1., ve 2. aylarda kadınların DBGÖ puanları seviyesindeki değişim Friedman Analizi ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlıdır ($p < 0,001$). Post hoc testler Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanan adjusted p değerleri tabloda sunulmuştur. Müdahale grubunda; post hoc analizler sonucunda eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 1. ay ($Z = -7,142$, $p < 0,001$), ve 2. ay ($Z = -7,142$, $p < 0,001$), puanları arasında anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda ise; post hoc analizler sonucunda eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 2. ay ($Z = -5,671$, $p < 0,001$) ve eğitim sonrası 1. ay ve 2. ay ($Z = -5,735$, $p < 0,001$), puanları arasında fark anlamlıdır (Tablo 14).

Tablo 15. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların DBGÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Müdahale Grubu N=70 Kontrol Grubu N=70	Ortalama	Standart Sapma	Median	ANCOVA Test İstatistikleri		
1. GÖRÜŞME	X	SS		F	p	η^2
Müdahale Toplam	121,5	$\pm 7,7$	123,0			
Kontrol Toplam	121,7	$\pm 7,5$	123,0			
2. GÖRÜŞME						
Müdahale Toplam	81,4	$\pm 22,6$	76,0	226,9	0,000	0,624
Kontrol Toplam	121,7	$\pm 7,5$	123,0			
3. GÖRÜŞME						
Müdahale Toplam	81,5	$\pm 22,4$	75,0	0,000	0,997	0,000
Kontrol Toplam	120,2	$\pm 7,5$	121,0			

η^2 = Etki Büyüklüğü – Partial Eta Squared

Eğitim sonrası destekleyici bakım gereksinimlerinin müdahale ve kontrol grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANCOVA analizi yapılmıştır ve eğitim sonrası destekleyici bakım puanları üzerinde grup etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Eğitim öncesi (1. Görüşme) kovaryant olarak kabul edilmiş ve destekleyici bakım gereksinimlerinin grup değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre; eğitim sonrasında (2. Görüşme) müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=226,9$, $p < 0,001$, $\eta^2=0,624$). Bu sonuç, taburculuk eğitimi alan grubun, kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde DBGÖ puanının daha düşük olduğunu göstermektedir. 2. ayda (3. görüşmede) yapılan analizlerde ise grup etkisinin anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($F=0,000$, $p=0,997$, $\eta^2=0,000$). Bu sonuç eğitimin etkisinin zamanla azaldığını göstermiştir.

Tablo 16. Müdahale Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

Müdahale Grubu YKÖ Alt Boyut Toplam Puanları	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		Test İstatistikleri	
	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	X ²	p
Genel Sağlık Skoru (GSS)	49,28 ± 28,47	54,16	69,88 ± 13,10	66,67	70,00 ± 12,48	66,67	34,58	0,000
Fonksiyonel Ölçekler (FS)								
Fiziksel Fonksiyon	63,14 ± 18,77	60,00	66,57 ± 14,77	66,67	68,09 ± 13,11	66,67	3,11	0,211
Uğraş Fonksiyonu	60,95 ± 23,89	66,67	71,90 ± 17,38	66,67	73,57 ± 16,90	66,67	12,80	0,002
Duygusal Fonksiyon	37,38 ± 30,25	33,33	67,85 ± 27,52	75,00	69,04 ± 26,39	75,00	28,07	0,000
Kognitif Fonksiyonu	58,57 ± 26,88	50,00	74,28 ± 20,20	75,00	74,76 ± 19,39	66,67	17,46	0,000
Sosyal Fonksiyon	57,85 ± 24,36	66,67	67,85 ± 18,89	66,67	68,33 ± 18,85	66,67	8,81	0,012
Semptom Ölçekleri (SS)								
Yorgunluk	51,58 ± 25,73	66,67	37,61 ± 18,75	33,33	36,34 ± 17,33	33,33	13,19	0,001
Bulantı Kusma	6,19 ± 11,41	0,00	15,71 ± 20,24	0,00	15,23 ± 20,60	0,00	6,29	0,043
Ağrı	40,95 ± 24,02	50,00	39,28 ± 25,22	33,33	37,38 ± 24,80	33,33	3,71	0,156
Nefes Darlığı	24,28 ± 31,04	0,00	14,76 ± 16,67	0,00	14,28 ± 16,61	0,00	2,28	0,320
Uykusuzluk	44,76 ± 38,85	33,33	37,61 ± 31,55	33,33	34,76 ± 29,17	33,33	3,31	0,191
İştah Kaybı	7,61 ± 15,19	0,00	17,61 ± 21,77	0,00	18,09 ± 22,47	0,00	0,45	0,799
Konstipasyon	22,85 ± 30,84	0,00	13,80 ± 18,38	0,00	14,28 ± 18,45	0,00	4,43	0,109
Diş ağrısı	4,28 ± 11,23	0,00	7,14 ± 14,89	0,00	7,61 ± 15,19	0,00	2,48	0,289
Mali Zorluk	32,85 ± 26,91	33,33	29,99 ± 18,08	33,33	29,99 ± 18,08	33,33	0,19	0,909
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması							Z	p
GSS 1. ve 2. Görüşme							-5,00	0,00
GSS 1. ve 3. Görüşme							-5,13	0,00
(FS) Uğraş Fonksiyonu 1. ve 3. Görüşme							-3,29	0,00
(FS) Duygusal Fonksiyon 1. ve 2. Görüşme							-5,17	0,00
(FS) Duygusal Fonksiyon 1. ve 3. Görüşme							-5,18	0,00
(FS) Kognitif Fonksiyonu 1. ve 2. Görüşme							-3,53	0,00
(FS) Kognitif Fonksiyonu 1. ve 3. Görüşme							-3,60	0,00
(SS) Yorgunluk 1. ve 3. Görüşme							-3,78	0,00
(SS) Yorgunluk 1. ve 2. Görüşme							-4,11	0,00
SS= Standart Sapma; X ² =Friedman Testi; Z=Wilcoxon Signed Rank Test								

Taburculuk eğitimi öncesi ile sonrası 1., ve 2. aylarda kadınların YKÖ puanları seviyesindeki değişim Friedman Analizi ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanan adjusted p değerleri tabloda sunulmuştur (Tablo 16). Müdahale grubunda; post hoc analizler sonucunda GSS ve FS alt boyutunda, eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 1. ay ve 2. ay puanları arasında anlamlı fark vardır ($p < 0,001$) (Tablo 16).

Kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 17’de karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; kontrol grubundaki kadınların taburculuk eğitimi öncesi ile sonrası 1., ve 2. aylarda YKÖ puanları seviyesindeki değişim Friedman Analizi ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,001$).



Tablo 17. Kontrol Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

Kontrol Grubu YKÖ Alt Boyut Toplam Puanları	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		Test İstatistikleri	
	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	X ²	p
Genel Sağlık Skoru (GSS)	47,14 ± 26,19	50,00	47,97 ± 27,08	50,00	48,21 ± 25,69	50,00	0,82	0,662
Fonksiyonel Ölçekler (FS)								
Fiziksel Fonksiyon	65,99 ± 17,51	60,00	65,42 ± 17,70	60,00	65,71 ± 17,11	60,00	2,63	0,268
Uğraş Fonksiyonu	61,90 ± 24,26	66,67	61,66 ± 23,63	66,67	61,42 ± 23,66	66,67	2,00	0,368
Duygusal Fonksiyon	35,95 ± 30,04	29,16	37,61 ± 30,71	33,33	36,54 ± 30,17	29,16	2,60	0,273
Kognitif Fonksiyonu	56,90 ± 26,38	50,00	58,33 ± 25,96	50,00	58,09 ± 25,65	50,00	2,00	0,368
Sosyal Fonksiyon	59,76 ± 24,65	66,67	59,52 ± 24,50	66,67	58,33 ± 24,03	66,67	5,20	0,074
Semptom Ölçekleri (SS)								
Yorgunluk	50,63 ± 24,92	55,56	50,79 ± 24,85	55,56	51,27 ± 23,87	55,56	2,33	0,311
Bulantı Kusma	6,90 ± 13,15	0,00	6,19 ± 12,09	0,00	8,80 ± 13,81	0,00	5,60	0,061
Ağrı	42,85 ± 22,80	50,00	42,38 ± 22,64	50,00	43,33 ± 22,23	50,00	2,00	0,368
Nefes Darlığı	23,33 ± 30,74	0,00	21,90 ± 29,42	0,00	23,80 ± 30,10	0,00	2,00	0,368
Uykusuzluk	39,52 ± 37,76	33,33	39,99 ± 37,47	33,33	39,52 ± 37,76	33,33	2,00	0,368
İştah Kaybı	5,23 ± 13,47	0,00	16,66 ± 25,22	0,00	18,09 ± 25,81	0,00	2,66	0,264
Konstipasyon	21,90 ± 30,50	0,00	22,38 ± 30,41	0,00	22,85 ± 30,84	0,00	1,00	0,607
Diyare	4,28 ± 11,23	0,00	4,28 ± 11,23	0,00	5,23 ± 13,47	0,00	2,00	0,368
Mali Zorluk	30,95 ± 27,40	33,33	31,42 ± 27,14	33,33	31,90 ± 27,47	33,33	2,00	0,368
SS= Standart Sapma; X ² =Friedman Testi;								

Tablo 18. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 YKÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Müdahale Grubu N=70 Kontrol Grubu N=70	1.Görüşme		2.Görüşme		ANCOVA Test İstatistikleri		
	X±SS	Median	X±SS	Median	F	p	η²
Genel Sağlık Skoru - Müdahale	49,28 ± 28,47	54,16	69,88 ± 13,10	66,67	66,656	0,000	0,327
Genel Sağlık Skoru - Kontrol	47,14 ± 26,19	50,00	47,97 ± 27,08	50,00			
Fonksiyonel Ölçekler (FS)							
Fiziksel Fonksiyon - Müdahale	63,14 ± 18,77	60,00	66,57 ± 14,77	66,67	1,011	0,317	0,007
Fiziksel Fonksiyon - Kontrol	65,99 ± 17,51	60,00	65,42 ± 17,70	60,00			
Uğraş Fonksiyonu - Müdahale	60,95 ± 23,89	66,67	71,90 ± 17,38	66,67	12,388	0,001	0,083
Uğraş Fonksiyonu - Kontrol	61,90 ± 24,26	66,67	61,66 ± 23,63	66,67			
Duygusal Fonksiyon - Müdahale	37,38 ± 30,25	33,33	67,85 ± 27,52	75,00	49,229	0,000	0,264
Duygusal Fonksiyon - Kontrol	35,95 ± 30,04	29,16	37,61 ± 30,71	33,33			
Kognitif Fonksiyonu - Müdahale	58,57 ± 26,88	50,00	74,28 ± 20,20	75,00	19,342	0,000	0,124
Kognitif Fonksiyonu - Kontrol	56,90 ± 26,38	50,00	58,33 ± 25,96	50,00			
Sosyal Fonksiyon - Müdahale	57,85 ± 24,36	66,67	67,85 ± 18,89	66,67	10,382	0,002	0,070
Sosyal Fonksiyon - Kontrol	59,76 ± 24,65	66,67	59,52 ± 24,50	66,67			
Semptom Ölçekleri (SS)							
Yorgunluk - Müdahale	51,58 ± 25,73	66,67	37,61 ± 18,75	33,33	20,758	0,000	0,132
Yorgunluk - Kontrol	50,63 ± 24,92	55,56	50,79 ± 24,85	55,56			
Bulantı Kusma - Müdahale	6,19 ± 11,41	0,00	15,71 ± 20,24	0,00	12,545	0,001	0,084
Bulantı Kusma - Kontrol	6,90 ± 13,15	0,00	6,19 ± 12,09	0,00			
Ağrı - Müdahale	40,95 ± 24,02	50,00	39,28 ± 25,22	33,33	0,364	0,547	0,003
Ağrı - Kontrol	42,85 ± 22,80	50,00	42,38 ± 22,64	50,00			
Nefes Darlığı - Müdahale	24,28 ± 31,04	0,00	14,76 ± 16,67	0,00	4,846	0,029	0,034
Nefes Darlığı - Kontrol	23,33 ± 30,74	0,00	21,90 ± 29,42	0,00			
Uykusuzluk - Müdahale	44,76 ± 38,85	33,33	37,61 ± 31,55	33,33	0,998	0,320	0,007
Uykusuzluk - Kontrol	39,52 ± 37,76	33,33	39,99 ± 37,47	33,33			
İştah Kaybı - Müdahale	7,61 ± 15,19	0,00	17,61 ± 21,77	0,00	0,074	0,785	0,001
İştah Kaybı - Kontrol	5,23 ± 13,47	0,00	16,66 ± 25,22	0,00			
Konstipasyon - Müdahale	22,85 ± 30,84	0,00	13,80 ± 18,38	0,00	7,146	0,008	0,050
Konstipasyon - Kontrol	21,90 ± 30,50	0,00	22,38 ± 30,41	0,00			
Diyare - Müdahale	4,28 ± 11,23	0,00	7,14 ± 14,89	0,00	1,816	0,180	0,013
Diyare - Kontrol	4,28 ± 11,23	0,00	4,28 ± 11,23	0,00			
Mali Zorluk - Müdahale	32,85 ± 26,91	33,33	29,99 ± 18,08	33,33	0,637	0,426	0,005
Mali Zorluk - Kontrol	30,95 ± 27,40	33,33	31,42 ± 27,14	33,33			
SS= Standart Sapma; η² = Etki Büyüklüğü – Partial Eta Squared							

Eğitim sonrası yaşam kalitesi puanlarının müdahale ve kontrol grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANCOVA analizi yapılmıştır. Puanlarda Benforoni düzeltmesi kullanılmıştır. Eğitim öncesi 1. görüşme kovaryant alındı ve eğitim sonrası 1. ayda (2. görüşme) alınan YKÖ puanları üzerinde grup etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). Analiz sonuçlarına göre; Genel Sağlık Skoru (GSS) eğitim öncesi ve sonrası 1. ay karşılaştırma puanlarında grup etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (F= 66,656, p= 0,000, η²= 0,327). Fonksiyonel ölçekler (FS)’nin alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası 1. ay karşılaştırma puanlarında “Uğraş Fonksiyonu” nun (F= 12,388, p= 0,001, η²= 0,083), “Duygusal

Fonksiyon'un ($F= 49,229$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,264$), "Kognitif Fonksiyon" un ($F= 19,342$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,124$) ve "Sosyal Fonksiyon" un ($F= 10,382$, $p= 0,002$, $\eta^2= 0,070$) grup etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır.

Semptom Ölçekleri (SS)'nin alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası 1. ay karşılaştırma puanlarında ise "Yorgunluk" un ($F= 20,758$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,132$), "Bulantı Kusma" nın ($F= 12,545$, $p= 0,001$, $\eta^2= 0,084$), "Nefes Darlığı" nın ($F= 4,846$, $p= 0,029$, $\eta^2= 0,034$), "Konstipasyon" nun ($F= 7,146$, $p= 0,008$, $\eta^2= 0,050$) grup etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

6.3. Gruplardaki Erkeklere Ait Demografik ve Müdahale Öncesi ve Sonrasına İlişkin

Veriler

Bu bölümde gruplardaki erkek katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin veriler ve taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası ölçek puanlarına ilişkin veriler sunulmuştur. Ölçek puanları ise grup içi ve gruplararası karşılaştırmalar yapılarak raporlanmıştır.

Tablo 19. Erkeklerin (Eşlerin) Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Müdahale Grubu (n=70)		Kontrol Grubu (n=70)		Test İstatistikleri	
	X+SS	Median	X+SS	Median	Z	p
Yaş Ortalaması	50,98 ±11,25	50	49,31±10,87	48,5	0,389	0,040
Bakım İçin Ayrılan Süre	6,54 ±2,64	7	8,05 ±3,17	9	0,033	0,000
	n	%	n	%	X ²	p
Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	6	8,6	5	7,1	0,560	0,756
Ortaöğretim	20	28,6	24	34,3		
Lise ve üzeri	44	62,9	41	58,6		
Çalışma Durumu						
Emekli	26	37,1	21	30,0	0,801	0,371
Çalışıyor	44	62,9	49	70,0		
Sistemik Hastalık Varlığı						
Yok	51	72,9	47	67,1	0,544	0,461
Var	19	27,1	23	32,9		
Bakım Veren Diğer Bireyler						
Bakım veren yok	28	40,0	29	41,4	0,030	0,863
Bakım veren var	42	60,0	41	58,6		
İş Hayatında Güçlük						
Yok	55	78,6	52	74,3	0,622	0,430
Var	15	21,4	18	25,7		
Bakım Verirken Evde Güçlük Yaşama						
Evet	23	32,9	28	40,0	1,008	0,604
Hayır	18	25,7	14	20,0		
Kısmen	29	41,4	28	40,0		

SS= Standart Sapma; Z= Mann Whitney-U; X²= Ki-kare testi

Çalışmamızda jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınların eşlerinin müdahale ve kontrol grubu yaş ortalaması 50,98 ±11,25 ve 49,31 ±10,87 olarak belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin sırasıyla %60,0'ının ve %58,6'sının kendisinden başka bakım veren aile

bireylerinin de olduğu görülmüştür. Evde bakım için ayrılan ortama süre müdahale ve kontrol grupları için $6,54 \pm 2,64$ ve $8,05 \pm 3,17$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş değışkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z = 0,389 > 0,05$). Bakım verilen süre açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($Z = 0,033 < 0,05$). Müdahale ve kontrol gruplarının eğitim durumu ($\chi^2 = 0,560, p > 0,005$) , çalışma durumu ($\chi^2 = 0,801, p > 0,005$), sistemik hastalık varlığı ($\chi^2 = 0,544, p > 0,005$), bakım veren başka bireylerinde olması ($\chi^2 = 0,030, p > 0,005$), iş hayatında güçlük yaşama durumu ($\chi^2 = 0,622, p > 0,005$), karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup gruplar birbirine benzer özellik göstermektedir (Tablo 19).

Tablo 20. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Eşlerin BDBGÖ Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		1.Görüşme – 2.Görüşme Test İstatistikleri	
MÜDAHALE GRUBU	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	*Z / **T	p
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar	1,63± 0,50	1,36	1,7± 0,51	1,53	1,66± 0,49	1,47	**4,671	0,000
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları	2,54± 0,71	2,64	2,55± 0,70	2,59	2,53± 0,69	2,64	4,680	0,641
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	2,42± 0,63	2,50	2,45± 0,61	2,50	2,39± 0,63	2,38	2,731	0,008
İletişim ve Aile İhtiyaçları	1,86± 0,51	1,80	1,9± 0,52	1,80	1,87± 0,50	1,80	2,254	0,027
BDBGÖ Toplam Puan	2,08± 0,48	2,06	2,12± 0,48	2,08	2,08± 0,47	2,06	**3,877	0,000
KONTROL GRUBU								
Psikolojik ve Emosyonel İhtiyaçlar	1,67±0,47	1,47	1,67±0,46	1,47	1,75±0,46	1,60	0,872	0,386
Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları	2,50±0,70	2,64	2,54±0,69	2,64	2,54±0,68	2,64	2,559	0,013
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	2,41±0,62	2,50	2,43±0,60	2,50	2,44±0,58	2,50	2,263	0,027
İletişim ve Aile İhtiyaçları	1,89±0,51	1,80	1,93±0,50	2,00	1,98±0,53	2,00	2,412	0,019
BDBGÖ Toplam Puan	2,09±0,47	2,09	2,10±0,45	2,11	2,14±0,44	2,23	**3,980	0,000

SS= Standart Sapma

Ölçek alt boyut toplam puanları her bir souya verilen yanıtın ortalaması ile hesaplanmıştır. Alınabilecek min ve max değerler 1 ile 5 puan arasında değişmektedir.

*Z= Wilcoxon Signed Rank Testi; **T= Bağımsız Gruplarda T Testi

Tablo 21. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Eşlerin BDBGÖ Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

BDBGÖ Toplam Puanları	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		Test İstatistikleri	
	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	X ²	p
Müdahale Grubu	2,08± 0,48	2,06	2,12± 0,48	2,08	2,08± 0,47	2,06	36,915	0,000
Kontrol Grubu	2,09±0,47	2,09	2,10±0,45	2,11	2,14±0,44	2,23	26,252	0,000
							Z	p
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Müdahale Grubu)								
TP1 – TP2							-5,116	0,000
TP2 – TP3							-4,689	0,000
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Kontrol Grubu)								
TP1 – TP3							-4,760	0,000

SS= Standart Sapma; X²=Friedman Testi; Z=Wilcoxon Signed Rank Test

TP1 = 1. Görüşme toplam puanı, TP2 = 2. Görüşme toplam puanı, TP3= 3. Görüşme toplam puanı

Tablo 20’de müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin BDBGÖ alt boyut puanlarına ait istatistiksel veriler yer almaktadır. BDBGÖ puanlarına göre en fazla destekleyici bakım gereksinimi olan alt boyut her iki grup içinde “Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları” olarak saptanmıştır. Müdahale grubunda her görüşme için sırasıyla $2,54 \pm 0,7$, $2,55 \pm 0,7$, $2,53 \pm 0,69$ puan, kontrol grubunda her görüşme için sırasıyla $2,5 \pm 0,7$, $2,54 \pm 0,69$, $2,54 \pm 0,68$ puan olarak belirlenmiştir.

Tablo 21’de müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin BDBGÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması incelenmiştir. Analiz sonucuna göre; katılımcıların toplam ölçek puanları zamana göre ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2= 36,915$, $p < 0,001$), ($X^2= 26,252$, $p < 0,001$). Taburculuk eğitimi öncesi ile sonrası 1. ve 2. aylarda erkeklerin BDBGÖ puanları seviyesindeki değişim Friedman Analizi ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Post Hoc testler Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanan adjusted p değerleri tabloda sunulmuştur. Müdahale grubunda; post hoc analizler sonucunda eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 1. ay ($Z = -5,116$, $p < 0,001$), ve 2. ay ($Z = -4,689$, $p < 0,001$), puanları arasında anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda ise; post hoc analizler sonucunda eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 2. ay ($Z = -4,760$, $p < 0,001$), puanları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 22. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Eşlerin BDBGÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Müdahale Grubu N=70 Kontrol Grubu N=70	Ortalama	Standart Sapma	Median	ANCOVA Test İstatistikleri		
1. GÖRÜŞME	X	SS		F	p	η²
Müdahale Toplam	2,08	0,48	2,06			
Kontrol Toplam	2,09	0,47	2,09			
2. GÖRÜŞME						
Müdahale Toplam	2,12	0,48	2,08	4,387	0,038	0,031
Kontrol Toplam	2,10	0,45	2,11			
3. GÖRÜŞME						
Müdahale Toplam	2,08	0,47	2,06	40,660	0,000	0,229
Kontrol Toplam	2,14	0,44	2,23			
η² = Etki Büyüklüğü – Partial Eta Squared						

Eğitim sonrası destekleyici bakım gereksinimlerinin müdahale ve kontrol grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANCOVA analizi yapılmıştır ve eğitim sonrası destekleyici bakım puanları üzerinde grup etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Eğitim öncesi (1. Görüşme) puanları kovaryant olarak alındı ve destekleyici bakım gereksinimlerinin grup değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre; eğitim sonrasında (2. Görüşme) müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($\eta^2 = 0.031 < 0,05$). 2. ayda (3. görüşmede) yapılan analizde grup etkisinin anlamlı ve orta düzeyde bir etkisi olduğu görülmüştür ($F = 40,660$, $p = 0,000$, Partial Eta Squared = 0,229). Bu sonuç eğitimin etkisinin taburculuk sonrası 1. ve 2. ayda hala devam ettiğini fakat zamanla azaldığını göstermiştir (Tablo 22).

Tablo 23. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Eşlerin KHBVYKÖ Ölçek Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

MÜDAHALE GRUBU	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		1.Görüşme – 2.Görüşme Test İstatistikleri	
	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	*Z / **T	p
Yük	95,15±20,01	91	94,05±19,58	91	94,95±18,58	91	**1,312	0,194
Rahatsızlık	121,21±12,69	120	118,71±13,61	120	120,07±12,95	120	**3,383	0,001
Pozitif Adaptasyon	74,57±31,85	75	75±30,43	75	75,78±30,87	77,5	**0,484	0,630
Finansal Sıkıntı	115,83±21,32	116,67	114,16±21,29	116,67	115,66±10,39	116,67	*1,342	0,180
KHBVYKÖ Genel Toplamı	97,25±10,68	96	96,32±11,02	95	98,27±10,62	96	*3,871	0,000
KONTROL GRUBU								
Yük	95,7±19,58	91	95,2±18,70	91	94,4±18,39	91	**1,369	0,175
Rahatsızlık	122,28±13,04	120	121,35±13,72	120	120,85±13,21	120	**2,716	0,008
Pozitif Adaptasyon	74,92±32,37	75	75,28±31,36	75	75,64±29,82	77,5	**0,779	0,439
Finansal Sıkıntı	114,66±22,81	116,67	114,66±22,81	116,67	113,66±22,81	116,67	*0,000	1,000
KHBVYKÖ Genel Toplamı	97,78±9,90	98	97,48±9,69	97,5	97,12±9,37	96,5	**1,838	0,070

SS= Standart Sapma
Ölçeğin her alt boyutu için alınabilecek min. ve max. değerler 0-140 puan olarak standardize edilmiştir.
*Z= Wilcoxon Signed Rank Testi; **T= Bağımsız Gruplarda T Testi

Tablo 24. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Eşlerin KHBVYKÖ Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

KHBVYKÖ Toplam Puanları	1.Görüşme		2.Görüşme		3.Görüşme		Test İstatistikleri	
	X±SS	Median	X±SS	Median	X±SS	Median	X ²	p
Müdahale Grubu	97,25±10,68	96	96,32±11,02	95	98,27±10,62	96	14,169	0,001
Kontrol Grubu	97,78±9,90	98	97,48±9,69	97,5	97,12±9,37	96,5	26,252	0,000
							Z	p
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Müdahale Grubu)								
TP1 – TP2							-3,871	0,000
TP2 – TP3							-3,238	0,001
Ölçek Genel Toplamlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Kontrol Grubu)								
TP1 – TP3							-2,687	0,007

SS= Standart Sapma; X²=Friedman Testi; Z=Wilcoxon Signed Rank Test
TP1 = 1. Görüşme toplam puanı, TP2 = 2. Görüşme toplam puanı, TP3= 3. Görüşme toplam puanı

Tablo 23’de eşlerin yaşam kalitesini incelediğimiz KHBVYKÖ puanlarına göre; en düşük yaşam kalitesi alt boyutunun her değerlendirme zamanında ‘‘Pozitif Adaptasyon’’ alt boyutu olduğu saptanmıştır. Müdahale grubu için sırasıyla; 74,57±31,85, 75±30,43, 75,78±30,87 puan ve kontrol grubu için sırasıyla 74,92±32,37, 75,28±31,36, 75,64±29,82 puan olarak belirlenmiştir.

Tablo 24’de müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin KHBVYKÖ puanlarının grup içi karşılaştırılması incelenmiştir. Analiz sonucuna göre; katılımcıların toplam ölçek puanları zamana göre ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2= 14,169$, $p = 0,001$), ($X^2= 26,252$, $p = 0,000$). Taburculuk eğitimi öncesi ile sonrası 1. ve 2. aylarda erkeklerin KHBVYKÖ puanları seviyesindeki değişim Friedman Analizi ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Post hoc testler Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanan adjusted p değerleri tabloda sunulmuştur. Müdahale grubunda; post hoc analizler sonucunda eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 1. ay ($Z = -3,871$, $p < 0,001$), ve eğitim sonrası 1. ay ile 2. ay ($Z = -3,238$, $p = 0,001$), puanları arasında anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda ise; post hoc analizler sonucunda eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 2. ay ($Z = -2,687$, $p = 0,007$), puanları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 25. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Eşlerin KHBVYKÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Müdahale Grubu N=70 Kontrol Grubu N=70	Ortalama	Standart Sapma	Median	ANCOVA Test İstatistikleri		
1. GÖRÜŞME	X	SS		F	p	η²
Müdahale Toplam	97,25	± 10,68	96,0			
Kontrol Toplam	97,78	± 9,90	98,0			
2. GÖRÜŞME						
Müdahale Toplam	96,32	± 11,02	95,0	14,330	0,000	0,095
Kontrol Toplam	97,48	± 9,69	97,5			
3. GÖRÜŞME						
Müdahale Toplam	98,27	± 10,62	96,0	40,660	0,000	0,229
Kontrol Toplam	97,12	± 9,37	96,5			
η² = Etki Büyüklüğü – Partial Eta Squared						

Eğitim sonrası KHBVYKÖ puanlarının müdahale ve kontrol grubuna göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANCOVA analizi yapılmıştır. Eğitim sonrası yaşam kalitesi puanları üzerinde grup etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Eğitim öncesi (1. Görüşme) puanları kovaryant olarak alındı ve destekleyici bakım gereksinimlerinin grup

değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre; eğitim sonrasında (2. Görüşme) müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($F = 14,330$, $p = 0,000$, $\eta^2 = 0,095$). 2. ayda (3. görüşmede) yapılan analizde grup etkisinin anlamlı ve orta düzeyde bir etkisi olduğu görülmüştür ($F = 40,660$, $p = 0,000$, $\eta^2 = 0,229$). Bu sonuç eğitimin etkisinin müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesi üzerinde artış sağladığı ve taburculuk sonrası 1. ve 2. ayda etkinin devam ettiğini göstermiştir (Tablo 25).

6.4. Kadınlara ve Erkeklerle Ait Bazı Özelliklerle Ölçek Puanları Arasındaki Karşılaştırmalar

Bu bölümde ölçeklere ait 1. ve 2. görüşme toplam puanları ile kadın ve erkeklerle ait bazı özelliklerin karşılaştırılmaları incelenmiştir. Analiz sonuçları tablo olarak sunulmuştur.

Tablo 26'da müdahale ve kontrol grubundaki kadınlara uygulanan DBGÖ'nün 1. ve 2. görüşme toplam puanları ile kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, menopoza durumu, kanserin türü, hastalığın evresi, hastalık ile geçirilen süre açısından bir farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için hastaların menopozda olma ve olmama durumu haricindeki özellikler nonparametrik bir test olan Kruskal-Wallis H testi ile analiz edildi. Menopoz durumu ise dağılım özelliğine uygun olarak Man-Whitney U testi ile analiz edildi. Analiz sonuçlarına göre hem müdahale hem de kontrol gruplarında hastalığın evresi hariç diğer özellikler bakımından 1. ve 2. görüşme zamanlarında anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Kontrol grubunda hastalığın evresi her iki zaman noktasında da destekleyici bakım puanlarını anlamlı derecede etkilemiştir ($p < 0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Kadınlara Ait Özellikler ile DBGÖ 1. ve 2. Görüşme Puanlarının Karşılaştırılması

Kadınlara Ait Özellikler	Müdahale Grubu (n=70)								Kontrol Grubu (n=70)							
	DBGÖ 1. Görüşme Toplam Puanı				DBGÖ 2. Görüşme Toplam Puanı				DBGÖ 1. Görüşme Toplam Puanı				DBGÖ 2. Görüşme Toplam Puanı			
	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P
Eğitim Durumu																
İlkokul ve altı	32	121,0±10,1	124,0	3,191 0,203	32	78,7±23,1	70,5	1,416 0,493	37	122,2±7,5	124,0	2,887 0,236	37	122,2±7,5	124,0	2,890 0,236
Ortaöğretim	13	123,7±4,9	124,0		13	84,8±22,0	86,0		16	123,2±4,8	123,5		16	123,3±4,9	123,5	
Lise ve üzeri	25	121,0±5,2	121,0		25	83,2±22,7	81,0		17	119,3±9,3	123,0		17	119,3±9,3	123,0	
Çalışma Durumu																
Emekli	6	116,6±13,1	121,0	0,495 0,482	6	77,0±19,1	76,5	1,187 0,286	4	126,5±1,9	126,0	6,579 0,010	4	126,5±1,9	126,0	6,808 0,009
Çalışan	42	122,3±5,4	123,0		42	88,7±24,7	89,0		49	119,1±9,2	121,0		49	119,1±9,1	121,0	
Çalışmayan	22	121,8±7,8	123,5		22	78,2±21,4	74,5		17	122,2±7,0	123,0		17	122,3±7,1	123,0	
Menopoz durumu																
Var	47	121,5±7,4	123,0	533,0	47	79,8±21,8	75,0	480,0	47	122,5±4,9	124,0	510,0	47	122,5±4,9	124,0	515,0
Yok	23	121,4±8,5	123,0	*0,925	23	84,6±24,3	86,0	*0,448	23	120,2±11,1	123,0	*0,702	23	120,3±11,2	123,3	*0,754
Kanser Türü																
Over Ca	8	121,5±5,9	124,0	5,174 0,270	8	74,0±17,0	71,0	4,988 0,289	10	121,8±6,1	122,0	1,153 0,886	10	121,8±6,1	122,0	1,188 0,880
Endometrium Ca	29	121,3±8,4	123,0		29	77,0±20,6	74,0		33	121,2±10,1	124,0		33	121,2±10,1	124,0	
Serviks Ca	21	120,6±8,3	123,0		21	88,7±25,5	93,0		18	122,3±3,2	123,0		18	122,3±3,2	123,0	
Vulva Ca	7	126,2±5,6	129,0		7	88,0±19,4	88,0		6	122,5±4,9	123,0		6	122,5±4,9	123,0	
Adneksiyal kitle	5	120,0±6,8	120,0		5	79,0±29,6	67,0		3	122,6±1,5	123,0		3	122,6±1,5	123,0	
Hastalığın Evresi																
1.Evre	26	121,2±7,4	123,0	0,985 0,611	26	83,1±20,8	83,5	1,822 0,402	28	120,1±10,7	123,0	6,584 0,037	28	120,7±10,7	123,0	6,639 0,036
2.Evre	33	122,0±8,4	124,0		33	78,8±25,2	67,0		30	121,3±4,2	122,0		30	121,3±4,2	122,0	
3.Evre	11	121,0±7,0	121,0		11	85,2±19,1	87,0		12	125,3±3,3	126,5		12	125,3±3,3	126,5	
Hastalık İle Geçirilen Süre																
0-1 ay	12	119,8±6,0	122,0	3,751 0,441	12	78,3±15,1	82,0	1,926 0,749	12	120,4±11,0	123,5	2,484 0,648	12	120,4±11,0	123,5	2,485 0,647
1,1-3 ay	24	122,2±4,8	121,0		24	79,1±23,1	75,0		33	122,5±7,3	123,0		33	122,5±7,3	123,0	
3,1-6 ay	19	120,5±12,1	123,0		19	85,1±24,3	81,0		17	120,6±5,6	121,0		17	120,6±5,6	121,0	
6,1-1 yıl	9	124,2±4,8	123,5		9	85,4±20,5	87,0		7	123,2±7,3	128,0		7	123,1±7,2	128,0	
1,1 yıl ve üstü	6	121,5±5,4	123,0		6	79,3±33,8	64,5		1				1			
SS= Standart Sapma; X ² =Kruskal-Wallis H testi * Man-Whitney U																

SS= Standart Sapma; X²=Kruskal-Wallis H testi * Man-Whitney U

Tablo 27. Erkekelere Ait Özellikler ile BDBGÖ 1. ve 2. Görüşme Puanlarının Karşılaştırılması

Erkeklere Ait Özellikler	Müdahale Grubu (n=70)								Kontrol Grubu (n=70)							
	BDBGÖ 1. Görüşme Toplam Puanı				BDBGÖ 2. Görüşme Toplam Puanı				BDBGÖ 1. Görüşme Toplam Puanı				BDBGÖ 2. Görüşme Toplam Puanı			
	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P
Eğitim Durumu																
İlkokul ve altı	6	2,27±0,32	2,23	*2,864 0,239	6	2,30±0,30	2,26	*3,878 0,144	5	2,24±0,59	1,90	*0,743 0,690	5	2,27±0,56	1,95	*0,927 0,629
Ortaöğretim	20	2,20±0,43	2,35		20	2,27±0,44	2,38		24	2,13±0,48	2,18		24	2,14±0,45	2,19	
Lise ve üzeri	44	2,00±0,51	1,97		44	2,03±0,50	2,00		41	2,05±0,45	2,10		41	2,06±0,44	2,13	
Çalışma Durumu																
Emekli	26	2,15±0,39	2,07	**509,5	26	2,17±0,37	2,09	**545,5	21	2,22±0,47	2,36	**400,0	21	2,22±0,45	2,36	**401,5
Çalışan	44	2,03±0,53	2,06	0,447	44	2,09±0,54	2,08	0,747	49	2,03±0,46	2,08	0,142	49	2,05±0,44	2,10	0,147
Sistemik Hastalık Varlığı																
Yok	51	2,05±0,47	2,08	**466,5	51	2,09±0,46	2,08	**453,0	47	2,09±0,44	2,10	**526,5	47	2,11±0,43	2,13	**527,5
Var	19	2,14±0,53	2,05	0,812	19	2,19±0,53	2,08	0,677	23	2,09±0,52	2,05	0,861	23	2,10±0,50	2,10	0,871
Bakım Veren Diğer Bireyler																
Bakım veren yok	28	2,09±0,47	2,02	**577,5	28	2,12±0,47	2,05	**562,5	29	2,01±0,47	2,08	**576,0	29	2,03±0,45	2,08	**477,5
Bakım veren var	42	2,07±0,49	2,09	0,900	42	2,12±0,50	2,09	0,760	41	2,14±0,46	2,31	0,157	41	2,16±0,45	2,31	0,163
İş Hayatında Güçlük																
Yok	55	2,07±0,49	2,05	**412,5	55	2,10±0,48	2,08	**379,5	52	2,05±0,51	2,05	**459,5	52	2,07±0,50	2,08	**457,0
Var	15	2,11±0,47	2,10	1,000	15	2,19±0,52	2,10	0,636	18	2,18±0,30	2,13	0,741	18	2,20±0,28	2,18	0,716
Bakım Verirken Evde Güçlük Yaşama																
Evet	23	2,13±0,54	2,15	*2,179 0,336	23	2,18±0,52	2,38	*2,015 0,365	28	2,14±0,37	2,10	*1,253 0,535	28	2,16±0,36	2,15	*1,215 0,545
Hayır	18	1,95±0,51	1,97		18	2,00±0,55	2,00		14	1,99±0,44	1,88		14	2,01±0,42	1,93	
Kısmen	29	2,11±0,42	2,31		29	2,15±0,41	2,33		28	2,08±0,56	2,33		28	2,09±0,54	2,33	
SS= Standart Sapma; *X ² =Kruskal-Wallis H testi ** Man-Whitney U																

SS= Standart Sapma; *X²=Kruskal-Wallis H testi ** Man-Whitney U

Tablo 28. Erkeklerle Ait Özellikler ile KHBVYKÖ 1. ve 2. Görüşme Puanlarının Karşılaştırılması

Erkeklerle Ait Özellikler	Müdahale Grubu (n=70)								Kontrol Grubu (n=70)							
	KHBVYKÖ 1. Görüşme Toplam Puanı				KHBVYKÖ 2. Görüşme Toplam Puanı				KHBVYKÖ 1. Görüşme Toplam Puanı				KHBVYKÖ 2. Görüşme Toplam Puanı			
	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P	n	X±SS	M	X ² / U P
Eğitim Durumu																
İlkokul ve altı	6	96,1±6,9	100,0	*0,741 0,690	6	95,5±7,3	99,5	*0,305 0,858	5	96,8±14,2	92,0	*2,116 0,347	5	96,6±13,6	91,0	*1,435 0,488
Ortaöğretim	20	97,9±7,0	97,0		20	96,3±8,4	95,0		24	96,0±7,5	98,5		24	95,6±7,2	98,0	
Lise ve üzeri	44	97,1±12,4	95,0		44	96,4±12,5	94,5		41	98,9±10,6	98,0		41	98,6±10,4	98,0	
Çalışma Durumu																
Emekli	26	96,7±4,6	97,5	**507,5	26	95,5±4,8	95,5	**571,5	21	99,5±11,3	97,0	**479,0	21	99,0±11,0	97,0	**488,0
Çalışan	44	97,5±13,04	95,5	0,432	44	96,8±13,4	94,5	0,995	49	97,0±9,2	98,0	0,648	49	96,8±9,1	98,0	0,733
Sistemik Hastalık Varlığı																
Yok	51	98,9±10,8	98,0	**363,5	51	98,1±11,0	96,0	**342,5	47	96,0±9,6	94,0	**318,5	47	95,8±9,5	94,0	**354,0
Var	19	92,7±9,0	93,0	0,109	19	91,3±9,6	92,0	0,060	23	101,3±9,6	100,0	0,005	23	100,8±9,3	99,0	0,019
Bakım Veren Diğer Bireyler																
Bakım veren yok	28	98,5±10,4	95,0	**583,5	28	97,5±10,5	94,0	**578,0	29	98,7±11,6	97,0	**587,5	29	98,4±11,0	97,0	**571,5
Bakım veren var	42	96,4±10,8	97,0	0,957	42	95,5±11,3	96,5	0,904	41	97,1±8,5	99,0	0,933	41	96,8±8,6	98,0	0,783
İş Hayatında Güçlük																
Yok	55	96,5±10,6	96,0	**362,5	55	95,7±10,7	95,0	**356,0	52	97,0±9,9	97,0	**407,0	52	96,7±9,7	97,0	**415,0
Var	15	99,7±10,6	99,0	0,473	15	98,3±12,1	96,0	0,418	18	99,8±9,8	98,0	0,305	18	99,4±9,4	98,0	0,357
Bakım Verirken Evde Güçlük Yaşama																
Evet	23	95,4±10,1	95,0	*0,837 0,658	23	94,8±10,0	95,0	*0,557 0,757	28	96,0±10,4	96,0	*3,183 0,204	28	95,9±9,9	96,0	*3,950 0,139
Hayır	18	95,7±4,9	96,5		18	94,3±6,8	96,0		14	98,0±11,3	95,0		14	97,2±11,7	95,0	
Kısmen	29	99,6±13,2	96,0		29	98,6±13,5	95,0		28	99,4±8,5	99,5		28	99,1±8,3	99,0	
SS= Standart Sapma; *X ² =Kruskal-Wallis H testi ** Man-Whitney U																

SS= Standart Sapma; *X²=Kruskal-Wallis H testi ** Man-Whitney U

Tablo 27’de müdahale ve kontrol grubundaki erkeklere uygulanan BDBGÖ’nün 1. ve 2. görüşme toplam puanları ile erkekelerin eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı, bakım veren diğer bireylerin varlığı, iş hayatında güçlük yaşama ve bakım verirken evde güçlük yaşama durumları açısından bir farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen bu verilerin analizinde; nonparametrik testlerden kategorik 2 değişkenliler için Man-Whitney U testi, 3 ve üzeri kategorik değişken içeren verilerde ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubunda, sahip olunan özellikler ile 1. ve 2. görüşme zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tablo 28’de müdahale ve kontrol grubundaki erkeklere uygulanan KHBVYKÖ 1. ve 2. görüşme toplam puanları ile erkekelerin eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı, bakım veren diğer bireylerin varlığı, iş hayatında güçlük yaşama ve bakım verirken evde güçlük yaşama durumları açısından bir farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen bu verilerin analizinde; nonparametrik testlerden kategorik 2 değişkenliler için Man-Whitney U testi, 3 ve üzeri kategorik değişken içeren verilerde ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubunda, sahip olunan özellikler ile 1. ve 2. görüşme zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yalnızca kontrol grubunda sistemik hastalığa sahip olanların yaşam kalitesi puanları 1. ve 2. görüşmede de anlamlı farka sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınlara ve eşlerine verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimlerine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızda toplam 140 katılımcı (müdahale grubu = 70 Kontrol grubu =70) yer almıştır. İlk görüşme taburculuk eğitimi öncesi sağlanmış olup toplamda 3 kez tekrar eden görüşmelerden oluşan deneysel çalışmamızdan elde etmiş olduğumuz bulgular, literatür doğrultusunda dört başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Gruplardaki kadın ve erkek katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

7.2. Gruplardaki kadın katılımcıların eğitim müdahalesi öncesi ve sonrasına ilişkin bulguların tartışılması

7.3. Gruplardaki erkek katılımcıların eğitim müdahalesi öncesi ve sonrasına ilişkin bulguların tartışılması

7.4. Gruplardaki kadın ve erkeklere ait bazı özelliklerin ölçek toplamalarıyla karşılaştırılmalarının tartışılması

7.1. Gruplardaki Kadın ve Erkek Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda yer alan müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması, vücut kitle indeksi, eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı, obstetrik özellikleri, hastalığa ilişkin bulguları (kanserin türü, evresi, geçirilen cerrahi...) benzerlik göstermektedir. Grupların demografik, obstetrik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikleri açısından benzer olması, elde edilen bulguların yorumlanmasını kolaylaştırması açısından önemlidir.

Jinekolojik kanser yatkınlığını arttıran risk faktörlerinden biri artan yaştır. Kadınlar yaşam dönemlerinde menarştan menopoza kadar olan süreçte jinekolojik kanserlerle karşılaşabilirler. (Gözüyeşil ve ark., 2020; Şenol ve ark., 2021). Çalışmamızda jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınların ortalama yaşı $48,11 \pm 11,5$, müdahale grubu ortalaması $48,67 \pm 11,7$ ve kontrol grubu ortalaması $47,55 \pm 11,4$ olarak saptanmıştır. Jinekolojik işlem geçiren kadınlarla yapılan bir çalışmada müdahale grubundaki hastaların yaş ortalamasının $45,55 \pm 9,92$ olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise $48,90 \pm 9,75$ olduğu bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Gencel, 2019). Jinekolojik kanserli kadınlar ve eşleriyle ilgili yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalamasını 53,53 bulmuştur (Alim, 2023). Bu çalışmada jinekolojik kanserli kadınların yaş ortalaması bizim çalışmamıza göre daha yüksek bildirilmiştir. Bunun sebebi Alim (2023)' in örneklem sayısının (275) bizimkinden (140) daha fazla olması ve Doğu

Anadolu Bölgesinde yürüttüğü için sağlık okuryazarlığı, erken tanı gibi faktörlerin sosyal ve kültürel yapıdan etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumu bireyin kendi sağlığı üzerinde söz sahibi olabilmesi, sağlığını geliştirip koruyabilmesinde önemli bir etmendir (Değer ve Zoroğlu, 2019). Çalışmamızda müdahale grubu katılımcılarının %45,7' si ilkököl ve altı, 18,6' sı ortaöğretim ve %35,7' si lise ve üzeri mezunu; kontrol grubunun %52,9'u ilkököl ve altı, %22,9'u ortaöğretim ve %24,3'ü lise ve üzeri mezunudur. Grupların benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Benzer hasta grubu ile yapılan bir çalışmada kadınların eğitim durumunun araştırmamızdaki bulgulara benzer olduğu tespit edilmiştir (Süs, 2021).

TNSA (2018) verilerinde kadınların büyük çoğunun (%64) son 12 ay içerisinde çalışmadığı belirtilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2021). Çalışmamızda kadınların %65' inin çalışmadığı saptanmıştır. Bulgularımız ülkemiz literatüründe yer alan sonuçlar ile benzerdir (TNSA, 2018; Gencel, 2019). Çalışmamızdaki müdahale grubundaki kadınların %50,0 ve kontrol grubundaki kadınların %52,9' unda kanser dışında bir sistemik hastalığı bulunmadığı belirlenmiş ve grupların benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Aktaş'ın (2013) jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında müdahale grubundaki hastaların %51,4'ünün, kontrol grubundaki hastaların ise 54,3'ünün sistemik bir hastalığı olmadığı belirlenmiş olup sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. (Aktaş, 2012). Gebelik sayısının fazla olması, kadın sağlığını tehdit eden pek çok hastalıktan biri olan jinekolojik kanserlerin oluşumunda dolaylı olarak rol oynayabilmektedir (Toker ve Çıtak, 2021). Çalışmamızdaki katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelik sayısı ortalaması, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı bakımından grupların benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda kadınların %60,8'inin gebelik sayısı 1-3 arasında olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, Gencel (2019) ve Erdoğan'ın (2021) çalışmasındaki jinekolojik kanserli kadınların gebelik sayıları ile benzerlik göstermektedir. Müdahale grubunda menopoza girenlerin yaş ortalamasının 46,5 olduğu, kontrol grubunda ise 46,6 olduğu saptanmış ve grupların benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışma sonuçlarımız menopoza girme yaşı açısından Gencel (2019)' un çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (Gencel, 2019). Çalışmamızdaki katılımcıların hastalıklarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; kanser türü, kanserin evresi, uygulanan cerrahi, hastanede yatma süresi bakımından grupların benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda en çok tanı alınan jinekolojik kanser türleri sırasıyla %44,3 ile endometrium kanseri, %27,9 ile serviks kanseri, %12,9 ile over kanser oluşturmaktadır. Alim (2023)'ün çalışması benzerlik göstermektedir (Alim, 2023).

Gruplardaki erkek katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması sonuçlarına göre; araştırmamızda yer alan müdahale ve kontrol grubundaki eşlerin yaş ortalaması, eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı, iş hayatında güçlük, bakım için ayrılan süre bakımından benzerlik göstermektedir. Grupların demografik özellikleri açısından benzer olması, elde edilen bulguların yorumlanmasını kolaylaştırması açısından önemlidir. Çalışmamızda jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınların eşlerinin ortalama yaşı $50,15 \pm 11,50$, müdahale grubu ortalaması $50,98 \pm 11,25$ ve kontrol grubu ortalaması $49,31 \pm 10,87$ olarak saptanmıştır. Literatürde kanserli hastalara bakım verenler ile yapılan çalışmalarda yaş ortalamalarına benzerlik göstermektedir (Yıldız ve ark., 2016; Karaaslan, 2013). Kanserli hastalara bakım verenler ile yapılan bir çalışmada bakım veren bireylerin yaş ortalaması bizim çalışmamızdan farklı olarak $34,78 \pm 1,25$ bildirilmiştir (Gür, 2018). Bu çalışmada bakım verenler yalnızca eşler değil çocukları ve diğer yakınlarından oluştuğu için farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Çalışmamızda eşlerin %60,7'si lise ve üzeri öğrenim durumuna sahiptir. Literatürde kanserli hastalara bakım verenler ile yapılan çalışmalarda öğrenim durumları ile benzerlik göstermektedir (Karaaslan, 2013; Eskimez ve ark, 2021). Çalışmamızda eşlerin %66,4' ünün çalıştığı ve %76,4'ünün çalışma hayatında güçlük yaşamadığı görülmüştür. Kanser hastalarına bakım verenler ile yapılan çalışmalarda bizimkinden farklı olarak bakım verenlerin çalışma durumu daha düşük çıkmıştır (Eskimez ve ark, 2021; Orak ve Sezgin, 2015; Yıldız ve ark., 2016). Bu farklılığın sebebi diğer çalışmalarda bakım verenlerin; hasta bireylerin çocukları veya ebeveynlerinden oluşması ve bunların çalışmayan grupta yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gür (2018)' ün çalışmasında bizimkinden (%76,4) farklı olarak bakım verenlerin %60'ının çalışma hayatında güçlük yaşamadığı bildirilmiştir. Bu farklılığın sebebinin Gür (2018)' ün çalışmasında bakım verenlerin yalnızca %39,4' ünün çalışıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda bakım verenlerin günlük bakım verme için ayırdıkları süre ortalama $7,3 \pm 3,07$ saptanmıştır. Benzer bir çalışmada bakım süresi bizimkine benzer olarak $8,02 \pm 8,33$ olarak bildirilmiştir (Ergen, 2017). Çalışmamızda hastaların %59,3'üne eşleri dışında başka bakım verenlerin de olduğu saptanmıştır. Kanser hastasına bakımverenlerle yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin %74'ünün bakım verme konusunda başka birinden yardım aldığı bildirilmiştir (Uğur ve Fadıoğlu, 2022). Farklılığın sebebi; bizim çalışmamızda bakım veren kişi yalnızca hasta bireyle aynı evde yaşayan eşlerle sınırlandırılmıştır. Literatürdeki bakım veren kişiler hasta birey ile birlikte yaşamayan akraba, yaşlı ebeveyni veya küçük çocukları olabileceğinden bakım verme konusunda başka birinden yardım alma oranlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

7.2. Gruplardaki Kadın Katılımcıların Eğitim Müdahalesi Öncesi ve Sonrasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gruplardaki katılımcılara taburculuk eğitimi verilmeden önce DBGÖ ile katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin ne düzeyde olduğu ölçülmüştür. DBGÖ likert tipte olup 5 alt boyutu vardır. Ölçek puanı arttıkça destekleyici bakım gereksinimi de artmaktadır. Eğitim öncesi müdahale grubunun ortalaması $121,5 \pm 7,7$ ve kontrol grubunun ortalaması $121,7 \pm 7,5$ saptanmıştır. Demir (2023)'ün çalışması ile sonuçlar benzerlik göstermektedir (Demir, 2023). Eğitim öncesi her iki grubunda ihtiyaçlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Her iki grupta da katılımcıların ihtiyacının en fazla olduğu alt boyutlar “Ruhsal/Psikolojik Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” ile “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” olmuştur. Bizim çalışmamızda “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” puanı eğitim öncesi müdahale grubunda $42,2 \pm 3,54$ ve kontrol grubunda $42,32 \pm 3,45$ belirlenmiştir. Şipal ve Arslan (2023)'in çalışması, sonuçlarımızı destekler nitelikte olup ihtiyaç duyulan en yüksek alanın “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” ($40,6 \pm 8,2$) olduğunu bildirmişlerdir (Şipal ve Arslan, 2023). Çalışmamızda cinsellik alt boyutu her iki grupta da en az ihtiyaç duyulan alan olarak saptanmıştır. Müdahale grubunda eğitim öncesi $9,71 \pm 1,71$ ve eğitim sonrası $7,41 \pm 2,52$ olarak saptanmıştır. Benzer çalışmalarda da en az ihtiyacın cinsellik alt boyutuna duyulduğu bildirilmiştir ($7,4 \pm 3,4$) (So ve ark., 2014; Şipal ve Arslan, 2023). Pek çok kadın için cinselliğe dair konuların hâlâ bir tabu olduğunu ve kadınların cinsel sağlıkla ilgili kaygılarını hem akranlarıyla hem de sağlık profesyonelleriyle paylaşmaktan çekindikleri bildirilmiştir (McCallum ve ark., 2012). Çalışmamızda da desteklenme ihtiyacı en düşük alanın cinsellik olması kişilerin konu ile ilgili çekincelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Taburculuk eğitimi alan müdahale grubunun 4. ve 8. haftalardaki (2. ve 3. görüşme) DBGÖ puan ortalamaları sırasıyla $81,4 \pm 22,6$ ve $81,5 \pm 22,4$ gerilemiştir. Bu da verilen eğitimin destekleyici bakım ihtiyacını azalttığı anlamına gelmekle birlikte istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Literatürde, kanser hastalarının tedavi sürecinde en fazla bilgilendirmeye ihtiyaç duyduğu ve bilgi gereksinimlerinin tanı anından itibaren süreç içerisinde değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (Fletcher ve ark., 2017). Hastaların, sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olması ve tanı sonrası ihtiyaç duydukları konularda sağlık profesyonelleri tarafından yeterli bilgilendirme almaları, sağlık hizmeti ve bilgiye olan gereksinimlerinin azalmasına katkı sağlamaktadır (Katı, G. N., 2023). Çalışmamızın sonucunda eğitim müdahalesi ile bilgilendirilmiş hasta grubunun gereksinimlerinin azalması literatürü desteklemektedir.

Standart klinik eğitim alan kontrol grubunun 4. ve 8. haftalardaki (2. ve 3. görüşme) DBGÖ puan ortalamaları sırasıyla $121,7 \pm 7,5$ ve $120,2 \pm 7,5$ olarak saptanmıştır. 1. ve 2. görüşme

arasında anlamlı bir değişiklik saptanmazken ($p=0,655>0,001$), 2. ve 3. görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0,001$) ve geçirilen cerrahi sonrası iyileşme dönemiyle birlikte destekleyici bakım ihtiyacının zamanla göreceli azaldığı saptanmıştır.

ANCOVA analiz sonuçlarına göre taburculuk eğitim müdahalesi öncesi müdahale ve kontrol gruplarının DBGÖ ortalama puanlarında anlamlı bir fark yokken eğitim müdahalesi sonrası müdahale grubu puan ortalaması ve kontrol grubu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=226,891$, $p<0,001$, $\eta^2=0,624$). Bu sonuçlar doğrultusunda; **“H1. Jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale grubundaki kadınların destekleyici bakım gereksinim ihtiyaçları kontrol grubuna göre daha düşüktür.”** hipotezi kabul edilmiştir.

Gruplardaki katılımcılara taburculuk eğitimi verilmeden önce YKÖ ile katılımcıların yaşam kalitelerinin ne düzeyde olduğu ölçülmüştür. YKÖ’ nün “Genel Sağlık Skoru (GSS), Fonksiyonel Ölçekleri (FS) ve Semptom Ölçekleri (SS)” olarak 3 alt boyutu vardır. GSS ve FS ölçek puanlarının artması yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Müdahale grubunun eğitim öncesi yapılan 1. görüşmede genel sağlık skoru ortalaması $49,28\pm27,47$, kontrol grubunun ise $47,14 \pm 26,19$ belirlenmiştir. Yılmaz (2014), kanser hastalarıyla yürüttüğü araştırmada genel iyilik hali puanını $58,0\pm27,3$ olarak, Akman (2016), kolorektal kanserli bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada bu puanı $47,50\pm19,00$ olarak bildirmiştir (Yılmaz, 2014; Akman, 2016). Sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Pinar ve ark., 2008; Kutlutürkan ve ark., 2019). Eğitim öncesi her iki grubunda ihtiyaçlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunun taburculuk eğitimi öncesi ile sonrası 1., ve 2. aylarda kadınların YKÖ puanları seviyesindeki değişimi Friedman Analizi ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Müdahale grubunda GSS ve FS alt boyutlarından “Duygusal Fonksiyon ve Kognitif Fonksiyon” da eğitim öncesi puanına göre eğitim sonrası 1. ay ve 2. ay puanları arasında anlamlı fark vardır ($p < 0,001$)

Müdahale grubunda GSS 1. ve 2. görüşme, GSS 1. ve 3. görüşme, (FS) Uğraş Fonksiyonu 1. ve 3. görüşme, (FS) Duygusal Fonksiyon 1. ve 2. görüşme, (FS) Duygusal Fonksiyon 1. ve 3. görüşme, (FS) Kognitif Fonksiyonu 1. ve 2. görüşme, (FS) Kognitif Fonksiyonu 1. ve 3. görüşme, (SS) Yorgunluk 1. ve 3. görüşme, (SS) Yorgunluk 1. ve 2. görüşmeler arasında anlamlı fark vardır ($p < 0,001$) (Tablo 16). Kontrol grubunda ise; farklı zamanlardaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,001$) (Tablo 17).

ANCOVA analiz sonuçlarına göre eğitim öncesi 1. görüşme kovaryant alındığında; Genel Sağlık Skoru (GSS) eğitim öncesi ve sonrası 1. ay karşılaştırma puanlarında grup etkisinin

anlamli olduğu saptanmıştır ($F= 66,656$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,327$). Fonksiyonel lekler (FS)’nin alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası 1. ay karşılaştırma puanlarında “Uğraş Fonksiyonu ” nun ($F= 12,388$, $p= 0,001$, $\eta^2= 0,083$), “Duygusal Fonksiyon “ un ($F= 49,229$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,264$), “Kognitif Fonksiyon” un ($F= 19,342$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,124$) ve “Sosyal Fonksiyon” un ($F= 10,382$, $p= 0,002$, $\eta^2= 0,070$) grup etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. Semptom lekleri (SS)’nin alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası 1. ay karşılaştırma puanlarında ise “Yorgunluk ” un ($F= 20,758$, $p= 0,000$, $\eta^2= 0,132$), “Bulantı Kusma ” nın ($F= 12,545$, $p= 0,001$, $\eta^2= 0,084$), “Nefes Darlığı ” nın ($F= 4,846$, $p= 0,029$, $\eta^2= 0,034$), “Konstipasyon ” nun ($F= 7,146$, $p= 0,008$, $\eta^2= 0,050$) grup etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Bu sonuçlar doğrultusunda; “**H3. Jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınlarda; müdahale grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi ölçek puanı yüksektir.**” hipotezi kabul edilmiştir.

7.3. Gruplardaki Erkek Katılımcıların Eğitim Müdahalesi ncesi ve Sonrasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gruplardaki katılımcılara taburculuk eğitimi verilmeden önce BDBG ile katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin ne düzeyde olduğu ölçülmüştür. BDBG likert tipte olup 4 alt boyutu vardır. Eğitim ncesi müdahale grubunun ortalaması $2,08\pm 0,48$ ve kontrol grubunun ortalaması $2,09\pm 0,47$ olarak belirlenmiştir. Ergen (2017)’ nin çalışması ($2,25 \pm 0,69$) ile benzerlik göstermektedir (Ergen, 2017). Eğitim ncesi her iki grubunda gereksinim düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Her iki grupta da katılımcıların ihtiyaının en fazla olduğu alt boyut “Sağlık Bakım ve Bilgi İhtiyaçları” olarak saptanmıştır. Ulusal ve uluslararası literatür sonuçları çalışmamızı desteklemektedir (Shaw ve ark., 2013; Chen ve ark., 2016; Ashrafian ve ark., 2018; Baudry, 2019; Tatlı, 2019; Kibar, 2021). Ergen (2017)’ nin çalışmasında ise bizmkinden farklı olarak katılımcıların ihtiyaının en fazla olduğu alt boyut “iş ve sosyal ihtiyaçlar ($2,39\pm 0,89$)” olarak bildirilmiştir. Bizim alışmamızda “iş ve sosyal ihtiyaçlar” müdahale ($2,42\pm 0,63$) ve kontrol ($2,41\pm 0,62$) grubunda ihtiyaç sıralamasında 2. sırada yer alsada sonuçların birbirine yakın olduğu belirlenmiştir (Ergen, 2017).

Literatür ile benzer olarak çalışmamızda iletişim ve aile gereksinimleri düşük düzeyde saptanmıştır (Girgis ve ark., 2011; Sklenarova ve ark., 2015; Ergen, 2017). Başka bir çalışmada bakım verenlerin ikinci sırada en fazla ihtiyaç duyduğu destekleyici bakım gereksiniminin sağlık bakım ekibiyle iletişim konusunda olduğu görülmüştür (Ashrafian ve ark., 2018). Çalışmamızın yürütüldüğü hastanede sağlık profesyonellerinin ulaşılabilir ve iletişime açık olması, bakım verenlerin iletişimle ilgili karşılanmamış bakım gereksinimlerinin düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

BDBGÖ toplam puanlarının farklı zaman dilimlerindeki (1.,2. ve 3. görüşmeler) değişimi Friedman testi ile bakıldı ve zaman dilimleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2 = 36,915$, $p = 0,000$). Müdahale grubundaki erkeklerin eğitim sonrası 2. görüşmede destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı ($2,12 \pm 0,48$) ve 3. görüşmede tekrar düştüğü ($2,08 \pm 0,47$) saptanmıştır. 2.görüşmedeki artışın sebebinin; ilk görüşmenin hastanın hastanede yattığı dönemde gerçekleştirilmesi ve bu süreçte hemşirelerin bakım sürecine destek sağlaması nedeniyle eşin üzerindeki bakım yükünün daha hafif olmasından kaynaklandığı; ikinci görüşmenin ise taburculuk sonrası dönemde yapılması ve bu aşamada eşlerin evde bakım sorumluluğunun hastanedeki döneme kıyasla artmış olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. 3. görüşmede ise 2. görüşmeye kıyasla destekleyici bakım gereksinimleri azaldığı saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Kontrol grubundaki erkeklerin DBGÖ puanlarının zamanlar arasında değişen puanlarının anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 26,252$, $p = 0,000 < 0,0001$). Kontrol grubundaki eşlerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının müdahale grubuna benzer şekilde taburculuk sonrası dönemde daha yüksek olduğu, en yüksek ihtiyacın ise 8. haftada ($F=2,38$) olduğu görülmüştür. Çalışmamızda taburculuk sonrası evde bakımda erkeklerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının artmasının bir sebebinin de literatürdeki bazı çalışmalar açıklamaktadır; literatürdeki çalışmalarda erkeklerin bakım verme sorumluluğuna yabancı oldukları bildirilmiştir (Atagün ve ark., 2011; Ay ve ark., 2017). Bakım sürecinde zamanlarının kısıtlanmasının erkekleri sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkilediğini bildiren çalışmada mevcuttur (Hacıoğlu ve ark., 2010). Bu sonuçlar doğrultusunda erkeklerin bakım konusunda daha fazla bilgi ihtiyacı ve desteklenme ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

ANCOVA analizine göre kontrol grubundaki eşlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark anlamlı çıkmıştır. ($p = 0,000$). Bu sonuçlar doğrultusunda; **“H2. Eşleri jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale grubundaki erkeklerin destekleyici bakım gereksinim ihtiyaçları kontrol grubuna göre daha düşüktür”**. Hipotezi kabul edilmiştir. Gruplardaki katılımcılara taburculuk eğitimi verilmeden önce KHBVYKÖ ile bakım veren eşlerin yaşam kaliteleri ölçülmüştür. KHBVYKÖ 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek puanı arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Eğitim öncesi müdahale grubunun ortalaması $97,25 \pm 10,68$ ve kontrol grubunun ortalaması $97,78 \pm 9,90$ olarak belirlenmiştir. Eğitim müdahalesi öncesi yapılan 1. görüşmede gruplar birbirine benzer olduğu tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Benzer çalışmalarda yaşam kalitesi puanlarının bizim çalışmamızdan daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gür, 2018; Karabuğa ve Pınar, 2013). Yapılan çalışmalarda cinsiyet faktörünün yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu bildirilmiştir (Dumont ve ark., 2006; Awadalla ve ark., 2007; Karabuğa ve Pınar, 2013). Bizim

çalışmamızda bakım verenler diğer çalışmalardan farklı olarak yalnızca erkeklerden oluşmaktadır. Karabuğa ve Pınar, (2013)'ın çalışmasında bakım verenlerin %72,5'inin kadın olduğu bildirilmiştir (Karabuğa ve Pınar, 2013). Kadınlar, erkeklere kıyasla daha duygusal, hassas ve etkilenebilir olup, duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini daha sık tercih etme eğilimindedirler (Vrettos ve ark., 2012). Dolayısıyla diğer çalışmalardaki yaşam kalitesinin düşük olmasının sebebinin gruptaki kadın katılımcı sayılarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Farklılığın bir sebebinin cinsiyet faktöründen kaynaklanmış olabileceği düşünüldüğü gibi bir sebebinin de çalışmamızın yürütüldüğü hastanede sağlık profesyonellerinin ulaşılabilir olması, hasta ve bakım verenlerin sorularına doğru kişilerden cevap alabiliyor olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bakım süresinin uzamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğine dair görüşler de bildirilmiştir (Erdoğan ve Yavuz, 2014). Hassett, (2010)' un çalışmasında "Bakım verenlerin %76'sının kadın olduğu, üçte ikisinin hastanın eşi olduğu ve ortalama 16 saatlerini bakım sürecine ayırdıkları bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda erkeklerin günlük ortalama bakım verme süresi $7,3 \pm 3,07$ saptanmıştır. Çalışmamızda erkeklerin yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmasının bu sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda müdahale grubunda 2. görüşmede KHBVYKÖ puanları, 1. görüşmeye kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p = 0,000$). 3. görüşmede yaşam kalitesi puanları ise 2. görüşmeye kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,001$). Eşlerin 2. görüşmedeki yaşam kalitelerinin daha düşük olması cerrahi sonrası iyileşme döneminde ilk 4 haftanın hasta bakımı açısından daha zor olması, evde bakım sorumluluğunu hastane çalışanları olmadan tek başına alıyor olması gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Müdahale grubunda eğitim müdahalesinin etkisinin sınırlı olsa, bakım verenlerinde zamanla hasta bakımına daha iyi uyum sağlamasıyla birlikte 3. haftada ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki kontrol grubundaki erkeklerin KHBVYKÖ'nden aldıkları puanda, üç zaman noktası arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0,004 < 0,05$). Bu farklılık 1. ve 3. görüşme arasında saptanmıştır ve sonuç anlamlı çıkmıştır ($p = ,007$). 3. görüşmedeki toplam puanın 1. görüşmeye göre düştüğü saptanmıştır. Çalışmamızdaki ANCOVA analizi sonucuna göre; eğitim sonrası yaşam kalitesi puanları üzerinde grup etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Müdahale grubunun ortalamasının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda müdahale ve kontrol grubunun yaşam kalitesi eğitim sonrası belirli haftalarda düşse de müdahale grubunun yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olmasıyla; **"H4. Eşleri jineko-onkolojik cerrahi geçiren erkeklerde; müdahale grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi ölçek puanı yüksektir."** hipotezi kabul edilmiştir.

7.4. Gruplardaki Kadın ve Erkeklerle Ait Bazı Özelliklerin Ölçek Toplamlarıyla Karşılaştırılmalarının Tartışılması

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, menopoz durumu, kanserin türü, hastalığın evresi, uygulanan cerrahi, hastalık ile geçirilen süre özellikleri açısından DBGÖ toplam ve alt boyut puanlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde benzer çalışmalarda da aynı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (Danışkan ve ark., 2023; Şipal ve Arslan, 2023). Kanser türü, evresi, uygulanan cerrahi yöntemler gibi değişkenlere göre ölçekten benzer puan almaları kanser hastalığını değişkenlerden bağımsız bir kavram olarak karşımıza çıkarmaktadır. Burada kanser olgusunun tüm bireyleri eğitim düzeyi, şekli, evresi fark etmeksizin etkilediği ve insanların kanser karşısında benzer ihtiyaçlarının olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca gruplardaki fark olmamasının nedenini hepsinin büyük operasyon geçirmesi, aynı post-op dönemde olması ve benzer şikayetleri yaşıyor olabileceğinden düşündürmektedir.

Müdahale ve kontrol grubundaki erkeklerin eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı, bakım veren diğer bireylerin varlığı, iş hayatında güçlük yaşama ve hastalık ile bakım verirken evde güçlük yaşama özellikleri açısından BDBGÖ toplam ve alt boyut puanlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde benzer çalışmalarda da aynı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (Park, 2010; Sklenarova ve ark., 2015; Kibar, 2021; Tanış 2022). Burada aile bireyi kanser hastalığına yakalanmış kişilerin desteklenmesi gereken ihtiyaçlarının eğitim, çalışma durumu, iş hayatında yaşanan güçlükler gibi değişkenler açısından farklılık göstermediği sonucuna varılabilir. Bu durum toplumsal cinsiyet rolleri düşünüldüğünde erkeğin evi geçindirme sorumluluğunu yüklenmiş olması ile birlikte, diğer aile üyelerinin bakımı için her koşulda iş yaşamına devam etmeleri zorunluluğundan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Gruplarda fark olmamasının nedeni erkeklerle biçilen görevlerinde benzer olması örneğin ekonomik geçimi sağlamak zorunluluğu gibi, özelliklerin benzer olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Müdahale ve kontrol grubundaki erkeklerin eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı, bakım veren diğer bireylerin varlığı, iş hayatında güçlük yaşama ve hastalık ile bakım verirken evde güçlük yaşama özellikleri açısından KHBVYKÖ toplam ve alt boyut puanlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde benzer çalışmalarda da aynı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (Karabuğa ve Pinar, 2013 Kurt ve ark., 2020). Burada kanser olgusunun tüm bireyleri eğitim düzeyi, çalışma durumu, bakım verirken evde güçlük yaşama özellikleri açısından fark etmeksizin etkilediği ve insanların kanser karşısında benzer ihtiyaçlarının olduğu sonucuna varılabilir. Bu durum başa çıkmak zorunda oldukları hastalığın ve geçirilen cerrahinin benzer olması, aile, iş ve sosyal yaşantılarının bezerlik gösterebileceğini düşündürmektedir.

7.5. Sonuç

Jineko-onkolojik cerrahi geçiren kadınlar ve eşlerine verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesine etkisini incelediğimiz bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Gruplarda yer alan kadın katılımcıların demografik özellikleri birbirleriyle benzer özelliktedir ($p>0,05$) (Tablo 10).
- Gruplarda yer alan kadın katılımcıların obstetrik özellikleri birbirleriyle benzer özelliktedir ($p>0,05$) (Tablo 11).
- Gruplarda yer alan kadın katılımcıların hastalıklarına ilişkin özellikleri birbirleriyle benzer özelliktedir ($p>0,05$) (Tablo 12).
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadın katılımcılarına taburculuk eğitimi verilmeden önce DBGÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ve gruplar benzer özelliklerdedir ($p>0,05$) (Tablo 13).
- Müdahale grubundaki kadınlara verilen taburculuk eğitimi ve kontrol grubuna verilen standart klinik bakım sonrası katılımcılar DBGÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, müdahale grubu lehine ileri düzeyde anlamlılık tespit edilmiştir ($F=226,891$, $p<0,001$, $\eta^2=0,624$) (Tablo 15). Bu sonuçlar doğrultusunda; H1. “Jineko-onkolojik cerrahi geçiren müdahale grubundaki kadınların destekleyici bakım gereksinim ihtiyaçları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadın katılımcılarına taburculuk eğitimi verilmeden önce YKÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ve gruplar benzer özelliklerdedir ($p>0,05$) (Tablo 16 ve Tablo 17).
- Müdahale grubundaki kadınlara verilen taburculuk eğitimi ve kontrol grubuna verilen standart klinik bakım sonrası katılımcıların YKÖ puanları karşılaştırıldığında, GSS alt boyutunda ($F = 66,656$, $p < 0,001$, $\eta^2=0,327$) müdahale grubunun kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 18).
- Gruplarda yer alan erkek katılımcıların demografik özellikleri birbirleriyle benzer özelliktedir ($p>0,05$) (Tablo 19).
- Müdahale ve kontrol grubundaki erkek katılımcılarına taburculuk eğitimi verilmeden önce BDBGÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ve gruplar benzer özelliklerdedir ($p>0,05$) (Tablo 21).
- Müdahale grubundaki erkeklere verilen taburculuk eğitimi ve kontrol grubunun aldığı standart klinik eğitimi sonrası katılımcılar BDBGÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, müdahale grubunun lehine, 1. ve 3. görüşme puanları anlamlı ve

orta derecede güçlü bir etki olduğu ($F(1, 137) = 18,519, p = 0,000, \eta^2 = 0,119$) ve 2. ve 3. görüşme kıyaslandığında da gruplar arasında anlamlı ve orta düzeyde bir etki olduğu görülmüştür ($F = 40,660, p = 0,000, \eta^2 = 0,229$) (Tablo 22).

- Müdahale ve kontrol grubundaki erkek katılımcılarına taburculuk eğitimi verilmeden önce KHBVYKÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ve gruplar benzer özelliklerdedir ($p > 0,05$) (Tablo 24).
- Müdahale grubundaki erkeklere verilen taburculuk eğitimi ve kontrol grubunun aldığı standart klinik eğitimi sonrası katılımcılar KHBVYKÖ puanları açısından 2. ve 3. görüşme kıyaslandığında orta düzeyde etki büyüklüğü ($F(1, 137) = 14,330, p = 0,000, \eta^2 = 0,095$) olduğu ve müdahale grubunun ortalama değeri, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

7.6. Öneriler

Çalışma sonuçlarımıza göre;

- Benzer bir çalışma planlayan araştırmacıların, jinekolojik onkolojik cerrahi geçiren hastalara yönelik uzman görüşlerine dayalı olarak standardize edilmiş bir taburculuk eğitimi uygulama kılavuzu geliştirebilecekleri,
- Klinik hemşirelerinin; hastaların sık karşılaşılabileceği sorunlar ve evdeki bakım ihtiyaçlarına yönelik standardize edilmiş bir taburculuk eğitimini klinik uygulamalara rutin olarak entegre etmelerinin hastanın bakımında yararlı olabileceği,
- Sağlıklı bakım verenlerin hastaları için daha iyi fayda sağlayabileceği düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarınca bütüncül bir yaklaşım ile bakım verenlerin ihtiyaçlarının karşılanması ve desteklenmeleri,
- Konuyla ilgili eşlerin taburculuk eğitimine dahil edildiği daha fazla çalışmanın literatüre kazandırılması,
- Bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerini azaltmaya ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik eğitimler (broşür verilmesi, destek gruplarına katılımı destekleme) verilmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Abbasi, A., Mirhosseini, S., Basirinezhad, M. H. & Ebrahimi, H. (2020). Relationship between caring burden and quality of life in caregivers of cancer patients in iran. *Supportive Care In Cancer*, 28(9), 4123-4129. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05240-y>
- Abdikarim, I., Cao, X. Y., Li, S. Z., Zhao, Y. Q., Taupyk, Y. & Wang, Q. (2015). Enhanced recovery after surgery with laparoscopic radical gastrectomy for stomach carcinomas. *World Journal of Gastroenterology*, 21(47), 13339. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i47.13339>
- Abdul-Kareem, M., & Kadhum, S. (2022). Determination the nurses knowledge concerning discharge instruction for patients underwent uterine myomectomy at Babylon Province. *International Journal of Health Sciences*, (I), 10193-10201. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS1.7401>
- Adelman, M. R., & Sharp, H. T. (2018). Ovarian conservation vs removal at the time of benign hysterectomy. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, 218(3), 269-279. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.07.037>
- Afiyanti, Y. (2020). The quality of life of indonesian women with gynecological cancer. *Enfermería Clínica*, 30, 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.07.013>
- Afiyanti, Y., Gayatri, D., Besral, B., Haryani, H., & Juliastuti, D. (2021). Unmet supportive care needs survey among male partners of gynecological cancer survivors in indonesia. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(6), 662-669. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2113>
- Afiyanti, Y., Milanti, N. A., & Putri, N. R. H. (2018). Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 28(1), 22. <https://doi.org/10.5737/236880762812229>
- Afşin, Y., Kamalak, Z., & Ekinci, A. (2022). Teşhis, tarama ve önleme. Over kanserinde güncel yaklaşımlar ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi kitabı (s. 38-40). Ekinci, A. (Ed). Ankara; Iksad Kitabevi.
- Aksoy, A., & Vefikuluçay Yılmaz, D. (2018). Jinekolojik cerrahide kanıta dayalı uygulamalarda yeni bir yaklaşım: Eras protokolü ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1). <https://doi.org/10.5336/nurses.2017-56268>
- Akten, M., & Aba, Y. A. (2024). Jinekolojik onkoloji cerrahisinde eras (enhanced recovery after surgery) protokolü doğrultusunda hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 27-42.
- Alanbay, İ., Çoksüer, H. & Ercan, C. M. (2011). Jinekolojik onkolojide tümör belirteçleri: literatür derleme. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 157-163.
- Alzahrani, A. A., Almajidi, Y. Q., Jasim, S. A., Hjäzi, A., Olegovich, B. D., Alkhafaji, A. T., & Alsalamy, A. (2024). Getting to know ovarian cancer: focusing on the effect of lncrnas in this cancer and the effective signaling pathways. *Pathology-Research And Practice*, 155084. <https://doi.org/10.1016/j.prp.2023.155084>

- Amant, F., Mirza, M. R., Koskas, M., & Creutzberg, C. L. (2018). Cancer of the corpus uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 37-50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12612>
- Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D. & Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *European Journal of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, 177, 67-71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041>
- Ashrafian, S., Feizollahzadeh, H., Rahmani, A. & Davoodi, A. (2018). The unmet needs of the family caregivers of patients with cancer visiting a Referral Hospital in Iran. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3): 342-352. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_7_18
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagü, Z., Elagöz, M. & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 513-552. <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>
- Awadalla, A.W., Ohoeri, J.U., Gholoum, A., Khalid, A.O., Hamad, H.M. & Jacob, A. (2007). Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancer and their family caregivers: A controlled study. *BMC Cancer*;7:102.43. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-7-102>
- Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O. and Sayar, G. H. (2017). Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. *Family Practice and Palliative Care*, 2 (3), 38-44. <https://doi.org/10.22391/fppc.335720>
- Aydoğan, U., Doganer, Y. C., Komurcu, S., Ozturk, B., Ozet, A., & Saglam, K. (2016). Coping attitudes of cancer patients and their caregivers and quality of life of caregivers. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 150. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179598>
- Aydoğdu, S. M. & Özsoy, Ü. (2018). Serviks Kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-29. <https://www.doi.org/10.24898/tandro.2018.62533>
- Aykol, A. S. (2024). Jinekolojik Kanserlerin Kadının Evlilik Doyumu, Eş Desteği ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, [Yüksek lisans tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı. İstanbul. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Ayu, N. K. P. & Afiyanti, Y. (2021). Fear of cancer recurrence and quality of life among gynaecological cancer survivors under treatment. *Enfermería Clínica*, 31, S276-S280. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.015>
- Ayvat, İ. & Özbaş, A. A. (2021). Yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri: gereksinimler de yaşıyor mu?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 93-100. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.907936>
- Baudry, A.S., Vanlemmens, L., Anota, A., Cortot, A., Piessen, G. & Christophe, V. (2019). Profiles of caregivers most at risk of having unmet supportive care needs: Recommendations for healthcare professionals in oncology. *European Journal of Oncology Nursing*, 43: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.010>

- Baudry, A. S., Charton, E., Piessen, G., Vanlemmens, L., Cortot, A., Ceban, T. & Christophe, V. (2023). Emotional distress, supportive care needs and age in the prediction of quality of life of cancer patients' caregivers: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 64, 102324. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102324>
- Beesley, V. L., Alemayehu, C., & Webb, P. M. (2019). A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), E13057. <https://doi.org/10.1111/ecc.13057>
- Bekmezci, E. & Meram, H. E. (2022). jinekolojik kanserlerde eras protokolü çerçevesinde güncel hemşirelik yaklaşımı. *Journal of Nursology*, 25(2), 106-110. <https://doi.org/10.5152/JANHS.2022.932655>
- Bilgiç, D., Yağcan, H., Güler, B. & Aypar, N. N. (2019). Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 114-121.
- Bouberhan, S., Shea, M., Kennedy, A., Erlinger, A., Stack-Dunbier, H., Buss, M. K. & Esselen, K. M. (2019). Financial toxicity in gynecologic oncology. *Gynecologic Oncology*, 154(1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.04.003>
- Bozdoğan Yeşilot, S. & Öz, F. (2017). Kanser hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3). <https://doi.org/10.14744/phd.2017.92005>
- Brydges, N., Boyko, L. & Lasala, J. D. (2020). Total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, and pelvic lymphadenectomy in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 1837-1849. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_184
- Buhur, A., & Erdem, D. (2022). Total laparoskopik histerektomi ile total abdominal histerektomi olgularının karşılaştırılması. *Ege Tıp Dergisi*, 61(4), 541-548. <https://doi.org/10.19161/etd.1208961>
- Burges, A. & Schmalfeldt, B. (2011). Ovarian cancer: diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(38), 635. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0635>
- Capozzi, V. A., Rosati, A., De Blasis, I., Cianci, S., Vizzielli, G., Uccella, S. & Scambia, G. (2019). Laparoscopy vs. laparotomy for advanced ovarian cancer: A systematic review of the literature. *Minerva Medica*, 110(4), 341-357. <https://doi.org/10.23736/s0026-4806.19.06132-9>
- Celik, H., Gurates, B., Yavuz, A., Nurkalem, C., Hanay, F. & Kavak, B. (2008). The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women. *Maturitas*, 61(4), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.09.015>
- Chen, S.C., Chiou, S.C., Yu, C.J., Lee, Y.H., Liao, W.Y., Hsieh, P.Y., Jhang, S.Y. & Lai, Y.H. (2016). The unmet supportive care needs—what advanced lung cancer patients' caregivers need and related factors. *Support Care in Cancer*. 24(7): 2999-3009. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3096-3>

- Colson, D. & Fearon, A. N. (2024). Trends in brachytherapy in utilization for vaginal cancer in the united states from 2004 to 2021. *Gynecologic Oncology*, 191, 228-232. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2024.10.014>
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K. & Lee, S. (2019). " Our nurse is the glue for our team"- multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.004>
- Çakır, F. & Nazik, E. (2022). Jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 117-129.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A. & Tekir, Ö. (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36. <https://doi.org/10.24938/kutfd.124910>
- Çavuş, D. (2008). Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Çelik, H. (2021). Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, [Yüksek lisans tezi]. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Malatya. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Çulha, İ. (2019). Jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda yapılandırılmış taburculuk programının hasta bakım sonuçlarına etkisi, [Doktora tezi]. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Eskişehir. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Damiani, G., Federico, B., Venditti, A., Sicuro, L., Rinaldi, S., Cirio, F. & Ricciardi, W. (2009). Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates?. *BMC Health Services Research*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-22>
- Demir C. (2023). Jinekolojik kanser hastalarında yalnızlık ve kansere ilişkin negatif sosyal beklentileri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki ilişki, [Yüksek lisans tezi]. Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Kars. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Doğanay, M., Kokanalı, D., Kokanalı, M. K., Cavkaytar, S., & Aksakal, O. S. (2019). Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(1), 29-32. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.11.004>
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C. & Vezina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *J Palliat Med*, 9:912-21. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.912>

- Durmaz, S., Ozvurmaz, S., Adana, F., & Kurt, F. (2021). Kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 26-36. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.727999>
- Erdoğan Yüce, G., Döner, A., & Muz, G. (2021). Psychological distress and its association with unmet needs and symptom burden in outpatient cancer patients: A cross-sectional study. *In Seminars In Oncology Nursing*, 37(5), 151214. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151214>
- Erdoğan, Z. & Yavuz, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736. <https://doi.org/10.17827/aktd.72741>
- Ergen, M. (2017). Kanser hastalarına bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, [Yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Antalya. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Ersoy, T. (2022). Yumurtalık kanserinde sağkalım ve ilişkili faktörler. [Uzmanlık Tezi]. Tekirdağ Namik Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Tekirdağ. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Eskimez, Z., Tosunöz, İ. K., Öztunç, G., Demirci, P. Y., Paydaş, S. & Kumaş, G. (2021). Kemoterapi alan meme kanserli hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(1), 21-30. <https://doi.org/10.34108/eujhs.643544>
- Evgin, H., & Şahin, N. H. (2022). Over kanseri farkındalık ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe University Faculty of Health Sciens Journal*, 9(3), 679-700. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1083740>
- Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K. & Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education And Counseling*, 100(10), 1934-1942. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.031>
- Felix, A. S., & Brinton, L. A. (2018). Cancer progress and priorities: Uterine cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 27(9), 985-994. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-18-0264>
- Finelli, A., Restaino, S., Ronsini, C., Lucidi, A., Scambia, G. & Fanfani, F. (2019). Step by step total laparoscopic hysterectomy with uterine arteries ligation at the origin. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 27(1), 22-23. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.06.001>
- Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K. & Wilson, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 383-410. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2016.10.008>

- Gallotta, V., Petrillo, M., Conte, C., Vizzielli, G., Fagotti, A., Ferrandina, G. & Scambia, G. (2016). Laparoscopic versus laparotomic surgical staging for early-stage ovarian cancer: A case-control study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(5), 769-774. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.03.006>
- Girgis, A., Lambert, S. & Lecathelinais, C. (2011). The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: Development and psychometric evaluation. *Psychooncology*, 20(4): 387-393. <https://doi.org/10.1002/pon.1740>
- GLOBOCAN. (2020). Global Cancer Observatory. URL: https://gco.iarc.fr/overtime/en/dataviz/trends?populations=752&sexes=1_2&types=1&multiple_populations=1
- GLOBOCAN (2022). Cancer Tomorrow. URL: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=1&single_unit=500000
- Grov, E. K., Fossa, S. D., Sorebo, O. & Dahl, A. A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2429-2439. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.008>
- Güngördük, K., Sanci, M., Ince, O., Gülseren, V. & Gökçü, M. (2015). Endometriozis ve over kanseri arasındaki ilişki. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 18(4), 119-126.
- Gür, S. C. (2018). Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Harran Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Şanlıurfa. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Gürkan, A., Dikmen Aydın, Y., Kırtıl, İ. & Oğuz, S. (2021). Erişkin kanser hastalarının aile bakım vericilerinin bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 13(3). <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-78919>
- Güzel, D., Yıldırım, N., Besler, A., Akman, L., Özdemir, N., Zekioglu, O. & Özşaran, A. A. (2019). Over kanserinin epidemiyolojisi ve genel sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 44-49.
- Hacıalıoğlu, N., Özer, N., Karabulutlu, E., Erdem, N. & Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *Eur J. Oncol Nurs.*, 14, 211-217. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.017>
- Hart, N. H., Crawford-Williams, F., Crichton, M., Yee, J., Smith, T. J., Koczwara, B. & Chan, R. J. (2022). Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. *Critical Reviews In Oncology/Hematology*, 176, 103728. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103728>
- Hassett, M. J. (2010). The full burden of cancer. *The Oncologist*, 15(8), 793-795. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0211>
- Hiramatsu, Y. (2019). Basic standard procedure of abdominal hysterectomy: Part 1. *The Surgery Journal*, 5(S 01), S2-S10. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1678575>

- Hui, D., Hannon, B. L., Zimmermann, C., & Bruera, E. (2018). Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *A Cancer Journal For Clinicians*, 68(5), 356-376. <https://doi.org/10.3322/caac.21490>
- Jang, Y. & Jeong, Y. (2021). Unmet needs and quality of life of cancer patients and their families: actor-partner interdependence modeling. *In Healthcare*, 9(7), 874. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070874>
- Jelovac, D., & Armstrong, D. K. (2011). Recent progress in the diagnosis and treatment of ovarian cancer. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 61(3), 183-203. <https://doi.org/10.3322/caac.20113>
- Johnston, E. A., Ibiebele, T. I., Friedlander, M. L., Grant, P. T., Van Der Pols, J. C., Webb, P. M. & Group, L. O. S. (2023). Association of protein intake with recurrence and survival following primary treatment of ovarian cancer. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 118(1), 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.05.002>
- Kajti, E. (2024). Kalp cerrahisi sonrası hastalara verilen taburculuk eğitiminin iyileşme ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Karaaslan, A. (2013). Kanseri hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi, [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Karabuğa Yakar, H. & Pınar, R. (2013). Kanseri hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 1-16. <https://doi.org/10.69487/hemarge.695691>
- Karasu, M. (2020). Kocaeli'de 30-65 yaş arası kadınların serviks kanser taraması yaptırmaya ve yaşam biçimi davranışları ile serviks kanseri risk faktörlerinin incelenmesi, [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Kocaeli. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Katı, G. N. (2023). Meme kanseri tanısı alan bireylerin manevi iyi oluşları ve destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Kaya, Ş. D., Polat, F. & Doğan, M. (2021). Jinekolojik kanser farkındalığı: üreme çağı ve postmenopozal dönem kadınlar. *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care*, 15(1), 56-62.
- Kaya, U., & Dal Yılmaz, Ü. (2024). Hemşireler tarafından koroner arter bypass greft hastalarına uygulanan taburculuk eğitimi ve telefon danışmanlığı: nedir, neden önemlidir, faydaları nelerdir?. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 15(37), 110-114. <https://doi.org/10.5543/khd.2023.39206>

- Kelley, D. E., Kent, E. E., Litzelman, K., Mollica, M. A. & Rowland, J. H. (2019). Dyadic associations between perceived social support and cancer patient and caregiver health: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1453-1460. <https://doi.org/10.1002/pon.5096>
- Keskin, H. G. & Tahta, T. (2021). Vulva kanseri ve vulvektomi sonrası hemşirelik yaklaşımları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 115-121. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.725542>
- Khazaei, Z., Goodarzi, E., Sohrabivafa, M., Naemi, H. & Mansori, K. (2020). Association between the incidence and mortality rates for corpus uteri cancer and human development index (hdi): A global ecological study. *Obstetrics & Gynecology Science*, 63(2), 141-149. <https://doi.org/10.5468/ogs.2020.63.2.141>
- Kıbar, E. (2021). kanser hastalarına bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimleri, öz yeterlik ve iyilik hallerinin belirlenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Kutlutürkan, S., Öztürk, E. S., Erdoğan, S. B., İyimaya, Ö., Bay, F. & Gül, F. (2019). Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 26(4), 418-426. <https://doi.org/10.5505/vtd.2019.38258>
- Kurt, S., Ünsar, S. & Erol, Ö. (2020). Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 43-48. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.614872>
- Koskas, M., Amant, F., Mirza, M. R. & Creutzberg, C. L. (2021). Cancer of the corpus uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 45-60. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13866>
- Köse, O. (2021). Geriatrik yaş grubundaki hematolojik malignitesi olan hastalarımızın eortc c30 ve g8 skalaları ile durumlarının değerlendirilmesi, [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Afyonkarahisar. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Köse, T. S. & Karakurt, P. (2023). Kadınların jinekolojik kanserler ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasında sağlık okuryazarlığının etkisi üzerine bir araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(1), 196-206. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1175176>
- Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F. & Karakaya, D. (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105-113.
- Li, J., Huang, J., Zhang, J. & Li, Y. (2016). A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 174-180. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.009>
- Liang, M. I., Pisu, M., Summerlin, S. S., Boitano, T. K., Blanchard, C. T., Bhatia, S. & Huh, W. K. (2020). Extensive financial hardship among gynecologic cancer patients starting a new line of therapy. *Gynecologic Oncology*, 156(2), 271-277. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.11.022>

- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33 (3), 135–142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Meşe, S. (2018). Taburculuk eğitimi memnuniyet ölçeğinin geliştirilmesi, [Yüksek lisans tezi]. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Moore, D.H., Koh, W.J., Mc Guire, W.P. & Wilkinson, E.J. (2009). Vulva. Principles and practice of gynecologic oncology book (s. 553). Barakat, R.R., (Ed). Baltimore; Lippincott Williams & Wilkins.
- Nalbantoğlu, H. G. & Arslan, P. (2023). Servikal kanser: Genel bakış. *Karatekin University Journal of Science*, 2(1), 43-50.
- Niu, A., Guo, C., Zhong, D., He, G., Zhong, W., Wang, L., Chen, Y., Shang, L. & Fu, J. (2021). Identifying the unmet supportive care needs, with concomitant influencing factors, in family caregivers of cancer patients in china. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 276–286. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_52_20
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L. & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: Meta-analysis of randomized trials. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 60(5), 317-339. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Nuntaboot, K. (2023). Specific competencies required of oncology nurses in vietnam: recommendation for nursing education. *Tap Chí Y Học Việt Nam*, 532(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v532i2.7404>
- Ojamaa, K., Veerus, P., Baburin, A., Everaus, H. & Innos, K. (2019). Increasing incidence and survival of corpus uteri cancer in estonia over the past two decades. *Cancer Epidemiology*, 62, 101566. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101566>
- Olusanya, O. O., Wigfall, L. T., Rossheim, M. E., Tomar, A. & Barry, A. E. (2020). binge drinking, HIV/HPV co-infection risk, and hiv testing: factors associated with HPV vaccination among young adults in the united states. *Preventive Medicine*, 134, 106023. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106023>
- Orak, O. S. & Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 6(1). <https://doi.org/10.5505/phd.2015.02986>
- Ölmez, S. (2020). Multipl miyelom tanısı olan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi, [Yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Özsoy, H. M. (2013). Erken evre serviks kanseri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 16(1),1-4.
- Pelit, S. & Şentürk Erenel, A. (2015). Jinekolojik kanserli hastanın hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.

- Phung, M. T., Webb, P. M., Defazio, A., Fereday, S., Lee, A. W. & Bowtell, D. D. (2023). Ovarian cancer association consortium. Lifestyle and personal factors associated with having macroscopic residual disease after ovarian cancer primary cytoreductive surgery. *Gynecologic Oncology*, 168, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.10.018>
- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M. & Ayhan, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *UHOD: International Journal of Hematology & Oncology/Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(3).
- Putri, R. H., Afiyanti, Y., Ungsianik, T. & Milanti, A. (2018). Supportive care needs and quality of life of patients with gynecological cancer undergoing therapy. *Enfermeria Clinica*, 28, 222-226. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30072-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30072-X)
- Reade, C.J., Eiriksson, L.R., & Mackay, H. (2014). Systemic chemotherapy in squamous cell carcinoma of the vulva: Current status and future directions. *Gynecol Oncology*, 132, 780-789. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.11.025>
- Semerçi, R., Uysal, N., Şahin, E., Tayaz, E., Özkan, S., Koyu, H. Ö. & Pörücü, C. (2023). Kanserli hastalara bakım verenlerin manevi iyilik durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 1-13. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1031420>
- Shaw J, Harrison J, Young J & Et Al. Coping with newly diagnosed upper gastrointestinal cancer: a longitudinal qualitative study of family caregivers' role perception and supportive care needs. *Support Care Cancer*. 2013; 21(3): 749-756. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1575-8>
- Shindo, M., Ueda, Y., Kimura, T. & Matsuo, K. (2017). Diagnosis And Management of Vulvar Cancer. Handbook of Gynecology (s. 789–806). Shoupe D., (Ed). New York; Handbook of Gynecology.
- Shing, J. Z., Hu, S., Herrero, R., Hildesheim, A., Porras, C., Sampson, J. N., And Stoler, M. H. (2022). Precancerous cervical lesions caused by non-vaccine-preventable hpv types after vaccination with the bivalent as04-adjuvanted hpv vaccine: An analysis of the long-term follow-up study from the randomised costa rica hpv vaccine trial. *The Lancet Oncology*, 23(7), 940-949.
- Sklenarova, H., Haun, M.W., Krumpelmann, A., Friederich, H.C., Huber, J., Thomas, M., Winkler, E.C., Girgis, A., Dinkel, A., Herzog, W. & Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513-1519. <https://doi.org/10.1002/cncr.29223>
- So, W. K., Chow, K. M., Chan, H. Y., Choi, K. C., Wan, R. W., Mak, S. S. & Chan, C. W. (2014). Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 323-328. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.002>
- Srinivasan, G. (2024). Cervical cancer: Novel treatment strategies offer renewed optimism. *Pathology-Research And Practice*, 155136. <https://doi.org/10.1016/j.prp.2024.155136>

- Sughrue, M. E., Bonney, P. A., Choi, L., & Teo, C. (2015). Early discharge after surgery for intra-axial brain tumors. *World Neurosurgery*, 84(2), 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2015.04.019>
- Sunay, Z. (2022). jinekoloji ve obstetride eras protokollerinin kullanımı ve ebelerin rolü. *Anatolian Journal of Health Research*, 3(1), 33-37. <https://doi.org/10.29228/anatoljhr.55770>
- Süs, M. (2022). Jinekolojik Kanserli Hastalar ve Eşlerinin Ameliyat Sonrası Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Şimşek, D. H. (2022). PET/CT imaging in cervical cancer. *Nukleer Tıp Seminerleri*, 8(3), 157. <https://doi.org/10.4274/nts.galenos.2022.0018>
- Şipal, G. & Arslan, S. (2023). Hematolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve hastalığı kabul düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(2), 171-178. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1334056>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı/ Morbidite. Ankara. (Başara B.B. ed.). ISBN : 978-975-590-900-4 Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1279. Sy: 46. 2024. URL: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Türkiye Kanser İstatistikleri 2019 Raporu. Ankara. (Birinci Ş. ed.). URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye Kanser Istatistikleri 2019.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (Başara B.B. ed.). Ankara. URL: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). Türkiye Kanser Kontrol Programı (Türkyılmaz M. ed.). Ankara. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf
- Tatlı, S. (2019). Kanserli bireylerin bakım vericilerinin destekleyici bakım gereksinimleri ve bakım yüklerinin incelenmesi, [Yüksek lisans tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Temel, E. (2019). onkolojik cerrahi geçiren hastalarda hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC) kullanılarak geliştirilen taburculuk eğitiminin cerrahi iyileşmeye etkisi, [Yüksek lisans tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Temur, İ. (2016). Endometrium kanserli olgularda preoperatif monosit sayısı, nötrofil lenfosit oranı, ortalama trombosit hacmi, ortalama trombosit hacminin trombosit sayısına oranı ve trombosit lenfosit oranının prognoza etkisi [Uzmanlık Tezi]. Çukurova Üniversitesi

- Tezera, E. H., Fantahun, M. Y., Kifle, N. H., Seid, H. F., Bitewlign, A. W., Ayelgn M. T. & Tesfaye, W. (2024). "Mirna in cervical cancer: Diagnosis to therapy: Systematic review." *Heliyon*, 10(3).
- Thomas, D. G., Bradley, L., Servi, A., Reilly, S., Apps, J. N., mcrea, M., & Hammeke, T. (2017). Parental knowledge and recall of concussion discharge instructions. *Journal of Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.04.012>
- Toptaş, S. (2013). Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi, [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Tuncer, S. B. & Celik, B. (2021). Clinical and molecular characteristics and genetic risks of ovarian cancer. *Academic Developments On Health Sciences* (s. 323). Soslu, R. (Ed). İzmir; Duvar Kitabevi
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J. & et al. (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85 (5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z. Ç. (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 53-58.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2018). Ölüm nedeni istatistikleri URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>.
- Uysal, H. (2012). Cardiac rehabilitation and nursing responsibilities. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing* 3(1):49-59. <https://doi.org/10.5543/khd.2012.006>
- Van Der Zee, A.G.J., Oonk, MH., De Hullu, J.A., Ansink, AC., Vergote, I. & Verheijen, RH. (2008). Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, 26(6), 884e91. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.0566>
- Vrettos, I., Kamposioras, K., Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Georgiadou, E., Haritos, D. & Niakas, D. (2012). Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *The Scientific World Journal*, 2012(1), 135283. <https://doi.org/10.1100/2012/135283>
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S. & Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>
- World Health Organisation (WHO) (2020a). World Cancer Report. URL: https://www.iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report. URL: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=1&single_unit=500000.

- World Health Organisation (WHO) (2020b). WHO Mortality Database/ Malignant Neoplasms. URL: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/malignant-neoplasms>
- Yağcan, H., Dönmez, S., Şatır, D. G., Öztürk, R., Eminov, A., Saruhan, A. & Terek, M. C. (2014). Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 49-59.
- Yaslı, G. (2022). Türkiye’de servikal kanser tarama programı saha değerlendirmesi. *Sağlık ve Toplum*, 32(3), 14-22.
- Yavuzşen, H. T., Aktaş, S., Saatli, H. B., ve Altun, Z. S. (2019). Over kanserinde mikro RNA’lar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 93-101. <https://doi.org/10.5505/deutfd.2019.24381>
- Yeh, Y. C. (2021). Symptom distress, stress, and quality of life in the first year of gynaecological cancers: A longitudinal study of women in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing*, 53, 101984. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101984>
- Yeh, Y. C., Lu, C. H., Chen, I. H., Kuo, S. F., & Huang, Y. P. (2021). Quality of life and its predictors among women with gynaecological cancers. *Collegian*, 28(1), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.04.002>
- Yeh, Y. C., Sun, J. L., & Lu, C. H. (2021). Associations between perceived stress and quality of life in gynaecologic cancer patient-family caregiver dyads. *European Journal of Oncology Nursing*, 55, 102060. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102060>
- Yıldırım, N., Kaçmaz, N. ve Özkan, M. (2013). Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (4), 231-240.
- Yılmaz, Ş. N. ve Doğan, R. A. (2022). Sık görülen vulvar lezyonlar ve ebelik bakımı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* Syf. 7-12.
- Yildiz, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2016.216>
- Yücel, B. O., Irmak, B., Bayraktar, M. ve Karadağ, M. (2022). cerrahi onkoloji kliniğinde yatan yetişkin hastaların ameliyat sonrası dönemde destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (16), 13-32. <https://doi.org/10.38079/igusabder.983369>
- Zuo, Y., Luo, B. R., Peng, W. T., Liu, X. R., He, Y. L. & Zhang, J. J. (2020). Informal caregiver burden and influencing factors in gynaecological oncology patients hospitalized for chemotherapy: A cross-sectional study. *Journal of International Medical Research*, 48(11). <https://doi.org/10.1177/0300060520974927>

9. ÖZGEÇMİŞ



10. BİLİMSEL FAALİYETLER

Bildiri (Poster veya Sözel)

Dehmen, Ö. & Beke, M. (2023). Jineklojik Kanser Tanısı Alan Hastalara Verilen Hemşire Eğitimlerinin İncelenmesi. 5. Uluslararası 6. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Ankara.

Dehmen, Ö. & Güloğlu Z. E. (2024). Jinekolojik Kanser Tanılı Kadınların ve Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Derleme. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, Ankara.

Makale

Dehmen, Ö., Güloğlu Z. E. & Beke, M. (2024). Care needs of caregivers of gynecological cancer patients: A narrative review. *Acad J Health*, 2(3):83-87. <https://doi.org/10.14744/ajh.2024.82997>

11. EKLER

EK 1. Tanımlayıcı Bilgi Kadın Formu

Vaka No:

Tarih ve saat:

Hastanede yattığı gün sayısı:

A.TANIMLAYICI BİLGİLER

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumu: ☐ İlkokul ve altı ☐ ortaöğretim ☐ Lise ve üzeri

3. Boyunuz: Kilonuz:

4. Çalışma durumu: ☐ Çalışan ☐ Emekli ☐ Hastalık nedeniyle işi bıraktı

5. Mesleği: ☐ Ev hanımı ☐ Serbest meslek ☐ İşçi ☐ Memur

6. Aile tipi: ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Diğer

B.SAĞLIĞA İLİŞKİN BİLGİLER

7. Kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Diyabet ☐ HT ☐ Tiroid ☐ Diğer ☐ Yok

8. kanser geçmişiniz var mı? ☐ Var (.....) ☐ Yok

9. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? ☐ Var (.....) ☐ Yok

10. Daha önce cerrahi operasyon geçirdiniz mi?

☐ Hayır ☐ Kadın hastalıkları ile ilgili oldum ☐ Kadın hastalıkları dışında oldum

11. Obstetrik Öykü:

Gebelik sayınız: ... Canlı Doğum sayınız: ...

Düşük sayınız: ... Kürtaj Sayınız... Yaşayan çocuk sayınız: ...

12. Menopoza girdiniz mi? ☐ Evet... Kaç yaşında: ☐ Doğal menapoz ☐ Cerrahi menapoz
☐ Hayır

13. Daha önce kadın hastalıkları ile ilgili bir problem

Yaşadınız mı?/yaşıyor musunuz? (Birden fazla cevap verebilirsiniz.)

☐ Hayır, yaşamadım ☐ İdrar yaparken yanma, ağrı ☐ Ağrılı cinsel ilişki

☐ İdrar Kaçırma ☐ Düzensiz kanama ☐ Akıntı problemleri

☐ Myom/Kist ☐ Diğer.....

14. Hastaneye hangi şikayet ile başvurduunuz? (Birden Fazla cevap verebilirsiniz.)

☐ Kanama ☐ Kasık Ağrısı ☐ Bulantı, kusma ☐ Ağrı ☐ Akıntı

☐ Kontrol sırası fark edilme ☐ Başka hastalık sırası fark edilme

☐ Diğer

C. DURUMA İLİŞKİN BİLGİLER

15. Primer tanı ve evre

☐ Over CA ☐ Endometrium CA ☐ Serviks CA ☐ Tuba CA ☐ Vulva CA ☐ Vajen CA

☐ Adneksiyal Kitle

☐ evre 1 ☐ evre 2 ☐ evre 3 ☐ evre 4

16. Ne zamandan beri hastalık süreciyle uğraşıyorsunuz?

17. Şu andaki planlanan ameliyat şekli:

☐ TAH+USO/BSO ☐ TAH+BSO+BPLND/omentektomi/debulking ☐ Wertheim ☐ TLH

☐ vulvektomi ☐ diğer

18. taburculukta reçete edilen ilaçlar:

EK 2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF)

DESTEKLEYİCİ BAKIM İHTİYAÇLARI ANKETİ

Kanser teşhisi konmuş hastalara en iyi hizmeti sunmaya yardımcı olması için, hastalığınızı öğrendiğinizden beri karşılaşmış olduğunuz ihtiyaçlarımızın giderilip giderilmediği ile ilgileniyoruz.

Sonraki sayfada her soru için, kanser hastası olduğunuz geçen ay içinde her ne konuda yardıma ihtiyacınız olduğunu belirtiniz. Aşağıda yer alan maddeleri; geçen ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyacınız olduğunu en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki tablo her soruya verilecek beş muhtemel cevabın ne anlama geldiğini göstermektedir.

Tablo 1: Açıklamalar

İHTİYACIN OLMAMASI	1. Hiç İhtiyacım Olmadı: Hastalığım benim için sorun olmadı. 2. İhtiyacım Olmadı: Yardıma ihtiyacım oldu ama ihtiyaçlarım o anda karşılandı.
İHTİYACIN OLMASI	3. Az İhtiyacım Oldu: Çok az ek yardıma ihtiyacım oldu. 4. Biraz İhtiyacım Oldu: Biraz ek yardıma ihtiyacım oldu. 5. Çok Fazla İhtiyacım Oldu: Çok fazla ek yardıma ihtiyacım oldu.

Tablo 2: Örnek

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İhtiyacınızın Olmaması		İhtiyacınızın Olması		
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz ihtiyacım Oldu	Çok Fazla İhtiyacım Oldu
İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme.	1	2	3	4	5
Bu seçeneği seçmeniz durumunda, iyi olmanız için yapabileceğiniz şeyler hakkında yeterli bilgiyi alamadığınızı ve bu nedenle hala bilgiye ihtiyacınız olduğu anlaşılabacaktır.					

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İHTİYACIN OLMAMASI		İHTİYACIN OLMASI		
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz İhtiyacım Oldu	Çok Fazla İhtiyacım Oldu
1.Ağrı	1	2	3	4	5
2. Enerji Eksikliği/Yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4.Ev işlerini yapma	1	2	3	4	5
5.Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	1	2	3	4	5
6.Kaygı/Gerginlik	1	2	3	4	5
7.Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	1	2	3	4	5
8. Hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserın yayılmasıyla ilgili endişe	1	2	3	4	5
10. Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	1	2	3	4	5
13.Ölümlü bir bakış açısını sürdürme	1	2	3	4	5
14. Ölüm ve ölme ile ilgili duygular	1	2	3	4	5
15.Cinsel duygularda değişiklikler	1	2	3	4	5
16.Cinsel ilişkilerde değişiklikler	1	2	3	4	5
17.Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
18. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
19. Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	1	2	3	4	5
20. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	1	2	3	4	5
21. Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	1	2	3	4	5
22. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	1	2	3	4	5

23. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	1	2	3	4	5
24. Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	1	2	3	4	5
25. Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	1	2	3	4	5
26. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	1	2	3	4	5
27. İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
29. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	1	2	3	4	5
30. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	1	2	3	4	5
31. Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	1	2	3	4	5

ANKETİ TAMAMLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.



EK 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği EORTC QLQ-C30 (YKÖ)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31 _____

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunaluma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hava kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK 4. Tanımlayıcı Bilgi Erkek Formu

Vaka No:

Tarih ve saat:

15) Bakım için Ortalama Günlük Ayrılan Saat:..... (*Taburcu olduktan sonra cevaplanacak)

16) Bu süre sizin kendi günlük rutininizi etkiliyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır
(*Taburcu olduktan sonra cevaplanacak)

A. TANIMLAYICI BİLGİLER

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumu: ☐ İlkokul ve altı ☐ İlköğretim ☐ Lise ve üzeri

3. Çalışma durumu: ☐ Çalışan ☐ Emekli ☐ Hastalık nedeniyle işi bıraktı

4. Mesleği: ☐ Serbest meslek ☐ İşçi ☐ Memur

5. Algılanan Gelir Düzeyi: ☐ Gelir giderden fazla ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden az

6. Aile tipi: ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Diğer

B. SAĞLIĞA İLİŞKİN BİLGİLER

7. Kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Diyabet ☐ HT ☐ Tiroid ☐ Diğer ☐ Yok

8.. Sürekli Kullandığınız ilaç var mı? ☐ Var (.....) ☐ Yok

C. BAKIMA İLİŞKİN BİLGİLER

9. Hastanıza ailede sizden başka bakımında destek olanlar var mı?

☐ Bakım veren yok ☐ Bakım veren var ise kim/kimler?.....

10. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle çalışma hayatınızda güçlük yaşıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet (ne tür güçlükler yaşadığınızı lütfen belirtiniz)

11. Taburcu olduktan sonra evde eşinize destek olurken/bakım verirken güçlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

12. Hangi konularda güçlük yaşayacağınızı düşünüyorsunuz açıklayınız?

☐ hastanın öz bakımına destek

☐ ilaç kullanımı

☐ ağrı ile başetme

☐ beslenmenin sürdürülmesi

☐ cinsel yaşam

☐ ev işlerinin paylaşımı

☐ ihtiyaç halinde sağlık ekibine ulaşma

☐ diğer... (lütfen açıklayınız)

13. Bu hastalık evlilik ilişkinizi etkiledi mi?

☐ Hayır etkilemedi ☐ Olumlu yönde etkiledi ☐ Olumsuz yönde etkiledi.

14. Ameliyat sonrasında (hastanede ve evdeki süreçte) hastaneden/hemşireden desteğe ihtiyacınız olacağını düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

EK 5. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (BDBGÖ)

Aşağıdaki soruları <u>son bir ay içinde</u> , yardıma ihtiyaç seviyenizi düşünerek yanıtlayınız.	Yardım ihtiyacım yok	Yardım ihtiyacım karşılandı	Az düzeyde yardıma ihtiyacım var	Orta düzeyde yardıma ihtiyacım var	Yüksek düzeyde yardıma ihtiyacım var
1. Bakım veren/eş olarak ihtiyaçlarınızla ilgili bilgiye ulaşmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
2. Hastanızın hastalık seyri veya olası sonuçlar hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
3. Hastanızın bakım verenleri/eşleri için verilen destek hizmetleri hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
4. Tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
5. Hastanızın fiziksel ihtiyaçlarının neler olabileceği hakkında bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
6. Tedavilerin yararları ve yan etkileri ile ilgili bilgi edinmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
7. Hastanız için en iyi tıbbi bakımı sağlamada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
8. İhtiyaç duyulduğunda yerel sağlık bakım hizmetlerine (evde bakım vb.) ulaşmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
9. Hastanızın bakımına sağlık ekibi ile birlikte katılmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5

10. Sağlık ekipleri ile endişelerini paylaşma fırsatı bulmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
11. Hastanızın bakımını verirken sağlık ekiplerinin birbirleri ile iletişimde olduklarını görerek kendinizi güvende hissetmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
12. Hastanızın hizmetlerini organize eden sürekli bir yöneticinin bulunduğundan emin olmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
13. Hastanızın bakımıyla ilgili şikayetlerin uygun biçimde ele alındığından emin olmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
14. Hastanızın yaşamındaki stresi azaltmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
15. Hastanız için yeterli ağrı kontrolünün sağlanmasında yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
16. Hastanızın fiziksel veya ruhsal durumunun kötüleşmesine ilişkin korkularınızı gidermede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
17. Hastane otoparkında park yeri bulmada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
18. Hastanızın iş yaşamındaki ya da günlük aktivitelerindeki değişime uyum sağlamada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
19. Hastanıza bakmanın, kendi iş hayatınız veya günlük hayatınız üzerindeki etkisi hakkında yardıma ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
20. Hastanıza veya size yönelik maddi destekleri ve devlet yardımlarını öğrenmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
21. Bakımını üstlendiğiniz kişiyle iletişim kurabilmede yardıma ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
22. Ailenizle iletişim kurabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
23. Ailenizden daha çok destek alabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
24. Kanser hastasına bakım veren başka kişilerle konuşabilmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
25. Sosyal ortamlarda ya da işyerinde kanser konusunu ele almada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5

26. Kanserın yeniden ortaya çıkmasına ilişkin endişeleri yönetebilmede yardım ihtiyacınız varmı?	1	2	3	4	5
27. Kanserın, hastanızla olan ilişkiniz üzerine etkisi anlamada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
28. Hastanızın yaşadıklarını anlamada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
29. Hastanızın ihtiyaçları ile kendi ihtiyaçlarınızı dengelemede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
30. Hastanızın vücudundaki değişikliklere alışmanızda yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
31. Cinsel yaşamınızdaki sorunlarla başetmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
32. Kendiniz için duygusal destek almada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
33. Sevdikleriniz için duygusal destek almada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
34. Ölüm ve ölmek ile ilgili duygularınızla başa çıkımda yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
35. Hastanızın bakımından uzaklaşarak hayatınızdaki diğer kişilere ilgilenmede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
36. Hastanızın iyileşme sürecinde beklenmedik durumlarla başa çıkımda yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
37. Yaşamınızdaki belirsizlik durumunda kararlar vermede yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5
38. Manevi ihtiyaçlarınızı ortaya koymada yardım ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4	5

EK 6. Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (KHBVYKÖ)

Aşağıdaki listede kanserli hastalara bakım veren kişilerin söylediği önemli cümleler bulunmaktadır. Son bir haftadır, her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu, ifadenin karşısındaki numaralardan birini yuvarlak içine alarak belirtiniz.

0= Hiç

1= Az

2= Biraz

3= Fazla

4= Çok fazla

SON BİR HAFTADIR	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Günlük yaşamımın değişmesinden rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
2. Eskiye nazaran uykum daha az dinlendirici	0	1	2	3	4
3. Günlük hayatım baskılanıyor	0	1	2	3	4
4. Cinsel hayatımdan memnunum	0	1	2	3	4
5. Dışarıdaki işlerimi sürdürmede zorlanıyorum	0	1	2	3	4
6. Maddi güçlük içindeyim	0	1	2	3	4
7. Sağlık güvencemizin neleri kapsayıp neleri kapsamadığı konusunda endişe yaşıyorum	0	1	2	3	4
8. Gelecekte ekonomik durumum ne olacağı belirsiz	0	1	2	3	4
9. Sevdiğim kişinin ölmesinden korkuyorum	0	1	2	3	4
10. Sevdiğim kişi hastalandığından bu yana hayata daha pozitif bakıyorum	0	1	2	3	4
11. Stres ve endişem arttı	0	1	2	3	4
12. Manevi duygularım arttı	0	1	2	3	4
13. Günlük hayatımın kısıtlanmasından rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
14. Üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
15. Zihinsel olarak yorgunum	0	1	2	3	4
16. Arkadaşlarım ve komşularımdan destek alıyorum	0	1	2	3	4
17. Suçluluk hissediyorum	0	1	2	3	4
18. Hayal kırıklığı içindeyim	0	1	2	3	4
19. Sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
20. Sevdiğim kişinin hastalığının çocuklarımı ya da ailemdeki diğer bireyleri etkileyeceğinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
21. Sevdiğim kişinin değişen yeme alışkanlıkları başa çıkmada zorlanıyorum	0	1	2	3	4
22. Sevdiğim kişiyle daha yakın bir ilişki geliştirdim	0	1	2	3	4

23. Sevdiğim kişinin hastalığı konusunda yeterince bilgilendirildiğimi düşünüyorum	0	1	2	3	4
24. Sevdiğim kişiyi randevularına getirip götürün hazır şoför durumunda olmak beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
25. Tedavinin sevdiğim kişide olumsuz etkiler göstereceğinden korkuyorum	0	1	2	3	4
26. Sevdiğim kişinin evde bakım sorumluluğunu almak beni kahrediyor	0	1	2	3	4
27. Sevdiğim kişinin iyileşmesi için çabalamaktan memnunum	0	1	2	3	4
28. Aile içi iletişimimiz arttı	0	1	2	3	4
29. Önceliklerimin değişmesi canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
30. Sevdiğim insanın korunmaya muhtaç olması canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
31. Sevdiğim kişinin kötüleştiğini görmek moralimi bozuyor	0	1	2	3	4
32. Sevdiğim insanın ağrısını dindiremediğim için kahroluyorum	0	1	2	3	4
33. Gelecekle ilgili cesaretim kırıldı	0	1	2	3	4
34. Ailemin beni desteklemesinden memnunum	0	1	2	3	4
35. Diğer aile üyelerimin sevdiğim kişinin bakımı ile ilgilenmemeleri canımı sıkıyor					

EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hasta) İçin:

Sayın katılımcı;

“Jineko-Onkolojik Cerrahi Sonrası Taburculuk Eğitiminin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine ve Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli çalışma; jineko-onkolojik cerrahi sonrası eşlerle birlikte verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimlerine ve yaşam kalitelerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. 1 Ocak 2024- 1 Kasım 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi düşünülen çalışmaya, Ankara Etlik Şehir Hastanesinde bulunan, jinekolojik onkoloji kliniğinde yatan, büyük vaka diye adlandırdığımız TLH, TAH+USO/BSO, TAH+BSO+BPLND/omentektomi/debulking+wertheim ve vulvektomi+ BİLND cerrahisi geçiren kadınlar ve onların bakım sorumluluğunu üstlenen eşleri alınacaktır. Çalışmaya yaklaşık 140 kişi almayı planlıyoruz. Sizinle ilk karşılaştığımda, kendimi tanıtip araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra, bu gönüllü bilgilendirme formunu okumanızı isteyeceğim. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, araştırma için sizden ve eşinizden bilgi almak amacıyla bir anket formu dolduracağız. Çalışmada iki grup bulunmaktadır. Siz, müdahale ya da kontrol dediğimiz bu iki gruptan herhangi birinde olabilirsiniz. Hangi grupta olursanız olun tedavi ve bakımınız aynı özenle gerçekleştirilecek olup kliniğe yatışınızın kabul edilmesiyle birlikte klinik tanıtımı, ameliyat öncesi ve sonrası için hazırlık, bilgilendirme, bakım ve tedavi süreçlerinizde yanınızda olacağım. İhtiyaç duyduğunuz hemşirelik gereksinimlerini büyük bir özveri ile yerine getireceğim. Klinikten ameliyathaneye transfer sürecinde size ben eşlik edecek olup yine ameliyat bitiminde tekrar kliniğe transfer olurken ameliyathaneden sizi ben alacağım. Ameliyat sonrası sizi yatağınıza alıp üstünüzü giydirip rutin tedavilerinizi (ağrı kesici, mide bulantısı giderici) yapıp solunum egzersizi çalışmalarımızı büyük bir özenle gerçekleştirdikten sonra yine ameliyattan 6 saat sonra sizi ayağa kaldırıp yürütme ve su içirerek bir şeyler yemeğe başlama sürecini birlikte geçireceğiz. Eğer müdahale grubunda olursanız ameliyattan sonraki gün hastane odanızda eşiniz ile birlikte size daha konforlu bir iyileşme süreci geçirebilmeniz için sizler için hazırladığımız taburculuk eğitim broşürü (EK 13) vasıtasıyla evde hasta bakımına yönelik bütün ihtiyaç duyacağınız bilgileri aktarip merak ettiğiniz soruları cevaplayacağım. Eğer kontrol grubunda iseniz ameliyattan sonraki süreçte taburcu olmadan önce klinikteki her hastaya anlatılan rutin taburculuk eğitimini alacaksınız. Sizde veya eşinizde herhangi bir sorun gelişmesi durumunda uygulamayı sonlandıracam. Çalışma verileri “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), Yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-C30, muayene, sizinle

görüşmemiz ve benim gözlemlerim ile toplanacaktır”. Sizden bu ölçekleri farklı günlerde toplam 3 kere doldurmanız beklenmektedir. İlki sizinle tanışıp çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ameliyat öncesi dönemde, ikincisi sizi taburcu ettikten 4 hafta sonra benim tarafımdan telefon ile aranarak ve üçüncüsü taburcu olduktan 8 hafta sonra benim tarafımdan telefon ile aranarak doldurulacaktır. Bu çalışmada elde ettiğimiz bilgiler doğrultusunda jineko-onkolojik cerrahi geçiren hastalar ve onların evdeki bakım sorumluluğunu üstlenen eşlerinin iyileşme sürecinde ihtiyaç duyacakları desteği taburculuk eğitimi ile verip kişilerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi planlıyoruz. İstedığınız zaman çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Gerek görüldüğü durumlarda (formların eksik doldurulması) araştırmacı tarafından çalışmadan çıkarılabilirsiniz. Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden elde edilen bilgiler yalnızca adı geçen çalışma amacıyla kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Alternatif tedavi veya girişimler: YOK

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek riskler: YOK

İlaç kullanımı: YOK

Yan etki: YOK

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EŞ) İÇİN

Sayın katılımcı;

“Jineko-Onkolojik Cerrahi Sonrası Taburculuk Eğitiminin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine ve Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli çalışma; jineko-onkolojik cerrahi sonrası eşlerle birlikte verilen taburculuk eğitiminin destekleyici bakım gereksinimlerine ve yaşam kalitelerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. 1 Ocak 2024- 1 Kasım 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi düşünülen çalışmaya, Ankara Etlik Şehir Hastanesinde bulunan, jinekolojik onkoloji kliniğinde yatan ve büyük vaka diye adlandırdığımız TLH, TAH+USO/BSO, TAH+BSO+BPLND/omentektomi/debulking+ wertheim ve vulvektomi+BİLND cerrahisi geçiren kadınlar ve onların bakım sorumluluğunu üstlenen eşleri alınacaktır. Çalışmaya yaklaşık 140 kişi almayı planlıyoruz. Sizinle ilk karşılaştığımda, kendimi tanıtırak araştırmayla ilgili bilgi verdikten sonra, bu gönüllü bilgilendirme formunu okumanızı isteyeceğim. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, araştırma için sizden ve eşinizden bilgi almak amacıyla bir anket formu dolduracağız. Çalışmada iki grup bulunmaktadır. Siz, müdahale ya da kontrol dediğimiz bu iki gruptan herhangi birinde olabilirsiniz. Hangi grupta olursanız olun eşinizin tedavi ve bakımı aynı özenle gerçekleştirilecektir.

Eğer müdahale grubunda olursanız ameliyattan sonraki gün hastane odanızda eşiniz ile birlikte size daha konforlu bir iyileşme süreci geçirebilmeniz için sizler için hazırladığımız taburculuk eğitim broşürü (EK 13) vasıtasıyla evde hasta bakımına yönelik bütün ihtiyaç duyacağınız bilgileri aktararak merak ettiğiniz soruları cevaplayacağım. Eğer kontrol grubunda iseniz ameliyattan sonraki süreçte taburcu olmadan önce klinikteki her hastaya anlatılan rutin taburculuk eğitimi verilecektir. Sizde veya eşinizde herhangi bir sorun gelişmesi durumunda uygulamayı sonlandıracağım.

Çalışma “Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği, Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, muayene, sizinle görüşmemiz ve benim gözlemlerim ile uygulanacaktır”. Sizden bu ölçekleri farklı günlerde toplam 3 kere doldurmanız beklenmektedir. İlki sizinle tanışıp çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ameliyat öncesi dönemde, ikincisi sizi taburcu ettikten 4 hafta sonra benim tarafımdan telefon ile aranarak ve üçüncüsü taburcu olduktan 8 hafta sonra benim tarafımdan telefon ile aranarak doldurulacaktır. Bu çalışmada elde ettiğimiz bilgiler doğrultusunda jineko-onkolojik cerrahi geçiren hastalar ve onların evdeki bakım sorumluluğunu üstlenen eşlerinin iyileşme sürecinde ihtiyaç duyacakları desteği taburculuk eğitimi ile verip kişilerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi planlıyoruz. İstedığınız zaman çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Gerek

görüldüğü durumlarda (formların eksik doldurulması) araştırmacı tarafından çalışmadan çıkarılabiliyorsunuz.

Araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden elde edilen bilgiler yalnızca adı geçen çalışma amacıyla kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Alternatif tedavi veya girişimler: YOK

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek riskler: YOK

İlaç kullanımı: YOK

Yan etki: YOK



EK 8. Katılımcı Beyanı

“Jineko-Onkolojik Cerrahi Sonrası Taburculuk Eğitiminin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine ve Yaşam Kalitesine Etkisi” İsimli çalışma; jineko-onkolojik cerrahi geçirmiş kadınlar ve eşlerinin taburculuk sonrası evde bilinçli bir iyileşme süreci geçirmelerine katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın 11 ay sürmesi beklenmektedir.

Araştırmacı hemşire Özgenur DEHMEN tarafından, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Bölümü, tez çalışması kapsamında araştırmanın yürütüleceği bana açıklandı.

Çalışmaya katıldığımda bana ait bilgilere, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının gizliliği, eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı, kimliğimin açıklanmayacağı hususunda bana yeterli güven verildi. İstedğim zaman araştırmacılara 24 saat ulaşabileceğim gerekli telefon numaraları verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum, bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya katılma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Toplanan bilgiler sadece bu çalışmada kullanılacağı bana açıklandı. Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı. Araştırmaya katılmam konusunda gönüllü olduğumu istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum.

Gerektiğinde Ulaşılabilir Telefon Numarası:

Özgenur DEHMEN: 054 [REDACTED]

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

“Jineko-Onkolojik Cerrahi Sonrası Taburculuk Eğitiminin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine ve Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli çalışma ile ilgili araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- soyadı :

İmzası, Adresi, telefon numarası:

Araştırmacının

Adı- soyadı :

İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- soyadı:

İmzası, Görevi

EK 9. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçek İzni

 DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREK...
1 MB

 ÖLÇEK.docx
22 KB

Gönderen: ayfer aksuoğlu <ayfer.aksuoglu@...com>

Gönderildi: 2 Nisan 2023 Pazar 21:51

Kime: özge.aksuoglu@...pm>

Konu: Ölçek izni

Merhabalar,

Çalışmanızda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği' ni kullanabilirsiniz.

Ölçek ve Ölçekle ilgili makaleyi ekte gönderiyorum.

Kolaylıklar dilerim...



EK 10. Yaşam Kalitesi EORTC QLQ C30 (YÖK) Ölçek İzni

Ölçek İzni 

EC Eylem Sahin CANKURTARAN <eyle...@...com>

Kime: Siz

6.04.2023 Per 16:05

 EJCC- EORTC 2.pdf
78 KB

 EJCC- EORTC.pdf
78 KB

 QLQ-C30_Turkish.pdf
22 KB

4 ekin (524 KB) tümünü göster

Tümünü OneDrive'a kaydet

Tümünü indir

Özgenur Hanım,
EORTC QLQ C30 ölçeğini araştırmanızda kullanabilirsiniz.
Ekte ölçek ve kullanım özelliklerini bulabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

...

Yanıtla

İlet

ÖD özgenur dehmen

Merhaba, Ben Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları ABD da tezli yüksek lisans öğrencisi Özgenur DEHMEN. Jinekolojik cerrahi sonra...

1.04.2023 Cmt 12:35

EK 11. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri (BDBGÖ) Ölçek İzni

ölçek izni 



mevlüde ergen <mevlude.ergen@gmail.com>

Kime: Siz

4.04.2023 Salı 05:25

 Kanser Hastalarına Bakım Ver...
18 KB

 ecc.13177.pdf
428 KB

2 ek (445 KB)  Tümünü OneDrive'a kaydet  Tümünü indir

Sayın Dehmen,

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ TR'yi çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Çalışmamız "Psychometric validation of the Turkish version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS-P&C-T) of cancer patients" yayınlanmıştır. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ecc.13177>. Bu adresten ulaşabilirsiniz.

Ölçeğin faktör yapıları ve puan hesaplaması ekte mevcuttur. Ek bilgiye ihtiyaç duyduğunuz takdirde tekrar ulaşmanızı rica ediyorum.

Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Saygılarımla

Mevlûde ERGEN

EK 12. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi (KHBVYKÖ) Ölçek İzni

Ölçek İzni

HY

hatice karabuğa yakar <h[REDACTED]m>
Kime: Siz
10.04.2023 Pzt 11:55

Ozdenur merhaba
Olcegi kullanabilirsiniz
Kolaylıklar dilerim

10 Nis 2023 Pzt, saat 14:18 tarihinde özgenur dehmen <o[REDACTED]m> şunu yazdı:

Merhaba,
Ben Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları ABD da tezli yüksek lisans öğrencisi Özgenur DEHMEN.
Jineko-Onkolojik Cerrahi sonrası taburculuk eğitimi planladığımız tez çalışmamda "Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni kullanmak istiyorum bunun için sizin izninize ihtiyacım var teşekkür ederim.
Saygılarımla...

--
Dr. Öğretim Üyesi Hatice Karabuğa Yakar
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

EK 13. Taburculuk Eğitim Broşürü

Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Jinekolojik Kanser Nedir?

Kadın üreme organlarında görülen kanser türleridir. En sık rastlananlar:

Rahim Ağzı (Serviks) Kanser
Rahim (Endometrium) Kanser
Yumurtalık (Over) Kanser

Risk Faktörleri: Aile öyküsü, ileri yaş, sigara kullanımı, düzensiz jinekolojik kontroller, sağlıksız beslenme alışkanlıkları.

JİNEKOLOJİK KANSER BELİRTİLERİ

Kadınlar zaman zaman vajinal kanama, akıntı, pelvik ağrı gibi belirtiler yaşayabilir. Ancak bu tür değişiklikleri ciddiye almak ve doktor kontrolüne gitmek erken teşhis için hayati önem taşır.

- ✓ Vajinal kanama
- ✓ Kilo kaybı, iştahsızlık
- ✓ Vajinal akıntı
- ✓ Sürekli yorgunluk
- ✓ Pelvis veya karın bölgesinde ağrı
- ✓ Tuvalet alışkanlıklarında değişim
- ✓ Vulva bölgesinde farklılıklar
- ✓ Cinsel ilişki sırasında kanama



İletişime geçin

Ankara Etlik Şehir Hastanesi:

Jinekolojik-Onkoloji Kliniği:

Jinekolojik-Onkoloji kliniği hemşire odası
telefon numarası: [REDACTED]

Cerrahi Sonrası Beden İmajı, Benlik Algısı ve Stresle Başetme

♦ **Cerrahi Menopoz:** Yumurtalıkların alınmasıyla menopoz başlar. Bu süreçte sıcak basmaları, uyku problemleri ve ruh hali değişiklikleri görülebilir. Dengeli beslenme ve düzenli egzersiz önerilir.

♦ **Cinsel Yaşam:** 8 hafta cinsel aktiviteden kaçının. Vajinal kuruluk yaşanabilir, uygun kayganlaştırıcılar kullanılabilir. Vücudunuzla gurur duyun, çünkü tedaviyi atlatmayı başardınız. Kendinizi daha çekici hissetmenize neden olacak şeyleri düşünün. Eşinizle olan iletişimi sürdürün sarılın, yanınızda olmasına izin verin.

♦ **Stres ve Problem Çözme:** Duygularınızı paylaşmaktan çekinmeyin, sevdiklerinizle iletişimde kalın. Kendinizi suçlamayın ve duygularınızı ifade edin. Keyif aldığınız aktiviteleri yapmaya devam edin. Baş edemediğiniz durumlarda profesyonel destek alın.

SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ

♦ **Aile Desteği ve Ev İşleri:** Aile bireylerinden destek isteyin, ev işlerini paylaşın. Ameliyat sonrası ağır işlerden kaçınarak hafif görevlerle aktif kalmaya çalışın. İlk 3 ay ağır kaldırmaktan ve karın basıncını artıran hareketlerden kaçınarak.

♦ **Sosyal Destek:** Ameliyat öncesi yaşam düzeninizi koruyarak psikolojik olarak daha iyi hissedebilirsiniz. Sevdiklerinizle iletişimi sürdürün ve gününüzü planlayarak enerjik hissettiğiniz zamanları verimli değerlendirin.

Ameliyat Sonrası Dönemde Evde Dikkat Edilecek Noktalar

Ameliyat sonrası dönemde hastaların dikkat etmesi gereken birkaç önemli nokta vardır:

- **Ağrı yönetimi:** Ağrı seviyenizi düzenli olarak kontrol edilmeli ve doktorun önerdiği ilaçlar kullanılmalıdır.
- **Solumun egzersizleri:** Hastanede öğretilen gibi solumun egzersizlerine (üfleme topları) devam edin. Oturur pozisyonda derin nefes alıp, yavaşça vermek akciğerlerinizi güçlendirir. Hareket etmeye ve kısa yürüyüşler yapmaya özen gösterin.
- **Boşaltım düzeni:** Kabızlığı önlemek için bol sıvı ve lifli gıdalar tüketin. Enfeksiyonu önlemek için tuvalet temizliğinize dikkat edin ve perine bölgesinin kuru tutup pamuklu iç çamaşın tercih edin.
- **Beslenme ve sıvı alımı:** İştahsızlık yaşasanız bile öğünlerinizi atlamayın. Diyetiniz varsa (tansiyon, şeker vb.), aynı şekilde devam edin. Günlük 3 litre su içmeye çalışın.
- **Basıncılı çorap kullanımı:** 2 hafta sonraki kontrol randevunuza kadar basıncılı çorapları düzenli kullanmaya devam edin.
- **Korse kullanımı:** Dikişleriniz alınana kadar (ortalama 2 hafta) korse takmaya devam edin. Yataktan çıkarabilirsiniz, ancak hareket ederken takılı olmalıdır. Yara yerinin desteklenmesi, dikişlerin ayrılmasından korunmak için korse kullanımı önemlidir.
- **Hijyen ve duş:** Ayakta duş alabilirsiniz, ancak dikiş bölgesini keselemeyin. Duş sonrası yaranın iyice kurulandığından emin olun.
- **Hareket ve aktivite:** 3 ay boyunca ağır kaldırmayın ve yorucu ev işlerinden kaçınarak. Hafif egzersizler (günlük 30 dk yürüyüş vb.) yapabilirsiniz. dikişler alınana kadar uzun yolculuklardan kaçınarak.
- **Yara bakımı:** Dikişlerinize ilaç, merhem veya yağ sürmeyin. Yaranızı kuru ve temiz tutun. Kızarma, şişlik, ağrı veya akıntı görürseniz acilen doktora başvurun.
- **İlaç kullanımı:** Taburculukta verilen ilaçları size anlatıldığı gibi düzenli ve zamanında kullanın.
- **Psikolojik destek, sosyal yaşam:** Kendinizi mutsuz, kaygılı veya stresli hissedebilirsiniz. Duygularınızı paylaşmaktan çekinmeyin. Sevdiklerinizle zaman geçirin, sosyal bağlarınızı koparmayın. Profesyonel destek almanız gerekirse bir uzmana başvurmadan çekinmeyin.
- **Kontrol ve randevular:** Taburculuktan 2 hafta sonra dikişlerinizi aldırarak için kontrol muayenenizi aksatmayın.



ÖNEMLİ UYARILAR!

Kanama: Hafif kanama normaldir. Ancak parlak kırmızı ve fazla miktarda ise doktora başvurun.

Enfeksiyon: Yara bölgesinde kızamıklık, şişlik, akıntı veya kötü koku olursa hemen doktorunuza danışın.

Acil Durumlar: Dikişlerde açılma, nefes almada güçlük, kanamada şişlik, geçmeyen ağrı, idrar miktarında belirgin azalma veya yoğun kanama varsa hemen acil servise başvurunuz.



EK 14. Taburculuk Eğitim Planı ve İçeriği

Taburculuk Eğitim Planı İçeriği	
Konu Başlıkları	İçerik
Hastalık ve Tedavi Süreci Hakkında Bilgilendirme	
1-Hastalık Süreci	Jinekolojik kanser nedir? Jinekolojik kanser belirtileri
2-Tedavi Süreci	Cerrahi tedavi Kemoterapi Radyoterapi
Taburculuk Sonrası Dönem Hakkında Bilgilendirme	
3-Günlük Yaşam Aktiviteleri	Beslenme ve sıvı alımının sürdürülmesi Etkili solunum Boşaltımın sağlanması Hijyenin sağlanması, duş alma Hareket, aktivite
4-Yara Bakımı ve Ağrı Kontrolü	Ağrı ile baş edebilme Yara bakımı
5-Venöz Trombo-Embolinin Önlenmesi	Basıncılı çorap kullanımı, emboli oluşumunu engelleme Korse kullanımı
6-Cerrahi Sonrası Beden İmajı, Benlik Algısı ve Stresle Başetme	Stresle baş etme ve problem-çözme stratejileri
7-Menopoz ve Cinsel Yaşamın Başlaması	Menopoz Cinsel yaşamın başlaması
8-Sosyal Destek Sistemleri	Aile desteği ve ev işlerinin paylaşımı Sosyal destek sistemleri
9-Önemli Uyarılar	İlaçların kullanımı Kanama takibi Enfeksiyon belirti bulguları Gelişebilecek tehlike belirtileri, komplikasyonlar ve acil durumlar
10-Eşlere Yönelik Ek Öneriler	

EK 15. Etik Kurul Onayı

